

Warszawa, dnia 23 marca 2020 r.

KMP.573.16.2019.KK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Placówki Pielęgnacyjno-Opiekuńczej
Dom Seniora Osmolice
(wyciąg)**

1. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 3 września oraz w dniu 5 września 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm) wizytował Placówkę Pielęgnacyjno-Opiekuńczą Dom Seniora Osmolice w Osmolicach Pierwszych (dalej: placówka, Dom).

W skład delegacji KMPT wchodziła: Magdalena Dziedzic, Klaudia Kamińska (prawnicy) oraz Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego).

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

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki, udzielonej przez właścicielkę – Jolantę Mrugałę,
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym pokoi, sanitariatów i terenu rekreacyjnego,

- przeprowadzeniu rozmów z personelem placówki,
- przeprowadzeniu rozmów z mieszkańcami, w tym rozmów indywidualnych, w warunkach zapewniających poufność rozmowy,
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Podczas wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali oceny: legalności pobytu mieszkańców w PCO, traktowania pensjonariuszy przez personel, zapewnionych im warunków bytowych, dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, dostępu mieszkańców do ochrony zdrowia, terapii i usług opiekuńczych, prawa do informacji i do kontaktów ze światem zewnętrznym oraz swobody praktyk religijnych.

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

W niniejszym raporcie uwzględniono jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMPT wymagają poprawy. Raport zawiera ponadto sygnalizowane problemy o charakterze systemowym, wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

2. Zakaz represji

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

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Ogólna charakterystyka placówki

Placówka działa od 2018 r. na podstawie Decyzji Wojewody Lubelskiego z dnia 9 lipca 2018 r. (PS-II.9423.2.1.2018) wydanego na czas nieokreślony.

Placówka przeznaczona jest dla kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku, niepełnosprawnych i przewlekle chorych.

Podczas wizytacji w placówce przebywały 22 osoby. Tymczasem zgodnie z w/w decyzją Wojewody Lubelskiego Dom Seniora Osmolice przeznaczony był dla 11 osób.

W związku z wątpliwościami w tej kwestii Krajowy Mechanizm zwrócił się do Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie, który działając w oparciu o obowiązujące przepisy prawne w dniu 8 października 2019 r. dokonał oględzin placówki (w ramach kontroli doraźnej). Ustalono, że w dniu kontroli w budynku przebywało 22 pensjonariuszy, w tym 11 na parterze oraz 11 w pomieszczeniach na piętrze budynku. Jak wskazał Urząd Wojewódzki w związku z przebywaniem w placówce na dzień kontroli liczby osób przekraczającej liczbę określoną w decyzji Wojewody Lubelskiego z dnia 9 lipca 2018 r. – poinformowano placówkę o obowiązku przestrzegania jej zapisów.

Ponadto, zgodnie z decyzją Wojewody Lubelskiego z dnia 21 października 2019 r., (PS-II.9423.2.6.2019) zmieniono w/w decyzję, zezwalając Pani Jolancie Mrugale na prowadzenie w ramach działalności gospodarczej placówki zapewniającej całodobową opiekę dla 22 osób niepełnosprawnych, przewlekłe chorych i w podeszłym wieku pod nazwą Dom Seniora Osmolice na czas nieokreślony.

W trakcie wizytacji KMPT w Domu nie przybywały żadne osoby ubezwłasnowolnione.

4. Problemy systemowe

4.1 Legalność pobytu

Sposób zawierania umów, a także treść samych umów wykorzystywanych w placówkach całodobowej opieki, budzą wątpliwości przedstawicieli KMPT w sytuacjach w których, w placówkach umieszczane są osoby nieubezwłasnowolnione, korzystające z pełni praw, których stan zdrowia nie pozwala na samodzielne wyrażenie decyzji co do swojej przyszłości. Umowa podpisywana jest wówczas przez osobę reprezentującą osobę umieszczaną w placówce, bez wiedzy i zgody sądu. W wizytowanym Domu Seniora, przedstawiciele KMPT spotkali się właśnie z takimi sytuacjami (umowy dotycząca umieszczenia pensjonariuszy zawierane są między Zleceniodawcami a Domem Seniora Osmolice reprezentowanym przez Jolantę Mrugałę). Taka sytuacja pozwala w zasadzie na podejmowanie przez Zleceniodawcę arbitralnych decyzji w stosunku do osoby umieszczanej uzależnionej od pomocy innych, ze względu na stan jej zdrowia.

KMPT podkreśla, że tylko uprawnione osoby posiadający status opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej są uprawnione do zawierania tego typu umów i tylko pod

warunkiem że sąd opiekuńczy wyda zgodę na takie umieszczenie. Inne osoby nie posiadają takiej legitymacji w świetle obowiązujących przepisów do tego typu czynności.

Pożądane byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2019 r., poz. 537 ze zm.) czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym – art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm.).

Rozwiązania te obejmować powinny m. in. przyznanie członkom rodzin takich osób i innym osobom bliskim legitymacji do występowania do sądów w sprawie umieszczenia w placówce. Dzięki sądowej kontroli, wzmocnieniu w sposób istotny uległ by status osoby przyjmowanej do takich placówek, która obecnie pozostaje często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

4.2 Monitoring wizyjny

W trakcie wizytacji ustalono, że kamery monitoringu znajdują się na korytarzach placówki, a także w pokojach pensjonariuszy. Z uzyskanych informacji wynikało, że niektórzy z mieszkańców nie mieli świadomości, że takie kamery są zainstalowane w placówce. Dyrekcja natomiast argumentowała ich istnienie potrzebą kontroli pracowników.

Instalowanie kamer w tego typu placówkach może stanowić ingerencję w prywatność pensjonariuszy, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie budynku. Dla legalności stosowania tego typu nadzoru istotne jest, aby spełniał on przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy wprowadzania ograniczeń praw obywatela. Obecnie bowiem żadne przepisy regulujące funkcjonowanie placówek całodobowej opieki nie określają tej kwestii.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1 Traktowanie

Z uzyskanych informacji wynika, że pracownicy Domu przeglądają zawartość szafek mieszkańców. Należy zauważyć, że kontrolowanie rzeczy osobistych mieszkańców bez względu na cel jaki ma temu służyć, może naruszać konstytucyjne prawo mieszkańców do ochrony życia prywatnego i decydowania o swoim życiu

osobistym (art. 47 Konstytucji) oraz prawo własności (art. 64 ust. 1 i 3 Konstytucji). Wprowadzenie ograniczenia w postaci kontroli jest możliwe wyłącznie, gdy spełnione zostaną przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Zgodnie z tym przepisem, może ono być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw, a wszelkie restrykcje powinny być ograniczone do koniecznego minimum i proporcjonalne do uzasadnionego celu, dla którego zostały nałożone. W obecnym stanie prawnym żadna ustawa nie zezwala na stosowanie kontroli rzeczy oraz pokoi mieszkańców.

Ponadto, w placówce obowiązują ograniczenia związane z wychodzeniem mieszkańców z budynku poza teren placówki. Mieszkaniec może opuścić placówkę wyłącznie w towarzystwie członka rodziny lub opiekuna.

Zaznaczyć należy, że art. 68 ust. 2a ustawy o pomocy społecznej dokładnie wskazuje, w jakich sytuacjach pensjonariuszowi można ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania placówki. Zgodnie bowiem z w/w przepisem „*w przypadku gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca tą placówką może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tę osobę terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia*”. Procedura ta jest szczegółowo określona w art. 68 ust. 2b-2h w/w ustawy.

Mając powyższe na uwadze KMPT zaleca stosowanie przepisów ustawy w odniesieniu do opuszczania placówki przez mieszkańców.

Ponadto, w placówce na I piętrze umieszczone są osoby leżące. W trakcie wizytacji w placówce nie było windy, a jej montaż był dopiero planowany. W trakcie wizytacji delegacja próbowała uzyskać informację o tym w jaki sposób, bez użycia windy udało się przenieść takie osoby na I piętro. Niestety takich informacji nie zostały przekazane wizytującym. Dodatkowo na piętrze tym nie było także balkonów, czy tarasu, z którego mogłyby korzystać osoby leżące. Sytuacja taka powoduje, że osoby takie są całkowicie pozbawione możliwości skorzystania ze świeżego powietrza.

W ocenie Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) mieszkańcy powinni mieć możliwość

codziennego dostępu do świeżego powietrza¹. Wizytując w 2009 r. jeden z polskich domów pomocy społecznej Komitet zalecił podjęcie kroków, w celu zapewnienia niezbędnej pomocy mieszkańcom, aby mogli oni skutecznie korzystać z co najmniej jednej godziny dziennie zajęć na świeżym powietrzu, o ile stan zdrowia im na to pozwala².

Biorąc pod uwagę powyższe, KMPT zaleca wyposażenie budynku w windę (przy doborze windy uwzględnić należy możliwość przewożenia osób poruszających się na wózkach oraz osób leżących).

Krajowy Mechanizm zwraca się także z prośbą o informację, w jaki sposób osoby leżące zostały umieszczone na pierwszym piętrze placówki.

5.2 Prawo do informacji o stosowanej farmakoterapii

Zagadnieniem pozostającym każdorazowo w zainteresowaniu Krajowego Mechanizmu jest realizacja prawa pacjentów do informacji odnośnie stosowanej wobec nich farmakoterapii. Z informacji uzyskanych przez wizytujących wynika, iż zdarzało się, że w sytuacji w której pacjent odmawiał i nie chciał przyjąć leków, leki te podawano potajemnie - rozkruszone czy rozpuszczone w jedzeniu.

KMPT neguje praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez pacjenta. Zaznaczyć należy, iż każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Pacjent musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli nie będzie miał takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia odmówi przyjęcia leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie miał wówczas świadomości, że przyjął lek, został mu wówczas podany podstępem). Przedstawiciele KMPT zalecają zatem zaprzestanie praktyki podawania mieszkańcom bez ich wiedzy.

Podkreślić również należy, że rozkruszanie lekarstw nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nich zawarta dostanie się do krwiobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym

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

² Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce [CPT/Inf (2011) 20, § 152].

uwalnianiu umożliwiając stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

Krajowy Mechanizm nie zgłasza zastrzeżeń w sytuacji, gdy zgodnie z zaleceniem lekarskim podawany lek jest rozkruszany z tego powodu, że pacjent nie jest w stanie lub ma problem z połknięciem leku. W takich sytuacjach jednak podanie leku ma miejsce przy pełnej świadomości pacjenta oraz nie odbywa się w sposób wykluczający jego wolę. Fakt zlecenia takiej formy podawania leków powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny oraz wynikać z zlecenia lekarskiego.

5.3 Personel i ochrona zdrowia

Z uzyskanych informacji wynika, że w placówce zatrudnionych jest 14 osób – 2 pielęgniarki oraz 12 opiekunek. Dwie osoby zatrudnione są na umowę o pracę, a pozostałe na umowę zlecenie.

W kontekście zatrudnienia personelu należy zwrócić uwagę na znowelizowaną treść art. 68a ustawy o pomocy społecznej, w którym dodano pkt 5 określający wymaganą liczbę pracowników, jaka musi być zatrudniona w placówce, w odniesieniu do liczby mieszkańców. Zgodnie z pkt 5 wskazanej ustawy osoba prowadząca placówkę całodobowej opieki ma obowiązek *zatrudniać osoby (...) w wymiarze nie mniej niż 1/3 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę przebywającą w placówce, nie mniej niż w wymiarze 4,5 pełnego wymiaru czasu pracy, z tym że czas pracy osoby fizycznej prowadzącej placówkę, spełniającej warunki, o których mowa w pkt 4, zalicza się w wymiarze 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy, a w przypadku prowadzenia więcej niż jednej placówki zalicza się w wymiarze 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy tylko w jednej placówce.*

Jednocześnie należy wskazać, że w dniu przeprowadzania wizytacji cytowany przepis nie obowiązywał dlatego przedstawiciele KMPT skupili się na obserwacji prawidłowości opieki zapewnianej mieszkańcom przez liczbę personelu obecną w trakcie wizytacji.

Opiekę lekarską nad pacjentami sprawuje lekarz internista, który odwiedza placówkę raz w miesiącu oraz w razie potrzeby. W placówce nie ma praktyki badania wstępnego każdego nowoprzyjętego mieszkańca bezpośrednio po przyjęciu do placówki. Nowoprzyjęci pacjenci badani są dopiero podczas planowanej wizyty lekarza lub „gdy coś się dzieje”.

Delegacja KMPT wyraziła zaniepokojenie takim stanem rzeczy, bowiem jednym z najskuteczniejszych zabezpieczeń przed złym traktowaniem, jest przeprowadzenie niezależnego badania lekarskiego najszybciej – jak to możliwe – po przyjęciu pensjonariusza do placówki. Jest to ważne z co najmniej dwóch powodów.

Po pierwsze, od momentu przyjęcia osoby do placówki to właściciel oraz personel odpowiada za jej stan zdrowia. Ważne jest zatem ustalenie stanu zdrowia każdej nowopryjętej osoby, szczególnie, że do placówki przyjmowane są osoby schorowane. Po drugie, wstępne badanie jest niezwykle istotne w przypadku ustalenia, czy pensjonariusz był ofiarą przemocy przed przyjęciem do placówki. W tym miejscu warto zaznaczyć, że badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów przemocy i tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania obrażeń. Czas przeprowadzenia badania jest niezwykle ważny z uwagi na wymóg możliwie dokładnego określenia okresu powstałych obrażeń lub zgłaszanych dolegliwości. Podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania stanowi Protokół Stambulski – *Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania*. W dokumencie tym znajdują się, skierowane do lekarzy i psychologów, informacje pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była maltretowana oraz wskazówki, jak należy zgłaszać takie przypadki sądom lub organom śledczym. Pomimo, iż Protokół Stambulski nie ma charakteru wiążącego, prawo międzynarodowe zobowiązuje rządy do badania i dokumentowania przypadków tortur i innych form znęcania się, a także karania osób za nie odpowiedzialnych, w sposób wszechstronny, efektywny, bezzwłoczny i obiektywny. Aby jednak było to możliwe, nieodzowne jest udokumentowanie występowania obrażeń przez personel medyczny mający kontakt z osobą przebywającą w publicznych i prywatnych miejscach detencji. Skuteczna dokumentacja jest bowiem jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed złym traktowaniem. W tym miejscu zaleca się, by do dokumentacji medycznej każdego pensjonariusza dołączać tzw. mapy/schematy ciała, gdzie zaznacza się wszystkie obrażenia, siniaki, zadrapania, odleżyny etc. Informacje te powinny być aktualizowane po każdym urlopie, przepustce, hospitalizacji lub powrocie pensjonariusza do placówki.

Dostęp do lekarzy specjalistów (kardiolog, psychiatra itp.) odbywa się według potrzeb i jest dodatkowo płatny. KMPT widzi potrzebę podjęcia starań o zwiększenie dostępu mieszkańców do lekarzy specjalistów. Rekomendowanym rozwiązaniem jest zorganizowanie wizyt na terenie placówki. Dotyczy to zwłaszcza wizyt lekarza psychiatry, gdyż w placówce zdarzają się także sytuacje trudne, w tym przypadki agresji słownej (jak wynika z analizowanej dokumentacji). Takie rozwiązanie pozwoliłoby również na uniknięcie dodatkowych sytuacji stresowych związanych z wyjazdem oraz oczekiwaniem w zatłoczonej poczekalni.

KMPT podkreśla także konieczność zapewnienia mieszkańcom stałej opieki psychologa, gdyż w placówce nie jest on zatrudniony. Wsparcie psychologiczne jest niezwykle istotne zwłaszcza w początkowym okresie pobytu, całkowitej zmiany otoczenia, kiedy to u osoby w podeszłym wieku, może pojawić się poczucie zagubienia, skłonność do stanów depresyjnych, zamykanie się w sobie lub niechęć do nawiązywania kontaktów. Osoba taka może doświadczać wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z pensjonariuszem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia. Priorytet stanowi przywrócenie pensjonariusza do równowagi psychicznej, co pozwala następnie na podejmowanie adekwatnych do konkretnej osoby działań opiekuńczych. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką pensjonariuszy trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość pensjonariusza, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i najbliższymi pacjentów. W sytuacjach odmowy współpracy ze strony pensjonariusza psycholog mógłby natomiast formułować zalecenia odnośnie sposobu postępowania pozostałego personelu z danym mieszkańcem.

Ponadto, w ocenie przedstawicieli Krajowego Mechanizmu, stała obecność psychologa przyczyniłaby się również do integracji społeczności pensjonariuszy oraz poprawy relacji z personelem. Podkreślenia wymaga również, iż osoby w podeszłym wieku coraz częściej konfrontują się z kwestią schyłku życia, dokonują podsumowania swojego życia. W takich sytuacjach może pojawić się lęk przed śmiercią, samotnością, doświadczenie opuszczenia przez najbliższych. Problem ten dotyczy również osób przewlekle somatycznie chorych, szczególnie w przypadku osób nieuleczalnie chorych.

Ponadto, z uzyskanych informacji wynika, że członkowie personelu nie jest objęci żadnymi szkoleniami mającymi na celu podwyższenie ich kwalifikacji zawodowych.

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

Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom Rady Europy (CPT) wskazuje, że mając na uwadze trudny charakter pracy, niezwykle ważne jest, aby personel placówek opiekuńczych miał zapewnione wstępne i ciągłe szkolenia, których potrzebuje, by prawidłowo wykonywać swoje obowiązki .

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

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

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

5.4 Prawo do informacji i mechanizm skargowy

Na terenie placówki nie ma wyeksponowanych informacji o sposobie składania skarg. Nie funkcjonuje też rejestr skarg.

KMPT uważa za wysoce pożądane założenie rejestru skarg, który powinien mieć charakter poufny i dostępny wyłącznie dla właściciela placówki, ewentualnie wyznaczonego pracownika. Niewłaściwe byłoby funkcjonowanie rejestru dostępnego dla wszystkich pracowników. Rozwiązanie takie mogłoby wręcz zniechęcić do składania skarg, w obawie przed ujawnieniem osoby zgłaszającej i możliwymi represjami. Funkcjonowanie rejestru skarg pozwoli na odnotowanie problemów pojawiających się w placówce, co ułatwi zarządzanie takimi incydentami oraz sprawowanie nadzoru nad częstotliwością ich występowania. Jak bowiem wskazuje CPT brak skarg nie musi być koniecznie uznawany za pozytywny. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego³.

CPT podkreśla znaczenie dostępu do mechanizmów skargowych jako fundamentalnej gwarancji ochronnej przed niewłaściwym traktowaniem. Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi⁴.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie, ulotek i filmów informacyjnych)⁵.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, nieletnich, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców⁶.

³ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, § 91].

⁴ Tamże, § 68-91.

⁵ Tamże, § 79.

⁶ Tamże, § 83.

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

CPT zachęca też do utworzenia poufnego rejestru skarg, zawierającego: nazwiska skarżących, rodzaj i przedmiot skarg, wynik procedury składania skarg i procedury odwoławczej, działania następcze podjęte w celu naprawienia zarzucanej sytuacji oraz wszelkie rekompensaty przyznane skarżącym. Zapisy rejestru powinny służyć jako narzędzie zarządzania⁷.

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

KMPT widzi także potrzebę wyeksponowania w widocznym miejscu na terenie placówki instytucji ochrony praw człowieka i instytucji kontrolnych (wraz z adresami i numerami telefonów), do których mogłyby zwrócić się osoby zamieszkujące placówkę lub ich rodziny, w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy. Przykładowo do takich instytucji można zaliczyć: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz nr bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta, Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, Prokuraturę, Policję, organizacje pozarządowe (np. Helsińską Fundację Praw Człowieka).

Ponadto, przed wejściem do placówki nie znajduje się tablica, która zawierałaby nazwę spółki, jej adres i numer zezwolenia na prowadzenie działalności gospodarczej. Brak było informacji o rodzaju posiadanego zezwolenia, która to informacja jest wymagana ustawą⁸. Ponadto na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku, powinny zostać umieszczone informacje dotyczące zakresu działalności prowadzonej w placówce, podmiocie prowadzącym, w tym informacja o siedzibie⁹. KMPT zwraca uwagę na konieczność uzupełnienia powyższych informacji.

⁷ Tamże, § 90.

⁸ Zob. art. 68a ust. 2 ustawy o pomocy społecznej.

⁹ Zob. art. 68a ust. 3 ustawy o pomocy społecznej.

5.5 Dokumentacja i rejestry

Osoby wizytujące ustaliły, że w placówce nie jest stosowany przymus bezpośredni. Mimo, że placówki całodobowej opieki nie mogą stosować przymusu bezpośredniego względem swoich pensjonariuszy, są zobowiązane do prowadzenia ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka (zastosowanego przez inne podmioty np. pogotowie, czy policję). Zgodnie bowiem z art. 68a pkt. 1 lit. d ustawy o pomocy społecznej 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 informacje dotyczące stanu zdrowia osoby przebywającej w placówce, w szczególności ewidencję przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka.

W związku z brakiem ewidencji stosowania przymusu bezpośredniego KMPT zaleca kierownictwu placówki wprowadzenie w/w rejestru.

Ponadto, placówka nie prowadzi innych dodatkowych rejestrów, w szczególności osób przyjętych do placówki (tzw. rejestr ewidencji), obrażeń, wydarzeń nadzwyczajnych (np. upadków, samouszkodzeń, etc.), zgonów. W raportach pielęgniarskich natomiast często pojawiały się wpisy „wypluła leki” lub też opisy agresywnej pacjentki. Nie ma natomiast wskazanej reakcji i zastosowanych technik rozwiązania opisywanego w raporcie pielęgniarskim problemu.

Placówka nie posiada ponadto żadnych procedur regulujących zasady postępowania personelu (np. w przypadku wystąpienia zachowań agresywnych wśród pensjonariuszy).

Delegacja KMPT zachęca do przeglądu i zreformowania w placówce systemu prowadzenia dokumentacji tak, by była ona wszechstronna, dokładna, precyzyjna i aktualna. Tak prowadzona dokumentacja pozwala śledzić ruch, lokalizację, stan zdrowia i samopoczucie osoby przebywającej w placówce bez potrzeby analizowania licznych plików, dokumentów lub kart (jest to szczególnie ważne w przypadku osób, które są np. często hospitalizowane). Dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem na co zwraca uwagę SPT - Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Nieludzkemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu¹⁰.

¹⁰ Zob. np. raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, paragrafy 49-52.

5.6 Rehabilitacja i rekreacja

Rehabilitacja w placówce prowadzona jest tylko jako dodatkowo płatna usługa. KMPT zachęca do zwiększenia dostępności rehabilitacji przypadającej na jednego mieszkańca. W ocenie Krajowego Mechanizmu np. zorganizowanie gimnastyki grupowej pomogłoby w zwiększeniu aktywności ruchowej mieszkańców, zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym.

Ponadto, w placówce nie ma sali przeznaczonej do rehabilitacji. KMPT zachęca kierownictwo placówki do rozważenia możliwości utworzenia takiego pomieszczenia, w przypadku rozbudowy placówki lub jej remontu. Z pewnością odrębne pomieszczenie do ćwiczeń zwiększy komfort codziennego życia mieszkańców.

Jak ustalono w trakcie wizytacji placówka nie organizowała czasu wolnego mieszkańcom. Nie prowadzona jest również terapia zajęciowa. KMPT zachęca kierownictwo do podjęcia wysiłku również w tym kierunku. W ramach zorganizowanego czasu wolnego pensjonariusze mogliby np. wykonywać robótki ręczne, rysować, czytać oraz wykonywać ćwiczenia i testy logiczne, stymulujące ich intelektualnie.

Ponadto, wartym rozważenia byłoby zorganizowanie wycieczek dla mieszkańców czy też podjęcie współpracy z innymi placówkami. Takie działania mogłyby wzbogacić ich codzienne życie oraz przyczynić się do ich większej aktywizacji.

5.7 Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością i ograniczoną sprawnością ruchową

Zaznaczyć należy, że zgodnie z art. 68 ust. 4 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej budynek i jego otoczenie musi spełniać warunek braku barier architektonicznych. Wizytowana placówka nie spełnia w pełni ustawowych wymagań. W Domu Seniora znajdowała się tylko jedna łazienka, gdzie możliwe było skorzystanie z prysznicza pozbawionego progu. Łazienka ta umieszczona była w pokoju w którym zakwaterowani byli inni mieszkańcy, zatem aby wykąpać pozostałych pensjonariuszy trzeba było przez ten pokój przejść.

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

- łóżka kupowane przez placówkę mieszkańcom nie powinny być niższe niż 45-55 cm (licząc od powierzchni materaca do podłogi);
- progi i brodziki prysznicowe nie przekraczające 2 cm;

- klamki (w tym klamki okienne), wieszaki, półki, przyciski instalacji przyzywowej, włączniki światła, kontakty etc. zamontowane nie wyżej niż na poziomie 90-120 cm od podłoża;
- tablice informacyjne zawieszane na poziomie umożliwiającym przeczytanie ich treści również przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm powinna zostać zachowana we wszystkich łazienkach i pokojach użytkowanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- w łazienkach wykorzystywanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich warto pamiętać o:
 - ✓ wskazanej wyżej przestrzeni manewrowej i wysokości brodzika prysznicowego,
 - ✓ odpowiednio nisko zawieszonych lustrach (najlepiej zaczynających się od poziomu umywalki),
 - ✓ włącznikach światła, kontaktach, klamkach, dozownikach mydła, wieszakach na papier na wysokości: 90-120 cm,
 - ✓ wysokości muszli ustępowej: 45-50 cm,
 - ✓ poręczy w odległości 40 cm od osi muszli, umieszczonej na wysokości: 70-85 cm,
 - ✓ zastosowaniu w miejsce kurków, baterii umywalkowych, dostępnych dla osób ze słabszymi rękami (dłuższych).

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

Ponadto, w pokojach nie ma instalacji przywoławczej, która służyłaby do wezwania pomocy w nagłych przypadkach.

KMPT wielokrotnie zwracał na ten problem uwagę w swoich raportach z wizytacji miejsc, w których przebywają osoby z niepełnosprawnościami, zalecając montaż i pilnowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy. W ocenie delegacji KMPT, ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych pensjonariuszy oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne we wszystkich pomieszczeniach

użytkowanych przez mieszkańców (łazienki, pokoje łóżkowe). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego pensjonariuszy, których poczucie bezpieczeństwa lub jego brak może istotnie wpływać na rozwój choroby, tudzież zaważyć na ich dalszym losie. Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie także, w związku z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169), zgodnie z którą osoby niepełnosprawne powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

6. Podsumowanie

Mając na względzie potrzebę ochrony mieszkańców Placówki Pielęgnacyjno-Opiekuńczej Dom Seniora Osmolice przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, wskazane w ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, byłoby wdrożenie standardów opisanych w niniejszym raporcie.

Ponadto, na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele KMPT zalecają właścicielce Placówki Pielęgnacyjno-Opiekuńczej Dom Seniora Osmolice:

1. utworzenie ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka,
2. stosowanie się do przepisów art. 68 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej w kontekście ograniczania możliwości samodzielnego opuszczania placówki przez pensjonariusza,
3. umieszczenie w widocznym miejscu na budynku tablicy informacyjnej zawierającej informacji o rodzaju posiadanego zezwolenia oraz numer wpisu do rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku stosowanie do art. 68a ust. 2 ustawy o pomocy społecznej,
4. umieszczenie na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku informacji dotyczące zakresu działalności prowadzonej w placówce oraz podmiotu prowadzącego placówkę, w tym informacje o siedzibie lub miejscu zamieszkania podmiotu stosownie do art. 68a ust. 3 ustawy o pomocy społecznej,
5. dostosowanie współczynnika zatrudnienia do wymagań zawartych w art. 68a pkt 5 ustawy o pomocy społecznej.

Dodatkowo KMPT prosi o udzielenie informacji dot kwestii opisanej w pkt. 5.1 niniejszego raportu.