

Warszawa, dnia 5 listopada 2018 r.

KMP.573.12.2018.RK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Domu Opieki Senior w Krakowie
(wyciąg)**

1. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 15-16 maja 2018 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Mechanizm) wizytował Dom Opieki Senior, mieszczący się w Krakowie przy ul. Bieżanowskiej 98c. (dalej: Dom Opieki, Ośrodek, placówka).

W skład delegacji KMPT wchodził: Justyna Róża Lewandowska (Dyrektor KMPT, prawnik), dr Justyna Józwiak (socjolog), Aleksandra Osińska (psycholog), Rafał Kulas (prawnik) oraz dr n. med. Jerzy Foerster (ekspert KMPT, specjalista chorób wewnętrznych i specjalista geriatricznej), autor ekspertyzy, której wyniki zostały włączone w treść raportu.

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

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu Domu Opieki, udzielonej przez Urszulę Cabigę (Prezesa Zarządu Senior Sp. z o.o. i Kierownika Zespołu Terapeutyczno-

Opiekuńczego) oraz Krzysztofa Nawrota (zatrudnionego w placówce lekarza chorób wewnętrznych),

- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym pokoi, sanitariatów, wyposażenia 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. Ponadto po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe dokumenty związane z funkcjonowaniem placówki.

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

2. Zakaz represji

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

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakáže, 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

Dom Opieki Senior w Krakowie funkcjonuje w ramach działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku, na podstawie art. 67-69 ustawy o pomocy społecznej¹. Zezwolenie na działalność wydał w formie decyzji Wojewoda Małopolski, w dniu 9 stycznia 2006 r. (decyzja nr 1/2005, znak: PS.III.9013-3-27-05).

¹ Zob. ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1769 tekst jednolity).

Placówka prowadzona jest przez spółkę prawa handlowego – Senior Sp. z o.o. z siedzibą w Wieliczce, Osiedle Sienkiewicza 18/9 (KRS: 0000187927). Jest w stanie zapewnić opiekę 24 osobom.

W czasie wizytacji w Domu Opieki przebywało 21 mieszkańców. Większość mieszkańców stanowiły osoby leżące, wymagające stałej opieki.

Koszt pobytu mieszkańca wynosi 3500 zł miesięcznie. Kwota ta obejmuje: zakwaterowanie, wyżywienie (4 posiłki), całodobową opiekę (w tym opiekę pielęgniarstwa), opiekę lekarską (wizyta lekarza odbywa się minimum raz w tygodniu), utrzymanie czystości zajmowanych pomieszczeń, podstawowe środki czystości oraz koszty: energii elektrycznej, gazu, ogrzewania, wody, ścieków, opłaty RTV.

Powyzsza stawka nie obejmuje kosztów: wykupu leków, leczenia, pieluchomajtek, rozmów telefonicznych.

Placówka nadzorowana jest przez Wojewodę Małopolskiego. Przed wejściem do placówki znajduje się tablica z informacją o typie domu, podmiocie prowadzącym oraz numerem zezwolenia Wojewody Małopolskiego.

4. Legalność pobytu

Podstawą przyjęcia do Domu Opieki jest umowa o świadczenie usług zawierana pomiędzy spółką Senior Sp. z o.o., a opiekunem (umowa posługuje się terminem *głównego opiekuna*) lub mieszkańcem. Stosowany jest jednolity wzór umów.

Umowa przewiduje zapis mówiący o tym, że mieszkaniec zapoznał się z Regulaminem Domu Opieki i zobowiązuje się do jego przestrzegania.

KMPT chciałby zwrócić uwagę na następujące kwestie związane ze sposobem zawierania umów z mieszkańcami, istotne z punktu widzenia prewencji złego traktowania:

4.1. Mieszkańcy ubezwłasnowolnieni całkowicie przed przyjęciem do placówki

W takich przypadkach umowę podpisuje tzw. główny opiekun. Z treści przedłożonej dokumentacji nie wynika, czy osoby podpisujące umowy są opiekunami prawnymi mieszkańców. Tylko w dwóch przypadkach delegacja KMPT znalazła zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekunów prawnych.

Dokumentacja mieszkańców nie zawierała też zgody sądu opiekuńczego na umieszczenie przez opiekuna prawnego swojego podopiecznego w placówce. Stosownie

bowiem do wymogów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego² opiekun prawny powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku ubezwłasnowolnionego.

W ocenie KMPT decyzja opiekuna prawnego o umieszczeniu w placówce jest istotna z perspektywy prawa do wolności i ważąca na życiu osoby, której dotyczy. Z tego powodu nie może być podejmowana bez stosownej zgody sądu.

W wyroku z dnia 18 maja 1999 r. Naczelny Sąd Administracyjny (I SA 114/99) sprecyzował, iż umieszczenie w domu pomocy społecznej bez wątplenia należy do tych ważniejszych spraw, wymagających zezwolenia sądu opiekuńczego. Analogiczne stanowisko prezentowane jest również przez przedstawicieli doktryny³.

Także Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie Kędzior przeciwko Polsce⁴ stwierdził, iż w sytuacji, gdy umieszczenie osoby w zakładzie opiekuńczym zostało spowodowane przez przedstawiciela ustawowego bez dokonania kontroli jego prawidłowości przez sąd, zachodzi naruszenie art. 5 ust. 4 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności⁵.

Na potrzebę sądowej kontroli decyzji o umieszczeniu w domach opieki jako ważnej gwarancji zabezpieczającej mieszkańców przed złym traktowaniem, w tym pozbawianiem ich wolności wbrew woli, wskazuje również Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom Rady Europy (CPT)⁶.

Mając na względzie zasadę swobody umów⁷, możliwość jej zawierania przez dowolną osobę (niekoniecznie opiekuna prawnego), a także ryzyko umieszczenia podopiecznego wbrew jego woli, KMPT rekomenduje weryfikację, czy sąd wyraził zgodę na umieszczenie podopiecznego w placówce. Kopia decyzji sądu powinna zostać dołączona do dokumentacji mieszkańca.

KMPT zachęca też personel do weryfikacji statusu prawnego osób podpisujących umowę i w przypadku, gdy osobami takimi są opiekunowie prawni, dołączanie do

² Zob. art. 175 w związku z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2015 r., poz. 2082 tekst jednolity).

³ Zob. J. Ignatowicz w: Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012, s. 1181., T. Smoczyński w: Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia, Warszawa 2001, s. 431.

⁴ Zob. wyrok z dnia 16 października 2012 r., skarga nr 45026/07.

⁵ Zob. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.).

⁶ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Zob. przykładowo: Raport CPT z wizyty w Bułgarii, CPT/Inf (2018) 15, § 170; Raport CPT z wizyty na Łotwie, CPT/Inf (2017) 16, § 155-156; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 160, 164, 165.

⁷ Zob. art. 353¹ ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 2018 r., poz. 1025 tekst jednolity).

dokumentacji pensjonariuszy kopii postanowienia sądu lub zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego.

4.2. Mieszkańcy, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, a których stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy

Z rozmów z personelem wynika, że przyjęcia często odbywają się bezpośrednio ze szpitali. Pacjenci są wówczas w ciężkich stanach i wymagają stałej opieki. Nie są w stanie logicznie się wypowiadać, a tym bardziej formułować opinii dotyczącej ich sytuacji prawnej.

Podczas oglądu placówki delegacja KMPT próbowała rozmawiać z mieszkańcami, z którymi kontakt logiczny był bardzo utrudniony. Umowę o świadczenie usług podpisują wówczas opiekunowie faktyczni takich osób.

W ocenie KMPT powyższy problem ma charakter systemowy, wymagający stworzenia odpowiednich przepisów prawnych, które zapewnią ochronę praw osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji.

Pożądanym byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁸, czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym⁹. 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 uległby status osoby przyjmowanej do takich placówek, która obecnie pozostaje często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Analogiczny problem, w odniesieniu do domów pomocy społecznej, dostrzegł CPT podczas wizyty w Polsce w 2009 r. Wskazał wówczas, że wielu mieszkańców umieszczonych „dobrowolnie” w domach pomocy, nie było w stanie wydać ważnej zgody na pobyt oraz nie miało wyznaczonego przez sąd opiekuna. W rezultacie osoby te były de facto pozbawione wolności bez możliwości korzystania z gwarancji przewidzianej przez prawo. Komitet zalecił władzom krajowym podjęcie kroków, aby

⁸ Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r., poz. 617 tekst jednolity).

⁹ Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r., poz. 882 tekst jednolity).

mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie, nie posiadający opiekuna i nie mający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu¹⁰.

5. Traktowanie mieszkańców

W czasie rozmów z mieszkańcami KMPT ustalił, że są oni traktowani w odpowiedni sposób. Delegacja KMPT zwróciła jednak uwagę, że przez cały okres dwudniowej wizyty pensjonariusze przebywali wyłącznie w swoich pokojach. Nie dostrzeżono, by wychodzili na świeże powietrze (mimo iż na zewnątrz panowały dobre warunki atmosferyczne) lub choć przemieszczali się między pokojami lub innymi pomieszczeniami Domu Opieki. Mieszkańcy sprawiali wrażenie apatycznych. Podczas wizyty delegacja nie zauważyła, by personel starał się aktywizować mieszkańców i zachęcać ich do opuszczenia swoich pokoi.

Wizytujący byli też świadkami, gdy personel zwracał mieszkańców próbujących wyjść z pokoju lub z domu. Z rozmów z personelem i osobą kierującą placówką wynikało, że mieszkańcy mogą wychodzić z placówki wyłącznie w towarzystwie opiekunów lub członków rodzin. W ciągu dnia pozostają w swoich pokojach. Jest to tym bardziej niepokojące, że placówka dysponuje tarasem i ogrodem (teren posesji jest ogrodzony), który mógłby z powodzeniem pełnić funkcję terenu rekreacyjnego dla mieszkańców.

Leżący mieszkańcy nie są wywożeni na świeże powietrze, nawet w sytuacji dobrych warunków atmosferycznych, mimo iż niektórzy z nich przebywali w placówce od kilku miesięcy.

KMPT zachęca personel do zmiany praktyki. W wielu placówkach opieki wizytowanych przez Mechanizm (w tym w domach pomocy społecznej lub zakładach opiekuńczo-leczniczych) personel stara się aktywizować mieszkańców, w tym szczególnie osoby leżące. Taka postawa ma wiele korzyści – wpływa korzystnie na stan zdrowia mieszkańców, ich samopoczucie, poczucie wspólnoty i atmosferę w placówce. Niezależnie więc od terapii zajęciowej, warto włożyć wysiłek w jak największą aktywizację pensjonariuszy, we wzajemną interakcję w ciągu dnia. Pozostawianie mieszkańców w swoich pokojach może bowiem sprzyjać ich izolacji, poczuciu wykluczenia, zwiększać napięcie i mieć negatywne konsekwencje dla ich zdrowia

¹⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

i dobrego samopoczucia. W skrajnych przypadkach wymuszona całkowita nieaktywność, w dłuższym okresie, może stanowić nieludzkie traktowanie.

Mieszkańcy powinni mieć też możliwość codziennego dostępu do świeżego powietrza, jeśli nie ma ku temu indywidualnych przeciwwskazań zdrowotnych. Ograniczanie możliwości samodzielnego wyjścia na świeże powietrze i umożliwianie go wyłącznie pod opieką opiekunów lub członków rodzin jest wysoce niepokojące i nie znajduje podstaw prawnych. Dostęp do świeżego powietrza powinien być również zapewniony leżącym mieszkańcom domu i mógłby się odbyć za pomocą łóżka z kółkami lub wózka inwalidzkiego.

W ocenie CPT mieszkańcy powinni mieć możliwość codziennego dostępu do świeżego powietrza¹¹. 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 zezwala¹².

KMPT zachęca również do zmiany praktyki w zakresie higieny mieszkańców. Z poczynionych obserwacji i rozmów wynika, że leżący mieszkańcy są myci wyłącznie w łóżkach (obmywani za pomocą gąbki), mimo iż niektórzy z nich przebywali w placówce od kilku miesięcy. Delegacja KMPT została poinformowana, że placówka nie dysponuje dźwigiem do przenoszenia chorych do wanny.

W ocenie KMPT taka praktyka nie sprzyja higienie, tym bardziej że placówka dysponuje wanną umożliwiającą kąpiel. Mechanizm zachęca do zmiany sposobu kąpieli.

KMPT zwraca też uwagę na konieczność poszanowania poczucia intymności mieszkańców podczas czynności higienicznych, medycznych i opiekuńczych. Okna w niektórych pokojach były odsłonięte (brak było rolet lub firanek), co stwarza ryzyko, że mieszkaniec będzie widoczny z zewnątrz. Zachęca się kierownictwo placówki do montażu rolet lub zasłon i korzystania z nich w czasie czynności higienicznych i innych.

KMPT zwraca też uwagę na konieczność zaprowadzenia ewidencji stosowania przymusu bezpośredniego, stosowanego na terenie placówki. Mimo iż kadra Domu Opieki nie posiada uprawnień do stosowania przymusu (i nie jest on w praktyce stosowany, co potwierdzali mieszkańcy i personel) przepisy prawa przewidują obowiązek

¹¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Bułgarii, CPT/Inf (2018) 15, § 165-166; Raport CPT z wizyty w Mołdawii, CPT/Inf (2016) 16, § 183; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 196; Raport CPT z wizyty w Estonii, CPT/Inf (2014) 1, § 117; Raport CPT z wizyty w Azerbejdżanie, CPT/Inf (2018) 9, § 137; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 152.

¹² Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 152.

zaprowadzenia ewidencji przymusu stosowanej przez inne, uprawnione służby¹³. Zaprowadzenie takiej ewidencji ma walor transparentności, służy kontroli częstotliwości i prawidłowości stosowania środka przez uprawnione podmioty. Stanowi więc ważne zabezpieczenie służące ochronie pensjonariuszy przed niewłaściwym traktowaniem

6. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

O ograniczeniach związanych z samodzielnym wyjściem mieszkańców z budynku Domu Opieki była mowa w pkt. 4 raportu. W pozostałym zakresie związanym z dostępem mieszkańców do świata zewnętrznego delegacja KMPT nie ujawniła żadnych ograniczeń. Odwiedziny nie są reglamentowane, mieszkańcy mogą też posiadać własne telefony.

Odwiedziny możliwe są w pokojach mieszkańców (wieloosobowych), na tarasie lub w ogrodzie. Placówka nie dysponuje pokojem odwiedzin.

Opiekunowie i rodziny mogą zabierać swoich bliskich na spacer poza placówkę. Proszeni są jedynie o poinformowanie pracownika Domu Opieki o tym fakcie.

7. Warunki bytowe

Warunki bytowe w placówce delegacja KMPT oceniła jako dobre. Pomieszczenia nie wymagały remontu. Mieszkańcy przebywali w pokojach 2 lub 3 osobowych z osobnymi łazienkami (jeden z pokoi był 1 osobowy).

Pokoje były jednak surowo urządzone. Brak w nich było zdjęć i innych osobistych pamiątek pensjonariuszy, dywanów, zasłon lub firanek. W części pomieszczeń okna były odsłonięte, tylko w niektórych pokojach zainstalowano rolety. Stwarza to ryzyko naruszenia intymności mieszkańca, jak również dyskomfortu w przypadku słonecznych dni i wysokich temperatur.

W czasie wizytacji okna były pozamykane, w niektórych pomieszczeniach czuć było zaduch. Niektóre okna nie posiadały klamek.

Delegacja została zapewniona, że Dom Opieki stopniowo wyposaża okna w rolety. Docelowo wszystkie okna mają zostać w nie wyposażone.

Dom Opieki nie posiada sali dziennego pobytu, w której mieszkańcy mogliby miło spędzić czas. Znajdujący się na parterze budynku salon wykorzystywany jest do pracy przez personel, w tym do prowadzenia dokumentacji.

¹³ Zob. art. 68a pkt. 1 lit. d ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1769 tekst jednolity).

Warto w tym miejscu odwołać się do standardów CPT, który podkreśla, że stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje zapewnienie pacjentom właściwej przestrzeni życiowej, odpowiedniego oświetlenia, ogrzewania, wentylacji, utrzymywania ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych. W ocenie CPT należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii¹⁴.

KMPT zachęca kierownictwo placówki do umożliwienia mieszkańcom przechowywania pamiątek i zdjęć oraz wyposażenie pokoi w sprzęt, nadający im bardziej domowy wygląd (rolety, firanki, dywany itp.). Pokoje powinny być też systematycznie wietrzone. KMPT zachęca też do umożliwienia mieszkańcom korzystania z sali dziennego pobytu lub zorganizowania pomieszczenia, które mogłoby pełnić taką rolę.

Dom Opieki nie jest wyposażony w monitoring wizyjny. W pokojach nie ma także 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 nadzorowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy. W ocenie KMPT, ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych pacjentów oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne w pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje mieszkalne). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego pacjentów.

8. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Placówka nie jest w pełni przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wyposażona jest co prawda w wózki inwalidzkie, windę

¹⁴ Zob. Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (98) 12, § 34.

i pewne ułatwienia w toaletach (poręcze), jednak warunki architektoniczne i zastosowane rozwiązania nie spełniają standardów dostępności dla takich osób.

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 Ośrodek 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.

9. Rejestry, procedury i dokumentacja

W Domu Opieki nie prowadzi się żadnych rejestrów, w szczególności rejestru stosowania przymusu bezpośredniego (wymagany ustawą), osób przyjętych do placówki, wizyt lekarskich, skarg, wydarzeń nadzwyczajnych (np. upadków, samouszkodzeń, etc.), zgonów, wyjść i odwiedzin.

Placówka nie posiada żadnych procedur regulujących zasady postępowania personelu (np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy). Jedyne wytyczne kierującej placówką dotyczą postępowania na wypadek zgonu.

KMPT zachęca kierownictwo placówki do przeglądu praktyki i rozważenia wprowadzenia odpowiednich rejestrów i procedur. KMPT podkreśla, że dobrze prowadzony rejestr może być pomocny w ustaleniu, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc osobom zatrzymanym dobrze wykonywały swoje obowiązki. Taka praktyka niewątpliwie wzmocni podstawowe gwarancje mieszkańców i transparentność podejmowanych czynności, co ułatwi pracę także osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką.

W ocenie Podkomitetu ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności¹⁵.

Z kolei procedury pozwolą na ujednoczenie praktyki personelu w rozmaitych obszarach, zwłaszcza w sytuacjach, gdy musi on działać w stresie i chwilach pobudzenia mieszkańca. Stwarza to ryzyko błędów i złego (w tym niezamierzonego) traktowania mieszkańców.

10. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń mieszkańców

Placówka zatrudnia lekarza (I stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych), który obecny jest na miejscu minimum raz w tygodniu. W czasie swojej wizyty dokonuje badania lekarskiego nowo przyjętych pacjentów, obchodu i oceny stanu zdrowia pensjonariuszy, wydaje zlecenia farmakologiczne i rehabilitacyjne, wypisuje recepty (w tym na leki refundowane i pieluchomajtki).

Placówka zatrudnia też pielęgniarki (15 osób) i opiekunki medyczne (4 osoby). Ich pracę koordynuje Kierownik Zespołu Terapeutyczno-Opiekuńczego. Pielęgniarki pracują w 12-godzinnym systemie zmianowym. Zgodnie z informacjami udzielonymi

¹⁵ Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zobacz przykładowo raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, § 49-52.

przez personel na każdej zmianie obecna jest przynajmniej jedna pielęgniarka. W ciągu dnia personel liczy 3 osoby, w nocy – 2 osoby.

Wszyscy pacjenci zapisani są również do lekarza pierwszego kontaktu, w przychodni lekarskiej w Wieliczce i mogą korzystać z jego porad, co zdarza się wyjątkowo rzadko.

Zgodnie z umową placówka nie zapewnia konsultacji specjalistycznych. W przypadku konieczności lub chęci takiej konsultacji jej organizacja i transport spoczywają na rodzinie lub opiekunach. W Domu opieki nie jest prowadzony rejestr takich konsultacji.

Zatrudniony w placówce lekarz jest powiadomiony o takich konsultacjach i wyraża zgodę na transport, jeśli stan zdrowia pacjenta na to pozwala. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od personelu medycznego wymiana informacji dotyczących stanu zdrowia i zaleconego poza placówką leczenia jest w takich wypadkach właściwa. Rodziny współpracują z personelem i udostępniają niezbędną dokumentację medyczną, co pozwala na zapewnienie odpowiedniego leczenia i opieki.

Placówka wyposażona jest w odpowiedni sprzęt medyczny i zaopatrzona w leki.

Dokumentacja medyczna przechowywana jest na terenie placówki. Każdy mieszkaniec ma założoną indywidualną teczkę zawierającą: historie choroby, wypisy ze szpitali, dodatkowe badania (obrazkowe, EKG, RTG, labolatoryjne), karty z bieżącymi obserwacjami i zleceniami lekarskimi. Ponadto prowadzona jest księga raportów pielęgniarskich.

W ocenie eksperta KMPT przyjęty w placówce system organizacji leczenia nie stwarza ryzyka zaistnienia złego traktowania mieszkańców, zaś jakość świadczonych w placówce usług zdrowotnych jest na dobrym, profesjonalnym poziomie.

Mimo, że umowa o świadczenie usług nie przewiduje takiego standardu, ekspert KMPT widzi konieczność zapewnienia mieszkańcom wymagającym takiej opieki, stałego dostępu do specjalisty psychiatrii i psychologa. Aktualnie mieszkańcy muszą zapewnić sobie takie konsultacje we własnym zakresie.

W czasie wizyty delegacji KMPT opisano przypadek mieszkanki (prawdopodobnie ofiary przemocy poza placówką), która po umieszczeniu w Domu Opieki, na widok personelu chowała się pod stół. Mieszkance nie zapewniono jednak fachowej pomocy psychologicznej, a starano się okazać jej pomoc rozmową. Niepokojące zachowanie mieszkanki trwało około roku czasu.

W kilku kartach pensjonariuszy delegacja znalazła wpisy o „epizodach depresyjnych” albo „stanach depresyjnych”.

Z rozmów z personelem wynika również, że w placówce zdarzają się także sytuacje trudne, w tym przypadki agresji słownej (której świadkami byli przedstawiciele KMPT w czasie wizytacji) oraz napaści fizycznej (wizytującym opisano przypadek mieszkanki hospitalizowanej psychiatrycznie, która pobiła pielęgniarkę).

Ekspert KMPT proponuje, aby Dom Opieki zorganizował regularne wizyty (minimum raz w miesiącu) psychiatry dla osób potrzebujących (wskazanych przez lekarza prowadzącego) oraz zapewnił możliwość stałego dostępu mieszkańców do psychologa i psychiatry.

W opinii SPT regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje, aby władze uwzględniły rutynowe badania w zakresie zdrowia psychicznego podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu zatrzymania. W opinii SPT Państwo powinno uwzględniać oceny zdrowia psychicznego w codziennych kontrolach przeprowadzanych przez odpowiednio wyszkolony personel. Ponadto powinno zapewnić szybki dostęp do usług i programów zdrowia psychicznego, w tym dostępu do psychiatry, po skierowaniu przez personel lub samodzielny wniosek zatrzymanego¹⁶.

Ekspert zwraca też uwagę na potrzebę dokonywania pomiaru wagi osób chodzących (1 raz w miesiącu) i sprawdzanie obwodu ramienia u osób leżących (w 1/2 długości; pomiary powinno się odnotowywać w osobnym zeszycie). Praktyka ta pozwala bowiem na szybkie wykrycie niedożywienia pacjentów.

W ocenie eksperta potrzebne jest wprowadzenie rejestru badanych glikemii i ciśnienia tętniczego (RR), co pozwoli na szybkie i dokładne monitorowanie parametrów.

Wszyscy mieszkańcy są przy przyjęciu oglądani przez pielęgniarkę. Ewentualne obrażenia, odleżyny i zasinienia są odnotowywane w zeszycie zaleceń. Opisy są prowadzone bardzo dokładnie. Obrażenia nie są utrwalane za pomocą zdjęć.

Niezależnie od powyższego mieszkańcy są badani przez zatrudnionego w placówce lekarza. Badanie ma miejsce w pierwszym dniu wizyty lekarza w placówce

¹⁶ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/3, § 30 i 32.

(bywa on min. raz w tygodniu). W praktyce więc zdarza się, że lekarz bada mieszkańca tego samego dnia, najpóźniej zaś w ciągu tygodnia.

Wstępne badanie lekarskie nie uwzględnia jednak opisu obrażeń, mimo iż były one wcześniej opisane przez pielęgniarkę. KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą te osoby przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni też personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce. Z kolei świadomość ujawnienia ewentualnych śladów przemocy i ich udokumentowania może zadziałać odstraszająco na osoby rozważające potencjalnie możliwość użycia przemocy wobec pensjonariuszy¹⁷.

Badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania tortur.

SPT wskazuje, że badanie powinno odbywać się w warunkach poufności (obecny powinien być wyłącznie personel medyczny) i być ukierunkowane na zdiagnozowanie ewentualnych przypadków tortur i złego traktowania¹⁸. SPT zaleca, by zapis takiego badania zawierał:

- historię medyczną zatrzymanego, w tym wszelkie zarzuty dotyczące niedawnej przemocy, tortur lub złego traktowania;
- wystąpienie jakiegokolwiek dyskomfortu lub objawów;
- wynik badania klinicznego, w tym opis zaobserwowanych obrażeń i opis, w jaki sposób takie obrażenia zostały poniesione;
- wskazanie, czy zbadano cały organ;
- wniosek pracownika służby zdrowia dotyczący tego, czy wszystkie zarejestrowane elementy są spójne¹⁹.

Z kolei CPT²⁰ rekomenduje, by badanie lekarskie odbyło się w ciągu 24 godzin od przyjęcia. Dokumentacja z takiego badania powinna zawierać:

¹⁷ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 16 marzec 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 45-48; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61; Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpień 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport SPT z wizyty w Szwecji, 10 wrzesień 2008 r., CAT/OP/SWE/1, § 62-64; Drugie Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf (92) 3, § 36-38; Raport CPT z wizyty w Polsce, 25 czerwiec 2014 r., CPT/Inf (2014) 21, § 26, 30; Raport CPT z wizyty w Turcji, CPT/Inf (2009) 17, § 53; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016) 25, § 167.

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

¹⁹ Tamże, § 57.

- obiektywny i dokładny opis stanu pacjenta, w szczególności wszelkich urazów;
- wyniki dodatkowych badań, szczegółowe wnioski wynikające ze specjalistycznych konsultacji;
- proponowany sposób leczenia w przypadku ujawnienia urazów;
- wskazania do dalszej pracy z pacjentem;
- wszelkie zauważone urazy należy nanieść na specjalny formularz przewidziany do tego celu, z wykresami ciała do oznakowania urazów, który będzie przechowywany w aktach medycznych;
- pożądane byłoby fotografowanie ran, a zdjęcia powinny być dołączane do akt medycznych.

CPT zaleca też zaprowadzenie specjalnego rejestru urazów, w którym należy odnotowywać wszystkie rodzaje obrażeń. W przypadku ujawnienia tortur lub przemocy, powinno się zawsze zawiadomić Prokuratora.

W ocenie KMPT pomocnym narzędziem w pracy personelu placówki, w tym w szczególności personelu medycznego, może być rekomendowany przez ONZ - *Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół Stambulski)*²¹. Zawiera on praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów, w zakresie metod tortur, ich objawów, sposobów identyfikacji, realizacji badania medycznego i dokumentowania śladów przemocy. Skupia się również na barierach psychologicznych mogących pojawić się w relacjach z ofiarami oraz kwestiach etycznych (w tym etyce lekarskiej). Stosowanie Protokołu Stambulskiego zaleca państwom będących sygnatariuszami OPCAT - SPT²².

KMPT zachęca kierownictwo placówki do zapoznania personelu z treścią Protokołu Stambulskiego oraz stosowania zawartych tam wskazówek podczas badań i dokumentowania obrażeń. Rozmowy z personelem medycznym pokazały bowiem, że nie ma on wiedzy o istnieniu powyższego dokumentu. Warto też, w przypadku

²⁰ Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2013), § 71-84; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 22, 27, 50, 81; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2014) 21, § 78.

²¹ Dokument dostępny jest w polskiej wersji językowej na stronie: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulski-podr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego>

²² Zob. Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport z wizyty SPT na Ukrainie, 16 marzec 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 46-48; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipiec 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

zapewnienia mieszkańcom dostępu do psychiatry i psychologa, zapoznać ww. specjalistów z treścią Protokołu.

KMPT zachęca też do dokumentowania w formie fotograficznej odleżyn i obrażeń, za zgodą pensjonariuszy lub ich opiekunów prawnych (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych, nie będących w stanie samodzielnie wyrazić swoją wolę). Dokumentacja fotograficzna mogłaby być dołączana do akt medycznych pacjenta. Praktyka taka jest spotykana w placówkach wizytowanych przez Mechanizm (m.in. oddziałach psychiatrycznych, zakładach opiekuńczo-leczniczych) i jest ważnym zabezpieczeniem w prewencji tortur.

KMPT zachęca też personel do dokonywania badań i oględzin ciała mieszkańców po każdorazowym powrocie z urlopu, dłuższej nieobecności w placówce i miejsc, gdzie mogły doświadczyć przemocy (np. zostały doprowadzone przez policję lub przebywały pod jej nadzorem, były hospitalizowane psychiatrycznie, zachodzi podejrzenie przemocy domowej) oraz w sytuacjach podejrzenia przemocy między mieszkańcami.

11. Rehabilitacja i rekreacja

Mieszkańcy mają zapewnioną rehabilitację, która odbywa się w dni powszednie w wymiarze 3-4 godzin. Prowadzona jest przez mgr fizjoterapii. Każdy mieszkaniec ma założoną indywidualną kartę zleceń fizjoterapeutycznych, zawierającą rozpoznanie i stosowane zabiegi.

Dom Opieki nie posiada sali rehabilitacji. Prowadzona jest ona w pokojach mieszkańców lub na korytarzu. Realizowana jest również rehabilitacja przyłóżkowa.

W opinii fizjoterapeutki nie ma potrzeby wygospodarowania odrębnej sali do ćwiczeń, gdyż większość pensjonariuszy jest leżąca. W opinii kierującej placówką warunki lokalowe nie pozwalają na utworzenie takiego pomieszczenia.

KMPT zachęca kierownictwo placówki do wzięcia pod uwagę utworzenia takiego pomieszczenia, w przypadku rozbudowy placówki lub remontu. Z pewnością odrębne pomieszczenie do ćwiczeń zwiększy komfort codziennego życia mieszkańców.

W placówce organizowane są zajęcia terapii zajęciowej (prowadzona jest przez 2 osoby – magister terapii zajęciowej oraz terapeutkę po szkole policealnej), jednak z uwagi na stan zdrowia i utrudniony logiczny kontakt, większość mieszkańców spędza czas wolny w swoich pokojach.

W ramach terapii zajęciowej pensjonariusze słuchają muzyki, wykonują robótki ręczne, rysują, czytają oraz wykonują ćwiczenia i testy logiczne, stymulujące ich intelektualnie.

KMPT zachęca do większej aktywności skierowanej wobec osób leżących, gdyż podczas dwudniowej wizyty dało się odczuć w tej materii pewien marazm.

Z wywiadów z mieszkańcami wynikało też, że poza terapią zajęciową nie mają oni zorganizowanych żadnych form aktywności i jeśli nikt ich nie odwiedza, spędzają czas biernie w swoich pokojach. KMPT zachęca do większej aktywności w tym zakresie.

12. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur. Otrzymanie przez mieszkańca zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych 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. Szczególnie istotna jest tutaj sytuacja cudzoziemców, którzy najczęściej nie znają języka polskiego oraz prawa i procedur obowiązujących w Polsce.

KMPT pozytywnie odnotował, że:

- Przed wejściem do placówki znajduje się tablica z informacją o typie domu, podmiocie prowadzącym oraz numerem zezwolenia Wojewody Małopolskiego,
- Dom Opieki posiada regulamin (tzw. Regulamin Domu Seniora), z którym mieszkańiec zapoznawany jest w chwili przyjęcia do placówki.

Delegacja KMPT nie uzyskała informacji wskazujących, że zapisy Regulaminu są pensjonariuszom nieznane.

KMPT zwraca jednak uwagę, że wszystkie informacje wytwarzane w placówce (umowy, Regulamin Domu Seniora, informacje dostępne na tablicy informacyjnej) są sporządzone w języku polskim. Z informacji kierującej placówką wynika, że oferta jest skierowana do obywateli polskich, aczkolwiek w przeszłości przez 2 dni w Domu Opieki przebywał mieszkaniec narodowości niemieckiej, który nie komunikował się w języku polskim.

Mając na względzie możliwość rozszerzenia w przyszłości oferty na obcokrajowców, w ocenie KMPT warto wziąć pod uwagę aspekt językowy w odniesieniu do prawa do informacji. KMPT zachęca też do nauki języków obcych personel Domu Opieki.

Wątpliwości Mechanizmu budzi dostęp mieszkańców i ich rodzin do mechanizmów skargowych. Na terenie placówki nie ma bowiem żadnych informacji o możliwościach złożenia skargi (zarówno w trybie wewnętrznym, jak i do instytucji zewnętrznych). Ewentualne skargi ustne nie są nigdzie odnotowywane (brak rejestru skarg). Z relacji personelu wynika, że mieszkańcy i ich rodziny nie zgłaszali żadnych skarg.

KMPT każdorazowo zachęca do tego, aby we wszystkich instytucjach opieki podjąć kroki w celu zapewnienia mieszkańcom informacji o przysługujących im prawach do składania formalnych skarg. Wskazane byłoby wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące Dom Opieki lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy (adresu oraz numeru telefonu Rzecznika Praw Obywatelskich - bezpłatna infolinia 0 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, sędziego rodzinnego, Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, wybranych organizacji pozarządowych np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka). Warto podkreślić, że realizacja powyższego zalecenia nie pociąga za sobą dużych nakładów finansowych, co w odniesieniu do jego znaczenia i skuteczności, przemawia za jego wprowadzeniem.

KMPT zachęca też do rozważenia utworzenia poufnego rejestru skarg, który może być pomocny również jako narzędzie zarządzania i opracowania odpowiednich polityk i strategii, w odniesieniu do pracy personelu i sprawowanej opieki.

W swoim najnowszym sprawozdaniu z działalności w 2017 r. CPT podkreślił znaczenie dostępu do mechanizmu skargowego jako fundamentalnej gwarancji prewencji tortur we wszystkich miejscach, w których przebywają osoby wbrew własnej woli²³. W ocenie CPT efektywne mechanizmy skargowe mogą 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. Państwa europejskie powinny więc zapewnić bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi, który będzie dostępny we wszystkich miejscach zatrzymań.

Niezwykle ważne jest więc, aby w każdym miejscu odosobnienia funkcjonował wewnętrzny mechanizm składania skarg. Oczywiście, składający skargę powinni mieć możliwość bezpośredniego zwrócenia się do zewnętrznych organów ds. skarg. Skargi z

²³ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 68-91.

kolei powinny być rozpatrywane szybko i dokładnie zgodnie z jasną procedurą, która chroni daną osobę przed możliwym zastraszeniem lub represjami²⁴.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)²⁵.

Komitet 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 cudzoziemców²⁶.

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

W swoich standardach dotyczących dostępu do mechanizmów skargowych CPT podkreśla, że personel na wszystkich poziomach powinien otrzymać jasny komunikat, że wszelkie próby uniemożliwienia dotarcia skarg do odpowiednich organów, działania polegające na zastraszaniu lub odwecie nie będą tolerowane i będą podlegały odpowiednim sankcjom²⁷. Pracownicy, którzy sprawują bezpośredni nadzór nad osobami pozbawionymi wolności, nie powinni mieć też możliwości filtrowania skarg²⁸.

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 zarządzania²⁹.

KMPT ustalił, że Prokuratura Rejonowa Kraków-Podgórze w Krakowie prowadziła śledztwo w sprawie psychicznego oraz fizycznego znęcania się nad mieszkanką Domu Opieki, poprzez m.in. aplikowanie nadmiernej ilości leków psychotropowych i podawanie zbyt małej ilości płynów, co doprowadziło

²⁴ Tamże, § 68-91.

²⁵ Tamże, § 79.

²⁶ Tamże, § 83.

²⁷ Tamże, § 85.

²⁸ Tamże, § 84.

²⁹ Tamże, § 90.

do nieumyślnego spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci zaostrzonej przewlekłej choroby nerek stanowiącej chorobę realnie zagrażającą życiu, tj. o przestępstwo z art. 207 § 1 k.k.³⁰. w zw. z art. 156 § 2 k.k. w zw. z art 156 § 1 pkt 2 k.k. (sygn. akt 5 Ds. 81.2018).

W dniu 23 maja 2018 r. Prokurator wydał postanowienie o jego umorzeniu wobec stwierdzenia, że czyn nie zawiera znamion czynu zabronionego. Pismem z dnia 4 lipca 2018. Prokurator poinformował KMPT, że od powyżej decyzji procesowej zostało złożone zażalenie do Sądu Rejonowego dla Krakowa-Podgórze w Krakowie, Wydział II Kamy.

KMPT zwraca się do Przewodniczącego Wydziału o wskazanie decyzji podjętej w tym przypadku przez Sąd i nadesłanie jej kopii.

13. Personel

Z udostępnionych KMPT informacji wynika, że personel posiada odpowiednie do wykonywanych zadań kwalifikacje i doświadczenie zawodowe. Ponadto doskonalili on swoje umiejętności w formie szkoleń specjalistycznych (np. kursu opieki paliatywnej, leczenia ran i odleżyn, rehabilitacyjnej, opieki długoterminowej, wywiadu i badań fizykalnych, czy kursu kwalifikacyjnego środowiskowego i psychiatrycznego).

Część pielęgniarek posiada specjalizacje: anestezyjologiczną, medycyny zachowawczej, psychiatrii. Wszystkie pielęgniarki i opiekunki posiadają też ukończony kurs pierwszej pomocy.

Wszelkie szkolenia kadra realizuje we własnym zakresie. Personel pielęgniarski stanowią bowiem osoby zatrudnione w szpitalach i domach pomocy społecznej. Kierująca placówką wyjaśniła, że z uwagi na ten fakt nie organizuje dodatkowych kursów i szkoleń. Wizytujących poinformowano też, że personel dobierany jest z polecenia i po dokładnej weryfikacji kwalifikacji.

Z uwagi na specyfikę pracy w placówce, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami i innymi osobami (w tym agresję pensjonariuszy) oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zachęca do wsparcia psychologicznego i merytorycznego kadry. W celu wzmocnienia kompetencji pracowników i tym samym ochrony przebywających w niej mieszkańców przed niewłaściwym traktowaniem zalecane byłoby zorganizowanie szkoleń lub warsztatów z zakresu: komunikacji interpersonalnej w

³⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. z 2017 r., poz. 2204 tekst jednolity).

relacji pracownik-mieszkaniec, sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

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.

Warto też zapoznać personel z treścią Protokołu Stambulskiego, o czym była już mowa w pkt. 9 poświęconym opiece medycznej i dokumentowaniu obrażeń mieszkańców.

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).

KMPT zachęca też kierownictwo placówki do aktywnej działalności edukacyjnej i budowania kultury sprzeciwu wobec przemocy, która powinna być postrzegana jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu, rzutujący na wizerunek całego Domu Opieki i jej pracowników. Warto też włożyć wysiłek w zachęcanie personelu do zgłaszania wszelkich nieprawidłowości w zakresie traktowania mieszkańców przez współpracowników i innych pensjonariuszy.

14. Podsumowanie

Mając na względzie potrzebę ochrony mieszkańców Domu Opieki przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, wskazane byłoby wdrożenie standardów opisanych w niniejszym raporcie.

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