

Warszawa, dnia 24 kwietnia 2020 r.

KMP.573.2.2020.JZ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji placówki całodobowej opieki - Dom Pogodnej Starości „OAZA”
w Kraśniku Górnym
(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 19 - 20 lutego 2020 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT) wizytował placówkę całodobowej opieki - Dom Pogodnej Starości „OAZA” w Kraśniku Górnym k. Bolesławca (dalej: placówka, Dom).

W skład delegacji KMPT wchodził: Przemysław Kazimirski (Dyrektor KMPT, prawnik), dr Natalia Kłaczyńska (Zastępca Pełnomocnika Terenowego RPO we Wrocławiu, prawnik) 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:

- 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 czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie mieszkańców przez personel placówki, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W czasie rozpoczęcia wizytacji w placówce nie było kierownika. Dopiero drugiego dnia wizytacji, po licznych prośbach przedstawicieli KMPT przekazywanych personelowi, udało się skontaktować z nim telefonicznie. Po tej rozmowie kierownik upoważnił jedną z opiekunek do udostępnienia wizytującym dokumentacji znajdującej się w placówce. Była to jednak wybiórcza dokumentacja, dotycząca głównie kwestii medycznych. Jak wynikało z informacji przekazanych telefonicznie przez kierownika, pozostałe dokumenty pozostające w zainteresowaniu KMPT znajdowały się w siedzibie spółki prowadzącej Dom. Co warto zauważyć, spółka zarejestrowana jest w Swarzędzu, znajdującym się w odległości ok. 200 km od prowadzonej placówki. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT zwrócili się zatem do prezesa spółki prowadzącej Dom o udzielenie szczegółowych informacji, w tym m.in. o:

- podanie liczby osób ubezwłasnowolnionych przebywających w placówce w trakcie wizytacji KMPT oraz przesłanie kserokopii umów o świadczenie usług wobec tych osób, postanowień sądu o ich ubezwłasnowolnieniu, a także postanowień sądu opiekuńczego w przedmiocie zezwolenia ich opiekunom prawnym na umieszczenie w placówce;
- podanie liczby osób przebywających w Domu, które miały ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania placówki oraz przesłanie kserokopii wydanych w tej sprawie decyzji oraz zaświadczeń lekarskich wskazujących zasadność takiego ograniczenia;

- wskazanie liczby osób zatrudnionych w placówce w podziale na stanowiska, formę zatrudnienia, wymiar etatu, wykształcenie, zawód, posiadane kwalifikacje, ukończone kursy i szkolenia oraz przesłanie wykazu szkoleń organizowanych przez placówkę w latach 2018-2020;
- przesłanie wzoru umowy o świadczenie usług.

Niestety, mimo wyznaczonego terminu, do dnia sporządzenia raportu informacje te nie zostały przesłane. W opinii KMPT stanowi to naruszenie art. 20 pkt a) i b) OPCAT, zgodnie z którym przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur powinni mieć zapewniony *dostęp do wszystkich informacji dotyczących liczby osób pozbawionych wolności w miejscach zatrzymań określonych w artykule 4, jak również liczby miejsc i ich położenia, oraz dostęp do wszystkich informacji dotyczących traktowania tych osób, jak również warunków ich zatrzymania.*

W niniejszym raporcie uwzględniono zatem jedynie te obszary, które wizytujący byli w stanie zbadać mając ograniczony dostęp do informacji, a które w ocenie KMPT wymagają poprawy. Raport zawiera ponadto problem o charakterze systemowym, wymagający 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

Dom Pogodnej Starości „OAZA” w Kraśniku Górnym funkcjonuje na podstawie art. 67-69 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1507, zwanej dalej u.p.s.). Decyzją Wojewody Dolnośląskiego sygn. PS.KNPS.9423.17.2015.EP z dnia 1 października 2015 r. UNIVEX Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Swarzędzu uzyskała zezwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej

w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę dla osób niepełnosprawnych oraz osób w podeszłym wieku.

Zgodnie z rejestrem tego typu placówek prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego¹, Dom przeznaczony jest dla 7 osób. Tymczasem w dniach wizytacji w placówce przebywało 15 mieszkańców.

Jak udało się ustalić wizytującym, przynajmniej jedna z tych osób była ubezwłasnowolniona.

4. Problemy systemowe

4.1 Monitoring wizyjny

Wizytujący dostrzegli kamery monitoringu umieszczone m.in. na korytarzach placówki. Nie udało się jednak ustalić, gdzie znajdował się podgląd z zainstalowanych kamer, jak długo nagrania z kamer są przechowywane, ani kto ma do nich dostęp.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że kwestia stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki od kilku lat jest przedmiotem analizy KMPT. Z jednej strony rozwiązanie to służy niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa w placówce i samych pensjonariuszy. Warto jednak podkreślić, że monitorowanie tego typu placówek może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia. Obecnie bowiem żadne przepisy regulujące funkcjonowanie placówek całodobowej opieki nie określają tej kwestii.

Należy zauważyć, że problem ten dotyczy także domów pomocy społecznej. W tej sprawie Rzecznik Praw Obywatelskich wystosował w 2016 r. wystąpienie generalne do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań². Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.³. Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

¹ Stan na 21 lutego 2020 r.; rejestr dostępny pod adresem: <https://bip.duw.pl/bip/rejestry-ewidencje-arc/wydzial-zdrowia-i-polit/52,Wydzial-Zdrowia-i-Polityki-Spolecznej.html>

² Wystąpienie RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

³ Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Legalność pobytu

Jak już wskazano, zgodnie z rejestrem placówek całodobowej opieki prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego, Dom przeznaczony jest dla 7 osób. Tymczasem w dniach wizytacji przedstawiciele KMPT stwierdzili obecność 15 mieszkańców (11 osób zamieszkiwało 8 pokoi na piętrze, zaś 4 osoby były zakwaterowane w 3 pokojach na parterze). Należy podkreślić, że niezgodność faktycznej liczby mieszkańców z obowiązującą decyzją jest stanem utrzymującym się w placówce od dłuższego czasu. Był on kwestionowany podczas kontroli Wojewody Dolnośląskiego przeprowadzonej w grudniu 2018 r.⁴ Już wtedy w placówce zamieszkiwało 16 osób.

KMPT zaleca niezwłoczne dostosowanie liczby mieszkańców do obowiązującej decyzji lub wystąpienie do Wojewody Dolnośląskiego o zmianę zezwolenia na prowadzenie placówki uwzględniającą faktyczną liczbę osób zamieszkujących Dom.

Jak udało się ustalić wizytującym, w placówce przebywała przynajmniej jedna osoba całkowicie ubezwłasnowolniona. Ponieważ mimo prośby o dostanie informacji w tym zakresie, podmiot prowadzący placówkę nie udzielił odpowiedzi, KMPT przypomina, że w przypadku tej grupy mieszkańców legalność ich pobytu w placówce całodobowej opieki podlega sądowej kontroli.

Wymóg istnienia zgody sądu opiekuńczego na umieszczenie w placówce osoby ubezwłasnowolnionej od dawna jest obecny w porządku prawnym – wynika on z zapisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego⁵, zgodnie z którym opiekun prawny powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku ubezwłasnowolnionego.

Także Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie Kędzior przeciwko Polsce⁶ 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

⁴ Wystąpienie pokontrolne z dnia 14 marca 2019 r., sygn. ZP-KNPS.431.1.42.2018.EJ; dostępne pod adresem: <http://bip.duw.pl/download/2/19120/WystapienieDomPodognejStarosciOAZAwKrasnikuGornym.pdf>

⁵ Zob. art. 175 w związku z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2019, poz. 2086 z późn. zm.); 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.

⁶ Zob. wyrok z dnia 16 października 2012 r., skarga nr 45026/07.

i podstawowych wolności⁷. 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, od lat wskazuje Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)⁸.

Wymóg istnienia zgody w sposób jednoznaczny został uregulowany w nowelizacji ustawy o pomocy społecznej⁹, która weszła w życie 1 stycznia 2020 r. Zgodnie z art. 68c u.p.s., „osoba ubezwłasnowolniona całkowicie może być umieszczona w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie”. Art. 68a pkt 1 lit. f u.p.s. wymaga zaś, by w dokumentacji placówki znajdowało się postanowienie sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce.

W tym kontekście warto też zwrócić uwagę na nazwę wizytowanej placówki: *Dom Pogodnej Starości „OAZA”*, która na tablicach informacyjnych określana jest po prostu jako „D.P.S. OAZA”. Dla osób, które rozważają umieszczenie swoich najbliższych w tej placówce, nazwa ta może być myląca. Ma to newralgiczne znaczenie właśnie w przypadku osób ubezwłasnowolnionych. Jeśli bowiem sąd opiekuńczy wyda opiekunowi prawnemu zezwolenie na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w domu pomocy społecznej, czyli DPS to osoba to nie może zostać umieszczona w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli skrót jej nazwy brzmi D.P.S. Należy bowiem pamiętać, że są to dwa odrębne rodzaje placówek, uregulowane w ustawie o pomocy społecznej. Różni je m.in. zakres określonych ustawowo standardów, które powinny spełniać oraz zakres ich kontroli sprawowanej przez organy publiczne. Zezwolenia dotyczące umieszczenia w domu pomocy społecznej nie można więc stosować w przypadku tej placówki.

KMPT zaleca zatem przechowywanie zezwoleń sądu opiekuńczego na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w placówce całodobowej opieki, jak również sprawdzanie

⁷ 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.).

⁸ 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.

⁹ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2019 r., poz. 1690).

podczas przyjmowania nowych mieszkańców ubezwłasnowolnionych, czy sąd opiekuńczy wydał stosowne zezwolenie na ich umieszczenie w placówce.

5.2 Warunki bytowe

W czasie wizytacji w placówce było czysto. Sanitariaty dostosowane były do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Warto jednak zwrócić uwagę, że mieszkańcy zamieszkują zarówno pokoje na parterze, jak i na piętrze, a w placówce był tylko jeden pokój dzienny, służący też jako jadalnia, który znajdował się na piętrze. Co prawda w budynku była winda z zewnętrznym szybem, ale trudno z niej było samodzielnie korzystać mieszkańcom, część z nich uważała, że winda może być popsuta¹⁰ i mimo trudności w poruszaniu się woleli korzystać z klatki schodowej.

W budynku nie było instalacji przyzywowej, która umożliwiłaby szybką reakcję personelu w przypadku zdarzeń nadzwyczajnych. Jest to szczególnie ważne ze względu na niezwykle małą liczbę personelu, co zostanie opisane w dalszej części raportu.

W ocenie KMPT warto wyposażyć placówkę w instalację przyzywową lub przenośne sygnalizatory dla mieszkańców. Zwiększyłoby to gwarancję właściwej reakcji na stany zagrożenia życia i zdrowia pensjonariuszy. Byłoby również ważne z perspektywy komfortu psychicznego mieszkańców. Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie także w związku z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych¹¹, zgodnie z którą osoby z niepełnosprawnościami powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

Wątpliwości KMPT wzbudziło zapewnienie wyżywienia i organizacja posiłków w placówce. Wizytujący nie mogli jednoznacznie ustalić, kto odpowiada za ich przygotowanie. Podczas pierwszego dnia wizytacji w kuchni znajdował się już gotowy do odgrzania obiad, który - jak wynikało z otrzymanych informacji - miał zostać przyrządzony rano przez kucharza i pozostawiony, tak aby opiekunka mogła podać go mieszkańcom. Gdy kolejnego dnia wizytujący pojawili się w placówce okazało się, że przygotowanie posiłków jest jednak od dłuższego czasu w zakresie obowiązków jednej z opiekunek. Co warto podkreślić, podczas kontroli Wojewody Dolnośląskiego w grudniu 2018 r. stwierdzono, że: „*śniadanie i obiad*

¹⁰ Wizytujący osobiście sprawdzili działanie windy. Na ich prośbę została ona uruchomiona przez pracownicę placówki.

¹¹ Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowana przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169).

przygotowuje wolontariusz, natomiast kolacja sporządzana jest przez opiekunki. Na dzień kontroli ustalono, że kucharka od 17 grudnia 2018 r. przebywa na urlopie.” Wobec braku nadesłania przez podmiot prowadzący placówkę informacji na temat zatrudnienia, niemożliwe jest ustalenie czy od daty wskazanej w raporcie Wojewody Dolnośląskiego, w placówce faktycznie zatrudniony był kucharz, a tym samym jak długo przyrządzanie posiłków jest jednym z obowiązków opiekunek.

Ponadto wizytujący dostrzegli, że między posiłkami dostępne są jedynie napoje, nigdzie nie było natomiast drobnych posiłków, o których mowa w art. 68 ust. 6 pkt 3 u.p.s. Sami mieszkańcy również nie mieli świadomości, że mogliby z takich posiłków skorzystać, wskazywali wyłącznie na własne jedzenie przywożone przez członków rodziny.

KMPT zaleca zapewnienie mieszkańcom dostępu do przekąsek pomiędzy posiłkami.

5.3 Personel

Przedstawiciele KMPT nie uzyskali sygnałów, które wskazywałyby na niewłaściwy sposób traktowania mieszkańców przez pracowników placówki. Wizytujący odebrali pozytywne opinie na temat personelu opiekuńczego. Mimo to niepokój wizytujących wzbudził fakt, że podczas pierwszego dnia wizytacji w placówce, gdzie przebywało 15 mieszkańców, była tylko jedna opiekunka. Tymczasem, jak już wskazano, pensjonariusze zamieszkiwali zarówno pokoje na parterze, jak i na piętrze, a w budynku nie było instalacji przyzywowej. Biorąc pod uwagę, że w budynku jest winda, z której mieszkańcy nie korzystają samodzielnie, może dochodzić do sytuacji gdy np. sprowadzenie mieszkańca do ogrodu skutkowałoby pozostawieniem reszty mieszkańców bez należytej opieki. Podobnie w sytuacji przygotowywania posiłków przez opiekunkę – ponieważ kuchnia znajdowała się na parterze, to mieszkańcy byli pozostawieni sami sobie w pokoju dziennym na piętrze. **Taka sytuacja stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa i zdrowia mieszkańców.** Jak wynikało z deklaracji personelu była to sytuacja nadzwyczajna. Drugiego dnia wizytacji w placówce były już dwie pracownice pełniące funkcje opiekuńcze. W opinii KMPT należałoby wypracować skuteczne mechanizmy zarządzania personelem, które pozwolą uniknąć tego typu sytuacji w przyszłości.

Jak udało się ustalić, w porze dziennej mieszkańcami zajmują się dwie opiekunki pracujące w systemie pracy zmianowej w godzinach 7 - 13 oraz 13 - 19, natomiast w nocy dyżuruje jedna opiekunka. Ponadto, jak wynikało z obserwacji wizytujących, do obowiązków opiekunek należą nie tylko czynności opiekuńczo-higieniczne, ale także sprzątanie placówki i przygotowywanie posiłków. Zgodnie z zapewnieniami jednej z nich,

kierownik placówki pojawia się w niej codziennie (nie ma ściśle określonych godzin jego obecności). Pełni on jedynie funkcje nadzorcze, dostarcza produkty spożywcze, leki.

Na stronie internetowej placówki można znaleźć informację: *„Wśród personelu są życzliwe i oddane osoby sprawujące swoje powinności (lekarz, pielęgniarki, opiekunki, rehabilitant). To właśnie ich zadaniem jest oddziaływanie na sferę emocjonalną, aby nasi rezydenci czuli chęć do życia, wierzyli do końca w jego sens. Aby ono było radosne, a nie przygnębiające”¹²*. Podczas rozmów, mieszkańcy nie mieli wiedzy na temat możliwości korzystania z pomocy rehabilitanta. Jak ustalono, w przeszłości w placówce był wyznaczony pokój do rehabilitacji, jednak już nie funkcjonuje. Wątpliwości wizytujących wzbudził także dostęp do opieki pielęgniarskiej i lekarskiej, co zostanie omówione w kolejnym punkcie raportu.

Pomimo prośby, KMPT nie otrzymał od podmiotu prowadzącego placówkę szczegółowych danych dotyczących zatrudnienia personelu, jego kwalifikacji i przeszkolenia.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że wspomniana już nowelizacja ustawy o pomocy społecznej¹³ wprowadza istotne wymogi, co do kwalifikacji personelu placówek całodobowej opieki, jak i ich wymiaru czasu pracy. Przede wszystkim dodano art. 68a pkt 4, w którym ustawodawca zobowiązuje podmiot prowadzący placówkę, aby *„do wykonywania czynności, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1, zatrudniać osoby posiadające kwalifikacje niezbędne do wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego, opiekuna w domu pomocy społecznej, opiekuna osoby starszej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, opiekuna medycznego albo osoby posiadające udokumentowane co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe polegające na świadczeniu usług opiekuńczych osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy”*. Ponadto zgodnie z dodanym art. 68a pkt 5, osoba prowadząca placówkę całodobowej opieki ma obowiązek *„zatrudniać osoby, o których mowa w pkt 4, 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*

¹² Opis pod adresem: <http://www.seniorzy-oaze.pl/index/onas> [dostęp: 19 marca 2020 r.]

¹³ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2019 r., poz. 1690).

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”.

Należy wskazać, że w czasie wizytacji przepisy te jeszcze nie obowiązywały, dlatego przedstawiciele KMPT skupili się na obserwacji prawidłowości opieki zapewnianej mieszkańcom przez liczbę personelu obecną w trakcie wizytacji. Niemniej jednak KMPT zaleca właścicielowi placówki zapoznanie się z nowelizacją przepisów i ich stopniowe wdrażanie, zgodnie z terminami określonymi w art. 6 ust 1 i 2 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2019 r., poz. 1690).

Jak udało się ustalić wizytującym, w placówce nie odbywają się żadne cykliczne szkolenia mające na celu podwyższenie kwalifikacji zawodowych personelu. Jedynie przy przyjęciu nowego pracownika jest on informowany o zakresie swoich obowiązków.

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 mieszkańców występują sytuacje trudne, w tym agresja werbalna i fizyczna. Wymaga to od pracowników wysokiego poziomu merytorycznego i profesjonalizmu w wykonywaniu przez nich obowiązków względem mieszkańców, a przede wszystkim umiejętności skutecznego radzenia sobie z trudnymi zachowaniami podopiecznych (z poszanowaniem godności i praw człowieka). Równie ważna jest wiedza personelu w zakresie mechanizmów obronnych przed obciążeniem psychicznym i wypaleniem zawodowym.

W opinii KMPT, z uwagi na specyfikę placówki zalecane byłoby zorganizowanie szkoleń z zakresu pierwszej pomocy, sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Warto w tym kontekście wskazać, że zgodnie zaleceniami Rady Europy, *opiekunowie osób starszych powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług. W przypadkach gdy opieka sprawowana jest przez opiekunów nieformalnych w domach osób starszych, to tacy*

opiekunowie powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie i wsparcie, tak aby umożliwić im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy¹⁴.

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 (np. poprzez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy, czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń).

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

W opinii KMPT niezwykle cenna byłaby także możliwość zapewnienia mieszkańcom kontaktu z psychologiem. 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 wewnętrznego - 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. 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 mieszkańców. W sytuacjach odmowy współpracy ze strony pensjonariusza psycholog mógłby natomiast formułować zalecenia odnośnie sposobu postępowania pozostałego personelu z danym mieszkańcem. 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

¹⁴ Art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych (CM/Rec(2014)2) przyjętych w dniu 19 lutego 2014 roku przez Komitet Ministrów Rady Europy.

przed śmiercią, samotnością, doświadczenie opuszczenia przez najbliższych. Problem ten dotyczy również osób przewlekle somatycznie chorych, szczególnie w przypadku osób nieuleczalnie chorych.

5.4 Opieka medyczna

Ogromne wątpliwości KMPT wzbudziła kwestia zapewnienia opieki lekarsko-pielęgniarskiej. Na stronie internetowej placówki można przeczytać, że w domu zapewniana jest: „*Pełna opieka lekarsko-pielęgniarska, (...) Współpraca z niemieckimi lekarzami i klinikami*¹⁵.” W zakładce „O ośrodku” widnieje zaś informacja: „*Całodobowa opieka lekarska, zabiegi rehabilitacyjne i zachęcanie starszych ludzi do normalnego uczestnictwa w życiu*¹⁶.” Tymczasem, jak udało się ustalić wizytującym, w placówce na co dzień nie ma lekarza ani pielęgniarki. Z informacji przekazanych telefonicznie przez kierownika placówki wynika, że pielęgniarka przyjeżdża raz w tygodniu z kierownikiem, by rozłożyć leki dla mieszkańców na cały tydzień. KMPT nie otrzymał jednak informacji od podmiotu prowadzącego placówkę, z których wynikałoby na jakich zasadach pielęgniarka świadczy swoją pracę. W tym kontekście warto zaznaczyć, że niektórzy pensjonariusze wskazywali, że czasami w placówce pojawia się pielęgniarka, jednak proszeni o dookreślenie terminu ostatniego spotkania z nią wskazywali np. listopad 2019 r. W dokumentacji jednego z mieszkańców znajdowała się natomiast adnotacja o wizycie domowej pielęgniarki, która odbyła się w dniu 20 sierpnia 2019 r. Był to jedyny wpis w dokumentacji dostępnej w placówce wskazujący na obecność pielęgniarki. Wizytujący ustalili ponadto, że wizyty lekarskie odbywają się tylko w razie zgłoszenia takiej potrzeby. Część mieszkańców jest zabierana na konsultacje lekarskie przez członków rodziny. W sytuacjach nagłych do placówki wzywany jest zespół pogotowienia ratunkowego.

W trakcie wizytacji, kierownik placówki upoważnił telefonicznie jedną z opiekunek do udostępnienia wizytującym dokumentacji mieszkańców, która znajdowała się na terenie Domu. Wskazano, że jest to dokumentacja medyczna pensjonariuszy. Sposób jej prowadzenia wzbudził zaniepokojenie przedstawicieli KMPT. W przypadku każdego z mieszkańców dokumentacja ta zawierała innego rodzaju informacje. W niektórych aktach znajdowały się m.in. ksero dowodu osobistego, karty

¹⁵ Opis pod adresem: <http://www.seniorzy-oaze.pl/> [dostęp: 23 marca 2020 r.]

¹⁶ Opis pod adresem: <http://www.seniorzy-oaze.pl/index/onas> [dostęp: 23 marca 2020 r.]

informacyjne ze szpitali, skierowania do specjalistów. Nie sposób było jednakże, na podstawie udostępnionej dokumentacji, ustalić spójnej historii leczenia. W opinii KMPT dokumentacja jest niepełna i prowadzona w sposób chaotyczny. Jej analiza wykazała ponadto, że nie wyznaczono jednego lekarza, do którego zapisani byłiby wszyscy mieszkańcy. Jak udało się ustalić w zależności od potrzeb korzystają oni po prostu z konsultacji u różnych lekarzy w przychodni *Lekarz Domowy* w Kraśniku Dolnym.

Wątpliwości KMPT wzbudziła przede wszystkim polityka lekowa. Brakowało informacji dotyczących zaleceń lekarskich. W jednym z analizowanych przypadków, w dokumentacji znajdowała się odręcznie sporządzona tabelka z rozpiską kilku leków i ich dawkowania, jednak nie była opatrzona pieczętą, datą i podpisem żadnego lekarza. Nie było też żadnej adnotacji pielęgniarki wskazującej, że leki te są aktualnie podawane. W innych przypadkach, w dokumentacji zawarte były tylko szczątkowe informacje dotyczące farmakoterapii np. przy wypisie ze szpitala z 2019 r. zalecono pacjentowi 8 leków, nie można było jednak ustalić, czy w późniejszym czasie zalecenia były konsultowane z lekarzem i czy zostały ewentualnie zmienione.

Niepokój KMPT wzbudził również sam sposób podawania leków. Z uzyskanych informacji wynika, że za kwestię tę odpowiadają opiekunki. Leki mają być raz w tygodniu dowożone przez kierownika placówki i rozkładane w pojemnikach z podziałem na dni tygodnia i pory dawkowania. Jak już wskazywano, kierownik telefonicznie poinformował, że bierze w tym udział pielęgniarka. Jednak biorąc pod uwagę, że w placówce nie ma książki raportów pielęgniarskich czy raportów opiekunek i brakuje rzetelnie prowadzonych kart zaleceń, nie można ustalić na jakich zasadach osoby te decydują o dawkowaniu leków. Ta sytuacja może być niebezpieczna, gdy dojdzie do konieczności wezwania pogotowia ratunkowego, któremu trudno może być ustalić, jakie leki przyjmuje pacjent. Nigdzie nie odnotowuje się także informacji na temat tego co dzieje się w przypadku, gdy mieszkaniec odmawia przyjęcia leków.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że art. 68a pkt 1 lit. d u.p.s. zobowiązuje podmiot prowadzący placówkę do prowadzenia szczegółowej dokumentacji osób przebywających w placówce zawierającą m.in. informacje dotyczące stanu zdrowia osoby przebywającej w placówce, w szczególności: informację o wydanych orzeczeniach, zalecenia lekarskie, a także ewidencję przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki, która powinna wskazywać datę i zakres tych świadczeń oraz dane świadczeniodawcy udzielającego świadczeń zdrowotnych. W wizytowanej placówce tego typu informacje nie są rzetelnie gromadzone i przetwarzane, a wymagana

ewidencja świadczeń zdrowotnych nie została stworzona. **Ta sytuacja naraża zdrowie i życie pacjentów.** W razie pogorszenia samopoczucia mieszkańca brak jest bowiem jakichkolwiek informacji na temat wydanych zaleceń, wdrożonego leczenia itp. Może to znacznie utrudnić podejmowanie działań ratunkowych – gdyby były one konieczne – a w skrajnych wypadkach, przyczynić się do podjęcia działań niewłaściwych.

KMPT oczekuje, że podmiot prowadzący placówkę wykona zobowiązania dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej mieszkańców zgodnie ze standardem wskazanym w art. 68a pkt 1 lit. d u.p.s.

Ponadto lekarze współpracujący z KMPT w charakterze ekspertów w ramach wizytacji placówek, w których przebywają osoby starsze, przewlekle chore czy z niepełnosprawnościami zalecają, aby w dostępnej na miejscu w placówce dokumentacji medycznej znajdowały się również informacje na temat konsultacji lekarskich, które odbywają się poza placówką m.in. w poradniach specjalistycznych. Tego typu dokumentację można załączyć w formie kserokopii. Ponadto eksperci wskazują, że karty zleceń lekarskich powinny mieć formę tabelek, w których są wyszczególnione daty i pory podawania leków oraz powinny zawierać miejsce, gdzie podpisywałaby się osoba, która podała pacjentowi lek. Takie rozwiązania pomogą zminimalizować ryzyko nieprawidłowości, co w przypadku prowadzenia polityki lekowej jest niezwykle ważne.

Przedstawiciele KMPT ustalili, że przy przyjęciu do placówki mieszkańcy nie są badani przez lekarza. Tymczasem 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 nowoprzyjętej 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*¹⁷. 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. Warto przede wszystkim korzystać z map ciała, które są dostępne w *Protokole Stambulskim*. Dzięki temu w łatwy sposób można oznaczyć obrażenia, siniaki, zadrapania, czy odleżyny. To niezwykle ważne szczególnie w przypadku pierwszego badania przy przyjęciu do placówki, a także przed jej opuszczeniem, lub po powrocie z dłuższej nieobecności np. z hospitalizacji. Prawidłowa dokumentacja tego typu obrażeń pozwoliłaby jednoznacznie wskazać, w której placówce doprowadzono do powstania odleżyn.

KMPT zaleca by każdy mieszkaniec po przyjęciu do placówki był badany przez lekarza, a także aby do dokumentacji medycznej każdego pensjonariusza dołączać tzw. mapy ciała, gdzie zaznacza się wszystkie zmiany skórne. Informacje te powinny być aktualizowane po każdym urlopie, przepustce, hospitalizacji lub powrocie pensjonariusza do placówki.

5.5. Kontakt ze światem zewnętrznym

Jak wynika z ustaleń KMPT mieszkańcy nie mogą samodzielnie opuszczać terenu placówki. W ciepłe dni mogą jedynie przebywać w ogrodzie otaczającym Dom.

Zaznaczyć należy, że art. 68 ust. 2a u.p.s. dokładnie wskazuje, w jakich sytuacjach pensjonariuszowi można ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania placówki.

¹⁷ Dokument jest dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protokol-stambulski>

Zgodnie 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.

Prośba o dostanie tego typu decyzji została bez odzewu prowadzących placówkę. Ponadto w udostępnionej dokumentacji medycznej znajdującej się w placówce, wizytujący nie znaleźli żadnego zaświadczenia lekarskiego, wskazującego na możliwość takiego ograniczenia.

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

5.6 Dokumentacja i rejestry

Jak już wskazano, wizytujący nie mieli możliwości zapoznania się z całą dokumentacją dotyczącą osób przebywających w placówce. Mimo pisemnej prośby materiały te nie zostały nadesłane do Biura RPO. Przedstawiciele KMPT ustalili jednak, że w Domu nie prowadzono ewidencji przypadków stosowania przymusu bezpośredniego na terenie placówki. W tym kontekście warto zaznaczyć, że choć placówki całodobowej opieki nie mogą stosować przymusu bezpośredniego względem swoich pensjonariuszy, są zobowiązane do prowadzenia tego rodzaju ewidencji odnoszącej się do zastosowania przymusu bezpośredniego przez inne podmioty np. pogotowie, czy policję. Konieczność ta wynika z art. 68a pkt. 1 lit. d u.p.s. KMPT zaleca kierownictwu placówki wprowadzenie w/w rejestru ze wskazaniem daty i zakresu stosowania tego środka.

Ponadto jak udało się ustalić na miejscu w placówce nie są prowadzone, żadne dodatkowe rejestry dotyczące np. obrażeń, wydarzeń nadzwyczajnych (np. upadków, samouszkodzeń, etc.), zgonów. W placówce nie ma spisanego regulaminu/zbioru zasad, który określałby prawa i obowiązki mieszkańców, zasady funkcjonowania w placówce, etc. Jak zostało to już wskazane, nie ma także praktyki prowadzenia raportów opiekunów. Codzienne zachowanie mieszkańców, w tym ewentualne przejawy agresji, zmiany nastrojów, czy pogorszenie się stanu zdrowia nie są w żaden sposób dokumentowane. 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. 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, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu¹⁸.

5.7 Prawo do informacji i mechanizm skargowy

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.

W opinii KMPT wskazanym byłoby wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące dom lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw (adresu oraz numeru telefonu Rzecznika Praw Obywatelskich - bezpłatna infolinia 0 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, sędziego rodzinnego, organizacji pozarządowych np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).

Na terenie placówki nie ma wyeksponowanych informacji o sposobie składania skarg. Nie funkcjonuje też rejestr skarg. Ewentualne uwagi są ustnie przekazywane personelowi przez rodziny. Takie zgłoszenie nie jest jednak w żaden sposób ewidencjonowane.

KMPT uważa za wysoce pożądane założenie rejestru skarg, który powinien mieć charakter poufny i dostępny wyłącznie dla właściciela/kierownika placówki. 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

¹⁸ Zob. np. raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, paragrafy 49-52.

incydentami oraz sprawowanie nadzoru nad częstotliwością ich występowania. Jak bowiem wskazuje CPT brak skarg nie musi być koniecznym uznawany za pozytywny. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego¹⁹.

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 skargi²⁰.

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)²¹.

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 cudzoziemców²². 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.

5.8 Rehabilitacja i rekreacja

Jak już wskazano w niniejszym raporcie, pomimo deklaracji na stronie internetowej placówki, w Domu nie był zatrudniony rehabilitant. Ze względu na niewielką obsadę kadrową, w placówce nie były też prowadzone dodatkowe zajęcia usprawniające jak np. grupowa gimnastyka. Byłoby to niezwykle cenne zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym,

¹⁹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, § 91].

²⁰ Tamże, § 68-91.

²¹ Tamże, § 79.

²² Tamże, § 83.

gdy mieszkańcy rzadko chcą wychodzić na spacer w ogrodzie. Aktywność ruchowa, w stopniu dostosowanym do możliwości mieszkańców, przyczynić się może nie tylko do ich usprawnienia ruchowego, lecz także korzystnie wpłynąć na ogólny stan zdrowia.

Jak ustalono w trakcie wizytacji, placówka nie organizowała czasu wolnego mieszkańcom. Nie prowadzono żadnego rodzaju terapii zajęciowej. Mieszkańcy spędzali czas głównie na oglądaniu telewizji. Wizytujący zaobserwowali, że mimo zaangażowania opiekunek, wielość nałożonych na nie zadań uniemożliwiała im podejmowanie dodatkowych działań, które mogłyby uatrakcyjnić mieszkańcom pobyt w placówce. Wskazywały na to także głosy niektórych mieszkańców.

KMPT zachęca kierownictwo placówki do wzbogacenia tej sfery życia mieszkańców poprzez inne rozłożenie obowiązków pracowników lub podjęcie współpracy z innymi podmiotami np. poprzez znalezienie wolontariuszy. W ramach zorganizowanego czasu wolnego pensjonariusze mogliby np. wykonywać robótki ręczne, rysować, czytać oraz wykonywać ćwiczenia i testy logiczne, stymulujące ich intelektualnie. Być może warto w tym celu nawiązać współpracę z okolicznymi szkołami. Taka międzypokoleniowa wymiana doświadczeń jest niezwykle cenna dla obu stron, młodym ludziom pomoże rozwijać empatię i otwartość na innych ludzi, zaś u osób starszych wzmocni świadomość własnej wartości oraz prowadzić będzie do redukcji poczucia zapomnienia. Interakcja z osobami młodymi pozytywnie wpłynie również na aktywizację seniorów, przez co doprowadzi do poprawy ich samopoczucia.

6. Podsumowanie

Mając na względzie potrzebę ochrony mieszkańców Domu Pogodnej Starości „OAZA” w Kraśniku Górnym przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, w ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur 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.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania* Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

I. Prezesowi Zarządu UNIVEX Polska Sp. z o.o. prowadzącej Dom Pogodnej Starości „OAZA” w Kraśniku Górnym:

1. niezwłoczne dostosowanie liczby mieszkańców do aktualnego zezwolenia na prowadzenie placówki lub wystąpienie do Wojewody Dolnośląskiego o jego zmianę (art. 67 u.p.s.);
2. przyjmowanie do placówki osób ubezwłasnowolnionych całkowicie wyłącznie w przypadku przedstawienia przez opiekuna prawnego zezwolenia sądu opiekuńczego, o którym mowa w art. 68c u.p.s.;
3. przechowywanie w dokumentacji placówki w/w zezwolenia sądu opiekuńczego (art. 68a pkt 1 lit. f u.p.s.), w tym uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych przebywających już w placówce o takie zezwolenie;
4. prowadzenie dokumentacji medycznej mieszkańców zgodnie ze standardem wskazanym w art. 68a pkt 1 lit. d u.p.s. w tym przechowywanie informacji o wydanych orzeczeniach, zaleceniach lekarskich oraz założenie i prowadzenie ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki i bieżące wpisywanie do niej wszystkich tego rodzaju świadczeń;
5. ograniczanie możliwości samodzielnego opuszczania przez mieszkańca terenu placówki tylko w przypadkach i na zasadach określonych w art. 68 ust. 2a-2h u.p.s.;
6. zapewnienie mieszkańcom dostępu do przekąsek pomiędzy posiłkami; o których mowa w art. 68 ust. 6 pkt 3 u.p.s.
7. założenie i prowadzenie rejestru stosowania przymusu bezpośredniego (art. 68a pkt 1 lit. d u.p.s.);