



**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Warszawa, 08-12-2021 r.

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.573.11.2021.AN

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Placówki Całodobowej Opieki Jurajske Centrum Seniora „Jak w domu”
w Ogrodzieńcu (ul. Kościuszki 107)**

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 11-13 października 2021 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm) wizytował Placówkę Całodobowej Opieki Jurajske Centrum Seniora „Jak w domu” w Ogrodzieńcu, ul. Kościuszki 107 (dalej: placówka, dom opieki, PCO).

W skład delegacji KMPT wchodziły: Magdalena Dziejcz (prawnik) oraz Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa). W wizytacji udział wzięła także Zastępczyni Pełnomocnika Terenowego RPO w Katowicach Anna Wojtalik (prawnik) oraz ekspertka zewnętrzna Krajowego Mechanizmu Bożena Skórska (psycholog, psychotraumatolog). Fragmenty sporządzonej ekspertyzy zostały włączone do niniejszego 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 zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, w zgodzie z odpowiednimi standardami organizacji międzynarodowych.

Wizytacja miała także na celu sprawdzenie przygotowania placówki na zagrożenie związane z pandemią koronawirusa.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki, udzielonej przez kierownika – Mariolę Banaszczuk;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym: pokoi, sanitariatów, pokoi dziennych, jadalni, wyposażenia i terenu rekreacyjnego;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z personelem placówki;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z mieszkańcami;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

Zespół wizytujący dokonał oceny: legalności pobytu mieszkańców w PCO, traktowania pensjonariuszy przez personel, zapewnionych im warunków bytowych, dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, dostępu mieszkańców do ochrony zdrowia, terapii i usług opiekuńczych, prawa do informacji i do kontaktów ze światem zewnętrznym oraz swobody praktyk religijnych. Przeanalizowano także stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu.

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.

Niniejszy raport wskazuje problem systemowy, wymagający zmiany obowiązującego prawa (pkt 4) oraz obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt 5).

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 jakiejkolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

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

3. Ogólna charakterystyka placówki

Placówka działa od 2016 r. na czas nieokreślony na podstawie Decyzji Wojewody Śląskiego PSII.9423.7.2016 z dnia 9 marca 2016 r. Zgodnie z Decyzją Wojewody Śląskiego PSII.9423.22.2019 z dnia 4 października 2019 r. w placówce przebywać mogą 152 osoby. Podmiotem prowadzącym dom opieki jest spółka ALL DOM Sp. z o. o. z siedzibą w Ogrodzieńcu (NIP 6492304110, REGON 363417049).

Jurajskie Centrum Seniora przeznaczone jest dla kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku, przewlekle chorych oraz niepełnosprawnych. W dniu wizytacji w placówce przebywało 135 mieszkańców (69 kobiet oraz 66 mężczyzn), w tym dwie osoby poddane były hospitalizacji, 12 mieszkańców było ubezwłasnowolnionych.

Placówka znajduje się w budynku wolnostojącym, posiadającym trzy kondygnacje. Jest ona dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną, wyposażona jest w windę. Mieszkańcy zakwaterowani są w pokojach 2 lub 3 osobowych z dostępem do łazienek. Dwa pokoje 4 osobowe funkcjonują jako sale wzmożonej obserwacji, a jeden z nich przeznaczony jest m.in. dla osób wymagających tlenoterapii lub wlewów kroplówek. Pokoje sypialne są odpowiednio wyposażone oraz posiadają wymagany metraż.

Jurajskie Centrum Seniora otoczone jest dużym parkiem, wygospodarowano także ogródek z oczkiem wodnym oraz dużym patio, bezpośrednio przy placówce, z którego pensjonariusze mogą korzystać w dowolnym momencie.

Miesięczny koszt pobytu mieszkańca wynosi 3.300 zł., do którego należy także doliczyć koszty leków oraz pieluchomajtek, w przypadku przekroczenia miesięcznego limitu wskazanego przez NFZ. Do placówki przyjmowane są także osoby z niższymi dochodami. W takich sytuacjach kwota należna za pobyt ustalana jest indywidualnie. Umowa na

świadczenie usług opiekuńczych podpisywana jest z pensjonariuszem i jego opiekunem faktycznym lub opiekunem prawnym w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie.

Do placówki przyjmowane są tylko osoby będące w stanie wyrazić dobrowolną i świadomą wolę pobytu w Jurajskim Centrum Seniora. W trakcie wizytacji w placówce nie było osób, którym ze względu na stan zdrowia zostałby ograniczony kontakt ze światem zewnętrznym w myśl art. 68 ust. 2a Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1876).

4. Problem systemowy – monitoring wizyjny

Na terenie domu opieki zainstalowano monitoring wizyjny. Monitorowane jest wejście do budynku, teren wokół placówki wraz z parkingiem oraz kuchnia. Podgląd z kamer znajduje się w recepcji. Na parterze budynku w korytarzach również ujawniono obecność kamer, jednak nie rejestrują one obrazu. Zgodnie z oświadczeniem Pani kierownik, kamery są pozostałością po funkcjonującym niegdyś w budynku hotelu. Demontaż wskazanych kamer jest niemożliwy, bowiem system połączony jest także ze znajdującym się w sąsiedztwie kortem tenisowym.

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.

O powyższym problemie systemowym Rzecznik Praw Obywatelskich informował już odpowiednie władze. W 2016 r. RPO wystosował 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 nagrań¹. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.². Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

¹ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

² Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1 Traktowanie mieszkańców

Wizytujące nie otrzymały sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców przez personel. Opinie na temat pracowników były pozytywne, czego dowodziły także zaobserwowane bardzo dobre relacje pomiędzy mieszkańcami i pracownikami. Pensjonariusze byli też zadbani pod względem higienicznym.

Niepokój przedstawicielk Krajowego Mechanizmu, wzbudził jednak jeden z zapisów w Regulaminie mieszkańca Jurajskiego Centrum Seniora „Jak w domu”. W §3 dotyczącym zakazów panujących w placówce w pkt 5 wskazano, iż *„Z uwagi na porządek i bezpieczeństwo współmieszkańców dopuszcza się ograniczenie zasady intymności poprzez: wejście do pokoju w celu uporządkowania pomieszczenia w przypadku uporczywego nieprzestrzegania higieny osobistej i czystości pomieszczenia; wejście do pokoju mieszkańca o każdej porze; wejście do pokoju, także pod nieobecność mieszkańców, w uzasadnionych przypadkach; dokonanie przeglądu rzeczy osobistych w obecności mieszkańca oraz pracownika Placówki”*.

Krajowy Mechanizm podkreśla, że obowiązujące przepisy prawa nie dają personelowi placówek całodobowej opieki uprawnień do dokonywania przeszukań pomieszczeń jak również rzeczy należących do mieszkańców. W przypadku organów stosujących prawo (jak np. Policja, Straż Graniczna, ABW, CBA i inne) uprawnienie do takich czynności wynika wprost z ustawy. W przypadku pracowników PCO ani obowiązująca ustawa o pomocy społecznej, ani inny akt prawny takich uprawnień nie przewiduje.

Przeszukania mogą być realizowane jedynie w sytuacjach, gdy takie uprawnienie wynika wprost z ustawy, personel jest odpowiednio przeszkolony w tej materii, a działanie to podlega kontroli w zakresie legalności i prawidłowości wykonania.

KMPT przypomina, że zgodnie z Konstytucją RP wolność człowieka podlega ochronie prawnej oraz ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw³.

KMPT nie ma wątpliwości, że intencją wspomnianego zapisu w Regulaminie jest zapewnienie mieszkańcom bezpieczeństwa i odpowiedniej higieny, jednak czynności podjęte do osiągnięcia tego celu, nie mogą odbywać się bez właściwej podstawy prawnej. Do czasu

³ Zob. art. 31 ust. 1 i 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.

wprowadzenia przez ustawodawcę odpowiednich unormowań prawnych, personel placówek całodobowej opieki powinien odstąpić od dokonywania tego typu czynności.

Krajowy Mechanizm zaleca usunięcie wspomnianego zapisu z Regulaminu mieszkańca placówki.

5.2 Mechanizmy skargowe

Możliwość złożenia skargi lub wniosku, na niewłaściwe funkcjonowanie placówki lub wykonywanie zadań przez personel, została wskazana w Regulaminie mieszkańców placówki, w §7. W domu opieki założono również zeszyt skarg i wniosków, który znajduje się w recepcji. Dotychczas nie odnotowano w nim skarg.

W celu ulepszenia dostępu pensjonariuszy do mechanizmów skargowych, KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. tablice informacyjne na korytarzach, przy wejściu do placówki) danych teleadresowych instytucji, do których mieszkaniac lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca. Takimi instytucjami mogą być przykładowo: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676), Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Rodziny i Polityki Społecznej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

Warto w tym miejscu wskazać, że Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) w swoim rocznym sprawozdaniu z 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką⁴.

CPT podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności (w tym w domach opieki). Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami, a 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 skargi.

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,

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

rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)⁵.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców⁶. Podkreśla również, że brak skarg nie koniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg⁷.

5.3 Ochrona zdrowia

Opiekę medyczną nad mieszkańcami sprawuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zatrudniony w przychodni Endoscopica w Zawierciu, do której zapisani są wszyscy pensjonariusze. Raz w tygodniu odbywa konsultacje w placówce. W każdej chwili możliwa jest także konsultacja telefoniczna. W nagłych przypadkach pracownicy wzywają Zespół Ratownictwa Medycznego, a w porze nocnej i w święta pensjonariusze korzystają z Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej świadczonej przez szpital w Zawierciu. Wizyty u lekarzy specjalistów realizowane są w ramach NFZ, zgodnie ze skierowaniem od lekarza POZ. Transport realizowany jest w ramach świadczeń funduszu (skierowanie lekarza), przez firmę świadczącą usługi transportu medycznego lub rodziny pensjonariuszy.

Mieszkańcy mają zapewnioną całodobową opiekę pielęgniarską. W placówce zatrudnionych jest siedem pielęgniarek w systemie zmianowym. W godzinach 7:00-19:00 na dyżurze przebywa jedna pielęgniarka oraz pielęgniarka koordynująca w godzinach 6:00-14:00. W porze nocnej (od 19:00 do 7:00) dyżuruje jedna pielęgniarka. Opiekę nad mieszkańcami w ciągu dnia sprawuje dodatkowo pięć opiekunek oraz dwie opiekunki koordynujące, a w porze nocnej cztery opiekunki.

W ocenie KMPT, liczba zatrudnionego personelu pielęgniarsko-opiekuńczego powinna być zdecydowanie większa, w stosunku do liczby mieszkańców, którzy mogą przebywać w domu opieki. Zdarza się bowiem, że np. w momencie wydawania posiłków, do pomocy przy karmieniu osób, które tego wymagają, wykorzystywani są inni pracownicy (panie sprzątające, pani pracująca w recepcji), aniżeli opiekunki czy pielęgniarki, które posiadają do tego odpowiednie kompetencje i przeszkolenie.

⁵ Tamże, par. 79.

⁶ Tamże, par. 83.

⁷ Tamże, par. 91.

Należy także podkreślić, że w ocenie ekspertki KMPT brak jasnego rozgraniczenia obowiązków i związana z tym nieprzewidywalność przekłada się z jednej strony na ryzyko wypalenia zawodowego pracowników, a samym pensjonariuszom zabiera poczucie regularności, systematyczności i związane z nimi poczucie bezpieczeństwa, co ma swoje konsekwencje zdrowotne, w tym dla zdrowia psychicznego. Wprowadzenie jasnego podziału obowiązków i przydziału zadań zgodnie z kompetencjami, ustanowienie jasnych procedur, z pewnością wpłynie na poprawę bezpieczeństwa, sprawności i przejrzystości funkcjonowania całej placówki.

W trakcie wizytacji, przedstawicielka Krajowego Mechanizmu miała okazję uczestniczyć w procedurze przyjęcia nowego mieszkańca. Z uzyskanych informacji wynika, że bezpośrednio po uzupełnieniu kwestii formalnych, nowy mieszkaniec odbywa rozmowę z pielęgniarką, która też oprowadza po placówce a następnie zakłada kartę medyczną. W dokumencie oprócz wywiadu medycznego zaznaczane są także na mapie ciała wszelkiego rodzaju zasinienia, rany, otarcia itp. jak również są one opisywane. Ogląd ciała odbywa się dobrowolnie z poszanowaniem intymności, tylko w obecności pielęgniarki, w sposób wieloetapowy – osoba proszona jest kolejno o unoszenie np. przodu koszulki, opuszczenie jej, a następnie tyłu. Ogląd ciała realizowany jest także po każdym powrocie pensjonariusza z hospitalizacji lub przepustki. Przy przyjęciu lub bezpośrednio po nim nie każdy z mieszkańców konsultowany jest przez lekarza. Konsultacji takiej poddawane są tylko osoby ze wskazaniem medycznym.

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 również 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 użycie przemocy wobec mieszkańców⁸.

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. Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) podkreśla, że badanie powinno odbywać się w warunkach

⁸ 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.

poufności (obecny powinien być wyłącznie personel medyczny) i być ukierunkowane na zdiagnozowanie ewentualnych przypadków tortur i złego traktowania⁹.

5.4 Opieka psychologiczna i psychiatryczna

W momencie wizytacji, w placówce nie był zatrudniony psycholog. Wsparcia z tego zakresu udzielała mieszkańcom jedna z terapeutek zajęciowych, która była studentką IV roku psychologii.

Jak zauważa psychotraumatolog współpracująca z Krajowym Mechanizmem obecność dyplomowanego psychologa w placówce całodobowej opieki jest niezbędna. Psycholog wspiera bowiem w odczytywaniu aktualnych potrzeb mieszkańców. Potrafi rozpoznać i zbadać pierwsze symptomy depresji, tym bardziej, że jednym z najczęstszych objawów psychicznych związanych z otępieniem jest depresja. Rozpoznanie jej sprawia szczególną trudność wynikającą z wielu podobieństw między objawami depresji a zespołami otępiennymi. Psycholog jest w stanie oszacować ryzyko jej rozwoju jak również przewidzieć zachowanie mieszkańca. Ważne elementy pracy psychologicznej, to również obniżenie i niwelowanie zachowań agresywnych, wzmacnianie poczucia własnej wartości, mobilizowanie do podjęcia aktywności w podtrzymywaniu zainteresowań a także ćwiczenia zachowań asertywnych.

To wykwalifikowany psycholog jest w stanie przeprowadzić poprawnie badania diagnostyczne typu MiniMental, które to badanie pozwoli sprawdzić możliwości funkcji poznawczych: pamięć świeżą, pamięć trwałą, orientację w czasie, miejscu, i do własnej osoby, rozumowanie arytmetyczne, koordynację wzrokowo-motoryczną. Psycholog udziela także niezastąpionego wsparcia w okresie adaptacyjnym, rozpoznaje deficyty umiejętności i zasobów, aby dostosować program usług do indywidualnych potrzeb. Specjalista stanowi również wsparcie dla personelu placówki jak i członków rodzin.

Delegacja ustaliła także, że mieszkańcy nie są objęci stałą opieką psychiatryczną. Skierowania do lekarza psychiatry, wystawiane są przez lekarza POZ jeżeli zaistnieje taka potrzeba. W ocenie ekspertki Krajowego Mechanizmu obecna sytuacja życiowa mieszkańców, często niepełnosprawność, podeszły wiek oraz poczucie uzależnienia od drugiego człowieka może generować liczne problemy psychologiczne i psychiatryczne. Z tego też względu pensjonariusze powinni mieć zapewnione stałe wsparcie psychiatry i psychologa.

Zapewnienie regularnych konsultacji psychiatrycznych jest także istotne ze względu na fakt, iż niektórzy z mieszkańców zażywają medykamenty z grupy psychotropów oraz środków silnie oddziałujących na ośrodkowy układ nerwowy. W opinii Krajowego Mechanizmu osoby takie

⁹ Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61.

powinny być regularnie konsultowane przez specjalistów w celu oceny efektywności zalecanej terapii oraz jeżeli zaistnieje taka potrzeba niezbędnej i niezwłocznej modyfikacji farmakoterapii. Powielanie przez dłuższy czas recept na leki psychotropowe przez lekarza podstawowej opieki lekarskiej (internistę), jak ma to miejsce w przypadku jednej z mieszkanek, nie daje bowiem gwarancji, że zaordynowana przez psychiatrę kilka lat temu lub miesięcy terapia przynosi oczekiwane efekty. Jedynie lekarz specjalista, w tym wypadku psychiatra jest w stanie obiektywnie ocenić stan osoby chorej jak również postępy lub ich brak w podjętym leczeniu. Brak regularnych konsultacji psychiatrycznych niesie ze sobą ryzyko zarówno braku odpowiedniej reakcji w odpowiednim czasie w celu modyfikacji leczenia, ale także pogorszenia stanu zdrowia osoby chorej.

Także SPT wskazuje na istotę zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej osobom przebywającym m. in. w placówkach opiekuńczych. Regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje się, 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 psychiatrii, po skierowaniu przez personel lub samodzielny wniosek zatrzymanego (w tym także pensjonariusza domu opieki)¹⁰.

Krajowy Mechanizm zaleca zatrudnienie przynajmniej jednego wykwalifikowanego i doświadczonego psychologa, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki. KMPT zaleca także zapewnienie regularnych konsultacji psychiatrycznych wszystkim mieszkańcom.

5.5 Rehabilitacja i terapia zajęciowa

Rehabilitacja prowadzona jest raz w tygodniu. Uczestniczą w niej pensjonariusze zakwalifikowani przez lekarza. Jeden zabieg trwa od 15 do 30 minut. Formę rehabilitacji i jej zakres (np. pionizowanie, rozciąganie, spacer, ćwiczenia przyłózkowe) ustala rehabilitant. W placówce zostały już podjęte prace, aby stworzyć odrębną i w pełni przystosowaną oraz wyposażoną salę rehabilitacyjną. Obecnie zabiegi prowadzone są w pokojach mieszkańców, sali dziennego pobytu lub na korytarzu.

¹⁰ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 30 i 32.

Zdaniem członków delegacji taka częstotliwość świadczonych usług zdaje się być niewystraszająca. KMPT zachęca do zwiększenia liczby zajęć i dostępności rehabilitacji przypadającej na jednego mieszkańca.

Pensjonariusze mają zapewnioną terapię zajęciową, prowadzoną przez dwie terapeutki, która trwa kilka godzin dziennie i dostosowywana jest do aktualnego nastroju oraz potrzeb mieszkańców. Terapia prowadzona jest w dwóch, przestronnych pokojach dziennych. Udział w zajęciach jest dobrowolny. W jej trakcie pensjonariusze m. in.: rysują, śpiewają, tańczą, rozwiązują zagadki i krzyżówki oraz biorą udział w zabawach ruchowych z elementami gimnastyki. Zajęcia do południa mają charakter aktywizujący i ruchowy, po południu wyciszający.

Psychotraumatolog współpracująca z Krajowym Mechanizmem zachęca jednak do tworzenia planów terapii zajęciowej oraz dokumentowania jej przebiegu w celu oceny efektywności i zasadności prowadzonych oddziaływań terapeutycznych. Prowadzenie wyłącznie zajęć w sposób spontaniczny, bez odpowiedniej dokumentacji uniemożliwia dokonanie takiej oceny.

Zalecane jest także zatrudnienie większej liczby terapeutów zajęciowych. W stosunku do liczby mieszkańców, która przebywała w placówce w dniu wizytacji, zatrudnienie dwóch terapeutek, w wymiarze 1,5 etatu jest niewystarczające.

5.6 Dokumentacja, rejestry i procedury

W placówce nie jest prowadzony odrębny rejestr zdarzeń nadzwyczajnych, w którym mogłyby się znaleźć informacje np. o przypadkach agresji, samoagresji, gwałtownych zgonach itp. Z uzyskanych informacji wynika, że wszelkie tego typu dane odnotowywane są w książce raportów pielęgniarstwa.

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

W ocenie ekspertki KMPT w placówce brakuje także „Indywidualnych Planów Wsparcia”, które stanowią kompleksowe źródło wiedzy o historii pobytu mieszkańca w domu opieki. W dokumentacji tego typu powinny się znaleźć informacje dotyczące m. in.: oceny sprawności i samoobsługi pensjonariusza, diagnozy psychologicznej, potrzeb medycznych, możliwości aktywizacji mieszkańca i preferencji spędzania czasu wolnego oraz arkusz oceny realizacji planu współpracy z mieszkańcem.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zachęca do przeglądu i zreformowania w placówce systemu prowadzenia dokumentacji tak, by była ona wszechstronna, dokładna, precyzyjna i aktualna. Zaleca się, aby dokumentacja była jednolita i dostępna dla upoważnionych przedstawicieli pensjonariuszy, a także organów nadzorujących placówkę. Dokumentacja

prowadzona w taki sposób pozwala śledzić ruch, lokalizację, stan zdrowia i samopoczucie osoby przebywającej w placówce bez potrzeby analizowania licznych plików, dokumentów lub kart (jest to szczególnie ważne w przypadku osób, które są np. często hospitalizowane). Dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem, na co zwraca uwagę SPT¹¹.

Krajowy Mechanizm zachęca także do opracowania jasnych procedur postępowania personelu w sytuacjach nadzwyczajnych jak np. próba samobójcza, atak agresji ze strony mieszkańca, które uwzględniałyby m.in. podział obowiązków i odpowiedzialności pracowników jak również formy dokumentowania konkretnych zdarzeń.

5.7 Warunki bytowe

Delegacja oceniła warunki bytowe w placówce jako dobre. Pokoje posiadały niezbędne wyposażenie oraz wymagany metraż, były czyste i zadbane. Niektóre z pomieszczeń wymagają niewielkich prac remontowych np. jadalnia (zaciek na suficie), korytarze (porysowane ściany). Zgodnie z oświadczeniem Pani kierownik, wszelkie prace renowacyjne wykonywane są na bieżąco. Powstały zaciek jest efektem awarii instalacji wodnej na pierwszym piętrze, która została już usunięta. Ze względu na częste uszkodzanie ścian przez wózki inwalidzkie, w placówce rozpoczęto już montaż specjalnych płyt, które są odporne na uszkodzenia oraz łatwe w utrzymaniu czystości.

Dom opieki dostosowany jest także do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wyjątek stanowią łazienki w pokojach mieszkalnych znajdujących się na parterze budynku. Umieszczone w nich kabiny prysznicowe posiadały wysoki (kilkunastocentymetrowy) próg. Zgodnie z zapewnieniami Pani kierownik, kwaterowane w nich są wyłącznie osoby sprawne fizycznie, dla których wskazany próg nie stanowi bariery w korzystaniu z prysznica. Na parterze znajduje się także pokój kąpielowy, z wanną dostosowaną do potrzeb osób, które nie są w stanie samodzielnie wykonać czynności higienicznych oraz prysznicem bezprogowym.

KMPT pragnie jednak przypomnieć, iż zgodnie ze standardami opracowanymi we współpracy z Fundacją Polska Bez Barrier, które uznane zostały za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z ograniczoną ruchomością, brodziki w sanitariatach nie powinny posiadać progu lub próg nie powinien być wyższy niż 2 cm.

Krajowy Mechanizm, zachęca do dostosowania w miarę możliwości wszystkich kabin prysznicowych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

¹¹ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, paragrafy 49-52.

Instalacja przyzywowa zamontowana jest jedynie w pokojach mieszkalnych na parterze. Personel placówki uwzględniając: wywiad medyczny, historię choroby pensjonariusza oraz aktualny stan fizyczny i psychiczny podejmuje decyzję o umieszczeniu danej osoby w pokoju wyposażonym w system przywoławczy.

KMPT wielokrotnie zwracał na ten problem uwagę w swoich raportach z wizytacji miejsc, w których przebywają osoby w podeszłym wieku, przewlekle chore oraz z niepełnosprawnościami, zalecając montaż i weryfikowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy. W ocenie delegacji 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 we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pensjonariuszy (pokoje sypialne, łazienki). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego mieszkańców oraz ich poczucia bezpieczeństwa.

Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169), osoby takie powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

Niepokój ekspertki KMPT, wzbudziła metalowa furta zamknięta na łańcuch i kłódkę, która stanowiła zabezpieczenie schodów pomiędzy pierwszym piętrem, a parterem. Zgodnie z uzyskanymi informacjami, zdarzały się przypadki, iż mieszkańcy podjeżdżali wózkami do schodów i chcieli po nich zjeżdżać. Bez wątpienia taki sposób zabezpieczenia klatki schodowej może stanowić zagrożenie w sytuacji nadzwyczajnej, np. pożaru, a w szczególności utrudniać ewakuację.

Krajowy Mechanizm, zaleca zmianę stosowanej praktyki zabezpieczenia schodów, która może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia mieszkańców w sytuacjach nadzwyczajnych.

5.8 Personel

Z udostępnionych KMPT informacji wynika, że personel posiada odpowiednie do wykonywanych zadań kwalifikacje i doświadczenie zawodowe. W opinii KMPT niepokojącym zjawiskiem jest natomiast brak regularnych szkoleń dla personelu.

Z uwagi na specyfikę pracy w placówce, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić

o tematykę dotyczącą: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. Superwizja powinna być prowadzona przez zewnętrznego eksperta.

CPT podkreśla, że z uwagi na trudny charakter pracy, personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki¹².

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy¹³.

Przedstawicielki Krajowego Mechanizmu widzą także potrzebę poszerzenia kadry pracowniczej, zwłaszcza o: opiekunki, pielęgniarki, terapeutów zajęciowych jak również psychologa. Występujące obecnie zbyt duże obciążenie pracą, częsta zmienność w zakresie obowiązków służbowych, mogą w łatwy sposób przełożyć się na wypalenie zawodowe jak również występowanie napięć i nieporozumień zarówno pomiędzy pracownikami jak i na linii pracownik-pensjonariusz.

6. Przygotowanie placówki na zagrożenie związane z pandemią COVID-19

Jurajskie Centrum Seniora zostało bardzo dobrze przygotowane na zagrożenie związane z pandemią COVID-19. Z tego też względu od początku pandemii wśród mieszkańców oraz pracowników nie odnotowano zakażeń.

Od początku marca 2020 r. wprowadzono całkowity zakaz odwiedzin. Wyjątek stanowiły kontakty najbliższych z osobami w stanie terminalnym, z zachowaniem pełnego reżimu sanitarnego. Wszystkie osoby przebywające w placówce miały dwa razy dziennie mierzoną temperaturę ciała. Pracownicy zostali zobowiązani do stosowania środków ochrony indywidualnej oraz dezynfekcji przed wejściem do placówki. Kierownictwo domu opieki w celach prewencyjnych

¹² European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zobacz również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

¹³ Zob. art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 lutego 2014 r.

wymagało od swojego personelu wyłączności zatrudnienia. Uruchomiono także oddział przyjęć z osobnym wejściem, który był oddzielony od pozostałej części placówki. Oddelegowany do niego personel nie miał styczności z innymi mieszkańcami i pracownikami. Z oddziału korzystano w przypadku powrotu mieszkańca z hospitalizacji lub przepustki. Po zawieszeniu przyjęć nowych mieszkańców (marzec-maj 2020 r.), z oddziału korzystali także nowoprzyjęci pensjonariusze, w którym odbywali 14-dniową kwarantannę oraz mieli wykonywany test na obecność koronawirusa.

Od maja 2020 r. wznowiono odwiedziny, które realizowane były przez szybę z wykorzystaniem telefonu, w przestrzeni między drzwiami wejściowymi, która umożliwiała zachowanie poufności kontaktu. W miesiącach letnich spotkania odbywały się na świeżym powietrzu. Mieszkańcy w sposób nielimitowany mogli i mogą nadal korzystać z telefonu stacjonarnego jak również własnych komórek. Wprowadzono także ok. 48 godzinną kwarantannę paczek przekazywanych pensjonariuszom.

Od czerwca bieżącego roku w bezpośrednich odwiedzinach mogą uczestniczyć osoby zaszczepione lub legitymujące się negatywnym wynikiem testu na obecność COVID-19.

Placówka posiada własne ozonatory oraz lampy bakterio i wirusobójcze. Obecnie do Jurajskiego Centrum Seniora przyjmowane są wyłącznie osoby zaszczepione lub posiadające negatywny wynik testu na obecność COVID-19.

W dniu wizytacji wszyscy pracownicy byli zaszczepieni. Tylko jeden mieszkaniec nie został zaszczepiony z powodów medycznych. Placówka organizuje na miejscu szczepienia dla osób chętnych. Szczepienia są dobrowolne. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych zgodę wyraża opiekun prawny, w pozostałych przypadkach – mieszkaniec o czym informowani są też opiekunowie faktyczni.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca

Prezesowi Zarządu ALL DOM Sp. z o.o. z siedzibą w Ogrodzieńcu:

1. usunięcie z Regulaminu mieszkańca zapisu sprzecznego z przepisami obowiązującego prawa, o którym mowa w pkt 5.1 niniejszego raportu;
2. wyeksponowanie danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka, o których mowa w pkt 5.2 raportu;
3. zwiększenie liczby zatrudnionego personelu pielęgniarско-opiekuńczego oraz jasne rozgraniczenie podziału obowiązków i przydziału zadań zgodnie z kompetencjami;

4. przeprowadzanie niezależnego, wstępnego badania lekarskiego przy przyjęciu każdego nowego pensjonariusza;
5. zatrudnienie przynajmniej jednego wykwalifikowanego i doświadczonego psychologa, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
6. zapewnienie regularnych konsultacji psychiatrycznych wszystkim mieszkańcom placówki;
7. zwiększenie ilości zajęć i dostępności rehabilitacji przypadającej na jednego mieszkańca;
8. zatrudnienie większej liczby terapeutów zajęciowych;
9. tworzenia planów terapii zajęciowej oraz dokumentowanie jej przebiegu;
10. dokonanie przeglądu i zreformowanie systemu prowadzenia dokumentacji, o której mowa w pkt 5.6 raportu;
11. opracowanie jasnych procedur postępowania personelu w sytuacjach nadzwyczajnych opisanych w pkt 5.6 raportu;
12. dostosowanie w miarę możliwości wszystkich kabin prysznicowych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
13. wyposażenie wszystkich pomieszczeń użytkowanych przez pensjonariuszy w system przywoławczy, w szczególności pokoi sypialnych oraz sanitariatów;
14. zmianę stosowanej praktyki zabezpieczania schodów, która może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia mieszkańców w sytuacjach nadzwyczajnych, która opisana została w pkt 5.7 raportu;
15. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń;
16. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta.

Opracowała: Aleksandra Nowicka

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/