



Warszawa, 18-10-2022 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

KMP.573.20.2022.AN

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Placówki
Całodobowej Opieki – Rodzinnego Domu Opieki „Mirabelka” Agnieszka
Kwiatkowska w Warszawie**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję

¹ Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT)².

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei za „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej⁴”.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁵. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁶.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji, opierają się więc na różnych źródłach m.in. własnych obserwacjach poczynionych podczas wizyty, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i nagraniach monitoringu⁷.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁸. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz

² Zob. Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r., poz. 627).

³ Zob. Art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. Art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. Art. 20 OPCAT.

⁶ Zob. Art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁷ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT ?.

⁸ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt. 6. Zobacz również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, New York i Genewa 2018, s. 4-6.

zapropozowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia KMPT, bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele KMPT ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też, na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji ich wystąpienia w przyszłości.

2. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 2-3 sierpnia 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację Rodzinnego Domu Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska przy ul. Olesin 129 w Warszawie (zwanego dalej: domem opieki, PCO, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodziły: Klaudia Kamińska (prawnik) oraz Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. 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, nieludzkim 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, nieludzkemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, w zgodzie z odpowiednimi standardami organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki, udzielonej przez właścicielkę – Agnieszkę Kwiatkowską oraz Damiana Kwiatkowskiego, zatrudnionego na stanowisku opiekuna;

⁹ Zob. art. 19 pkt. b) OPCAT.

- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym: pokoi, sanitariatów, pokoju dziennego, 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 problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt 5) oraz obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania (pkt 6).

3. 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.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Rodzinny Dom Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska działa od 2018 r., jednak decyzją Wojewody Mazowieckiego Nr 148/2021, na prowadzenie placówki, na czas nieokreślony, wydana została dopiero 10.06.2021 r. Zgodnie z informacją przekazaną przez właścicielkę, za nielegalne prowadzenie placówki całodobowej opieki, Mazowiecki Urząd Wojewódzki nałożył na kierownictwo stosowną karę finansową. Należy także dodać, iż placówka nielegalnie działała pod innym adresem.

Dom opieki przeznaczony jest dla 32 osób, kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych oraz z niepełnosprawnościami. W trakcie wizytacji wszystkie miejsca były zajęte. Wśród pensjonariuszy znajdowała się jedna osoba ubezwłasnowolniona.

Placówka prowadzona jest w piętrowym budynku wolnostojącym z użytkowym poddaszem. Pokoje mieszkalne pensjonariuszy oraz pomieszczenia dziennego pobytu znajdują się na parterze, piętrze oraz półpiętrze budynku. Na poddaszu znajdują się pokoje opiekunek, które zakwaterowane są w placówce, biuro oraz pralnia z suszarnią i magazyn nieużywanych mebli i sprzętu ortopedycznego.

Pensjonariusze mają możliwość zakwaterowania w jedno, dwu lub trzyosobowych pokojach z łazienkami. Koszt pobytu waha się w zależności od wielkości pokoju od 3200 zł. do 3500 zł. Mieszkańcy mogą także korzystać z ogrodu.

Szczegółowa charakterystyka dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami przedstawiona została w pkt 6.8. niniejszego raportu w części dotyczącej warunków bytowych w domu opieki.

5. Problemy systemowe

5.1. Legalność pobytu w placówce osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a których stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy

Umowa na świadczenie usług opiekuńczych ma charakter trójstronny. Zawierana jest między właścicielką placówki, zleceniodawcą oraz pensjonariuszem. Jednak w przeanalizowanych umowach znajdujących się w teczkach osobowych mieszkańców brakowało podpisów pensjonariuszy, mimo że w zdecydowanej większości nie były to osoby ubezwłasnowolnione. Co więcej, jedynie w dokumentacji jednej osoby znajdowała się wyrażona na piśmie wola pobytu mieszkańca w domu opieki.

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 wykluczającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji.

Krajowy Mechanizm podkreśla, że działający w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowani w świetle obowiązujących przepisów do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia jej w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli osoba taka znajduje się w złym stanie psychofizycznym i sama nie jest w stanie złożyć podpisu pod umową o świadczenie usług lub oświadczeniem woli pobytu. Brak odpowiednich rozwiązań systemowych rodzi sytuację, w której umowa podpisana jest przez opiekuna faktycznego, który nie posiada upoważnienia do jej podpisania w imieniu mieszkańca. Brak podpisu strony pod umową dekompletuje jej elementy konieczne (do których w przypadku umów pisemnych należy podpis – art. 78 § 1 kodeksu cywilnego). Co prowadzi do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w domu opieki.

Placówkom całodobowej opieki nie można czynić zarzutu, że przyjmują osoby wymagające opieki mimo braku formalnego umocowania wnioskodawców. Czynią to bowiem mając na względzie dobro pensjonariusza. Nie można jednak tracić z pola widzenia, że jest to sytuacja niezgodna z prawem. Chodzi bowiem o podejmowanie przez osobę nieuprawnioną decyzji w sprawie wolności innej osoby. Taka sytuacja pozwala na podejmowanie przez jedną osobę arbitralnych decyzji w stosunku do drugiej osoby – słabszej i uzależnionej od pomocy innych. Tym bardziej, że umieszczenie w tego typu placówkach wiąże się ze znacznym ograniczeniem wolności i samodecydowania o swoim losie. Nie można wykluczyć, że w skrajnych przypadkach decyzja taka podjęta będzie z naruszeniem interesu pensjonariusza, np. w celu uzyskania dostępu do jego mieszkania. Zawieranie umów przez opiekunów faktycznych pozostawia poza kontrolą jakiegokolwiek podmiotu (jak ma to miejsce np.

w przypadku sądowej kontroli opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej) działania podejmowane przez osoby bliskie pensjonariuszy w ich imieniu.

Istotna jest również kwestia odpowiedzialności cywilnej i karnej za decyzje o umieszczeniu pensjonariusza w placówce, co może mieć zastosowanie w postępowaniu sądowym wszczętym przez samego pensjonariusza lub innych członków jego rodziny. Pożądane byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁰, czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym¹¹. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Rzecznik Praw Obywatelskich na początku bieżącego roku wystosował w przedmiotowej kwestii wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹². Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości¹³. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO oraz KMPT.

Warto w tym miejscu wskazać, że także Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) zwrócił uwagę na przedmiotową kwestię w swoim raporcie z wizyty w Polsce w 2009 r. Jak zauważa CPT należy podjąć kroki, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce, nieposiadający opiekuna (rozumianego jako opiekuna prawnego) i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu¹⁴.

5.2. Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń przed upadkiem

¹⁰ Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j.: Dz.U. z 2022 r., poz. 1731).

¹¹ Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 685).

¹² Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25.01.2022 r., KMP.573.1.2022.KK, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-prywatne-dps-nieswiadomi-pensjonariusze-sad-kontrola>.

¹³ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25.02.2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2022-02/Odpowiedz_MRiPS_25.02.2022.pdf.

¹⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji wynika, iż wobec niektórych mieszkańców stosowane są niestandardowe formy zabezpieczeń przed zsunięciem się z wózka geriatrycznego oraz upadkiem. Zabezpieczenie w postaci podtrzymania bawełnianym lub wełnianym szalikiem stosowane jest zwłaszcza w porach posiłku. Szalik przepasywany jest na wysokości bioder oraz przywiązywany do wózka. Należy także zaznaczyć, iż w dokumentacji pensjonariuszy nie znajdowały się zalecenia lekarskie do stosowania tego typu zabezpieczeń.

Stosowane przez personel placówki metody, formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale de facto ingerują w wolność jednostki. W procesie opiekuńczym istnieją jednak sytuacje, gdzie stosowanie środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia mieszkańca. W związku z tym ich stosowaniu musi towarzyszyć szereg gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym. Z punktu widzenia art. 31 ust. 3 Konstytucji gwarancje te powinny być określone w ustawie. Stosowanie tego typu procedur bez odpowiedniej podstawy prawnej stanowi działanie nielegalne, mogące wypełniać znamiona czynów zabronionych (naruszenie nietykalności cielesnej czy bezprawne pozbawienie wolności).

Kwestia ta stała się przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich i KMPT do Ministra Zdrowia w dniu 13.06.2022 r. z prośbą o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym¹⁵. W odpowiedzi skierowanej do RPO wskazano, iż problem ten będzie przedmiotem konsultacji międzyresortowych w celu ustalenia, czy postulowane rozwiązania są możliwe do wdrożenia¹⁶.

Potrzebę taką wskazała również Komisja Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur¹⁷. Zgodnie z jej rekomendacją w placówce, w której stosowane są tego typu zabezpieczenia powinna zostać opracowana szczegółowa procedura regulująca sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi stosowania tego typu środków. Każdorazowo decyzja powinna być poparta opinią lekarza. Wykorzystywane powinny być jedynie zabezpieczenia posiadające odpowiednie atesty

¹⁵ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13.06.2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w placówkach opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, KMP.573.9.2022.KK., <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-mz-dps-niestandardowe-formy-opieki-ustawa-odpowiedz>.

¹⁶ Zob. Pismo z dnia 13 lipca 2022 r., DSZ.054.79.2022.JP, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2022-07/Odpowiedz_MZ_niestandardowe_zabezpieczenia_dps_13.07.2022.pdf.

¹⁷ Opinia Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z dnia 29 sierpnia 2019 r. Zob. również raport KMPT z wizytacji Rodzinnego Domu Opieki „Staś” w Gnojniku, KMP.573.10.2021.RK.

bezpieczeństwa i dostosowane do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami. Natomiast przebieg procedury szczegółowo opisany i udokumentowany.

Co więcej, niektórzy z pensjonariuszy ubierani są także w jednoczęściowe kombinezony utrudniające lub uniemożliwiające pensjonariuszom rozebranie się z nich. Podobnie jak w przypadku wykorzystywania szalików do pionizacji i podtrzymywania mieszkańców, także i w tym przypadku w dokumentacji medycznej pensjonariuszy nie było zaleceń lekarskich na stosowanie tego typu zabezpieczeń.

Na przedmiotową kwestię zwrócił uwagę także CPT. Stosowanie kombinezonów dziennych, nocnych lub innej odzieży, uznane zostało przez Komitet za restrykcyjne praktyki mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom¹⁸.

Problem wykorzystywania niestandardowych form zabezpieczeń w placówkach opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO i Krajowego Mechanizmu.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Legalność pobytu

W trakcie wizytacji, w PCO przebywała jedna osoba ubezwłasnowolniona. W dokumentacji mieszkanki brakowało jednak zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie na umieszczenie w tego typu placówce.

Krajowy Mechanizm przypomina, że wymóg posiadania wspomnianego zezwolenia wynika wprost z przepisów ustawy o pomocy społecznej. W art. 68a ust. 1 pkt. f wskazano, iż podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku jest obowiązany prowadzić szczegółową dokumentację osób przebywających w placówce, zawierającą: postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce – w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Z kolei w art. 68c prawodawca jasno wskazał, iż osoba ubezwłasnowolniona całkowicie może być umieszczona w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom

¹⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawy wyraża zgodę po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie¹⁹.

Niepokój przedstawicielki KMPT wzbudził także fakt, iż jedna z pensjonariuszek przebywała w placówce przez kilka dni bez podpisanej umowy. Jak wyjaśniła właścicielka, sporadycznie dochodzi do takich sytuacji, zwłaszcza kiedy mieszkańcy przewożeni są z podmiotów leczniczych po odbytej hospitalizacji i wymagają całodobowej opieki. Dopiero po kilku dniach do domu opieki dotarła rodzina pensjonariuszki i wtedy uzupełniono kwestie formalne.

Krajowy Mechanizm podkreśla, że pobyt w placówce całodobowej opieki osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona, a która to osoba nie podpisała umowy na świadczenie usług opiekuńczych jak również nie wyraziła na piśmie woli pobytu w tego typu miejscu, jest nielegalny i może nosić znamiona bezprawnego pozbawienia wolności.

Krajowy Mechanizm, bezwzględnie zaleca odstąpienie od przyjętej praktyki. Wszelkie kwestie formalne, w tym podpisanie umowy i wyrażenie woli pobytu mieszkańca w placówce powinny być dopełniane najpóźniej w dniu przyjęcia nowego pensjonariusza do domu opieki.

6.2. Kontakt ze światem zewnętrznym

W chwili wizytacji żaden z mieszkańców nie miał możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki. Drzwi wejściowe były przez cały czas zamknięte na klucz. Pensjonariusze mogli opuszczać dom opieki jedynie w asyście członków rodziny. KMPT pragnie zwrócić uwagę, iż zgodnie z brzmieniem ustawy o pomocy społecznej, do usług opiekuńczych świadczonych w tego typu placówkach zaliczyć należy także zapewnienie pensjonariuszom kontaktów z otoczeniem²⁰. Tym samym kierownictwo jak i personel placówek opiekuńczych nie powinni cedować tego obowiązku na członków rodzin mieszkańców.

¹⁹ Zob, art. 68a ust. 1 pkt. f oraz art. 68c ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 2268).

²⁰ Tamże, art. 68 ust.1.

Krajowy Mechanizm przypomina także, że wszelkie ograniczenia w możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez pensjonariuszy powinny być wprowadzane jedynie na podstawie i w granicach obowiązującego prawa. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej 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 ograniczenia²¹.

Do obowiązków osoby kierującej placówką należy także przekazanie informacji o ograniczeniu samodzielnego wyjść poza teren domu opieki do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka²².

W trakcie wizytacji w dokumentacji pensjonariuszy nie znajdowały się wspomniane zaświadczenia lekarskie.

Krajowy Mechanizm zaleca uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki o zaświadczenia lekarskie wskazane w art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej oraz ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.

6.3. Mechanizmy skargowe

Zgodnie z postanowieniami Regulaminu placówki w §18 wskazano, iż skargi lub wnioski ewidencjonowane są w książce skarg i wniosków, znajdującej się w biurze Domu. Jednak w trakcie wizytacji KMPT dokument taki nie funkcjonował. Jak oświadczyła właścicielka placówki, wszelkie wnioski oraz skargi przekazywane są w formie ustnej właścicielce, która zgodnie z możliwościami niezwłocznie się do nich odnosi o czym informuje pensjonariuszy lub członków ich rodzin.

Krajowy Mechanizm zaleca założenie zeszytu skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg w tym w formie ustnej jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy. Dodatkowo KMPT rekomenduje poinformowanie

²¹ Tamże, art. 68 ust. 2a-2h.

²² Tamże.

zarówno mieszkańców i ich opiekunów prawnych i faktycznych o utworzeniu zeszytu skarg i wniosków. Informacje o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru, powinny być przekazywane w sposób zrozumiały dla odbiorców, zarówno ustnie jak i pisemnie.

W celu ulepszenia dostępu pensjonariuszy do mechanizmów skargowych, KMPT rekomenduje także 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 Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

Warto w tym miejscu wskazać, że CPT w swoim rocznym sprawozdaniu z 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką²³.

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, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)²⁴.

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

²⁴ Tamże, par. 79.

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 pisaniem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców²⁵. 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 skarg²⁶.

6.4. Opieka medyczna

Opiekę medyczną nad mieszkańcami sprawuje lekarz-internista w ramach prywatnych wizyt w placówce. Pensjonariusze w większości przypadków zapisani są także do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w pobliskiej przychodni. Jednak jak wynika z informacji przekazanych przez właścicielkę placówki, lekarz POZ przyjeżdża do domu opieki jedynie do pacjentów leżących lub z trudnościami w poruszaniu się. Pozostali pacjenci powinni być dowożeni do przychodni na wizyty lekarskie, a właściciele placówki nie mają takich możliwości. Z tego też powodu kierownictwo placówki podjęło współpracę z innym lekarzem w ramach prywatnej praktyki. Wizyty u lekarzy specjalistów zapewniają rodziny pensjonariuszy.

Wątpliwości delegacji wzbudziła jednak częstotliwość wspomnianych wizyt lekarskich w placówce. Z uzyskanych informacji wynika, że lekarz pojawia się w domu opieki raz w tygodniu lub jeżeli zaistnieje taka potrzeba częściej. Nie potwierdzają tego jednak zapisy w książce wizyt lekarskich. Z analizy dokumentu wynika, iż odstępstwa w wizytach lekarskich są nawet kilkutygodniowe, czasem wizyty miały miejsce raz w miesiącu. W ocenie Krajowego Mechanizmu taka częstotliwość wizyt lekarskich jest zdecydowanie niewystarczająca, szczególnie biorąc pod uwagę profil placówki jak również wiek i jednostki chorobowe pensjonariuszy.

Mieszkańcy nie mają zapewnionej także całodobowej opieki pielęgniarskiej. Pielęgniarka przychodzi do placówki raz w tygodniu, lub częściej jeżeli zaistnieje taka potrzeba. Do jej obowiązków należy m.in. rozkładanie leków, zmiana cewników czy podłączanie kroplówek. W ocenie delegacji podobnie jak w przypadku opieki lekarskiej, wizyta pielęgniarki w placówce jedynie raz w tygodniu jest częstotliwością

²⁵ Tamże, par. 83.

²⁶ Tamże, par. 91.

niewystarczającą, ze względu na wiek i stan zdrowia pensjonariuszy. Opieka taka powinna być sprawowana przez całą dobę lub minimum codziennie przez kilka godzin.

Krajowy Mechanizm zaleca zwiększenie częstotliwości wizyt lekarza-internisty jak również pielęgniarki.

Nowi pensjonariusze nie są konsultowani przy przyjęciu lub bezpośrednio po nim przez lekarza, nie mają także kontaktu z pielęgniarką. Co prawda, zgodnie z informacją przekazaną przez właścicielkę placówki, podczas wizyt w domu opieki, lekarz konsultuje nowych mieszkańców, to uwzględniając opisaną powyżej częstotliwość tych wizyt, trudno stwierdzić, że kontakt ten następuje przy przyjęciu. Analiza raportu wizyt lekarskich wykazała, że zdarzają się przypadki, iż nowi mieszkańcy mają pierwszy kontakt z lekarzem dopiero po kilku tygodniach od przyjęcia.

KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą pensjonariuszy 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 mieszkańców²⁷.

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 poufności (obecny powinien być wyłącznie personel medyczny) i być ukierunkowane na zdiagnozowanie ewentualnych przypadków tortur i złego traktowania²⁸.

²⁷ 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.

²⁸ Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61.

Krajowy Mechanizm zaleca poddawanie wszystkich nowoprzybyłych mieszkańców niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim.

KMPT widzi też potrzebę przeszkolenia personelu z Protokołu stambulskiego, tj. oficjalnego podręcznika ONZ dotyczącego diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zawiera on wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą przemocy (w tym tortur) oraz wytyczne, jak należy zgłaszać takie przypadki odpowiednim organom. Dokument ten dostępny jest w polskiej wersji językowej i odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur²⁹. Stanowi więc istotny element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał personelu.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)³⁰, Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)³¹, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur³² i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)³³.

Niepokój przedstawicielek KMPT wzbudziła również informacja, iż zdarzają się przypadki kiedy leki rozkładane są przez opiekunów, z wyłączeniem leków psychiatrycznych. Przyjęte w placówce rozwiązanie w zakresie polityki lekowej stoi w sprzeczności z przepisami prawa. Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej³⁴ realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji jest świadczeniem zdrowotnym wykonywanym w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki. Należy także podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi efektami

²⁹ Dokument dostępny na stronie Biura RPO:

<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulskipodr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego> (dostęp: 04.12.2021 r.)

³⁰ Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

³¹ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

³² Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego

lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

³³ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

³⁴ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j.: Dz.U. z 2022 r., poz. 551).

kształcenia dla zawodu opiekuna osoby starszej, przedstawiciele tego zawodu mogą pomóc przyjąć leki osobie chorej i niesamodzielnej zlecone przez lekarza. W Rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki, wprowadzającym wspomniane efekty kształcenia, nie wspomniano natomiast o możliwości rozkładania leków przez opiekunów osób starszych³⁵.

KMPT zaleca dostosowanie stosowanej w placówce polityki lekowej do obowiązujących przepisów prawa.

Co więcej, w sytuacjach, w których pensjonariusze nie są w stanie samodzielnie połączyć medykamentów, są one rozkruszane, bez wiedzy i zgody lekarza. W dokumentacji medycznej brakuje stosownych adnotacji o tym fakcie. Pensjonariuszom, którzy odmawiają przyjęcia leków, również są one podawane w postaci rozdrobnionej oraz ukrytej w pokarmie.

KMPT pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego³⁶, rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

Krajowy Mechanizm neguje także praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez pacjenta. Zaznaczyć należy, iż każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli nie będzie miał takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia nie będzie chciał przyjąć leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie wiedząc, że lek podano mu wówczas podstępem).

³⁵ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r., w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego, (Dz. U. z 2019 r., poz. 991).

³⁶ Zob. Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Prawa%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20dom%C3%B3w%20pomocy%20spo%C5%82ecznej%20%202016.pdf>, s. 109-111.

KMPT zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania medykamentów w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem. Krajowy Mechanizm zaleca także odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków ukrytych w pokarmie bez wiedzy pensjonariusza.

Przedstawicielki KMPT zwróciły także uwagę na niewłaściwie przechowywane leki w dyżurce pielęgniarskiej. Niektóre z medykamentów znajdowały się w torbach foliowych lub pudełkach położonych bezpośrednio na podłodze oraz przy ścianach pomieszczenia. Krajowy Mechanizm pragnie podkreślić, że produkty lecznicze i wyroby medyczne powinny być przechowywane w sposób staranny, zabezpieczający je przed zniszczeniem oraz zabrudzeniem. Przechowywanie leków w obecnej formie nie daje takiej gwarancji.

Krajowy Mechanizm zaleca, zmianę praktyki przechowywania leków w dyżurce pielęgniarskiej.

6.5. Opieka psychologiczna

Pensjonariusze wizytowanej placówki nie mają zagwarantowanej opieki psychologicznej. Delegacji KMPT przekazano informację, iż kiedyś w placówce zatrudniany był psycholog jednak mieszkańcy nie wyrażali chęci kontaktu z nim i współpracy, wręcz mieli stwierdzić, że nie chcą go w domu opieki.

Podkreślenia wymaga fakt, że sam pobyt w placówce całodobowej opieki, zmiana otoczenia, długotrwałe rozstanie z bliskimi jak również brak akceptacji dla zmian psychicznych oraz fizycznych, które towarzyszą procesowi starzenia się, mogą wywoływać negatywne skutki dla zdrowia psychicznego mieszkańców. Osoby starsze dość często borykają się z depresją, a jedynie wykwalifikowany psycholog potrafi rozpoznać i zbadać pierwsze jej symptomy jak również oszacować ryzyko rozwoju choroby oraz przewidzieć zachowanie mieszkańca. Psycholog może także stanowić wsparcie dla pracowników oraz rodzin pensjonariuszy.

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 (rozumianym także jako dom opieki)³⁷.

Krajowy Mechanizm zaleca nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki.

6.6. Rehabilitacja i terapia zajęciowa

Mieszkańcy mają zagwarantowaną rehabilitację grupową trzy razy w tygodniu. Zajęcia trwają ok. godziny. Mieszkańcy zbierają się w pokoju dziennym i tam wykonują proste ćwiczenia i gimnastykę stawów, dotyczy to także osób poruszających się przy pomocy wózków inwalidzkich. Ćwiczenia te trwają ok. 30-40 minut, przez resztę czasu mieszkańcy grają z rehabilitantem w skojarzenia lub nieskomplikowane gry w celu treningu umysłu.

Pensjonariusze nie mają jednak zapewnionej profesjonalnej terapii zajęciowej. W trakcie wizytacji zdecydowana większość mieszkańców swój wolny czas spędzała w pokoju dziennym połączonym z jadalnią, na oglądaniu telewizji. W ocenie delegacji mieszkańcy sprawiali wrażenie apatycznych. Z informacji uzyskanych od właścicielki placówki wynika, że kiedyś do domu opieki przychodził terapeuta, jednak pensjonariusze nie wykazywali chęci podjęcia z tą osobą współpracy, dlatego też zrezygnowano z tego typu zajęć.

W ocenie KMPT, mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w aktywizacji fizycznej, psychicznej jak również intelektualnej pensjonariuszy. Obecne formy spędzania czasu wolnego przez pensjonariuszy nie stanowią bowiem oddziaływań terapeutycznych. Należy podkreślić, że terapia zajęciowa powinna być prowadzona w sposób przemyślany oraz udokumentowany, aby umożliwić ocenę efektywności podjętych oddziaływań.

Jak zauważa CPT proces opieki nad mieszkańcami tego typu placówek powinien obejmować zarówno terapię zajęciową, rehabilitację jak również obejmować zajęcia o charakterze rekreacyjnym. W ocenie Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie indywidualnego planu dla każdego z mieszkańców, który będzie miał na

³⁷ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 30 i 32.

celu utrzymanie umiejętności osobistych i społecznych, w tym mobilności, a tym samym poprawę jakości życia i dobrostanu mieszkańców³⁸. Jak podkreśla CPT, za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia³⁹.

Krajowy Mechanizm zaleca zatrudnienie wykwalifikowanego i doświadczonego terapeuty zajęciowego w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy dobrostanu pensjonariuszy.

6.7. Rejestry i dokumentacja

W placówce nigdy nie był stosowany przymus bezpośredni. Z tego też powodu w domu opieki nie jest prowadzony rejestr stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Krajowy Mechanizm przypomina jednak, iż zgodnie z art. 68a ustawy o pomocy społecznej⁴⁰ „podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku jest obowiązany m. in. do prowadzenia ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka”.

W placówce w latach 2021-2022 doszło do jednego zdarzenia nadzwyczajnego – upadku pensjonariusza ze schodów. Z uzyskanych informacji wynika, że mężczyzna przyznał, iż sam rzucił się ze schodów, gdyż chciał popełnić samobójstwo. Taką samą informację miał także przekazać przybyłym na miejsce zdarzenia funkcjonariuszom policji. Obecnie mężczyzna przebywa w innej placówce o profilu psychiatrycznym.

Należy jednak zauważyć, że w wizytowanej placówce nie był prowadzony rejestr zdarzeń nadzwyczajnych, w którym przytoczone zdarzenie mogłoby zostać odnotowane i szczegółowo opisane.

Ponadto w placówce nie prowadzi się także: raportu obserwacji opiekunek, raportu czynności pielęgniarских: raportów dziennych/nocnych czy rejestru wejść i wyjść z placówki. Ten ostatni dokument prowadzony był jedynie w czasie trwania pandemii COVID-19.

³⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, § 171.

³⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, § 174.

⁴⁰ t. j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 2268.

Co więcej placówka nie posiada żadnych procedur regulujących zasady postępowania personelu (np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji).

KMPT zachęca kierownictwo placówki do wprowadzenia odpowiednich rejestrów i procedur. KMPT podkreśla, że dobrze prowadzony rejestr może być pomocny w ustaleniu, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc pensjonariuszom 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 SPT dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności⁴¹.

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.

6.8. Pracownicy

W placówce zatrudnionych jest sześć opiekunek w ramach umowy zlecenia jak również mąż właścicielki w ramach pełnego etatu oraz właścicielka w ramach połowy etatu. Należy jednak podkreślić, iż opiekunki pracujące na umowach -zlecenie pochodzą z Ukrainy i pracują wymiennie przez trzy miesiące, po czym na kolejne trzy miesiące wracają do swojego państwa. Tym samym w placówce przebywają jednocześnie jedynie trzy opiekunki plus właścicielka i jej mąż.

Opiekunki pracują w systemie zmianowym po 12 godzin od 6:00 do 18:00 oraz od 18:00 do 6:00. W ciągu dnia opiekę zapewniają trzy osoby. KMPT uzyskał natomiast sprzeczne informacje dotyczące liczby opiekunek na dyżurze nocnym. Opieka ta sprawowana jest bowiem jedno lub dwuosobowo.

W ocenie Krajowego Mechanizmu, uwzględniając układ architektoniczny budynku, pełnienie nocnych dyżurów przez opiekunki w wymiarze jednoosobowym

⁴¹ 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.

jest niewystarczające. Może także stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa mieszkańców. Należy bowiem mieć na uwadze, iż w sytuacji kiedy doszłoby do zdarzenia niepożądanego z udziałem pensjonariusza lub któremuś z mieszkańców należałoby udzielić pomocy, przy jednoosobowej obsadzie, pozostali pensjonariusze pozostają bez należytej opieki.

Krajowy Mechanizm zaleca zapewnienie minimum dwuosobowej opieki mieszkańcom w porze nocnej.

KMPT zachęca także kierownictwo placówki do zweryfikowania, czy liczba oraz kwalifikacje zatrudnionego personelu są zgodne z wymogami nałożonymi na właścicieli placówek całodobowej opieki, poprzez nowelizację ustawy o pomocy społecznej⁴². Zwłaszcza, że opiekunki pochodzące z Ukrainy przedłożyły właścicielce placówki dokumenty poświadczające uzyskanie wykształcenie w języku ukraińskim. Tylko jeden z dyplomów posiadał tłumaczenie na język angielski.

Zgodnie bowiem z wymogami wspomnianej nowelizacji usługi opiekuńcze wykonywać będą mogły jedynie osoby posiadające kwalifikacje niezbędne do wykonywania zawodu: lekarza, pielęgniarki, położnej, 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 pomocy⁴³. Kierownictwo domów opieki będzie także zobowiązane zatrudnić odpowiednią liczbę wskazanego powyżej personelu w wymiarze nie mniej niż 1/3 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę przebywającą w placówce. Należy mieć na uwadze, iż osoba fizyczna prowadząca placówkę, spełniająca przytoczone powyżej kwalifikacje zaliczać się będzie w wymiarze 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy. Wprowadzony zostanie także minimalny poziom zatrudnienia w wymiarze 4,5 pełnego wymiaru czasu pracy⁴⁴.

W opinii KMPT niepokojącym zjawiskiem jest także brak regularnych szkoleń dla personelu wizytowanej placówki.

⁴² Art. 68a pkt 4-5 ustawy o pomocy społecznej (t. j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 2268).

⁴³ Tamże, art. 68a pkt 4.

⁴⁴ Tamże, art. 68a pkt 5.

Z uwagi na specyfikę pracy w domu opieki, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by stworzyć katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów m. in. dotyczących: 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 opieki⁴⁵.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy⁴⁶.

6.9. Warunki bytowe

Budynek co do zasady dostosowany został do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Znajduje się w nim winda obsługująca parter i piętro oraz schodowłaz, dzięki któremu pensjonariusze mogą się dostać z piętra na półpiętro. Na parterze znajdują się liczne schodki, które łączą jadalnię i pokój dzienny z wejściem do windy oraz wyjściem do ogrodu. Umieszczono tam co prawda podjazdy, szyny oraz

⁴⁵ 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.

⁴⁶ 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.

poręcze dla pensjonariuszy, jednak przedstawicielki KMPT mają wątpliwości czy wprowadzone rozwiązania są bezpieczne i użyteczne dla mieszkańców.

Uwzględniając stan zdrowia, podeszły wiek pensjonariuszy jak również problemy z utrzymaniem równowagi i poruszaniem się, umiejscowienie tak wielu oraz w tak bliskiej odległości od siebie dodatkowych obiektów w ciągach komunikacyjnych może przyczyniać się do potknięć oraz przewróceń mieszkańców. Delegacja kilkakrotnie w trakcie wizytacji była świadkiem sytuacji, w których mieszkańcy z obawą zbliżali się do wspomnianych schodów i każdorazowo wybierali, drugie nieco bardziej oddalone wyjście z jadalni przy którym znajdowała się jedynie poręcz.

Krajowy Mechanizm, zaleca dokonanie przeglądu zastosowanych na parterze budynku udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami, ze szczególnym uwzględnieniem ich lokalizacji względem siebie, pod kątem ich efektywnego i bezpiecznego użytkowania jak również zapewnienia bezpieczeństwa osobom znajdującym się w ich pobliżu.

Schody łączące półpiętro oraz piętro budynku jak również łączące parter z wyższymi kondygnacjami wyposażone były w drzwiczki z zasuwkami, które zgodnie z uzyskanymi informacjami zamykane są na noc.

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.

Podkreślenia wymaga także fakt, że nie wszystkie łazienki dostosowane zostały do potrzeb osób z niepełnosprawnościami lub ograniczonymi możliwościami poruszania się. W niektórych z nich znajdowały się wanny oraz wysokie brodziki prysznicowe.

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.

Pokoje mieszkalne oraz łazienki nie zostały wyposażone w instalację przywoławczą.

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 pensjonariuszy oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez 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 przedstawicieli KMPT wzbudziły także uzyskane informacje, że w pokojach kilku pensjonariuszy, ze względów bezpieczeństwa, nie uchyla się okien w celu wywietrzenia pomieszczeń. Najprawdopodobniej wskazana praktyka przyczyniła się do tego, że w placówce w trakcie wizytacji panował nieprzyjemny zapach.

Warto w tym miejscu odwołać się do standardów CPT, który podkreśla, że stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje zapewnienie pensjonariuszom właściwej przestrzeni życiowej, odpowiedniego oświetlenia, ogrzewania, wentylacji, utrzymywania ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych⁴⁷.

Ze względu na powyższe Krajowy Mechanizm zaleca systematyczne wietrzenie wszystkich pokoi mieszkańców jak również części wspólnych (jadalnia i pokój dzienny).

Pomimo, że placówka otoczona jest dużym obszarem zielonym, pensjonariusze mogą korzystać jedynie z wydzielonej, niewielkiej części ogrodu. Do dyspozycji mają

⁴⁷ Zob. Ósmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (98) 12, § 34.

kilka krzeseł oraz stolik. Przy budynku znajduje się również wąski chodnik, którym mogą się poruszać. W trakcie wizytacji tylko kilka osób korzystało z ogrodu, ograniczając swą aktywność do siedzenia na krzesłach. Delegacja zwróciła także uwagę, że w trakcie wizytacji trawa w ogrodzie nie była skoszona, co mogło zniechęcać mieszkańców do korzystania z terenu zielonego.

Krajowy Mechanizm zaleca utrzymanie terenu zielonego wokół placówki w sposób schludny, w tym regularne koszenie trawy oraz rozważenie powiększenia obszaru, z którego mogą swobodnie korzystać pensjonariusze.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przedstawicielki Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają:

Właściciele Rodzinnego Domu Opieki „Mirabelka” Agnieszka Kwiatkowska:

1. uzupełnienie dokumentacji osoby ubezwłasnowolnionej o zezwolenie sądu opiekuńczego na umieszczenie mieszkańca w wizytowanej placówce;
2. odstąpienie od przyjętej praktyki sporadycznego przyjmowania mieszkańców bez podpisanej umowy i woli pobytu w placówce. Wszelkie kwestie formalne, w tym podpisanie umowy i wyrażenie woli pobytu mieszkańca w placówce powinny być dopełniane najpóźniej w dniu przyjęcia nowego pensjonariusza do domu opieki;
3. ograniczanie możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez mieszkańców jedynie na podstawie obowiązujących przepisów prawa zawartych w art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej;
4. przeprowadzanie niezależnego, wstępnego badania lekarskiego przy przyjęciu każdego nowego pensjonariusza;

5. założenie zeszytu skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg w tym w formie ustnej jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy;
6. 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 stojących na straży praw człowieka np. z numerem bezpłatnej infolinii do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich 800 676 676, czy Wydziału Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie;
7. zwiększenie częstotliwości wizyt lekarza-internisty jak również pielęgniarki;
8. dokumentowanie ewentualnych obrażeń mieszkańców zgodnie z Protokołem Stambulskim za pomocą tzw. „map ciała”, które powinny być dołączane do dokumentacji medycznej mieszkańca; zapoznanie personelu z treścią Protokołu Stambulskiego;
9. dostosowanie prowadzonej w placówce polityki lekowej dotyczącej rozkładania leków dla pensjonariuszy do obowiązujących przepisów prawa;
10. bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania medykamentów w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem; jak również odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków ukrytych w pokarmie bez wiedzy pensjonariusza;
11. zmianę praktyki przechowywania leków w dyżurce pielęgniarskiej;
12. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
13. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym terapeutą zajęciowym w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy dobrostanu pensjonariuszy;
14. utworzenie stosownych rejestrów wskazanych w niniejszym raporcie, ze szczególnym uwzględnieniem rejestru stosowania środków przymusu

- bezpośredniego oraz zdarzeń nadzwyczajnych jak również opracowanie jasnych procedur postępowania personelu w sytuacjach nadzwyczajnych;
15. zapewnienie minimum dwuosobowej opieki mieszkańcom w porze nocnej;
 16. dostosowanie liczby zatrudnionego personelu jak również posiadanych przez niego kwalifikacji do znowelizowanych przepisów ustawy o pomocy społecznej;
 17. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń;
 18. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;
 19. dokonanie przeglądu zastosowanych na parterze budynku udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami, ze szczególnym uwzględnieniem ich lokalizacji względem siebie, pod kątem ich efektywnego i bezpiecznego użytkowania jak również zapewnienia bezpieczeństwa osobom znajdującym się w ich pobliżu;
 20. zmianę stosowanej praktyki zabezpieczenia schodów, która może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia mieszkańców w sytuacjach nadzwyczajnych;
 21. pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami przy planowanych pracach modernizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem łazienek w pokojach mieszkańców;
 22. wyposażenie wszystkich pomieszczeń użytkowanych przez pensjonariuszy w system przywoławczy, w szczególności pokoi sypialnych oraz sanitariatów;
 23. systematyczne wietrzenie wszystkich pokoi mieszkańców jak również części wspólnych (jadalnia i pokój dzienny);
 24. utrzymanie terenu zielonego wokół placówki w sposób schludny, w tym regularne koszenie trawy oraz rozważenie powiększenia obszaru, z którego mogą swobodnie korzystać pensjonariusze.

Opracowała: Aleksandra Nowicka

Za Zespół:

Z poważaniem

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/