



Warszawa, 15-12-2022 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
Krajowy Mechanizm Prewencji**

KMP.575.4.2022.JJ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Placówki
Całodobowej Opieki Dom Seniora Stokrotka w Stobnie**

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

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie

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).

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

przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei przez „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 innej”⁴.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty, członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, 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 zapisów 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 zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i

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.

zalecenia KMPT, bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu 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 dniu 9 sierpnia 2022 r. przeprowadzona została wizytacja KMPT w placówce całodobowej opieki pod nazwą Dom Seniora Stokrotka (Stobno 54g), wpisanej do rejestru prowadzonego przez Wojewodę Zachodniopomorskiego pod numerem 27. (dalej: Dom, placówka). W skład delegacji KMPT wchodziły: Magdalena Dziejic (prawniczka) oraz dr Justyna Józwiak (socjolożka).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu mieszkańców i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, nieludzkemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W ramach wizytacji przeprowadzone czynności polegały na:

- rozmowie na temat funkcjonowania placówki z Łukaszem Durajczykiem i Anną Durajczyk – właścicielami placówki;

⁹ Zob. art. 19 pkt. b) OPCAT.

- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców placówki, w tym: pokoi mieszkańców, sanitariatów, jadalni;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z mieszkańcami i pracownikami;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Ponadto, po jej zakończeniu, przeanalizowano dokumenty oraz notatki związane z funkcjonowaniem placówki.

Niniejszy raport wskazuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt. 5) oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania (pkt. 6).

3. Zakaz represji

Na podstawie art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. personel, mieszkańcy, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informacje 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. Charakterystyka jednostki

Dom Seniora Stokrotka przeznaczony jest dla 16 mieszkańców w podeszłym wieku. W dniu wizytacji w placówce przebywało 16 osób (kobiet i mężczyzn), żadna z nich nie była ubezwłasnowolniona ani też umieszczona na mocy postanowienia sądu.

Podstawą świadczenia usług jest umowa zawierana pomiędzy podmiotem

prowadzącym placówkę a osobą wnoszącą opłatę za usługi (głównie członkowie rodzin) oraz mieszkańcem Domu.

Dom funkcjonuje od 2019 r. Od tego czasu był kontrolowany przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Policach (2021 r. i 2022 r.) oraz Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Wojewody Zachodniopomorskiego (2022 r.). Został oceniony pozytywnie z drobnymi uchybieniami.

Na drzwiach wejściowych do budynku oraz na tablicy informacyjnej przy wejściu, znajdowała się informacja o typie placówki, jej pojemności, numerze zezwolenia Wojewody Zachodniopomorskiego i podmiocie prowadzącym.

W trakcie trwania pandemii Covid – 19 nie odnotowano zgonów ani ciężkich przebiegów choroby wśród mieszkańców. Jak ustaliła delegacja KMPT, trzech mieszkańców przechodziło zakażenie koronawirusem (lekki przebieg). Na czas choroby zostali oni odizolowani od pozostałych osób. Placówka zapewniła także dostęp do szczepień przeciwko Covid – 19. Na miejsce przyjechał lekarz i zaszczepił osoby, które wyraziły świadomą zgodę i chęć na tego typu świadczenie.

Placówka oferuje bardzo dobre warunki bytowe. Budynek, w którym się mieści, jest nowy o charakterze usługowo-mieszkalnym. Pokoje mieszkańców usytuowane są na parterze i na piętrze (głównie 2,3 - osobowe, ale także po jednym 4 i 5 – osobowym). Zarówno pokoje mieszkańców, jak i cały dom jest urządzone estetycznie i przyjaźnie, ale przede wszystkim utrzymany jest w staranności i czystości, co zapobiega powstawaniu np. nieprzyjemnych zapachów. Budynek nie jest wyposażony w monitoring wizyjny.

W Domu prowadzona jest *Ewidencja przypadków stosowania środków przymusu bezpośredniego*, jednakże nie widniały w niej żadne wpisy, ponieważ jak dotychczas pracownicy pogotowia ratunkowego nie stosowali tego typu oddziaływań. Żadnemu mieszkańcowi nie ograniczono samodzielnego opuszczania placówki.

5. Problemy systemowe

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

W czasie wizytacji KMPT w placówce przebywały osoby, które nie były ubezwłasnowolnione, jednak ich stan zdrowia i poziom świadomości nie pozwalał na ważne zawarcie umowy, czy złożenie skutecznego oświadczenia woli. Tymczasem podstawą świadczenia usług jest umowa zawierana pomiędzy podmiotem prowadzącym placówkę a osobą wnoszącą opłatę za usługi (głównie członkowie rodzin) oraz mieszkańcem Domu. Analiza umów wykazała, że tylko w jednym przypadku brakowało podpisu mieszkańca. Mieszkańcy podpisują także klauzulę RODO, jednakże w kilku przypadkach podpis złożony był tylko przez członka rodziny z uwagi na zły stan psychofizyczny samego mieszkańca.

W ocenie KMPT problem dotyczący podpisywania umów przez mieszkańców nieubezwłasnowolnionych ale nie świadomych, ma charakter systemowy, wymagający stworzenia odpowiednich przepisów prawnych, które zapewnią ochronę praw osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji. 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. Rozwiązania te obejmować powinny m.in. przyznanie członkom rodzin takich osób i innym osobom bliskim legitymacji do występowania do sądów w sprawie umieszczenia w placówce. W przypadku osób, które nie są ubezwłasnowolnione powinno się zatem przyjąć model obowiązujący obecnie dla

¹⁰ Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r., poz. 790).

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

osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Analogiczny problem, w odniesieniu do domów pomocy społecznej, dostrzegł Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)¹² podczas wizyty w Polsce w 2009 r. Wskazał wówczas, że wielu mieszkańców umieszczonych „dobrowolnie” w domach pomocy, nie było w stanie wydać ważnej zgody na pobyt oraz nie miało wyznaczonego przez sąd opiekuna. W rezultacie osoby te były *de facto* pozbawione wolności bez możliwości korzystania z gwarancji przewidzianej przez prawo. Komitet zalecił wówczas władzom krajowym podjęcie kroków, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce, nieposiadający opiekuna i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu¹³.

5.2. Niestandardowe formy opieki w DPS

W placówce stosuje się niestandardowe formy opieki nad mieszkańcami, takie jak pasy na rzepy i pasy bezpieczeństwa na wózku oraz łóżka rehabilitacyjne, przeznaczone do bezpiecznego i efektywnego unieruchomienia osoby narażonej na samouszkodzenie, spowodowanego urazem przez nadpobudliwość ruchową. Innymi wskazaniami jest także brak samokontroli i koordynacji ruchowej (w dniu wizytacji jeden z mieszkańców znajdował się na wózku zabezpieczony pasami). Taki sposób zabezpieczenia pozwala na codzienną pionizację tych mieszkańców i tym samym ich uczestniczenie we wspólnych imprezach, wyjściach na świeże powietrze, etc.

¹² European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT).

¹³ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, przeprowadzonej w dniach 26 listopada - 8 grudnia 2009 r., CPT/Inf (2011) 20, par. 166.

Stosowanie powyższego sprzętu zabezpieczającego nie było odnotowywane w dokumentacji. Nie ma też jasnych wytycznych co do tego, kto zleca stosowanie takich metod i na jak długo. Jak ustaliła delegacja KMPT, w wizytowanej placówce osobami zlecającymi były najczęściej opiekunki.

Powyższa sytuacja obrazuje istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki.

Zagadnienie to było przedmiotem oficjalnego wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich i KMPT do Ministra Zdrowia w dniu 13.06.2022 r.¹⁴ z prośbą o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym¹⁵.

W procesie opiekuńczym istnieją bowiem 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. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoli również na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni, czy też nie.

Na potrzebę uregulowania w ustawie stosowanych przez personel opiekuńczy środków zabezpieczenia wskazała również grupa robocza Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opiniująca wprowadzoną przez jeden z

¹⁴ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13.06.2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS.

¹⁵ https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2022-07/Odpowiedz_MZ_niestandardowe_zabezpieczenia_dps_13.07.2022.pdf

zakładów opiekuńczo-leczniczych, procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki¹⁶.

W opinii KMPT zastosowanie wobec mieszkańca zabezpieczeń przed upadkiem może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko związane z taką formą opieki, KMPT rekomenduje:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia przed upadkiem. W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

2. Stosowanie środków zabezpieczających przed upadkiem z wózka ortopedycznego wyłącznie za zgodą lekarza. Lekarz po zbadaniu mieszkańca i indywidualnej ocenie stanu zdrowia i ryzyka powinien odnotować w dokumentacji medycznej mieszkańca potrzebę zastosowania środka, czas i okoliczności jego stosowania, ewentualne przeciwwskazania i inne uwagi, istotne dla zapewnienia właściwej opieki. Potrzeba dalszego stosowania tego środka powinna podlegać regularnemu przeglądowi. Należy też dokumentować wszelkie urazy i obrażenia odniesione przez mieszkańca w trakcie

¹⁶ Opinia Zespołu Ekspertów przy Krajowym Mechanizmie Prewencji Tortur z dnia 29 sierpnia 2019 r. Zob. również raport KMPT z wizytacji Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Warszawie, ul. Mehoffera 72/74, przeprowadzonej w dniach 28-29 marca 2018 r., KMP.573.5.2018.RK, pkt. 4.1. pt. Traktowanie pacjentów.

stosowania tego środka oraz bezpośrednio po jego zakończeniu (np. obtarcia, skaleczenia, upadki, itp.).

3. Wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca przed upadkiem wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Ochrona zdrowia oraz dokumentowanie obrażeń

W placówce nie ma zatrudnionego lekarza ani pielęgniarki. Zgodnie z założeniem właścicieli, do Domu nie są przyjmowane osoby w ciężkich stanach chorobowych. Przed przyjęciem mieszkańcy lub ich rodziny zobowiązani są dostarczyć do placówki zaświadczenie od lekarza prowadzącego o aktualnym stanie zdrowia (chorobach przewlekłych, psychicznych, wymagających specjalnego żywienia, etc.). Według *Regulaminu organizacyjnego Domu Seniora Stokrotka* od dnia przyjęcia pensjonariusza do Domu Seniora obowiązuje 7-dniowy okres rozpoznania stanu psychicznego i fizycznego mieszkańca. Jeśli wcześniej podane informacje o stanie zdrowia mieszkańca okażą się nieprawdziwe lub będzie on osobą agresywną, chorą psychicznie lub z innych powodów wymagającą specjalistycznej opieki, której Dom Seniora zapewnić nie może, możliwe jest rozwiązanie umowy cywilnoprawnej ze skutkiem natychmiastowym. Jak określa *Umowa o świadczenie usług opiekuńczych* to na zleceniodawcy spoczywa obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej nad seniorem przez lekarza rodzinnego. W praktyce to rodziny i najbliżsi mieszkańców umawiają i dowożą ich na wizyty lekarskie oraz rehabilitację (czasami to lekarz lub rehabilitant przyjeżdża do mieszkańca). W sytuacjach nagłego zagrożenia życia i zdrowia wzywane jest pogotowie ratunkowe. W razie potrzeby właściciele placówki organizują także z własnej inicjatywy lekarskie wizyty domowe. Od kwietnia 2022 r. w placówce prowadzona jest *Ewidencja przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki*.

W placówce nie jest praktykowane tzw. badanie każdego mieszkańca przy przyjęciu przez lekarza współpracującego z Domem. Nie dokumentuje się zatem jego ewentualnych obrażeń, z którymi zostaje przyjęty. Nie praktykowane są także z inicjatywy Domu konsultacje psychologiczne w celu rozpoznania stanu mieszkańca w związku z np. obniżonym nastrojem, tendencjami depresyjnymi, myślami samobójczymi, etc.

Delegacja KMPT każdorazowo rekomenduje we wszystkich wizytowanych miejscach, aby pierwsze badanie lekarskie i konsultacja psychologiczna nowoprzyjętego mieszkańca odbywały się niezwłocznie po przyjęciu (najlepiej w ciągu 24 godzin od przyjęcia). Ważne jest w tym miejscu prawidłowe udokumentowanie wszystkich jego chorób, dolegliwości i obrażeń, a także ocena kondycji psychicznej.

Warto zaznaczyć, że mieszkańcy pochodzą z różnych środowisk i mogli doświadczać przemocy (w tym psychicznej) poza placówką, np. w domu rodzinnym, szpitalu lub w czasie kontaktu z Policją. Tym bardziej kluczowym elementem przy przyjęciu do placówki oraz w trakcie codziennej opieki jest diagnozowanie oznak przemocy i jej odpowiednie dokumentowanie.

KMPT zachęca także, aby do dokumentacji medycznej mieszkańców dołączać tzw. mapy ciała (są one dostępne m.in. w Protokole Stambulskim¹⁷ – podstawowym dokumencie z zakresu sposobów identyfikacji i dokumentowania obrażeń, oznak przemocy, w tym tortur i innych form okrutnego traktowania). Dzięki temu w łatwy sposób można oznaczyć np. odleżyny, czy ślady mogące świadczyć o stosowaniu przemocy. To niezwykle ważne, szczególnie w przypadku pierwszego badania przy przyjęciu do placówki, a także przed jej opuszczeniem, lub po powrocie z dłuższej nieobecności np. z hospitalizacji. Prawidłowa dokumentacja tego typu obrażeń

¹⁷ Zob. Protokół stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania; Biuro Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka; Professional Training Series No. 8/Rev.1.; Nowy Jork i Genewa 2004. Zaktualizowana wersja: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>.

pozwoiłaby jednoznacznie wskazać, w której placówce doprowadzono do powstania odleżyn.

Delegacja KMPT zwróciła uwagę, że placówka nie współpracuje z żadnym geriatrą, co w dużej mierze wynika z braku specjalistów w obszarze geriatry. Mając jednak na uwadze zaawansowany wiek większości pacjentów oraz ich wielochorobowość, KMPT zachęca do podjęcia działań w zakresie pozyskania specjalisty z tego zakresu, a w przypadku jego braku upowszechniania szkoleń z zakresu postępowania z pacjentem geriatrycznym wśród personelu.

W ocenie KMPT warto rozważyć także nawiązanie stałej współpracy z psychologiem. Ma on do odegrania w placówkach opiekuńczych szczególną rolę. Może pomóc nowo przyjmowanym mieszkańcom w adaptacji w nowym miejscu i pokonaniu towarzyszących im trudności i obaw. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką mieszkańców trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość mieszkańca, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i osobami najbliższymi. W trudnych sytuacjach życiowych, czy w okresach obniżonego nastroju podjęcie odpowiednio wczesnej interwencji psychologicznej nie tylko wpływa na komfort mieszkańców, ale również pełni funkcję profilaktyczną redukując ryzyko pogłębienia się trudności doświadczanych przez pensjonariuszy i zapobiegając pogorszeniu się stanu ich zdrowia.

6.2. Szkolenia personelu

W placówce zatrudnionych jest 6 osób na stanowisku opiekun/opiekunka oraz 1 osoba na stanowisku kucharza. Praca tych osób jest codziennie wspierana przez właścicieli placówki. Wizytujący nie otrzymali sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców przez personel. Przeciwnie, opinie na temat pracowników były bardzo dobre. W czasie swojego pobytu przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na

empatię i profesjonalizm pracowników. Mieszkańcy byli też zadbani pod względem higienicznym.

Jak ustaliła delegacja KMPT pracownicy są odpowiednio przygotowani i mogą wykonywać swoją pracę, mimo tego konieczne jest wsparcie merytoryczne personelu. Pracownicy placówki brali udział w nielicznych szkoleniach.

W opinii KMPT w celu wzmocnienia kompetencji pracowników i tym samym ochrony przebywających w niej mieszkańców przed niewłaściwym traktowaniem zalecanym byłoby zorganizowanie szkoleń z zakresu sprawowania opieki nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi fizycznie lub intelektualnie, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Z uwagi na profil domu za uzasadnione należy uznać zalecenie dotyczące realizacji systematycznych szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Wskazanim byłoby objęcie wymienionymi szkoleniami jak największej liczby osób zatrudnionych w placówce.

Zgodnie z Rekomendacją CM/Rec (2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich, przyjętą w dniu 19 lutego 2014 r., w sprawie promocji praw osób starszych opiekunowie osób starszych powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług. W przypadkach, gdy opieka sprawowana jest przez opiekunów nieformalnych w domach osób starszych, to tacy opiekunowie powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie i wsparcie, tak aby umożliwić im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy (art. 34).

6.3. Warunki bytowe

Placówka usytuowana jest w dwukondygnacyjnym budynku, wyposażonym w windę. Pozbawiona jest barier architektonicznych i dostosowana jest do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową. Warunki bytowe zapewnione mieszkańcom zostały ocenione przez przedstawicieli KMPT jako bardzo dobre.

Mimo tego należy zwrócić uwagę, że w dniu wizytacji jeden z pokoi mieszkańców był 5 – osobowy. Tymczasem art. 68 ust. 4 pkt 3 oraz ust. 4a ustawy z dnia 12 marca 2004 o *pomocy społecznej* (Dz. U. 2021 poz. 2268, ze zm.) wskazuje, że pokoje mieszkańców powinny być nie większe niż 3-osobowe. Jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące może być on czteroosobowy. KMPT zaleca zmniejszenie pojemności pokoju 5-osobowego.

Ponadto, wizytujący w trakcie oglądu placówki zwrócili uwagę na brak w pokojach mieszkańców sygnalizacji przyzywowej, umożliwiającej wezwanie personelu, co może utrudniać sprawowanie właściwego nadzoru nad mieszkańcami (szczególnie w porze nocnej, przy mniejszej obsadzie personelu). Właściciele placówki okazali delegacji KMPT przenośne sygnalizatory, w dniu wizytacji były one jednak zdeponowane w szafach. KMPT zaleca udostępnienie tego typu urządzeń mieszkańcom tak, aby mogli wezwać pracownika, zawsze gdy będą potrzebować jego pomocy.

6.4. Mechanizm skargowy

Możliwość złożenia skargi została wskazana w Regulaminie organizacyjnym Domu. Jednak jak dotychczas właściciele placówki nie odebrali żadnych skarg i sygnałów dotyczących niewłaściwego traktowania mieszkańców.

W celu ulepszenia pensjonariuszom dostępu do zewnętrznych mechanizmów skargowych KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych domu opieki 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 mogliby się zwrócić w przypadku naruszenia praw pensjonariusza. Takimi instytucjami mogą być przykładowo: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676), Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Polityki Społecznej Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka). Warto podkreślić, że realizacja powyższego zalecenia nie pociąga za sobą dużych nakładów finansowych,

co w odniesieniu do jego znaczenia i skuteczności, przemawia za jego wprowadzeniem.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca właścicielom Placówki Całodobowej Opieki Dom Seniora Stokrotka w Stobnie:

- 7.1. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia przed upadkiem, stosownie do uwag wskazanych w pkt. 5.2. raportu;
- 7.2. stosowanie wobec mieszkańców zabezpieczeń przed upadkiem wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w pkt. 5.2. raportu;
- 7.3. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców przed upadkiem wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami;
- 7.4. przeprowadzenie pierwszego badania lekarskiego i konsultacji psychologicznej nowoprzyjętego mieszkańca niezwłocznie po przyjęciu;
- 7.5. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczenia obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca;
- 7.6. podjęcie działań w zakresie pozyskania specjalisty z zakresu geriatrici, a w przypadku jego braku upowszechniania szkoleń z zakresu postępowania z pacjentem geriatrycznym wśród personelu;
- 7.7. nawiązanie stałej współpracy z psychologiem;
- 7.8. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń;
- 7.9. zmniejszenie pojemności pokoju 5-osobowego

- 7.10. udostępnienie sygnalizacji przyzywowej mieszkańcom tak, aby w mogli wezwać pracownika, zawsze gdy będą potrzebować jego pomocy;
- 7.11. wyeksponowanie danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka, w tym instytucji sprawujących nadzór i kontrolę nad placówką;

Opracowała: dr Justyna Józwiak

Za Zespół podpisuje:

Przemysław Kazimirski
Dyrektor Zespołu
/-podpisano elektronicznie/