



Warszawa, 17-01-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.573.23.2022.JZ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji placówki
całodobowej opieki – Dom Opieki w Kaleniu**

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 przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia

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, ze zm.).

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 innej⁴”.

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, jak i 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, 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 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

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 and Geneva 2018, s. 4-6.

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

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 już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkańcy, personel, osoby odwiedzające) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

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

3. Uwagi wstępne na temat wizytacji

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 3 listopada 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację placówki całodobowej opieki pod nazwą Dom Opieki przy ul. Mszczonowskiej 38 w Kaleniu (dalej: PCO, placówka, Dom). W skład zespołu wizytującego wchodziły: dr Justyna Jóźwiak (socjolożka) oraz Justyna Zarecka (politolożka, specjalistka 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, udzielonych przez właścicielkę Domu Magdalenę Buczyńską;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym m.in. pokoi, sanitariatów, pokoju dziennego i ich wyposażenia;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z mieszkańcami i personelem placówki;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Po jej zakończeniu przeanalizowano pozostałe dokumenty związane z funkcjonowaniem placówki.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu mieszkańców w PCO, traktowanie pensjonariuszy przez personel placówki, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, terapia i usługi opiekuńcze, kwalifikacje personelu oraz dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W niniejszym raporcie uwzględniono obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Scharakteryzowane zostały również problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania. Opisano również mocne strony i dobre praktyki, które wykraczają ponad standard spotykany w tego typu placówkach.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Dom Opieki przy ul. Mszczonowskiej 38 w Kaleniu działa od 2020 r. W placówce świadczona jest całodobowa opieka wobec osób z niepełnosprawnościami, przewlekle chorych lub w podeszłym wieku. PCO funkcjonuje na podstawie zezwolenia wydanego przez Wojewodę Mazowieckiego decyzją nr 3/2020 z dnia 20 stycznia 2020 r. sygn. WPS-II.9423.2.1.2020 na czas nieokreślony.

Zgodnie z wpisem w rejestrze wojewody placówka posiada 10 miejsc. W trakcie wizytacji przebywało w niej 10 mieszkańców (żaden nie był ubezwłasnowolniony). Dodatkowo dwie osoby korzystały z usług placówki w ramach dziennego pobytu.

Placówka mieści się w budynku dwukondygnacyjnym otoczonym ogrodem. Przedstawicielki KMPT oceniły warunki bytowe w placówce jako bardzo dobre.

Zarówno w sypialniach mieszkańców, jak i w częściach wspólnych było bardzo czysto. Budynek jest w pełni dostosowany do potrzeb osób z utrudnioną mobilnością.

W placówce dwa razy w tygodniu odbywa się rehabilitacja wszystkich mieszkańców, w tym rehabilitacja przyłóżkowa dla osób leżących. Prowadzona jest także terapia zajęciowa mająca na celu usprawnienie funkcji poznawczych pensjonariuszy, w jej ramach odbywa się m.in. muzykoterapia.

5. Mocne strony i dobre praktyki

W placówce niezwykle dużą wagę przywiązuje się do prowadzenia dokumentacji i wdrażania procedur usprawniających pracę opiekunów. W bardzo szczegółowy sposób opisane zostały kwestie dotyczące zapewnienia wysokich standardów sanitarno-higienicznych. Skupiono się również na wdrożeniu procedur dotyczących bezpośrednich relacji z mieszkańcami, w tym celu stworzono m.in.: procedurę w sprawie przyjęcia mieszkańca do domu opieki; procedurę postępowania z mieszkańcem niedostosującym się do regulaminu; procedurę w sprawie udzielania przepustek, odwiedzin oraz przyjęcia do domu po leczeniu szpitalnym; procedurę postępowania w zakresie usług medycznych i rehabilitacji; procedurę postępowania w przypadku nagłych zachorowań mieszkańców; procedurę postępowania w przypadku zgonu pacjenta.

Stworzenie tego typu procedur jest w ocenie KMPT niezwykle cenne, szczególnie że obecnie obowiązujące przepisy prawa nie nakładają na właścicieli PCO takiego obowiązku. W tym kontekście warto podkreślić, że poprawnie stworzone i wdrażane procedury pozwalają na ujednoczenie praktyki personelu w rozmaitych obszarach, zwłaszcza w sytuacjach, gdy musi on działać w stresie i chwilach pobudzenia mieszkańca. Dzięki temu minimalizowane jest ryzyko błędów i złego (w tym niezamierzonego) traktowania mieszkańców.

W placówce wdrożono także instrukcję zapobiegania i leczenia odleżyn, która zawierała schematy ludzkiego ciała umożliwiające dokładniejsze opisanie powstałych na skórze zmian, co KMPT uważa za bardzo dobrą praktykę.

6. Problemy systemowe

6.1. Legalność pobytu w placówce osób, które nie są ubezwłasnowolnione, 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 w PCO jest umowa o sprawowanie opieki i pobyt w Domu Opieki, zawierana pomiędzy placówką reprezentowaną przez właścicielkę a mieszkańcem reprezentowanym przez opiekuna faktycznego lub prawnego. W analizowanych dokumentach podpisy pod umowami złożyli jedynie opiekunowie faktyczni. Przed przyjęciem do placówki wypełniania jest także Karta zgłoszenia, w której ujęte jest m.in. zobowiązanie do przestrzegania postanowień regulaminu placówki. W dokumencie tym znajduje się miejsce na podpis kandydata lub opiekuna. W przypadku złożenia podpisu przez opiekuna należy wskazać, dlaczego nie mógł tego uczynić sam kandydat na mieszkańca PCO. W analizowanych dokumentach podpisy były składane jedynie przez opiekunów, w niektórych przypadkach wskazywano, że wynikało to ze stanu zdrowia mieszkańca.

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

KMPT podkreśla, że osoby działające w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowane 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). To zaś 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.

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 to osoby obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 roku wystosował w powyższej 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 (dalej: CPT) zwrócił uwagę na tę kwestię w swoim raporcie z wizyty w Polsce w 2009 r. Jak zauważył CPT, należy podjąć kroki, aby mieszkańcy niezdolni do

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

¹¹ Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r., poz. 2123).

¹² Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25.01.2022 r., KMP.573.1.2022.KK.

¹³ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25.02.2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce, nieposiadający opiekuna (rozumianego jako opiekuna prawnego) i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu¹⁴.

6.2. Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń przed upadkiem

W trakcie wizytacji nie było osób, które wymagałyby wsparcia przy pomocy niestandardowych form zabezpieczeń, jednak na wyposażeniu placówki znajdowały się m.in. pasy zabezpieczające, mocowane do wózka, które miały zapobiegać osunięciu się mieszkańca. Były to odpowiednio dostosowane pasy, zakupione w sklepie ze sprzętem rehabilitacyjnym. Jak podkreślała właścicielka, zakup tego rodzaju sprzętu dokonywany jest po konsultacji z rehabilitantką współpracującą z placówką. W ocenie KMPT jest to dobre rozwiązanie, należy jednak wskazać, że 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.

W procesie opiekuńczym istnieją 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 RP 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.

Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹⁵, w którym Rzecznik zwrócił się z prośbą o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. W odpowiedzi skierowanej do RPO wskazano, iż problem ten będzie przedmiotem konsultacji międzyresortowych w celu ustalenia, czy postulowane rozwiązania są możliwe do wdrożenia¹⁶. 30 listopada 2022 r. RPO ponownie zwrócił się w tej sprawie

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

¹⁵ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS, sygn. KMP.573.9.2022.

¹⁶ Zob. Pismo z dnia 13 lipca 2022 r., DSZ.054.79.2022.JP.

do Ministra Zdrowia¹⁷, prosząc o przedstawienie stanowiska w sprawie kształtu nowych rozwiązań prawnych oraz ich umiejscowienia w systemie prawnym.

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 zakładów opiekuńczo-leczniczych procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki¹⁸.

W opinii KMPT zastosowanie wobec mieszkańca specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko związane z taką formą opieki, KMPT rekomenduje:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej należałoby uwzględnić szeroki katalog okoliczności indywidualnych, które uzasadniałyby nietypowy sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi takiego wsparcia, 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 ujednoczyć 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 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

¹⁷ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS, sygn. KMP.573.9.2022.

¹⁸ 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.

powinna podlegać regularnemu przeglądowi. Należy też dokumentować wszelkie urazy i obrażenia odniesione przez mieszkańca w trakcie stosowania tego środka oraz bezpośrednio po jego zakończeniu (np. obtarcia, skaleczenia, upadki itp.).

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

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

7. Obszary wymagające poprawy

7.1. Dokumentowanie obrażeń i opieka medyczna

Jeśli mieszkaniec przyjmowany jest bezpośrednio ze szpitala, wówczas głównym źródłem informacji o jego stanie zdrowia i przyjmowanych lekach jest wypis ze szpitala. W przypadku przyjęć z domu rodzinnego wraz ze wspomnianą już w niniejszym raporcie kartą zgłoszenia, rodzina dostarcza też wypełnione przez lekarza rodzinnego zaświadczenie o stanie zdrowia mieszkańca, gdzie wskazane są m.in.: rozpoznanie choroby zasadniczej, uszkodzenia narządów, choroby współistniejące, alergie, przyjmowane na stałe leki i ich dawkowanie, ocena stopnia samodzielności, ewentualne potrzeby dotyczące zapewnienia sprzętu ortopedycznego, ocena stanu psychicznego, jak i opis ewentualnych odleżyn.

Po przyjęciu do placówki mieszkańcy co do zasady korzystają z usług jednego lekarza. Jest on obecny w placówce raz w miesiącu oraz w razie doraźnych potrzeb. Raz w roku mieszkańcy są konsultowani przez lekarza psychiatrę. Na co dzień mieszkańcy mają zapewnioną opiekę pielęgniarską realizowaną przez właścicielkę placówki, jak i pielęgniarza, będącego też ratownikiem medycznym.

Pomimo posiadanych informacji o stanie zdrowia mieszkańca, wynikających ze wspomnianego zaświadczenia lekarskiego, po przyjęciu do placówki pielęgniarka dokonuje oglądu całego ciała mieszkańca i ewentualne odleżyny opisuje zgodnie z przyjętym w placówce standardem zapobiegania i leczenia odleżyn. Procedura ta zakłada m.in. oznaczanie zmian skórnych na schematach ciała. W ocenie KMPT warto jednak, aby poza odleżynami precyzyjnie oznaczać także innego rodzaju obrażenia lub blizny ujawnione na ciele mieszkańca (np. zasinienia, krwiaki, rozcięcia itp.).

W tym celu warto wykorzystać schematy ciała i wskazówki dotyczące skutecznego dokumentowania obrażeń zawarte w przygotowanym przez ekspertów ONZ Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: Protokół stambulski)¹⁹. Zawiera on praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów, w zakresie metod tortur i złego traktowania, ich objawów, sposobów identyfikacji, realizacji badania medycznego i dokumentowania śladów przemocy. Dzięki wykorzystaniu dostępnych w nim narzędzi w łatwy sposób można też 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.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)²⁰, Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)²¹, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur²² i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)²³.

KMPT zaleca stosowanie wskazanych w Protokole stambulskim map ciała i dołączanie ich do indywidualnej dokumentacji medycznej mieszkańców.

¹⁹ Dokument w języku polskim jest dostępny pod adresem: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/protokol_stambulski_fin.pdf. W lipcu 2022 r. Protokół stambulski został zaktualizowany. Najnowsza wersja w języku angielskim jest dostępna pod adresem: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>.

²⁰ Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

²¹ 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.

²² 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).

²³ 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.

W przypadku poważniejszych obrażeń do dokumentacji powinno dołączać się również ich zdjęcia²⁴, wykonane za zgodą mieszkańców.

W kontekście zapewnienia prawidłowej opieki medycznej warto wskazać, że choć w trakcie wizytacji nie było mieszkańców, którzy wymagaliby podawania leków w postaci rozkruszonej, to jednak w dyżurce pielęgniarskiej znajdował się przeznaczony do tego moździerz. Jednocześnie nie określono zasad korzystania z niego, w szczególności tego, do kogo należy decyzja o ewentualnym rozdrobnieniu leku ani czy ma być ona konsultowana z lekarzem.

KMPT pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego²⁵, 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. Podanie leku w formie rozkruszonej powinno być traktowane jako ostateczność i decyzję w tym zakresie powinien podejmować lekarz ordynujący lek.

KMPT zaleca wprowadzenie zasad, w jakich sytuacjach leki mają być rozkruszone, a fakt zlecenia takiej formy podawania leków przez lekarza powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny, oraz wpisany w zleceniu lekarskim.

7.2. Kontakt ze światem zewnętrznym

W czasie wizytacji, ze względu na swój stan zdrowia, żaden z mieszkańców nie miał możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki, pensjonariusze korzystali jedynie z terenu ogrodu. Mieszkańcy mogli opuszczać dom opieki w asyście członków rodziny, zdarzało się również, że w placówce organizowane były wspólne wyjazdy mieszkańców poza placówkę, np. na grilla.

²⁴ Zob. również standardy CPT przedstawione w Dwudziestym Trzecim Raporcie Generalnym, CPT/Inf (2013) 29, par. 74 oraz Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 27, 80.

²⁵ 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 [w:] <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkanow-domow-pomocy-spoecznej>, s. 109-111.

Już w trakcie podsumowania przedstawicielki KMPT przypomniały właścicielce placówki, że wszelkie ograniczenia w możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez pensjonariuszy powinny być wprowadzane jedynie na podstawie i w granicach obowiązującego prawa. Kwestie te szczegółowo reguluje art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej²⁶. W przepisach tych określono zasady ewentualnego ograniczania samodzielných wyjść przez mieszkańców PCO. Wynika z nich m.in., że gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca PCO może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez mieszkańca terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.

W przepisach wskazano również, że tego rodzaju ograniczenie powinno zostać sporządzone w formie pisemnej i powinno zawierać:

- wskazanie osoby, której to ograniczenie dotyczy;
- okresu, na jaki jest wydane;
- uzasadnienie ograniczenia;
- pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego.

Ponadto ograniczenie doręcza się mieszkańcowi, a gdy jest on osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie, również jego przedstawicielowi ustawowemu. Doręczając ograniczenie, osoba kierująca PCO poucza mieszkańca o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia. Dodatkowo informację o ograniczeniu osoba kierująca placówką przesyła do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka, w terminie 3 dni od dnia doręczenia ograniczenia mieszkańcowi.

W trakcie wizytacji w dokumentacji pensjonariuszy nie było wspomnianych zaświadczeń lekarskich ani decyzji wydanych w tym zakresie przez osobę kierującą placówką. Kilka dni po zakończeniu wizytacji, wraz z uzupełniającą dokumentacją przesłaną do analizy w Biurze RPO, właścicielka placówki załączyła również przygotowany wzór tego rodzaju decyzji. Wskazano w nim: „Na podstawie oświadczenia z dn [...] wydanego przez lekarza POZ wydaję decyzję o zakazie samowolnego opuszczania placówki. Na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej i przeprowadzonym badaniu stanu zdrowia psychiczno – fizykalnego

²⁶ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268).

pacjent [...] nie powinien sam opuszczać miejsca przebywania całodobowego. Wszelkie wyjścia poza placówkę powinny się odbywać z osobą trzecią.”

KMPT zaleca uzupełnienie wskazanego wzoru o informację, na jaki okres ograniczenie zostało wydane, oraz o pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego. Jednocześnie KMPT zwraca się o informację, czy tego rodzaju decyzje zostały wydane wobec wszystkich aktualnie zamieszkujących placówkę pensjonariuszy i kiedy zostały one przesłane do właściwego sądu opiekuńczego.

7.3. Dokumentacja

W kilku przypadkach, w dokumentacji indywidualnej mieszkańców znajdowały się ich dowody osobiste, nie było jednak żadnych oświadczeń wskazujących, że dobrowolnie przekazali swoje dokumenty do przechowania. Tymczasem w myśl art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych²⁷, kto zatrzymuje bez podstawy prawnej cudzy dowód osobisty, podlega karze ograniczenia wolności albo karze grzywny. Zgodnie jednak z wykładnią dokonaną przez Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 9 grudnia 2010 roku o sygnaturze II Aka 397/10, „znamiona wykroczenia (...) polegającego na zatrzymaniu cudzego dowodu osobistego nie są wypełnione, jeżeli wejście w posiadanie dowodu nastąpiło za akceptacją i przyzwoleniem osoby uprawnionej”.

Kwestia ta została omówiona m.in. podczas podsumowania, w związku z czym kilka dnia po zakończeniu wizytacji, wraz z pozostałą dokumentacją niezbędną do analizy w biurze RPO, właścicielka placówki przesłała wzór oświadczenia, w którym mieszkaniec wskazuje, że dobrowolnie przekazuje swój dowód osobisty do depozytu placówki.

W związku z powyższym KMPT przypomina o konieczności każdorazowego odbieranie stosowanego oświadczenia od mieszkańca lub opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej i zwraca się o informację, w ilu przypadkach (od chwili wprowadzenia wzoru oświadczeń) mieszkańcy wyrazili zgodę na przechowywanie przez placówkę ich dowodów osobistych.

²⁷ Dz.U. z 2022 r., poz. 671.

7.4. Mechanizm skargowy

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.

W celu polepszenia 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 mieszkańiec 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).

7.5. Opieka psychologiczna

Wizytując placówki całodobowej opieki i domy pomocy społecznej, KMPT każdorazowo podkreśla, że wsparcie psychologiczne jest niezwykle istotne zwłaszcza w początkowym okresie pobytu w placówce, gdy dochodzi do całkowitej zmiany otoczenia. Wówczas u osoby w podeszłym wieku może pojawić się poczucie zagubienia, skłonność do stanów depresyjnych, zamykanie się w sobie lub niechęć do nawiązywania kontaktów. Osoba taka może doświadczać wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z pensjonariuszem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia.

Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką pensjonariuszy trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość pensjonariusza, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i najbliższymi mieszkańców. W sytuacjach odmowy współpracy ze strony pensjonariusza psycholog mógłby natomiast formułować

zalecenia odnośnie do sposobu postępowania pozostałego personelu z danym mieszkańcem.

Podkreślenia wymaga również, iż osoby w podeszłym wieku coraz częściej konfrontują się z kwestią schyłku życia, dokonują podsumowania swojego życia. W takich sytuacjach może pojawić się lęk przed śmiercią, samotnością, doświadczenie opuszczenia przez najbliższych. Problem ten dotyczy również osób przewlekle somatycznie chorych.

Na kwestię zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej osobom przebywającym m. in. w placówkach opiekuńczych zwracał uwagę także SPT, wskazując, że regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania²⁸.

Jak wynikało z informacji pisemnych przekazanych przez właścicielkę, osoba zajmująca się terapią zajęciową posiadała wykształcenie psychologiczne, jednakże zawarta z nią umowa o dzieło dotyczyła jedynie tworzenia zajęć okolicznościowych dla pensjonariuszy.

W związku z powyższym KMPT zaleca rozbudowanie oferty i podjęcie wobec mieszkańców także stałych oddziaływań o charakterze psychologicznym.

7.6. Pracownicy

Jak wynikało z informacji przekazanych przez właścicielkę, w placówce na podstawie różnych form zatrudnienia usługi opiekuńcze wobec mieszkańców świadczyły: dwie opiekunki medyczne, trzy opiekunki osób starszych mające staż pracy od 2 do 12 lat. Opiekę pielęgniarską zapewniała właścicielka oraz pielęgniarz. Dodatkowo placówka współpracowała z rehabilitantką, osobą prowadzącą terapię zajęciową i lekarzem.

Jak wskazywała prowadząca Dom, każdy nowy pracownik przy przyjęciu do pracy był szczegółowo zapoznawany ze wszystkimi procedurami obowiązującym w placówce. Ponadto, jak wynikało z przekazanych informacji, personel stanowiły osoby, które miały już doświadczenie pracy w innych placówkach opieki bądź też podmiotach leczniczych.

²⁸ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 32.

Mimo to w opinii KMPT pożądane byłoby przeprowadzanie regularnych szkoleń dla personelu wizytowanej placówki. W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że doskonalenie zawodowe jest jednym z mechanizmów zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Jest to szczególnie istotne w przypadku instytucji opiekuńczych, gdzie z uwagi na stan zdrowotny mieszkańców mogą występować sytuacje trudne, w tym agresja werbalna i fizyczna. Wymaga to od pracowników wysokiego poziomu merytorycznego i profesjonalizmu, skutecznego radzenia sobie z trudnymi zachowaniami (z poszanowaniem godności i praw człowieka), ale też mechanizmów obronnych przed obciążeniem psychicznym i wypaleniem zawodowym.

W tym kontekście warto zauważyć, że zdaniem CPT 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 opieki²⁹.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy³⁰.

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

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi profesjonalnej 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 certyfikowanego, zewnętrznego eksperta.

²⁹ 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.

³⁰ 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.

8. Zalecenia

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

I. Właścicielce Placówki Całodobowej Opieki – Dom Opieki w Kaleniu:

1. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia przed upadkiem i jej realizowanie stosownie do uwag wskazanych w raporcie;
2. 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;
3. wprowadzenie zasad, w jakich sytuacjach leki mają być rozkruszone, a fakt zlecenia takiej formy podawania leków przez lekarza powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny oraz wpisany w zlecenia lekarskie;
4. zapewnienie, aby w przypadku konieczności ograniczenia mieszkańcowi samodzielnego opuszczania terenu placówki, dokonywało się to jedynie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności: uzupełnienie wzoru decyzji o zakazie samodzielnego opuszczania placówki przez mieszkańca o informację, na jaki okres ograniczenie zostało wydane, oraz o pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego;
5. każdorazowe odbieranie od mieszkańca lub opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionego zgody na przechowywanie dowodu osobistego;
6. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych danych teleadresowych instytucji, do których mieszkańiec lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca, np. numeru bezpłatnej infolinii Rzecznika Praw Obywatelskich (800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta, Wydziału Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka);

7. podjęcie wobec mieszkańców stałych oddziaływań o charakterze psychologicznym;
8. zorganizowanie szkoleń z zakresu sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami otępiennymi, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.
9. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta.

Ponadto, na podstawie art. 20 OPCAT, KMPT zwraca się o informację, czy decyzje o zakazie samodzielnego opuszczania terenu placówki zostały wydane wobec wszystkich aktualnie zamieszkujących Dom Opieki pensjonariuszy i kiedy zostały one przesłane do właściwego sądu opiekuńczego. KMPT zwraca się również o poinformowanie, w ilu przypadkach mieszkańcy wyrazili zgodę na przechowywanie przez placówkę ich dowodów osobistych.

Opracowała: Justyna Zarecka

Za Zespół:

Z poważaniem

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/