



Warszawa, 31-07-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.573.8.2021.AO

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
placówki całodobowej opieki – Willa Chopina w Toruniu**

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.

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. 2023 poz. 1058).

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 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 urzędzeń, 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.

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.

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 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 dniach 4-6 kwietnia 2023 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację placówki całodobowej opieki Willa Chopina w Toruniu, ul. Fryderyka Chopina 20 (dalej: PCO, placówka, Dom).

W skład zespołu wizytującego wchodziło: Klaudia Kamińska, Rafał Kulas (prawnicy) oraz Aleksandra Osińska (psycholożka).

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 przedstawienie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu osób pozbawionych wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W ramach wizytacji dokonano następujących czynności:

- wysłuchano informacji o funkcjonowaniu placówki, udzielonych przez właścicielkę Domu Danutę Grotkowską (w rozmowie uczestniczył także Marcin Chowaniec – radca prawny);

- dokonano oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym m.in. pokoi, sanitariatów, pokoju dziennego i ich wyposażenia;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z mieszkańcami i personelem placówki;
- dokonano analizy udostępnionej na miejscu dokumentacji;
- wykonano dokumentację fotograficzną.

Po zakończeniu wizytacji dokonano analizy informacji przekazanych przez placówkę.

Należy jednak wskazać, iż w trakcie wizytacji doszło do utrudnień w wykonywaniu mandatu KMPT. Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu po przybyciu do placówki oczekiwali ok. 40 minut na przyjazd właścicielki – do tego czasu nie mogli rozpocząć czynności, gdyż właścicielka nie wyraziła zgody na rozpoczęcie wizytacji podczas jej nieobecności.

W trakcie wizytacji pracownikom KMPT nie przekazano listy mieszkańców z pełnymi danymi osobowymi (dostarczono jedynie listę zawierającą imię i pierwszą literę nazwiska).

Ponadto każdorazowo podczas wizytacji placówek opiekuńczych (placówki całodobowej opieki, domy pomocy społecznej) przedstawiciele Krajowego Mechanizmu zapoznają się z umowami cywilnoprawnymi, które są zawierane z mieszkańcami tych placówek (bądź z ich opiekunami prawnymi/faktycznymi/przedstawicielami).

Taka praktyka służy ocenie legalności pobytu mieszkańca w konkretnej placówce. **W trakcie wizytacji umowy te nie zostały jednak udostępnione przedstawicielom KMPT. Właścicielka Domu, uzasadniając swoją decyzję, powoływała się na fakt, iż rodziny mieszkańców nie zgadzały się, aby dostęp do danych wrażliwych widniejących na umowach uzyskały jakiegokolwiek osoby trzecie. Właścicielka nie przyjmowała argumentu, iż pracownicy Krajowego Mechanizmu jako przedstawiciele Biura Rzecznika Praw Obywatelskich posiadają uprawnienia wynikające z ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich do tego, aby przetwarzać wszelkie dane wrażliwe (także medyczne), jednocześnie mając obowiązek zachowania poufności tych danych i przetwarzania ich w bezpieczny sposób¹⁰.**

¹⁰ Zob. art. 17c pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich i art. 20 pkt b OPCAT.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu mieszkańców w PCO (która w tej placówce nie mogła zostać zweryfikowana), 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 oraz dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W niniejszym raporcie uwzględniono jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMPT wymagają ulepszeń, istotnych z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania (pkt 6 raportu), oraz problemy systemowe, wymagające zmiany prawa lub praktyki jego stosowania (pkt 5 raportu).

4. Ogólna charakterystyka placówki

Wizytowana PCO funkcjonuje na podstawie zezwolenia wydanego przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego na mocy decyzji nr 23/2019 z dnia 23 grudnia 2019 r. Dom zapewnia całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Przeznaczona jest dla 26 pensjonariuszy, którzy rozmieszczeni są w pokojach dwu- i trzyosobowych.

W czasie wizytacji w placówce przebywało 25 mieszkańców (18 kobiet i 7 mężczyzn). Jak wynikało z informacji przekazanych przez właścicielkę, w placówce nie przebywały osoby ubezwłasnowolnione ani umieszczone na podstawie postanowienia sądu.

5. Problemy systemowe

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

Z informacji uzyskanych od właścicielki Domu wynika, iż umowę podpisują zawsze trzy osoby – właściciel placówki, opiekun faktyczny oraz mieszkaniec. Informacje te nie mogły jednak zostać zweryfikowane przez przedstawicieli KMPT z powodu odmowy okazania wizytującym takich umów¹¹.

¹¹ KMPT ma dostęp do wszystkich informacji i dokumentów dotyczących traktowania osób pozbawionych wolności i warunków ich przetrzymywania, w tym dokumentacji medycznej, a także do dokumentowania fotograficznego tychże dokumentów, w celu późniejszego ich przetwarzania – art. 20 pkt. b OPCAT, art. 17c w zw. z art. 1 ust. 4 ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

W przypadku osób, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem, należy umożliwić im złożenie tuszowego odcisku palca¹².

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż w czasie wizytacji KMPT w placówce przebywało kilka osób, które nie były ubezwłasnowolnione, jednak ich stan zdrowia i poziom świadomości nie pozwalał na ważne zawarcie umowy czy złożenie skutecznego oświadczenia woli. 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 podmioty 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.

¹² Zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2022 r., poz. 1360): „Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać”.

Taka sytuacja pozwala na podejmowanie przez jedną osobę arbitralnych decyzji w stosunku do drugiej osoby – słabszej i uzależnionej od pomocy innych. Tymczasem 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.

Pożądanym 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 dentystry¹³ czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym¹⁴. 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 r. wystosował w powyższej kwestii wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹⁵. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości¹⁶. 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 wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce, nieposiadający opiekuna (rozumianego jako opiekuna prawnego) i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu¹⁷.

¹³ Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2022 r., poz. 1731, ze zm.).

¹⁴ Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r., poz. 2123).

¹⁵ Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.KK.

¹⁶ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

¹⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

5.2. Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń

Z rozmów przeprowadzonych w personelem wynika, iż trzy osoby mają zakładane w niektórych sytuacjach jednocześnie kombinezony zapinane z tyłu, utrudniające lub uniemożliwiające rozebranie się z nich (tzw. pajace). Ponadto personel stosuje też niekiedy zabezpieczające materiałowe pasy przy wózkach ortopedycznych, które służą zapobiegnięciu osuwania się mieszkańca z wózka. O potrzebie ich stosowania decyduje personel, nie lekarz. Dom nie posiada także żadnej procedury w tym zakresie.

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. Na stosowanie tego typu zabezpieczeń zwracał uwagę CPT¹⁸.

W procesie opiekuńczym istnieją sytuacje, gdy 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.¹⁹, 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 wdrożenia²⁰. 30 listopada 2022 r. RPO ponownie zwrócił się w tej sprawie do Ministra Zdrowia²¹, prosząc o przedstawienie stanowiska w sprawie kształtu nowych rozwiązań prawnych oraz ich umiejscowienia w systemie prawnym.

¹⁸ Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174; Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80-82; Raport CPT z wizyty w Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, § 137; Raport CPT z wizyty na Cyprze, CPT/Inf (2018) 16, § 126; Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

¹⁹ 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.

²⁰ Zob. Pismo z dnia 13 lipca 2022 r., DSZ.054.79.2022.JP.

²¹ 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.

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 opieki²².

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

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

²² 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.

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

5.3. Monitoring wizyjny

Na terenie placówki zainstalowano monitoring wizyjny. Kamery znajdowały się w częściach wspólnych, nie było go w pokojach czy toaletach. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że kwestia stosowania monitoringu w placówkach całodobowej opieki od kilku lat jest przedmiotem analizy KMPT.

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

O powyższym problemie systemowym Rzecznik Praw Obywatelskich informował już odpowiednie władze. W 2016 r. RPO wystosował wystąpienie generalne do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań²³. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.²⁴ Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Kontakt ze światem zewnętrznym

W czasie wizytacji, ze względu na swój stan zdrowia, nie wszyscy z mieszkańców mieli możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki. Pensjonariusze mogli opuszczać Dom w asyście członków rodziny lub w ramach wspólnych spacerów pod opieką terapeutki zajęciowej.

²³ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

²⁴ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

W tym miejscu należy wskazać, iż wszelkie ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania terenu PCO przez mieszkańców powinny być wprowadzone jedynie na podstawie i w granicach obowiązującego prawa. Kwestie te szczegółowo reguluje art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej²⁵. 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 na zasadność takiego ograniczenia.

W przepisach podkreślono 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.

Choć w chwili wizytacji nie było osób ubezwłasnowolnionych, to w świetle przywołanych przepisów KMPT przypomina, że procedura ograniczenia możliwości samodzielných wyjść – o ile zachodzą określone w ustawie przesłanki – dotyczy zarówno osób nieubezwłasnowolnionych, jak i ubezwłasnowolnionych, i w tym drugim przypadku wiąże się z koniecznością poinformowania o tym fakcie opiekuna prawnego.

Z przeprowadzonych rozmów, a także z obserwacji poczynionych w trakcie wizytacji, wynika, iż na spacerach z mieszkańcami placówki wychodzi terapeutka zajęciowa. Nie jest w stanie jednak zabierać wszystkich chętnych, aby móc się nimi zaopiekować. W praktyce wygląda to zatem tak, że zabiera jedną osobę na wózek ortopedyczny oraz kilka osób „pod rękę” (taka grupa liczy więc maksymalnie 4-6 osób).

²⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 901).

W związku z powyższym KMPT rekomenduje zatrudnienie nowej bądź oddelegowanie dodatkowej osoby spośród zatrudnionych pracowników, tak by więcej osób mogło brać udział w codziennym spacerze, zwłaszcza że część mieszkańców nie może wychodzić poza teren placówki samodzielnie.

6.2. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń

Placówka zatrudnia pielęgniarkę, która dostępna jest codziennie (także w weekendy), w godzinach 12-14/15 (czasem dłużej, gdy jest taka potrzeba). Dom nie posiada na stałe zatrudnionego lekarza, działa on w ramach NFZ (podobnie jak lekarz psychiatra).

Po przyjęciu do placówki nowego mieszkańca (bądź po powrocie ze szpitala) pielęgniarka dokonuje oglądu ciała takiego pensjonariusza (brak jest obligatoryjnego badania lekarskiego). W przypadku osób nowo przybyłych do PCO, przeprowadzany jest także wywiad medyczny, pensjonariusz jest ponadto kąpany. W przypadku posiadania obrażeń, odleżyn bądź siniaków – fakt ten jest odnotowywany w raporcie pielęgniarskim bądź opiekuńczym (w zależności od tego, kto dostrzeże zmiany na ciele). PCO nie stosuje tzw. map ciała do oznaczania obrażeń. Z przeprowadzonych rozmów wynikało także, iż zdarzały się sytuacje, kiedy po powrocie ze szpitala mieszkaniec miał odleżyny, w takiej sytuacji wykonywane było zdjęcie prywatnym telefonem pracownika i przesyłane właścicielce (nie włączano ich jednak do dokumentacji medycznej). Ponadto, robiąc zdjęcia, nie przykładano żadnego przedmiotu celem udokumentowania wielkości zmiany na ciele, gdyż, jak wynikało z rozmowy z personelem medycznym, „nie chodzi tutaj o wielkość, a o stan odleżyny”.

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 mieszkańców²⁶.

²⁶ 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.

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 traktowania²⁷.

Krajowy Mechanizm zaleca poddawanie wszystkich nowo przybyłych 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. Skupia się również na barierach psychologicznych mogących pojawić się w relacjach z ofiarami oraz kwestiach etycznych (w tym etyce lekarskiej). Dokument ten dostępny jest w polskiej wersji językowej i odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur²⁸. Stanowi więc istotny element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał personelu.

Krajowy Mechanizm zaleca również stosowanie tzw. map/schematów ciała, które byłyby pomocne, by precyzyjnie oznaczać ujawnione na ciele obrażenia mieszkańca (zasinienia, krwiaki, odleżyny, rozcięcia itp.) lub blizny²⁹.

²⁷ Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61.

²⁸ Dokument dostępny na stronie Biura RPO:

https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/protokol_stambulski_fin.pdf.

²⁹ Mapy/schematy ciała rekomendowane są także przez Protokół stambulski.

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.

Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji wynika, iż zdarzają się przypadki, w których mieszkańcy przyjmują leki w formie rozkruszonej (dzieje się tak np. gdy mieszkaniac ma problem z ich połknięciem, kiedy go wypluwa bądź chowa pod język). Jak ustalili przedstawiciele KMPT, lekarz jest świadomy stosowania takiej praktyki, jednak w dokumentacji medycznej brakowało pisemnych zleceń lekarskich na podawanie leków w takiej formie.

Krajowy Mechanizm pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego³⁴, 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.

KMPT zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej mieszkańców o zalecenia lekarskie dotyczące podawania medykamentów w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem.

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 karaniania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e). 27 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.

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 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.

6.3. Opieka psychologiczna

Pensjonariusze wizytowanej placówki nie mają zagwarantowanej opieki psychologicznej.

Podkreślenia wymaga fakt, że sam pobyt w placówce całodobowej opieki, zmiana otoczenia, długotrwałe rozstanie z bliskimi, brak akceptacji dla zmian psychicznych oraz fizycznych, które towarzyszą procesowi starzenia się, oraz trudności adaptacyjne w nowym miejscu mogą wywoływać negatywne skutki dla zdrowia psychicznego mieszkańców. Osoby starsze stosunkowo 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.

Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy mieszkańiec trafia do placówki wbrew swojej woli. Doświadcza wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się z nową, trudną dla niego sytuacją, czemu może towarzyszyć spadek nastroju, negatywne emocje oraz napięcie psychiczne. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z mieszkańcem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia.

Ponadto w ocenie przedstawicieli Krajowego Mechanizmu stała obecność psychologa przyczynia się również do integracji społeczności mieszkańców, poprawy relacji z personelem oraz zwiększenia motywacji do udziału w proponowanych przez placówkę zajęciach.

Także SPT wskazuje na potrzebę 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)³⁵.

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

6.4. Rehabilitacja

Wizytowana placówka nie zapewnia mieszkańcom rehabilitacji (jedynie ćwiczenia przyłóżkowe). Jeśli istnieje konieczność rehabilitacji i zleci ją lekarz (konieczne jest zlecenie od lekarza), jej opłacenie pozostaje w gestii rodziny, placówka nie organizuje jej i nie zapewnia „w standardzie”.

³⁵ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 30 i 32.

W tym miejscu warto podkreślić, iż aktywność fizyczna seniorów (w zależności od ich poziomu sprawności i możliwości psychofizycznych) znacznie poprawia jakość ich życia, wspiera profilaktykę wielu chorób, a tym samym umożliwia lepszą sprawność na dłużej. Ponadto rehabilitacja osób starszych wymaga dużego zaangażowania, ponieważ z wiekiem zmniejsza się ich sprawność fizyczna. Organizm jest bardziej podatny na kontuzje i wolniej się regeneruje, dlatego profesjonalnie prowadzona rehabilitacja jest tak ważnym elementem leczenia i rekonwalescencji. W dużej mierze ma na celu osiągnięcie pełnego zdrowia, powrotu do samodzielnego funkcjonowania, maksymalne usprawnienie lub zmniejszenie dyskomfortu w chorobie. Pozwala na odpowiednie odbudowywanie siły i przezwyciężanie niepełnosprawności. Dobrze prowadzona rehabilitacja powinna polegać na aktywizowaniu chorego, a ćwiczenia przez niego wykonywane powinny być równocześnie łagodne i skuteczne.

W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zaleca rozważanie nawiązania współpracy przez placówkę z wykwalifikowanym i doświadczonym rehabilitantem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców w procesie zdrowienia i usamodzielniania się.

6.5. 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.

Z przeprowadzonych w trakcie wizytacji czynności wynika, iż mieszkańcy (oraz ich rodziny i bliscy) mają prawo do zgłaszania swoich uwag, skarg i zażaleń oraz wniosków dyrektorze PCO oraz przedstawiania swoich spraw dyrektorze oraz pracownikom. Nie jest natomiast prowadzony żaden rejestr takich skarg, uwag bądź próśb.

W ocenie KMPT warto stworzyć zeszyt skarg i wniosków, które dostępne byłby zarówno dla mieszkańców, jak i osób ich odwiedzających. Tego typu rejestr powinien obejmować wszelkie składane skargi i wnioski, w tym te składane w formie ustnej, jak również należy odnotowywać sposób rozstrzygnięcia sprawy.

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. Warto podkreślić, że dokładny i rzetelny sposób prowadzenia dokumentacji umożliwi szczegółowe prześledzenie mechanizmów rozwiązywania skarg i wniosków oraz ocenę jego skuteczności. Stanowi także swoiste zabezpieczenie przed bezpodstawnymi zarzutami, że wniosek lub skarga nie zostały rozpatrzone.

W tym kontekście warto 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 placówką³⁶. Zarekomendował m.in. opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)³⁷. CPT zaznaczył również, że pożądane jest, aby osoby z niepełnosprawnością, w tym niepełnosprawne psychospołecznie i/lub osoby z trudnościami w uczeniu się, miały możliwość skorzystania z pomocy osoby lub organu, który może im pomóc w zrozumieniu i korzystaniu z przysługujących im praw³⁸.

W związku z powyższym, 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 są zwłaszcza: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii: 800 676 676), Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Polityki Społecznej Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

³⁶ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

³⁷ Tamże, par. 79.

³⁸ Tamże, par. 83.

6.6. Rejestry i procedury

W PCO nie prowadzono ewidencji przypadków stosowania przymusu bezpośredniego na terenie placówki.

W tym kontekście warto zaznaczyć, że choć pracownicy placówek całodobowej opieki nie mogą stosować przymusu bezpośredniego względem pensjonariuszy, to podmiot prowadzący PCO jest zobowiązany do prowadzenia tego rodzaju ewidencji odnoszącej się do zastosowania przymusu bezpośredniego przez inne podmioty, np. zespoły ratownictwa medycznego czy Policję. Konieczność ta wynika z art. 68a ust. 1 lit. d ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zgodnie z którym podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle 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”.

KMPT zaleca kierownictwu placówki wprowadzenie wskazanego rejestru.

W ocenie Krajowego Mechanizmu ważnym i przydatnym narzędziem w kontekście prowadzonej dokumentacji w placówce jest rejestr zdarzeń nadzwyczajnych (np. upadków, samouszkodzeń, samowolnych oddaleń z placówki), w którym przytoczone zdarzenia mogłyby zostać odnotowane i szczegółowo opisane, tak aby w przyszłości przeanalizować daną sytuację, wyciągnąć wnioski i wprowadzić schematy postępowania w tego typu sytuacjach. Istotne z punktu widzenia ujednolicenia sposobów postępowania w różnych sytuacjach są także procedury regulujące zasady postępowania personelu (np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, autoagresji), które często spotykane są przez przedstawicieli KMPT w tego typu miejscach, a których brakowało w wizytowanej placówce.

KMPT zachęca kierownictwo placówki do wprowadzenia odpowiednich rejestrów i procedur. Dobrze prowadzony rejestr może być pomocny w ustaleniu, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc mieszkańców 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 Podkomitetu ds. Prewencji Tortur dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności³⁹.

³⁹ Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. np. raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt 2, § 49-52.

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.

W związku z powyższym KMPT zaleca prowadzenie w/w rejestrów, zwłaszcza rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego.

6.7. Personel

Jak wynika z informacji pisemnych przekazanych przez przedstawiciela placówki, w Domu na podstawie umowy o pracę na stanowisku opiekuna osób starszych zatrudnionych było 11 osób (na cały etat). Sześciu z opiekunów wykonywało zawód opiekuna medycznego. W placówce zatrudniona była także pielęgniarka oraz terapeuta zajęciowy.

Jak wskazywała dyrektorka placówki, każdy nowy pracownik przy przyjęciu do pracy zapoznawany jest szczegółowo z zasadami panującymi w PCO. Wszyscy pracownicy zatrudnieni podczas wizytacji przeszli szkolenie BHP oraz pierwszej pomocy przedmedycznej.

W opinii Krajowego Mechanizmu 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 opieki⁴⁰.

⁴⁰ 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. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy⁴¹.

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 zewnętrznego eksperta.

7. Zalecenia

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

Właściciele placówki całodobowej opieki „Willa Chopina” w Toruniu:

1. 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, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;
2. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnych zabezpieczeń i jej realizowanie stosownie do uwag wskazanych w pkt 5.2 raportu;
3. stosowanie wobec mieszkańców niestandardowych form zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w pkt 5.2 raportu;
4. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami;

⁴¹ 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.

5. poddawanie wszystkich nowo przybyłych mieszkańców, niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim;
6. wprowadzenie zasad, w jakich sytuacjach leki mogą być rozkruszone, ponadto fakt zlecenia takiej formy podawania leków przez lekarza powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny, oraz wpisany w zlecenia lekarskie;
7. zapoznanie personelu z treścią Protokołu stambulskiego oraz wykorzystywanie tego dokumentu w codziennej pracy;
8. dokumentowanie ewentualnych obrażeń mieszkańców zgodnie z Protokołem stambulskim za pomocą tzw. map ciała (schematów ciała), które powinny być dołączane do dokumentacji medycznej mieszkańca;
9. 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;
10. założenie zeszytu skarg i wniosków oraz odnotowywanie w nim wszelkich składanych skarg, w tym w formie ustnej, jak również sposobu rozstrzygnięcia sprawy;
11. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
12. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym rehabilitantem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców w procesie zdrowienia i usamodzielniania się;
13. 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, wskazanych w niniejszym raporcie;
14. zorganizowanie szkoleń z zakresu sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;
15. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;

16. zatrudnienie nowej bądź oddelegowanie dodatkowej osoby spośród zatrudnionych pracowników, tak by więcej osób mogło brać udział w codziennym spacerze.

Opracowała: Aleksandra Osińska

Za Zespół:

Przemysław Kazimirski
Dyrektor Zespołu
/-podpisano elektronicznie/