

Warszawa, dnia 1 kwietnia 2020 r.

KMP.573.1.2020.JJ

Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Pielęgniarskiego Domu Opieki Adriana w Milanówku
(wyciąg)

1. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), zwanego dalej OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 10 lutego 2020 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT) przeprowadził wizytację Pielęgniarskiego Domu Opieki Adriana w Milanówku, przy ul. Podkowińskiej 11 (zwany dalej: Dom, placówka).

W skład delegacji wchodził: dr Justyna Józwiak (socjolog) oraz Magdalena Dziedzic (prawnik).

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, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu pacjentów i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- 1) wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki i jej podstawowych problemach, udzielonej przez Adriana Marczyńskiego – właściciela placówki;

- 2) dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców placówki;
- 3) przeprowadzeniu na osobności indywidualnych rozmów z wybranymi mieszkańcami;
- 4) przeprowadzeniu rozmów z personelem;
- 5) analizie dokumentacji dostępnej na miejscu.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Ponadto po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe dokumenty związane z funkcjonowaniem Domu.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. pacjent, pracownik placówki, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

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

3. Ogólna charakterystyka placówki

Wizytowany Ośrodek funkcjonuje w ramach działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku, na podstawie art. 67-69 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2019 r., poz. 1507 j.t., dalej zwana: ustawą *o pomocy społecznej*).

Pensjonat oferuje swoje usługi od 1994 roku, działa w oparciu o Decyzję Wojewody Mazowieckiego (Decyzja nr. 15/2011). Zgodnie z Decyzją placówka przeznaczona jest dla 15 osób (kobiet i mężczyzn) w podeszłym wieku, niepełnosprawnych, przewlekłe chorych. W dniu wizytacji placówka przygotowana była do przyjęcia 15 osób, zaś faktycznie przebywało w niej 14 osób (11 kobiet i 3 mężczyzn). Nie było osób ubezwłasnowolnionych.

Koszt pobytu mieszkańca wynosi 2600 zł miesięcznie.

Placówka jest nadzorowana przez Wojewodę Mazowieckiego. W 2019 r. miały miejsce dwie doraźne kontrole przeprowadzone przez pracowników Wydziału Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego.

Przed wejściem do placówki znajduje się tablica z informacją o typie domu, danymi teleadresowymi oraz numerem zezwolenia Wojewody Mazowieckiego.

4. Problemy systemowe

4.1. Mieszkańcy, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, a których stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy. W dniu wizyty w placówce przebywały osoby, które nie były ubezwłasnowolnione, jednak ich stan zdrowia i poziom świadomości nie pozwalał na ważne zawarcie umowy.

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.

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 dentystry¹, czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym². 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 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 ds. Zapobiegania Torturom (CPT) 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

¹ Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2018 r., poz. 617 tekst jednolity).

² Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r., poz. 882 tekst jednolity).

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 sądu³.

Z kolei sytuację osób ubezwłasnowolnionych całkowicie normują, znowelizowane od 1 stycznia 2020 r., przepisy ustawy *o pomocy społecznej*. Zgodnie z aktualnym stanem prawnym zgody na umieszczenie osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej w placówce całodobowej opieki może udzielić jej przedstawiciel ustawowy po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego (art. 68 c). Od stycznia br. obligatoryjnym jest, by postanowienie o wydaniu takiego zezwolenia znajdowało się w dokumentacji mieszkańca.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Legalność pobytu

Pobyt mieszkańca w Domu Opieki odbywa się na podstawie umowy o świadczenie usług. Sposób jej skonstruowania budzi jednak wiele wątpliwości stawiających pod znakiem zapytania ważność takich umów. Przede wszystkim, praktyką przyjętą w wizytowanej placówce jest to, że w większości przypadków to rodzina podpisuje umowę o świadczenie usługi opieki, co nie jest zgodne z prawem w przypadku osób posiadających pełną zdolność do czynności prawnych oraz braku odpowiedniej zgody sądu.

Umowa zawierana jest pomiędzy Pielęgniarskim Domem Opieki reprezentowanym przez właściciela a mieszkańcem oraz jego przedstawicielami. Należy przede wszystkim podkreślić, że wizytowana placówka prowadzona jest w formie działalności gospodarczej co oznacza, że nie jest ona podmiotem prawa cywilnego. Nie może zatem nabywać praw czy zaciągać zobowiązań co jest istotą umowy cywilnoprawnej. Stroną takiej umowy może być więc właściciel, nie zaś „Dom Opieki reprezentowany przez właściciela”.

W dalszej kolejności, stroną umowy zgodnie z domniemaną wolą właściciela ma być mieszkaniec, jednak w znakomitej większości przypadków jego podpis nie znajdował się na umowie (prawdopodobnie ze względu na stan zdrowia mieszkańca). Należy podkreślić, że żadna umowa, z oczywistych względów, nie może wiązać osoby, która jej nie podpisała. Nie są więc dla niej także wiążące zobowiązania wynikające z treści pkt. 2 umowy tj. solidarna odpowiedzialność za należności związane z pobytem mieszkańca w placówce.

³ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

Jak zostało wskazane powyżej, umowa posługuje się również sformułowaniem „przedstawiciel”. Zgodnie z art. 96 Kodeksu cywilnego (Dz.U. 2019 r., poz. 1145), umocowanie do działania w cudzym imieniu może opierać się na ustawie (przedstawicielstwo ustawowe) albo na oświadczeniu reprezentowanego, wówczas należy mówić o pełnomocnictwie. W omawianym przypadku nie jest to żadna z powyższych form przedstawicielstwa, gdyż osoby posiadające pełną zdolność do czynności prawnych nie mają przedstawicieli ustawowych, a osoby podpisujące umowę jako „przedstawiciele” nie posiadały do tej czynności żadnego pełnomocnictwa.

Abstrahując od nieistnienia właściwego pełnomocnictwa, czy też błędnego użycia pojęcia „przedstawiciel” nie można ważnie zawrzeć umowy o umieszczenie w placówce osoby trzeciej posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych. Osoba niepozbawiona tej zdolności ma prawo stanowić sama o sobie, dlatego jakiegokolwiek ograniczenia (w tym ograniczanie wyjścia poza teren placówki – w tym wypadku nawet przy wystawieniu przez lekarza zaświadczenia o którym mowa w art. 68 ust. 2a ustawy *o pomocy społecznej*) są bezprawne. Zawieranie umów w imieniu osób nieubezważnowolnionych, poza jakąkolwiek kontrolą sądową, pozwala w zasadzie 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.

Dodatkowo, w niektórych umowach ujawniono odręcznie nanoszone poprawki dotyczące zmiany np.: opłaty za pobyt (na wydrukowanej i podpisanej przez strony umowie przekreślono długopisem opłatę za pobyt z 2600 zł na 2800 zł lub z 2300 zł na 2400 zł) oraz daty przyjęcia (01.09.2019 przeprowadzono na 01.10.2019 i inne podobne zmiany). Zmiany te nie były niczym uzasadnione przy poprawkach, nie były także oznakowane parafą, nie wiadomo kiedy powstały, czy przed podpisaniem umowy przez strony, czy po złożeniu podpisów.

Przy umowie jednej z mieszanek przechowywany był jej dowód osobisty, a w dokumentacji nie było żadnego jej oświadczenia zezwalającego na oddanie dowodu osobistego do dokumentacji placówki. Jednakże w sytuacji pozostawienia dowodu w depozycie placówki winno być odebrane pisemne oświadczenie mieszkańca lub jego opiekuna prawnego o wyrażeniu zgody na dokonanie takiej czynności. W tym miejscu należy wskazać, iż art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. *o dowodach osobistych* (Dz. U. z 2010 r. Nr 167, poz. 1131 ze zm.) typizuje zatrzymanie dowodu osobistego bez podstawy prawnej jako wykroczenie. 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 z art. 79 pkt 2 *ustawy o dowodach osobistych* polegającego na zatrzymaniu cudzego dowodu osobistego nie są wypełnione, jeżeli wejście w posiadanie dowodu nastąpiło za akceptacją i przyzwoleniem osoby uprawnionej.

Biorąc pod uwagę powyższe przedstawiciele KMPT zalecają:

- zweryfikowanie treści umów w zakresie opisanym w niniejszym punkcie;
- każdorazowe odbieranie zgody mieszkańca lub jego opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionego na przechowywanie dowodu osobistego.

5.2. Warunki bytowe

Delegacja KMPT oceniła warunki bytowe jako przeciętne. Placówka mieści się w piętrowym domu jednorodzinnym, pokoje są 1-, 2-, 3- osobowe (10 miejsc jest na parterze, pięć na pierwszym piętrze). Pokoje posiadają podstawowe wyposażenie (łóżko, stolik, krzesło, telewizor). Łazienki usytuowane są poza pokojami (jedna na parterze druga na piętrze).

W dniu wizytacji ponad połowę mieszkańców stanowiły osoby stale leżące, niektóre z nich umieszczone były na piętrze. Budynek wyposażony jest w windę zewnętrzną, dostępną tylko poprzez przejście przez gabinet właściciela/pielęgniarski.

W niektórych pokojach ściany wymagały odmalowania, widać było na nich obdrapania, zabrudzenia. W drzwiach do toalety była wybita szyba zastąpiona materiałem. Posiłki mieszkańcy zjadają we własnych pokojach. W Domu nie ma wyodrębnionej jadalni. Na parterze mieści się pokój z kanapą i telewizorem, który jest miejscem wspólnych spotkań.

W pokojach nie ma instalacji przywoławczej, która służyłaby do wezwania pomocy w nagłych przypadkach.

KMPT wielokrotnie zwracał na ten problem uwagę w swoich raportach z wizytacji miejsc, w których przebywają osoby z niepełnosprawnościami, zalecając montaż i weryfikowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy. W ocenie delegacji KMPT, ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych pacjentów oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne w pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego pacjentów, których poczucie bezpieczeństwa lub jego brak może istotnie wpływać na rozwój choroby, tudzież zaważyć na ich dalszym losie. Montaż sygnalizacji

alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169), osoby takie powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi. W tym kontekście uwagę zwraca brak instalacji alarmowo-przyzywowej w pokojach mieszkańców, gdzie część z nich to wyłącznie osoby leżące, które nie mogą wyjść z pokoju, by w nagłej sytuacji skomunikować się z personelem.

Mieszkańcy Domu mają zapewnione 4 posiłki: śniadanie, obiad, podwieczorek i kolację. We własnym zakresie na miejscu na bazie półproduktów przygotowywane jest śniadanie, podwieczorek i kolacja (w bloku kuchennym zatrudnione są 2 osoby, które przygotowują posiłki), natomiast obiad dostarczany jest przez firmę zewnętrzną w formie cateringu (posiłki przekazywane są w termosach i pojemnikach termoizolacyjnych). W dniu wizytacji na obiad była zupa kalafiorowa oraz ziemniaki, kotlet mielony i gotowana marchewka (typu mini). Niektórzy mieszkańcy spożywali posiłki samodzielnie, innym pomagał personel. Jedna z mieszanek komentowała, że marchewka jest dla niej za twarda i nie może jej pogryźć. Niektórzy pacjenci, mając ten sam problem, zostawiali nieskonsumowaną marchewkę na talerzach.

Placówka była wizytowana przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pruszkowie. Protokół Kontroli Sanitarnej z ostatniej wizyty w dniu 16.01.2020 r. zawierał wiele zarzutów dotyczących m.in. brudnych ścian w niektórych pomieszczeniach i odprysków tynku na suficie, brudnych i niedomytych drzwi, braku orzeczeń lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych u osób pracujących w kuchni, braku jadłospisów do oceny. Na właściciela Domu została nałożona grzywna w drodze mandatu w wysokości 400 zł. Właściciel, w odpowiedzi na protokół pokontrolny, odniósł się do wszystkich zaleceń wskazując, że zostaną one wykonane do 12.02.2020 r.

Osoby leżące stanowiły podczas wizytacji ponad połowę mieszkańców. Opieka higieniczna takich osób odbywała się m.in. poprzez kąpiele przyłóżkowe. Jak zauważyły przedstawicielki KMPT, kąpiel przyłóżkowa odbywa się w obecności innych mieszkańców zamieszkujących pokój, osoba myta nie jest osłaniania parawanem. Taka praktyka narusza intymność mieszkańca oraz powoduje u niego poczucie wstydu i poniżenia. Ponadto nie godzi się to ze standardami określonymi w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507), według których sposób świadczenia usług

powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa (art. 68 § 2).

5.3. Dokumentacja i rejestry

W placówce znajduje się większość dokumentów wymaganych przez ustawę *o pomocy społecznej*. Nie prowadzi się natomiast rejestrów, w szczególności rejestru stosowania przymusu bezpośredniego na terenie placówki przez podmioty do tego uprawnione (wymagany ustawą *o pomocy społecznej*) oraz innych dodatkowych, tj.: osób przyjętych do placówki (tzw. rejestr ewidencji), skarg, wydarzeń nadzwyczajnych (np. upadków, samouszkodzeń, etc.), zgonów.

Placówka nie posiada ponadto żadnych procedur regulujących zasady postępowania personelu (np. w przypadku wystąpienia zachowań agresywnych wśród pensjonariuszy), które często spotykane są przez wizytujących w tego typu miejscach.

W Domu nie ma praktyki prowadzenia indywidualnej dokumentacji pensjonariuszy w postaci np. zeszytu obserwacji mieszkańców. W teczkach mieszkańców przechowywane są jedynie zalecenia lekarskie, wypisy ze szpitala, etc. Wszelkie informacje wpisywane są w książce raportów pielęgniarских.

W placówce nie ma spisanego regulaminu/zbioru zasad, który określałby ich prawa i obowiązki, zasady funkcjonowania w placówce, etc.

Delegacja KMPT zachęca do przeglądu i zreformowania w placówce systemu prowadzenia dokumentacji tak, by była ona wszechstronna, dokładna, precyzyjna i aktualna. Zaleca się, aby dokumentacja była jednolita i dostępna dla upoważnionych przedstawicieli pensjonariuszy i ich najbliższych krewnych, a także organów nadzorujących placówkę. Tak prowadzona dokumentacja pozwala śledzić ruch, lokalizację, stan zdrowia i samopoczucie osoby przebywającej w placówce bez potrzeby analizowania licznych plików, dokumentów lub kart (jest to szczególnie ważne w przypadku osób, które są np. często hospitalizowane). Dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem na co zwraca uwagę SPT - Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Nieludzkemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (zob. przykładowo raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, paragrafy 49-52).

5.4. Personel

W placówce zatrudnione są następujące osoby: 2 pielęgniarki, 6 opiekunek, 2 kucharki. Ja wskazał właściciel, wszyscy pracownicy zatrudnieni są w pełnym wymiarze pracy. W dniu wizytacji dyżur pełniły 2 pielęgniarki i 1 opiekunka. Z grafiku pracy na luty 2020 r., okazanego podczas wizytacji wynika, że są takie dni, kiedy na dyżurze w ciągu dnia nie ma żadnej pielęgniarki (w lutym 2020 r. było 16 takich dni), dyżur pełnią wówczas zazwyczaj 2 opiekunki. Z grafiku wynika jednak, że w lutym 2020 r. były 3 dni, w których dyżur pełniła tylko 1 opiekunka wpierana przez kucharkę. Panie zatrudnione na stanowisku kucharek pomagają bowiem w opiece nad pacjentami (np. podczas karmienia). W ciągu nocy obecna jest opiekunka i pielęgniarka albo dwie opiekunki (wówczas nie ma żadnej pielęgniarki do rana).

W ramach personelu zatrudnione są jedynie kobiety. Jak stwierdził właściciel, nie ma jasno wyznaczonych zakresów pracy („wszyscy są odpowiedzialni za wszystko”), czyli każdy z pracowników odpowiada zarówno za opiekę nad pacjentem, jak i utrzymanie czystości w placówce.

Zgodnie z informacjami otrzymanymi z Komendy Powiatowej Policji w Grodzisku Mazowieckim w latach 2018-2020 przyjęto jedno zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa przez pracowników Domu z kategorii narażenia mieszkańca na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (sprawa w toku postępowania prokuratorskiego).

Jak ustaliła delegacja KMPT personel pielęgniarski i opiekuńczy posiada doświadczenie i kwalifikacje formalne do wykonywania swojego zawodu, mimo tego konieczne jest wsparcie merytoryczne personelu w postaci szkoleń, kursów, nabywania nowych umiejętności, radzenia sobie z agresją mieszkańców (przykładowo, w raportach z dyżurów pielęgniarskich znajdowała się informacja, że jeden z pacjentów zachowywał się w nocy agresywnie oraz „chodził po pokojach, szarpał za ręce”). Wizytujący nie uzyskali jednolitej informacji, jakie kroki podejmowane są w takim przypadku. Jak udało się jednak ustalić, w przypadku kiedy perswazja słowna nie odnosi skutków, podaje się leki uspokajające lub wzywa pogotowie.

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 i fakt przebywania w nim wielu mieszkańców w bardzo złym stanie zdrowia za uzasadnione należy uznać zalecenie dotyczące realizacji systematycznych szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy, pielęgnacji osób w podeszłym wieku, etc. Wskazaniem 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).

5.5. Ochrona zdrowia

Opiekę lekarską nad pacjentami sprawuje lekarz z pobliskiej przychodni zdrowia na zasadach NFZ. Po przyjęciu do placówki, mieszkaniec najpierw badany jest przez pielęgniarkę, która opisuje jego stan, odleżyny, otarcia, urazy, etc. W ciągu ok 48 godzin od przyjęcia na miejscu odbywa się wizyta lekarska, podczas której pacjent rejestrowany jest w pobliskiej przychodni na zasadach NFZ.

Placówka gwarantuje dostęp jedynie do lekarza podstawowej opieki medycznej, który odwiedza placówkę przeciętnie raz na tydzień. Placówka nie zapewnia dostępu do lekarzy specjalistów i badań specjalistycznych. Opieka medyczna w tym zakresie może być monitorowana przez bliskich lub rodziny mieszkańców, którzy ewentualnie organizują we własnym zakresie konsultacje specjalistyczne. W razie konieczności wzywane jest pogotowie ratunkowe. Brak opieki specjalistycznej związany jest również z tym, iż placówka nie ma samochodu do przewożenia mieszkańców o obniżonej sprawności ruchowej.

W placówce nie prowadzi się także rehabilitacji oraz terapii zajęciowej, co przedstawiciele KMPT dostrzegają w innych tego typu placówkach. Dom nie współpracuje z żadnym fizjoterapeutą lub osobą o podobnych kwalifikacjach, której oddziaływania opóźniałyby lub wręcz cofały postępujące choroby u mieszkańców. Praktycznie, mieszkańcy przez całą dobę leżą w łóżkach lub przebywają w swoich pokojach.

W ocenie KMPT, aby lepiej zaspokoić potrzeby mieszkańców w zakresie opieki zdrowotnej warto wzmocnić ofertę o usługi fizjoterapeuty. KMPT dostrzega potrzebę

zwiększenia wysiłków personelu w zaangażowanie mieszkańców w różnego rodzaju zajęcia rekreacyjne i rehabilitacyjne.

5.6. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

Wątpliwości budzi dostęp mieszkańców i ich rodzin do mechanizmów skargowych. Na terenie placówki nie ma bowiem żadnych informacji o możliwościach złożenia skargi. Nie ma prowadzonego rejestru skarg. Z relacji właściciela wynika, że raz otrzymał pisemną skargę rodziny na niewłaściwą opiekę i pielęgnację nad umieszczoną w placówce osobą bliską (czerwiec 2019 r.). Nie odpowiedział jednak na nią, gdyż - jak stwierdził - rodzina zabrała mieszkankę z placówki, więc skargę uznał za niebyłą.

KMPT każdorazowo zachęca do tego, aby we wszystkich instytucjach opieki podjąć kroki w celu zapewnienia mieszkańcom informacji o przysługujących im prawach do składania formalnych skarg. Wskazaniem byłoby wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące Dom lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy (adresu oraz numeru telefonu Rzecznika Praw Obywatelskich - bezpłatna infolinia 0 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, sędziego rodzinnego, Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, wybranych organizacji pozarządowych np. Helsińskiej Fundacji 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.

Wszyscy ludzie, niezależnie od miejsca pobytu, mają prawo i potrzebę otrzymania zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych dla nich kwestiach: przysługujących im prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg. Dostęp do takich informacji zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy.

W swoim najnowszym sprawozdaniu z działalności w 2017 r. Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) podkreślił znaczenie dostępu do mechanizmu skargowego jako fundamentalnej gwarancji prewencji tortur we wszystkich miejscach, w których przebywają osoby wbrew własnej woli⁴. W ocenie CPT efektywne mechanizmy skargowe mogą nie tylko łagodzić

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

napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Państwa europejskie powinny więc zapewnić bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi, który będzie dostępny we wszystkich miejscach zatrzymań.

5.7. Organizowanie czasu wolnego, kontakt ze światem zewnętrznym

Mieszkańcom sporadycznie zapewnia się dodatkowe zajęcia kulturalne i rozrywkowe. Delegacja KMPT zwróciła uwagę na brak w codziennym porządku dnia jakichkolwiek innych zajęć, poza oglądaniem telewizji oraz brak jakiegokolwiek aktywizacji i stymulacji fizycznej, psychicznej, intelektualnej pensjonariuszy. Odczuwalna była powszechna inercja wśród mieszkańców. W czasie wizyty dwie mieszkanki przebywały w pokoju dziennym i oglądały telewizor. Pozostali przebywali w swoich pokojach. Z relacji personelu wynika, że nie widzą oni sensu organizowania czasu wolnego dla mieszkańców, ponieważ ich stan zdrowia uniemożliwia uczestnictwo w jakichkolwiek zajęciach. W ocenie wizytujących warto byłoby jednak podjąć próbę stymulacji mieszkańców, przede wszystkim w zakresie ich możliwości poznawczych i fizycznych, które przyczyniają się do utrzymania sprawności. Organizacja czasu wolnego jest jednym z podstawowych wymogów określonych w ustawie *o pomocy społecznej* (art. 68 ust. 3).

Jak wspomniano wcześniej, niepokojący jest również brak jakiegokolwiek formy terapii przyłóżkowej czy fizjoterapii dla mieszkańców bardziej sprawnych. Brak jest zajęć i innych form aktywności oferowanej mieszkańcom. W ciągu chłodniejszych miesięcy w ogóle nie opuszczają oni budynku, mniej sprawne osoby nie opuszczają nawet łóżek.

Do dyspozycji mieszkańców jest teren zewnętrzny (zabezpieczony ogrodzeniem), z którego mogą korzystać bez ograniczeń, głównie w okresie wiosenno-letnim, o ile warunki pogodowe na to pozwalają. Mieszkańcy, ze względu na zły stan zdrowia, nie wychodzą samodzielnie poza teren placówki. Mogą opuścić placówkę wyłącznie w towarzystwie członka rodziny lub opiekuna.

Zaznaczyć należy, że od stycznia br. obowiązuje art. 68 ust. 2a-2h ustawy *o pomocy społecznej*, który dokładnie wskazuje, w jakich sytuacjach mieszkańcowi można ograniczyć wolność w zakresie uniemożliwienia samodzielnego opuszczania placówki. Zgodnie bowiem z w/w przepisem *w przypadku gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca tą placówką może ograniczyć możliwość*

samodzielnego opuszczania przez tę osobę terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia. Mając powyższe na uwadze KMPT zaleca stosowanie przepisów ustawy w odniesieniu do opuszczania placówki przez mieszkańców.

Delegacja KMPT nie stwierdziła innych nieuzasadnionych ograniczeń w zakresie kontaktów pensjonariuszy ze światem zewnętrznym. Mieszkańcy mogą być odwiedzani przez bliskich. Ponadto pracownicy Domu informują bliskich o kondycji i stanie zdrowia mieszkańca przez telefon.

5.8. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością

Placówka nie w pełni jest przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wyposażona jest co prawda w pewne ułatwienia w toaletach (poręcze), windę zewnętrzną, podjazd z desek przy wejściu do placówki, jednak warunki architektoniczne i zastosowane rozwiązania są niewystarczające, nie spełniają standardów dostępności dla takich osób.

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o następujących zasadach, poprawiających jakość dostosowania.

- ✓ łóżka kupowane przez Ośrodek mieszkańcom nie powinny być niższe niż 45-55 cm (licząc od powierzchni materaca do podłogi);
- ✓ progi i brodziki prysznicowe nie przekraczające 2 cm;
- ✓ klamki (w tym klamki okienne), wieszaki, półki, przyciski instalacji przyzywowej, włączniki światła, kontakty etc. zamontowane nie wyżej niż na poziomie 90-120 cm od podłoża;
- ✓ tablice informacyjne zawieszane na poziomie umożliwiającym przeczytanie ich treści również przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- ✓ przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm powinna zostać zachowana we wszystkich łazienkach i pokojach użytkowanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- ✓ w łazienkach wykorzystywanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich warto pamiętać o:
 - wskazanej wyżej przestrzeni manewrowej i wysokości brodzika prysznicowego,
 - odpowiednio nisko zawieszonych lustrach (najlepiej zaczynających się od poziomu umywalki),

- włącznikach światła, kontaktach, klamkach, dozownikach mydła, wieszakach na papier na wysokości: 90-120 cm,
- wysokości muszli ustępowej: 45-50 cm,
- poręczy w odległości 40 cm od osi muszli, umieszczonej na wysokości: 70-85 cm,
- zastosowaniu w miejsce kurków, baterii umywalkowych, dostępnych dla osób ze słabszymi rękami (dłuższych).

Wymienione zasady ustalone zostały przez przedstawicieli *Fundacji Polska bez barier*, zgodnie ze standardami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla pensjonariuszy z niepełnosprawnością fizyczną, które zapewnią im swobodne poruszanie się po terenie Domu oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów.

6. 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 **Właścicielowi Pielęgniarskiego Domu Opieki Adriana w Milanówku:**

1. sporządzanie umów z mieszkańcami lub ich bliskim w sposób nie budzący wątpliwości formalnoprawnych, o których mowa w pkt. 5.1. niniejszego raportu;
2. każdorazowe odbieranie zgody mieszkańca lub opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionego na przechowywanie dowodu osobistego;
3. zapewnienie mieszkańcom odpowiednich warunków bytowych poprzez systematyczne naprawianie usterek i zanieczyszczeń, tak aby otoczenie sprzyjało leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjenta;
4. wykonywanie kąpieli mieszkańców w sposób uwzględniający ich godność i intymność;
5. zorganizowanie czasu wolnego mieszkańcom;
6. założenie i prowadzenie rejestru stosowania przymusu bezpośredniego;
7. w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, przechowywanie w ich dokumentacji zezwolenia sądu opiekuńczego na umieszczenie w placówce zgodnie z treścią art. 68a pkt 1. lit. f. ustawy *o pomocy społecznej*;

8. uzupełnienie dokumentacji medycznej mieszkańców, niemogących samodzielnie opuszczać terenu placówki o odpowiednie zaświadczenia lekarskie o których mowa w art. 68 ust. 2a ustawy *o pomocy społecznej*.