

Warszawa, dnia 1 lutego 2019 r.

KMP.573.15.2018.TG

**Raport**  
**przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji**  
**Domu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego „Dworek”**  
**w Józefowie k/Legionowa**  
**(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), (dalej: OPCAT), oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 25-26 lipca 2018 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Mechanizm), zwizytował Dom Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „Dworek”, mieszczący się w Józefowie k/Legionowa, przy ul. Strużańskiej 10, dalej: Dom, placówka.

W skład zespołu wizytującego wchodziło: Tomasz Górecki (psycholog, psychoterapeuta), Klaudia Kamińska i Michał Żłobecki (prawnicy). W wizytacji wzięła również udział dr n. med. Joanna Żuchowska (specjalista chorób wewnętrznych II stopnia) – ekspertka zewnętrzna KMPT z zakresu medycyny. Wyniki jej ekspertyzy zostały włączone w treść niniejszego raportu.

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, w celu wzmocnienia ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawienie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności 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 Agnieszkę Karpińską – kierownik ds. medycznych,

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

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną i pomiary wybranych pomieszczeń. Ponadto po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe informacje związane z funkcjonowaniem Domu.

Członkom zespołu wizytującego umożliwiono dostęp do wszystkich pomieszczeń i wykonanie niezbędnych czynności, zgodnie z mandatem określonym w OPCAT.

## **2. Zakaz represji**

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

*Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakáže, 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 Dom funkcjonuje w ramach działalności gospodarczej. w zakresie Placówka zapewnia całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku, na podstawie art. 67-69 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2017 r., poz. 1769 j.t.). Zezwolenie na działalność w tym zakresie na czas nieokreślony zostało wydane decyzją Wojewody Mazowieckiego w dniu 3 września 2013 r. (decyzja nr 1849/2013, znak: WPS.II.9423.13.2013). Przed wejściem do placówki, w widocznym miejscu znajduje się tablica z informacją o typie domu, podmiocie prowadzącym oraz numerem zezwolenia, co jest zgodne z art. 68a pkt 2 ustawy *o pomocy społecznej*.

Do Domu przyjmowane są osoby starsze, nie będące w stanie funkcjonować samodzielnie, jak również osoby przewlekle chore somatycznie: po udarach, złamaniach szyjki kości udowej, z wieloletnią cukrzycą, z chorobą Parkinsona, chorobą Alzheimerera, stwardnieniem rozsianym,

zmianami miażdżycowymi naczyń obwodowych itp. Niezależnie od choroby podstawowej u przeważającej większości przyjętych osób współistnieje pogorszenie narządów zmysłu i zaburzenia funkcji poznawczych, utrata kontroli funkcji fizjologicznych. Odmawia się przyjęcia osób chorujących psychicznie, agresywnych, z zaawansowaną chorobą nowotworową, jak i z chorobą alkoholową.

Zgodnie z Decyzją Wojewody placówka przeznaczona jest dla 35 osób, jednakże w dniu wizytacji przebywało w niej 44 mieszkańców (z czego 3 osoby leżące, a 8 poruszających się na wózkach inwalidzkich). Należy w tym miejscu zauważyć, że podczas kontroli Wydziału Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego przeprowadzonej w dn. 3.11.2016 r. stwierdzono obecność 38 mieszkańców.<sup>1</sup> W zaleceniach pokontrolnych zwrócono się do placówki o niezwłoczne spowodowanie, aby liczba miejsc była zgodna z liczbą, która jest określona we wniosku o zezwolenie bądź z wystąpieniem do Wojewody z wnioskiem o zwiększenie liczby miejsc w placówce, przy zachowaniu obowiązującego standardu. Podczas wizytacji Mechanizmu placówka przedstawiła jedynie zezwolenie Wojewody na prowadzenie działalności (35 miejsc).

Koszt pobytu mieszkańca mieści się w granicach 2100-2500 zł miesięcznie, w zależności od liczby osób w pokoju (pokoje dwu- bądź trzyosobowe). Kwota ta obejmuje: zakwaterowanie, wyżywienie (4 posiłki z uwzględnieniem diet), całodobową opiekę (w tym opiekę pielęgniarską), podstawową opiekę lekarską (wizyta lekarza odbywa się raz w tygodniu). Powyższa stawka nie obejmuje jednak kosztów leków, pieluchomajtek, materiałów opatrunkowych, jak również konsultacji specjalistów i specjalistycznych badań diagnostycznych. Podczas hospitalizacji mieszkańca pobierana jest opłata rezerwacyjna 50 zł. dziennie.

#### **4. Legalność pobytu**

Z relacji kierownik ds. medycznych wynika, że placówka przyjmuje mieszkańców na podstawie wniosku (życzenia) członków rodziny. Umowa na świadczenie usług podpisywana jest więc przez opiekuna faktycznego umieszczonej osoby (umowa posługuje się terminem *opiekun*). Dzieje się tak z uwagi na stan zdrowia kandydata na pensjonariusza, na ogół wykluczający możliwość zrozumienia przez niego treści zapisów umowy. Umowa zawierana jest na czas określony bądź nieokreślony, przy czym ta ostatnia może być rozwiązana przez obie strony z jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia. Integralną częścią umowy jest

---

<sup>1</sup> WPS-II.9421.2.26.2016.MŚ

Regulamin Domu. Opiekun i pensjonariusze zapoznają się z nim i akceptują zawarte w nim zapisy. Delegacja KMPT odnotowała jednak, że przy umowach regulamin pobytu w żadnym przypadku nie został dołączony, ani podpisany.

Sposób zawierania umów, a także często treść samych umów wykorzystywanych w placówkach całodobowej opieki, budzą wątpliwości przedstawicieli KMPT w następujących sytuacjach, które mogą stać się istotne z punktu widzenia prewencji złego traktowania:

#### **4.1. Mieszkańcy ubezwłasnowolnieni całkowicie przed przyjęciem do placówki**

W dniu wizytacji w placówce nie przebywała żadna osoba ubezwłasnowolniona, ani też przyjęta na mocy postanowienia sądu. Warto wskazać jednak, że jeżeli procedura taka dotyczy osoby ubezwłasnowolnionej, podpis pod umową jej dotyczącą powinien złożyć opiekun prawny, legitymujący się zgodą sądu na umieszczenie podopiecznego w placówce. Ta decyzja opiekuna prawnego jest bowiem na tyle istotna z perspektywy prawa do wolności i ważyca na życiu osoby, której dotyczy, że nie może być podejmowana przez niego bez stosownej zgody sądu. W związku z powyższym należy wskazać, że na podstawie z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz. U. z 2017 r., poz. 682 j.t, dalej k.r.o.) w związku z art. 175 k.r.o. opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku ubezwłasnowolnionego. W wyroku z dnia 18 maja 1999 r. Naczelny Sąd Administracyjny (I SA 114/99) sprecyzował, iż umieszczenie w domu pomocy społecznej bez wątplenia należy do tych ważniejszych spraw, wymagających zezwolenia sądu opiekuńczego. Analogiczne stanowisko prezentowane jest również przez przedstawicieli doktryny (J. Ignatowicz w: *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012, s. 1181., T. Smyczyński w: *Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia*, Warszawa 2001, s. 431.). Także Europejski Trybunał Praw Człowieka (dalej ETPC) w sprawie *Kędzior przeciwko Polsce* w wyroku z dnia 16 października 2012 r. stwierdził, iż w sytuacji, gdy umieszczenie osoby w zakładzie opiekuńczym zostało spowodowane przez przedstawiciela ustawowego bez dokonania kontroli jego prawidłowości przez sąd, zachodzi naruszenie art. 5 ust. 4 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.). Co więcej obecnie przygotowywana nowelizacja przepisów dotyczących ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zakłada obowiązek posiadania zgody sądu na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w domach pomocy społecznej.

Kwestię podpisywania umów zawieranych z placówkami przez rodzinę z pominięciem zgody osoby umieszczanej w placówce Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił

w wystąpieniu do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej<sup>2</sup>, przygotowanym na tle przypadków nieludzkiego traktowania osób przebywających w placówce w Trzciance. W odpowiedzi Minister zapowiedziała przystąpienie do prac nad zidentyfikowaniem niezbędnych do uregulowania kwestii<sup>3</sup>.

W opinii Mechanizmu, przyjmując do Domu mieszkańca ubezwłasnowolnionego, należy zwracać uwagę, czy opiekun prawny posiada dokument potwierdzający sądową kontrolę jego woli w zakresie umieszczenia swego podopiecznego w placówce.

#### **4.2. Mieszkańcy, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, a których stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy**

Jak zostało ustalone powyżej, w wielu przypadkach stan zdrowia mieszkańców nie pozwala na samodzielne wyrażenie decyzji co do swojej przyszłości. Wówczas umowę podpisuje osoba ich reprezentująca (co do zasady są to członkowie najbliższej rodziny, natomiast mogą to być także osoby niespokrewnione ani niespowinowaczone z pensjonariuszem placówki), jednak bez wiedzy i zgody sądu. Umowa dotycząca umieszczenia osoby w żaden sposób nie wyjaśnia, kto i w jaki sposób upoważnił „opiekuna” do umieszczenia w placówce. Taka sytuacja 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 związane jest z faktycznym ograniczeniem wolności i decydowania o swoim losie.

Warto w tym kontekście nadmienić, że w toku prowadzonych na przestrzeni ostatnich lat wizytacji prewencyjnych zakładów opiekuńczo-leczniczych, KMPT zidentyfikowało problem braku regulacji prawnej dotyczącej zasad przyjęć do tych placówek pełnoletnich osób nieubezwłasnowolnionych, które w związku ze swoim stanem zdrowia nie są w stanie samodzielnie podpisać wniosku o przyjęcie, a jednocześnie nie mają ustanowionych przedstawicieli ustawowych, którzy mogliby tego obowiązku dopełnić.

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

---

<sup>2</sup> III.7065.64.2016.LN z dnia 29 kwietnia 2016 r.

<sup>3</sup> DPS.I.071.3.2016.AP, z dnia 23 maja 2016 r.

Celowe byłoby zatem 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 dentystry<sup>4</sup>, czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym<sup>5</sup>. 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. Dzięki sądowej kontroli, wzmocnieniu w sposób istotny uległby status osoby przyjmowanej do takich placówek, która obecnie pozostaje często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Powyższy problem został zasygnalizowany w wystąpieniu generalnym Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia<sup>6</sup>.

## **5. Traktowanie mieszkańców przez personel wizytowanej placówki**

Z rozmów przeprowadzonych z mieszkańcami wynika, że są oni traktowani przez personel w sposób przyjazny i życzliwy. W opinii KMPT pensjonariusze pozostawali pod odpowiednią opieką. Obowiązującą formą zwracania się do mieszkańców jest per „pan, pani”, jednakże delegacja usłyszała, że jedna z opiekunek, wprowadzając w serdeczny i miły sposób, lecz zwracała się do mieszkańca per „ty”. Pracownicy KMPT zalecają wyeliminowanie nieprawidłowości w sposobie traktowania mieszkańców przez personel placówki. W relacjach z pensjonariuszami rekomenduje się używanie grzecznościowej formy per pan/pani, chyba, że pacjent zaproponuje dobrowolnie inną formę lub też będzie mógł zwracać się również „per ty” do członków personelu.

Zgodnie z informacją uzyskaną od kierownik, personel Domu nie stosuje przymusu bezpośredniego. W przypadku konieczności jego zastosowania, wzywane jest pogotowie ratunkowe. KMPT zwraca uwagę na konieczność prowadzenia ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, zawierającej datę i zakres stosowania tego środka. Pomimo faktu, że kadra placówek zapewniających całodobową opiekę nie posiada uprawnień do stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do osób je zamieszkujących oraz według zapewnień Kierownik – przymus nie był stosowany przez inne uprawnione podmioty – obowiązek prowadzenia ewidencji wynika wprost z art. 68a

---

<sup>4</sup> 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).

<sup>5</sup> 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).

<sup>6</sup> KMP.573.18.2018.

pkt 1 lit. d *ustawy o pomocy społecznej*. Warto wskazać, że prowadzenie takiej ewidencji ma walor transparentności, służy również kontroli częstotliwości i prawidłowości stosowania środka przez uprawnione podmioty. Jest zatem uzasadnione z punktu widzenia ochrony mieszkańca przed niewłaściwym traktowaniem.

Delegacja KMPT zwróciła uwagę, że sprawniejsi fizycznie mieszkańcy przemieszczają się między pokojami i innymi pomieszczeniami Domu. Z poczynionych obserwacji wynika również, że żaden z mieszkańców nie może sam, bez asysty personelu, zejść po kilku stopniach do ogrodu, chociaż te same osoby poruszają się swobodnie po schodach wewnątrz budynku. Większość mieszkańców sprawiała wrażenie apatycznych, część z nich zaktywizowała się jednak podczas trwającego nabożeństwa.

Mechanizm zwraca uwagę na to, by mieszkańcy mieli możliwość codziennego dostępu do świeżego powietrza, jeśli nie ma ku temu indywidualnych przeciwwskazań zdrowotnych. Ograniczanie możliwości samodzielnego wyjścia na świeże powietrze i umożliwianie go wyłącznie pod opieką opiekunów lub członków rodzin jest wysoce niepokojące i nie znajduje podstaw prawnych. Dostęp do świeżego powietrza powinien być również zapewniony leżącym mieszkańcom domu i mógłby się odbyć za pomocą łóżka z kółkami lub wózka inwalidzkiego.

## **6. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym**

O ograniczeniach związanych z samodzielnym wyjściem mieszkańców z budynku Domu Opieki była mowa w pkt. 5 raportu. W pozostałym zakresie związanym z dostępem mieszkańców do świata zewnętrznego delegacja KMPT nie ujawniła żadnych ograniczeń. Odwiedziny nie są reglamentowane, mieszkańcy mogą też posiadać własne telefony.

Odwiedziny możliwe są w pokojach mieszkańców (wieloosobowych), na tarasie lub w ogrodzie. Placówka nie dysponuje pokojem odwiedzin.

## **7. Warunki bytowe**

Warunki bytowe w placówce delegacja KMPT oceniła jako zadowolające. Siedzibą Domu, wraz jest dwupiętrowy budynek, zbudowany zgodnie z obecnym przeznaczeniem. Przylega do niego niewielki ogród. Do dyspozycji mieszkańców są dwu- i trzyosobowe pokoje z osobnymi łazienkami. Pomieszczenia nie wymagały remontu. Były czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów. Kuchnia oraz pralnia znajdują się na miejscu. Posiłki wydawane są cztery razy dziennie z uwzględnieniem diet. Dla osób mających trudności w gryzieniu lub połykaniu posiłki są miksowane. Osoby leżące otrzymują posiłki w pokojach, zaś inni mieszkańcy są zwożeni lub sprowadzani do jadalni, która w zależności od zapotrzebowania pełni

także rolę świetlicy, sali telewizyjnej lub kaplicy. Niezależnie od podstawowych posiłków do dyspozycji mieszkańców jest zawsze pieczywo, dżem, woda oraz herbata. W całej placówce obowiązuje wszystkich (łącznie z personelem) kategoryczny zakaz palenia papierosów i picia alkoholu. Palenie tytoniu jest możliwe na zewnątrz budynku.

Placówka nie jest monitorowana wizyjnie. Wyposażono ją w instalację przywoławczą typu pager. Kontrolowana u kilku osób w pokojach okazała się niesprawna. Mieszkańcy zaś, z którymi rozmawiała delegacja KMPT, nie umieją się posługiwać tym urządzeniem, więc nie spełnia ono w żaden sposób swojej roli.

Na powyższy problem Mechanizm wielokrotnie zwracał uwagę podczas wizytacji miejsc, w których przebywają osoby z niepełnosprawnościami, zalecając montaż i pilnowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy. W ocenie delegacji KMPT, z uwagi na różny stan zdrowia przyjmowanych pacjentów oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, sprawne przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne w pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, sypialnie). Ważne jest to również 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 opinii ekspertki Mechanizmu korzystniejszy wydaje się być system przyłóżkowy.

## **8. Rejestry, procedury i dokumentacja**

Placówka oprócz książki raportów pielęgniarskich nie prowadzi żadnych rejestrów. W szczególności brak jest rejestru stosowania przymusu bezpośredniego, wymaganego ustawą (zob. punkt 5. raportu), a także osób przyjętych do placówki (tzw. rejestr ewidencji), obrażeń, skarg, wydarzeń nadzwyczajnych (np. upadków, samouszkodzeń, etc.), zgonów, wyjść i odwiedzin. Wszystkie informacje o mieszkańcach znajdują się w indywidualnych teczkach. Dokumentacja lekarska znajduje się w przychodni, lecz w dniu wizytacji w placówce znajdowały się historie chorób mieszkańców. Placówka nie posiada ponadto żadnych procedur regulujących zasady postępowania personelu (np. w przypadku wystąpienia zachowań agresywnych wśród pensjonariuszy).



Mając powyższe na uwadze 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. Dokumentacja prowadzona w taki sposób 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, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (zob. przykładowo raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, paragrafy 49-52).

## **9. Personel**

W dniu wizytacji w placówce zatrudnione były następujące osoby: 5 pielęgniarek dyplomowanych (jedna zatrudniona na etat, pozostałe na umowę zlecenie), 10 opiekunek, rehabilitant, kucharki, personel sprząający oraz psycholog, pełniący również rolę terapeuty zajęciowego.

Personel opiekuńczy zatrudniony jest w 12-godzinnym systemie zmianowym, pielęgniarski zaś w systemie 24-godzinnym. W porze dziennej na zmianie dostępne są 1 pielęgniarka i 3 opiekunki, w nocy - 1 pielęgniarka i 1 opiekunka. W opinii ekspertki KMPT nie jest wskazane, by pielęgniarki mogły pełnić tak długie, dobowe dyżury. Nie ulega wątpliwości, że osoba pracująca bez przerwy przez tak długi okres czasu nie może być w pełni sprawna ani fizycznie, ani psychicznie. Tak skonstruowane czasowo dyżury mogą prowadzić też do poważnych problemów w funkcjonowaniu placówki oraz braku odpowiedniej opieki nad pensjonariuszami.

Zgodnie z otrzymanymi w trakcie wizyty informacjami przeciwko pracownikom Domu nie toczą się postępowania karne związane z niewłaściwym traktowaniem mieszkańców. Kierownik nie miała wiedzy o ewentualnych wyrokach karnych wobec zatrudnionego personelu, w tym orzeczonych środkach karnych, wykluczających możliwość pracy w placówce.

Jak ustaliła delegacja KMPT, pracownicy są przygotowani i mogą wykonywać swoją pracę, mimo tego konieczne jest wsparcie merytoryczne personelu. Pracownicy placówki brali udział w nielicznych szkoleniach (BHP, PPOŻ, procedury higieniczne, postępowanie z mieszkańcami z Chorobą Alzheimera, postępowanie z odpadami medycznymi, zapobieganie zakażeniom wewnętrznym, itp.). Z każdym nowym pracownikiem przeprowadzana jest również rozmowa

dotycząca m.in. zasad postępowania i odpowiedniego stosunku do mieszkańców, poprawnego zachowania, empatii itp.

W opinii KMPT w celu wzmocnienia kompetencji pracowników i tym samym ochrony przebywających w niej mieszkańców przed niewłaściwym traktowaniem zalecane 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. Wskazane byłoby objęcie wymienionymi wyżej szkoleniami jak największej liczby osób zatrudnionych w placówce, tym bardziej, że według kierownik ds. medycznych w placówce w przeszłości dochodziło do sytuacji obiektywnie trudnych np. agresywne zachowania mieszkańców.

Mechanizm zwrócił również uwagę na fakt, że personel nie posiadał informacji na temat międzynarodowych standardów praw człowieka, praktyk i protokołów, które powinny być stosowane podczas wykonywania swoich obowiązków. Obejmuje to brak wiedzy wśród personelu na temat *Podręcznika skutecznego dochodzenia i dokumentacji tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania (Protokół Stambulski)*<sup>7</sup>, który jest ważnym narzędziem służącym do identyfikacji i dokumentowania tortur i złego traktowania. Takie kształcenie i szkolenie jest wymagane w celu zapobiegania naruszeniom praw człowieka i promowania kultury szacunku dla ludzkiej godności.

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).

---

<sup>7</sup> Protokół Stambulski dostępny jest pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protokol-stambulski>.

## **10. Prawo do informacji i mechanizm skargowy**

W czasie wizytacji na tablicy ogłoszeń dostępne były informacje dotyczące organizacji życia w placówce, zezwolenia na prowadzenie działalności oraz regulamin pobytu w placówce. Warto również w ogólnodostępnym miejscu wyeksponować adresy 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 Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, wybranych organizacji pozarządowych np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).

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. 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 pozbawienia wolności, 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 zabezpieczeniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy.

W swoim najnowszym sprawozdaniu z działalności w 2017 r. CPT podkreślił znaczenie dostępu do mechanizmu skargowego jako fundamentalnej gwarancji prewencji tortur we wszystkich miejscach, w których przebywają osoby wbrew własnej woli<sup>8</sup>.

Wątpliwości KMPT budzi także dostęp mieszkańców i ich rodzin do mechanizmów skargowych. Na terenie placówki nie ma bowiem żadnych informacji o możliwościach złożenia skargi - mogą być one przekazywane tylko w formie ustnej kierownikowi, czy właścicielowi. Nie są też nigdzie udokumentowane.

Niezwykle ważne jest, aby w każdym miejscu odosobnienia funkcjonował wewnętrzny mechanizm składania skarg. Oczywiście, składający skargę powinni mieć możliwość bezpośredniego zwrócenia się do zewnętrznych organów ds. skarg. Skargi z kolei powinny być rozpatrywane szybko i dokładnie zgodnie z jasną procedurą, która chroni daną osobę przed możliwym zastraszeniem lub represjami<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 68-91.

<sup>9</sup> Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 68-91.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika, jak i dla jego opiekuna. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)<sup>10</sup>.

Komitet zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, nieletnich, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem oficjalnego języka zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców<sup>11</sup>.

Szczególnie ważne jest zatem, by mieszkańcy zostali w sposób dla nich zrozumiały pouczeni o tym, że przysługuje im prawo do zwrócenia się z wnioskiem do określonych instytucji i organizacji, a także mieli wiedzę o tych instytucjach.

## **11. Prawo własności**

Rzeczy osobiste mieszkańcy mogą przechowywać w szafkach. Pensjonariusze mają możliwość zamykania pokoi na klucz. W momencie wizytacji z tego prawa korzystała jedna osoba. Administracja Domu nie przechowuje dowodów osobistych mieszkańców. Mieszkańcy podczas rozmów z wizytującymi nie zgłaszali uwag dotyczących prawa własności.

## **12. Opieka lekarska i dokumentowanie obrażeń**

W placówce przebywają osoby starsze, nie będące w stanie funkcjonować samodzielnie, jak również osoby chore przewlekle somatycznie po udarach, złamaniach szyjki kości udowej z długoletnią cukrzycą, chorobą Parkinsona, chorobą Alzheimera, stwardnieniem rozsianym oraz zmianami miażdżycowymi naczyń obwodowych. W dniach wizytacji u prawie wszystkich mieszkańców konieczne było stosowanie pieluchomajtek. Kilka osób porusza się na wózkach, które stanowią własność placówki. Zdecydowana większość mieszkańców korzysta z chodzików; kilku pacjentów jest leżących. Opieka medyczna jest sprawowana przez lekarza z pobliskiej przychodni oraz zespół pielęgniarski. Lekarz, specjalista chorób wewnętrznych przyjmuje pacjentów raz w tygodniu. Przy przyjmowaniu do placówki nowej osoby dyrekcja

---

<sup>10</sup> Tamże, § 79.

<sup>11</sup> Tamże, § 83.

sugeruje przepisanie jej do tego lekarza, na co rodzina czy mieszkaniowiec zawsze do tej pory wyrażały zgodę.

W placówce nie ma jednakże praktyki badania wstępnego każdego nowoprzyjętego mieszkańca bezpośrednio po przyjęciu do placówki. Nowoprzyjęci pacjenci badani są dopiero podczas planowanej wizyty lekarza.

KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą te osoby 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 mieszkańców<sup>12</sup>.

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.

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 traktowania<sup>13</sup>. SPT zaleca, by zapis takiego badania zawierał:

- historię medyczną mieszkańca, w tym wszelkie zarzuty dotyczące niedawnej przemocy, tortur lub złego traktowania;
- wystąpienie jakiegokolwiek dyskomfortu lub objawów;
- wynik badania klinicznego, w tym opis zaobserwowanych obrażeń i opis, w jaki sposób takie obrażenia zostały poniesione;
- wskazanie, czy zbadano cały organ;
- wniosek pracownika służby zdrowia dotyczący tego, czy wszystkie zarejestrowane elementy są spójne<sup>14</sup>.

KMPT zachęca też do dokumentowania w formie fotograficznej odleżyn i obrażeń, za zgodą pensjonariuszy lub ich opiekunów prawnych (w przypadku osób

---

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61.

<sup>14</sup> Tamże, § 57.

ubezwłasnowolnionych, nie będących w stanie samodzielnie wyrazić swojej woli). Dokumentacja fotograficzna mogłaby być dołączana do akt medycznych pacjenta. Praktyka taka jest spotykana w placówkach wizytowanych przez Mechanizm (m.in. oddziałach psychiatrycznych, zakładach opiekuńczo-leczniczych) i jest ważnym zabezpieczeniem w prewencji tortur.

Poza wyżej wspomnianymi kwestiami ekspertka KMPT zauważa, że u wszystkich nowych pacjentów poza badaniem podmiotowym i przedmiotowym wykonywane są badania biochemiczne w pierwszych dniach pobytu (o ile nie były dostarczone); badania te są powtarzane corocznie u wszystkich; w razie potrzeby częściej. Każdorazowo lekarz w asyście pielęgniarki robi obchód wszystkich mieszkańców; następuje kontynuacja lub zmiana leczenia, zlecane lub kontrolowane są badania, zlecane konsultacje itp. Lekarz przychodzi też dodatkowo na wezwanie. W przypadkach nagłych zachorowań, ciężkich stanów, także w godzinach nocnych wzywane jest pogotowie ratunkowe lub nocna pomoc lekarska. W Domu nie odbywają się natomiast żadne konsultacje specjalistyczne. W przypadku wystąpienia potrzeby takiej konsultacji, czy badań diagnostycznych pacjenci są dowożeni do odpowiednich placówek, zazwyczaj w Warszawie. Transport, w miarę możliwości zapewnia placówka, lecz, ze względu na małą obsadę personelu, pacjentowi musi towarzyszyć rodzina.

Pielęgniarki wykonują wszelkie zabiegi higieniczno-sanitarne (poza pobieraniem materiału do badań biochemicznych. Uczestniczą w obchodach, zamawiają, rozkładają i roznoszą leki, wykonują iniekcje, kontrolują ciśnienie i glikemię, sprawdzają zmiany na skórze pod kątem odleżyn, a w razie ich wystąpienia pielęgnują je i leczą, zakładają opatrunki, cewnikują kobiety itp.

Jak wskazuje ekspertka KMPT, leki rozkruszone podaje się tylko osobom mającym trudności w połykaniu; nie podaje się leków bez zgody pacjenta. Leki nasenne podawane są sporadycznie, natomiast leki psychotropowe tylko i wyłącznie ze wskazań lekarzy psychiatrów. W placówce nie ma żadnych leków p-wstrząsowych, podawanych w nagłych stanach. Brakuje również wagi i odsysacza.

Ekspertka zwraca uwagę na bogatą dokumentację pielęgniarską. Każdy z mieszkańców ma założoną teczkę, w której znajdują się m.in. karty leczenia szpitalnego, wyniki badań, historia choroby założona przez pielęgniarki w pierwszych dniach przyjęcia z uwzględnieniem wielu danych dotyczących stanu fizycznego i psychicznego, istniejących schorzeń, stopnia sprawności itp. Wszystkie zlecenia lekarza, dyktowane pielęgniarce są sygnowane podpisem i pieczęcią lekarską. W osobnych zeszytach wpisywane są pomiary ciśnienia, glikemii, zeszyt iniekcji, opatrunków, leków okulistycznych. Wykonanie zabiegów jest podpisane przez

pielęgniarkę. Raporty prowadzone dokładnie, z uwzględnieniem wszelkich zmian w stanie zdrowia, stanów gorączkowych, wykonanych zleceń.

Pomimo tych niewątpliwych pozytywów delegacja KMPT zauważyła, że placówka nie posiada dyżurki lekarskiej ani gabinetu zabiegowego. Wizyty lekarskie, jak również wszelkie zabiegi pielęgnacyjne odbywają się w pokojach mieszkalnych. Szafki z lekami, dokumentacją pielęgniarską znajdują się w niewielkim pokoju kierownictwa, w którym brak jest umywalki. Są w tym pomieszczeniu natomiast przyjmowani interesanci, odbywają się rozmowy z pracownikami oraz przechowywana jest wszelka dokumentacja. W opinii ekspertki KMPT taki stan rzeczy jest nie do przyjęcia. Wysoce konieczne jest zatem, nie bacząc na trudności lokalowe, wyodrębnienie osobnej dyżurki, a także zakupienie najpotrzebniejszego sprzętu w sytuacjach nagłego zagrożenia życia.

Ekspertka KMPT widzi także potrzebę przeprowadzania na miejscu konsultacji psychiatrycznych, które są organizowane w innych placówkach wizytowanych tego typu.

### **13. Rehabilitacja i rekreacja**

Rehabilitacja odbywa się w suterenie, w pokoju wyposażonym w drabinki, rotory, ugiel, piłkę rehabilitacyjną – ogranicza się zatem do kinezyterapii. Rehabilitant pracuje w dni powszednie od 8.00 do 16.00. Oprócz zajęć indywidualnych i grupowych prowadzi również rehabilitację przyłóżkową.

W placówce zatrudniony jest również psycholog, który jest obecny 2 razy w tygodniu. Poza oddziaływaniami indywidualnymi prowadzi również terapię zajęciową - arteterapię oraz biblioterapię. Przeciętnie raz w tygodniu odbywa się także muzykoterapia.

W kwestii działalności kulturalnej placówka uroczyście organizuje urodziny mieszkańców; latem odbywa się grill. Przygotowywane są także bloki tematyczne związane z aktualnymi świętami oraz wyjazdy nad Zalew Zegrzyński, a także odbywają się przedstawienia organizowane dla pensjonariuszy przez dzieci ze szkoły w Józefowie np. jasełka.

### **14. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami**

Podczas oglądu Domu delegacja KMPT stwierdziła, że budynek jest w znacznym stopniu przystosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, jednakże podjazd do placówki jest stromy. KMPT poddaje w wątpliwość, czy starszy człowiek poruszający się samodzielnie na wózku będzie w stanie zarówno wjechać na podjazd, jak i z niego zjechać.

Z windy wewnętrznej natomiast (w której nie mieści się łóżko) mieszkańcy mogą korzystać wyłącznie w asyście pracownika. Można odnieść wrażenie, że osoby leżące są praktycznie

uwięzione w pokoju, ponieważ nie mogą być zwiezione np. na zewnątrz, czy na taras. Nie mogą uczestniczyć w uroczystościach z innymi mieszkańcami w jadalni, która mieści się na parterze. Osoby leżące nie mogą też być wykąpane w dużym pokoju kąpielowym, znajdującym się w suterenie. Ten czynnik stanowi więc istotną przeszkodę w ich aktywizacji.

Mechanizm zauważa w tym względzie bariery architektoniczne, zachęca jednak placówkę do próby rozwiązania trudnej sytuacji leżących mieszkańców.

### **15. Prawo do praktyk religijnych**

Dom odwiedzany jest przez księdza z pobliskiej parafii. Co tydzień odprawiane są msze święte. Posługa duchownego prowadzona jest nieodpłatnie. Ksiądz prowadzi rozmowy z mieszkańcami, udziela sakramentów - przychodzi na każdą prośbę.

Delegacja KMPT nie otrzymała negatywnych uwag mieszkańców w niniejszej kwestii.

### **16. Podsumowanie**

Mając na względzie potrzebę ochrony osób ubezwłasnowolnionych (jakkolwiek takich osób nie było w dniach wizytacji), w podeszłym wieku, przewlekłe chorych lub niepełnosprawnych przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, celowe jest uwzględnienie zaleceń zawartych w niniejszym raporcie.

Mając na uwadze fakt, że w czasie wizytacji przebywało w placówce więcej mieszkańców, niż przewiduje zezwolenie na jej prowadzenie, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur prosi właściciela o ustosunkowanie się do tej kwestii.

Zebrane podczas wizytacji informacje zostaną poddane analizie pod kątem zdiagnozowania ewentualnych nieprawidłowości i problemów systemowych, związanych z działalnością placówek zapewniających całodobową opiekę oraz ewentualnego sformułowania zaleceń do właściwych organów państwowych.

Jednocześnie Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur prosi właściciela o niezwłoczne pisemne ustosunkowanie się do kwestii, czy liczba miejsc w placówce jest zgodna z liczbą, która jest określona we wniosku o zezwolenie Wojewody.