

KMP.573.7.2019.MZ

Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji placówki całodobowej opieki – Domu Seniora „Elite Prestige” w Liczu
(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, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Mechanizm) dokonał w dniu 3 kwietnia 2019 r. wizytacji placówki całodobowej opieki Dom Seniora „Elite Prestige”, zlokalizowanej w Liczu 77 k. Kwidzyna (zwanej dalej: placówką lub Domem). W skład zespołu wizytującego wchodził: Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego) i Michał Żłobecki (prawnik) oraz Łukasz Kuczyński (prawnik, przedstawiciel Biura Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich w Gdańsku). W wizytacji wzięło również udział dr n. med. Jerzy Foerster – ekspert zewnętrzny KMPT z zakresu medycyny (specjalista chorób wewnętrznych i geriatry). Wyniki ekspertyzy w niezbędnym zakresie włączone zostały w treść niniejszego Raportu.

Wizytacja miała charakter zapobiegawczy. Jej celem, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, by wzmocnić, jeśli to niezbędne, ich ochronę przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawić rekomendacje właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- 1) przeprowadzono wstępną rozmowę z Jackiem Kopisto – prezesem zarządu, Wiesławą Hermanowicz – kierowniczką zespołu medycznego oraz Grażyną Kopisto – współwłaścicielką placówki, odpowiedzialną za jakość świadczonych usług;
- 2) dokonano oglądu placówki, w tym pokoi mieszkalnych, sanitariatów, jadalni, pomieszczeń terapii zajęciowej i zewnętrznego terenu rekreacyjnego;
- 3) w czasie oglądu placówki przeprowadzono rozmowy z mieszkańcami i personelem;
- 4) zapoznano się z dostępną na miejscu dokumentacją.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną wybranych pomieszczeń.

Ponadto po zakończeniu wizyty przeanalizowano pozostałą dokumentację, związaną z funkcjonowaniem placówki.

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

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT podczas przeprowadzanych przez nich wizytacji każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie, dyscyplinowanie, personel, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe. W niniejszym Raporcie nie opisywano całokształtu funkcjonowania Domu w zakresie tych zagadnień, lecz uwzględniono jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMPT wyróżniają jednostkę na tle pozostałych oraz te, które wymagają poprawy. Raport zawiera również sygnalizowane problemy o charakterze systemowym, wymagające zmiany na poziomie obowiązującego prawa.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec, członek personelu) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiejkolwiek 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 jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Ogólna charakterystyka placówki

Dom Seniora „Elite Prestige” działa na podstawie art. 67-69 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 1508). Prowadzony jest przez K.P.O. International Sp. z o. o.. Zezwolenie na działalność zostało wydane decyzją Wojewody Pomorskiego z dnia 26 czerwca 2013 r. (PS-IV.9423.1.14.2013).

Na mocy udzielonego zezwolenia placówka przeznaczona jest dla 36 osób (kobiet i mężczyzn) w podeszłym wieku, niepełnosprawnych, przewlekle chorych. W czasie wizytacji w Domu przebywało 30 mieszkańców. Koszt pobytu mieszkańca wynosi 2700-4500 zł miesięcznie. W zakresie potrzeb bytowych placówka zapewnia zakwaterowanie, zaopatrzenie w niezbędny sprzęt, meble, pościel, środki utrzymania czystości, wyżywienie z możliwością wyboru, również dietetycznego zgodnie z zaleceniami lekarza w ramach obowiązujących norm żywieniowych.

Przed wejściem do placówki znajduje się tablica z informacją o typie domu, podmiocie prowadzącym oraz numerze zezwolenia Wojewody Dolnośląskiego.

4. Dobre praktyki

Za godne podkreślenia dobre rozwiązania dotyczące traktowania mieszkańców w wizytowanej placówce KMPT uznał:

- urządzenie pokoju do indywidualnego kultu religijnego; msze święte i inne zbiorowe spotkania religijne odbywają się w obszernej sali o charakterze świeckim, pełniące funkcję świetlicy;
- bardzo dobre warunki bytowe, przejawiające się m. in. w umeblowaniu i wyposażeniu pokoi, jadalni, łazienek. Placówka posiada także własną oranżerię i duży ogród, w których mieszkańcy spędzają czas wolny.

5. Problemy systemowe

5.1. Legalność pobytu

Zasady pobytu w placówce i odpłatność za usługę reguluje umowa, zawierana na czas nieokreślony, z możliwością rozwiązania przez obie strony z jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia. Wizytujący z satysfakcją odnotowali, iż poza K.P.O. International Sp. z o. o. reprezentowanym przez Prezesa Zarządu (zwanym w umowie Zleceniobiorcą) oraz Zleceniodawcą stroną umowy jest także mieszkaniec placówki (zwany Pensjonariuszem).

W wyniku analizy zgromadzonej dokumentacji ujawniono jednak, iż nie na wszystkich umowach widniał podpis pensjonariuszy.

Wskazać także należy, iż sposób zawierania umów budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT w następujących sytuacjach:

a) umieszczanie w placówce osób ubezwłasnowolnionych

W odwiedzanych przez KMPT placówkach całodobowej opieki umieszczenie ubezwłasnowolnionego mieszkańca przez opiekuna prawnego w placówce następuje często z pominięciem zgody sądu. Podobnie było w wizytowanym Domu. Do dokumentacji osobowej mieszkanki, która została przyjęta do placówki załączone zostało postanowienie sądu o jej ubezwłasnowolnieniu, brak było natomiast zezwolenia sądu na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w placówce. W ocenie KMPT decyzja opiekuna prawnego o umieszczeniu w placówce jest istotna z perspektywy wolności osobistej i ważąca na życiu osoby, której dotyczy. Z tego powodu nie może być podejmowana bez stosownej zgody sądu. Zgodnie z art. 156 w związku z art. 175 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 682), 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. Smoczyński, *Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia*, Warszawa 2001, s. 431).

Ponadto Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu, w sprawie *Kędzior przeciwko Polsce* (wyrok z dnia 16 października 2012 r., skarga nr 45026/07), stwierdził, że 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* sporządzonej w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.).

W opinii KMPT, z uwagi na fakt, że ubezwłasnowolnienie w sposób istotny wpływa na możliwość autonomicznego podejmowania decyzji, a przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego wprowadzają zasadę ograniczonego zaufania do opiekunów prawnych, podjęcie decyzji o umieszczeniu w placówce powinno podlegać ocenie sądowej. Mechanizm

zachęca więc dyrektora placówki do weryfikowania, czy opiekun prawny uzyskał zgodę sądu na umieszczenie swojego podopiecznego w placówce. Stosowny odpis postanowienia sądu w tym zakresie powinien znaleźć się w dokumentacji Domu. Powyższa praktyka pozwoli na uniknięcie sytuacji, gdy postępowanie opiekuna byłoby niewłaściwe z uwagi na okoliczności, o których personel może nie mieć wiedzy, a które byłyby istotne z punktu widzenia dobra mieszkańca i zapewnienia mu właściwej opieki. Taka praktyka będzie też wyrazem troski o pensjonariusza i świadczyć będzie o wysokim standardzie sprawowanej opieki.

Mechanizm zachęca też kierownictwo placówki do przyglądania się postawie opiekunów prawnych i reagowanie na możliwe przejawy niedopełnienia przez nich obowiązków lub wręcz działania na szkodę podopiecznych. W przypadku zastrzeżeń do ich postawy, wszelkie uwagi w tej materii należy zgłaszać do sprawującego nadzór nad działalnością opiekuna – sądu opiekuńczego.

b) umieszczanie w placówce osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale ich stan zdrowia wyłącza możliwość rozeznania sytuacji, w której się znajdują oraz podejmowania decyzji.

Należy podkreślić, że w obecnym stanie prawnym brak jest możliwości ukształtowania umów o przyjęcie takiego mieszkańca do placówki, które byłoby całkowicie zgodne z przepisami. W tym zakresie istnieje bowiem luka prawna. Wszystkie wizytowane przez KMPT prywatne placówki całodobowej opieki borykają się z tym problemem poszukując optymalnych rozwiązań. Przedstawioną poniżej problematykę należy zatem rozpatrywać nie tyle przez pryzmat uchybień po stronie dyrekcji Domu, co braku stosownych regulacji. Wizytujący podkreślają, że dostrzegli po stronie kierownictwa Domu wyłącznie dobrą wolę w tym zakresie i chęć przyjęcia takich rozwiązań, które zapewniłyby mieszkańcom jak najlepszą opiekę.

W przypadku mieszkańców, którzy wprawdzie formalnie nie są ubezwłasnowolnieni i zachowują pełnię praw, ale faktycznie znajdują się w stanie psychicznym wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, w której się znajdują oraz podejmowania decyzji – uczynienie ich stroną umowy jest rozwiązaniem wadliwym. Oświadczenie woli złożone przez mieszkańca znajdującego się w takim stanie jest bowiem nieważne. Zgodnie z art. 82 *ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny* (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 1025), „nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności

psychicznych”. Nieważność oświadczenia woli mieszkańca pociąga za sobą nieważność (z mocy prawa) całej umowy, a co za tym idzie – brak podstawy do umieszczenia mieszkańca w Domu.

Właściwego rozwiązania nie stanowi również praktyka podpisywania w takich przypadkach umów wyłącznie przez „opiekuna mieszkańca”. Umowa jest wtedy podpisana przez podmiot niebędący jej stroną ani niemający upoważnienia do jej podpisania w imieniu mieszkańca („opiekun mieszkańca” nie jest bowiem z punktu widzenia prawa cywilnego opiekunem, o czym w dalszej części Raportu). Brak podpisu strony pod umową dekompletuje jej elementy konieczne (do których w przypadku umów pisemnych należy podpis – art. 78 § 1 kodeksu cywilnego), co w konsekwencji prowadzi także i w tym przypadku do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w Domu.

Placówkom całodobowej opieki nie można czynić zarzutu, że przyjmują osoby wymagające opieki mimo braku formalnego umocowania wnioskodawców. Czynią to bowiem mając na względzie dobro pensjonariusza. Nie można jednak tracić z pola widzenia, że jest to sytuacja niezgodna z prawem. Chodzi bowiem o podejmowanie przez osobę nieuprawnioną decyzji w sprawie wolności innej osoby. Taka sytuacja pozwala na podejmowanie przez jedną osobę arbitralnych decyzji w stosunku do drugiej osoby – słabszej i uzależnionej od pomocy innych. Tym bardziej, że umieszczenie w tego typu placówkach wiąże się ze znacznym ograniczeniem wolności i samodecydowania o swoim losie. Nie można wykluczyć, że w skrajnych przypadkach decyzja taka podjęta będzie z naruszeniem interesu pensjonariusza, np. w celu uzyskania dostępu do jego mieszkania. Zawieranie umów przez „opiekunów” 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. Istotna jest również kwestia odpowiedzialności cywilnej i karnej za decyzje o umieszczeniu pensjonariusza w placówce, co może się aktualizować w postępowaniu sądowym wszczętym przez samego pensjonariusza lub innych członków jego rodziny.

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 art. 32 *ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 125) czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym – art. 22 i 23 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, z 2019 r. poz. 730). 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. Obecnie osoba taka nie ma często wpływu na swoją przyszłość.

Adekwatnie, na konieczność sądowej kontroli umieszczeń osób, które nie mogą wyrazić zgody na przyjęcie, każdorazowo zwraca uwagę Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom (CPT), podczas wizytacji w domach pomocy społecznej i w instytucjach psychiatrycznych. Zdaniem CPT umieszczanie osób bez ich zgody (za zgodą opiekunów prawnych, na wniosek instytucji pomocowych), powinno być zawsze zabezpieczone kontrolą sądową¹. Każde przyjęcie osoby dorosłej, niezdolnej do wyrażenia zgody, powinno być zgłoszone właściwemu sądowi². Analogiczny problem, w odniesieniu do domów pomocy społecznej, dostrzegł 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 władzom krajowym podjęcie kroków, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie, nieposiadający opiekuna i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu³.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że wizytacje KMPT pozwoliły zdiagnozować analogiczny problem, dotyczący umieszczania osób nieubezwłasnowolnionych i niebędących w stanie z powodu stanu zdrowia samodzielnie złożyć podpisu pod wnioskiem o przyjęcie, w odniesieniu do zasad funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych o charakterze ogólnym. W związku z tym w dniu 9 grudnia 2018 r. Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Ministra Zdrowia o rozważenie podjęcia działań zmierzających do uregulowania przedstawionej kwestii na poziomie ustawowym⁴. W odpowiedzi z dnia 16 stycznia 2019 r. przedstawiciel resortu zdrowia wskazał, że powołany w przez Ministra Zdrowia Zespół do spraw opracowania propozycji ustawowych regulacji dotyczących praw i obowiązków pacjentów *nie stwierdził potrzeby zmiany regulacji prawnych w przedmiotowym zakresie i uznał, że aktualnie obowiązujące przepisy - w tym m.in. instytucja ubezwłasnowolnienia – należyście zabezpieczają zarówno prawa, jak i potrzeby pacjentów, w przypadku niemożności*

¹ Patrz: Raport CPT z wizyty w Azerbejdżanie w 2016 r., CPT/Inf (2018) 35, §197; Raport CPT z wizyt w Serbii w 2015 r., CPT/Inf (2016) 21, §204.

² Raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2010 r., CPT/Inf (2012) 9, §205.

³ Raport CPT z wizyty w Polsce w 2009 r., CPT/Inf (2011) 20, §166.

⁴ KMP.573.18.2018.

wyrażenia przez nich zgody na opiekę i leczenie w trybie pozaszpitalnym udzielane w zakładach opiekuńczych⁵. Problem pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez personel placówki wobec jednej z mieszkanek domu stosowany jest środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia na łóżku za pomocą pasów zabezpieczających. Zlecenie na stosowanie unieruchomienia wobec pensjonariuszki ze względu na możliwość upadku wydał na piśmie lekarz neurolog.

W świetle art. 18 ust. 2 *Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* użycie przymusu bezpośredniego poza szpitalem psychiatrycznym dozwolone jest jedynie w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, domach pomocy społecznej lub w dowolnym miejscu przez uprawnione podmioty (np. policja). W związku z powyższym w ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel placówek całodobowej opieki stanowi działanie nielegalne mogące wypełniać znamiona czynów zabronionych (naruszenie nietykalności cielesnej czy bezprawne pozbawienie wolności) ze względu na brak odpowiedniej podstawy prawnej. Brak jest bowiem regulacji prawnej stosowania środków przymusu bezpośredniego w tego typu placówkach.

W sytuacji uzasadniającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, np. gdyby mieszkaniec zagrażał życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, czy też gwałtownie niszczył lub uszkadzał przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu koniecznym jest, w opinii Mechanizmu, wezwanie pogotowia ratunkowego.

Ponadto artykuł 68a pkt 1 lit. d ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej *obliguje do ewidencjonowania przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ale nie stosowanego przez pracowników placówki całodobowej opieki, a przez podmioty uprawnione np. interweniujących funkcjonariuszy Policji, czy też personel pogotowia ratunkowego*. W placówce taki rejestr nie był jednak prowadzony. KMPT zaleca zatem stworzenie takiego dokumentu, co zrealizowałyby ustawowy wymóg. W opinii Mechanizmu prowadzenie takiej ewidencji ma także walor transparentności, służy kontroli częstotliwości i prawidłowości stosowania środka przez

⁵ ZPG.073.2.2019.

uprawnione podmioty. Stanowi więc ważne zabezpieczenie służące ochronie pensjonariuszy przed niewłaściwym traktowaniem.

Rzecznik Praw Obywatelskich w Wystąpieniu Generalnym z 27 czerwca 2016 r. zwrócił się do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej o uregulowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego w placówkach całodobowej opieki⁶. Minister podzieliła argumentację Rzecznika zapewniając, że w resorcie trwają działania zmierzające do wprowadzenia na gruncie ustawy o pomocy społecznej możliwości zatrudniania w takich placówkach personelu medycznego, który byłby uprawniony do stosowania środków przymusu. Niestety pomimo zapowiedzi Minister nie wprowadzono przedstawionych zmian. KMPT w dalszym ciągu przyglądać się będzie wskazanej kwestii.

6.2. Opieka medyczna i psychologiczna

Pacjenci przyjmowani są do placówki po akceptacji przez konsylium złożonego z lekarza, kierowniczkę zespołu medycznego oraz prezesa. Do placówki nie są przyjmowane osoby z zaburzeniami psychicznymi. Każdy z nowo przybyłych pensjonariuszy poddawany jest w pierwszej kolejności wstępnemu badaniu pielęgnarskiemu, w trakcie którego dokonywany jest również oględziny ciała w celu wykrycia odleżyn lub ewentualnych obrażeń. Informacja taka przekazywana jest następnie lekarzowi, który przeprowadza badanie mieszkańca w czasie dyżuru następującego po przyjęciu pensjonariusza do placówki.

KMPT każdorazowo rekomenduje także personelowi medycznemu korzystanie z map ciała, które są dostępne w *Protokole Stambulskim, czyli Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania*⁷. Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji wynika, iż personel medyczny nie był dotychczas szkolony ze znajomości Protokołu, dzięki któremu w łatwy sposób można oznaczyć np. odleżyny, czy ślady mogące świadczyć o stosowaniu przemocy. To niezwykle ważne szczególnie w przypadku pierwszego badania przy przyjęciu do placówki, a także przed jej opuszczeniem, lub po powrocie z dłuższej nieobecności np. z hospitalizacji. Prawidłowa dokumentacja tego typu obrażeń umożliwia wskazanie, w której placówce doprowadzono do powstania odleżyn.

Na co dzień opiekę medyczną sprawują 3 pielęgniarki. W dni powszednie w ciągu dnia przebywa jedna lub dwie pielęgniarki i 2 opiekunki. W dni wolne od pracy 1 pielęgniarka i 1 opiekunka. Dyżury nocne pełnią pielęgniarka i opiekunka w dni

⁶ KMP.575.13.2016.

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

powszednie oraz pielęgniarka i 2 opiekunki w dni wolne od pracy. W opinii obecnego podczas wizytacji eksperta pożądanym jest zatrudnienie dodatkowego personelu w wymiarze ½ etatu, tak aby zapewnić obsadę dyżuru w wymiarze 12 godzin w ciągu dnia. Wszyscy mieszkańcy objęci są opieką jednego lekarza POZ, zatrudnionego w NZOZ Kwidzyn przy ul. Zbożowej.

Lekarz dokonuje regularnych wizyt w placówce w każdy czwartek, podczas których przyjmuje pacjentów wskazanych przez kierowniczkę zespołu medycznego. Warto podkreślić, iż ze względu na fakt zamieszkiwania lekarza w pobliżu Domu, pojawia się on w placówce także poza wyznaczonym cotygodniowym dyżurem, po zgłoszeniu potrzeby przeprowadzenia konsultacji lekarskiej. Ze względu na gabinetu lekarskiego pacjenci konsultowani i badani są w jadalni. Co prawda na czas wizyt lekarskich mieszkańcy niepotrzebujący konsultacji umieszczani są w innych pomieszczeniach, rozwiązanie takie rodzi natomiast utrudnienia logistyczne i nie zapewnia dostatecznej intymności.

Konsultacje specjalistyczne odbywają się w poradniach w Kwidzynie, Prabutach oraz Elblągu. Mieszkańcy zdolni do transportu przewożeni są przez pracownika Domu lub członka swojej rodziny. Pensjonariusze okresowo konsultowani są także w placówce przez lekarzy specjalistów z zakresu psychiatrii, neurologii, chirurgii i ortopedii. Zgodnie z zawieraną umową Zleceniodawca pokrywa wszelkie koszty związane ze specjalistyczną opieką lekarską, jak również koszty specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych pensjonariusza. Wpisy konsultacji zamieszczone są w indywidualnych historiach choroby mieszkańców. Nie istnieje natomiast oddzielny rejestr tych konsultacji, przez co trudne jest ustalenie częstotliwości ich przeprowadzania.

Zdaniem eksperta lekarstwa przechowywane są właściwie, każdy mieszkaniec posiada swoje koszyczki do leków, podpisane, w każdym z nich znajdują się leki, które rozkładają pielęgniarki i dostarczane są do pokoju mieszkańca o właściwej porze zgodnie z koniecznością ich przyjęcia. Witaminy i suplementy diety mieszkańcy mogą przyjmować samodzielnie. Leczenie farmakologiczne prowadzone jest w sposób nowoczesny, nie stosuje się polipragmazji, czyli podawania zbyt dużej ilości leków jednocześnie. Podczas wizytacji nie zaobserwowano niedoboru leków, odpowiednio wyposażona była również apteczka.

W Domu funkcjonuje kuchnia, w której przygotowywane są posiłki zgodne z dietami: lekkostrawną, cukrzycową oraz wątrobową. W dniu wizytacji w placówce przebywało także dwoje mieszkańców z PEG-ami, którzy karmieni byli dojelitowo. W PCO nie ma miejsca rozdrabnianie leków i dosypywanie ich do posiłków lub napojów. Na zlecenie lekarza

prowadzącego dopuszczalne jest rozdrabnianie tabletek do PEG- a. Jest na to zlecenie lekarza prowadzącego.

Dostęp do informacji o stanie zdrowia i ewentualnych potrzebach pacjenta jest możliwy zarówno przez lekarza, jak również pielęgniarki, czy kierownictwo Domu. Osoby te mają wgląd do dokumentacji, zobowiązane są także udostępnić ją pacjentowi lub jego prawnemu opiekunowi. Dostęp do dokumentacji, gdy to konieczne, mają również lekarze specjaliści oraz ekipa pogotowia ratunkowego. Dokumentacja medyczna mieszkańców przechowywana jest na terenie placówki, co w opinii eksperta KMPT stanowi odpowiednią praktykę. W opinii eksperta istniejącą dokumentację należy poszerzyć o zeszyt dokumentujący specjalistyczne konsultacje lekarskie oraz zeszyt z wynikami pomiarów ciśnienia tętniczego krwi.

W placówce zatrudniona jest fizjoterapeutka, która organizuje terapię w postaci grupowej gimnastyki, a także indywidualne usprawnianie: ćwiczenia czynne i bierne, masaże. Istnieje odpowiednia sala do gimnastyki, wyposażona m.in. w rowerek stacjonarny oraz drobny sprzęt rehabilitacyjny.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez kierownictwo, mieszkańcy Domu nie są objęci stałą opieką psychologiczną. W opinii wizytującego placówkę eksperta, ze względu na fakt przebywania w placówce osób o obniżonym nastroju oraz z demencjami, wskazana jest organizacja regularnych spotkań z psychologiem.

6.3. Traktowanie mieszkańców

Delegacja KMPT nie odnotowała sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców. Przeciwnie, opinie na temat personelu były pozytywne. Podczas wizyty delegacji KMPT pokoje pozostawały otwarte. Personel starał się aktywizować mieszkańców do opuszczania swoich pokoi. W placówce prowadzone są zajęcia terapii zajęciowej, ergoterapia, muzykoterapia. Mieszkańcy domu są także odwiedzani przez młodzież z okolicznych szkół. Atmosfera w placówce sprawiała wrażenie życzliwej, pełnej szacunku do drugiego człowieka i przychylnej mieszkańcom. Pensjonariusze mogą swobodnie korzystać z oranżerii oraz dużego ogrodu.

W placówce obowiązują jednak ograniczenia związane z wychodzeniem mieszkańców poza teren placówki. Pensjonariusz może opuścić placówkę wyłącznie w towarzystwie członka rodziny lub opiekuna. W opinii KMPT jedynymi czynnikami branymi pod uwagę przy wydawaniu decyzji o możliwości samodzielnych wyjść powinny być wola mieszkańca oraz stan jego zdrowia. Opinia o stanie zdrowia mieszkańca stanowiąca podstawę do

ograniczenia swobody w zakresie opuszczania placówki powinna być sporządzona przez lekarza (np. internistę, geriatrę) lub lekarza psychiatrę, posiłkujących się w razie możliwości opinią psychologa, z uwagi, iż są to jedyne osoby uprawnione do oceny stanu psychosomatycznego pensjonariuszy⁸. Opinia ta powinna znajdować się w dokumentacji mieszkańca.

6.4. Personel

Jak ustaliła delegacja KMPT, pracownicy placówki mają odpowiednie wykształcenie i są przygotowani do wykonywania swej pracy. W opinii KMPT, w celu wzmocnienia kompetencji pracowników i tym samym ochrony przebywających w niej mieszkańców przed niewłaściwym traktowaniem, należałoby jednak rozważyć poszerzenie oferty szkoleń dla personelu (w latach 2018-2019 przeprowadzono szkolenia z zakresu pierwszej pomocy, personel przechodził również kurs dla opiekunów medycznych). Z uwagi na specyfikę placówki zalecane byłoby zorganizowanie szkoleń z zakresu sprawowania opieki nad osobami z niepełnosprawnością i w trudnym stanie emocjonalnym, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Niewątpliwie pożądanym byłoby również przeprowadzenie szkolenia z zakresu identyfikacji ofiar tortur lub innych form złego traktowania, zgodnie z wytycznymi *Protokołu stambulskiego*.

Pożądane byłoby objęcie wymienionymi szkoleniami jak największej liczby osób zatrudnionych w placówce. Zgodnie bowiem z *Rekomendacją CM/Rec (2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich z dnia 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, opiekunowie tacy powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie i wsparcie, aby umożliwić im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy (art. 34).

⁸ Powyższy problem był też opisywany w odniesieniu do domów pomocy społecznej. Zobacz: raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur pt. *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami ?*, Warszawa 2017, s. 71. Raport dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkancow-domow-pomocy-spoecznej>.

6.5. Prawo do informacji

Podczas wizytacji KMPT zwraca uwagę na to, czy mieszkańcy odwiedzanych placówek są poinformowani w sposób zrozumiały o swoich prawach oraz czy wiedzą, do jakich osób oraz instytucji mogliby zwrócić się w przypadku ich naruszenia. Wypracowaną w tej kwestii praktyką jest stworzenie i umieszczenie w widocznych miejscach na terenie domu wykazu instytucji stojących na straży praw człowieka i sprawujących nadzór nad działalnością placówki. W wizytowanej placówce brak było takiej informacji. Wykaz powinien zawierać dane teleadresowe wraz z numerami telefonów. Przykładowo można tutaj wskazać: Rzecznika Praw Obywatelskich (bezpłatna infolinia 0 800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta, właściwy miejscowo sąd opiekuńczy, Wydział Polityki Społecznej Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego, właściwy komisariat Policji, organizacje pozarządowe.

Powyższa praktyka umożliwia samym mieszkańcom, ich opiekunom oraz innym osobom skuteczną interwencję w przypadku naruszenia praw mieszkańca. Może też wywierać efekt odstraszący wobec osób chcących dopuścić się przemocy. W swoim 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 woli. W ocenie CPT efektywne mechanizmy skargowe mogą nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji (*Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 68-91*).

7. Podsumowanie

Kierując się dobrem osób zamieszkujących placówkę całodobowej opieki wskazane byłoby wdrożenie standardów opisanych w niniejszym Raporcie.

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

8. Zalecenia

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

- I. odstąpienie od stosowania przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców przez personel placówki;
- II. utworzenie rejestru zastosowania przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców Domu przez podmioty uprawnione np. interweniujących funkcjonariuszy Policji, czy też personel pogotowia ratunkowego.