

BPW.573.1.2020.NK

Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji placówki całodobowej opieki – Domu Seniora „Leśne Zacisze ” w Kliczkowie
(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, Krajowy Mechanizm), dokonał w dniach 17-18 lutego 2020 r. wizytacji placówki całodobowej opieki Dom Seniora „Leśne Zacisze” w Kliczkowie (zwanej dalej: placówką lub Domem). W skład zespołu wizytującego wchodził: Przemysław Kazimirski (Dyrektor Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, prawnik), Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz dr Natalia Kłaczyńska (Zastępca Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich we Wrocławiu, prawnik).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, by wzmocnić, jeśli to niezbędne, ich ochronę przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawić rekomendacje właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobieganie torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, w zgodzie z odpowiednimi standardami organizacji międzynarodowych.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- 1) przeprowadzono wstępną rozmowę z Anetą Lisiecką-Myszakowską– dyrektorem placówki;
- 2) dokonano oglądu placówki, w tym pokoi mieszkalnych, sanitariatów, jadalni, gabinetu pielęgniarskiego;
- 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.

Wizytujący poprosili także o pozostałą dokumentację, związaną z funkcjonowaniem placówki. Miała ona zostać dostana w określonym terminie. Niestety mimo kilkukrotnych ponagleń, dyrektor placówki nie udostępniła tej dokumentacji. Tym samym nie była możliwa realizacja standardu określonego w art. 20 pkt b) OPCAT, zgodnie z którym przedstawiciele KMPT powinni mieć zapewniony dostęp do wszystkich informacji dotyczących traktowania osób pozbawionych wolności, jak również warunków ich zatrzymania. Wizytujący nie mogli zatem dokonać pełnej oceny działalności Domu.

W przedmiocie zainteresowania przedstawiciele 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, legalność pobytu. W niniejszym Raporcie nie opisywano całokształtu funkcjonowania Domu w zakresie tych zagadnień, lecz uwzględniono jedynie te obszary, 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 „Leśne Zacisze” funkcjonuje na podstawie art. 67-69 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1507, zwanej dalej u.p.s.). Zezwolenie na działalność zostało wydane decyzją Wojewody Dolnośląskiego nr ZP-KNPS.9423.2.2016.EP z dnia 28 września 2016 r.

Zgodnie z tą decyzją placówka przeznaczona jest dla 9 osób (kobiet i mężczyzn) w podeszłym wieku, niepełnosprawnych, przewlekle chorych. Pensjonariusze zakwaterowani są w dwu- i trzyosobowych pokojach zlokalizowanych w niewielkim budynku położonym w otoczeniu lasu. Koszt pobytu mieszkańca wynosi 2900 zł miesięcznie. W ramach tej kwoty placówka zapewnia zakwaterowanie, meble, pościel, środki utrzymania czystości, wyżywienie oraz całodobową opiekę.

4. Problemy systemowe

4.1. Legalność pobytu - 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 wadliwości obowiązujących powszechnie przepisów.

Wedle jednolitego wzorca, stosowanego wobec wszystkich mieszkańców, stronami umowy o umieszczenie w Domu są pensjonariusz, zleceniodawca (najczęściej ktoś z rodziny pensjonariusza) i placówka. 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 kodeksu cywilnego (ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1145), *„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.

Nie stanowi właściwego rozwiązania praktyka podpisywania umów przez „opiekuna mieszkańca”, w jego zastępstwie. 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 poniżej). 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.

Rozwiązaniem alternatywnym jest skonstruowanie umowy, której stroną byłaby osoba umieszczająca mieszkańca w domu („opiekun” – najczęściej członek rodziny), zawarta na rzecz mieszkańca. Takie rozwiązanie, co trzeba wyraźnie podkreślić, również jest obarczone wadami, co wynika z braku właściwej regulacji prawnej.

Osoby działające w imieniu pensjonariusza nie są bowiem w żaden sposób legitymowane – w świetle obowiązujących przepisów – do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia pensjonariusza w placówce całodobowej opieki. W szczególności – nie są przedstawicielami ustawowymi pensjonariusza, skoro nie jest on ubezwłasnowolniony i nie ustanowiono dla niego we właściwym trybie opiekuna. Podejmują zaś decyzję niezwykle istotną dla pensjonariusza.

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 dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 537) 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, poz. 1878). 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.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Legalność pobytu

Omawiając problem legalności pobytu mieszkańców w placówkach całodobowej opieki należy wskazać, że do umieszczenia w tego rodzaju placówce osoby całkowicie ubezwłasnowolnione konieczna jest zgoda sądu opiekuńczego. Wymóg istnienia tej zgody od dawna był obecny w porządku prawnym – wynikał on z przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego¹, zgodnie z którym opiekun prawny powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku ubezwłasnowolnionego.

Także Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie Kędzior przeciwko Polsce² stwierdził, iż w sytuacji, gdy umieszczenie osoby w zakładzie opiekuńczym zostało spowodowane przez przedstawiciela ustawowego bez dokonania kontroli jego prawidłowości

¹ Zob. art. 175 w związku z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2019, poz. 2086 z późn. zm.); 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.

² Zob. wyrok z dnia 16 października 2012 r., skarga nr 45026/07.

przez sąd, zachodzi naruszenie art. 5 ust. 4 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności³. Na potrzebę sądowej kontroli decyzji o umieszczeniu w domach opieki jako ważnej gwarancji zabezpieczającej mieszkańców przed złym traktowaniem, w tym pozbawianiem ich wolności wbrew woli, od lat wskazuje również Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom Rady Europy (CPT)⁴.

Wymóg istnienia zgody w sposób jednoznaczny został uregulowany w nowelizacji ustawy o pomocy społecznej⁵, która weszła w życie 1 stycznia 2020 r. Zgodnie z art. 68c u.p.s., „osoba ubezwłasnowolniona całkowicie może być umieszczona w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie”. Art. 68a pkt 1 lit. f u.p.s. wymaga zaś, by w dokumentacji placówki znajdowało się postanowienie sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce.

W czasie wizytacji w placówce przebywała jedna osoba całkowicie ubezwłasnowolniona. W dokumentacji znajdowało się zezwolenie sądu opiekuńczego wydane opiekunowi tej osoby, ale dotyczyło ono umieszczenia w domu pomocy społecznej, nie zaś w placówce całodobowej opieki. Są to dwa odrębne rodzaje placówek, uregulowane w ustawie o pomocy społecznej. Różni je m.in. zakres określonych ustawowo praw mieszkańców i zakres kontroli przez organy publiczne. Zezwolenia dotyczące umieszczenia w domu pomocy społecznej nie można więc stosować na zasadzie analogii do umieszczenia w placówce całodobowej opieki.

W związku z tym KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji o zezwolenia sądu opiekuńczego na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w placówce całodobowej opieki, jak również sprawdzanie podczas przyjmowania nowych mieszkańców ubezwłasnowolnionych, czy udzielone jest stosowne zezwolenie.

³ Zob. Konwencja 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.).

⁴ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Zob. przykładowo: Raport CPT z wizyty w Bułgarii, CPT/Inf (2018) 15, § 170; Raport CPT z wizyty na Łotwie, CPT/Inf (2017) 16, § 155-156; Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 160, 164, 165.

⁵ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2019 poz. 1690)

Wątpliwości KMPT budzą niektóre zapisy umowy o świadczenie usług w placówce⁶. Zgodnie z jej § 5, za rzeczy wartościowe pensjonariusza, w szczególności pieniądze, biżuteria itp., pozostawione w pokoju lub na terenie Domu, placówka nie ponosi odpowiedzialności. Trzeba podkreślić, że postanowienie takie zostało uznane przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w opracowaniu *Domy opieki –Badanie wzorców umownych stosowanych w placówkach świadczących usługi w zakresie zapewnienia opieki osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku*⁷, za niedozwolone. Obowiązkiem domu opieki jest bowiem, w ocenie UOKiK, stworzenie możliwości zapewnienia bezpieczeństwa rzeczy osobistych. KMPT zwraca uwagę, że w wizytowanej placówce brak jest depozytu do przechowywania rzeczy wartościowych. Tym bardziej więc zapis wyłączający odpowiedzialność placówki za rzeczy pozostawione w pokojach uznać należy za naruszający prawo pensjonariusza do ochrony jego własności.

Należy podkreślić, że jeśli umowa, którą konsument już podpisał, zawiera niedozwolone postanowienia, to – zgodnie z definicją określoną w kodeksie cywilnym – nie wiążą one konsumenta z mocy prawa. Mając to na uwadze w ocenie przedstawicieli KMPT konieczna jest zmiana wzoru umowy i wyeliminowanie ww. postanowienia.

W umowie niedostatecznie uregulowano także kwestię kaucji, którą mieszkaniec lub zleceniodawca zobowiązani są (solidarnie) wpłacić najpóźniej w dniu przyjęcia mieszkańca do placówki, w wysokości jednomiesięcznej opłaty za pobyt w placówce. Brak mianowicie zapisu regulującego zwrot kaucji w przypadku rozwiązania umowy (znajduje się jedynie zapis dotyczący postępowania z kaucją na wypadek śmierci mieszkańca). O ile nie zachodzi potrzeba przeznaczenia kaucji na pokrycie różnorodnych kosztów w przypadkach uregulowanych w umowie, to brak jest podstawy umownej do żądania zwrotu kaucji przez mieszkańca, który opuści placówkę. Tym samym istnieje ryzyko nieuzasadnionego naruszenia jego własności. KMPT zaleca więc uregulowanie tej kwestii w umowie o świadczenie usług.

Zgodnie z aktualnym w czasie wizytacji zezwoleniem na prowadzenie placówki (decyzja Wojewody Dolnośląskiego nr ZP-KNPS.9423.2.2016.EP z dnia 28 września 2016 r.) placówka przeznaczona jest dla 9 osób. Tymczasem zakwaterowanych w niej było 14 osób. Wymaga podkreślenia, że niezgodność faktycznej liczby mieszkańców z obowiązującą decyzją jest stanem utrzymującym się placówce od dłuższego czasu, który był

⁶ Zapisy umowy, które nie dotyczą kompetencji KMPT, nie były przedmiotem analizy na potrzeby niniejszego Raportu.

⁷Patrz: https://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351

kwestionowany podczas kontroli Wojewody Dolnośląskiego przeprowadzonych w marcu 2019 r. i we wrześniu 2019 r.⁸

Dyrektor Domu poinformowała wizytujących o staraniach podjętych w celu zmiany zezwolenia i zwiększenia określonej w nim liczby mieszkańców. KMPT zaleca niezwłoczne dostosowanie liczby mieszkańców do obowiązującej decyzji.

5.2. Warunki bytowe

Ogólnie warunki bytowe oferowane mieszkańcom wizytujący ocenili jako dobre. Wątpliwości wzbudził brak klamek w oknach pokoi mieszkańców, przez co mieszkańcy nie mogą samodzielnie otworzyć okna (klamkami dysponuje personel). Dyrektor ośrodka wyjaśniła, że zdarzały się sytuacje, że mieszkańcy próbowali wychodzić na zewnątrz przez otwarte okna.

Rozumiejąc troskę o bezpieczeństwo pensjonariuszy, KMPT zaleca częstsze wietrzenie pokoi (niektórzy mieszkańcy skarżyli się na panujący zaduch). Rozważyć też można przywrócenie klamek i montaż w oknach ograniczników zapobiegających ich całkowitemu otwarciu przez mieszkańca.

Spośród pięciu pokoi, w których zakwaterowano pensjonariuszy, trzy z nich mają wyjścia wyłącznie na podwórko (tj. na teren zielony przylegający do budynku). Pokoje te na noc są zamykane od zewnątrz. Dyrektor placówki uzasadniła to potrzebą zagwarantowania mieszkańcom bezpieczeństwa (ochrona przed wejściem do pokoju osób trzecich, jak i przed niekontrolowanym wyjściem mieszkańca na zewnątrz i ryzykiem zagubienia się w lesie). Po kontroli Wojewody Dolnośląskiego, przeprowadzonej w Domu w marcu 2019 r., która zakwestionowała to rozwiązanie, pokoje nadal są zamykane, jednakże wprowadzono stałe obchody tych pokoi w porze nocnej, dokonywane co 15 minut. Mają one przyczynić się do zwiększenia nadzoru nad bezpieczeństwem mieszkańców. W czasie wizytacji mieszkańcy potwierdzili przedstawicielom KMPT, że obchody te rzeczywiście się odbywają. W ocenie KMPT należy jednak rozważyć przyjęcie rozwiązania, które zapewniłoby mieszkańcom możliwość opuszczenia pokoju w razie niebezpieczeństwa, jak również wezwania pomocy w nagłych przypadkach (np. zainstalowanie zamków w drzwiach, które mogą być otworzone od środka przez mieszkańców, sygnalizacja przyzywowa).

⁸ Wystąpienia pokontrolne: <https://bip.duw.pl/bip/kontrole-i-audyt-wewne/wyniki-kontroli-przepr/wydzial-zdrowia-i-polit/2019/3255,Oddzial-Kontroli-i-Nadzoru-w-Pomocy-Spolecznej.html>

Zasadnym byłoby także rozważenie wprowadzenia sygnalizacji we wszystkich pokojach i łazienkach. Zwiększyłyby to gwarancję właściwej reakcji na stany zagrożenia życia i zdrowia pensjonariuszy. Byłoby również ważne z perspektywy komfortu psychicznego pensjonariuszy. Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie także w związku 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), zgodnie z którą osoby niepełnosprawne powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

5.3. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

Spśród wszystkich mieszkańców Domu, tylko jedna osoba może wychodzić samodzielnie poza teren placówki. Pozostałe nie mają takiej możliwości. Dyrektor placówki uzasadniła to ich stanem psychofizycznym, powodującym ryzyko zagubienia się. Pozbawienie mieszkańców możliwości wyjść na zewnątrz jest w wizytowanej placówce decyzją dyrektora, podejmowaną po konsultacji z rodziną. Decyzje te nie znajdują żadnego odzwierciedlenia w formie odpowiedniego zapisu w dokumentacji mieszkańca.

Zgodnie z art. 68 ust. 2a u.p.s., „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 na uwadze wskazany wyżej przepis, każdy mieszkaniec z zaburzeniami psychicznymi, który nie może samodzielnie opuszczać terenu placówki, powinien otrzymać w tym zakresie odpowiednie zaświadczenie lekarskie. Należy podkreślić, że KMPT rozumie obawę właścicieli o bezpieczeństwo mieszkańców, szczególnie biorąc pod uwagę specyfikę placówki i stan jej pacjentów. Jednakże zgodnie z obowiązującymi przepisami, brak zgody na samodzielne opuszczanie placówki musi być poprzedzony konsultacją lekarską i wydaniem stosownego zaświadczenia. O jego wydaniu należy także powiadomić sąd opiekuńczy, w którego okręgu znajduje się placówka (art. 68 ust. 2c u.p.s.), do którego mieszkaniec i inne osoby wskazane w ustawie mogą złożyć wniosek o uchylenie ograniczenia.

Pozbawienie mieszkańców możliwości wychodzenia poza teren placówki, które następuje z naruszeniem wspomnianych procedur, należy uznać za niezgodne z prawem organicznie ich wolności osobistej. Zgodnie z art. 41 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Wolność osobista oznacza „możliwość podejmowania przez jednostkę decyzji zgodnie z własną wolą, dokonywania swobodnego wyboru postępowania w życiu publicznym i prywatnym, nieograniczonego przez inne osoby”⁹. Zgodnie z dalszą treścią art. 41 ust. 1, „pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie” – w tym przypadku chodzi o przywołane wyżej normy ustawy o pomocy społecznej. Ograniczenie wolności osobistej poprzez reglamentację wyjść mieszkańców poza teren placówki może więc nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonym w tej ustawie.

Warto dodać, że zgodnie z art. 68 ust. 2h u.p.s., „za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie w zakresie ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez osobę w niej przebywającą odpowiedzialność ponosi podmiot prowadzący placówkę”.

5.4. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur i złego traktowania. Otrzymanie przez mieszkańca zrozumiałych informacji o istotnych dla niego kwestiach (np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg) zwiększa poczucie bezpieczeństwa i ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy. Dlatego niezwykle ważne jest, by wszelkie informacje w tym zakresie były widoczne i czytelne, zarówno dla mieszkańców, osób odwiedzających, jak i personelu.

Podczas wizytacji KMPT zwraca m. in. uwagę na to, czy mieszkańcy odwiedzanych placówek wiedzą, do jakich osób oraz instytucji mogliby zwrócić się w przypadku naruszenia ich praw. 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 teled adresowe wraz z numerami telefonów. Przykładowo można tutaj wskazać: Rzecznika Praw Obywatelskich (bezpłatna infolinia

⁹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 października 2011 r., K 16/10, Dz. U. z 2011 r., Nr 240, poz. 1436.

0 800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta, właściwy miejscowo sąd opiekuńczy, Wydział Polityki Społecznej Dolnośląskiego 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. 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).

W czasie wizytacji przed wejściem do placówki nie było tablicy zawierającej informację o rodzaju posiadanego zezwolenia oraz numer wpisu do rejestru placówek, która to informacja jest wymagana ustawą¹⁰. Ponadto na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku, powinny zostać umieszczone informacje dotyczące zakresu działalności prowadzonej w placówce, podmiotu prowadzącego placówkę, w tym informacje o siedzibie lub miejscu zamieszkania¹¹. KMPT zwraca uwagę na konieczność uzupełnienia powyższych informacji.

Na terenie placówki nie ma wyeksponowanych informacji o sposobie składania skarg. Nie funkcjonuje też rejestr skarg. CPT podkreśla znaczenie dostępu do mechanizmów skargowych jako fundamentalnej gwarancji ochronnej przed niewłaściwym traktowaniem. Efektywne działanie takich mechanizmów może 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. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi¹².

CPT 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 w oficjalnym języku

¹⁰ Zob. art. 68a ust. 2 u.p.s.

¹¹ Zob. art. 68a ust. 3 u.p.s.

¹² Tamże, § 68-91.

zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców¹³. Szczególnie ważne jest więc, by pensjonariusze 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.

CPT zachęca też do utworzenia poufnego rejestru skarg, zawierającego: nazwiska skarżących, rodzaj i przedmiot skarg, wynik procedury składania skarg i procedury odwoławczej, działania następcze podjęte w celu naprawienia zarzucanej sytuacji oraz wszelkie rekompensaty przyznane skarżącym. Zapisy rejestru powinny służyć jako narzędzie zarządzania¹⁴.

Rejestr powinien mieć charakter poufny i dostępny wyłącznie dla właściciela placówki, ewentualnie wyznaczonego pracownika. Niewłaściwe byłoby funkcjonowanie rejestru dostępnego dla wszystkich pracowników. Rozwiązanie takie mogłoby wręcz zniechęcić do składania skarg, w obawie przed ujawnieniem osoby zgłaszającej i możliwymi represjami. Funkcjonowanie rejestru skarg pozwoli na odnotowanie problemów pojawiających się w placówce, co ułatwi zarządzanie takimi incydentami oraz sprawowanie nadzoru nad częstotliwością ich występowania. Jak bowiem wskazuje CPT brak skarg nie musi być koniecznie uznawany za pozytywny. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego¹⁵.

5.5. Opieka medyczna

W placówce zatrudniona jest pielęgniarka, obecna w dni robocze. Opiekę lekarską nad pensjonariuszami sprawuje lekarz z pobliskiej przychodni. Placówka zapewnia także wizyty (wyjazdowe) u lekarzy specjalistów i dostęp do badań. W czasie nieobecności pielęgniarki, leki, wcześniej przez nią przygotowane, wydawane są mieszkańcom przez opiekunki.

Leki przeznaczone dla mieszkańców i inne środki medyczne przechowywane są w gabinecie pielęgniarki. Jedyne wejście do tego gabinetu prowadzi przez trzyosobowy pokój mieszkanek. W czasie wizytacji, już po zakończeniu pracy przez pielęgniarkę i opuszczeniu przez nią placówki, drzwi od tego gabinetu pozostawały otwarte na oścież. W pokoju, przez który przechodzi się do gabinetu, zakwaterowane były także osoby samodzielnie chodzące. Sytuacja ta niewątpliwie stwarzała zagrożenie dla bezpieczeństwa mieszkańców. Niektóre leki znajdowały się bowiem w tym gabinecie na biurku, niczym nie zabezpieczone (przeznaczone

¹³ Tamże, § 83.

¹⁴ Tamże, § 90.

¹⁵ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, § 91].

do bieżącego wydania mieszkańcom). Wśród nich znajdowały się także leki psychoaktywne (np. Hydroksyzyna). Istniało zatem niebezpieczeństwo, że mieszkańcy zażyją leki bez nadzoru medycznego. Ponadto w gabinecie tym przechowywana jest dokumentacja medyczna wszystkich mieszkańców, a więc dane wrażliwe, które powinny być odpowiednio zabezpieczone. Ponadto należy zauważyć, że odwiedziny mieszkańców mogą odbywać się w ich pokojach, zatem dostęp do tego pomieszczenia mogły mieć również osoby odwiedzające.

Krajowy Mechanizm zaleca bezwzględne zamykanie na klucz gabinetu pielęgniarskiego w czasie nieobecności w nim personelu placówki.

Warto także rozważyć inną lokalizację tego gabinetu, by zapewnić niezależny dostęp do niego, bez konieczności przechodzenia przez pokój mieszkańców, które może być odbierane jako naruszenie ich prawa do prywatności.

Zagadnieniem pozostającym każdorazowo w zainteresowaniu Krajowego Mechanizmu jest realizacja prawa pacjentów do informacji odnośnie stosowanej wobec nich farmakoterapii. Z informacji uzyskanych przez wizytujących wynika, iż zdarzało się, że w sytuacji w której pacjent odmawiał i nie chciał przyjąć leków, leki te podawano potajemnie – rozkruszone czy rozpuszczone w jedzeniu.

KMPT neguje praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez pacjenta. Zaznaczyć należy, iż każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Pacjent musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli nie będzie miał takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia odmówi przyjęcia leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie miał wówczas świadomości, że przyjął lek, został mu wówczas podany podstępem). Przedstawiciele KMPT zalecają zatem zaprzestanie praktyki podawania mieszkańcom bez ich wiedzy.

Podkreślić również należy, że rozkruszanie lekarstw nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nich zawarta dostanie się do krwiobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

Krajowy Mechanizm nie zgłasza zastrzeżeń w sytuacji, gdy zgodnie z zaleceniem lekarskim podawany lek jest rozkruszany z tego powodu, że pacjent nie jest w stanie lub ma problem z połknięciem leku. W takich sytuacjach jednak podanie leku ma miejsce przy pełnej

świadomości pacjenta oraz nie odbywa się w sposób wykluczający jego wolę. Fakt zlecenia takiej formy podawania leków powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny oraz wynikać z zlecenia lekarskiego.

KMPT z zadowoleniem przyjął, że przy przyjęciu do placówki wszelkie zmiany skórne i ewentualne obrażenia mieszkańca są dokumentowane przez pielęgniarkę (fotograficznie). Jednocześnie KMPT zachęca, aby dokumentacja ta znalazła swój wyraz w bardziej szczegółowych opisach. Można korzystać w tym celu z tzw. map ciała. Dzięki temu 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, ale także przed jej opuszczeniem lub po powrocie z dłuższej nieobecności, np. z hospitalizacji. Prawidłowa dokumentacja tego typu obrażeń pozwoliłaby jednoznacznie wskazać, w której placówce doprowadzono do powstania odleżyn.

Wspomniane mapy ciała dostępne są w *Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania* (tzw. Protokół Stambulski)¹⁶. Zapoznanie z nim personelu placówki, w szczególności medycznego, byłoby z pewnością bardzo pomocne. Zawiera on praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów, w zakresie tortur, ich objawów, sposobów identyfikacji, realizacji badania medycznego i dokumentowania śladów przemocy. Skupia się również na barierach psychologicznych mogących pojawić się w relacjach z ofiarami oraz kwestiach etycznych (w tym etyce lekarskiej). Stosowanie Protokołu Stambulskiego zalecane jest przez SPT (Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Niehumanitarnemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu) państwom będących sygnatariuszami OPCAT¹⁷.

5.6. Personel

W placówce zatrudnionych jest, według oświadczenia dyrektora, 11 osób – 8 opiekunek, pielęgniarka, sprzątaczką i kucharką. Wszyscy pensjonariusze, z którymi przeprowadzono rozmowy, dobrze oceniali personel placówki. Podkreślano zwłaszcza

¹⁶ Dokument dostępny jest w polskiej wersji językowej na stronie: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulski-podr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego>

¹⁷ Zob. Raporty SPT z wizyt w Peru [CAT/OP/PER/1, § 20], na Ukrainie [CAT/OP/UKR/1, § 46-48], Brazylii [CAT/OP/BRA/1, § 38-39].

życzliwość opiekunek i pielęgniarki. Wypowiedzi te pokrywają się z obserwacjami poczynionymi przez wizytujących.

Wizytującym nie dostarczono informacji na temat wykształcenia posiadanego przez personel jednostki ani na temat oferowanych personelowi szkoleń zawodowych. KMPT zwraca uwagę na konieczność dostosowania kwalifikacji i liczny personelu Domu do wymogów art. 68a pkt 4 i 5 u.p.s.

W celu wzmocnienia kompetencji pracowników i tym samym ochrony przebywających w niej mieszkańców przed niewłaściwym traktowaniem, należałoby także rozważyć 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. Wskazane byłoby objęcie wymienionymi szkoleniami jak największej liczby osób zatrudnionych w placówce.

Zgodnie 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).

KMPT uważa także za zasadne rozważenie zorganizowania regularnych superwizji dla członków personelu, pozwalających na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych. Nie ulega wątpliwości, że specyfika pracy wykonywanej w placówce powoduje istotne obciążenie jej pracowników a taka forma konsultacji mogłaby przyczynić się do zapobieżenia wypaleniu zawodowemu i podniesienia jakości pracy personelu.

Wymaga w tym miejscu odnotowania, że dyrektor placówki nie miała podczas wizytacji wiedzy o zmianach w ustawie o pomocy społecznej, które weszły w życie 1 stycznia 2020 r., w tym o obowiązku wyrażania przez sąd opiekuńczy zgody na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w placówce oraz o nowej regulacji kwestii wyjść mieszkańca poza teren placówki. Wspomniana ustawa jest podstawowym aktem prawnym dotyczącym funkcjonowania placówki całodobowej opieki. Podmiot prowadzący placówkę powinien znać aktualny stan prawny tej ustawy w zakresie prowadzonej przez siebie działalności, zwłaszcza,

że nie jest to regulacja obszerna ani skomplikowana. Znajomość obowiązujących przepisów jest warunkiem zapewnienia mieszkańcom traktowania w sposób wymagany przez prawo.

Warto zauważyć, że prowadzenie wizytowanej placówki ma charakter działalności gospodarczej. Zgodnie z art. 355 § 2 kodeksu cywilnego, należyta staranność strony umowy w zakresie prowadzonej przez nią działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności. Uważa się, że ten zawodowy charakter powinien przejawiać się m. in. w posiadaniu fachowej wiedzy, do której należy znajomość przepisów prawnych, obowiązujących w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej¹⁸.

KMPT zaleca więc dyrektorowi placówki zapoznanie się z obowiązującymi przepisami dotyczącymi prowadzenia placówek całodobowej opieki, jak również przeszkolenie personelu placówki w tym zakresie.

5.7. Opieka psychologa

KMPT widzi potrzebę zapewnienia mieszkańcom opieki psychologa, gdyż placówce nie jest on zatrudniony. Wsparcie psychologiczne jest niezwykle istotne zwłaszcza w początkowym okresie pobytu, całkowitej zmiany otoczenia, kiedy to u osoby w podeszłym wieku, może pojawić się poczucie zagubienia, skłonność do stanów depresyjnych, zamykanie się w sobie lub niechęć do nawiązywania kontaktów. Osoba taka może doświadczać wtedy silnego oporu wewnętrznego przed diametralną zmianą sytuacji życiowej. Nie ulega zatem wątpliwości, że rola psychologa pracującego z pensjonariuszem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia. Priorytet stanowi przywrócenie pensjonariusza do równowagi psychicznej, co pozwala następnie na podejmowanie adekwatnych do jego potrzeb działań opiekuńczych. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie ich przyczyn, obejmować wzmożoną opieką pensjonariuszy trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość pensjonariusza, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i najbliższymi pacjentów. W sytuacjach odmowy współpracy ze strony pensjonariusza psycholog mógłby natomiast formułować zalecenia odnośnie sposobu postępowania pozostałego personelu z danym mieszkańcem.

¹⁸ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 17 sierpnia 1993 r., III CRN 77/93, OSN 1994, nr 3, poz. 69 oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 marca 2006 r., I ACa 1018/05, LEX nr 186161.

W ocenie przedstawicieli Krajowego Mechanizmu, obecność psychologa przyczyniłaby się również do integracji społeczności pensjonariuszy oraz poprawy relacji z personelem. Podkreślenia wymaga również, iż osoby w podeszłym wieku coraz częściej konfrontują się z kwestią schyłku życia, dokonują podsumowania swojego życia. W takich sytuacjach może pojawić się lęk przed śmiercią, samotnością, doświadczenie opuszczenia przez najbliższych.

5.8. Dokumentacja i rejestry

Pomimo iż kadra Domu nie posiada uprawnień do stosowania przymusu bezpośredniego (i jak wynika z informacji uzyskanych w trakcie wizytacji, nie jest on w praktyce stosowany), przepisy prawa przewidują obowiązek prowadzenia ewidencji przymusu bezpośredniego stosowanego na terenie placówki¹⁹. Może on bowiem być stosowany przez inne, uprawnione służby. Stworzenie takiej ewidencji służy transparentności w postępowaniu z mieszkańcami wymagającymi specyficznych form oddziaływania, a także umożliwia kontrolę częstotliwości i prawidłowości stosowania przymusu bezpośredniego przez uprawnione podmioty. Stanowi zatem ważne zabezpieczenie służące ochronie pensjonariuszy przed niewłaściwym traktowaniem.

Ponadto, placówka nie prowadzi ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki, do której prowadzenia zobowiązana jest na podstawie art. 68a pkt 1 lit. d u.p.s. Zgodnie z tym przepisem, ewidencja ta powinna wskazywać datę i zakres tych świadczeń oraz dane świadczeniodawcy udzielającego świadczeń zdrowotnych. W placówce przyjęto praktykę uzupełniania przez lekarza informacji dotyczących wizyty w późniejszym czasie (gdyż jak wyjaśniono, w czasie wizyty lekarz nie ma na to czasu). W celu wpisania przez lekarza informacji o wizycie, pracownik placówki musi pojechać do przychodni, do innej miejscowości. Pomiędzy wizytą a wpisaniem informacji o niej mija niekiedy kilka dni. Takie rozwiązanie jest niewłaściwe z punktu widzenia ochrony zdrowia mieszkańców. W razie pogorszenia samopoczucia mieszkańca brak jest bowiem jakiegokolwiek zapisu na temat przebiegu wizyty, wydanych zaleceń, wdrożonych leków itp. Może to znacznie utrudnić podejmowanie działań ratunkowych – gdyby były one konieczne – a w skrajnych wypadkach, przyczynić się do podjęcia działań błędnych.

¹⁹ Art. 68a pkt. 1 lit. d u.p.s.

KMPT zaleca więc wprowadzenie ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki i bieżące wpisywanie do niej wszystkich tego rodzaju świadczeń.

W placówce prowadzony jest „zeszyt obserwacji”, do którego opiekunki wpisują istotniejsze spostrzeżenia dotyczące mieszkańców, ich zachowania, samopoczucia itp. Wypełnione zeszyty nie są jednak archiwizowane. Przykładowo, wizytującym udostępniono jedynie zeszyt sięgający 6 dni przed wizytacją. Opiekunki wyjaśniły, że zapisane zeszyty są niszczone jako zbędne. Przedstawiciele KMPT zwracają uwagę, że zeszyty te zawierają cenne zapisy obrazujące zachowanie mieszkańca i sposób zaoferowanej mu opieki. Mogą stanowić w razie potrzeby istotny dowód w postępowaniu. Wskazanim byłoby więc przechowywanie choćby ostatniego z zapisanych zeszytów.

Dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem, na co zwraca uwagę SPT²⁰.

Braki w dokumentacji dotyczące ograniczeń wyjść poza teren placówki oraz zgód sądu opiekuńczego na umieszczenie w niej osoby ubezwłasnowolnionej omówiono w punktach 5.1 i 5.4 niniejszego Raportu.

5.9. Rehabilitacja i rekreacja

W placówce nie prowadzi się żadnych zajęć usprawniających ruchowo mieszkańców. Niektórzy z mieszkańców skarżyli się wizytującym na ten brak aktywności, zwłaszcza w sezonie jesienno-zimowym, gdy ograniczone są możliwości spaceru na świeżym powietrzu. Mieszkańcy ci wyrażali potrzebę zachowania choćby minimalnej sprawności ruchowej. KMPT zachęca do poszerzenia oferty placówki w tym zakresie, np. poprzez zorganizowanie gimnastyki grupowej lub rehabilitacji indywidualnej. Aktywność ruchowa, w stopniu dostosowanym do możliwości mieszkańców, przyczynić się może nie tylko do ich usprawnienia ruchowego, lecz także korzystanie wpłynąć na ogólny stan zdrowia.

Jak ustalono w trakcie wizytacji placówka nie organizowała czasu wolnego mieszkańcom. Nie prowadzona jest również terapia zajęciowa. KMPT zachęca kierownictwo do podjęcia wysiłku również w tym kierunku. W ramach zorganizowanego czasu wolnego pensjonariusze mogliby np. wykonywać robótki ręczne, rysować, czytać oraz wykonywać ćwiczenia i testy logiczne, stymulujące ich intelektualnie.

²⁰ Zob. np. raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, paragrafy 49-52.

Ponadto, wartym rozważenia byłoby zorganizowanie wycieczek dla mieszkańców czy też podjęcie współpracy z innymi placówkami. Takie działania mogłyby wzbogacić ich codzienne życie oraz przyczynić się do ich większej aktywizacji.

5.10. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością i ograniczoną sprawnością ruchową

Zaznaczyć należy, że zgodnie z art. 68 ust. 4 pkt 1 u.p.s. budynek, w którym zlokalizowana jest placówka całodobowej opieki i jego otoczenie musi spełniać warunek braku barier architektonicznych. Wizytowana placówka nie spełnia w pełni ustawowych wymagań. Podjazdy do pokoi nr 1 i 2 miały starą, nierówną nawierzchnię, wymagającą wygładzenia. Ponadto w drzwiach prowadzących do tych pokoi znajdowały się progi uniemożliwiające wjazd do nich osobie poruszającej się na wózku, jak również mogące stanowić zagrożenie dla osób chodzących, ale mniej sprawnych ruchowo. W łazienkach zamontowano poręcze, które ułatwiają korzystanie z nich przez osoby o obniżonej sprawności, ale są one niekiedy przymocowane w niewłaściwych miejscach i mogą nie spełniać swej funkcji. Łazienka przy pokoju nr 4 jest bardzo mała, nie zapewnia przestrzeni manewrowej, a obluzowane mocowanie sedesu stwarza zagrożenie dla korzystających zeń osób o obniżonej sprawności ruchowej.

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 placówkę 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. Podsumowanie

Mając na względzie potrzebę ochrony mieszkańców Domu Seniora „Leśne Zacisze” przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, w ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur wskazane byłoby wdrożenie standardów opisanych w niniejszym raporcie.

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.

7. Zalecenia

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

I. Dyrektorowi Domu Seniora „Leśne Zacisze” w Kliczkowie:

1. przyjmowanie do placówki osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, wyłącznie w przypadku przedstawienia przez opiekuna prawnego zezwolenia sądu opiekuńczego, o którym mowa w art. 68c u.p.s.;
2. przechowywanie w dokumentacji placówki ww. zezwolenia sądu opiekuńczego (art. 68a pkt 1 lit. f u.p.s.);
3. uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych przebywających już w placówce o takie zezwolenie;
4. dostosowanie liczby mieszkańców placówki do aktualnego zezwolenia na jej prowadzenie (art. 67 u.p.s.p);
5. umieszczenie w widocznym miejscu tablicy informacyjnej, o której mowa w art. 68a pkt. 2 u.p.s.;
6. umieszczenie na tablicy ogłoszeń w widocznym miejscu w budynku informacji, o których mowa w art. 68a ust. 3 u.p.s.;
7. ograniczanie możliwości samodzielnego opuszczania przez mieszkańca terenu placówki tylko w przypadkach i na zasadach określonych w art. 68 ust. 2a-2h u.p.s.;
8. założenie i prowadzenie rejestru stosowania przymusu bezpośredniego (art. 68a pkt 1 lit. d u.p.s.);
9. założenie i prowadzenie ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki i bieżące wpisywanie do niej wszystkich tego rodzaju świadczeń (art. 68a pkt 1 lit. d u.p.s.).