

Warszawa, dnia 22 stycznia 20120 r.

KMP.573.17.2019.MD

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur  
z wizytacji Domu Opieki „Willa Seniorówka” w Nałęczowie  
(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 3-4 września 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Mechanizm) wizytował Dom Opieki „Willa Seniorówka”, mieszczący się w Nałęczowie (dalej: Dom Opieki, Ośrodek, placówka).

W skład delegacji KMPT wchodziła: Magdalena Dziedzic oraz Klaudia Kamińska (prawnicy) oraz Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego).

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.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu Domu Opieki, udzielonych przez Jolantę Stanios-Śnieżyńską oraz Tomasza Śnieżyńskiego (właścicieli placówki),

- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym pokoi, sanitariatów, sali rehabilitacyjnej, wyposażenia i terenu rekreacyjnego,
- przeprowadzeniu rozmów z personelem placówki,
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Ponadto po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe dokumenty związane 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, 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, pracownik placówki, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

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

## **3. Ogólna charakterystyka placówki**

Dom Opieki „Willa Seniorówka” w Nałęczowie funkcjonuje w ramach działalności gospodarczej prowadzonej w zakresie pomocy społecznej z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych, o której mowa w art. 67-69 ustawy o pomocy

społecznej<sup>1</sup>. Zezwolenie na działalność wydał w formie decyzji Wojewoda Lubelski, 13 czerwca 2014 r. (decyzja nr PS.II.9423.2.1.2014).

Placówka jest w stanie zapewnić opiekę 46 osobom. W czasie wizytacji w Domu Opieki przebywało 46 mieszkańców. Większość mieszkańców stanowiły osoby w wieku 80 i więcej lat, dotkniętej chorobą Alzheimera, Parkinsona oraz osoby z głęboką demencją. Troje spośród mieszkańców to osoby ubezwłasnowolnione całkowicie.

Koszt pobytu mieszkańca wynosi 3300 lub 3500 zł miesięcznie. Kwota ta różni się w zależności od powierzchni pokoju w którym zakwaterowany zostaje pensjonariusz. Wszystkie pokoje w placówce są pokojami dwuosobowymi. Koszt pobytu obejmuje: zakwaterowanie, wyżywienie (4 posiłki), całodobową opiekę (w tym opiekę pielęgniarską), opiekę lekarską (wizyta lekarza odbywa się minimum raz w tygodniu), koszty terapii zajęciowej (realizowanej 5-6 razy w tygodniu), utrzymanie czystości zajmowanych pomieszczeń, podstawowe środki czystości oraz koszty: energii elektrycznej, gazu, ogrzewania, wody, ścieków, opłaty RTV. Powyższa stawka nie obejmuje kosztów: wykupu leków oraz pieluchomajtek.

#### **4. Mocne strony**

Za dobre praktyki, warte naśladowania przez inne placówki całodobowej opieki uznano:

- Przemysłany profil prowadzonej jednostki (głównie przeznaczenie dla osób z demencją, chorobą Alzheimera czy chorobą Parkinsona) dzięki któremu możliwa jest opieka optymalnie dobrana do potrzeb wszystkich mieszkańców;
- Bogatą ofertę zajęć terapeutycznych dobrze dostosowaną do stanu zdrowia i możliwości psycho-fizycznych mieszkańców. Warsztaty terapii zajęciowej organizowane są 5 razy w tygodniu (w tym również w soboty) w dwóch cyklach: od godziny 10:00 do 11:00 oraz od 12:00 do 13:00. W ramach zajęć organizowane są zajęcia nauki języka włoskiego, w których uczestniczy od 10 do 15 osób, 2-3 razy w tygodniu zajęcia polegają na czytaniu prasy i omawianiu bieżących wydarzeń. Dodatkowo organizowane są również tzw. poranki muzyczne wraz z informacjami na temat wykonawców, kolorowanki, gry słowne, zagadki ortograficzne, układanie krzyżówek, gra w kości itp. Terapeutka doskonale zna swoich podopiecznych i dostosowuje plan zajęć do ich potrzeb i umiejętności;

---

<sup>1</sup> Zob. ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.).

- Warunki bytowe w placówce. Każdy z pokoi jest wyposażony w takim samym standardzie, według jednolitego stylu. Istotnym rozwiązaniem stwarzającym poczucie domowej atmosfery jest fakt, iż nawet łóżka rehabilitacyjne obudowane zostały drewnianymi ramami, aby stylem nie odbiegały od pozostałych elementów wystroju. Aspektem pozytywnie wpływającym na psychikę mieszkańców jest niewątpliwie możliwość przechowywania przez mieszkańców swoich osobistych rzeczy (m.in. zdjęć, figurek) nadających przestrzeni osobisty charakter;
- Na wyróżnienie zasługuje dostępność specjalnego wózka inwalidzkiego dostosowanego do potrzeb osób, które ze względu na stan zdrowia nie mogłyby korzystać ze standardowego wózka. Dzięki możliwości rozłożenia go do pozycji poziomej może być on wykorzystywany w opiece nad osobami leżącymi. Zapobiega to wykluczeniu pensjonariuszy z życia Domu oraz umożliwia im przebywanie w dowolnie wybranej części placówki czy udział w wybranych przez siebie zajęciach terapeutycznych;
- Udostępnienie kącika z komputerem, zestawem słuchawkowym, kamerką internetową oraz mikrofonem umożliwiającymi komunikację za pośrednictwem komunikatora Skype, w szczególności z członkami rodziny przebywającymi poza granicami kraju lub zamieszkałymi z dala od placówki.

## **5. Legalność pobytu**

Podstawą przyjęcia do Domu Opieki „Willa Seniorówka” jest umowa o świadczenie usług (stosowany jest jednolity wzór umów) zawierana pomiędzy właścicielami Domu Opieki a mieszkańcem. W przypadku mieszkańców ubezwłasnowolnionych jest to natomiast odpowiednio: opiekun lub kurator.

Omawiając problem legalności pobytu mieszkańców w placówkach całodobowej opieki należy wskazać, że dnia 1 stycznia 2020 r. weszła w życie nowelizacja Ustawy o pomocy społecznej<sup>2</sup>. Zgodnie z aktualnym stanem prawnym zgody na umieszczenie osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej w placówce całodobowej opieki może udzielić jej przedstawiciel ustawowy po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. Od stycznia br.

---

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2019 poz. 1690)

obligatoryjnym jest by postanowienie o wydaniu takiego zezwolenia znajdowało się w dokumentacji mieszkańca.

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

W wizytowanej placówce dokumentacja mieszkańców nie zawierała zgody sądu opiekuńczego na umieszczenie przez opiekuna prawnego swojego podopiecznego w placówce. Zespół wizytujący stwierdził brak odpowiedniego postanowienia w aktach wszystkich ubezwłasnowolnionych mieszkańców.

Obowiązujące w czasie przeprowadzania wizytacji przepisy Ustawy o pomocy społecznej<sup>3</sup>, w kwestii dotyczącej legalności pobytu nie wskazywały wprost obowiązku zawarcia w jego dokumentacji, postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie mieszkańca w placówce, natomiast konieczność uzyskania takiej zgody wywodzić można z innych przepisów.

Stosownie bowiem do wymogów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego<sup>4</sup> opiekun prawny powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku ubezwłasnowolnionego. Ponadto, w wyroku z dnia 18 maja 1999 r., sygn. akt. I SA 114/99, Naczelny Sąd Administracyjny sprecyzował, iż umieszczenie w domu pomocy społecznej bez wątpienia należy do tych ważniejszych spraw, wymagających zezwolenia sądu opiekuńczego. Analogiczne stanowisko prezentowane jest również przez przedstawicieli doktryny<sup>5</sup>.

Także Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie Kędzior przeciwko Polsce<sup>6</sup> 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<sup>7</sup>. Na potrzebę sądowej kontroli decyzji o umieszczeniu w domach opieki jako ważnej gwarancji zabezpieczającej mieszkańców

---

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.).

<sup>4</sup> Zob. art. 175 w związku z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2017 r. poz. 682 z późn. zm.).

<sup>5</sup> Zob. J. Ignatowicz w: Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012, s. 1181., T. Smoczyński w: Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia, Warszawa 2001, s. 431.

<sup>6</sup> Zob. wyrok z dnia 16 października 2012 r., skarga nr 45026/07.

<sup>7</sup> 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.).

przed złym traktowaniem, w tym pozbawianiem ich wolności wbrew woli, od lat wskazuje również Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom Rady Europy (CPT)<sup>8</sup>.

Z uwagi na fakt, iż obecnie Ustawa o pomocy społecznej w art. 68a pkt. 1 lit. f obliguje podmioty prowadzące placówki zapewniające całodobową opiekę do przechowywania w dokumentacji postanowień sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce, KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji o wymagane orzeczenia.

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

Pomimo iż w wizytowanej placówce podobny problem nie zachodził, z doświadczeń KMPT zgromadzonych podczas wcześniejszych wizytacji wynika, że w przypadku gdy pensjonariusze nie są w stanie logicznie się wypowiadać, a tym bardziej formułować opinii dotyczącej ich sytuacji prawnej, umowę o świadczenie usług podpisują wówczas opiekunowie faktyczni takich osób.

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

Pożądanym byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>9</sup>, czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym<sup>10</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. W przypadku osób, które nie są ubezwłasnowolnione powinno się zatem przyjąć model obowiązujący obecnie dla osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego

---

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</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>10</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).

pozwoilioby na istotne wzmocnienie ochrony osb przyjmowanych do takich placowek, ktore obecnie pozostaja czesto zupełnie bez wplywu na swoja przyszlosc.

Analogiczny problem, w odniesieniu do domow pomocy spolecznej, dostrzegl CPT podczas wizyty w Polsce w 2009 r. Wskazal w owczas, ze wielu mieszkancow umieszczonych „dobrowolnie” w domach pomocy, nie bylo w stanie wydac wzaznej zgody na pobyt oraz nie miało wyznaczonego przez sad opiekuna. W rezultacie osoby te byly *de facto* pozbawione wolnosci bez mozliwosci korzystania z gwarancji przewidzianej przez prawo. Komitet zalecil w owczas wladzom krajowym podjecie krokow, aby mieszkancy niezdolni do wyrazenia wzaznej zgody na umieszczenie ich w placowce, nieposiadajacy opiekuna i niemajacy mozliwosci opuszczenia placowki, byli zgłaszani do wzasciwego sadu<sup>11</sup>.

## **6. Obszary wymagajace poprawy**

### **6.1. Personel**

Na wstepie nalezy zwrócic uwage na znowelizowana treść art. 68a ustawy o pomocy spolecznej, ktora od 1 stycznia 2020 roku obejmuje rowniez punkt 5 okreslajacy wymagana liczbe pracownikow, jaka musi byc zatrudniona w placowce, w odniesieniu do liczby mieszkancow. Zgodnie z pkt 5. wskazanej ustawy osoba prowadzaca placowke calodobowej opieki ma obowiazek *zatrudniac osoby (...) w wymiarze nie mniej niz 1/3 pelnego wymiaru czasu pracy na jedna osobe przebywajaca w placowce, nie mniej niz w wymiarze 4,5 pelnego wymiaru czasu pracy, z tym ze czas pracy osoby fizycznej prowadzacej placowke, spelniajacej warunki, o ktorych mowa w pkt 4, zalicza sie w wymiarze 1/2 pelnego wymiaru czasu pracy, a w przypadku prowadzenia wzeciej niz jednej placowki zalicza sie w wymiarze 1/2 pelnego wymiaru czasu pracy tylko w jednej placowce.*

Jednoczesnie nalezy wskazac, ze w dniu przeprowadzania wizytacji cytowany przepis nie obowiazyl dlatego przedstawiciele KMPT skupili sie na obserwacji prawidlowosci opieki zapewnianej mieszkancom przez liczbe personelu obecna w trakcie wizytacji.

Z informacji uzyskanych przez zespól wizytujacy, w placowce przeznaczonej dla 46 mieszkancow, wzród personelu zapewniajacego pacjentom calodobowa opieke zatrudnione sa cztery pielęgniarki, osmioro opiekunow posiadajacych nastepujace kwalifikacje: opiekun

---

<sup>11</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

medyczny – 1 osoba, opiekun osób w podeszłym wieku – 3 osoby, pozostałe osoby posiadają udokumentowany staż pracy jako opiekun osób starszych – od roku do pięciu lat, dwóch rehabilitantów oraz terapeutka zajęciowa. Dodatkowo, w placówce zatrudnione są cztery pokojowe, dwie kucharki oraz konserwator.

W ciągu dnia w placówce obecnych jest trzech opiekunów, rehabilitant oraz terapeutka zajęciowa. W trakcie zmiany nocnej, tj. od 22:00 do 7:00 rano w placówce obecne są dwie osoby.

Delegacja KMPT ustaliła, że taka liczba pracowników przy liczbie pacjentów jaka może przebywać w placówce jest co do zasady wystarczająca. KMPT widzi jednak konieczność zapewnienia mieszkańcom opieki pielęgniarskiej w godzinach nocnych. Pielęgniarki w nocy nie dyżurują. W nagłych przypadkach wzywane jest pogotowie lub nocna pomoc lekarska. Mając na względzie bezpieczeństwo mieszkańców, a także zalecenia CPT, który rekomenduje zapewnienie mieszkańcom domów opieki, opieki pielęgniarskiej również w nocy<sup>12</sup>, warto by podmiot prowadzący placówkę rozważył tę kwestię. Kluczowa kwestia zatrudnienia odpowiedniej liczby wykwalifikowanych pracowników, zdolnych do zapewnienia odpowiedniej opieki i spełniania potrzeb mieszkańców stale podkreślana jest w raportach CPT<sup>13</sup>.

Pomimo braku sygnałów świadczących o napiętej sytuacji wśród personelu czy złym traktowaniu mieszkańców, KMPT zaleca prewencyjnie w celu wzmocnienia kompetencji pracowników i tym samym ochrony przebywających w niej mieszkańców przed niewłaściwym traktowaniem, zorganizowanie szkoleń z zakresu: pierwszej pomocy, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

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

---

<sup>12</sup> Zob. Raporty CPT z wizyt w Estonii [CPT/Inf (2014) 1, § 127], Bułgarii [CPT/Inf (2012) 9, § 196-197], Macedonii [CPT/Inf (2012) 4, § 136 i 139].

<sup>13</sup> Zob. Raporty CPT z wizyt w Azerbejdżanie [CPT/Inf (2018) 35, § 192], Litwie [CPT/Inf (2017) 16, § 147], Ukrainie [CPT/Inf (2018) 41, § 163].

konsultacji mogłaby przyczynić się do zapobieżenia wypaleniu zawodowemu i podniesienia jakości pracy personelu.

## **6.2. Dokumentacja pacjentów i rejestry**

Dokumentacja pacjentów prowadzona jest w sposób wyczerpujący oraz zawiera wszystkie odpowiednie informacje. Na etapie wstępnym przyjęcia pacjenta do wizytowanej placówki przeprowadzane jest badanie wstępne. Szczególnie istotnym jest bardzo szczegółowy formularz wypełniany przy przyjęciu mieszkańca uwzględniający: parametry życiowe, stan układu oddechowego, pokarmowego (ze wskazaniem odpowiedniej diety), mięśniowo-szkieletowego, moczowego, nerwowego, funkcjonowanie narządów zmysłów, choroby przebyte i współistniejące oraz ocena bólu.

Przy przyjęciu mieszkańców szczegółowo opisuje się również stan skóry, w tym: stan higieniczny, ewentualne zmiany skórne, rany, ryzyko powstania odleżyn w skali Norton lub fakt ich występowania i stan zaawansowania wg skali Torrance'a. Z punktu widzenia prewencji tortur dokładny opis stanu skóry jest niezwykle istotny gdyż pozwala na monitorowanie występowania ewentualnych obrażeń czy odleżyn na ciele pacjenta mogących świadczyć o złym traktowaniu.

Poza stanem fizycznym pacjenta opisywany jest również jego stan psychiczny: m.in. orientacja co do miejsca i czasu, rozumienie i przetwarzanie informacji oraz stosunek do hospitalizacji.

Po dokonaniu analizy stanu pacjenta, pielęgniarka przyjmująca przedstawia diagnozę oraz formułuje plan realizacji opieki nad pacjentem. Istotnym byłoby, aby oprócz diagnozy pielęgniarskiej w najszybszym możliwym terminie odbywała się również kontrolna konsultacja lekarska.

Przy przyjęciu realizowane jest również zapoznanie pacjenta z jego prawami i obowiązkami, regulaminem odwiedzin, personelem, topografią oddziału. Warto zaznaczyć, że fakt zapoznania pacjenta ze wskazanymi osobami, miejscami oraz informacjami powinien, poza datą oraz podpisem pielęgniarki (jak ma to miejsce obecnie) być opatrzony podpisem samego mieszkańca. Brak możliwości osobistego złożenia podpisu przez pacjenta powinien być weryfikowany przez lekarza. Takie potwierdzenie umożliwi właściwym podmiotom oraz samej dyrekcji placówki, skontrolowanie prawidłowości przebiegu procedury przyjęcia mieszkańca.

Pomimo, iż dokumentacja prowadzona jest w sposób przejrzysty, w ocenie KMPT pomocnym narzędziem w pracy personelu placówki, w tym w szczególności personelu medycznego, byłby z pewnością *Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół Stambulski)*<sup>14</sup>. Zawiera on praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów, w zakresie metod 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 państwom będących sygnatariuszami OPCAT<sup>15</sup>.

KMPT widzi potrzebę zapoznania personelu placówki z treścią Protokołu Stambulskiego (w szczególności personelu medycznego) oraz stosowania zawartych tam wskazówek podczas badań (w szczególności przy przyjęciu mieszkańca), dokumentowania urazów, oddziaływań psychologicznych i innych, codziennych obowiązków.

Pomimo iż kadra Domu Opieki nie posiada uprawnień do stosowania przymusu (i jak wynika z informacji uzyskanych w trakcie wizytacji nie jest on w praktyce stosowany) przepisy prawa przewidują obowiązek prowadzenia ewidencji przymusu stosowanej przez inne, uprawnione służby<sup>16</sup>. 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.

### **6.3. Opieka medyczna w placówce**

Wszyscy mieszkańcy wyrażający taką chęć zostają zapisani do lekarza współpracującego z placówką. Jedna z mieszanek korzysta z usług lekarza rodzinnego, pod którego opieką pozostawała przed przyjęciem do placówki.

---

<sup>14</sup> 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>

<sup>15</sup> 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].

<sup>16</sup> Zob. art. 68a pkt. 1 lit. d ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.).

Lekarz rodzinny dostępny jest regularnie od trzech do czterech razy w miesiącu oraz doraźnie w razie potrzeby. Placówka nie zapewnia opieki lekarzy specjalistów, organizowana jest ona przez pacjentów bądź ich rodziny we własnym zakresie.

KMPT widzi natomiast potrzebę zapewnienia mieszkańcom stałej opieki psychologa. Na dzień wizytacji w placówce nie było osoby mogącej świadczyć taką pomoc. 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.

Jest to szczególnie istotne biorąc pod uwagę charakter placówki, tj. jej przeznaczenie dla osób z demencją, chorobą Alzheimera oraz Parkinsona. Osoby z takimi zaburzeniami miewają bowiem trudności z komunikowaniem swoich potrzeb czy emocji, szczególnie w bardziej zaawansowanych stadiach choroby. Pomoc psychologiczna jest więc istotna w kontekście ewentualnego rozładowywania napięć i frustracji, które mogą eskalować w czasie i prowadzić do aktów agresji ze strony mieszkańców.

Wizytowana placówka współpracuje z psycho-geriatrą jednak jest to wizyta płatna dodatkowo a opieka tego specjalisty nie ma charakteru stałego. W wypadku zgłoszenia przez rodzinę potrzeby konsultacji lekarz jednorazowo realizuje wizytę na terenie placówki.

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

Delegacja KMPT nie odnotowała żadnych nieprawidłowości w zakresie umożliwiania pensjonariuszom kontaktu ze światem zewnętrznym. Jak opisano powyżej mieszkańcy mogą bez ograniczeń opuszczać budynek Domu Opieki i przebywać na świeżym powietrzu. Wyjście poza teren placówki, z uwagi na stan psychofizyczny pensjonariuszy, możliwe jest jedynie w towarzystwie opiekuna lub członka rodziny (takie ograniczenie nie znajduje jednak odzwierciedlenia w formie odpowiedniego zapisu w dokumentacji mieszkańca).

W przeszłości organizowane były wycieczki dla mieszkańców placówki do Nałęczowa oraz Kazimierza Dolnego, jednak z uwagi na brak dostosowania infrastruktury miejskiej do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością fizyczną zaniechano takich wyjazdów.

*Zgodnie z art. 68 ust. 2a Ustawy o pomocy społecznej, 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, 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.

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

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.

KMPT uważa za wysoce pożądane założenie rejestru skarg, który powinien mieć charakter poufny i dostępny wyłącznie dla dyrektora placówki, ewentualnie wyznaczonego pracownika. Funkcjonowanie rejestru skarg pozwoli na odnotowanie problemów pojawiających się w placówce, dając tym samym właścicielowi pełniejszy obraz jej funkcjonowania. 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 skargowego<sup>17</sup>.

Kolejną praktyką wypracowaną w kontekście odpowiednio działającego mechanizmu skargowego 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. W związku z tym KMPT zachęca do jej stworzenia. 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 podjęcie interwencji w przypadku naruszenia praw mieszkańca. Może też wywierać

---

<sup>17</sup> Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, § 91].

efekt odstrasżający 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<sup>18</sup>.

Zgodnie z treścią art. 68a pkt. 2 ustawy o pomocy społecznej, placówki całodobowej opieki mają obowiązek: *umieścić w widocznym miejscu na budynku, w którym prowadzi placówkę, tablicę informacyjną zawierającą informację o rodzaju posiadanego zezwolenia oraz numer wpisu do rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku*. W dniu przeprowadzenia wizytacji nie tablica taka nie była wyeksponowana w żadnym widocznym miejscu, stąd KMPT zwraca uwagę na taki obowiązek.

## **7. Podsumowanie**

Mając na względzie potrzebę ochrony mieszkańców Domu Opieki „Willa Seniorówka” przed torturami, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, wskazane w ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, 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.

## **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:

---

<sup>18</sup> Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 68-91.

## **I. Dyrektorowi Domu Opieki „Willa Seniorówka” w Nałęczowie:**

1. Założenie i prowadzenie rejestru stosowania przymusu bezpośredniego;
2. Umieszczenie w widocznym miejscu tablicy informacyjnej o której mowa w art. 68a pkt. 2 ustawy o pomocy społecznej.
3. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, przechowywanie w ich dokumentacji zezwolenia sądu opiekuńczego na umieszczenie w placówce zgodnie z treścią art. 68a pkt 1. lit. f. ustawy o pomocy społecznej.
4. Uzupełnienie dokumentacji medycznej mieszkańców, niemogących samodzielnie opuszczać terenu placówki o odpowiednie zaświadczenia lekarskie o których mowa w art. 68 ust. 2a ustawy o pomocy społecznej
5. Dostosowanie współczynnika zatrudnienia do wymagań zawartych w art. 68a pkt 5 ustawy o pomocy społecznej.