



Warszawa, 01-12-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.573.7.2023.AO

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji placówki
całodobowej opieki – Ośrodka Opiekuńczego „Barbara” w Wielkiej Wsi**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT, Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)².

¹ Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

² Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2023 r. poz. 1058).

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁴.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁵. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁶.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁷.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁸. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia

³ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. art. 20 OPCAT.

⁶ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁷ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

⁸ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt 6. Zobacz również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, New York and Geneva 2018, s. 4-6.

tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec, pracownik, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, 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. Uwagi wstępne na temat wizytacji

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 19-21 czerwca 2023 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację placówki całodobowej opieki Ośrodka Opiekuńczego „Barbara” w Wielkiej Wsi (dalej: Ośrodek, placówka, PCO).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Klaudia Kamińska, Rafał Kulas (prawnicy) oraz Aleksandra Osińska (psycholożka).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania mieszkańców przebywających w placówce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawienie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu mieszkańców i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania placówki, przekazanych przez Barbarę Łobodę – właścicielkę oraz Katarzynę Łobodę – dyrektorkę;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców placówki, w tym m.in.: pokoi mieszkalnych, sanitariatów, terenu zewnętrznego;
- przeprowadzeniu rozmów indywidualnych z mieszkańcami i pracownikami placówki, bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali właścicielkę oraz dyrektorkę placówki o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie mieszkańców przez personel placówki, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, swoboda praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W niniejszym raporcie uwzględniono obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Scharakteryzowane zostały również problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Wizytowana PCO oferuje opiekę pielęgniarstwa nad osobami starszymi przez całą dobę. Ośrodek przeznaczony jest dla ludzi zarówno sprawnych, jak i tych dotkniętych wszelkimi rodzajami schorzeniami, bez względu na ich wiek. Placówka szczególnie specjalizuje się w:

- opiece nad osobami po schorzeniach naczyniowo-mózgowych;
- pomocy ludziom z trwającą chorobą nowotworową;
- opiece nad osobami z otępieniem starczym;
- dbaniu o ludzi z chorobami układu krążenia;

- pomocy osobom ze schorzeniami wieku podeszłego, jak choroba Alzheimera czy Parkinsona.

Ośrodek przeznaczony jest dla 44 pensjonariuszy, którzy rozmieszczeni są w pokojach dwu-, trzy- oraz czteroosobowych.

W czasie wizytacji w placówce przebywało 44 mieszkańców.

5. Problemy systemowe

5.1. Legalność pobytu w placówce osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a których stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy

Umowa na sprawowanie opieki zawierana jest trójstronnie – podpisuje ją osoba reprezentująca placówkę, mieszkaniac i osoba reprezentująca mieszkańca (zazwyczaj jest to członek rodziny sprawujący faktyczną opiekę nad bliskim). W przypadku osób ubezwłasnowolnionych – umowę podpisuje osoba reprezentująca placówkę i opiekun prawny.

W przypadku osób, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu pod oświadczeniem, należy umożliwić im złożenie tuszowego odcisku palca¹⁰. W placówce znajdowały się jednakże osoby, które nie były ubezwłasnowolnione, jednak ich stan zdrowia i poziom świadomości nie pozwalał na ważne zawarcie umowy czy złożenie skutecznego oświadczenia woli. Przykładowo, w przypadku jednego z takich mieszkańców w aneksach umowy z 2022 r. widniał jedynie podpis reprezentanta mieszkańca.

¹⁰ Zgodnie z art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 z późn. zm.): „Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać”.

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 związanych z ich sytuacją prawną.

KMPT podkreśla, że podmioty działające w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowane w świetle obowiązujących przepisów do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia jej w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli taka osoba znajduje się w złym stanie psychofizycznym i sama nie jest w stanie złożyć podpisu pod umową o świadczenie usług lub pod oświadczeniem potwierdzającym zgodę na pobyt w placówce. Brak odpowiednich rozwiązań systemowych prowadzi do sytuacji, w której umowa podpisana jest przez opiekuna faktycznego, nieposiadającego legitymacji do jej podpisania w imieniu mieszkańca. Brak podpisu strony pod umową dekompletuje jej elementy konieczne (do których w przypadku umów pisemnych należy podpis – art. 78 § 1 kodeksu cywilnego). To zaś prowadzi do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w domu opieki. 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 dotyczącej sfery wolności osobistej innej osoby.

Taka sytuacja pozwala na podejmowanie przez jedną osobę arbitralnych decyzji w stosunku do drugiej osoby – słabszej i uzależnionej od pomocy innych. Tymczasem 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 faktycznych 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.

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 dentysty¹¹ czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym¹². Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które to osoby obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 r. wystosował w tej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹³. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości¹⁴. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO oraz KMPT.

Warto w tym miejscu wskazać, że także Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej: CPT) zwrócił uwagę na tę kwestię w swoim raporcie z wizyty w Polsce w 2009 r. Jak zauważył CPT, należy podjąć kroki, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce, nieposiadający opiekuna (rozumianego jako opiekuna

¹¹ Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.).

¹² Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

¹³ Zob. Wystąpienie Generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.KK.

¹⁴ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z dnia 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

prawnego) i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu¹⁵.

5.2. Niestandardowe formy zabezpieczenia

W przeszłości używano w placówce strojów mających zapobiegać zanieczyszczeniu się kałem przez niektórych mieszkańców, zapinanych z tyłu na zamek (tzw. pajaców). Obecnie natomiast, w razie potrzeby, stosowane są pasy przy wózkach bądź fotelach, mające zapobiegać ewentualnemu zsuwaniu się mieszkańców mających problem z utrzymaniem pozycji siedzącej. O ich stosowaniu decyduje personel, nie lekarz; brak było także na ten temat wpisów w dokumentacji medycznej mieszkańca. Kierownictwo PCO nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych w tym zakresie. Zidentyfikowane przez KMPT braki stanowią realne zagrożenie w zakresie ewentualnych nadużyć przy stosowaniu tego typu form opieki.

Powyższa sytuacja obrazuje istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹⁶, w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym.

Zaznaczyć należy, że w procesie opiekuńczym istnieją sytuacje, gdy stosowanie środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia mieszkańca. W związku z tym ich stosowaniu musi towarzyszyć szereg gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym. Z punktu widzenia art. 31 ust. 3 Konstytucji RP wszelkie ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych praw i wolności muszą zostać uregulowane na poziomie ustawowym. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoli również na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i uniknięcie

¹⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

¹⁶ Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni.

Na potrzebę uregulowania w ustawie stosowanych przez personel opiekuńczy środków zabezpieczenia wskazała grupa robocza Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opiniująca wprowadzoną przez jeden z zakładów opiekuńczo-leczniczych procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki¹⁷.

Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, który w trakcie swoich wizytacji spotkał się z używaniem różnych mechanicznych środków służących zapobieganiu upadkom (pas na brzuch przymocowany do łóżka lub krzesła oraz barierki z jednej lub obu stron łóżka w nocy)¹⁸ czy też „środków ograniczających ruch”, które obejmowały między innymi uniemożliwienie podopiecznemu opuszczenie oddziału poprzez zablokowanie wyjścia za pomocą kodu czy też przypięcie mieszkańców do wózka inwalidzkiego za pomocą pasów bezpieczeństwa oraz montaż szyn po bokach łóżka¹⁹. CPT wskazał także inne restrykcyjne praktyki w postaci specjalnej odzieży/środków mających na celu zachowanie bezpieczeństwa mieszkańców. Były to np. kombinezony (jednoczęściowe wygodne ubrania noszone pod codziennymi ubraniami mieszkańców), kombinezony do spania (jednoczęściowa piżama zapinana na zamek błyskawiczny z tyłu), miękkie ochraniacze na kostki, szyny na nadgarstki i pasy oraz przymus fizyczny w postaci uchwytów ręcznych i ograniczeń środowiskowych, takich jak zamknięte drzwi²⁰.

¹⁷ Opinia Zespołu Ekspertów przy Krajowym Mechanizmie Prewencji Tortur z dnia 29 sierpnia 2019 r. Zob. również raport KMPT z wizytacji Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Warszawie, ul. Mehoffera 72/74, przeprowadzonej w dniach 28-29 marca 2018 r., KMP.573.5.2018.RK, pkt 4.1 pt. Traktowanie pacjentów.

¹⁸ Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174.

¹⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80.

²⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

CPT, opisując takie niestandardowe formy opieki, wskazał na konieczność utworzenia przez władze państwowe centralnego rejestru stosowania środków ograniczających przemieszczanie się mieszkańców (oprócz wpisów w aktach osobowych mieszkańców). Ponadto podkreślił, że wpisy do rejestru powinny zawierać czas rozpoczęcia i zakończenia czynności, okoliczności sprawy, przyczyny zastosowania się do niej, nazwisko osoby, która ją zleciła lub zatwierdziła, oraz pracowników, którzy brali w niej udział, opis wszelkich obrażeń odniesionych przez mieszkańców lub personel oraz czy środek został zastosowany za zgodą mieszkańca lub bez niej²¹.

CPT podkreślił ponadto, aby za każdym razem, gdy środki ograniczające poruszanie się są stosowane bez ważnej zgody danego mieszkańca, były każdorazowo zlecane lub zatwierdzane przez lekarza po indywidualnej ocenie rezydenta²². Należy mieć także na uwadze standardy międzynarodowe wskazujące na konieczność używania wyłącznie sprzętu specjalnie zaprojektowanego w celu ograniczenia szkodliwych skutków (najlepiej wyściełanych pasów z tkaniny), aby zminimalizować ryzyko odniesienia obrażeń i/lub cierpienia pacjenta²³.

W opinii KMPT zastosowanie wobec podopiecznego placówki specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko nadużyć związane z taką formą zabezpieczania mieszkańców, KMPT rekomenduje zastosowanie następujących rozwiązań:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej

²¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 82.

²² Tamże.

²³ Zob. Raport CPT z wizyty w Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, § 137; Raport CPT z wizyty na Cyprze, CPT/Inf (2018) 16, § 126; pkt 3.3: Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańca oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

2. Stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza. Lekarz po zbadaniu mieszkańca i indywidualnej ocenie stanu zdrowia i ryzyka powinien odnotować w dokumentacji medycznej mieszkańca potrzebę zastosowania środka, czas i okoliczności jego stosowania, ewentualne przeciwwskazania i inne uwagi istotne dla zapewnienia właściwej opieki. Potrzeba dalszego stosowania tego środka powinna podlegać regularnemu przeglądowi. Należy też dokumentować wszelkie urazy i obrażenia odniesione przez mieszkańca w trakcie stosowania tego środka oraz bezpośrednio po jego zakończeniu (np. obtarcia, skaleczenia, upadki itp.).

3. Wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Legalność pobytu

Analiza wybranej dokumentacji ubezwłasnowolnionych całkowicie mieszkańców przez przedstawicieli KMPT w trakcie wizytacji wykazała, iż w jednym przypadku brakowało postanowienia sądu o ubezwłasnowolnieniu, natomiast w dokumentacji trzech innych pensjonariuszy brak było zgody sądu opiekuńczego na umieszczenie w placówce.

Krajowy Mechanizm przypomina, że wymóg posiadania wspomnianych dokumentów wynika wprost z przepisów ustawy o pomocy społecznej²⁴. W art. 68a ust. 1 pkt f wskazano, iż podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku jest obowiązany prowadzić szczegółową dokumentację osób przebywających w placówce, zawierającą: postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce – w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Z kolei w art. 68c prawodawca jasno wskazał, iż 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 całkowicie²⁵.

Krajowy Mechanizm zaleca przegląd dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie oraz uzupełnienie tejże dokumentacji o postanowienia sądu o ubezwłasnowolnienie, a także o zezwolenie sądu opiekuńczego na umieszczenie mieszkańca w wizytowanej placówce.

6.2. Traktowanie

Delegacja nie odebrała sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców przez personel placówki.

²⁴ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 ze zm.).

²⁵ Zob. art. 68a ust. 1 pkt f, art. 68c ustawy o pomocy społecznej.

Z informacji uzyskanych od personelu placówki wynika jednak, iż jedna z mieszkanki doświadczała przemocy (w tym przemocy seksualnej) w domu rodzinnym, zanim trafiła do PCO. Po przybyciu do placówki nie została ona zbadana ginekologicznie, nie zapewniono jej także fachowego wsparcia psychologicznego. Z przeprowadzonych czynności przez przedstawicieli KMPT wynikało także, iż inna z mieszkanki placówki w przeszłości również doświadczyła przemocy seksualnej.

Wykorzystywanie seksualne, jako doświadczenie traumatyczne, może wpływać na wiele sfer funkcjonowania osoby, która go doświadczyła. Bezpośrednie konsekwencje przemocy seksualnej mają postać nie tylko obrażeń somatycznych, ale odciskają również piętno na sferze emocjonalnej, co przekłada się na codzienne funkcjonowanie takiej osoby. Część objawów może utrzymywać się lub pojawiać nawet po wielu latach od doświadczenia wykorzystania – te konsekwencje można zaliczyć do długotrwałych skutków doświadczonej przemocy seksualnej. Chociaż w wielu przypadkach nasilenie objawów może maleć wraz z upływem czasu, zdarza się, iż utrzymuje się przez wiele lat, a czasami można zaobserwować wręcz pogorszenie funkcjonowania psychospołecznego poszkodowanych osób.

Krajowy Mechanizm stoi na stanowisku, że w przypadku kiedy placówka otrzymuje informacje o możliwości doświadczenia jakiejkolwiek formy przemocy, w tym przemocy seksualnej, nawet w sytuacji gdy doszło do niej przed umieszczeniem w PCO, osoba taka powinna móc uzyskać fachową pomoc psychologiczną jako mieszkanka placówki. Ponadto za zgodą pacjentki należy zawiadomić o możliwości popełnienia przestępstwa policję lub prokuraturę, która ma możliwość zlecenia badań medycznych celem zabezpieczenia dowodów czynu zabronionego. Zawiadomienie organów ścigania jest szczególnie istotne w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, które znajdują się w sytuacji podatności na przemoc i wymagają w związku z tym szczególnej ochrony.

Należy także wskazać, iż u jednej z mieszkanek, która w przeszłości doświadczyła takiej przemocy, rozpoznano niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym. Niegdyś dość powszechny był pogląd, iż skutki przemocy seksualnej wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną nie są tak traumatyczne jak w przypadku osób zdrowych i sprawnych z uwagi na ich ograniczoną percepcję, rozumienie i ocenę zdarzeń²⁶. Obecnie uważa się, że te skutki są podobne i nie różnią się w zasadniczy sposób od reakcji osób pełnosprawnych²⁷. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną istnieje ryzyko, iż niektóre z symptomów przeżywanej traumy (np. masturbacja, autoagresja, lepkość emocjonalna, depresja, apatia), mogą być interpretowane jako wynik zaburzeń funkcji poznawczych per se lub innych zdarzeń życiowych. Wskazana sytuacja utrudni zatem udzielenie skutecznej pomocy ofierze, może także prowadzić do eskalacji zachowań trudnych²⁸.

W tym miejscu należy podkreślić, iż w trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT otrzymali informację, iż mieszkanka z niepełnosprawnością intelektualną, która prawdopodobnie doświadczyła w przeszłości przemocy seksualnej, charakteryzuje się zwiększonym popędem seksualnym i na tym tle dochodzi nierzadko do sytuacji trudnych w placówce. Nie jest wykluczone, że tego typu zachowania mogą być następstwem nieprzepracowanych traum z przeszłości.

Podkreślenia wymaga fakt, że w dokumencie ONZ dotyczącym Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych²⁹ zapisano, iż „Osoby niepełnosprawne i ich rodziny powinny być w pełni informowane o środkach ostrożności zapobiegających nadużyciom seksualnym lub innym formom nadużyć.

²⁶ A. Piekarska, Krzywdzenie dziecka z zaburzeniami rozwojowymi. Przegląd zagadnień teoretyczno-badawczych oraz zastosowanie taksonomii krzywdzenia dziecka, „Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka”, 2002, nr 2, s. 63-71.

²⁷ M. Karwacka, Przemoc seksualna wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, 2013, nr 2, s. 57-74.

²⁸ Tamże, s. 72.

²⁹ Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych zostały przyjęte podczas 48 sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w dniu 20 grudnia 1993 (Rezolucja 48/96).

Osoby niepełnosprawne są szczególnie narażone na nadużycia w rodzinie, środowisku lub zakładzie i trzeba je nauczyć, jak unikać takich okoliczności, jak rozpoznać czy nadużycie miało miejsce oraz jak je zgłosić” (zasada 9, pkt 4).

Reasumując, KMPT jeszcze raz pragnie podkreślić konieczność zapewnienia fachowej pomocy psychologicznej mieszkańcom przebywającym w placówce, którzy mogli w przeszłości doświadczyć różnych form przemocy, w tym przemocy seksualnej.

6.3. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń

Placówka zapewnia mieszkańcom całodobową opiekę pielęgniarską, co KMPT ocenia pozytywnie. Nowo przyjmowani pensjonariusze badani są przez lekarza w pierwszym możliwym dniu, kiedy lekarz dostępny jest w PCO (lekarz zazwyczaj przyjeżdża do placówki w soboty, tak że badanie wstępne może się odbyć nawet w ciągu 5-6 dni od przybycia mieszkańca do placówki). Ewentualne posiadane obrażenia dokumentowane są w karcie przyjęcia mieszkańca. Odnotowuje się tam m.in. zmiany na skórze, odleżyny, stan zdrowia oraz przebyte choroby. Placówka stosuje opracowany przez siebie formularz, nie ma w nim jednakże miejsca na szczegółowy opis obrażeń³⁰. Brakuje w nim rysunków anatomicznych, tzw. map ciała, nie są także robione zdjęcia ewentualnych obrażeń. Ponadto żadna osoba z personelu, z którą rozmawiali przedstawiciele Krajowego Mechanizmu, nie posiadała wiedzy odnośnie do Protokołu stambulskiego.

KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą pensjonariuszy przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu

³⁰ Jedna z notatek w dokumentacji medycznej brzmiała „odparzenia pod piersiami i w pachwinach”.

w placówce. Z kolei świadomość ujawnienia ewentualnych śladów przemocy i ich udokumentowania może zadziałać odstraszająco na osoby rozważające użycie przemocy wobec mieszkańców³¹.

Badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania tortur. Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) podkreśla, że badanie powinno odbywać się w warunkach poufności (obecny powinien być wyłącznie personel medyczny) i być ukierunkowane na zdiagnozowanie ewentualnych przypadków tortur i złego traktowania³².

Krajowy Mechanizm zaleca poddawanie wszystkich nowo przybyłych mieszkańców, niezwłocznie po ich przyjęciu do placówki, niezależnym badaniom lekarskim i zawiadamianie prokuratora lub policji o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, jeśli na możliwość jego popełnienia wskazują posiadane przez osobę obrażenia.

KMPT widzi też potrzebę przeszkolenia personelu z treści Protokołu stambulskiego, tj. oficjalnego podręcznika ONZ dotyczącego diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zawiera on wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą przemocy (w tym tortur), oraz wytyczne, jak należy zgłaszać takie przypadki odpowiednim organom. Dokument

³¹ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 45-48; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61; Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport SPT z wizyty w Szwecji, 10 września 2008 r., CAT/OP/SWE/1, § 62-64; Drugie Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf (92) 3, § 36-38; Raport CPT z wizyty w Polsce, 25 czerwca 2014 r., CPT/Inf (2014) 21, § 26, 30; Raport CPT z wizyty w Turcji, CPT/Inf (2009) 17, § 53; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016) 25, § 167.

³² Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61.

ten jest ogólnodostępny i odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur³³. Stanowi więc istotny element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał personelu.

Stosowanie Protokołu stambulskiego zalecane jest państwom będącym sygnatariuszami OPCAT (w tym Polsce) przez Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Tortur³⁴.

Poza opisywaniem i oznaczaniem obrażeń pożądane jest także ich fotografowanie i przechowywanie zdjęć w dokumentacji medycznej (za zgodą mieszkańców). Krajowy Mechanizm pragnie zaznaczyć, iż dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zaleca dokumentowanie obrażeń mieszkańca za pomocą formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca, a także przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.

W dokumentacji jednego z nieubezważnowolnionych mieszkańców placówki znajdowało się oświadczenie z dnia 22 października 2022 r. podpisane przez jego brata dot. wyrażenia zgody na zaszczepienie przeciwko COVID-19.

³³ Dokument dostępny na stronie:

https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/IstanbulProtocol_Rev2_EN.pdf.

³⁴ 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.

W tym miejscu należy przywołać przepis art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty³⁵, zgodnie z którym „lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta” (ust. 1). Wskazać przy tym należy, iż „jeśli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego” (ust. 2).

Mając powyższe na względzie, KMPT zaleca pozyskiwanie zgody sądu opiekuńczego na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym szczepień, wobec mieszkańców, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, ale uzyskiwanie ich świadomej zgody jest niemożliwe.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził fakt pozyskania i trzymania w dokumentacji ubezwłasnowolnionego mieszkańca ogólnego oświadczenia opiekuna prawnego o wyrażeniu przez niego zgody na badania medyczne lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego (zgoda blankietowa). Ponadto oświadczenie to nie zawierało daty wyrażenia zgody.

Sytuacja taka jest niezgodna z obecnie obowiązującym porządkiem prawnym. W nawiązaniu do cytowanej powyżej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (ust. 1 i 2), w przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby (art. 32 ust. 4).

KMPT zaleca więc każdorazowe odbieranie zgody na konkretne świadczenie medyczne od opiekunów prawnych. Podkreśla przy tym, że stosownie do art. 32 ust.

³⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1516.

7 ww. ustawy, zgoda może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Krajowy Mechanizm zwraca również uwagę, że w sytuacjach nagłych udzielenie podopiecznemu świadczenia zdrowotnego, w tym przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, może być przeprowadzone bez zgody zainteresowanych (art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7 ustawy). Ponadto jednak, jeżeli małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 7).

Warto też zauważyć, że jeżeli zachodzi jedynie potrzeba przeprowadzenia badania mieszkańca (jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody), zgodę wyrazić może także opiekun faktyczny, przykładowo pracownik placówki (art. 32 ust. 3 ww. ustawy).

Mając na uwadze obowiązujący stan prawny, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca każdorazowe odbieranie zgody od przedstawicieli ustawowych mieszkańców na świadczenia medyczne w sytuacjach, w których ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry wymaga ich zgody.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu otrzymali również informację, że w sytuacjach, w których pensjonariusze nie są w stanie samodzielnie połączyć medykamentów, są one rozkruszane, bez zalecenia lekarskiego. Niektórym pensjonariuszom podawane są bez ich wiedzy w pokarmach.

KMPT pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego

Towarzystwa Psychiatrycznego³⁶, rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu 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 odrzuca także praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez mieszkańca. Każdy mieszkaniec ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto 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 nie będzie chciał przyjąć leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie posiadając wiedzy, że lek podano mu wówczas podstępem).

KMPT zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania medykamentów w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem. Krajowy Mechanizm zaleca także odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków, bez wiedzy pensjonariusza.

6.4. Kontakt ze światem zewnętrznym

W trakcie trwania wizytacji przedstawiciele KMPT zaobserwowali, że brama wyjściowa poza teren placówki była zamknięta. W związku z tym nie było realnej możliwości, aby mieszkaniec mógł samodzielnie wyjść, np. do sklepu bądź na spacer. Ponadto właścicielka i kierowniczką placówki potwierdziły, iż stan mieszkańców nie

³⁶ Zob. Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Prawa%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20dom%C3%B3w%20pomocy%20spo%C5%82ecznej%20%202016.pdf>, s. 109-111.

pozwala na to, aby mogli oni samodzielnie opuszczać placówkę. Jednocześnie placówka nie praktykowała wydawania formalnych decyzji ograniczających wyjście, w trybie art. 68 ust. 2a ustawy o pomocy społecznej.

Mając na uwadze fakt, że stan mieszkańców faktycznie może wskazywać na to, iż nie powinni oni ze względów bezpieczeństwa samodzielnie opuszczać terenu PCO, należy wskazać, że wszelkie ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez mieszkańców powinny być wprowadzone jedynie na podstawie i w granicach obowiązującego prawa.

Kwestie te szczegółowo reguluje art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej. W przepisach tych określono zasady ewentualnego ograniczania samodzielnego wyjść przez mieszkańców PCO. Wynika z nich m.in., że gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca PCO może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez mieszkańca terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.

W przepisach podkreślono również, że tego rodzaju ograniczenie powinno zostać sporządzone w formie pisemnej i powinno zawierać:

- wskazanie osoby, której to ograniczenie dotyczy;
- okresu, na jaki jest wydane;
- uzasadnienie ograniczenia;
- pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego.

Ponadto ograniczenie doręcza się mieszkańcowi, a gdy jest on osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie, również jego przedstawicielowi ustawowemu.

Doręczając ograniczenie, osoba kierująca PCO poucza mieszkańca o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia. Dodatkowo informację o ograniczeniu osoba kierująca placówką przesyła do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka, w terminie 3 dni od dnia doręczenia ograniczenia mieszkańcowi.

W świetle przywołanych przepisów, KMPT przypomina, że procedura ograniczenia możliwości samodzielnych wyjść – o ile zachodzą określone w ustawie przesłanki – dotyczy zarówno osób nieubezważnowolnionych, jak i ubezważnowolnionych. W tym drugim przypadku wiąże się to z koniecznością poinformowania o tym fakcie opiekuna prawnego.

Reasumując, Krajowy Mechanizm zaleca ograniczanie możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez mieszkańców jedynie na podstawie art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej i informowanie sądu opiekuńczego o takich mieszkańcach przebywających w placówce.

6.5. Mechanizm skargowy i prawo do informacji

W trakcie wizytacji placówka posiadała Zeszyt skarg i wniosków, nie posiadał on jednak żadnego wpisu. Na tablicy nie znajdowały się żadne informacje o sposobie złożenia skargi bądź wniosku, brakowało także wykazu instytucji stojących na straży ochrony praw człowieka.

KMPT pragnie zaznaczyć, iż brak wpisów w rejestrze skarg nie zawsze można odczytywać pozytywnie. Mieszkańcy (bądź ich rodziny, bliscy, opiekunowie prawni) mogą nie mieć świadomości oraz wiedzy, w jaki sposób mogliby poinformować o niewłaściwym traktowaniu i do kogo się zwrócić w razie naruszenia ich praw.

Krajowy Mechanizm każdorazowo zwraca uwagę, czy placówka w ogólnodostępnych miejscach (np. korytarze) zamieszcza informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka oraz o przyjętej procedurze skargowej. Możliwość

kontakty z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w placówce całodobowej opieki lub np. odwiedzających ją krewnych stanowi minimalną gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. Analogiczne zabezpieczenie stanowi również jasna i ogólnodostępna informacja dotycząca mechanizmu skargowego funkcjonującego w konkretnej placówce.

Mając powyższe na uwadze, Krajowy Mechanizm zaleca poinformowanie zarówno mieszkańców i ich opiekunów prawnych i faktycznych o istnieniu rejestru skarg i wniosków. Rejestr skargowy powinien być poufny i dostępny wyłącznie dla właścicielki/wyznaczonego pracownika. Osoba składająca skargę (oraz inni pracownicy) nie powinna mieć wglądu we wcześniejsze wpisy. Informacje o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru powinny być przekazywane w sposób zrozumiały dla odbiorców, zarówno ustnie, jak i pisemnie.

KMPT zaleca także wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. na tablicach informacyjnych na korytarzach, przy wejściu do placówki), danych teleadresowych instytucji, do których mieszkańiec lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca. Takimi instytucjami mogą być przykładowo: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676), Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka). **KMPT rekomenduje także wyeksponowanie informacji o sposobie złożenia skargi u dyrektorki PCO.**

Warto w tym miejscu wskazać, że CPT w swoim rocznym sprawozdaniu z 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę w procesie zarządzania placówką³⁷.

CPT podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności (w tym w domach opieki). Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami a personelem, lecz 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 skargi.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)³⁸.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczących się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku danego kraju, w tym cudzoziemców³⁹. Podkreśla również, że brak skarg niekoniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może

³⁷ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, p. 68-91.

³⁸ Tamże, p. 79.

³⁹ Tamże, p. 83.

on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg⁴⁰.

Ponadto dobrym rozwiązaniem byłoby również zamontowanie skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze.

6.6. Opieka psychologiczna

Pensjonariusze wizytowanej placówki nie mają zagwarantowanej opieki psychologicznej na miejscu. Z informacji uzyskanych od personelu PCO wynika, że w sytuacji potrzeby wsparcia psychologicznego pensjonariusze wożeni są do zewnętrznych podmiotów oferujących taką pomoc.

Podkreślenia wymaga fakt, że sam pobyt w placówce całodobowej opieki, zmiana otoczenia, długotrwałe rozstanie z bliskimi, jak również brak akceptacji dla zmian psychicznych oraz fizycznych, które towarzyszą procesowi starzenia się, mogą wywoływać negatywne skutki dla zdrowia psychicznego mieszkańców. Osoby starsze dość często borykają się z depresją, a wykwalifikowany psycholog potrafi rozpoznać i zbadać pierwsze jej symptomy, jak również oszacować ryzyko rozwoju choroby oraz przewidzieć zachowanie mieszkańca. Psycholog może także stanowić wsparcie dla pracowników oraz rodzin pensjonariuszy.

Ponadto sytuacje przedstawione w pkt 6.2 raportu wyraźnie wskazują na konieczność objęcia pomocą psychologiczną wskazanych mieszkank przebywających w PCO.

⁴⁰ Tamże, p. 91.

Także SPT wskazuje na istotę zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej osobom przebywającym m.in. w placówkach opiekuńczych. Regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje się, aby władze uwzględniły rutynowe badania w zakresie zdrowia psychicznego podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu zatrzymania (rozumianym także jako dom opieki)⁴¹.

Krajowy Mechanizm zaleca nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki.

6.7. Terapia zajęciowa

W trakcie wizytacji zdecydowana większość mieszkańców wolny czas spędzała w pokoju dziennym bądź na tarasie, głównie śpiewając piosenki. Pomimo tego, iż sprzęt do innych aktywności znajdował się w świetlicy (klocki, gry), przedstawiciele KMPT nie zauważyli, aby był on wykorzystywany w praktyce.

W ocenie KMPT, mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w aktywizacji fizycznej, psychicznej oraz intelektualnej pensjonariuszy. Obecne formy spędzania czasu wolnego przez pensjonariuszy nie stanowią bowiem oddziaływań terapeutycznych. Należy podkreślić, że terapia zajęciowa powinna być prowadzona w sposób przemyślany oraz udokumentowany, co umożliwi ocenę efektywności podjętych oddziaływań.

Jak zauważa CPT, proces opieki nad mieszkańcami tego typu placówek powinien obejmować terapię zajęciową, rehabilitację i zajęcia o charakterze rekreacyjnym. W ocenie Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie indywidualnego planu dla każdego z mieszkańców, który będzie miał na celu utrzymanie umiejętności

⁴¹ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, p. 30 i 32.

osobistych i społecznych, w tym mobilności, a tym samym poprawę jakości życia i dobrostanu mieszkańców⁴². Jak podkreśla CPT, za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia⁴³.

Krajowy Mechanizm zaleca zatrudnienie wykwalifikowanego terapeuty zajęciowego w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy ich dobrostanu.

6.8. Rejestry i dokumentacja

W placówce prowadzony jest m.in. rejestr stosowania środków przymusu bezpośredniego, ewidencja wyjść przepustek pensjonariuszy, książka skarg i wniosków, raporty pielęgniarskie. Nie prowadzi się natomiast raportów dziennych/nocnych oraz rejestru zdarzeń nadzwyczajnych. Raporty pielęgniarskie zawierają głównie informacje medyczne, natomiast informacje ogólne dotyczące mieszkańców przekazywane są ustnie, po każdej zakończonej zmianie.

Co więcej, placówka nie posiada żadnych procedur regulujących zasady postępowania personelu np. w przypadku agresywnych zachowań pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych czy autoagresji.

KMPT zachęca kierownictwo placówki do wprowadzenia odpowiednich rejestrów i procedur. Dobrze prowadzony rejestr może być pomocny w ustaleniu, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc pensjonariuszom prawidłowo wykonywały swoje obowiązki. Taka praktyka niewątpliwie wzmocni podstawowe gwarancje mieszkańców i transparentność podejmowanych czynności, co ułatwi pracę także osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką.

⁴² Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, § 171.

⁴³ Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, § 174.

W ocenie SPT dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności⁴⁴.

Z kolei procedury pozwolą na ujednoczenie praktyki personelu w rozmaitych obszarach, zwłaszcza w sytuacjach, gdy musi on działać w stresie i w warunkach pobudzenia mieszkańca. Stwarza to ryzyko błędów i złego (w tym niezamierzonego) traktowania mieszkańców.

6.9. Warunki bytowe

Warunki bytowe panujące w PCO przedstawiciele KMPT określili jako dobre. W placówce nie czuć było nieprzyjemnego zapachu, jaki czasem obecny jest w tego typu placówkach. Ponadto mieszkańcy byli zadbani higienicznie.

W trakcie wizytacji zauważono jednak, iż pokoje nie były wyposażone w instalację przyzywową. W ocenie KMPT instalacja alarmowo-przyzywowa powinna być dostępna we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (zarówno w salach chorych, jak i toaletach). Instalacja przywoławcza umożliwia szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi mieszkańców. Należy mieć na uwadze, iż zgodnie z wymogami Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych⁴⁵ osoby te powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi oraz w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego powinno się im zapewnić racjonalne usprawnienia.

⁴⁴ Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zobacz przykładowo raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt 2, § 49-52.

⁴⁵ Przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowana przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.

Mając powyższe na uwadze, KMPT rekomenduje zainstalowanie instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (zarówno w pokojach mieszkańców, jak i toaletach).

6.10. Prawo własności

W niektórych aktach osobowych znajdowały się dowody osobiste mieszkańców, jednak brak było zgód na ich przechowywanie (zarówno u osób ubezwłasnowolnionych, jak i nieubezwłasnowolnionych).

Aby placówka działała na podstawie i w granicach prawa, każdorazowo powinna odbierać zgody od mieszkańca na przechowywanie dowodu osobistego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej taką zgodę powinien podpisać opiekun prawny).

W tym miejscu należy wskazać, iż w myśl art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych⁴⁶, „kto zatrzymuje bez podstawy prawnej cudzy dowód osobisty, podlega karze ograniczenia wolności albo karze grzywny”.

Zgodnie jednak z wykładnią dokonaną przez Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 9 grudnia 2010 r. o sygnaturze II AKa 397/10 znamiona wykroczenia polegającego na zatrzymaniu cudzego dowodu osobistego nie są wypełnione, jeżeli wejście w posiadanie dowodu nastąpiło za akceptacją i przyzwoleniem osoby uprawnionej.

W związku z powyższym KMPT zaleca każdorazowe odbieranie zgody od mieszkańca lub opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionego na przechowywanie dowodu osobistego.

6.11. Personel

⁴⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 671.

Z uwagi na specyfikę pracy w domu opieki, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, **KMPT zaleca, by stworzyć katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów, dotyczących m.in.: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.**

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych, oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. Superwizja powinna być prowadzona przez zewnętrznego eksperta.

CPT podkreśla, że z uwagi na trudny charakter pracy personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki⁴⁷.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy⁴⁸.

7. Zalecenia

⁴⁷ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zobacz również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, p. 149.

⁴⁸ Zob. art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 lutego 2014 r.

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają właścicielce Ośrodka Opiekuńczego „Barbara” w Wielkiej Wsi:

1. uzupełnienie dokumentacji osób ubezwłasnowolnionych o postanowienia sądu o ubezwłasnowolnienie oraz zezwolenia sądu opiekuńczego na umieszczenie mieszkańca w wizytowanej placówce;
2. stosowanie wobec mieszkańców niestandardowych form zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej mieszkańca, stosownie do uwag wskazanych w pkt 5.2 raportu;
3. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
4. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi zabezpieczenia niestandardowymi formami opieki, stosownie do uwag zawartych w pkt 5.2 raportu;
5. ograniczanie możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez mieszkańców jedynie na podstawie obowiązujących przepisów prawa zawartych w art. 68 ust. 2a-2h ustawy o pomocy społecznej i informowanie sądu opiekuńczego o takich mieszkańcach przebywających w placówce;
6. przeprowadzanie niezależnego, wstępnego badania lekarskiego przy przyjęciu każdego nowego pensjonariusza (badanie powinno się odbyć w możliwie najszybszym czasie od przyjęcia takiego mieszkańca do placówki);
7. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca, zaś w przypadkach podejrzenia popełnienia przestępstwa – zawiadamianie prokuratora lub policji;

8. bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania leków w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem;
9. odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków ukrytych w pokarmie bez wiedzy pensjonariusza;
10. przeszkolenie personelu z treści Protokołu stambulskiego i wykorzystywanie zawartych tam wytycznych w codziennej pracy;
11. każdorazowe odbieranie zgody od przedstawicieli ustawowych mieszkańców na świadczenia medyczne w sytuacjach, w których ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty wymaga ich zgody;
12. poinformowanie mieszkańców i ich opiekunów prawnych i faktycznych o istnieniu rejestru skarg i wniosków;
13. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. na tablicach informacyjnych na korytarzach, przy wejściu do placówki), danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka oraz informacji o sposobie złożenia skargi u dyrektorki;
14. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
15. konieczność zapewnienia fachowej pomocy psychologicznej mieszkańcom przebywającym w placówce, którzy mogli w przeszłości doświadczyć różnych form przemocy, w tym przemocy seksualnej;
16. w przypadku doświadczenia przemocy seksualnej, za zgodą mieszkanki (bądź mieszkańca), zawiadamiać o możliwości popełnienia przestępstwa Policję lub Prokuraturę;
17. zatrudnienie wykwalifikowanego i doświadczonego terapeuty zajęciowego w celu aktywizacji mieszkańców oraz poprawy dobrostanu pensjonariuszy;

18. każdorazowe odbieranie zgody od mieszkańca lub opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionego na przechowywanie dowodu osobistego;
19. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń podnoszących kwalifikacje jego członków, zgodnie ze wskazówkami zawartymi w pkt 6.11 raportu;
20. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;
21. utworzenie stosownych rejestrów wskazanych w niniejszym raporcie, ze szczególnym uwzględnieniem rejestru zdarzeń nadzwyczajnych, jak również opracowanie jasnych procedur postępowania personelu w sytuacjach nadzwyczajnych;
22. zainstalowanie instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (zarówno w ich pokojach, jak i toaletach).

Krajowy Mechanizm pragnie jeszcze raz podkreślić konieczność otoczenia odpowiednią opieką mieszkańców, którzy doświadczyli w przeszłości przemocy (w tym przemocy seksualnej). Kiedy placówka otrzymuje informacje o takiej możliwości, nawet jeśli doszło do niej przed umieszczeniem w PCO, osoba taka powinna móc uzyskać fachową pomoc psychologiczną. Ponadto za zgodą osoby należy zawiadomić o możliwości popełnienia przestępstwa Policję lub Prokuraturę, która ma możliwość zlecenia badań medycznych celem zabezpieczenia śladów kryminalistycznych.

Opracowała: Aleksandra Osińska

Za Zespół podpisuje:

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/