



**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Warszawa, 10-03-2022 r.

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.575.14.2021.JZ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej „Anna” w Krapkowicach**

1. Wstęp

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 dniu 25 listopada 2021 r., przeprowadzona została wizytacja Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT) w Domu Pomocy Społecznej „Anna” w Krapkowicach (dalej: DPS, Dom, placówka).

W skład delegacji KMPT wchodziły: Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz Justyna Zarecka (politolożka, specjalistka ds. bezpieczeństwa wewnętrznego).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie 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. Dodatkowo celem wizytacji było zweryfikowanie przygotowania placówki na zagrożenie związane z pandemią koronawirusa.

W ramach wizytacji przeprowadzone czynności polegały na:

- rozmowie na temat funkcjonowania placówki z Anną Daniszewską – starszym inspektorem, odpowiedzialną za kierowanie DPS;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym: pokoi mieszkańców, sanitariatów, pokoju dziennego, jadalni, pomieszczeń do fizjoterapii;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z mieszkańcami i pracownikami;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Ponadto, po jej zakończeniu, przeanalizowano dokumenty oraz notatki związane 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, prawo do 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. Wyróżniono też dobrą praktykę. Omówiono także kwestie dotyczące funkcjonowania DPS w dobie pandemii koronawirusa Covid-19.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. personel, mieszkańcy) 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 nakaże, 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. Charakterystyka placówki

Dom Pomocy Społecznej „Anna” w Krapkowicach jest jednostką organizacyjną Powiatu Krapkowickiego. Placówka działa w oparciu o zezwolenie na prowadzenie domu wydane na czas nieokreślony przez Wojewodę Opolskiego decyzją nr 2/2017 z dnia 22 marca 2017 r., znak: PSiZ.I.9423.6.2017.AKB2.

Placówka przeznaczona jest dla osób w podeszłym wieku. Posiada 25 miejsc. Mieszkańcy rozmieszczeni są dwóch budynkach: głównym, gdzie jest m.in. jadalnia i sale do fizjoterapii, oraz tzw. budynku BIS, gdzie znajdują się jedynie pokoje pensjonariuszy niemających problemów z samodzielnym poruszaniem się.

W czasie wizytacji w Domu było 24 mieszkańców (18 kobiet i 6 mężczyzn). W DPS przebywały 3 osoby ubezwłasnowolnione, w jednym przypadku opiekunem prawnym był członek rodziny, w pozostałych – dwoje byłych pracowników placówki, którzy funkcje te objęli jeszcze podczas zatrudnienia w DPS. Jedna z mieszkanki była umieszczona w Domu postanowieniem sądu.

4. Dobra praktyka

W 2014 r. powstało Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Anna” w Krapkowicach, stworzone głównie przez pracowników placówki. Do stowarzyszenia mogą także dobrowolnie przystąpić mieszkańcy DPS. Dzięki działalności tej organizacji udało się pozyskać dodatkowe środki finansowe m.in. na remonty w placówce czy organizację wycieczek. Stowarzyszenie finansowane jest ze składek członkowskich oraz wsparcia darczyńców.

5. Problemy systemowe

5.1. Opieka pielęgniarska

W placówce nie ma zatrudnionej pielęgniarki, nawet na część etatu. Opieka pielęgniarska jest realizowana poprzez wizyty pielęgniarek środowiskowych z niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej w Krapkowicach. Do ich zadań należy m.in. pobieranie krwi, podawanie zastrzyków czy zakładanie kroplówek. Jak wynikało z informacji przekazanych wizytującym, pielęgniarka środowiskowa jest obecna w placówce minimum raz w tygodniu. Jak wskazała kierująca placówką, w okolicy niezwykle trudno jest znaleźć wśród przedstawicieli tego zawodu chętnych do pracy w DPS. Należy bowiem pamiętać, że istnieje dysproporcja pomiędzy wynagrodzeniami pielęgniarek zatrudnionymi w domach pomocy społecznej a w jednostkach sektora medycznego. Powyższa sytuacja potwierdza istnienie problemu systemowego, którego rozwiązanie wymaga

wsparcia ustawodawcy. Kwestia ta była przedmiotem wystąpienia KMPT do Minister Rodziny i Polityki Społecznej w czerwcu 2021 r¹.

Zgodnie z art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej², dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców domu. Placówki te nie pełnią natomiast funkcji leczniczych i pielęgniarских, a jedynie umożliwią i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³. Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 59 ustawy o pomocy społecznej).

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarки i położnej⁴ umożliwia się zatrudnienie pielęgniarки w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarки określonych w ustawie. Jednakże status pielęgniarки zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny aniżeli pielęgniarки zatrudnionej w placówkach służby zdrowia. Główną przyczynę stanowi różnicowanie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zdecydowanie wyższego (finansowanego są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia) od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarcom zatrudnionym w domach pomocy społecznej. Z uwagi na fakt, że domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, wynagrodzenie pielęgniarek w nich zatrudnionych pochodzi z budżetu samorządów. Nierówności w wynagradzaniu pielęgniarek zatrudnionych w dps-ach (brak dodatków, podwyżek, etc.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia, w efekcie powoduje problemy w znalezieniu do pracy w dps-ach osób o tym wykształceniu lub częstych rezygnacji pielęgniarek/pięgniarzy już zatrudnionych w dps-ach na rzecz podmiotów leczniczych.

W ocenie KMPT sytuacja ta zdecydowanie przekłada się na obniżenie standardów w zapewnieniu opieki i pielęgnacji mieszkańców dps-ów. Konieczna jest zatem nowelizacja obowiązujących przepisów w taki sposób, aby wysokość wynagrodzenia pielęgniarek

¹ Wystąpienie generalne z dnia 21 czerwca 2021 r. do Minister Rodziny i Polityki Społecznej; KMP.575.9.2021.JJ.

² Tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r., poz. 1876.

³ Tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r., poz. 1285.

⁴ Tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r., poz. 479.

zatrudnionych w domach pomocy społecznej, była analogiczna, jak w przypadku pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Ze względu na uzasadnione potrzeby domów pomocy społecznej w zakresie personelu, uzupełnienie braków kadrowych personelu pielęgniarskiego i tym samym podniesienie standardu opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej Rzecznik Praw Obywatelskich oraz Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur będą monitorować powyższe kwestie w procesie legislacyjnym.

5.2. Opieka psychologiczna

Ważną kwestią sprawdzaną w trakcie wizytacji w domach pomocy społecznej jest zapewnienie pensjonariuszom tych placówek opieki psychologicznej. Zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie DPS⁵, mieszkańcom domu należy zapewnić kontakt z psychologiem. Wskazana regulacja wprowadza zatem bardzo ogólny standard, nie określając chociażby form współpracy DPS z psychologiem.

W DPS w Krapkowicach wsparcie psychologa było realizowane wyłącznie poprzez indywidualne skierowanie wystawione mieszkańcowi przez lekarza rodzinnego w ramach NFZ. W związku z tym spotkanie z psychologiem odbywało się zwykle dopiero po kilku dniach od zaistnienia takiej potrzeby. Rozwiązanie to mogło utrudniać szybką reakcję np. w sytuacjach konfliktowych pomiędzy mieszkańcami, czy wobec obniżonego nastroju, któregoś z pensjonariuszy⁶.

W opinii KMPT w DPS niezbędne jest zatrudnienie psychologa, który na co dzień pracowałby z mieszkańcami zarówno w ramach oddziaływań indywidualnych jak i grupowych. Zakres zadań psychologa nie może koncentrować się jedynie na interwencji kryzysowej, ale musi uwzględniać także profilaktykę, podnoszącą jakość życia mieszkańców domu. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką mieszkańców trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość mieszkańca, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i najbliższymi mieszkańców. W sytuacjach odmowy współpracy ze strony pensjonariusza psycholog mógłby natomiast formułować zalecenia odnośnie sposobu postępowania pozostałego personelu z danym pensjonariuszem.

⁵ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r., poz. 734).

⁶ Szczegółowa analiza jednego z takich przypadków została przedstawiona w pkt. 6.1. niniejszego raportu.

Ponadto stała obecność psychologa przyczyniłaby się również do integracji społeczności mieszkańców, poprawy relacji z personelem oraz zwiększenia motywacji do udziału w proponowanych przez placówkę zajęciach. 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. Problem ten dotyczy również osób przewlekle somatycznie chorych, czy osób nieuleczalnie chorych.

Przedstawiony powyżej problem sygnalizowany jest przez KMPT od 2013 roku⁷. Warto także zwrócić uwagę, że Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w zaktualizowanych wytycznych dotyczących zapobiegania i kontroli COVID-19 w zakładach karnych i innych miejscach pozbawienia wolności podkreśliła, że popyt na usługi psychologiczne prawdopodobnie wzrośnie w tego typu miejscach w następstwie pandemii i nałożonych środków ograniczających⁸.

Z kolei Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) w opublikowanych w marcu 2020 r. wytycznych adresowanych do państw - sygnatariuszy OPCAT oraz krajowych mechanizmów prewencji tortur podkreślił, że w czasie pandemii COVID-19 wszystkie osoby pozbawione wolności oraz pracownicy tych miejsc, powinni otrzymywać odpowiednie wsparcie psychologiczne⁹.

5.3. Niedostateczna kontrola sądowa pobytu osób ubezwłasnowolnionych i umieszczonych postanowieniem sądu

Zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego¹⁰, obowiązek sądowej kontroli legalności przyjęcia i przebywania w domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także przestrzegania ich praw oraz warunków panujących w placówce, dotyczy wyłącznie domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób chorujących psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną.

Tymczasem pensjonariusze, którymi powinien interesować się sąd z urzędu, mogą przebywać również w innych typach domów. W przypadku DPS w Krapkowicach trzy osoby są ubezwłasnowolnione, a jedna mieszkanka została umieszczona w DPS postanowieniem sądu.

⁷ Por. Raport z działalności KMPT: *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?*, Warszawa 2017, s. 78-82.

⁸ World Health Organization Regional Office for Europe, Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention, Interim guidance, 8 February 2021, s. 36.

⁹ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic (adopted on 25th March 2020).

¹⁰ Tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r., poz. 685.

Niektórzy mieszkańcy byli konsultowani psychiatrycznie. Z informacji przekazanych przez pracowników placówki wynikało, że Dom nie był dotąd wizytowany przez sędziego rodzinnego.

Pokazuje to lukę systemową. Takie rozwiązanie stawia bowiem część mieszkańców domów pomocy społecznej w gorszej pozycji. Pozwala na nieweryfikowane oraz nieokreślone czasowo pozbawienie wolności, pomija konieczność zagwarantowania wolności osobistej każdemu człowiekowi i możliwość domagania się w bezpośrednim kontakcie z sędzią wizytatorem, weryfikacji ich sytuacji w tym zakresie.

5.4. Pełnienie przez pracownika Domu funkcji opiekuna prawnego

W DPS przebywały trzy osoby ubezwłasnowolnione, w jednym przypadku opiekunem prawnym był członek rodziny, w pozostałych – dwoje byłych pracowników placówki, którzy jednak objęli tę funkcję jeszcze w trakcie swojego zatrudnienia w DPS. Wizytujące nie otrzymały niepokojących sygnałów na temat sprawowania przez pracowników DPS funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych, jednak kwestia ta od lat budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT¹¹. Problem ten ma charakter systemowy.

Z jednej strony takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkańców, którzy dzięki tej praktyce, mają stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym. W przypadku braku rodziny lub innych bliskich osób albo braku zainteresowania z ich strony, pracownicy domów pomocy społecznej są jedynymi osobami gotowymi podjęcia się funkcji opiekuna prawnego. Co więcej, z informacji przekazywanych przedstawicielom KMPT podczas kolejnych wizytacji wynika, że często to same sądy wywierają presję, aby to właśnie któryś z pracowników wyraził chęć sprawowania opieki nad ubezwłasnowolnionym.

W tym kontekście warto zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikom domów pomocy społecznej trudno w tej sytuacji zachować obiektywność w ocenie oferty opiekuńczej domu. Ponadto pełnienie przez personel domów pomocy społecznej funkcji opiekunów prawnych wiąże się *de facto* z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków kosztem czasu wolnego lub prywatnego. Może to zatem prowadzić do braku odpowiedniej motywacji, by właściwie i rzetelnie wykonywali powierzone obowiązki.

¹¹ Zob. Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji pt. *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?*, Warszawa 2017 r., s. 75-78.

Na problem ten zwracał również uwagę Europejski Komitet Zapobiegania Torturom (dalej: CPT) podkreślając, że jednym z aspektów roli opiekuna jest obrona - w razie konieczności - praw osób z niepełnosprawnościami wobec instytucji przyjmującej. Pełnienie funkcji opiekuna przez pracownika tej samej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów i zagrozić niezależności i bezstronności opiekuna. CPT rekomenduje w takich sytuacjach, aby władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów¹².

5.5. Mieszkańcy uzależnieni od alkoholu

Z informacji uzyskanych w czasie wizytacji wynikało, że w DPS zdarzały się przypadki nadużywania alkoholu przez niektórych mieszkańców. Okres pandemiczny, w ocenie personelu, wpłynął pozytywnie na zmniejszenie skali tego problemu (mieszkańcom trudniej było zakupić alkohol), jednak wciąż był on widoczny. Dotychczas pracownicy starali się wskazywać mieszkańcom negatywne skutki uzależnienia i namawiali osoby uzależnione do podjęcia leczenia. W Domu wprowadzona została także *Procedura postępowania z mieszkańcami będącymi pod wpływem alkoholu w DPS „Anna” w Krapkowicach*¹³. Wskazano w niej m.in., że mieszkaniec może skorzystać z pomocy Poradni Leczenia Uzależnień lub w Klubie AA.

KMPT zwraca uwagę, że problem uzależnienia od alkoholu niektórych mieszkańców domów pomocy społecznej jest problemem systemowym. Osoby nadużywające alkoholu często dezorganizują życie domu, zakłócają porządek, powodują zaburzenie relacji interpersonalnych oraz eskalację konfliktów i napięcia, zaś przejawiana niekiedy agresja stanowi poważny problem dla innych mieszkańców i personelu.

Co prawda, ustawa z dnia 22 lutego 2013 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw¹⁴ doprowadziła do powołania nowego typu domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu. W art. 59 ust. 6 i 7 ww. ustawy określono z kolei tryb kierowania do takiego domu i maksymalny czas pobytu w nim. Niestety, nadal nie rozwiązało to problemu nadużywania alkoholu przez niektórych mieszkańców domów pomocy społecznej i zakłócania spokoju pozostałych osób, bowiem w Polsce wciąż brakuje odpowiednich domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu. Należy mieć nadzieję, że tego typu domy będą powstawały w całym kraju.

¹² Raport z wizytacji CPT na Łotwie w 2016 r., [CPT/Inf (2017) 16; pkt. 157].

¹³ Załącznik nr 13 do zarządzenia nr 13/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej „Anna” w Krapkowicach z dnia 6 października 2021 r.

¹⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 509.

5.6. Monitoring wizyjny

Na terenie DPS zainstalowano monitoring wizyjny. Monitorowany jest teren zewnętrzny – chodnik pomiędzy budynkiem głównym a budynkiem BIS, gdzie mieszkają w pełni samodzielni mieszkańcy, część rekreacyjna przed budynkiem BIS oraz jego wewnętrzny korytarz. Podgląd monitoringu dostępny jest w dyżurce opiekunów, która znajduje się w głównym budynku.

Kwestia stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, w związku z jej pominięciem w przepisach regulujących funkcjonowanie tych placówek, pozostaje od kilku lat w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich¹⁵. Z jednej strony służy to niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa samych pensjonariuszy. Należy jednak zwrócić uwagę, że monitorowanie tego typu placówek może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia.

W tej sprawie Rzecznik Praw Obywatelskich wystosował w 2016 r. wystąpienie generalne do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu¹⁶. Brak przepisów regulujących tę materię prowadzi do wniosku, że obecnie instalowanie monitoringu w domach pomocy społecznej może naruszać przepisy Konstytucji. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.¹⁷ Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Traktowanie

Wizytujące nie otrzymały sygnałów o złym traktowaniu mieszkańców przez pracowników placówki. Zaniepokojenie wzbudziła jednak analiza dokumentacji, z której wynikało, że jedna z mieszkank była agresywna w stosunku do współmieszkańców. Była to także osoba nadużywająca alkoholu. Jak wskazano w notatkach służbowych pracowników z września 2021 r., jedna z mieszkank zgłaszała, że została zaatakowana przez panią B. w łazience. Z relacji

¹⁵ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2019 r., Część IV - Sytuacja w miejscach pozbawienia wolności, s. 132. Zob. Raport tematyczny pt. *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur*, Warszawa 2017, s. 91-92.

¹⁶ Zob. Wystąpienie RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

¹⁷ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

zgłaszającej wynikało, że „czuje się zdenerwowana i roztrzęsiona na myśl o incydencie”, „czuje się zastrasza od samego początku swojego pobytu przez Panią B., nie czuje się komfortowo, a tamtego dnia wręcz czuła zagrożenie ze strony drugiej mieszkanki. (...) boi się Pani B. oraz jej agresywnych zachowań. W trakcie scysji w łazience została siłą uderzona drzwiami.” Po rozmowie obu mieszanek z pracownikami DPS zdecydowano o przeprowadzeniu także rozmowy z dzielnicowym, który poinformował zgłaszającą o jej prawach i możliwości zgłoszenia naruszenia nietykalności cielesnej, jak i miał pouczyć Panią B. o możliwych konsekwencjach jej zachowań.

Takie rozwiązanie co do zasady należy ocenić pozytywnie. Opisana sytuacja wyraźnie pokazuje jednak, że w placówce niezbędne jest zatrudnienie psychologa, który będąc w stałym kontakcie z mieszkańcami potrafiłby już na wczesnym etapie zapobiegać sytuacjom konfliktowym prowadząc oddziaływania zarówno indywidualne jak i grupowe ukierunkowane m.in. na deeskalację konfliktów. Nieocenione byłoby także szybkie wsparcie udzielane osobom doświadczającym przemocy. Warto bowiem zwrócić uwagę, że w przedstawionej sprawie, spotkanie z dzielnicowym odbyło się dopiero po 9. dniach od samego zajścia w łazience. Natomiast Pani B., która miała dopuścić się przemocy, odbyła spotkanie z psychologiem dopiero po 11. dniach od tego wydarzenia. W raportach opiekunów nie było informacji czy z takiej pomocy skorzystała mieszkanka, która zgłosiła całą sytuację. Wskazano w nich jednak, że kobieta przez kilka dni obawiała się wychodzić ze swojego pokoju i tam spożywała posiłki. Dobitnie pokazuje to, jak ważna jest w tego typu sytuacjach szybka reakcja i udzielenie profesjonalnego wsparcia.

KMPT zaleca zatem zatrudnienie psychologa, który świadczyłby swoje usługi na miejscu w placówce.

Warto też zwrócić uwagę, że choć w placówce wprowadzono 20 różnych procedur, obejmujących m.in. postępowanie w przypadku niszczenia mienia przez mieszkańca, postępowania z mieszkańcami będącymi pod wpływem alkoholu, postępowania w przypadku zaginięcia mieszkańca, to jednak nie wprowadzono jasnych zasad działania w przypadku agresywnego mieszkańca. W ocenie KMPT niezbędne jest stworzenie takiej procedury, w której określone zostałyby m.in. zasady wspierania osób doświadczających przemocy.

Co warto podkreślić, kwestie zapewnienia odpowiedniego wsparcia psychologicznego dla ofiar złego traktowania zostały szczegółowo opisane w *Protokole Stambulskim, czyli Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*¹⁸. W dokumencie tym znajdują się, skierowane do lekarzy i psychologów, informacje pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą złego

¹⁸ Dokument jest dostępny pod adresem: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/protokol_stambulski_fin.pdf

traktowania oraz wskazówki, jak należy zgłaszać takie przypadki sądom lub organom śledczym, a także w jaki sposób skutecznie je dokumentować. Pomimo, iż *Protokół Stambulski* nie ma charakteru wiążącego, prawo międzynarodowe zobowiązuje rządy do badania i dokumentowania przypadków tortur i innych form znęcania się, a także karania osób za nie odpowiedzialnych, w sposób wszechstronny, efektywny, bezzwłoczny i obiektywny. Skuteczna dokumentacja jest bowiem jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami, a *Protokół Stambulski* stanowi podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania¹⁹.

W związku z powyższym KMPT zaleca uwzględnienie standardów zawartych w *Protokole Stambulskim* w opracowanej procedurze, a w przypadku zatrudnienia w DPS psychologa zapoznanie go z treścią *Protokołu*. Na konieczność przeprowadzenia tego rodzaju szkolenia zwraca też uwagę Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania²⁰.

6.2. Opieka medyczna

KMPT z zadowoleniem przyjął, że przy przyjęciu do placówki wszelkie zmiany skórne i ewentualne obrażenia mieszkańca są opisywane w raportach opiekunów. Jednocześnie nowoprzyjęty mieszkaniec jest zapisywany do pobliskiej przychodni i umawiany na konsultację lekarską, która w zależności od dostępności terminów odbywa się nawet tego samego dnia. Zdarza się także, że ewentualne odleżyny czy zmiany cukrzycowe są fotografowane i wysyłane lekarce za pomocą komunikatorów społecznościowych. Następnie zdjęcia te są usuwane.

KMPT zachęca jednak, aby personel korzystał z map ciała, które są dostępne we wspomnianym *Protokole Stambulskim*. 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, a 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

¹⁹ Zob. Raport Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Niehumanitarnemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport z wizyty SPT na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 46-48; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipca 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

²⁰ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

odleżyn. Obecnie zmiany skórne mieszkańców Domu są co prawda opisywane w raportach opiekunów, ale przy wielu informacjach mogą być trudne do odnalezienia.

Jak już wskazano w niniejszym raporcie, w DPS „Anna” w Krapkowicach opieka pielęgniarska jest realizowana jedynie doraźnie poprzez pielęgniarki środowiskowe. Choć polskie przepisy nie nakładają obowiązku zatrudnienia w DPS pielęgniarki, to według standardów Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom (CPT) w domach pomocy społecznej powinna być przez całą dobę obecna przynajmniej jedna pielęgniarka²¹. Również eksperci zewnętrzni KMPT z zakresu medycyny wskazują, że brak pielęgniarek w placówce może powodować realne zagrożenie dla zdrowia i życia osób znajdujących się w DPS np. w przypadku wystąpienia padaczki lub hipoglikemii²². Dostęp do stałej opieki pielęgniarskiej w DPS jest szczególnie istotny w dobie pandemii, gdy znacznie wydłużył się czas oczekiwania na przybycie zespołu ratownictwa medycznego. Co więcej, w toku analizy dokumentacji ustalono, że zdarzały się przypadki gdy dyspozytor odmówił wysłania karetki do osoby z saturacją 73 i niskim ciśnieniem argumentując, że „to może być błąd aparatu.” Wskazuje to zatem jak ważna jest stała obsada pielęgniarska w domach pomocy społecznej.

Obecność personelu pielęgniarskiego ma szczególne znaczenie w kontekście prowadzenia polityki lekowej w placówce. Z informacji przekazanych wizytującym wynika, że za rozkładanie leków mieszkańców, zgodnie ze zleceniami lekarskimi, odpowiadała kierująca placówką. Ona też decydowała o ewentualnym rozkruszeniu leku, jeśli mieszkaniec miał problemy z jego przełknięciem. W rozmowie z przedstawicielkami KMPT zarządzająca DPS wskazała, że przyjęta praktyka wynika z tego, że ma ona uprawnienia farmaceutyczne. Tymczasem z przekazanej w formie pisemnej *Informacji o zatrudnieniu w DPS „Anna” na dzień 25.11.2021* wskazano jedynie, że kierująca placówką starsza inspektor posiada wykształcenie wyższe magisterskie – mgr zarządzania w opiece zdrowotnej ukończone na Akademii Medycznej w Poznaniu, a w 2021 r. ukończyła studia podyplomowe „Specjalizacja z zakresu organizacji pomocy społecznej” na WSZiA w Opolu.

Przyjęte w placówce rozwiązanie w zakresie polityki lekowej stoi w sprzeczności z przepisami prawa. Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej²³ realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji jest świadczeniem

²¹ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, par. 19 oraz raport CPT z wizyty w Czechach w 2018 r., CPT/Inf (2019) 23, par. 126.

²² Zob. Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji pt. *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?*, Warszawa 2017 r., s. 107-108.

²³ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r., poz. 479).

zdrowotnym wykonywanym w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki. Co więcej, już w dobie pandemii Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych zwróciło się do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z pytaniem czy w związku z brakami kadrowymi w DPS opiekunowie medyczni mogą podawać mieszkańcom leki. W odpowiedzi przedstawiono stanowisko Ministra Zdrowia, z którego wynika, iż *leki powinny być podawane zgodnie z zaleceniem lekarza, które to zalecenia opiekun powinien otrzymać w formie pisemnej, a po przygotowaniu i rozdzieleniu przez pielęgniarkę leków, zgodnie z zaleceniami lekarza, opiekun medyczny może pomóc osobie niesamodzielnej w przyjęciu leku*²⁴. Wskazuje to zatem jednoznacznie, że za rozdzielanie leków zleconych przez lekarza powinna odpowiadać wyłącznie pielęgniarka. Kwestie te powinny zostać jasno doprecyzowane w *Procedurze kontrolowania, dysponowania i wydawania leków w DSP „Anna” w Krapkowicach*²⁵. Wskazano w niej co prawda, że „Leki mieszkańcom podaje wyłącznie pielęgniarka lub opiekunka” (pkt 2.) jednak już nie wpisano wprost, kto odpowiada za ich rozdzielenie wg zleceń – użyta została jedynie forma bezosobowa „Leki dla mieszkańców rozkłada się do oznakowanych pudełek” (pkt 3.).

Wątpliwości KMPT wzbudziła także adnotacja w jednym z raportów opiekunów z dyżuru nocnego, gdzie wskazano, że jednej z mieszanek podano 10 ml Hydroxyzinum w syropie. W opisie podano jedynie „Pani nie spała, stuknęła w barierkę i wołała opiekunkę, usnęła ok. 2.00.” Z wpisu tego nie wynikało, aby lek ten był podawany zgodnie ze zleceniem lekarza lub po konsultacji z nim. Jest to szczególnie niepokojące, bowiem do podawania hydroksyzyny w tej formie - bez zlecenia lekarskiego - uprawniona jest pielęgniarka lub położna²⁶, a nie opiekun w DPS. Co istotne, we wskazanej już *Procedurze* obowiązującej w DPS określono jedynie: „Leki uspokajające i psychotropowe przechowywane są w kasecie metalowej, znajdującej się w szafie pancerniej pod zamknięciem. Lekami tymi dysponuje wyznaczona osoba” (pkt. 11.)

Ponadto, jak już wskazano, zdarzało się, że w niektórych przypadkach, aby ułatwić mieszkańcom przyjęcie leków były one rozkruszone, co nie wynikało wprost ze zleceń lekarskich. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że w 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur uzyskał opinię prof. dr hab. Jacka Wciórki z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w której podkreślono, że podanie leku w formie rozkruszonej powinno być traktowane jako ostateczność. Rozkruszanie leków nie daje bowiem nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim

²⁴ Pismo Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 4 listopada 2020 r., sygn. RKM.0212.31.2020.

²⁵ Załącznik nr 10 do zarządzenia nr 13/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej „Anna” w Krapkowicach z dnia 6 października 2021 r.

²⁶ Załącznik nr 3 *Wykaz produktów leczniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego* do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 2017 r., poz. 497).

zawarta dostanie się do krwiobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości zapewniając właściwe działanie leku. Także Polskie Towarzystwo Psychiatryczne pismem z dnia 1 lutego 2017 r. poinformowało, że rozdrabnianie leków stanowić może działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

Ze względu na wielość zaobserwowanych problemów w zakresie zapewnienia opieki medycznej KMPT zaleca zatrudnienie w DPS pielęgniarki. Fundusze na ten cel powinny być priorytetem dla organu prowadzącego placówkę. Do tego czasu za przygotowanie i rozdzielanie leków powinna odpowiadać pielęgniarka środowiskowa, która realizuje pozostałe świadczenia pielęgniarskie w DPS. Dodatkowo KMPT zaleca wprowadzenie zasad, w jakich sytuacjach leki mają być rozkruszone, a fakt zlecenia takiej formy podawania leków przez lekarza powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny oraz wpisany w zlecenia lekarskie. Konieczne jest także doprecyzowanie we wskazanym zakresie *Procedury kontrolowania, dysponowania i wydawania leków w DPS „Anna” w Krapkowicach.*

6.3. Ograniczenia wyjść mieszkańców

Jak wynikało z rozmów z personelem w placówce nie ma osób na tyle sprawnych fizycznie lub intelektualnie, aby mogły w pełni samodzielnie wychodzić poza teren placówki. Wyjścia do sklepu czy na spacer poza teren DPS są organizowane w asyście pracownika lub z członkami rodziny mieszkańca. Choć w § 2 ust. 1 pkt 13 Regulaminu mieszkańców²⁷ wskazano, że *Mieszkaniec Domu ma prawo w szczególności do swobodnego opuszczania terenu Domu po uprzednim powiadomieniu dyżurnego opiekuna. Prawo to może zostać ograniczone w przypadku występującego ryzyka potwierdzonego przez lekarza,* to jednak w dokumentacji brak było właściwych opinii lekarskich i decyzji dyrektora w przedmiocie ograniczenia samodzielnych wyjść mieszkańców.

W opinii KMPT w niektórych przypadkach, ze względu na bezpieczeństwo samych pensjonariuszy, tego typu ograniczenia są konieczne np. gdy są to osoby ze stwierdzoną demencją. Należy jednak pamiętać, że ograniczenia w tym zakresie powinny być wprowadzane wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a nie w sposób nieformalny.

W tym kontekście warto zauważyć, że 4 października 2019 r. weszła w życie *ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia*

²⁷ Zarządzenie Dyrektora Domu Pomocy Społecznej „Anna” w Krapkowicach nr 11/2021 z dnia 29 września 2021 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Mieszkańców Domu Pomocy Społecznej „Anna” w Krapkowicach.

*psychicznego*²⁸. W art. 55 ust. 2a–2i w/w ustawy określono zasady ewentualnego ograniczania samodzielnych wyjść przez mieszkańców DPS. Wynika z nich m.in., że w przypadku gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu mieszkańca domu będącego osobą z zaburzeniami psychicznymi, dyrektor lub kierownik tego domu może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tego mieszkańca terenu domu pomocy społecznej na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia. W przepisach określono 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 domu, a gdy jest on osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie, również jego przedstawicielowi ustawowemu. Doręczając ograniczenie, dyrektor lub kierownik domu pomocy społecznej poucza mieszkańca domu o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia. Dodatkowo informację o ograniczeniu dyrektor lub kierownik domu pomocy społecznej przesyła do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten dom, w terminie 3 dni od dnia doręczenia ograniczenia mieszkańcowi. Należy także pamiętać, że mieszkaniem domu, w tym również mieszkaniem ubezwłasnowolnionego, jego przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nim faktyczną opiekę mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się dom pomocy społecznej, z wnioskiem o uchylenie ograniczenia.

KMPT zaleca ograniczanie wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej.

6.4. Prawo do informacji i mechanizmy skargowe

Jak wynika z analizy dokumentacji, każdy z mieszkańców w trakcie przyjmowania do DPS, zapoznawany był z prawami oraz obowiązkami wynikającymi z pobytu w Domu, których akceptację wyrażał własnoręcznym podpisem. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych wszelkie oświadczenia podpisywane były jednak jedynie przez opiekunów prawnych.

²⁸ Dz.U. z 2019 r., poz. 1690.

Przedstawiciele KMPT stoją na stanowisku, że o ile jest to możliwe, tj. nie stoją na przeszkodzie ważne względy zdrowotne wykluczające możliwość zrozumienia treści materiału, podpisy pod oświadczeniami tego typu, powinni składać przede wszystkim sami zainteresowani. Opiekun prawny wyznaczony jest bowiem do pomocy osobie ubezwłasnowolnionej, a nie do wypowiedzania się za mieszkańca, zwłaszcza w sprawach, w których jedynie on może zająć stanowisko (np. oświadczyć, czy faktycznie zapoznał się ze swoimi prawami i obowiązkami lub dysponować swoim wizerunkiem). Przyjęcie praktyki odbierania podpisów od ubezwłasnowolnionych mieszkańców stanowiłoby, w ocenie przedstawicieli KMPT, gwarancję, że konsekwencje wynikające z treści podpisywanych pouczeń, zgód i innych oświadczeń woli, byłyby znane nie tylko opiekunom prawnym osób ubezwłasnowolnionych, lecz przede wszystkim im samym. KMPT zaleca zapoznawanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbierania od nich podpisów pod treścią oświadczeń.

W kontekście prawa do informacji należy zwrócić uwagę, że choć w placówce funkcjonowała Rada Mieszkańców i wprowadzona została *Procedura przeprowadzania wyborów do Rady Mieszkańców w DPS „Anna” w Krapkowicach*²⁹, to większość mieszkańców, z którymi rozmawiała przedstawicielka KMPT, nie miało wiedzy na temat istnienia i działalności samorządu. Było to szczególnie niepokojące, bo stanowisko takie przedstawiały m.in. osoby w bardzo dobrym kontakcie słowno-logicznym, na co dzień zamieszkujące budynek BIS. W ocenie KMPT warto zatem przypomnieć mieszkańcom o funkcjonowaniu Rady i zasadach jej działania.

W trakcie wszystkich wizytacji przedstawiciele KMPT każdorazowo zwracają uwagę, czy wizytowana placówka udostępnia informację o instytucjach stojących na straży praw człowieka. Możliwość kontaktu z taką instytucją przez osobę przebywającą w domu pomocy społecznej lub inną osobę, stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. W tym kontekście pozytywnie należy ocenić, że w DPS „Anna” nad skrzynką na skargi zamieszczono informację o numerze i godzinach działania bezpłatnej infolinii Rzecznika Praw Obywatelskich. Warto jednak, aby informacje te zostały uzupełnione o dane teledadresowe m.in. Rzecznika Praw Pacjenta, Wydziału Polityki Społecznej Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu, organizacji pozarządowych np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Mieszkańcy ewentualne skargi i wnioski mogą także bezpośrednio składać dyrektorowi domu. Oprócz tego, swoje wnioski, zażalenia i propozycje dotyczące usprawnienia funkcjonowania DPS mogą składać we wspomnianej już skrzynce znajdującej się na parterze głównego budynku. Kwestie dotyczące rozpatrywania skarg zostały określone w *Procedurze postępowania przy*

²⁹ Załącznik nr 7 do zarządzenia nr 13/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej „Anna” w Krapkowicach z dnia 6 października 2021 r.

składaniu i rozpatrywaniu skarg i wniosków w DPS „Anna” w Krapkowicach³⁰. Co do zasady, przyjęte w niej rozwiązania należy ocenić pozytywnie. Wątpliwości KMPT wzbudził jednak mechanizm sprawdzania skrzynki na skargi. Jak wynika z procedury: „Skrzynkę skarg i życzeń w każdy poniedziałek otwiera komisja w składzie: osoba pełniąca dyżur lub opiekun medyczny, pracownik socjalny, przedstawiciel Rady Mieszkańców” (pkt 5.) „U pracownika socjalnego znajduje się Rejestr skarg i wniosków, w którym odnotowuje się fakt złożenia skargi w skrzynce lub u dyrektora” (pkt 6.)

W tym kontekście KMPT zaleca zmianę dotychczasowej praktyki dotyczącej zarządzania skargami, tak aby zagwarantować, że procedura ta będzie przebiegała z pełnym poszanowaniem zasad poufności. Warto zwrócić uwagę, że zgodnie z zaleceniami CPT *należy zabezpieczyć bezpośredni i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi (np. poprzez zainstalowanie zamkniętych skrzynek skarg dostępnych dla skarżących w odpowiednich lokalizacjach, które będą otwierane wyłącznie przez osoby specjalnie wyznaczone w celu zapewnienia poufności skarg). Pracownicy, którzy mają osoby pozbawione wolności bezpośrednio pod ich nadzorem, nie powinni mieć możliwości filtrowania skarg*³¹. W tym kontekście należy pamiętać, że opiekunowie i pracownicy socjalni mają bezpośredni kontakt z mieszkańcami, a skargi mogą dotyczyć również ich bezpośrednio. W opinii KMPT obsługą skrzynek ze skargami powinna się zatem zajmować wyłącznie jedna osoba, wyznaczona spośród pracowników administracyjnych np. pracownik sekretariatu dyrektora. KMPT zaleca zmianę procedury skargowej w tym zakresie.

CPT podkreślił, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności. Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami, a 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 skargi.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomendował opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)³².

³⁰ Załącznik nr 8 do zarządzenia nr 13/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej „Anna” w Krapkowicach z dnia 6 października 2021 r.

³¹ Fragment § 84 Dwudziestego siódmego Sprawozdania ogólnego [CPT/Inf (2018) 4].

³² Tamże, § 79.

CPT zwrócił również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców³³. Podkreślił również, że brak skarg nie koniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg³⁴.

6.5. Personel

Jak wynika z informacji o zatrudnieniu w DPS „Anna” pracownicy mieli możliwość korzystania z doskonalenia zawodowego. Szczególnie wiele kursów odbyło się w latach 2014-2018. Dotyczyły m.in. ochrony zdrowia psychicznego, wypalenia zawodowego, stosowania środków przymusu bezpośredniego, sposobów rozwiązywania sytuacji trudnych w pracy. Natomiast w latach 2019-2021 pracownicy DPS uczestniczyli w następujących szkoleniach: „Mieszkaniec DPS 2021 - zmiany w przepisach prawa i kwestie problematyczne”; „Praca z osobą starszą - nawiązywanie kontaktu i techniki komunikacji”; „Pierwsza pomoc”; „Aktywizacja seniora”; „Samodzielność i zaradność jako cel pracy z osobą z niepełnosprawnością intelektualną”. Kursy te były jednak realizowane indywidualnie przez pracowników, a nie w ramach obowiązkowych szkoleń, którymi byłiby objęci wszyscy pracownicy. W rozmowach z przedstawicielkami KMPT wybrzmiewało, że choć pracownicy cenią sobie pracę w tej placówce i sami chcieliby podnosić swoje kwalifikacje, to jednak mają poczucie, że ze względu na ograniczenia budżetowe trudno o doskonalenie zawodowe w ramach pracy w DPS.

Warto w tym kontekście wskazać, że zgodnie zaleceniami Rady Europy, *opiekunowie osób starszych powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług. W przypadkach gdy opieka sprawowana jest przez opiekunów nieformalnych w domach osób starszych, to tacy opiekunowie powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie i wsparcie, tak aby umożliwić im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy*³⁵. Natomiast CPT podkreślił, że z uwagi na trudny charakter pracy, personel oddziałowy

³³ Tamże, § 83.

³⁴ Tamże, § 91.

³⁵ Art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych (CM/Rec(2014)2) przyjętych w dniu 19 lutego 2014 roku przez Komitet Ministrów Rady Europy.

w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki³⁶.

KMPT zaleca organizowanie regularnych szkoleń z zakresu pierwszej pomocy, sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

W opinii KMPT szczególnie ważne jest wsparcie psychologiczne personelu, który z pełnym poświęceniem pracował w warunkach izolacji, gdy w placówce doszło do zakażeń. Jak wskazywali niektórzy rozmówcy, pracownicy starali się wówczas wzajemnie się wspierać. Pracownicy nie mieli możliwości skorzystania wówczas z profesjonalnej pomocy psychologa. W opinii KMPT warto, by takie wsparcie było dostępne nie tylko w pandemii, ale także podczas codziennej pracy w DPS i miało charakter systemowy np. w formie regularnych, zewnętrznych superwizji dla wszystkich chętnych pracowników. Celem superwizji jest rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. KMPT zaleca wprowadzenie regularnych superwizji dla personelu placówki.

6.6. Warunki bytowe i dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Warunki bytowe w placówce, co do zasady, należy ocenić jako dobre. W placówce było czysto, pomieszczenia były wolne od nieprzyjemnego zapachu. W pokojach mieszkańców była dostępna przenośna instalacja przyzywowa, jednak jak wskazywali pracownicy czasami się zawieszała i w przyszłości powinna zostać wymieniona na nowszą. W tym kontekście należy podkreślić, że instalacja przywoławcza powinna być zawsze sprawna i łatwo dostępna dla każdego z mieszkańców. Ma ona bowiem szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami ratyfikowanej przez Polskę *Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych*³⁷ powinny mieć zapewnione różne formy pomocy osób, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi, oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego, powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia. KMPT zaleca więc regularne sprawdzanie funkcjonowania sygnalizacji przyzywowej a docelowo jej wymianę.

³⁶ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

³⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

W planach zadań inwestycyjnych i remontowych na 2022 r. w DPS ujęto m.in. remont dachu w budynku głównym i zadaszenie wejścia z tyłu budynku, podjazd dla osób z niepełnosprawnościami przed tzw. budynkiem BIS, remont łazienki, wymianę okna w piwnicy. W ocenie KMPT to bardzo potrzebne inwestycje, bowiem budynki DPS nie były w pełni dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami m.in. brakowało wskazanego podjazdu w jednym z budynków (w chwili wizytacji byli tam umieszczeni wyłącznie mieszkańcy poruszający się samodzielnie, bez konieczności korzystania z wózków), niektóre korytarze i toalety nie zapewniały odpowiedniej przestrzeni manewrowej, poręcze i lustra w łazienkach były rozmieszczone w nieodpowiednich miejscach, niektóre łazienki wyposażone były jedynie w wysokie brodziki.

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz poprawienia występujących mankamentów, przy okazji planowanych remontów i modernizacji warto mieć na względzie poniższe standardy:

- szerokość drzwi umożliwiająca wjazd wózkiem – min. 90 cm,
- wysokość włączników światła i przycisków sygnalizacji przyzywowej – 90-120 cm,
- schody powinny mieć oznaczenia kontrastowe (na dolnych i górnych stopniach) oraz oznaczenia przed biegiem stopni, co pozwoli na korzystanie z nich osobom niedowidzącym; to samo dotyczy oznaczeń przed każdym biegiem pochylni;
- czcionki we wszystkich pismach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być większe, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące;
- poręcze przy schodach oraz przy pochylniach powinny mieć wysokość 90 cm (górna) i 75 cm (dolna), nadto prawidłowy rozstaw poręczy pochylni powinien wynosić 1-1,1 m;
- pochylnie wiodące do budynków mieszkalnych powinny mieć – w zależności od ich wysokości – kąt nachylenia, który nie przekracza 6% (przy wysokości powyżej 50 cm) i który nie przekracza 8% (przy wysokości poniżej 50 cm);
- w łazienkach wszystkie krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiającą uruchomienie ich osobom ze słabszymi rękami, wysokość muszli ustępowej: 45-50 cm, poręcze powinny być w odległości 40 cm od osi muszli i umieszczone na wysokości: 70-85 cm, wysokość brodzika pod prysznicem do 2 cm, górna krawędź umywalki powinna być umieszczona na wysokości 85 cm, dolna krawędź lustra powinna zaczynać się od poziomu umywalki (by skorzystała z niego również siedząca na wózku inwalidzka osoba), a górna sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić swobodę manewrowania

wózkami (przebieg manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że rozwiązania te powinny również dotyczyć umywalk w pokojach mieszkańców poruszających się na wózkach inwalidzkich, a przebieg manewrowa jest ważna we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają te osoby;

- klamki okienne w pokojach mieszkańców powinny być zamontowane tak, aby dosięgnęła ich osoba siedząca na wózku inwalidzkim lub niskiego wzrostu, dotyczy to również wszelkich przycisków, kontaktów, skrzynek wrzutowych na skargi i wnioski, dozowników, wieszaków, z których korzystają osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich itp. Powinny one być na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi.

Wymienione standardy ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji *Polska bez barier*, zgodnie z zasadami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla mieszkańców, które zapewnią im swobodne poruszanie się pod terenie DPS oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów.

KMPT rekomenduje poprawę dostępności placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, podczas najbliższych remontów i modernizacji.

W ocenie KMPT niezbędne jest także odnowienie pomieszczeń poniżej poziomu gruntu, w których prowadzona była fizjoterapia i gdzie stworzono tzw. salę doświadczania świata. Jedną ze ścian za metalową szafą była zawilgocona i odpadały z niej duże kawałki tynku.

Część mieszkańców zwracała uwagę, że chciałaby mieć w swoich pokojach szafki zamykane na klucz. Co prawda w budynku BIS pensjonariusze posiadali klucze do swoich pokoi, jednak dla niektórych z nich było to niewystarczające rozwiązanie. Należy zauważyć, że zdaniem CPT *placówki opieki społecznej powinny zapewniać domowe, zindywidualizowane środowisko zapewniające pewien stopień prywatności Każdy mieszkaniec powinien mieć osobistą, zamykaną na klucz przestrzeń, w której może przechowywać swoje rzeczy osobiste*³⁸. KMPT zaleca zatem podjęcie działań informujących mieszkańców o możliwości dodatkowego zabezpieczenia swoich prywatnych rzeczy.

7. Funkcjonowanie DPS w czasie pandemii Covid-19

Szczególnie trudnym okresem działalności DPS był listopad 2020 r., gdy w wyniku pandemii zakażeni byli wszyscy pensjonariusze oraz większość personelu. Pracownicy podjęli decyzję o zamknięciu się wraz z mieszkańcami na terenie placówki na czas izolacji. Dwunastu

³⁸ Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 10.

członków personelu świadczyło pracę w dwóch turach – po 7 dni. W tym czasie nocowali na materacach umieszczonych w salach do fizjoterapii i doświadczania świata. Zakupy były dostarczane pod drzwi placówki, w DPS funkcjonowała kuchnia. W czasie aktywnych zakażeń nie była prowadzona fizjoterapia oraz terapia zajęciowa. Mimo zakażeń nie odnotowano żadnego zgonu w związku z Covid-19. Kontakt mieszkańców z rodzinami odbywał się przez telefon lub aplikacje mobilne. Niestety zarówno sami pensjonariusze, jak i członkowie personelu nie mieli wówczas możliwości korzystania z pomocy psychologicznej. Mimo, iż było to jedno z zaleceń Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej³⁹. Jak wskazywali pracownicy, w tym okresie izolacji, starali się wzajemnie motywować i wspierać.

Wraz z uruchomieniem Narodowego Programu Szczepień, większość mieszkańców została w pełni zaszczepiona, wyjątki stanowiły osoby wykluczone przez lekarza ze względów medycznych. Szczepienia przeprowadzali ratownicy medyczni. Każdy z pensjonariuszy samodzielnie wyrażał chęć przyjęcia szczepionki, dodatkowo w przypadku osób ubezwłasnowolnionych stanowisko zajmował opiekun prawny. Rodziny pensjonariuszy miały wiedzę, że w placówce realizowane były szczepienia.

W przypadku przyjmowania nowych mieszkańców, lub powrotów po hospitalizacji czy przepustce, przyjęto zasadę poddawania pensjonariusza dwutygodniowej kwarantannie. Do celów izolacji przeznaczono istniejącą na terenie DPS kaplicę. Gdy wprowadzono obowiązek testowania przed przyjęciem do DPS obowiązek poddania kwarantannie został zniesiony.

W lipcu 2020 r. W placówce wprowadzono *Procedurę odwiedzin Mieszkańców DPS „Anna” w Krapkowicach podczas pandemii COVID-19⁴⁰*, zgodnie z którą odwiedziny mogły odbywać się po wcześniejszym umówieniu i z zachowaniem zasad reżimu sanitarnego. Latem spotkania odbywały się w ogrodzie.

Paczki przychodzące do mieszkańców były poddawane kwarantannie i dezynfekcji, następnie trafiały bezpośrednio do właściwego pensjonariusza, który samodzielnie ją rozpakowywał.

Środki ochrony indywidualnej i dezynfekujące były dostarczane do placówki m.in. z zasobów urzędu wojewódzkiego, zapewniał je także samorząd powiatowy. Dodatkowo część zakupów była realizowana poprzez Stowarzyszenie Przyjaciół DPS „Anna”.

³⁹ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, Nieludzkiego, Poniżającego Traktowania lub Karania w 2020 r., Warszawa 2021, s. 134.

⁴⁰ Załącznik do zarządzenia nr 15/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej „Anna” w Krapkowicach z dnia 27 lipca 2020 r.

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:

I. Dyrektorowi DPS „Anna” w Krapkowicach:

- 1) zatrudnienie psychologa;
- 2) stworzenie procedury, w której określone zostałyby zasady wspierania osób doświadczających przemocy z uwzględnieniem standardów zawartych w *Protokole Stambulskim*;
- 3) zapoznanie personelu z *Protokołem Stambulskim*;
- 4) zatrudnienie pielęgniarki;
- 5) wprowadzenie zasady, że za przygotowanie i rozdzielanie leków powinna odpowiadać jedynie pielęgniarka;
- 6) wprowadzenie zasad, w jakich sytuacjach leki mają być rozkruszone oraz odnotowywanie zlecenia przez lekarza takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej;
- 7) doprecyzowanie zgodnie z zaleceniami *Procedury kontrolowania, dysponowania i wydawania leków w DPS „Anna” w Krapkowicach*;
- 8) stosowanie map ciała wskazanych w *Protokole stambulskim*;
- 9) ograniczanie wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej;
- 10) zapoznavanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbieranie od nich podpisów pod treścią oświadczeń;
- 11) przypomnienie pensjonariuszom o zasadach funkcjonowania Rady Mieszkańców;
- 12) uzupełnienie informacji o możliwości składania skarg o dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka;
- 13) zmianę procedury, jak i praktyki zarządzania skargami w sposób zapewniający zachowanie zasad poufności;
- 14) organizowanie regularnych szkoleń personelu z zakresu pierwszej pomocy, sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;
- 15) wprowadzenie regularnych superwizji dla personelu placówki;
- 16) regularne sprawdzanie funkcjonowania sygnalizacji przyzywowej a docelowo jej wymianę;
- 17) poprawę dostępności placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, podczas najbliższych remontów i modernizacji;

- 18) odnowienie pomieszczeń poniżej poziomu gruntu, w których prowadzona jest fizjoterapia i gdzie stworzono tzw. salę doświadczenia świata;
- 19) podjęcie działań informujących mieszkańców o możliwości dodatkowego zabezpieczenia swoich prywatnych rzeczy.

II. Starościę Krapkowickiemu:

- 1) wsparcie finansowe DPS w realizacji powyższych zaleceń, wymagających nakładów finansowych.

Opracowała: Justyna Zarecka

Za Zespół podpisuje:

Przemysław Kazimirski
Dyrektor Zespołu
/-podpisano elektronicznie/