



Warszawa, 14-12-2022 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.575.1.2022.JZ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy
Społecznej „Złota Jesień” w Bogurzynie**

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

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).

wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT)².

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 za „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 opuścić, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej⁴”.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, 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.

² Zob. Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r., poz. 627).

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.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji, opierają się więc na różnych źródłach informacji m.in. własnych obserwacjach poczynionych podczas wizyty, 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 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 KMPT 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 zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji ich wystąpienia w przyszłości.

2. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 18-19 lipca 2022 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Bogurzynie (dalej: DPS, Dom, placówka). W skład zespołu wizytującego wchodziłi:

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 i Genewa 2018, s. 4-6.

⁹ Zob. art. 19 pkt. b) OPCAT.

Przemysław Kazimirski (Dyrektor KMPT, prawnik) i Justyna Zarecka (politolożka, specjalistka ds. bezpieczeństwa wewnętrznego). W wizytacji uczestniczyły również przedstawicielki Zespołu Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego w Biurze RPO – Anna Szalek (Dyrektorka Zespołu) i Agnieszka Jarzębska.

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 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.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania placówki, przekazanych przez kierowniczkę działu opiekuńczo-terapeutycznego - Annę Dymkowską;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym m.in.: pokoi mieszkańców, sanitariatów, świetlicy, jadalni, sali do fizjoterapii;
- 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 kierowniczkę działu opiekuńczo-terapeutycznego o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali jej uwag i wyjaśnień.

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, 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 mocne strony placówki.

3. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec, pracownik placówki, odwiedzający) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

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

4. Ogólna charakterystyka placówki

Dom Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Bogurzynie jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej prowadzoną na zlecenie Powiatu Mławskiego przez Fundację Odzyskać Radość. Działa na podstawie zezwolenia wydanego przez Wojewodę Mazowieckiego 22 marca 2010 r. (decyzja nr 9/2010; sygn. WPS.II.AG/9013/3/10). Na podstawie Zarządzenia Starosty Mławskiego nr 22/2022 z 24 marca 2022 r. miesięczny koszt pobytu w DPS wynosi 5 228 zł.

Placówka przeznaczona jest dla 50 osób przewlekle chorujących psychicznie. W trakcie wizytacji w DPS przebywało 46 mieszkańców (13 kobiet i 33 mężczyzn), 3 osoby były hospitalizowane, było jedno wolne miejsce.

Postanowieniem sądu w placówce umieszczono 33 pensjonariuszy. W DPS przebywało 13 osób ubezwłasnowolnionych – z czego 9 osób było ubezwłasnowolnionych całkowicie, a 4 częściowo. W 4 przypadkach opiekunami prawnymi byli pracownicy placówki, w 2 przypadkach pracownicy pełnili rolę kuratora.

5. Mocne strony i dobre praktyki

5.1. Opieka psychologiczna

Za mocną stroną placówki należy uznać zatrudnienie na pełen etat psycholożki, która prowadzi zarówno oddziaływania indywidualne, jak i grupowe.

Warto zwrócić uwagę, że obowiązujące przepisy nie zobowiązują dyrektorów DPS do zatrudnienia psychologa, a jedynie do zapewnienia mieszkańcom kontaktu z nim. Tymczasem do domów pomocy społecznej często trafiają osoby ze środowisk zaniedbanych społecznie, wymagające dużego wsparcia psychologicznego w celu przywrócenia prawidłowych mechanizmów funkcjonowania oraz pokonania trudności adaptacyjnych w nowym miejscu. Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy mieszkaniec trafia do placówki wbrew swojej woli. Doświadcza wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z mieszkańcem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia. Ponadto w ocenie przedstawicieli KMPT, stała obecność psychologa przyczynia się również do integracji społeczności mieszkańców, poprawy relacji z personelem oraz zwiększenia motywacji do udziału w proponowanych przez placówkę zajęciach. Niewątpliwie zatrudnienie psychologa wpływa bardzo pozytywnie na osoby zamieszkujące DPS.

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 ograniczających¹⁰.

Z kolei Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (dalej: 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

¹⁰ 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.

wszystkie osoby pozbawione wolności oraz pracownicy tych miejsc, powinni otrzymywać odpowiednie wsparcie psychologiczne¹¹.

5.2. Opieka pielęgniarska

Mocną stroną placówki jest zapewnienie stałej opieki pielęgniarskiej, co ze względu na dysproporcje pomiędzy wynagrodzeniami pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, w stosunku do oferowanych w jednostkach sektora medycznego, nie jest standardem w zdecydowanej większości wizytowanych przez KMPT tego typu placówek. Obecnie przepisy prawa nie nakładają obowiązku zatrudnienia w DPS pielęgniarki. Problem ten został uznany przez KMPT za problem systemowy, który wymaga podjęcia działań legislacyjnych przez ustawodawcę¹².

Tym bardziej należy docenić, że w DPS w Bogurzynie opiekę pielęgniarską świadczyło 6 pielęgniarek i pielęgniarzy w ramach 12 lub 24 godzinnych dyżurów. Stanowi to zadość standardowi Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom (dalej: CPT), z godnie z którym w domach pomocy społecznej powinna być przez całą dobę obecna przynajmniej jedna pielęgniarka¹³. Również eksperci zewnętrzni KMPT z zakresu medycyny podkreślają konieczność zatrudniania w DPS personelu medycznego. Wskazują bowiem, że brak pielęgniarek w placówce może powodować realne zagrożenie dla zdrowia i życia osób znajdujących się w DPS np. w przypadku wystąpienia padaczki lub hipoglikemii¹⁴. Dostęp do stałej opieki pielęgniarskiej w DPS jest szczególnie istotny w dobie pandemii, gdy znacznie wydłużył się czas oczekiwania

¹¹ 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).

¹² Wystąpienie generalne RPO z dnia 21 czerwca 2021 r. do Minister Rodziny i Polityki Społecznej; KMP.575.9.2021.JJ.

¹³ 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.

¹⁴ Zob. Raport z działalności 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.

na przybycie zespołu ratownictwa medycznego, a także w sytuacjach, gdy placówka oddalona jest od ośrodków miejskich.

6. Problemy systemowe

6.1. Pełnienie przez pracownika DPS funkcji opiekuna prawnego

W DPS przebywało 9 osób całkowicie ubezwłasnowolnionych – z czego w 4 przypadkach opiekunami prawnymi byli pracownicy placówki, w tym dyrektorka DPS.

Wizytujący nie otrzymali niepokojących sygnałów na temat sprawowania przez pracowników DPS funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych, jednak kwestia ta od lat budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT¹⁵. 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 DPS 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.

¹⁵Tamże, s. 75-78.

Na problem ten zwracał również uwagę 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 opiekunów¹⁶.

6.2. Mieszkańcy uzależnieni od alkoholu

Według informacji uzyskanych od personelu placówki, w DPS zdarzały się przypadki nadużywania alkoholu przez niektórych mieszkańców. W pandemii problem ten był mniej widoczny, jednak z raportów pielęgniarских wynikało że w ostatnim czasie co najmniej kilkukrotnie zdarzyło się, że niektórzy mieszkańcy wracali do placówki pod wpływem alkoholu. Pracownicy starają się wskazywać negatywne skutki uzależnienia i namawiają osoby uzależnione do podjęcia leczenia, jednak najczęściej mieszkańcy nie wyrażają zgody na terapię. Jak wynikało z rozmów z personelem, placówka nie współpracowała z terapeutą uzależnień czy grupami Anonimowych Alkoholików.

KMPT od lat 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, nowelizacja ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁷ doprowadziła do powołania nowego typu domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu. W art. 59 ust. 6 i 7 ww. ustawy określono tryb kierowania

¹⁶Zob. Standardy CPT przedstawione w dokumencie pt. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 32. Zob. również raporty CPT z wizyt w: Polsce w 2009 r. [CPT/Inf (2011) 20], par. 167; Bułgarii w 2020 r. [CPT/Inf (2020) 39], par. 81; na Ukrainie w 2019 r. [CPT/Inf (2020) 1], par. 44 oraz na Łotwie w 2016 r., [CPT/Inf (2017) 16], par. 157.

¹⁷ Dz.U. 2021 poz. 2268.

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. W ocenie KMPT, w Polsce wciąż brakuje tego typu placówek.

7. Obszary wymagające poprawy

7.1. Bezpieczeństwo mieszkańców

W placówce poważny problem stanowili agresywni mieszkańcy. Do niezwykle niebezpiecznego zdarzenia doszło pod koniec sierpnia 2020 r. gdy jeden z pensjonariuszy ranił nożyczkami sześciu innych mieszkańców. Motywem działania miała być najprawdopodobniej zazdrość o jedną z mieszkanek, która również była ofiarą i jak wynikało z dostępnej dokumentacji „doznała licznych ran kłutych klatki piersiowej i kończyny górnej prawej (...) co spowodowało u niej rozstrój zdrowia powyżej siedmiu dni”. Postępowanie w tej sprawie prowadzone było przez Komendę Powiatową Policji w Mławie¹⁸. Wobec mężczyzny zastosowany został areszt tymczasowy¹⁹. Jak wynikało z dostępnej w placówce dokumentacji, Sąd Rejonowy w Mławie zdecydował o umorzeniu postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i zdecydował o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym²⁰.

W trakcie wizytacji w placówce przebywał jednak jeszcze jeden mieszkaniec, który od dłuższego czasu przejawiał zachowania agresywne wobec innych mieszkańców. W notatce służbowej na temat zebrania społeczności 29 lipca 2021 r. wskazano, że został poruszony temat wymuszania i zastraszania pozostałych mieszkańców przez tego mężczyznę. Wówczas miał on wpaść w szal, wyzywać mieszkańców, grozić im śmiercią, wymachiwać pięściami. Nie reagował na próby uspokojenia przez pracowników w związku z czym wezwana została Policja oraz zespół ratownictwa medycznego. Ostatecznie mężczyzna został przewieziony do szpitala

¹⁸ Sygn. RDS-486/20.

¹⁹ Zob. <https://codziennikmlawski.pl/2020/09/11/dramatyczne-wydarzenia-w-osrodku-siedem-osob-poranionych/>

²⁰ Sąd Rejonowy w Mławie, II Wydział Karny sygn. akt II K 775/20; sygn. śr. zab. 2/2021.

psychiatrycznego. W związku ze skalą agresji, 3 sierpnia 2021 r. kilkoro mieszkańców DPS złożyło zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa przez tego pensjonariusza. Mężczyzna był podejrzany o to, że „w bliżej nie określonym czasie jednak nie później niż do dnia 3 sierpnia 2021 r. (...) znęcał się fizycznie i psychicznie nad mieszkańcami DPS Bogurzyn (...) w ten sposób, że wszczywał z nimi awantury w trakcie których, wyzywał ich słowami wulgarnymi i obelżywymi, poniżał, popychał, szarpał, dręczył, niepokoił, wylewał pokrzywdzonym posiłki na stołówce oraz kopał w fotel podczas oglądania przez nich telewizji, niszczył mienie stanowiące wyposażenie DPS-u a ponadto groził pokrzywdzonym pobiciem i pozbawieniem życia”. W związku z tym, iż w toku śledztwa stwierdzono niepoczytalność podejrzanego, prokurator wniósł o umorzenie postępowania i zastosowanie wobec mężczyzny środka zabezpieczającego: w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym (w przypadku uznania, że podejrzany popełnił czyn o znacznie społecznej szkodliwości) lub w postaci terapii z częstotliwością wizyt co najmniej jeden raz w miesiącu w Poradni Zdrowia Psychicznego (w przypadku uznania, że czyn popełniony przez podejrzanego nie należał do czynów o znacznej społecznej szkodliwości)²¹. Jak wynikało z dokumentacji dostępnej w placówce Sąd Rejonowy w Mławie Wydział Karny wyznaczył termin rozprawy²² na 10 czerwca 2022 r. W czasie wizytacji pracownicy DPS nie mieli jednak wiedzy na temat tego, czy postanowienie sądu w tej sprawie ostatecznie zapadło.

W związku z powyższym Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Przewodniczącego II Wydziału Karnego Sądu Rejonowego w Mławie z prośbą o udzielenie informacji o stanie sprawy sygn. akt II K 119/22, w tym przesłanie odpisu postanowienia, o ile zostało wydane.

Jednocześnie należy zauważyć, że nie było to jedyne postępowanie z udziałem tego mieszkańca. W listopadzie 2021 r. pomiędzy nim a innym pensjonariuszem doszło do bójki. Sytuacja wymagała podjęcia interwencji przez Policję oraz przewiezienia obu mężczyzn do szpitala w Mławie. Jak wynikało z karty informacyjnej ze szpitala, mieszkaniiec wobec którego toczyło się już śledztwo, „został przywieziony do SOR (...) z powodu licznych uderzeń w głowę pięścią (...) rozpoznano złamanie kości

²¹ Wniosek o umorzenie postępowania i zastosowanie środka zabezpieczającego z dnia 2 marca 2022 r. sygn. akt 4217-4 Ds.30.2021.

²² Sygn. akt II K 119/22.

nosowych". Personel przekazał wizytującemu, że funkcjonariusze zapytali mężczyznę, czy w związku z tym chce złożyć zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa i choć początkowo mieszkaniec wyraził taką chęć, to jednak później miał to zawiadomienie wycofać. Z dokumentacji placówki wynikało, że Policja wielokrotnie podejmowała interwencje wobec tego mieszkańca, które w wielu przypadkach kończyły się koniecznością hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym. Jednocześnie starano się podejmować także inne oddziaływania, które zapobiegłyby eskalacji agresji pensjonariusza m.in. podjęto działania profilaktyczne w postaci rozmów z dzielnicowym.

KMPT zdaje sobie sprawę, że praca z agresywnym mieszkańcem, w szczególności z osobą chorującą psychicznie jest niezwykle wymagająca. Z jednej strony niezbędne jest podjęcie oddziaływań wobec samego agresywnego mieszkańca, a z drugiej zapewnienie odpowiedniego wsparcia i ochrony osobom, które doświadczyły przemocy z jego strony. W wielu przypadkach, to sami pracownicy placówki doświadczają tej agresji. W opisanych sytuacjach pozytywnie ocenić należy, że ostatecznie doprowadzono do podjęcia działań przez Policję i wymiar sprawiedliwości.

Warto jednak zauważyć, że na kwestię przemocy pomiędzy mieszkańcami placówek opieki wielokrotnie zwracał uwagę podczas swoich wizytacji CPT. Komitet wskazał, że jest to dość częste zjawisko w szczególności w tych placówkach, w których liczba personelu jest niewystarczająca. CPT wielokrotnie podkreślał, że obowiązek sprawowania opieki nad mieszkańcami obejmuje odpowiedzialność za ochronę ich przed innymi mieszkańcami, którzy mogą wyrządzić im krzywdę. Oznacza to w szczególności, że personel powinien być wyczulony na zachowanie mieszkańców oraz być zarówno zdecydowany, jak i odpowiednio przeszkolony, aby interweniować w razie potrzeby. Podobnie należy zapewnić odpowiednią obecność personelu przez cały czas, w tym w nocy i w weekendy. Ponadto należy poczynić odpowiednie ustalenia dotyczące mieszkańców szczególnie wrażliwych, na przykład dbając o to, aby ich nie zakwaterować lub nie zostawiać samych z mieszkańcami, którzy zostali zidentyfikowani jako zachowujący się w sposób agresywny²³. CPT zauważył, że należy

²³ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41; par.5.

także zapewnić odpowiednie przeszkolenie personelu w zakresie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami/zachowaniami mieszkańców²⁴.

W ocenie KMPT warto stworzyć w placówce procedurę reagowania na przypadki agresywnego zachowania mieszkańców. Ze względu na profil osób zamieszkujących DPS powinna ona uwzględniać ścisłą współpracę z lekarzem psychiatrą, w szczególności w kontekście ewentualnej potrzeby zastosowania środków przymusu bezpośredniego. W procedurze powinny zostać także określone kwestie dotyczące współpracy z Policją. Jednocześnie KMPT zaleca przeprowadzenie szkoleń z zakresu radzenia sobie z agresywnym mieszkańcem, deeskalacji konfliktu, pracy z pacjentem psychiatrycznym. Warto, aby tego typu szkolenia były cyklicznie powtarzane i aby były prowadzone przez podmioty zewnętrzne.

Ponadto duży nacisk należy położyć na wsparcie mieszkańców, którzy doświadczyli przemocy – zarówno fizycznej jak i psychicznej. W tym kontekście niezwykle ważne jest zapoznanie personelu, w szczególności pielęgniarskiego, jak i psycholożki z Protokołem Stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania²⁵. W dokumencie tym znajdują się, skierowane do lekarzy i psychologów, informacje pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą złego 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

²⁴ Raport z wizyty CPT w Bułgarii w 2017 r. CPT/Inf (2018) 15; § 153.

²⁵ Dokument w języku polskim jest dostępny pod adresem: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/protokol_stambulski_fin.pdf W lipcu 2022 r. Protokół stambulski został zaktualizowany. Najnowsza wersja w języku angielskim jest dostępna pod adresem: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>

i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania²⁶.

W związku z powyższym KMPT zaleca uwzględnienie standardów zawartych w Protokole Stambulskim w opracowanej procedurze oraz zapoznanie personelu medycznego i psycholożki z jego treścią. Na konieczność przeprowadzenia szkolenia z zastosowania tego narzędzia zwracał uwagę Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania²⁷.

7.2. Traktowanie

Kilkoro rozmówców wskazywało, że zdarzały się sytuacje gdy niektórzy pracownicy naśmiewali się z nich, krzyczeli na nich. Jeden z mieszkańców przyznał, że sam zwrócił uwagę pracownikowi na jego nieprawidłowe zachowanie, co miało wpłynąć na poprawę relacji, w związku z tym nie zdecydował się na poinformowanie dyrektorki o niestosownych komentarzach. Warto jednak zauważyć, że wiele osób może nie mieć dość odwagi na taką konfrontację z personelem. Rolą dyrekcji placówki jest zapewnienie, że do tego typu sytuacji w ogóle nie będzie dochodzić.

W związku z tym KMPT zaleca przypomnienie wszystkim pracownikom, że wszelkie formy złego traktowania (w tym słowne nadużycia) i lekceważące zachowanie wobec mieszkańców jest niedopuszczalne i będzie odpowiednio ukarane.

W kontekście oceny sposobu traktowania, szczególnej uwagi wymaga sytuacja ubezwłasnowolnionego 20-letniego mieszkańca, który urodził się jako osoba

²⁶ Zob. Raport Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, 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.

²⁷ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

interpłciowa²⁸. Prawie całe swoje życie spędził w instytucjach opiekuńczych. Gdy miał kilkanaście miesięcy lekarze zdecydowali o przeprowadzeniu operacji, w wyniku której nadano mu żeńskie cechy płciowe²⁹. Przez wiele lat wychowywany był jako dziewczynka, jednak w pewnym momencie zaczął się jednoznacznie identyfikować z płcią męską. W placówce, w której wówczas przebywał miało się to wiązać z licznymi szykanami i przemocą. Mężczyzna był przenoszony pomiędzy wieloma placówkami, często z nich uciekał nie mogąc dostosować się do panujących warunków. W DPS w Bogurzynie przebywał oficjalnie od stycznia 2022 r., jednak i z tej placówki wielokrotnie uciekał, przejawiał zachowania agresywne. Jak wynikało z ustaleń, mężczyzna miał w najbliższym czasie trafić na oddział psychiatryczny rehabilitacyjny w szpitalu w Krakowie. Jednocześnie przed Sądem Okręgowym w Płocku³⁰ toczyło się

²⁸ Historia mieszkańca została opisana w serii reportaży M. Janczury zob.

<https://www.tokfm.pl/Tokfm/7,103085,27692173,chce-byc-wolny-historia-czlowieka-dla-ktorego-nie-ma-miejsca.html>

²⁹ Według badania opublikowanego przez Agencję Praw Podstawowych UE tzw. operacje „normalizujące” płeć u interpłciowych niemowląt i dzieci są przeprowadzane w co najmniej 21 państwach członkowskich Unii Europejskiej, w tym m.in. w Polsce (zob. Zob. Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej, FRA A Focus Paper. The Fundamental Rights Situation of Intersex People, str. 6, Wiedeń 2015, dostęp pod adresem:

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-focus-04-intersex_en.pdf).

W tym kontekście zaznaczyć, że w 2017 r. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy potwierdziło w swojej rezolucji pn. „Promowanie praw człowieka i eliminowanie dyskryminacji osób interpłciowych”, że tego rodzaju operacje stanowią poważne naruszenie integralności cielesnej oraz podkreśliło, że nie ma dowodów na ich długoterminowe pozytywne efekty (zob. Zob. Rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy numer 2191 z 2017 r., Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people, dostęp pod adresem:

<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTMLen.asp?fileid=24232>).

Podobnie Parlament Europejski w 2019 r. potępił leczenie i operacje mające na celu „normalizację” płci i zachęcił państwa członkowskie UE do przyjęcia przepisów zakazujących takich praktyk (zob. Zob. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 14 lutego 2019 r. w sprawie praw osób interpłciowych (2018/2878(RSP)) (Dz.U.UE C z dnia 23 grudnia 2020 r.), dostęp pod adresem: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0128_PL.html). W sprawie tzw. operacji normalizujących płeć 7 listopada 2022 r. Rzecznik Praw Obywatelskich wstąpił do Rzecznika Praw Pacjenta, sygn. XI.573.1.2021.JJ.

³⁰ Sąd Okręgowy w Płocku I Wydział Cywilny sygn. akt I Ns 90/22.

postępowanie w sprawie uchylenia ubezwłasnowolnienia całkowitego mieszkańca. Jego opiekunką prawną była pracownica DPS we Wrocławiu, w którym mężczyzna wcześniej przebywał. Sprawa mieszkańca jest nadal indywidualnie badana przez Biuro Pełnomocnika Terenowego RPO we Wrocławiu³¹, w związku z czym w niniejszym raporcie omówione zostaną jedynie kwestie odnoszące się do jego funkcjonowania w DPS w Bogurzynie.

Przede wszystkim należy wskazać, że placówka podjęła pewne kroki, aby mężczyzna mógł czuć się komfortowo: zamieszkał w jednoosobowym pokoju, co do zasady w bezpośredniej komunikacji personel używał wobec niego męskiej formy, tak jak mieszkaniec sobie tego życzył. Jednak jak wynikało z rozmów z innymi pensjonariuszami, i tak wiedzieli, że z formalnego punktu widzenia jest uznawany za kobietę, bowiem mieli to zauważyć na opisie pojemników codziennie wydawanych leków, na których miało widnieć żeńskie imię. Także w dokumentacji placówki, w tym raportach pielęgniarskich, notatkach z treningów umiejętności, czy notatkach psychologa w większości wpisów posługiwano się urzędowym imieniem. W trakcie wizytacji ustalono też, że zdarzały się sytuacje, gdy mieszkaniec był wyzywany przez innych pensjonariuszy od „obojniaków”. Warto również zwrócić uwagę, że ani przed przyjęciem mężczyzny do placówki, ani w trakcie jego pobytu personel nie miał szkolenia dotyczącego praw osób LGBT+, w tym poruszających kwestie transpłciowości czy interpłciowości. W dokumentacji placówki można było znaleźć wpisy, że mężczyzna poszukiwał informacji na temat korekty płci, jednak sam personel placówki nie miał wiedzy na temat tego jak przebiega proces tranzycji i nie mógł udzielić mu wsparcia w tym zakresie. Niektórzy pracownicy wskazywali też, że to mieszkaniec edukował ich w tym temacie.

W opinii KMPT warto, aby personel placówki zapoznał się z tzw. Zasadami Yogyakarty³². Dokument ten odnosi się do międzynarodowych standardów praw człowieka i ich stosowania w odniesieniu do problematyki orientacji seksualnych

³¹ Sygn. BPW.503.1.2021.

³² To dokument opracowany przez środowiska akademickie, prawników i ekspertów praw człowieka, przy współpracy organizacji pozarządowych, poświęcony prawom człowieka z uwzględnieniem problematyki orientacji seksualnej i tożsamości płciowej, opublikowany w wyniku międzynarodowego spotkania przedstawicieli organizacji praw człowieka w Yogyakarcie w listopadzie 2006 roku.

i tożsamości płciowych. W 2017 r. został uzupełniony o dodatkowe wytyczne odzwierciedlające postęp w międzynarodowym prawie i praktyce praw człowieka tzw. i Zasady Yogyakarty plus 10³³. W przypadku przyjęcia do placówki osoby transpłciowej lub interpłciowej należy kierować się w szczególności następującymi zasadami:

- zapewnić mieszkańcom prawo do wyboru, kiedy, komu i jak ujawnić informacje dotyczące ich orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej oraz chronić przed arbitralnym lub niechcianym ujawnieniem lub groźbą ujawnienia takich informacji przez inne osoby (Zasada 6F);
- zapewnić, aby fakt zmiany imienia lub oznaczenia płci nie został ujawniony bez uprzedniej, dobrowolnej i świadomej zgody zainteresowanej osoby, chyba że nakazuje to sąd (Zasada 6H);
- prowadzić programy szkoleń i podnoszenia świadomości dla pracowników placówki w zakresie międzynarodowych standardów praw człowieka oraz zasad równości i niedyskryminacji (Zasada 9G);
- zapewnić szkolenia dla pracowników w kwestiach związanych z orientacją seksualną, tożsamością płciową, ekspresją płciową i cechami płci (Zasada 30F);
- podjąć kroki w celu zidentyfikowania ofiar tortur i okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, popełnionego z powodów związanych z orientacją seksualną lub tożsamością płciową i oferować wsparcie medyczne i psychologiczne (Zasada 10B);
- udostępnić wsparcie osobom doświadczającym m.in. molestowania oraz innych form przemocy i krzywd ze względu na orientację seksualną, tożsamość płciową, ekspresję płciową i cechy płciowe (Zasada 30H);
- zapewnić odpowiedni dostęp do opieki medycznej i poradnictwa odpowiedniego do potrzeb osób pozbawionych wolności, uznając szczególne potrzeby osób ze względu na ich orientację seksualną lub tożsamość płciową, w tym m.in. w odniesieniu do dostępu do terapii hormonalnej lub związanej z korektą płci (Zasada 9B).

³³ Oba dokumenty są dostępne w języku angielskim pod adresem:

<https://yogyakartaprinciples.org/>

Warto wskazać, że także w najnowszej wersji, wspomnianego już, Protokołu stambulskiego szczególną uwagę poświęcono osobom LGBT+, które mogły doświadczyć złego traktowania, stąd tak ważne jest zapoznanie z tym dokumentem personelu medycznego i świadczącego wsparcie psychologiczne.

KMPT zaleca również przeprowadzenie dla całego personelu szkoleń z międzynarodowych standardów praw człowieka oraz zasad równości i niedyskryminacji oraz kwestii związanych z orientacją seksualną i tożsamością płciową. Przedstawiciele KMPT przypominają także, że w kontaktach z osobami nieheteronormatywnymi pracownicy powinni używać imion i zaimków płci wybranych przez danego mieszkańca, zgodnie z jego samoidentyfikacją. W przypadku opisu pojemników do wydawania leków i innych tego typu kwestii organizacyjnych, które nie wiążą się z funkcjonowaniem mieszkańca w sferze prawnej wystarczające jest wskazanie pierwszej litery imienia i nazwiska lub posługiwanie się wybranym przez niego imieniem.

7.3. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego

7.3.1. Stosowanie przymusu przez pracowników DPS

W trakcie rozmów z przedstawicielami KMPT pracownicy wskazywali, że w placówce nie stosuje się środków przymusu bezpośredniego. Niektórzy byli wręcz przekonani, że w DPS środków przymusu stosować nie wolno³⁴. Jak ustalono w trakcie wizytacji, w ostatnim czasie nie przeprowadzano w placówce szkolenia z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego, a ponadto w DPS nie było wyznaczonego, odpowiednio przystosowanego i monitorowanego pomieszczenia do izolacji.

Jak wskazywali rozmówcy, w przypadku znacznego pobudzenia mieszkańca do placówki wzywany był zespół ratownictwa medycznego i Policja. Jednocześnie podkreślano, że w wielu przypadkach czas oczekiwania był tak długi, że zdarzało się, że do chwili pojawienia się odpowiednich służb agresywny mieszkaniec samoistnie się wyciszał. W opinii KMPT w tego typu przypadkach bezpieczniejsze zarówno dla pobudzonego mieszkańca, jak i dla innych pensjonariuszy byłoby zastosowanie

³⁴ Uprawnienie do stosowania środków przymusu w domu pomocy społecznej wynika z art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r., poz. 2123).

środków przymusu bezpośredniego na miejscu w DPS np. poprzez izolację w bezpiecznym pomieszczeniu.

Jak wynikało ze Sprawozdania z kontroli sędziego obejmującej okres od 20 października 2020 r. do 20 grudnia 2021r.: „Kontrola zeszytu przewidzianego na wpisy o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wykazała brak takich wpisów. Także w rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego wpisów nie było³⁵”. Również przedstawiciele KMPT stwierdzili brak wpisów we wskazanych dokumentach, jednakże analiza innej dostępnej w placówce dokumentacji wzbudziła w tym kontekście ogromne zaniepokojenie.

W dokumentacji indywidualnej jednej z osób, w dokumencie zatytułowanym „Problem bieżący” wskazano: „W dniu dzisiejszym mieszkanka pobudzona, chciała odzyskać swój telefon na wyłączność³⁶ (...) mieszkanka w najmniej niespodziewanym momencie zabrała swój telefon z biura i mimo próśb by go oddała, próbowała z nim uciec. Żadne prośby do niej nie przemawiały, próbowałam wyrwać jej ten telefon, jednak ona się odpychała i wrywała (...). Wezwano Panią dyrektor i Panią kierownik, które również próbowały przekonać mieszkankę do oddania telefonu, jednak żadne argumenty nie przemawiały. Podjęliśmy próbę odebrania mieszkance telefonu **siłą, trzymaliśmy ją we trzy** i Pani dyrektor udało się odebrać telefon mieszkance zabierając jej go z ręki. W trakcie tego była bardzo agresywna, krzyczała, kopała, drapała, uderzała głową, a nawet próbowała ugryźć. Na pomoc przybiegł **sanitariusz, którzy trzymał mieszkankę** aby się nie wrywała, pielęgniarka w tym czasie zadzwoniła po Policję i pogotowie”.

Opisane wydarzenie należy niewątpliwie uznać za zastosowanie środków przymusu bezpośredniego w postaci przytrzymania, bowiem zgodnie z art. 3 ust 6 pkt

³⁵ Sprawozdania z kontroli przeprowadzonej 20 grudnia 2021 r. w Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie przez sędziego Sądu Rejonowego w Mławie, pismo Prezesa Sądu Okręgowego w Płocku z dnia 12 stycznia 2022 r. nr rej. OA-0832-4/22.

³⁶ Kwestia dostępu do telefonu zostanie szczegółowo omówiona w kolejnym punkcie raportu.

a) ustawy o ochronie zdrowia psychicznego³⁷, przytrzymanie to doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej. Tym samym opisane zdarzenie powinno zostać odpowiednio udokumentowane we właściwych rejestrach.

W ocenie KMPT konieczne jest odnotowywanie każdego przypadku zastosowania środków przymusu bezpośredniego zgodnie z przepisami wskazanej już ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jak i rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi³⁸. Należy przy tym pamiętać, że środki te powinny być stosowane jedynie przez odpowiednio przeszkolony personel, który zapewni skuteczny i w pełni bezpieczny przebieg czynności.

W związku z powyższym KMPT zaleca przeprowadzenie szkoleń personelu z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego. Tego typu doskonalenie zawodowe powinno być cyklicznie powtarzane. Jednocześnie KMPT zaleca wyznaczenie monitorowanego pokoju do zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci izolacji i odnotowywanie każdego przypadku zastosowania przymusu zgodnie z obowiązującymi przepisami.

7.3.2. Stosowanie środków przymusu wobec mieszkańców DPS przez funkcjonariuszy Policji

Jak ustalono w trakcie wizytacji, podczas ataku agresji jednego z mieszkańców, który m.in. wyrzucał ubrania i meble ze swojego pokoju, doszło do interwencji Policji z udziałem zespołu ratownictwa medycznego, która zakończyła się hospitalizacją. W dokumentacji medycznej ze szpitala wskazano: „Dowieziony do oddziału przez zespół ratownictwa medycznego w asyście Policji, skuty kajdankami.(...) Na izbie przyjęć pacjent był wzburzony, potwierdzał, że wystawił rzeczy z pokoju (...), zaprzeczał aby był agresywny, czuł się pokrzywdzony przez pracowników DPS i interweniujące służby. (...) Po zdjęciu kajdanek skarżył się na silny ból prawej ręki w stawie łokciowym i niemożność poruszania nim (...) wykonano rtg i zlecono konsultację ortopedyczną –

³⁷ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r., poz. 2123).

³⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. z 2018 r., poz. 2459).

w wyniku badania ustalono pourazowe złamanie głowy kości promieniowej prawej. Zaopatrzono rękę szyną gipsową. W związku ze złamaniem jeszcze kilkakrotnie konsultowany ortopedycznie w trakcie pobytu.”

Na kwestię stosowania kajdanek wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wielokrotnie podczas swoich wizytacji zwracał uwagę CPT. Podczas wizyty w Grecji Komitet wskazał na problem przekazywania osób przez Policję do zakładu leczenia psychiatrycznego, w trakcie którego rutynowo stosowano wobec pacjentów kajdanki założone na ręce trzymane z tyłu. Czasem były one zapięte zbyt mocno, powodując ból lub założone były przez wiele godzin. CPT zalecił wprowadzenie jasnych instrukcji i szkoleń dotyczących postępowania z osobami, które mogą wymagać opieki psychiatrycznej. Komitet podkreślił, że podczas transportu nie należy używać kajdanek³⁹. Natomiast w przypadku wizyty CPT w Irlandii, Komitet wskazał, że gdy zaangażowanie funkcjonariuszy Policji jest nieuniknione, powinni oni przejść odpowiednie szkolenie w zakresie postępowania z osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz nie powinni używać więcej siły, niż jest to konieczne, przy transporcie ich do ośrodków. Ponadto kajdanki w żadnym wypadku nie powinny być nadmiernie ciasne⁴⁰.

W wystąpieniu generalnym RPO skierowanym 11 kwietnia 2022 r. do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji⁴¹, Rzecznik wskazał, że Policja nie powinna stosować kajdanek wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W odpowiedzi, wiceminister poinformował, że „MSWiA dostrzega potrzebę nowelizacji art. 3 pkt 4 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej. Proponowanym wstępnie kierunkiem zmian byłoby doprecyzowanie, że ustawy nie stosuje się do przymusu bezpośredniego, o którym mowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, za wyjątkiem przypadków określonych w art. 18 ust. 1 i art. 46a tej ustawy. Znowelizowany przepis powinien zawierać także zastrzeżenie, że użycie środków przymusu bezpośredniego przez funkcjonariuszy będzie możliwe po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie

³⁹ Raport z wizyty w Grecji, CPT/Inf (2019) 4, § 56.

⁴⁰ Raport z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 119.

⁴¹ Sygn. II.574.1.2022.

o ochronie zdrowia psychicznego albo gdy jego zastosowanie byłoby niecelowe lub niemożliwe. Przedmiotowa zmiana zostanie uwzględniona w przypadku podjęcia prac legislacyjnych nad nowelizacją ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej⁴²."

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że w ostatnich latach pojawiały się liczne wątpliwości w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego przez funkcjonariuszy Policji wobec osób przejawiających różnego typu zaburzenia psychiczne. W związku z tym, na zlecenie KMPT, specjaliści z zakresu psychiatrii i medycyny sądowej stworzyli kompleksową ekspertyzę na temat zasad i konsekwencji stosowania tego typu środków⁴³. Kwestie te były również przedmiotem seminarium eksperckiego w Biurze RPO, w którym wzięli udział przedstawiciele Komendy Głównej Policji, Komend Wojewódzkich i Powiatowych, jak również policyjnych ośrodków szkoleniowych⁴⁴.

W związku z powyższym, KMPT zaleca Komendantowi Powiatowemu Policji w Mławie przypomnienie podległym funkcjonariuszom, że w przypadku osób chorujących psychicznie kajdanki powinny być stosowane wyjątkowo, gdy inne środki przymusu, przewidziane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego okażą się niewystarczające. Środki te powinny być stosowane w sposób proporcjonalny do istniejącego zagrożenia, kajdanki nie mogą być zbyt mocno zapięte. Biorąc pod uwagę, że dość często dochodzi do interwencji Policji w DPS w Bogurzynie, KMPT zaleca również, by funkcjonariusze przeszli odpowiednie szkolenie w zakresie postępowania z osobami z zaburzeniami psychicznymi, a także by zostali zapoznani ze wskazaną ekspertyzą nt. stosowania środków przymusu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

⁴² Odpowiedź wiceministra spraw wewnętrznych i administracji Macieja Wąsika, sygn. BMP-0790-5-5/2022/JS.

⁴³ Zob. Ekspertyza „Interwencje Policji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi” dostępna pod adresem: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/broszura-kmpt-interwencje-policji-zaburzenia-psychiczne>

⁴⁴Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/interwencje-policji-zaburzenia-psychiczne-seminarium-brpo>

7.4. Ograniczanie kontaktu ze światem zewnętrznym

W trakcie rozmów z pracownikami ustalono że w tzw. okresie adaptacyjnym – po przyjęciu do placówki, mieszkańcy nie mogą jej samodzielnie opuszczać. Ma to być okres służący obserwacji ich zachowania, samodzielności i orientacji psychoruchowej. W jednej z notatek służbowych wskazano: „Mieszkanka (...) będąc w okresie adaptacyjnym, nie mając zgody na samodzielne opuszczanie terenu DPS w Bogurzynie, nie informując personelu, uciekła poza teren DPS-u. (...) Została znaleziona i w asyście pielęgniarza, sanitariuszki i opiekunki przywieziona na wózek inwalidzkim do DPS-u. Mieszkanka podczas interwencji była wulgarna słownie. Została pouczona o konieczności przestrzegania regulaminu oraz o zakazie opuszczania bez zgody personelu terenu DPS. Podczas interwencji personel kierował się bezpieczeństwem i względami zdrowotnymi mieszkanki.” W toku analizy raportów pielęgniarzkich wizytujący kilkakrotnie napotkali też na informację, że także ci mieszkańcy, którzy już dłuższy czas przebywali w placówce mieli ograniczoną możliwość wyjścia poza teren placówki np. „Mieszkanka uzyskała pozwolenie od p. dyrektor wychodzenia tylko przed budynek ośrodka”; „Decyzją p. dyrektor ma zakaz opuszczania budynku ośrodka.” Również w dyżurce pielęgniarzkiej widniała kartka z dwoma nazwiskami mieszkańców zatytułowana: „Zakaz wyjść z ośrodka”.

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, zaburzeniami poznawczymi. 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, w art. 55 ust. 2a–2i ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁴⁵ 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 może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tego mieszkańca terenu DPS na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia. W przepisach określono również, że

⁴⁵ Dz.U. z 2021 r., poz. 2268.

tego rodzaju ograniczenie powinno zostać sporządzone w formie pisemnej i co powinno zawierać.

W toku czynności wizytacyjnych, przedstawiciele ze zdziwieniem odnotowali, iż w placówce znajdował gotowy wzór tego typu decyzji. Jak ustalono nie był on jednak nigdy formalnie wykorzystany, wizytujący nie odnaleźli też takich decyzji w dokumentacji indywidualnej mieszkańców. Co więcej, w przywoływanym już Sprawozdaniu z kontroli sędziego w 2021 r.⁴⁶ wskazano: „W kontrolowanej jednostce nie było i nie jest stosowane ograniczenie możliwości samodzielnego opuszczania przez mieszkańców terenu domu pomocy społecznej, przewidziane w art. 55 ust. 2b ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej”. Informacja o tej samej treści pojawiła się także w sprawozdaniu sędziego z kontroli przeprowadzonej w 2020 r.⁴⁷.

W związku z powyższym, KMPT zaleca wydawanie pisemnego ograniczenia wyjść mieszkańca w oparciu o wskazane przepisy ustawy o pomocy społecznej, w tym przesyłanie informacji o tego typu ograniczeniu do sądu opiekuńczego w terminie 3 dni od dnia doręczenia pisma mieszkańcowi. Ograniczenia te powinny być wydawane każdorazowo także w związku z objęciem mieszkańca tzw. okresem adaptacyjnym.

W niniejszym raporcie opisano sytuację, gdy mieszkanka usiłowała odzyskać swój prywatny telefon komórkowy, który został jej odebrany przez pracowników DPS. Jak wynikało z rozmów z personelem, telefon miał zostać odebrany na prośbę jej opiekuna prawnego. Sam telefon miał zostać przesłany przez osoby trzecie, z którymi osoba ta utrzymywała stały kontakt. W dokumentacji brak było jednak jakiegokolwiek informacji o podjętych działaniach opiekuna prawnego w tym zakresie m.in. czy wystąpił w tej sprawie do właściwego sądu opiekuńczego w sprawie ograniczenia kontaktów.

⁴⁶ Sprawozdanie z kontroli przeprowadzonej 20 grudnia 2021 r. w Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie przez sędziego Sądu Rejonowego w Mławie, pismo Prezesa Sądu Okręgowego w Płocku z dnia 12 stycznia 2022 r. nr rej. OA-0832-4/22.

⁴⁷ Sprawozdanie z kontroli przeprowadzonej 20 października 2020 r. w Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych „Zdrowa Jesień” w Bogurzynie przez sędziego Sądu Rejonowego w Mławie, pismo Prezesa Sądu Okręgowego w Płocku z dnia 4 listopada 2020 r. nr rej. OA-0832-50/20.

W tym kontekście konieczne jest podkreślenie, że instytucja ubezwłasnowolnienia ogranicza osobę nią objętą wyłącznie w sferze prawnej, a nie w sferze wolności osobistej, do której niewątpliwie należy zaliczyć kwestie kontaktu z innymi osobami. Dlatego też ograniczenie osoby ubezwłasnowolnionej niezwiązane z jej uczestnictwem w obrocie prawnym należy uznać, w świetle obowiązujących przepisów, za nieuprawnione. W ocenie KMPT, osoby ubezwłasnowolnione powinny być traktowane przez personel domu na równi z innymi mieszkańcami w każdym aspekcie ich życia, niezwiązanym ze wspomnianymi ograniczeniami w sferze prawnej. Przedstawiciele KMPT zdają sobie jednak sprawę, że w wielu przypadkach mieszkańcy ubezwłasnowolnieni mogą być narażeni na kontakt z osobami, które np. będą starały się nimi manipulować, czy ingerować w proces ich terapii, co może negatywnie wpłynąć na ich sytuację, a także stan psychiczny czy emocjonalny.

W związku z powyższym należy zauważyć, że zgodnie z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. kodeks rodzinny i opiekuńczy⁴⁸ (dalej: k.r.o) w zw. z art. 175 k.r.o., opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby ubezwłasnowolnionej lub jej majątku. Za taką ważną kwestię należy uznać możliwość ograniczenia kontaktu z innymi osobami. Zagadnienie to było także po części analizowane przez Sąd Najwyższy, który w uzasadnieniu uchwały z 17 maja 2018 r. (sygn. III CZP 11/18) stwierdził, że „utrzymywanie kontaktów z rodzicami należy zaliczyć do kategorii ważniejszych spraw dotyczących osoby podopiecznego, zatem opiekun powinien wnosić o zezwolenie na ich pozbawienie lub ograniczenie, jeżeli są do tego podstawy”.

W związku z tym, KMPT zaleca władzom DPS pouczanie opiekunów prawnych, którzy chcieliby ograniczyć kontakt ubezwłasnowolnionych mieszkańców z innymi osobami, o konieczności uzyskania w takim przypadku zezwolenia sądu.

Jak ustalono w trakcie wizytacji, osoby, które - tak jak w przypadku opisanej powyżej sytuacji - nie miały własnego telefonu komórkowego, mogły korzystać z telefonu znajdującego się w pokoju pracowniczki socjalnej. Rozmowy te odbywały się podczas jej pracy, przez co miały utrudniać wykonywanie obowiązków służbowych. W związku z tym wprowadzono ograniczenie, zgodnie z którym rozmowy telefoniczne z tego aparatu mogły odbywać się jedynie w poniedziałki. W ocenie KMPT było to nieuzasadnione ograniczenie.

⁴⁸ Dz.U. z 2020 r., poz. 1359.

Podobny problem dostrzegło CPT podczas wizyty w Ukrainie w 2019 r. Komitet wskazał wówczas, że mieszkańcy nieposiadający własnych telefonów komórkowych nie mieli lub posiadali bardzo ograniczony dostęp do telefonów. CPT zalecił podjęcie kroków w celu ułatwienia mieszkańcom dostępu do telefonu, zwłaszcza tym, którzy nie posiadają własnych telefonów komórkowych⁴⁹. Natomiast w polskich przepisach prawa wskazano, że DPS, niezależnie od typu, świadczy usługi wspomagające, polegające na stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną⁵⁰. W świetle tego przepisu nie sposób uznać, że wystarczająca do rozwijania i utrzymywania kontaktu byłaby rozmowa telefoniczna jedynie w jeden wyznaczony dzień tygodnia. Warto też zwrócić uwagę, że dla części mieszkańców rozmowy telefoniczne z bliskimi były kluczową formą utrzymywania kontaktu, bowiem ze względu na dużą odległość (w jednym z przypadków ponad 400 km) bezpośrednie spotkania odbywały się sporadycznie. Należy również zwrócić uwagę na konieczność zapewnienia komfortowych warunków do przeprowadzania rozmów, w tym poufności. Jest to szczególnie ważne w sytuacji, gdy mieszkaniec chciałby przekazać informacje np. o ewentualnych przypadkach złego traktowania. Bezpośrednia obecność pracownika DPS przy rozmowie telefonicznej może skutecznie zniechęcić do przekazania takich informacji w obawie przed represjami ze strony personelu.

W związku z powyższym, KMPT zaleca zakup przenośnego telefonu lub telefonu komórkowego, który byłby do dyspozycji mieszkańców nieposiadających własnych aparatów telefonicznych. Telefon powinien być dostępny każdego dnia, w tym w weekendy, a rozmowy nie powinny odbywać się w obecności pracowników DPS.

7.5. Prawa reprodukcyjne osób chorujących psychicznie

Jak ustalono w trakcie wizytacji, kilka mieszkańek przyjmowało antykoncepcję hormonalną. W jednym przypadku chodziło o osobę chorującą psychicznie, ubezwłasnowolnioną, u której antykoncepcja w postaci iniekcji miała być stosowana za zgodą pacjentki. Opiekunem prawnym mieszkanki była dyrektorka placówki. Jak przekazano wizytującym, dopiero w ostatnim czasie mieszkanka miała wyrazić zgodę

⁴⁹ Raport CPT z wizyty w Ukrainie w 2019 r., CPT/Inf (2020) 1; § 45.

⁵⁰ Art. 5 ust. 1 pkt 3) lit. e) rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r., poz. 734).

na stosowanie antykoncepcji. W jej dokumentacji nie było jednak informacji na ten temat, nie było też ewentualnej zgody sądu w tym zakresie. Natomiast jak wynikało z dokumentacji medycznej, w 2019 r. „sąd nie zgodził się na zabieg sterylizacji.”

Powodem wystąpienia do sądu do zgodę na sterylizację, był fakt, że w trakcie kilkuletniego pobytu w placówce mieszkanka trzykrotnie była w ciąży i ostatecznie urodziła dwoje dzieci. Jak wynikało z informacji przekazanych wizytującym ojcem dzieci był najprawdopodobniej jeden z mieszkańców, a do kontaktów seksualnych miało dochodzić za obopólną zgodą. Zarówno mieszkanka, jak i domniemany ojciec dzieci, nie podejmowali starań, aby podjąć opiekę nad potomstwem. Jak przekazano wizytującym noworodki zostały pozostawione przez matkę w szpitalu, a ostatecznie zostały umieszczone w rodzinie zastępczej.

Zrozumiałe jest, że w opisanej sytuacji placówka starała się podjąć działania, które zapobiegłyby tego typu sytuacjom w przyszłości. W tym kontekście należy jednak podkreślić, że w świetle prawa niedopuszczalna jest przymusowa sterylizacja pacjentki, która nie wynika ze względów medycznych. Warto bowiem zauważyć, że przyjmując tzw. Konwencję stambulską⁵¹, Polska zobowiązała się do podjęcia działań mających na celu zagwarantowanie, że odpowiedzialności karnej będzie podlegać: „przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego u kobiety mającego na celu uniemożliwienie jej dalszej naturalnej prokreacji bez jej uprzedniej świadomej zgody lub bez jej pełnej wiedzy na temat tego zabiegu”. Również Komisarz Praw Człowieka wezwał państwa członkowskie Rady Europy do wyeliminowania praktyk stosowania przymusu i zagwarantowania kobietom możliwości wyrażania świadomej zgody i świadomego podejmowania decyzji w kontekście zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w tym m.in. zapobiegania wszelkim praktykom stosowania przymusu w kontekście ochrony zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, takim jak (...) przymusowa sterylizacja, przymusowa antykoncepcja, przymusowa aborcja⁵². Ponadto Parlament Europejski

⁵¹ Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzona w Stambule dnia 11 maja 2011 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 961).

⁵² Zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne kobiet w Europie. Dokument tematyczny opublikowany przez Komisarza Praw Człowieka Rady Europy. Podsumowanie i zalecenia Komisarza. Grudzień 2017 r. s. 12. [w:] <https://rm.coe.int/zdrowie-i-prawa-seksualne-i-reprodukcyjne-kobiet-w-europie-dokument-te/1680965f31>

wyraził zaniepokojenie „faktem, że kobietom i dziewczętom z niepełnosprawnościami zdecydowanie zbyt często odmawia się dostępu do rozwiązań w dziedzinie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, odmawia się im prawa do wyrażania świadomej zgody na stosowanie środków antykoncepcyjnych, a nawet naraża się na ryzyko przymusowej sterylizacji⁵³”. Jednocześnie PE wezwał państwa członkowskie do wdrożenia środków legislacyjnych, które gwarantują integralność cielesną, swobodę wyboru i samostanowienie osób z niepełnosprawnościami w odniesieniu do życia seksualnego i reprodukcyjnego. W polskim Kodeksie karnym⁵⁴ kwestie sterylizacji⁵⁵ reguluje art. 156, zgodnie z którym „kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci: pozbawienia człowieka (...) zdolności płodzenia (...) podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3”.

Biorąc powyższe pod uwagę, decyzja sądu niepozwalająca na zabieg sterylizacji mieszkanki była słuszna. Sytuacja ta pokazała jednak dobitnie, jak ważna jest rzetelnie prowadzona edukacja seksualna, w szczególności w przypadku osób chorujących psychicznie, u których popęd seksualny może być niezwykle wysoki. Należy przy tym pamiętać, że osoby te mogą częściej doświadczać molestowania i wykorzystywania seksualnego.

Jak ustalono w trakcie wizytacji, mimo iż w placówce przebywało kilkoro osób w wieku reprodukcyjnym, to jednak nie prowadzono oddziaływań z zakresu edukacji seksualnej. Jeśli już pojawiały się rozmowy dotyczące seksualności, to było to sporadyczne, jedynie w ramach indywidualnych rozmów z psychologiem. Tymczasem Parlament Europejski zauważył, że edukacja i informacja o prawach i zdrowiu

⁵³Art. 17 Rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet (2020/2215(INI)) Dz.U. UE C z dnia 18 lutego 2022 r.

⁵⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2022 r., poz. 1138).

⁵⁵ W polskiej literaturze prawniczej trwa dyskusja czy dopuszczalne jest przeprowadzenie sterylizacji na prośbę samej pacjentki. Jak wskazuje R. Snarski, sterylizacja stanowi „jedną z form współczesnej antykoncepcji i powinna być dostępna dla dojrzałych i poczytalnych osób. Ze względu na wysoki stopień jej odwracalności, nie wydaje się słuszne postrzeganie jej jako powodującej trwałe pozbawienie zdolności płodzenia” [za:] R. Snarski, „Dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji – uwagi na tle prawnoporównawczym”; Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego ISSN 1644-0242 Rok XIV, nr 2/2015.

seksualnym i reprodukcyjnym może w znacznym stopniu przyczynić się do ograniczenia przemocy seksualnej i molestowania seksualnego. Podkreślił również „znaczenie kompleksowej i dostosowanej do wieku edukacji seksualnej i informacji o związkach oraz informacji na temat seksualności, a także jej znaczenie dla planowania rodziny i dostępu do zdrowia reprodukcyjnego, a także jej konsekwencje dla niezamierzonych ciąż i chorób związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym⁵⁶”.

W związku z powyższym KMPT zaleca przeprowadzenie zajęć dla mieszkańców z zakresu psychoedukacji dotyczących seksualności człowieka, które swoją treścią będą dostosowane do funkcji poznawczych pensjonariuszy. Ponadto członkowie zespołu opiekuńczo-terapeutycznego powinni zostać objęci szkoleniem z zakresu seksualności osób chorujących psychicznie.

Natomiast w kontekście stosowania przez ubezwłasnowolnione mieszkanki antykoncepcji hormonalnej, należy wskazać, że podobnie jak w opisanym już w niniejszym raporcie przypadku ograniczania kontaktu mieszkańca przez jego opiekuna prawnego, jest to kwestia niewątpliwie dotycząca „wszelkich ważniejszych spraw”⁵⁷, a zatem opiekun prawny powinien uzyskać stosowane zezwolenie sądu opiekuńczego w tym zakresie. To sąd indywidualnie w każdej sprawie powinien podejmować decyzję o charakterze zezwolenia (jednorazowe, terminowe). Należy jednak pamiętać, iż jak już wskazano powyżej, opiekun nie powinien wnioskować o sterylizację, a jedynie o zastosowanie antykoncepcji. We wniosku należy wskazać zaproponowany przez lekarza sposób antykoncepcji.

Rozumiejąc ograniczenia spowodowane sytuacją mieszkanek wizytowanej placówki oraz związaną z tym konieczność reprezentacji takich osób przez opiekunów prawnych oraz mając na uwadze niezwykle wrażliwy charakter omawianej sfery, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają władzom DPS, aby w tego typu przypadkach opiekunowie prawni byli pouczani o konieczności uzyskania

⁵⁶ Art. 27 Rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet (2020/2215(INI)) Dz.U. UE C z dnia 18 lutego 2022 r.

⁵⁷ Zgodnie z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. k.r.o w zw. z art. 175 k.r.o., opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby ubezwłasnowolnionej lub jej majątku. Kwestia podawania środków antykoncepcyjnych z całą pewnością należy do tego typu spraw.

zezwolenia sądu na zastosowanie antykoncepcji wobec konkretnej mieszkanki. Informacja o zgodzie lub odmowie sądu powinna być dołączona do dokumentacji wskazanej mieszkanki. W przypadku, gdy ubezwłasnowolniona mieszkanka wyraża świadomą zgodę na zastosowanie konkretnej metody antykoncepcji informacja ta również powinna znaleźć się w dokumentacji medycznej.

7.6. Opieka medyczna

Mieszkańcy przy przyjęciu do placówki są oglądani przez pielęgniarkę pod kątem medycznym i higienicznym, co należy ocenić pozytywnie. Ewentualne obrażenia czy odleżyny wpisywane są w raporcie pielęgniarskim. Jeśli coś zaniepokoi pielęgniarkę, mieszkaniac konsultowany jest przez lekarza, który raz w tygodniu pojawia się w placówce. Dwa razy w miesiącu w placówce jest dostępny lekarz psychiatra, który także konsultuje nowoprzyjętych mieszkańców.

W ocenie KMPT w celu dokładnego rejestrowania obrażeń i urazów należy stosować specjalny formularz, zawierający rysunki anatomiczne ciała człowieka do oznaczenia umiejscowienia obrażeń. Powyższy formularz powinien być przechowywany w dokumentacji medycznej mieszkańca. W przypadku poważniejszych obrażeń zalecane jest robienie ich zdjęć i włączanie ich do dokumentacji medycznej⁵⁸.

Zarówno same mapy ciała, jak i informacje jak w sposób praktyczny z nich korzystać, znajdują się we wspomnianym już w niniejszym raporcie, Protokole stambulskim. Dzięki wykorzystaniu dostępnych w nim narzędzi 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 odleżyn. Należy bowiem zauważyć, że obecnie zmiany skórne mieszkańców domu są co prawda opisywane w raportach pielęgniarskich, ale przy tak wielu informacjach są trudne do odnalezienia.

⁵⁸ Zob. Protokół stambulski, Aneks III pt. Rysunki anatomiczne do dokumentacji tortur i okrutnego traktowania. Zob. również standardy CPT przedstawione w Dwudziestym Trzecim Raportie Generalnym, CPT/Inf (2013) 29, par. 74 oraz Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 27, 80.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)⁵⁹, Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)⁶⁰, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur⁶¹ i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)⁶².

KMPT zaleca stosowanie wskazanych w Protokole stambulskich map ciała i dołączanie ich do indywidualnej dokumentacji medycznej mieszkańców. W przypadku poważniejszych obrażeń do dokumentacji powinno dołączać się również ich zdjęcia, wykonane za zgodą mieszkańców.

W kontekście zapewnienia prawidłowej opieki medycznej warto wskazać, że w raportach pielęgniarskich kilkakrotnie znalazła się informacja, że niektórym mieszkańcom leki podawane są w postaci rozkruszonej. Nie było jednak informacji czy decyzja o rozdrobnieniu leku była konsultowana z lekarzem, ani jaki był powód ich rozkruszenia. Również w dokumentacji medycznej pacjentów nie było informacji, by takie zlecenie lekarskie wystawił lekarz ordynujący lek. Tymczasem 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 lekarstw nie daje bowiem nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości zapewniając właściwe działanie leku. Także

⁵⁹ Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

⁶⁰ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

⁶¹ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

⁶² Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

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.

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.

7.7. Prawo do informacji

Prawo do informacji jest jedną z kluczowych gwarancji antytorturowych, dlatego tak ważne jest by każda osoba przebywająca miejscu pozbawiania wolności, w tym także mieszkaniec DPS otrzymał kompleksowe informacje na temat zasad obowiązujących w placówce. Co szczególnie istotne, sposób przedstawienia informacji powinien być odpowiednio dostosowany do zdolności poznawczych mieszkańców.

W wizytowanej placówce na tablicach informacyjnych znajdował się regulamin organizacyjny DPS a także wydrukowane akty prawne m.in. ustawy o pomocy społecznej, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, statut fundacji prowadzącej placówkę. Niewątpliwie jest to dobra praktyka. Należy jednak zauważyć, że są to akty prawne napisane specyficznym, często bardzo skomplikowanym językiem, który może być trudny do zrozumienia dla większości mieszkańców. Jak zauważył CPT wskazane jest, aby osoby z niepełnosprawnością, w tym niepełnosprawne psychospołecznie i/lub osoby z trudnościami w uczeniu się miały możliwość skorzystania z pomocy osoby lub organu, który może im pomóc w zrozumieniu i korzystaniu z przysługujących im praw⁶³.

W związku z tym, KMPT zaleca przygotowanie wyciągu najważniejszych praw mieszkańców i informacji, które ułatwią im codzienne funkcjonowanie. Komunikaty

⁶³ Fragment § 83 Dwudziestego siódmego Sprawozdania ogólnego [CPT/Inf (2018) 4].

powinny być sporządzone prostym językiem, mogą również zawierać infografiki. Tego typu rozwiązania KMPT spotykał już w innych domach pomocy społecznej⁶⁴.

W losowo wybranych przez wizytujących aktach osobowych brakowało oświadczeń o zapoznaniu się mieszkańca z regulaminem organizacyjnym placówki. W jednej z teczek osobowych znajdowało natomiast oświadczenie o wyrażeniu zgody na umieszczenie w placówce i pobieraniu odpłatności za pobyt. Oświadczenie to było podpisane jedynie przez opiekuna prawnego mieszkańca, i dotyczyło osoby umieszczonej w placówce postanowieniem sądu w trybie bez zgody. W takiej sytuacji oświadczenie to nie jest wymagane, bowiem decydujące jest postanowienie sądu w tym zakresie.

W innych przypadkach, o ile jest to możliwe, tj. nie stoją na przeszkodzie ważne względy zdrowotne wykluczające możliwość zrozumienia treści materiału, wszelkie oświadczenia, w szczególności oświadczenia o zapoznaniu z regulaminem placówki, powinni podpisywać sami mieszkańcy, a nie jedynie ich opiekunowie prawni. 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 tym kontekście warto również zwrócić uwagę, że co do zasady dowody osobiste mieszkańców były przechowywane przez pracowników placówki.

⁶⁴ Na przykład w DPS w Ciechanowie na jednym z oddziałów umieszczono informację napisaną bardzo przystępnym językiem, w której wyjaśniono do kogo z personelu zwrócić się o pomoc w konkretnej sprawie: np. „gdy potrzebna jest pomoc przy wyjściu na spacer (..) pomoże opiekunka”, „w sytuacji gdy pojawi się poczucie osamotnienia (...) pomoże psycholog”. Zob. Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy Społecznej w Ciechanowie z dnia 27 lipca 2018 r., sygn. KMP.575.2.2018.JZ

W dokumentacji indywidualnej mieszkańców nie było jednak żadnych oświadczeń wskazujących, że dobrowolnie przekazali swoje dokumenty pracownikom. Tymczasem w myśl treści przepisu art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych⁶⁵, 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 roku 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.

Przedstawiciele KMPT zalecają każdorazowe odbieranie zgody od mieszkańca lub opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionego na przechowywanie dowodu osobistego.

7.8. Mechanizm skargowy

W Domu funkcjonowała książka skarg i wniosków. Informacja, gdzie można z niej skorzystać znajdowała się na tablicach informacyjnych w DPS. Mieszkańcy składali skargi zarówno w formie ustnej jak i pisemnej. Z rozmów z mieszkańcami dyrektorka sporządzała notatki. Na wnioski przekazane na piśmie udzielana była pisemna odpowiedź.

Efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności. 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.

Warto wskazać, że zdaniem CPT istotne jest zapewnienie 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 pisaniem

⁶⁵ Dz.U. z 2022 r., poz. 671.

w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców⁶⁶. Komitet 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 skarg⁶⁷.

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 skarg⁶⁸”.

W związku z powyższym, KMPT zaleca montaż tego typu skrzynki na skargi na terenie DPS. Mieszkańcy powinni zostać poinformowani o możliwości i zasadach korzystania z tego rozwiązania.

7.9. Personel

Jak wynikało z rozmów z personelem, w placówce nie było w ostatnim czasie organizowanych szkoleń. Jeśli ktoś zdecydował się podnosić swoje kompetencje to robił to najczęściej we własnym zakresie. Natomiast w przekazanej wizytującym dokumentacji wskazano, że szkolenie wewnętrzne przeprowadzone przez dyrektora domu odbyło w październiku 2019 r. Na wykazie nie wymieniono innego rodzaju szkoleń czy kursów.

Należy zauważyć, że zgodnie z rozporządzeniem w sprawie domów pomocy społecznej, warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest: „uczestniczenie pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego co najmniej raz na dwa lata w organizowanych przez dyrektora domu szkoleniach na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, o ile

⁶⁶ Fragment § 83 Dwudziestego siódmego Sprawozdania ogólnego [CPT/Inf (2018) 4].

⁶⁷ Tamże, par. 91.

⁶⁸ Tamże, par. 84.

występują problemy z komunikacją werbalną wśród mieszkańców⁶⁹. Zatem w tym przypadku należy uznać, że standard ten nie został spełniony.

W kontekście doskonalenia zawodowego pracowników, warto spojrzeć szerzej na to zagadnienie, bowiem szkolenie personelu jest również istotnym mechanizmem zapobiegania torturom i budowania odpowiedniej kultury organizacyjnej. Zgodnie z 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 pomocy⁷⁰. Natomiast CPT podkreślił, 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 opieki⁷¹.

Poza szkoleniami wskazanymi już we wcześniejszych punktach niniejszego raportu, KMPT zaleca zatem organizowanie regularnych szkoleń z zakresu pierwszej pomocy, sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

W placówce nie było prowadzonej superwizji. Z przekazanej dokumentacji wynikało natomiast, że pracownik socjalny ukończył studia magisterskie na kierunku praca socjalna w specjalności superwizja w pomocy społecznej.

KMPT rekomenduje zorganizowanie personelowi superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych

⁶⁹ § 6. Ust. 2 pkt. 4) rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r., poz. 734).

⁷⁰ 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.

⁷¹ 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.

oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. Wsparcie personelu jest bowiem niezwykle istotne w czasie pandemii, gdzie wprowadzane ograniczenia mogą powodować wzrost napięcia i występowanie sytuacji konfliktowych.

W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zapewnienie pracownikom regularnych, cyklicznych spotkań z zewnętrznym superwizorem, na których mogliby omówić związane z pracą trudności bądź wątpliwości, z pewnością znacząco przyczyniłoby się do podniesienia komfortu pracy, a więc pośrednio wpłynęło pozytywnie również na mieszkańców DPS.

Jak wskazano powyżej, superwizja powinna być prowadzona przez zewnętrznego specjalistę, który jest w stanie obiektywnie ocenić problemy przedstawione przez pracowników DPS. Należy bowiem pamiętać, że osoba zatrudniona w placówce, sama będąc w zależności służbowej nie będzie w stanie zapewnić wystarczającej swobody i poczucia anonimowości, które są konieczne dla prowadzenia skutecznych oddziaływań. Stwarza to kolejne ryzyko zagrożenia niewłaściwym traktowaniem podopiecznych w sytuacjach kumulacji stresu i w wyniku wypalenia zawodowego. KMPT od lat podkreśla, że odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki, bez uciekania się do przemocy. Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu oraz możliwości codziennego kontaktu z pensjonariuszami, ma możliwość bieżącego monitorowania ich zachowania i wyłapywania niepokojących sygnałów, świadczących o złym traktowaniu. Może także podjąć skuteczne środki zaradcze, w przypadku stwierdzenia niepokojących zdarzeń (np. poprzez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy, czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń).

7.10. Warunki bytowe

Instalacja przyzywowa była zamontowana jedynie w pokojach znajdujących się na parterze budynku, jednak nawet tam nie działała ona w sposób prawidłowy. 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

Polską Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych⁷² 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 przegląd obecnie funkcjonującej instalacji przyzywowej i udostępnienie takiego systemu przyzywowego także mieszkańcom zamieszkującym na piętrze budynku – w tym celu można wyposażyć pokoje w przenośne sygnalizatory.

W niektórych pokojach widoczne były zabrudzenia na ścianach. W jednym z pokoi mieszkańców znajdującym się na parterze była widoczna dziura w suficie. Niektóre ściany na korytarzach były odrapane i popękane. KMPT zaleca przegląd pomieszczeń pod kątem odświeżenia powierzchni i przeprowadzenia niezbędnych remontów w tym zakresie.

Na świetlicy było jedynie kilka krzeseł ustawionych w pewnej odległości od telewizora. Jak wynikało z informacji przekazanej wizytującym kanapy, które były tam wcześniej uległy zniszczeniu i miały zostać wymienione. KMPT prosi o informację, czy świetlica została już wyposażona jest w meble wypoczynkowe.

Co do zasady, w placówce były udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami – pochylnie dla wózków, podnośniki kąpielowe, uchwyty przy toaletach, poręcze na korytarzach, w niektórych prysznicach znajdowały się krzeselka kąpielowe, jednak nie wszystkie prysznice były bez progowe, w łazienkach nie było uchylnych lusterek, a niektóre korytarze i toalety nie zapewniały odpowiedniej przestrzeni manewrowej.

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb takich osób 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;

⁷² Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

- 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 (górną) i 75 cm (dolną), 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 inwalidzkim osoba), a górna sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić swobodę manewrowania wózkiem (przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że rozwiązania te powinny również dotyczyć umywalk w pokojach mieszkańców poruszających się na wózkach inwalidzkich, a przestrzeń 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 poprawienie dostępności placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, podczas najbliższych remontów i modernizacji.

8. Ustalenia niezwiązane bezpośrednio z funkcjonowaniem placówki

W trakcie wizytacji przedstawiciel KMPT odbył rozmowę z ubezwłasnowolnionym mieszkańcem, którego żona pełniła funkcję opiekuna prawnego. Mężczyzna wskazywał, że jest osobą bez rozpoznania choroby psychicznej a jedynie mającą problemy neurologiczne. W placówce został umieszczony na mocy postanowienia sądu, wydanego na wniosek żony. Jak sam wskazywał zgodził się na ubezwłasnowolnienie całkowite nie zdając sobie sprawy z jego skutków. Przyczyną była chęć ułatwienia żonie zajmowania się wspólnymi sprawami majątkowymi.

Mieszkaniec w czasie rozmowy wskazał, że wcześniej przebywał w prywatnej placówce opiekuńczej w Inowrocławiu, w której został umieszczony podstępem przez żonę, pod pretekstem badań lekarskich. W tym czasie, jak wynikało z analizy akt mieszkańca, opiekun prawny ubiegał się o skierowanie do placówki w Bogurzynie.

Po przyjęciu do DPS w Bogurzynie, mieszkaniec opisał swoją sytuację w rozmowie z pracownikiem socjalnym. Wskazywał m.in., że właściwie nie miał kontaktu ze swoim opiekunem prawnym, nie otrzymywał środków finansowych, a w placówce został umieszczony podstępem. W związku z tym, pracownicy DPS pomogli mieszkańcowi skierować do sądu wniosek w sprawie zniesienia ubezwłasnowolnienia.

Z informacji przekazanej podczas podsumowania wizytacji przez kierowniczkę działu opiekuńczo-terapeutycznego wynikało, że w czasie rozmowy telefonicznej żona mieszkańca wyraziła swoją dezaprobatę dla działań DPS w sprawie przygotowania wniosku do sądu. Dała wyraźnie do zrozumienia, że nie życzy sobie, by DPS pomagał mężowi. Wskazała także, że podjęcie działania zmierzające do przeniesienia podopiecznego do innej placówki.

Jak wynikało z analizy akt mieszkańca, opiekun prawny w trakcie sprawowanej opieki, przekazał mu jedynie 50 zł, w związku z tym mężczyzna nie miał żadnych środków pieniężnych niezbędnych chociażby do zakupu odzieży, artykułów spożywczych etc. W trakcie rozmowy z pracownikiem socjalnym przedstawiciel KMPT otrzymał informację, że mężczyźnie zostanie zapewniona nowa odzież.

W czasie podsumowania, w związku z informacją dotyczącą zachowania opiekuna prawnego, przedstawiciel KMPT zobowiązał też pracowników placówki do przekazania sądowi informacji na temat z rozmowy telefonicznej opiekuna prawnego z przedstawicielką placówki. W ocenie KMPT rozmowa ta jednoznacznie wskazywała, że działania opiekuna prawnego są podejmowane na niekorzyść podopiecznego.

W związku z powyższym, sprawa została podjęta do indywidualnego zbadania przez Zespół Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego w Burze RPO⁷³. Rzecznik wystąpił do Sądu Rejonowego w Bydgoszczy⁷⁴ o nadesłanie informacji o toku i aktualnym stanie postępowania dotyczącym mieszkańca DPS w Bogurzynie. RPO zwrócił się również o rozważenie zasadności zweryfikowania informacji na temat wykonywania obowiązków przez opiekuna prawnego i ewentualnego podjęcia działań zabezpieczających interes mieszkańca oraz poprosił o przesłanie do wglądu akt postępowania. Ponadto RPO wystąpił do Sądu Okręgowego w Płocku⁷⁵ z prośbą o nadesłanie informacji o toku i aktualnym stanie postępowania o zniesienie ubezwłasnowolnienia mężczyzny, nadesłanie kopii wydawanych w sprawie postanowień oraz opinii, a także poinformowanie, czy mieszkaniec DPS jest w tej sprawie reprezentowany przez fachowego pełnomocnika.

W toku podjętych czynności Rzecznik otrzymał informacje z Sądu Rejonowego w Bydgoszczy, że sprawa o zmianę opiekuna prawnego wciąż się toczy⁷⁶. Dodatkowo wydane zostało postanowienie⁷⁷ w przedmiocie ustanowienia kuratora celem reprezentowania mężczyzny w sprawie o zmianę opiekuna prawnego. Jednocześnie 23 września 2022 r. do Biura RPO wpłynęła odpowiedź z Sądu Okręgowego w Płocku

⁷³ Sygn. III.7024.1.2022.

⁷⁴ Pismo z dnia 25 lipca 2022 r.

⁷⁵ Pismo z dnia 16 września 2022 r.

⁷⁶ Sygn. akt VI RNs 758/22.

⁷⁷ Sygn. akt VI RNs 1163/22

dotycząca postępowania o uchylenie ubezwłasnowolnienia⁷⁸. Z nadesłanych informacji wynikało, że w sprawie wysłuchano ubezwłasnowolnionego mieszkańca, jak i jego żonę będącą opiekunem prawnym oraz uzyskano opinię biegłych. Sprawa oczekuje na wyznaczenie terminu rozprawy z udziałem biegłych. W tym kontekście warto zauważyć, że biegli w opinii z dnia 18 lipca 2022 r. wydanej na zlecenie sądu we wnioskach końcowych wskazali, że „występujące u badanego uwarunkowane organicznie cechy osobowości, nie zaburzają w sposób istotny jego funkcjonowania. W ocenie biegłych jest zdolny do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem i prowadzenia swoich spraw.” Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich.

9. Zalecenia

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 Tortur Prewencji zalecają:

I. Dyrektorce DPS „Złota Jesień” w Bogurzynie:

- 1) przypomnienie wszystkim pracownikom, że wszelkie formy złego traktowania (w tym słowne nadużycia) i lekceważące zachowanie wobec mieszkańców jest niedopuszczalne i będzie odpowiednio ukarane;
- 2) stworzenie procedury reagowania na przypadki agresywnego zachowania mieszkańców, która uwzględni kwestie dotyczące współpracy z psychiatrą, stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz współpracy z Policją;
- 3) przeprowadzenie szkoleń z zakresu radzenia sobie z agresywnym mieszkańcem, deeskalacji konfliktu, pracy z pacjentem psychiatrycznym;
- 4) organizowanie regularnych szkoleń z zakresu pierwszej pomocy, sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;

⁷⁸ Sygn. akt I Ns 89/22.

- 5) zapoznanie personelu medycznego i psycholożki z Protokołem stambulskim i uwzględnienie standardów w nich zawartych w procedurach funkcjonujących w placówce, w tym procedurze reagowania na przypadki agresywnego zachowania mieszkańców;
- 6) przeprowadzenie dla całego personelu szkoleń z międzynarodowych standardów praw człowieka oraz zasad równości i niedyskryminacji, a także kwestii związanych z orientacją seksualną i tożsamością płciową, w tym zapoznanie pracowników z Zasadami Yogyakarty;
- 7) przypomnienie personelowi, że w kontaktach z osobami nieheteronormatywnymi pracownicy powinni używać imion i zaimków płci wybranych przez danego mieszkańca, zgodnie z jego samoidentyfikacją;
- 8) wyznaczenie monitorowanego pokoju do zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci izolacji i odnotowywanie każdego przypadku zastosowania przymusu zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 9) przeprowadzenie szkoleń personelu z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego;
- 10) pouczenie opiekunów prawnych, którzy chcieliby ograniczyć kontakt ubezwłasnowolnionych mieszkańców z innymi osobami, o konieczności uzyskania w takim przypadku zezwolenia sądu;
- 11) zakup przenośnego telefonu lub telefonu komórkowego, który byłby do dyspozycji mieszkańców nieposiadających własnych aparatów telefonicznych. Telefon powinien być dostępny każdego dnia, w tym w weekendy, a rozmowy nie powinny odbywać się w obecności pracowników DPS;
- 12) przeprowadzenie zajęć dla mieszkańców z zakresu psychoedukacji dotyczących seksualności człowieka, które swoją treścią będą dostosowane do funkcji poznawczych pensjonariuszy;
- 13) objęcie pracowników zespołu opiekuńczo-terapeutycznego szkoleniem z zakresu seksualności osób chorujących psychicznie;
- 14) pouczenie opiekunów prawnych o konieczności uzyskania zezwolenia sądu na zastosowanie antykoncepcji wobec konkretnej mieszkanki. Informacja o zgodzie lub odmowie sądu powinna być dołączona do dokumentacji wskazanej

- mieszkańki. W przypadku, gdy ubezwłasnowolniona mieszkanka wyraża świadomą zgodę na zastosowanie konkretnej metody antykoncepcji informacja ta również powinna znaleźć się w dokumentacji medycznej;
- 15) stosowanie wskazanych w Protokole stambulskich map ciała i dołączanie ich do indywidualnej dokumentacji medycznej mieszkańców. W przypadku poważniejszych obrażeń do dokumentacji powinno dołączać się również ich zdjęcia, wykonane za zgodą mieszkańców;
 - 16) 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;
 - 17) przygotowanie i udostępnienie wyciągu najważniejszych praw mieszkańców i informacji, które ułatwią im codzienne funkcjonowanie. Komunikaty powinny być sporządzone prostym językiem, dostosowanym do potrzeb poznawczych mieszkańców;
 - 18) zapoznavanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbieranie od nich podpisów pod treścią oświadczeń;
 - 19) każdorazowe odbieranie zgody od mieszkańca lub opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionego na przechowywanie dowodu osobistego;
 - 20) montaż skrzynki na skargi i wnioski mieszkańców, która zapewni poufność przekazywanych informacji; poinformowanie mieszkańców o możliwości korzystania z tego rozwiązania;
 - 21) objęcie pracowników działu opiekuńczo-terapeutycznego superwizją (indywidualną lub grupową);
 - 22) przegląd obecnie funkcjonującej instalacji przyzywowej i udostępnienie takiego systemu przyzywowego także mieszkańcom zamieszkującym na piętrze budynku;
 - 23) przegląd stanu pokoi mieszkańców i przeprowadzenie niezbędnych remontów w tym zakresie; jednocześnie KMPT prosi o udzielenie informacji, czy zgodnie z zapowiedzią świetlica została wyposażona w meble wypoczynkowe;

24)poprawę dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, podczas najbliższych remontów i modernizacji.

II. Staroście Mławskiemu

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

III. Komendantowi Powiatowemu Policji w Mławie:

- 1) przypomnienie podległym funkcjonariuszom, że w przypadku osób chorujących psychicznie kajdanki powinny być stosowane wyjątkowo, gdy inne środki przymusu, przewidziane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego okażą się niewystarczające;
- 2) przeprowadzenie szkolenia dla funkcjonariuszy w zakresie postępowania z osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz zapoznanie ich ze wskazaną w raporcie ekspertyzą nt. stosowania środków przymusu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Ponadto na podstawie art. 20 OPCAT, KMPT zwraca się do:

I. Przewodniczącego II Wydziału Karnego Sądu Rejonowego w Mławie

- 1) o udzielenie informacji o stanie sprawy sygn. akt II K 119/22, w tym przesłanie odpisu postanowienia, o ile zostało wydane.

Opracowała: Justyna Zarecka

Za Zespół podpisuje:

Z poważaniem

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/