



Warszawa, 17-01-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.575.6.2022.RK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy
Społecznej w Łętowni, Filia w Jordanowie**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

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

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

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

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

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

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

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

³ Zob. Art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. Art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. Art. 20 OPCAT.

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

⁷ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2021 r., Część II – Jak pracuje KMPT?.

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

standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

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

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkanki, personel, osoby odwiedzające) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

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

3. Uwagi wstępne na temat wizytacji

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 3-5 października 2022 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację filii Domu Pomocy Społecznej w Łętowni, zlokalizowaną w Jordanowie, ul. Rynek 45 (dalej: DPS, Dom, placówka). Jej celem było sprawdzenie sposobu traktowania i warunków pobytu mieszkańców DPS, w celu wzmocnienia ich ochrony przed ryzykiem tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W skład zespołu wizytującego wchodziła Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) i Rafał Kulas (prawnik). Przedstawicielom KMPT towarzyszyła ekspertka zewnętrzna – Magdalena Skiba

⁹ Zob. Art. 19 pkt b OPCAT.

(psycholog, dalej: ekspertka KMPT), której ekspertyza została włączona w treść niniejszego raportu w niezbędnym zakresie.

W trakcie wizytacji zespół monitorujący:

- przeprowadził wstępną rozmowę z Panem Romanem Dyrzczem (Dyrektorem DPS w Łętowni) i Panem Sebastianem Ingramem (p.o. Kierownika Filii DPS w Łętowni);
- dokonał oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki, zewnętrznego terenu rekreacyjnego i samochodu przeznaczonego do przewozu mieszkańców;
- przeprowadził poufne rozmowy z mieszkańcami i pracownikami DPS;
- zapoznał się z prowadzoną na miejscu dokumentacją;
- wykonał dokumentację fotograficzną wybranych pomieszczeń i dokumentów.

Swoje wstępne uwagi przedstawiciele KMPT przekazali Dyrektorowi DPS i p.o. Kierownikowi Filii w czasie rozmowy podsumowującej wizytę.

Po zakończeniu wizytacji dokonano analizy dokumentacji i informacji pisemnych przekazanych przez DPS oraz informacji udzielonych przez Wiceprezesa Sądu Okręgowego w Krakowie¹⁰ i Wiceprezesa Sądu Rejonowego w Suchej Beskidzkiej¹¹, dotyczących postępowania sądowego w sprawie o ubezwłasnowolnienie i nadzoru nad sposobem sprawowania opieki nad ubezwłasnowolnioną mieszkanką DPS.

Niniejszy raport wskazuje problemy systemowe, wymagające zmiany prawa lub praktyki jego stosowania (pkt 5), oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt 6).

¹⁰ Pismo KMPT z dnia 25 października 2022 r., KMP.575.6.2022.RK i odpowiedź Wiceprezesa Sądu Okręgowego w Krakowie z dnia 4 listopada 2022 r., Adm.SO.-0144-172/22.

¹¹ Pismo KMPT z dnia 25 października 2022 r., KMP.575.6.2022.RK i odpowiedź Wiceprezesa Sądu Rejonowego w Suchej Beskidzkiej z dnia 10 listopada 2022 r., Adm.445-32/22.

4. Charakterystyka placówki

Wizytowana placówka jest filią Domu Pomocy Społecznej w Łętowni, utworzoną na podstawie Decyzji Wojewody Małopolskiego¹² i uchwały Rady Powiatu Suskiego¹³. Przeznaczona jest dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną.

Podmiotem prowadzącym placówkę jest od sierpnia 2022 r. Powiat Suski. Wcześniej DPS prowadziło Zgromadzenie Panien Ofiarowania Najświętszej Maryi Panny (tzw. Zgromadzenie Sióstr Prezentek) jako zadanie publiczne zlecone przez powiat¹⁴. Budynek, w którym mieści się filia DPS, stanowi własność Zgromadzenia i został przekazany Powiatowi Suskiemu w użyczenie.

Pojemność wizytowanej filii wynosi 47 miejsc. W czasie wizytacji KMPT przebywały w niej same kobiety, łącznie 46 mieszkanek. Większość podopiecznych (40 osób) stanowiły osoby ubezwłasnowolnione. Wśród mieszkanek były zarówno osoby pełnoletnie, jak i małoletnie, co jest zgodne z ustawą o pomocy społecznej¹⁵.

Nadzór nad DPS sprawuje Starosta Suski przy pomocy Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Suchej Beskidzkiej oraz Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

5. Problemy systemowe

5.1. Monitoring wizyjny

Na terenie DPS zainstalowany był monitoring wizyjny, który obejmował swoim zasięgiem: wejścia, bramę od strony ogrodu, wewnętrzne podwórze, korytarze, hole

¹² Decyzja Wojewody Małopolskiego z dnia 29 lipca 2022 r., znak WP-III.9423.13.2022.

¹³ Uchwała nr 0007/XLII/302/22 Rady Powiatu Suskiego z dnia 12 lipca 2022 r. w sprawie przekształcenia Domu Pomocy Społecznej w Łętowni oraz nadania statutu.

¹⁴ Placówka funkcjonowała wówczas pod nazwą: Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży w Jordanowie Rynek 45, 34-240 Jordanów.

¹⁵ Zob. Art. 56a ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r., poz. 2268 ze zm.).

poszczególnych grup, salę terapii zajęciowej i salę rehabilitacji. Podgląd monitoringu (sama wizja, bez fonii) był możliwy w pokoju administracyjnym.

Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani w trakcie wizytacji, że nagrania wideo są przechowywane przez okres tygodnia, a następnie są automatycznie zastępowane kolejnymi nagraniami.

Kwestia stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, w związku z jej pominięciem w przepisach regulujących funkcjonowanie tych placówek, pozostaje od lat w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich¹⁶.

Monitoring służy poprawie bezpieczeństwa samych pensjonariuszy. Należy jednak zwrócić uwagę, że monitorowanie tego typu placówek może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia.

W tej sprawie Rzecznik Praw Obywatelskich wystosował w 2016 r. wystąpienie generalne do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu¹⁷.

Brak przepisów regulujących tę materię prowadzi do wniosku, że obecnie instalowanie monitoringu w domach pomocy społecznej może naruszać przepisy

¹⁶ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2019 r., Część IV – Sytuacja w miejscach pozbawienia wolności, s. 132. Zob. Raport tematyczny pt. „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur”, Warszawa 2017, s. 91-92.

¹⁷ Zob. Wystąpienie RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

Konstytucji. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.¹⁸ Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

5.2. Niestandardowe formy zabezpieczenia

Z rozmów z personelem wynikało, że w stosunku do dwóch podopiecznych stosowane były jednoczęściowe, materiałowe kombinezony, zapinane za zamek błyskawiczny z tyłu, w celu zapobieżeniu ciągłemu zdejmowaniu odzieży. Tylny zamek sprawiał, że mieszkanka nie miała możliwości jego samodzielnego rozsunięcia. Jedna z mieszkanki miała zakładany ten strój na noc, gdyż zdarzało jej się rozebrać. Inna podopieczna nosiła go również w ciągu dnia. Personel DPS okazał przedstawicielce KMPT używane kombinezony.

Z rozmów wynikało też, że o ich stosowaniu decydował personel opiekuńczy, nie lekarz. Użycie nie było odnotowywane w dokumentacji. Kierownictwo placówki nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych w tym zakresie. W efekcie istnieje obawa, że tego typu odzież może być stosowana w sposób nadmierny i bez odpowiedniej kontroli.

Wizytujący byli też świadkami sytuacji, gdy jedna z podopiecznych miała ręce schowane z tyłu i założone na nie skarpetki. Z wyjaśnień personelu wynikało, że rozwiązanie to jest stosowane w celu przeciwdziałania podrapaniu twarzy. Nawyk ten podopieczna miała podobno wyrobiony w domu rodzinnym i sama prosiła personel o założenie skarpetek.

Wspomniana kwestia była przedmiotem uwag ze strony CPT w raporcie z wizyty w Irlandii w 2019 r. W ocenie Komitetu stosowanie przez personel placówek opiekuńczych odzieży w postaci jednoczęściowych piżam zapinanych z tyłu na suwak, jednoczęściowych strojów zakładanych pod codzienną odzież podopiecznych, miękkich ochraniaczy na kostki, szyn na nadgarstki i pasów spacerowych stanowi restrykcyjne praktyki ograniczające mieszkańców. Ich stosowanie wymaga więc

¹⁸ Zob. Wystąpienie RPO z 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

zindywidualizowanego podejścia, opartego na klinicznej ocenie zmieniających się potrzeb mieszkańców i odpowiednich gwarancji proceduralnych¹⁹.

Przedstawiciele KMPT otrzymali też informację o stosowaniu w przeszłości wobec jednej podopiecznej zabezpieczenia w postaci łóżka składającego się z metalowych, wysokich prętów jako miejsca spoczynku nocnego. Na taką formę zabezpieczenia zgodę wyraził sąd opiekuńczy, na wniosek opiekuna prawnego ubezwłasnowolnionej mieszkanki DPS²⁰. Sytuacja ta miała miejsce, gdy placówka prowadzona była przez Zgromadzenie Sióstr Prezentek. Obecnie taka forma zabezpieczenia nie była stosowana w DPS.

Warto w tym miejscu podkreślić, że Komitet Praw Człowieka ONZ uznał stosowanie łóżek z metalowymi prętami (tzw. łóżek klatek) wobec podopiecznych placówek psychiatrycznych i opiekuńczych za nieludzkie i poniżające traktowanie podopiecznych i zalecił państwu podjęcie stanowczych kroków w celu wyeliminowania tej praktyki²¹.

Również Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) zaleca państwu natychmiastowe wycofanie ich z użytkowania. W swoich standardach dotyczących środków przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych podkreślił, że „korzystanie z łóżek z siatki (lub klatek) powinno być zabronione w każdych okolicznościach”²².

¹⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii w 2019 r., CPT/Inf (2020) 37, par. 158-160.

²⁰ Postanowienie Sądu Rejonowego w Suchoj Beskidzkiej, Wydział III Rodzinny i Nieletnich z dnia 30 października 2008 r., sygn. akt III RNs 209/08.

²¹ Zob. Uwagi końcowe Komitetu Praw Człowieka do sprawozdań Słowacji [22 sierpień 2003 r., CCPR/CO/78/SVK, par. 13] i Czech [9 sierpień 2007 r., CCPR/C/CZE/CO/2, par. 13].

²² Zob. Dokument pt. „Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT)”, 21 marca 2017 r., CPT/Inf (2017) 6, par. 3.4. Zob. również poglądy i zalecenia CPT zawarte w raportach z wizyt w Czechach w 2002 r. [CPT/Inf (2004) 4, par. 128, 165] i 2004 r. [CPT/Inf (2007) 32, par. 113 i 116] oraz z wizyty na Słowacji w 2005 r. [CPT/Inf (2006) 5, par. 101].

Powyższe sytuacje obrazują istnienie systemowego problemu stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, stwarzają jednak ryzyko ingerencji w wolność jednostki.

W ocenie KMPT w procesie opiekuńczym istnieją sytuacje, gdzie stosowanie środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia mieszkańca. W związku z tym ich stosowaniu musi towarzyszyć szereg gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym. Z punktu widzenia art. 31 ust. 3 Konstytucji gwarancje te powinny być określone w ustawie. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoli również na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni, czy też nie.

Problem ten był już sygnalizowany Ministrowi Zdrowia przez Rzecznika Praw Obywatelskich²³.

Ponadto w celu wyeliminowania potencjalnego ryzyka związanego ze stosowaniem niestandardowych form zabezpieczeń KMPT rekomenduje:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi niestandardowych form zabezpieczeń.

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

²³ Zob. Wystąpienia RPO z 13 czerwca i 30 listopada 2022 r., KMP.573.9.2022.KK.

2. Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń wyłącznie za zgodą lekarza.

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

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

5.3. Pełnienie przez pracownika DPS funkcji opiekuna prawnego

Podczas wizytacji w placówce przebywało 40 mieszkank ubezwłasnowolnionych całkowicie. W 25 przypadkach opiekunem prawnym mieszkanki był pracownik DPS.

Wizytujący nie otrzymali niepokojących sygnałów na temat sposobu sprawowania przez pracowników DPS funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych. Jednak sam fakt pełnienia podwójnej roli wobec mieszkańca, z uwagi na możliwy konflikt interesów opiekuna prawnego i pracownika DPS, budzi wątpliwości KMPT.

Problem ten ma charakter systemowy. Z jednej bowiem 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 wizyt wynika, że często to same sądy wywierają presję, aby to właśnie któryś z pracowników wyraził chęć sprawowania opieki nad ubezwłasnowolnionym.

Warto jednak zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikom domów pomocy społecznej trudno w tej sytuacji zachować obiektywność w ocenie oferty

opiekuńczej domu. Ponadto pełnienie przez personel domów pomocy społecznej funkcji opiekunów prawnych wiąże się de facto z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków kosztem czasu wolnego lub prywatnego. Może to zatem prowadzić do braku odpowiedniej motywacji, by właściwie i rzetelnie wykonywać powierzone obowiązki.

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 opiekunów²⁴.

5.4. Opieka pielęgniarska

W wizytowanej placówce opieka pielęgniarska świadczona jest przez pielęgniarki zatrudnione w łącznym wymiarze 1,5 etatu oraz w ramach opieki środowiskowej w wymiarze 1 etatu. Dyżur sprawowany jest w godz. 6-18 lub 6-13:35, w zależności od grafiku pracy. Po tych godzinach nie ma dostępnej pielęgniarki w DPS. W przypadku konieczności interwencji medycznej personel wzywa pogotowie ratunkowe.

W ocenie KMPT w DPS całą dobę (w tym w godzinach nocnych) powinna dyżuować minimum jedna pielęgniarka, co jest rozwiązaniem rekomendowanym państwom Rady Europy przez CPT²⁵.

Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani przez kierownictwo placówki o problemie w znalezieniu chętnych pielęgniarek do pracy w DPS. Związane jest to z dużo niższymi zarobkami w porównaniu do podmiotów leczniczych. Powyższa sytuacja potwierdza istnienie problemu systemowego, którego rozwiązanie wymaga wsparcia

²⁴ Zob. Standardy CPT wyrażone w arkuszu informacyjnym pt. „Persons deprived of their liberty in social care establishments”, CPT/Inf (2020) 41, par. 32. Zobacz również raporty CPT z wizyt w Ukrainie [CPT/Inf (2020) 1, par. 44] i Łotwie [CPT/Inf (2017) 16, pkt 157].

²⁵ Zob. Arkusz informacyjny CPT pt. „Persons deprived of their liberty in social care establishments”, CPT/Inf (2020) 41, par. 19.

ustawodawcy. Kwestia ta była przedmiotem wystąpienia RPO do Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia²⁶.

Zgodnie z art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dalej: u.p.s.)²⁷, dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców domu. Placówki te nie pełnią natomiast funkcji leczniczych i pielęgniarских, a jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁸. Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 59 u.p.s.).

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarки i położnej²⁹ umożliwia się zatrudnienie pielęgniarки w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarки określonych w ustawie. Jednakże status pielęgniarки zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny aniżeli pielęgniarки zatrudnionej w placówkach służby zdrowia. Główną przyczynę stanowi zróżnicowanie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zdecydowanie wyższego (finansowanego są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia) od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarcom zatrudnionym w domach pomocy społecznej.

Z uwagi na fakt, że domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, wynagrodzenie pielęgniarek w nich zatrudnionych pochodzi z budżetu samorządów. Nierówności w wynagradzaniu pielęgniarek zatrudnionych w tych placówkach (brak dodatków, podwyżek itp.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia, w efekcie powoduje problemy w znalezieniu do pracy w domach pomocy społecznej osób o tym wykształceniu lub częstych rezygnacji

²⁶ Wystąpienia RPO z 21 czerwca 2021 r. do Minister Rodziny i Polityki Społecznej z 21 czerwca 2021 r., KMP.575.9.2021.JJ.

²⁷ Tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 ze zm.

²⁸ Tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r., poz. 1285.

²⁹ Tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 551.

pielęgniarek/pielęgniarzy już zatrudnionych w tych domach na rzecz pracy w podmiotach leczniczych.

W ocenie KMPT sytuacja ta zdecydowanie przekłada się na obniżenie standardów w zapewnieniu opieki i pielęgnacji mieszkańców domów pomocy społecznej. Konieczna jest zatem nowelizacja obowiązujących przepisów w taki sposób, aby wysokość wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej była analogiczna jak w przypadku pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Ze względu na uzasadnione potrzeby domów pomocy społecznej w zakresie personelu, uzupełnienie braków kadrowych personelu pielęgniarskiego i tym samym podniesienie standardu opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej, Rzecznik Praw Obywatelskich będzie monitorował powyższe kwestie w procesie legislacyjnym.

5.5. Opieka psychologiczna

Ważną kwestią sprawdzaną w trakcie wizytacji w domach pomocy społecznej jest zapewnienie pensjonariuszom tych placówek opieki psychologicznej. Zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie DPS³⁰, mieszkańcom domu należy zapewnić kontakt z psychologiem. Wskazana regulacja wprowadza zatem bardzo ogólny standard, nie określając chociażby form współpracy DPS z psychologiem.

W wizytowanej placówce nie było zatrudnionego psychologa. Pomoc psychologiczna dla mieszkańców świadczona była przez psychologa na zasadzie umowy wolontariatu w liczbie 10 godz. miesięcznie. Z wpisów dokonanych przez psychologa w książce oddziaływań terapeutycznych wynikało jednak, że ostatni raz podejmował on takie oddziaływania w lipcu 2022 r., czyli jeszcze przed zmianą podmiotu prowadzącego DPS. Z informacji udzielonej wizytującym przez kierownictwo placówki wynikało, że umowa wolontariatu z psychologiem obowiązuje do końca 2022 r., jednak na razie jego działania zostały zawieszona i zasady ewentualnej współpracy miały być jeszcze uzgadniane. W praktyce więc mieszkanki nie miały zapewnionej właściwej opieki psychologicznej.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r., poz. 734, ze zm.).

Zdaniem KMPT psycholog ma do odegrania w placówkach opiekuńczych szczególną rolę³¹. Może pomóc nowo przyjmowanym mieszkańcom w adaptacji w nowym miejscu i pokonaniu towarzyszących im trudności i obaw. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką mieszkańców trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość mieszkańca, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i osobami najbliższymi. W trudnych sytuacjach życiowych czy w okresach obniżonego nastroju podjęcie odpowiednio wczesnej interwencji psychologicznej nie tylko wpływa na komfort mieszkańców, ale również pełni funkcję profilaktyczną, redukując ryzyko pogłębienia się trudności doświadczanych przez pensjonariuszy i zapobiegając pogorszeniu się stanu ich zdrowia.

Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy mieszkaniec trafia do placówki wbrew swojej woli, w wyniku decyzji sądu. Doświadcza wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Wówczas rola psychologa jest bardzo istotna.

Należy mieć również na względzie skutki emocjonalne, jakie wywołała pandemia koronawirusa i towarzysząca jej izolacja od najbliższego otoczenia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w zaktualizowanych wytycznych dotyczących zapobiegania i kontroli COVID-19 w miejscach pozbawienia wolności podkreśla, że pobyt na usługi psychologiczne prawdopodobnie wzrośnie w tego typu miejscach w następstwie pandemii i nałożonych środków ograniczających³².

Szczegółową ocenę funkcjonowania oddziaływań psychologicznych i terapeutycznych w placówce KMPT przedstawił w pkt 6.6 niniejszego raportu.

6. Obszary wymagające poprawy

³¹ Zob. Uwagi KMPT na temat roli psychologa w domach pomocy społecznej, przedstawione w raporcie tematycznym pt. „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur”, Warszawa 2017, s. 78-82.

³² Zob. 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.

6.1. Traktowanie

Wizytujący nie otrzymali sygnałów o niewłaściwym traktowaniu podopiecznych przez aktualny personel DPS. Opinie o pracownikach i kierownictwie placówki były pozytywne.

Mieszkancki zwróciły natomiast uwagę na zmiany, jakie zaszły w obszarze ich traktowania, jak również przysługujących im praw i wolności, po zmianie podmiotu prowadzącego DPS. Wizytujący otrzymali bowiem informacje, że do czasu zmiany podmiotu prowadzącego podopiecznym nie wolno było oglądać telewizji ani swobodnie poruszać się po budynku. Natomiast jedną z kar miało być zamykanie podopiecznych na klucz w pokoju mieszkalnym, w którym pozostawały przez dłuższy czas. Ponadto jedna z mieszkanki opowiadała, że była bita po twarzy przez siostrę zakonną. Mieszkancki bały się siostr zakonnych. Strach był wciąż widoczny u rozmówczyń w czasie rozmowy na ten temat (obserwowano oznaki niepokoju i podwyższonego napięcia).

W związku z medialnymi doniesieniami dotyczącymi możliwej przemocy w Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży w Jordanowie, Prokuratura Rejonowa w Suchej Beskidzkiej prowadzi postępowanie przygotowawcze (sygn. akt 4143-0.Ds.417.2022). Sprawę monitoruje też Rzecznik Praw Obywatelskich (znak sprawy III.7065.105.2022).

Z pisma Prokuratora Rejonowego w Suchej Beskidzkiej z dnia 18 października 2022 r., skierowanego do Biura RPO (data wpływu: 29 listopad 2022 r.), wynikało, że postępowanie pozostaje w toku i dotychczas postawiono zarzuty karne dwóm osobom.

O możliwej przemocy i nieludzkim i poniżającym traktowaniu podopiecznych w DPS prowadzonym jeszcze przez siostry zakonne informowały opinię publiczną środki masowego przekazu. Z rozmów z kierownictwem i personelem wynika, że pracownicy mają ogromny żal w związku ze sposobem, w jaki media przedstawiły placówkę i ich pracę, czyniąc z nich współwinnymi ewentualnych nadużyć. Pracownicy sygnalizowali również, że spotykali się z przejawami agresji i otwartej wrogości ze strony lokalnej społeczności (np. z zaczepianiem na ulicy i wulgarnymi komentarzami pod swoim adresem).

W ocenie KMPT agresja nie znajduje uzasadnienia w żadnej sytuacji. Warto jednak to negatywne doświadczenie wykorzystać do budowy odpowiedniej kultury instytucjonalnej wewnątrz placówki. Pokazuje ono bowiem, jak przemoc wobec mieszkańców może rzutować na wizerunek całej placówki, w tym także dorobek pracy tych osób, które nie biorą czynnego udziału w procederze, a starają się jak najlepiej wykonywać powierzone im obowiązki. Kierownictwo DPS powinno więc uświadomić pracownikom, że wszelkie formy przemocy wobec podopiecznych są niedopuszczalnym brakiem profesjonalizmu i nie ma dla nich akceptacji. Pracownicy powinni sygnalizować swoim przełożonym wszelkie niepokojące zachowania ze strony współpracowników, a w sytuacjach podejrzenia przestępstwa należy zawsze zawiadamiać Policję lub Prokuraturę.

Mając na względzie swój mandat prewencyjny, KMPT zaleca systematyczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania podopiecznych z szacunkiem i godnością.

Co do zasady mieszkanki nie mogły samodzielnie opuszczać DPS. Jednocześnie nie stosowano trybu przewidzianego w art. 55 ustawy o pomocy społecznej, zgodnie z którym ograniczenie możliwości samodzielnego opuszczenia DPS przez mieszkańca z zaburzeniami psychicznymi może nastąpić w formie pisemnej decyzji, wydanej na czas oznaczony, na podstawie zaświadczenia lekarskiego. Informację o ograniczeniu przesyła się również do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się DPS, a mieszkańiec i wskazane w ustawie osoby mają prawo wystąpić do sądu o uchylenie ograniczenia (art. 55 ust. 2b–2g).

W opinii KMPT w niektórych przypadkach, ze względu na bezpieczeństwo samych pensjonariuszy, tego typu ograniczenia są konieczne. Należy jednak pamiętać, że powinny być one wprowadzane wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a nie w sposób nieformalny.

KMPT rekomenduje, by w przypadku, gdy zaistnieje konieczność ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania przez mieszkańca terenu domu pomocy społecznej, ograniczenie to następowało na zasadach przewidzianych w art. 55 ustawy o pomocy społecznej.

Wyjścia mieszkańców do znajdującego się na zewnątrz ogrodu odbywały się wyłącznie w asyście pracowników placówki. Jednocześnie z rozmów z pracownikami i mieszkankami ustalono, że z uwagi na liczebność personelu mieszkanki nie wychodzą codziennie na świeże powietrze. Ponadto podopieczni zakwaterowani na jednym z

oddziałów (personel posługiwał się w czasie wizyty terminologią oddziału drugiego) nie są w ogóle wywożone do ogrodu. Zamiast tego są wyprowadzane na taras. Z uzyskanych na miejscu wyjaśnień wynikało, że jest to spowodowane zbyt małą liczbą personelu opiekuńczego, który byłby w stanie zapewnić bieżącą opiekę i dozorować podopiecznych w czasie spaceru.

Taka sytuacja jest nie do zaakceptowania. Dostęp do naturalnego światła słonecznego i świeżego powietrza jest ważny dla zdrowia fizycznego i psychicznego podopiecznych. W ocenie KMPT wszystkie mieszkanckie powinny mieć możliwość przebywania na terenie zewnętrznego terenu rekreacyjnego, o ile nie ma ku temu przeciwskażeń zdrowotnych, udokumentowanych zaświadczeniem lekarskim.

Na potrzebę zapewnienia podopiecznym oddziaływań terapeutycznych wiążących się z przebywaniem na świeżym powietrzu wskazuje również ekspertka KMPT (zob. pkt 6.6 raportu).

Zgodnie ze standardami CPT mieszkańcy domów pomocy społecznej powinni mieć zapewniony codzienny dostęp do ćwiczeń na świeżym powietrzu, niezależnie od warunków pogodowych. Na terenach rekreacyjnych powinno być miejsce, gdzie mieszkańcy mogą schronić się przed deszczem i słońcem. Personel powinien zapewnić podopiecznym bezpieczeństwo i udzielić niezbędnej pomocy osobom z niepełnosprawnością intelektualną³³.

Z rozmów z personelem wynikało, że pracownicy podają mieszkance leki, rozkruszone w zupie mlecznej. Nie jest ona o tym fakcie informowana. Personel wskazywał, że takie praktyki miały miejsce w domu rodzinnym podopiecznej. Sporadycznie rozkruszanie leków i podawanie ich bez wiedzy podopiecznych ma też miejsce wobec innych mieszkanek.

Zaznaczyć należy, iż każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli podopieczny nie będzie miał takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia nie będzie chciał przyjąć leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie wiedząc, że lek podano mu wówczas podstępem).

³³ Zob. Arkusze informacyjny CPT pt. „Persons deprived of their liberty in social care establishments”, CPT/Inf (2020) 41, par. 12.

Krajowy Mechanizm nie zgłasza zastrzeżeń w sytuacji, gdy zgodnie z zaleceniem lekarskim podawany lek jest rozkruszany z tego powodu, że pacjent nie jest w stanie lub ma problem z połknięciem leku. W takich sytuacjach jednak podanie leku ma miejsce przy pełnej świadomości pacjenta oraz nie odbywa się w sposób wykluczający jego wolę. Fakt zlecenia takiej formy podawania leków powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej z podaniem przyczyny oraz wynikać z zlecenia lekarskiego.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że w 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur pozyskał 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 krwiobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku.

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

6.2. Sytuacja jednej z mieszkanek

Zgodnie z informacjami przekazanymi wizytującym, od czasu zmiany podmiotu prowadzącego placówkę zarejestrowano jeden przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego wobec 22-letniej mieszkanki w postaci unieruchomienia. Miało ono miejsce 3 września 2022 r. w godz. 13:30–17:45.

Pracownicy DPS sygnalizowali wizytującym w rozmowach swoje obawy w zakresie możliwości sprawowania nad podopieczną właściwej opieki. Mówili, że przejawia ona agresywne zachowania wobec otoczenia, dlatego też z obawą przychodzą do pracy.

Z dokumentacji mieszkanki wynika, że była ona w przeszłości wielokrotnie hospitalizowana psychiatrycznie. Przejawiała między innymi agresywne zachowania wobec otoczenia, zdemolowała pokój, deklarowała myśli samobójcze, dokonywała samookaleczeń. Z kart informacyjnych leczenia szpitalnego i pobytów w SOR wynikało, że pacjentka próbowała wymusić powrót na oddział psychiatryczny. Przejawiała przy tym zainteresowanie mężczyznami i deklarowała, że nie chce mieszkać w DPS w Jordanowie z samymi dziewczynami.

W dokumentacji mieszkanki wizytujący znaleźli też zaświadczenie psychologa z Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie z dnia 3 marca 2021 r., który wskazuje, że wymaga ona wsparcia psychospołecznego, psychoterapii, edukacji, zajęć terapeutycznych i treningu umiejętności społecznych. Ponadto w dokumentacji znajdowała się karta informacyjna z konsultacji z lekarzem w WSP w Andrychowie w dniu 2 września 2022 r., który zalecał jak najszybsze przeniesienie pacjentki do innego ośrodka lub dostosowanie organizacji pracy w DPS do jej potrzeb.

Z udostępnionej wizytującym dokumentacji wynika, że były podejmowane próby znalezienia mieszkance nowego DPS. W dniu 09 lutego 2021 r. Dyrektor ówczesnego DPS w Jordanowie wystąpił na prośbę mieszkanki do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kwidzynie o zmianę decyzji kierującej i przeniesienie jej do wskazanego w piśmie domu pomocy społecznej.

Zgodnie z pismem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie z dnia 22 kwietnia 2021 r. okres oczekiwania na przyjęcie do tej placówki wynosił około 3 lat i mógł ulec zmianie.

W dniu 30 maja 2022 r. sama mieszkanka zwróciła się za pośrednictwem poczty elektronicznej do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kwidzynie, prosząc o przeniesienie jej do DPS dla dorosłych mężczyzn i kobiet.

Analiza udostępnionej dokumentacji nie wskazuje jednoznacznie na przyczyny agresywnych zachowań mieszkanki. Nie wiadomo, czy są one wynikiem zaburzeń psychicznych, umiejętności radzenia sobie z emocjami (szczególnie w świetle informacji o wcześniejszym reżimie i złym traktowaniu podopiecznych przez siostry zakonne), próbą wymuszenia swoich oczekiwań, czy też łącznego wystąpienia kilku z powyższych elementów.

W ocenie KMPT pacjentka powinna jednak pozostawać pod stałą opieką lekarza psychiatry i w szerszych niż do tej pory oddziaływaniach psychologicznych. Dyrektor DPS powinien również rozważyć zmianę metod pracy i dostosowanie oferty DPS do potrzeb mieszkanki, tak by uwzględniała ona zarówno jej ograniczenia, jak i indywidualne potrzeby wynikające z wieku. Pozytywnym doświadczeniem byłoby z pewnością większe otwarcie się DPS na kontakt ze światem zewnętrznym (w postaci wyjazdów, wycieczek, imprez integracyjnych itp.) oraz możliwość kontaktów z rówieśnikami spoza DPS.

Warto też omówić z mieszkanką możliwość zwrócenia się o powołanie konsylium lekarskiego lekarzy psychiatrów, na podstawie art. 6 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁴. Powyższa możliwość jest prawem pacjenta. Takie konsylium po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej i aktualnego stanu psychicznego mogłoby zaproponować dalsze, optymalne leczenie i sposób postępowania.

W doktrynie prawniczej podnosi się, że „każdy pacjent może zwrócić się z żądaniem zasięgnięcia innej opinii lub zwołania konsylium lekarskiego. Żądanie to nie jest uzależnione od występowania jakichkolwiek wątpliwości ujawnionych podczas procesu udzielania świadczeń zdrowotnych (np. diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych czy rehabilitacyjnych)”³⁵. A ponadto: „Pacjent nie ma obowiązku skorzystania z tego uprawnienia, lecz może z niego skorzystać, jeżeli natomiast tego nie zrobi, lekarz zawsze może z własnej inicjatywy w razie «wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych», po uznaniu, że jest to uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie na podstawie art. 37 u.z.l. i 53 KEL”³⁶.

KMPT zwraca się do Dyrektora DPS o wskazanie, jakie działania zostały podjęte wobec mieszkanki w świetle powyższych uwag i jak funkcjonuje ona obecnie w placówce. Krajowy Mechanizm prosi również o wskazanie, czy podjęto jakieś dalsze działania w kwestii znalezienia podopiecznej nowego DPS i jaki jest czas oczekiwania na przyjęcie.

6.3. Warunki materialne

Wizytujący co do zasady pozytywnie ocenili zapewnione mieszkankom warunki materialne. Pomieszczenia były utrzymane w czystości, odpowiednio wyposażone i urządzone.

³⁴ Zob. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r., poz. 1876).

³⁵ Zob. Karkowska Dorota, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, wyd. III, LEX 2016, uwagi do art. 6.

³⁶ Tamże.

Jednocześnie przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na kraty w niektórych pomieszczeniach placówki (wybranych pokojach, toaletach, na balkonie). Zapytany o ten fakt personel oświadczył, że rozwiązanie to zostało zastane po przejęciu DPS do prowadzenia od Zgromadzenia Sióstr Prezentek, zaś sam obiekt stanowi własność Zgromadzenia i został przekazany Powiatowi Suskiemu w użyczenie. Taki stan prawny obiektu nie ułatwia zapewnienia podopiecznym odpowiednich warunków materialnych.

W ocenie KMPT należy unikać montowania krat w placówkach opiekuńczych. Rozwiązania te przywołują bowiem skojarzenia z instytucją penitencjarną, mogą stymulować u podopiecznych stres i niepokój oraz potęgować poczucie izolacji.

Zgodnie ze standardami CPT domy pomocy społecznej powinny stworzyć podopiecznym domowe, zindywidualizowane otoczenie, zapewniające pewien stopień prywatności³⁷.

KMPT rekomenduje demontaż krat w placówce i wprowadzenie w miejscach, gdzie jest to niezbędne, zabezpieczeń o mniej opresyjnym charakterze.

W jednym z sanitariatów zlokalizowanym na górnej kondygnacji budynku znajdowały się dwie stojące obok siebie toalety, przesłonięte kotarą. Takie rozwiązanie nie gwarantuje intymności i może naruszać godność mieszkanek, podczas gdy z toalet korzystają dwie osoby jednocześnie (co, jak wynikało z rozmów z podopiecznymi, ma czasem miejsce). Ponadto jedna z nich nie posiadała deski sedesowej.

KMPT rekomenduje wykonanie trwałej zabudowy toalet od podłogi do sufitu i uzupełnienie brakującej deski sedesowej.

6.4. Dokumentowanie obrażeń

Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani, że od zmiany podmiotu prowadzącego placówkę w Jordanowie nie było nowych przyjęć. W placówce obowiązuje procedura dotycząca przyjęcia mieszkańca (wizytującym okazano tekst datowany na 1 sierpnia 2022 r.). Zgodnie z nią, nowo przybyły mieszkaniec jest przyjmowany przez Dyрекcję Domu, pracownika socjalnego, personel dyżurny i

³⁷ Zob. Arkusze informacyjny CPT pt. „Persons deprived of their liberty in social care establishments”, CPT/Inf (2020) 41, par. 10.

przedstawicieli Samorządu Mieszkańców. Zostaje on również między innymi zapoznany z regulaminem placówki i procedurami postępowania dla mieszkańców.

KMPT rekomenduje, by uzupełnić powyższą procedurę (i zapewnić również jej funkcjonowanie w praktyce) o profilaktyczne rozmowy z psychologiem i badanie pielęgniarstwa, które powinny odbyć się w ciągu 24 godzin od przyjęcia oraz profilaktyczne badanie lekarskie w możliwie najkrótszym terminie od dnia przyjęcia.

Powyższe elementy są niezbędne dla wykrycia i udokumentowania fizycznych i psychologicznych oznak złego traktowania, dokonania ogólnej oceny stanu zdrowia oraz doboru odpowiednich form opieki. Ujęcie ich w procedurze przyjęcia pozwoli z kolei na określenie właściwych standardów pracy i ujednoczenie praktyki.

Warto zaznaczyć, że mieszkanki mogły doświadczyć przemocy również poza placówką (m.in. w środowisku rodzinnym, szpitalu czy w czasie kontaktu z Policją). Z tego też względu wyczulenie kadry na wszelkie oznaki przemocy i ich właściwe udokumentowanie stanowi ważny środek zapobiegawczy.

Z rozmów z personelem medycznym i opiekuńczym wynikało, że potrzebuje on specjalistycznego szkolenia z zakresu identyfikacji i dokumentowania oznak przemocy. Personel nie znał podręcznika skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokołu stambulskiego)³⁸ i nie potrafił stosować go w praktyce.

W ocenie KMPT Protokół stambulski stanowi kluczowy element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał personelu. Z tego też względu rekomenduje przeszkolenie personelu medycznego, opiekuńczego i psychologa z jego praktycznego stosowania.

Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) podkreśla, że Protokół stambulski stanowi niezbędne narzędzie wykrywania, dokumentowania, zgłaszania i jako takiego

³⁸ Zob. Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Office of the High Commissioner for Human Rights, Professional Training Series No. 8/Rev. 2, New York and Geneva, 2002. Uaktualniona wersja dostępna jest pod adresem:

<https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0> [dostęp: 04 stycznia 2023 r.].

powstrzymywania tortur i złego traktowania³⁹. Nie tylko pomagają we wczesnej identyfikacji ofiar i dokumentowaniu traumy, ale również w ocenie potrzeb i dostosowaniu do nich odpowiedniej opieki⁴⁰.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują również Komitet Przeciwko Torturom (CAT)⁴¹, Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)⁴² i Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur⁴³.

Ulepszenia wymaga też sam sposób rejestracji obrażeń, zaobserwowanych u podopiecznych. Były one odnotowywane w raportach pielęgniarskich. Wpisy były jednak bardzo ogólne, np. „u podopiecznej zaobserwowano (...) niewielkie rozcięcie w okolicach skroniowej” (02.09.2022 r.), „pogryzła sobie zewnętrzną część dłoni” (06.10.2022 r.), „dalej się samookalecza zdrapała całe czoło” (18.09.2022).

KMPT rekomenduje stosowanie specjalnego formularza do oznaczenia umiejscowienia obrażeń z wizerunkiem sylwetki człowieka (tzw. mapy ciała) i

³⁹ Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce [CAT/OP/POL/ROSP/1, par. 55], Wielkiej Brytanii [CAT/OP/GBR/ROSP/1, par. 69 i 71], Portugalii [CAT/OP/PRT/1, par. 34, 89, 93], Hiszpanii [CAT/OP/ESP/1, par. 46, 63-64, 70] i Brazylii [CAT/OP/BRA/3, par. 20-22, 34, 89, 93].

⁴⁰ Zob. Oświadczenie CAT, SPT, Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur i Rady Powierniczej Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur z dnia 25 czerwca 2019 r, dostępne na: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24739&LangID=E> [dostęp: 04 stycznia 2023 r.].

⁴¹ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27 i 28.

⁴² Zob. Raporty CPT z wizyt w: Mołdawii [CPT/Inf (2020) 27, par. 29], Macedonii Północnej, [CPT/Inf (2021) 8, par. 29], Portugalii [CPT/Inf (2020) 33, par. 71 i 72], Danii [CPT/Inf (2019) 35, par. 20] i Gruzji [CPT/Inf (2019) 16, par. 80].

⁴³ Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 16 lipca 2021 r. [A/76/168, par. 22, 25, 34, 66 pkt g], z dnia 20 marca 2020 r. [A/HRC/43/49, par. 13, 21] oraz z dnia 20 lipca 2018 r. [A/73/207, par. 77 pkt e].

wykonywanie zdjęć obrażeń⁴⁴. Powyższe elementy powinny zostać włączone do dokumentacji medycznej pacjenta. Pozwoli to na większą szczegółowość rejestracji ewentualnych obrażeń, zgodnie z międzynarodowymi standardami praw człowieka. W ten sposób dokumentacja z badania będzie mogła zostać efektywnie wykorzystana w toku ewentualnego postępowania karnego.

6.5. Mechanizmy skargowe

Prawo mieszkańca do skargi przewidują Regulamin organizacyjny (paragraf 5 ust. 4, pkt 6) i Regulamin mieszkańców (paragraf 5, pkt 3). W placówce funkcjonuje też procedura skargowa oraz dwa zeszyty skarg i uwag: jeden dla mieszkank, drugi dla pracowników i rodzin mieszkank (na moment wizytacji nie odnotowano dokonania w nich jakichkolwiek wpisów).

KMPT rekomenduje udoskonalenie wewnętrznego systemu skargowego poprzez stworzenie skrzynek na skargi, z których mieszkańcy i inne osoby (np. rodzice, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takich skrzynek powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. kierownik filii lub wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały zgłaszane za pomocą tego typu skrzynek (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze. Należy też zmienić procedurę skargową w tym zakresie, aby uwzględniała ona informacje przekazane tą drogą.

W celu ulepszenia podopiecznym i ich bliskim dostępu do zewnętrznych mechanizmów skargowych, KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych DPS, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji, do których mieszkanc lub inna osoba mogliby się zwrócić w przypadku naruszenia praw pensjonariusza. Takimi instytucjami mogą być przykładowo: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii: 800 676 676), Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, Prezes Sądu Okręgowego w Krakowie, Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Suchej Beskidzkiej, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

⁴⁴ Zob. Rysunki anatomiczne do dokumentacji tortur i maltretowania zawarte w Protokole stambulskim. Zob. również standardy i zalecenia CPT zawarte w raportach z wizyty w Polsce w 2017 r. [CPT/Inf (2018) 39, par. 80] i w 2019 r., CPT/Inf (2020) 31, par. 24 i 26].

Ekspertka KMPT wskazała ponadto na potrzebę przeprowadzenia wśród mieszkanki zajęć edukacyjnych dotyczących rozpoznawania przemocy i szukania pomocy w przypadku jej zaistnienia. Ekspertka podkreśliła, że domy pomocy społecznej realizują specyficzny rodzaj usług osobistych dla ludzi, którzy z uwagi na swój stan fizyczny, psychiczny i społeczny mają ograniczony zakres możliwej interwencji w przypadku, gdyby jakość usług była niezadowolająca⁴⁵. Nakłada to szczególną odpowiedzialność za dobór pracowników, ale też wymaga wypracowania z podopiecznymi sposobów zgłaszania przypadków nieprawidłowego ich traktowania. Warto więc, by personel placówki wyjaśnił podopiecznym w sposób dla nich zrozumiały, czym jest przemoc i w jaki sposób mogą szukać pomocy w przypadku jej zaistnienia.

CPT podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności. Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami a personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi. Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika.

CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego, np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych⁴⁶.

Wskazuje również, że należy zapewnić bezpośredni i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi, np. poprzez instalowanie zamkniętych skrzyń skarg dostępnych dla skarżących w odpowiednich lokalizacjach, otwieranych wyłącznie przez osoby specjalnie wyznaczone do zapewnienia poufności skarg. Pracownicy, którzy sprawują

⁴⁵ Zob. Urbaniak B. (2016), Zmiany w zarządzaniu zasobami ludzkimi w pomocy społecznej. Przykład domów pomocy społecznej w Łodzi, *Studia Oeconomica Posnaniensa*, 4 (8), 47-69.

⁴⁶ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91 oraz arkusz informacyjny CPT pt. „Persons deprived of their liberty in social care establishments”, CPT/Inf (2020) 41, par. 79.

bezpośredni nadzór nad osobami pozbawionymi wolności, nie powinni mieć możliwości filtrowania skarg⁴⁷.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców⁴⁸.

Komitet podkreśla również, że brak skarg niekoniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg⁴⁹.

6.6. Oddziaływania psychologiczne i terapeutyczne

Działania personelu ukierunkowane były głównie na zapewnienie podopiecznym podstawowych potrzeb bytowych. Wzmocnienia wymaga jednak zaspokojenie ich potrzeb dotyczących funkcjonowania emocjonalnego i społecznego oraz skoordynowanie pracy personelu terapeutyczno-opiekuńczego.

Ekspertka odnotowała, że niektóre podopieczne w niewystarczającym stopniu radzą sobie ze stresem wywołanym postępowaniem względem nich przez siostry zakonne, gdy prowadziły one dom pomocy społecznej (zob. pkt 6.1 raportu). Opieka psychologiczna, świadczona w przeszłości w bardzo niewielkim zakresie, została czasowo zawieszona (zob. pkt 5.5 raportu).

W ocenie ekspertki KMPT konieczne jest zapewnienie mieszkankom większego dostępu do usług psychologicznych. Wskazaniem jest zapewnienie obecności psychologa na terenie placówki. Doraźne korzystanie z ogólnodostępnych świadczeń psychologicznych sprawdzić się może w zapotrzebowaniu na diagnozę z

⁴⁷ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 84.

⁴⁸ Tamże, par. 83.

⁴⁹ Tamże, par. 91.

wykorzystaniem szczególnych metod pomiaru. W sytuacjach, gdy psycholog nie jest zatrudniony na stałe, powinny zostać ustalone dni i godziny, kiedy jest on obecny w placówce, by podopieczni mieli zagwarantowaną możliwość skorzystania z wizyt⁵⁰.

Ekspertka KMPT widzi też potrzebę zastosowania u mieszkanek oddziaływań psychologicznych i terapeutycznych, mających na celu wzmocnienie ich poczucia bezpieczeństwa, sprawstwa i kontroli.

Wizytowana placówka nie działała w oparciu o indywidualne plany wsparcia podopiecznych. Formy terapii były przez to dobierane w sposób dość przypadkowy, bez dostatecznego uwzględnienia zespołowej, interdyscyplinarnej oceny funkcjonowania mieszkanek, ich potrzeb. Rekomendowanym rozwiązaniem jest więc sporządzenie dla każdej z mieszkanek indywidualnego planu wsparcia z uwzględnieniem pracy zespołowej i koordynacyjnej roli pracownika pierwszego kontaktu.

Zajęcia terapeutyczne odbywały się od poniedziałku do piątku. Obejmowały one: socjoterapię, ergoterapię, arteterapię, kinezyterapię, silvoterapię, ludoterapię, stymulację zmysłów w sali doświadczania świata. Ekspertka wskazała, że z uwagi na braki kadrowe zajęcia są prowadzone najczęściej przez osoby bez odpowiedniego przygotowania. Niektóre z zatrudnionych opiekunek uzupełniały kwalifikacje w wyżej wskazanym zakresie. W ocenie ekspertki KMPT konieczne jest zatrudnienie osób z kwalifikacjami do prowadzenia terapii zajęciowej, nabycie uprawnień przez obecnych pracowników lub nawiązanie współpracy na zasadach wolontariatu, stażu, praktyk.

Z ustaleń wizytujących wynika, że podopieczni uczęszczający do szkoły nie mają zapewnionej możliwości uczestnictwa w terapii zajęciowej, gdyż odbywa się ona w godzinach, gdy przebywają poza terenem DPS.

Terapię zajęciową prowadzi instruktorka, zatrudniona w wymiarze pół etatu. Z grafiku pracy na miesiąc październik 2022 r. wynikało, że pracowała ona od poniedziałku do piątku, w godz. 8-12. Z wyjaśnień kierownictwa placówki wynikało, że podopieczni mają namiastkę terapii zajęciowej w szkole, w czasie zajęć lekcyjnych.

⁵⁰ Zob. Rosińska-Młynek A. (2019), Rola psychologa w DPS-ie, Dom Pomocy Społecznej. Magazyn Dyrektora, 7, 25-29.

W ocenie KMPT wszystkie podopieczne powinny mieć możliwość uczestnictwa w zajęciach terapii zajęciowej i należy w tym celu dostosować godziny pracy instruktorki do godzin zajęć szkolnych. W razie potrzeby należy zwiększyć wymiar czasu pracy instruktorki.

Terapia zajęciowa w swoim oddziaływaniu ma bowiem uzupełniać rehabilitację psychologiczną i fizjoterapię. Jej celem w domach pomocy społecznej jest pomoc podopiecznym w poprawie niezależności w czynnościach dnia codziennego, podniesienie samooceny, rozwijanie umiejętności manualnych i interpersonalnych⁵¹. Z kolei niezapewnienie części mieszkankom, które realizują obowiązek szkolny, dostępu do terapii zajęciowej może być przejawem nierównego traktowania w dostępie do usług i mieć charakter dyskryminujący.

KMPT zaleca zapewnienie wszystkim mieszkankom, także tym uczęszczającym do szkoły poza terenem DPS, możliwości uczestnictwa w terapii zajęciowej.

Ekspertka KMPT zwróciła też uwagę, że większość zespołu terapeutyczno-opiekuńczego stanowią opiekunowie o podstawowym wykształceniu. Przekłada się to na jakość świadczonych usług, które odbiegają od oczekiwanych standardów. Pożądane jest, by w placówkach pomocy społecznej zatrudniać ludzi tworzących grupę współpracującą w sposób uporządkowany i skoordynowany. Nie można oczekiwać, że personel domu pomocy społecznej będzie pracował efektywnie, jeśli nie będą go zasilali osoby o różnych kompetencjach, w tym specjalistycznych⁵². Praktyczna realizacja zadań DPS i zaspokajanie potrzeb ich mieszkańców w dużej mierze zależy od działań dyrektora DPS oraz od tego, czy w danej placówce jest zatrudniona wykształcona, legitymująca się stosowną wiedzą i umiejętnościami kadra opiekuńcza⁵³.

⁵¹ Zob. Pietkun K., Siminska J., Ogurskowski K., Nowacka K. (2015), Znaczenie terapii zajęciowej w domach pomocy społecznej, *Journal of Education, Health and Sport*, 5(4), 195-204.

⁵² Zob. Prysak D. (2015), *Codziennosc osoby z glęboką niepełnosprawnością intelektualną w domu pomocy społecznej*, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

⁵³ Zob. Niedbalski J. (2013), Między kontrolą a autonomią – instytucjonalne uwarunkowania życia niepełnosprawnych intelektualnie mieszkańców domu pomocy społecznej, w: *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, IV, 9, 47-64.

Zajęcia terapeutyczne nie były dokumentowane w dziennikach zajęć. Konieczne jest więc wprowadzenie dzienników zajęć terapeutycznych. Ułatwi to sprawowanie nadzoru nad sposobem realizacji zajęć, ich ciągłości i zasadności, a tym samym zapewnienie mieszkankom odpowiedniej opieki.

W placówce nie dochodziło do planowych, regularnych spotkań zespołu terapeutyczno-opiekuńczego lub mniejszych zespołów zadaniowych. Spotkania pracownicze organizowane były doraźnie z inicjatywy kierownictwa, celem rozwiązania naglących problemów. Personel współpracował ze sobą na zasadzie ad hoc i konieczne jest wdrożenie zasad pracy zespołowej poprzez organizację cyklicznych spotkań zespołu terapeutyczno-opiekuńczego oraz zespołów ustalonych w indywidualnych planach wsparcia.

W opinii ekspertki KMPT należy również zróżnicować i zintensyfikować oddziaływania terapeutyczne wiążące się z przebywaniem podopiecznych na świeżym powietrzu (hortiterapia, zajęcia ruchowe na zewnątrz). Konieczne jest też zwiększenie wykorzystania sali doświadczania świata, zwłaszcza dla osób z deficytami w zakresie integracji sensorycznej, wymagających stymulacji ze względu na zaburzenia rozwojowe czy przejawiających nadpobudliwość.

Ekspertka zwróciła uwagę, że po zmianie podmiotu prowadzącego DPS mieszkanki nie brały udziału w przedsięwzięciach służących integracji z otoczeniem. Z rozmów z personelem wynikało, że stan ten wynikał z obawy przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Ekspertka podkreśliła, że dom pomocy społecznej istnieje w określonej obudowie społecznej i rolą osób go prowadzących jest integrowanie placówki ze środowiskiem zewnętrznym, umożliwianie jego mieszkańcom wtopienie się w środowisko lokalne, unikając wrażenia, że tworzą oni odrębną społeczność lokalną.

6.7. Inne kwestie związane z personelem

W skład personelu DPS wchodzi między innymi: pokojowe (8 etatów), opiekunki (7 etatów), opiekunki medyczne (5 etatów). Na dziennej zmianie opiekę nad mieszkankami sprawuje 5-6 osób w zależności od grafiku pracy, na nocnej zmianie – 3 osoby.

W ocenie KMPT liczba personelu opiekuńczego nie jest wystarczająca. Z tego też względu nie wszystkie podopieczne wychodzą codziennie na teren ogrodu (zob. pkt 6.1 raportu). Ponadto, jak zaobserwowali wizytujący, personel opiekuńczy zajmuje się

również sprzątaniami pomieszczeń, co stanowi dodatkowe obciążenie zawodowe i osłabia w tym czasie nadzór nad mieszkankami. Liczba personelu ma też znaczenie w kontekście możliwości sprawnego i bezpiecznego stosowania przymusu bezpośredniego. Najlepiej bowiem, by przy zastosowaniu unieruchomienia brało udział pięć osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę)⁵⁴.

Sytuacja była szczególnie problematyczna na pierwszym piętrze placówki, gdzie zakwaterowano wychowanki wymagające największej uwagi ze strony personelu. Nadzór nad podopiecznymi sprawowały dwie pracowniczki. W czasie swojej wizyty przedstawiciele KMPT obserwowali sposób sprawowania opieki i interakcji z podopiecznymi. Widać było, że pracują one w pośpiechu, w stanie wysokiego napięcia i pod presją. Poczynione obserwacje oraz przeprowadzone z personelem rozmowy wskazują, że obsada personalna na tym oddziale wymaga wzmocnienia, co powinno być priorytetem dla kierownictwa placówki. Brak wsparcia kadrowego sprzyja bowiem wypaleniu zawodowemu i może odbić się na standardach pracy. W rezultacie istnieje ryzyko niewłaściwych zachowań, w tym naruszenia zakazu poniżającego traktowania podopiecznych.

KMPT rekomenduje zwiększenie zatrudnienia personelu opiekuńczego oraz obsady pierwszego piętra placówki.

Z pisma p.o. Kierownika Filii DPS z dnia 18 października 2022 r., znak DPS.0710J/17/2022 wynika, że pracownicy jeszcze w czasie, gdy DPS był prowadzony przez siostry zakonne, odbyli następujące szkolenia: prawa mieszkańców i kierunki prowadzonej terapii, a także metody pracy z mieszkańcem oraz elementy komunikacji alternatywnej i wspomagającej (listopad 2020 r.); radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu (maj 2021 r.); przymus bezpośredni w DPS (lipiec 2022 r.). W okresie od sierpnia do 18 października 2022 r. nie odbyło się żadne szkolenie pracowników.

⁵⁴ Zob. Raporty KMPT z działalności w 2016 r., s. 149 oraz w 2017 r. – s. 137-138. Powyższy standard wskazany był także w uzasadnieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740): efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób.

Z rozmów z pracownikami wynikało, że szkolenie poświęcone przymusowi bezpośredniemu miało mocno teoretyczny charakter i personel potrzebuje fachowego, praktycznego szkolenia w tym zakresie. Ponadto pracownicy sygnalizowali wizytującym potrzebę merytorycznego wsparcia w takich obszarach jak: wykrywanie symptomów przemocy u podopiecznych, umiejętności radzenia sobie z osobą agresywną i deeskalacji napięcia i konfliktu bez konieczności stosowania przymusu bezpośredniego.

W opinii KMPT rozwój i wsparcie merytoryczne personelu powinno mieć charakter systematyczny i adekwatny do potrzeb. Szkolenie personelu jest bowiem mechanizmem zapobiegania przemocy, torturom, nieludzkiemu i poniżającemu traktowaniu, a także budowania odpowiedniej kultury organizacyjnej. Dlatego też warto, by oferta szkoleniowa była dostosowana do potrzeb poszczególnych grup zawodowych oraz koncentrowała się na: komunikacji interpersonalnej, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych, przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu, opiece nad osobami z niepełnosprawnością intelektualną, Protokole stambulskim (zob. też pkt 6.4 raportu) oraz międzynarodowych standardach ochrony praw człowieka (w tym prawach dziecka i prawach osób z niepełnosprawnościami).

Ważne też, by szkolenie poświęcone przymusowi bezpośredniemu nie tylko koncentrowało się na prawnych aspektach jego stosowania i odnotowywania tego faktu w dokumentacji, ale przede wszystkim dało pracownikom praktyczne umiejętności bezpiecznego i sprawnego reagowania w sytuacji, gdyby inne metody perswazji okazały się nieskuteczne lub były niemożliwe do realizacji.

Ekspertka KMPT podkreśliła, że personel domów pomocy społecznej, jak też pracownicy medyczni zajmujący się osobami zaburzonymi psychicznie są szczególnie narażeni na doświadczenia o silnym wysyceniu stresogennym w ich miejscu pracy. Wśród źródeł odczuwanego przez nich stresu zawodowego wyróżnia się wysokie obciążenie emocjonalne oraz agresję ze strony podopiecznych.

CPT wskazuje, 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 opieki⁵⁵.

Jak już wspomniano w niniejszym raporcie, niektórzy pracownicy spotkali się z przejawami napiętnowania społecznego wynikającego z miejsca ich zatrudnienia (pkt 6.1 raportu). W placówce nie wdrożono jednak żadnego działania mającego na celu rozpoznanie i minimalizację poziomu odczuwanego stresu ze względu na powyższe okoliczności. Ekspertka postuluje podjęcie działań mających na celu przeciwdziałanie nadmiernemu stresowi, wypaleniu zawodowemu wśród osób tworzących zespół terapeutyczno-opiekuńczy (np. poprzez organizację treningów z zakresu inteligencji emocjonalnej, MBSR, szkolenie na temat prewencji agresji ze strony pracowników, szkolenie z rozwiązywania konfliktów w miejscu pracy, szkolenie w zakresie rozpoznawania symptomów uzależnienia od alkoholu).

KMPT zaleca zorganizowanie personelowi superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. Ta forma wsparcia jest też kluczowa w kontekście agresywnych zachowań jakich doświadczyli pracownicy, po nagłośnieniu przez środki masowego przekazu, możliwych nadużyć w DPS. Zapewnienie jej pracownikom przyczyniłoby się do redukcji stresu wywołanego całą sytuacją, wypracowania sposobów radzenia sobie z podobnymi sytuacjami w przyszłości, co miałyby pozytywny wpływ na standardy pracy personelu i jakość sprawowanej opieki.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

7.1. Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej w Łętowni:

⁵⁵ Zob. Arkusze informacyjny pt. „Persons deprived of their liberty in social care establishments”, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zobacz również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

1. Systematyczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania podopiecznych z szacunkiem i godnością;
2. Demontaż krat w placówce i wprowadzenie w miejscach, gdzie jest to niezbędne, zabezpieczeń o mniej opresyjnym charakterze;
3. Wykonanie trwałej zabudowy toalet zlokalizowanych na górnej kondygnacji budynku (od podłogi do sufitu) i zamontowanie brakującej deski sedesowej;
4. Zapewnienie wszystkim mieszkańcom placówki codziennej, odpowiedniej dawki ruchu na świeżym powietrzu, dostosowanego do ich stanu zdrowia;
5. Stosowanie trybu przewidzianego w art. 55 ustawy o pomocy społecznej w przypadku zaistnienia konieczności ograniczenia mieszkance możliwości samodzielnego opuszczania terenu DPS;
6. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi niestandardowych form zabezpieczeń;
7. Stosowanie wobec mieszkańców niestandardowych form zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta;
8. Wykorzystywanie do zabezpieczeń mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
9. Zapewnienie mieszkańcom dostępu do psychologa;
10. Zwiększenie zatrudnienia personelu opiekuńczego;
11. Zwiększenie obsady kadrowej na pierwszym piętrze placówki;
12. Zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej;
13. Zmianę procedury odnoszącej się do przyjęcia mieszkańca do DPS; procedura powinna wprowadzać profilaktyczną rozmowę z psychologiem i badanie pielęgniarskie, które powinny się odbyć najpóźniej w ciągu 24 godzin od przyjęcia, oraz profilaktyczne badanie przez lekarza w możliwie najkrótszym terminie od dnia przyjęcia;
14. Rejestrowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczenia umiejscowienia obrażeń z wizerunkiem sylwetki człowieka (tzw. mapy ciała) i wykonywanie zdjęć obrażeń;
15. Przeszkolenie personelu medycznego, opiekuńczego i psychologa z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego;
16. Zapewnienie personelowi praktycznego szkolenia ze stosowania przymusu bezpośredniego;
17. Systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń;

18. Zorganizowanie personelowi superwizji;
19. Realizację zajęć terapeutycznych przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe;
20. Sporządzenie dla każdej z mieszkank indywidualnego planu wsparcia z uwzględnieniem pracy zespołowej i koordynacyjnej roli pracownika pierwszego kontaktu;
21. Utworzenie dzienników zajęć terapeutycznych;
22. Organizowanie cyklicznych spotkań zespołu terapeutyczno-opiekuńczego oraz zespołów ustalonych w indywidualnych planach wsparcia;
23. Zwiększenie wykorzystania sali doświadczania świata, zwłaszcza dla osób z deficytami w zakresie integracji sensorycznej, wymagających stymulacji ze względu na zaburzenia rozwojowe czy przejawiających nadpobudliwość;
24. Zapewnienie wszystkim mieszkankom, także tym uczęszczającym do szkoły poza terenem DPS, możliwości uczestnictwa w terapii zajęciowej;
25. Zastosowanie u mieszkank oddziaływań psychologicznych i terapeutycznych, mających na celu wzmocnienie ich poczucia bezpieczeństwa, sprawstwa i kontroli;
26. Przeprowadzenia wśród mieszkank zajęć edukacyjnych dotyczących rozpoznawania przemocy i szukania pomocy w przypadku jej zaistnienia;
27. Stworzenie skrzynek na skargi, z której mieszkanki i inne osoby będą mogły korzystać z zachowaniem zasad poufności, odnotowywanie skarg przekazanych tą metodą w rejestrze oraz zmianę procedury skargowej tak, by uwzględniała ona informacje przekazane tą drogą;
28. Wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkanki, jak i osoby odwiedzające, danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka, w tym instytucji sprawujących nadzór i kontrolę nad DPS;
29. Podawanie mieszkankom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, i odnotowywanie takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej.

Ponadto KMPT zwraca się do Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łętowni o przekazanie następujących informacji:

- wskazanie, jakie działania zostały podjęte wobec mieszkanki, o której mowa w pkt 6.2 raportu, i jak funkcjonuje ona obecnie w placówce;

- wskazanie, czy podjęto jakieś dalsze działania w kwestii znalezienia mieszkance, o której mowa w pkt 6.2 raportu, nowego DPS i jaki jest aktualny termin oczekiwania na przyjęcie.

7.2. Staroście Suskiemu:

Udzielenie Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej w Łętowni wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Opracował: Rafał Kulas

Za Zespół podpisuje:

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/