



Warszawa, 20-02-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.575.7.2022.KK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy
Społecznej w Zdunach (ul. Mickiewicza 21)**

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.

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie

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.).

przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁴.

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

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

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

³ Zob. Art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. Art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. Art. 20 OPCAT.

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

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

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

człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

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

2. Zakaz represji

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

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

3. Uwagi wstępne na temat wizytacji

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 8-10 listopada 2022 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej w Zdunach mieszczącego się przy ul. Mickiewicza 21, 63-760 Zduny.

W skład zespołu wizytującego wchodziło: Klaudia Kamińska, Rafał Kulas oraz Marcin Kusy (prawnicy).

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

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

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania placówki, przekazanych przez Dyrektora DPS – s. Urszulę Wardowską oraz Anetę Głuch – Kierownika Zespołu Opiekuńczo-Terapeutycznego;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców placówki, w tym m.in.: pokoi mieszkańców, sanitariatów, sali dziennego pobytu, sali doświadczeń świata, terenu rekreacyjnego na zewnątrz;
- przeprowadzeniu rozmów indywidualnych z mieszkańcami, ich rodzinami 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 siostrę Dyrektora oraz Kierownika Zespołu Opiekuńczo-Terapeutycznego o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich 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, swoboda praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

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

4. Ogólna charakterystyka placówki

Dom Pomocy przeznaczony jest dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną i prowadzony jest przez Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo na zlecenie Powiatu Krotoszyńskiego. Starosta przy pomocy Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie sprawuje nadzór nad działalnością Domu.

Dom posiada 70 miejsc i tyle też osób przebywało w dniu wizytacji. Wśród mieszkańców 21 osób było małoletnich, a 52 mieszkańców zostało umieszczonych na podstawie postanowienia sądu. Całkowicie ubezwłasnowolnionych było 39 osób, 5 osób częściowo, a w stosunku do 2 osób prowadzone było postępowanie w przedmiocie ubezwłasnowolnienia.

5. Problemy systemowe

5.1 Pełnienie przez pracownika DPS funkcji opiekuna prawnego

Wśród pracowników placówki były osoby, które równocześnie pełnią funkcję opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej. Wizytujący nie otrzymali niepokojących sygnałów na temat sprawowania przez pracowników DPS funkcji

opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych, jednak kwestia ta od lat budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT¹⁰. 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 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 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.

Na problem ten zwracał również uwagę Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (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

¹⁰ 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, s. 75-78.

alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów¹¹.

5.2 Niestandardowe formy opieki

W DPS stosuje się niestandardowe formy opieki nad mieszkańcami w postaci specjalnych rękawic do ochrony przed podrapaniem („łapki”) oraz pasów/szelek do pionizacji mieszkańca. Stosowanie powyższego sprzętu zabezpieczającego nie było odnotowywane w dokumentacji. Kierownictwo placówki nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych w tym zakresie. Zidentyfikowane w tym zakresie przez KMPT braki stanowią realne zagrożenie w zakresie ewentualnych nadużyć w stosowaniu tego typu form opieki.

Ponadto drzwi do oddziałów zamykane są elektronicznie, a żeby je otworzyć, trzeba przyłożyć kartę magnetyczną.

Powyższa sytuacja obrazuje istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹², w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym.

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

¹¹ Zob. 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.

¹² Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS.

pozwole również na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i uniknięcie ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni.

Na potrzebę uregulowania w ustawie stosowanych przez personel opiekuńczy środków zabezpieczenia wskazała również grupa robocza Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opiniująca wprowadzoną przez jeden z zakładów opiekuńczo-leczniczych procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki¹³.

Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także CPT, który w trakcie swoich wizytacji spotkał się z używaniem różnych mechanicznych środków służących zapobieganiu upadkom (pas na brzuch przymocowany do łóżka lub krzesła oraz bariery z jednej lub obu stron łóżka w nocy)¹⁴ czy też „środków ograniczających ruch”, które obejmowały między innymi uniemożliwienie podopiecznemu opuszczenia oddziału poprzez zablokowanie wyjścia za pomocą kodu czy też przypięcie mieszkańców do wózka inwalidzkiego za pomocą pasów bezpieczeństwa oraz montaż szyn po bokach łóżka¹⁵. CPT wskazał także inne restrykcyjne praktyki w postaci specjalnej odzieży/środków mających na celu zachowanie bezpieczeństwa mieszkańców. Były to np. kombinezony (jednoczęściowe wygodne ubrania noszone pod codziennymi ubraniami mieszkańców), kombinezony do spania (jednoczęściowa piżama zapinana na zamek błyskawiczny z tyłu), miękkie ochraniacze na kostki, szyny na nadgarstki i pasy oraz przymus fizyczny w postaci uchwytów ręcznych i ograniczeń środowiskowych, takich jak zamknięte drzwi¹⁶. CPT, opisując takie niestandardowe formy opieki, wskazał na konieczność utworzenia przez władze państwowe centralnego rejestru stosowania środków ograniczających przemieszczanie się mieszkańców (oprócz wpisów w aktach

¹³ Opinia Zespołu Ekspertów przy Krajowym Mechanizmie Prewencji Tortur z dnia 29 sierpnia 2019 r. Zob. również raport KMPT z wizytacji Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Warszawie, ul. Mehoffera 72/74, przeprowadzonej w dniach 28-29 marca 2018 r., KMP.573.5.2018.RK, pkt. 4.1. pt. Traktowanie pacjentów.

¹⁴ Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174.

¹⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80.

¹⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

osobowych mieszkańców). Ponadto podkreślił, że wpisy do rejestru powinny zawierać czas rozpoczęcia i zakończenia czynności, okoliczności sprawy, przyczyny zastosowania się do niej, nazwisko osoby, która ją zleciła lub zatwierdziła, oraz pracowników, którzy brali w niej udział, opis wszelkich obrażeń odniesionych przez mieszkańców lub personel oraz czy środek został zastosowany za zgodą mieszkańca lub bez niej¹⁷. CPT podkreślił ponadto, aby za każdym razem, gdy środki ograniczające poruszanie się są stosowane bez ważnej zgody danego mieszkańca, były każdorazowo zlecane lub zatwierdzone przez lekarza po indywidualnej ocenie rezydenta¹⁸. Należy mieć także na uwadze standardy międzynarodowe wskazujące na konieczność używania wyłącznie sprzętu specjalnie zaprojektowanego w celu ograniczenia szkodliwych skutków (najlepiej wyściełanych pasów z tkaniny), aby zminimalizować ryzyko odniesienia obrażeń i/lub cierpienia pacjenta¹⁹.

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

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie

¹⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 82.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, § 137; Raport CPT z wizyty na Cyprze, CPT/Inf (2018) 16, § 126; pkt. 3.3 Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

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

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

5.3 Opieka pielęgniarstwa

W placówce, w ramach kontraktu, zatrudnione są 3 pielęgniarki. Pracują od poniedziałku do piątku po 8 godzin dziennie. Dodatkowo Dyrektor placówki jest pielęgniarką i może w ramach potrzeby podjąć pomoc. W porze nocnej oraz w weekendy nie ma zapewnionej obsady pielęgniarstwa. W ocenie KMPT, ze względu na bezpieczeństwo mieszkańców, zapewnienie opieki pielęgniarstwa w każdym dniu jest konieczne.

Na potrzebę zapewnienia obecności co najmniej jednej pielęgniarki w porze nocnej wskazuje CPT, podkreślając, że leczenie medyczne i psychiatryczne stanowi ważną część ogólnej opieki. W tym celu lekarz ogólny oraz psychiatra powinni być

obecni regularnie, w zależności od potrzeb mieszkańców i wielkości placówki, a co najmniej jedna pielęgniarka powinna być obecna zawsze, również w nocy²⁰.

KMPT ma na uwadze, że trudności w pozyskaniu personelu pielęgniarskiego do pracy w domach pomocy społecznej wynikają często z braku chętnych wśród przedstawicieli tego zawodu do pracy w placówkach pozaleczniczych. Wiąże się to m.in. z dysproporcjami pomiędzy wynagrodzeniami pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej a tych zatrudnionych w jednostkach sektora medycznego.

Powyższa sytuacja potwierdza istnienie problemu systemowego, którego rozwiązanie wymaga wsparcia ustawodawcy. Kwestia ta była przedmiotem wystąpienia RPO do Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia w czerwcu 2021 r.²¹

Zgodnie z art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dalej: u.p.s.)²², 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 pielęgniarskich, 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 publicznych. 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.)²³.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej²⁴ umożliwia się zatrudnienie pielęgniarki w domach pomocy

²⁰ Persons deprived of their liberty in social care establishments. Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 19.

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

²² Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.

²³ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.

²⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 2702.

społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie. Jednakże status pielęgniarki zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny aniżeli pielęgniarki zatrudnionej w placówce służby zdrowia. Główną przyczynę takiego zróżnicowania stanowi wysokość wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych (finansowanego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia), które jest zdecydowanie wyższe od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarkom zatrudnionym w domach pomocy społecznej.

Z uwagi na fakt, że domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, wynagrodzenie pielęgniarek w nich zatrudnionych pochodzi z budżetu samorządów. Nierówności w wynagradzaniu pielęgniarek zatrudnionych w DPS-ach (brak dodatków, podwyżek, etc.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia powoduje problemy w pozyskaniu do pracy w DPS-ach osób o tym wykształceniu lub częste rezygnacje pielęgniarek/pielęgniarzy już zatrudnionych w takich placówkach.

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

5.4 Monitoring wizyjny

W wizytowanym DPS monitoring wizyjny obejmuje ciągi komunikacyjne oraz dziedziniec. Nagrania przechowywane są przez 30 dni, a po tym czasie się nadpisują.

Kwestia stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, w związku z jej pominięciem w przepisach regulujących funkcjonowanie tych placówek, pozostaje od kilku lat w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich²⁵. Z jednej strony monitoring służy bowiem 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 gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu²⁶. Brak przepisów regulujących tę materię prowadzi do wniosku, że obecnie instalowanie monitoringu w domach pomocy społecznej może naruszać przepisy Konstytucji. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.²⁷ Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1 Traktowanie i dyscyplinowanie mieszkańców

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT nie odebrali żadnych sygnałów mogących świadczyć o złym traktowaniu mieszkańców przez personel. Wręcz przeciwnie, opinie wypowiedziane na temat personelu były pozytywne. Jednakże jak

²⁵ 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.

²⁶ Zob. Wystąpienie RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

²⁷ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

ustaliła delegacja, Policja prowadzi postępowanie dotyczące nieprawidłowości przy dysponowaniu środkami mieszkańców zgromadzonymi w depozycie.

Mając to na uwadze, KMPT zwraca się do Dyrektora placówki o informację o stanie w/w postępowania.

Krajowy Mechanizm pragnie zwrócić uwagę na sytuację jednego z mieszkańców. W czasie wizytacji na oddziale przeznaczonym dla młodszych dzieci jeden z chłopców bardzo płakał. Z rozmów z opiekunką wynikało, że chłopiec jest osobą w spektrum autyzmu i jest wrażliwy na hałas, bardzo męczy go krzyk innych dzieci. W DPS nie ma miejsca, w którym mieszkaniec ten mógłby się wyciszyć, bo zawsze w pobliżu są inne dzieci.

Mając to na uwadze, KMPT zaleca podjęcie kroków mających na celu pełne zdiagnozowanie chłopca. Pogłębiona diagnoza potwierdziłaby przypuszczenia personelu i pozwoliła na dobranie odpowiednich form wsparcia i opieki.

W ocenie KMPT mieszkaniec powinien pozostawać pod stałą opieką lekarza psychiatry i psychologa. Dyrektor DPS powinna dostosować ofertę DPS do potrzeb mieszkańca, tak aby uwzględniała ona zarówno jego ograniczenia, jak i potrzeby wynikające z diagnozy. Ponadto należy stworzyć chłopcu warunki odpowiednie do tego, by mógł się wyciszyć w momencie, gdy tego potrzebuje.

Z uzyskanych informacji wynika, że w placówce stosowany jest system oceny zachowania mieszkańców, oparty na punktach ujemnych za nieprzestrzeganie obowiązujących w placówce reguł. Jako przykład mieszkańcy wskazywali, że w przypadku odmowy np. sprzątnięcia otrzymuje się minusa. Gdy uzbiera się kilka minusów, stosowany jest zakaz wyjazdów na wycieczki. Ponadto, jak wskazywali niektórzy chłopcy, za niezjedzenie zupy zabierany jest podwieczorek.

KMPT rozumie potrzebę oddziaływania na mieszkańców, których zachowanie rażąco zakłóca funkcjonowanie Domu i narusza prawa innych mieszkańców. Krajowy Mechanizm zwraca jednak uwagę, iż regulacje wewnętrzne domów pomocy społecznej nie mogą wprowadzać postanowień w przedmiocie karania mieszkańców. Co więcej,

wymierzanie kar pozostaje w związku z wolnością osobistą jednostki, chronioną przez art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym każda regulacja dotycząca wolności osobistej musi mieć wyraźne umocowanie ustawowe. W aktualnym stanie prawnym brak jest takiego umocowania, gdyż powołująca domy pomocy społecznej ustawa nie zawiera w powyższej materii żadnej regulacji. W związku z tym wspomniana praktyka powinna zostać wyeliminowana.

W zamian za to mieszkańcy powinni być motywowani do podejmowania zachowań zgodnych z regulaminem. W przypadku negatywnych zachowań mieszkańca, przejawiających się rażącym naruszeniem prawa lub wewnętrznych regulacji DPS, KMPT zaleca przeprowadzenie rozmów z mieszkańcem i poinformowanie go o możliwości poniesienia konsekwencji wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

6.2 Agresja mieszkańców

Delegacja uzyskała informacje, iż w placówce przebywa kilkoro mieszkańców, którzy sprawiają szczególne trudności opiekuńcze. Są to osoby pobudzone, czasem agresywne, mające napady złości, którą próbują wyładować na innych lub personelu placówki. Ponadto niektóre osoby są mocno pobudzone seksualnie. O zdarzeniach takich świadczą m.in. liczne zapisy w książce raportów opiekunów (podawane poniżej z zachowaniem pisowni oryginalnej). Zaznaczenia wymaga, że z analizowanej dokumentacji wynika, iż personel reaguje na agresywne zachowania, starając się uspokoić mieszkańca oraz przeprowadzić z nim rozmowę.

- wpis z dnia 7 listopada 2022 r.: „uderzył w twarz (imię i nazwisko mieszkańca)”;
- wpis z dnia 5 listopada 2022 r.: „mieszkaniec rzucił ceramicznym kubkiem zupełnie bez powodu. Mieszkańca w celu wyciszenia zaprowadzono do pokoju”; kolejny wpis z tego samego dnia: „mieszkaniec bez powodu uderzył kolegę (imię i nazwisko mieszkańca). Po przeprowadzonej rozmowie przeprosił kolegę”;

- wpis z dnia 4/5 listopada 2022 r.: „bez powodu uderzył (imię i nazwisko mieszkańca) oraz przeklinał odprowadzono do pokoju w celu wyciszenia, przeprowadzono z mieszkańcem rozmowę wychowawczą, nie przeprosił za swoje zachowanie”;
- wpis z dnia 3 listopada 2021 r.: „po powrocie ze szkoły pobudzony psychoruchowo, biega po korytarzu. Odprowadzono do pokoju w celu wyciszenia, przeprowadzono rozmowę wychowawczą. Po kolacji wysmarował się kałem. Przeprowadzono rozmowę wychowawczą”;
- wpis z dnia 2 listopada 2022 r.: „po powrocie ze szkoły mieszkaniec bardzo pobudzony, w czasie Koronki zaczął wybiegać do WC podczas modlitwy głośno się zachowywał machał rękoma, kładł rękę na szyi opiekunki mówiąc że udusi ją. Powtarzał że zabije (imię opiekunki), podnosi rękę na opiekunkę”;
- wpis z dnia 31 października 2022 r.: „mieszkaniec bardzo pobudzony biega po korytarzu. Przewraca oczami do góry, krzyczy, płacze, na nic nie reaguje”;
- wpis z dnia 22/23 października 2022 r.: „mieszkaniec twierdzi, że kolega (imię i nazwisko mieszkańca) chciał z nim robić zboczone rzeczy, że mu to powiedział w świetlicy dlatego podbiegł do niego i uderzył (imię chłopca) pięścią w twarz”;
- wpis z dnia 14 października 2022 r.: „mieszkaniec od rana pobudzony agresywny, groził opiekunce, że ją zabije”; kolejny wpis z tego samego dnia: „mieszkaniec pobudzony psychoruchowo biega po oddziale trzaska drzwiami przewrócił szafkę przyłóżkową, która uderzyła opiekuna w nogę. (imię chłopca) w złości rozebrał się do naga zsikał się w łóżko”;
- wpis z dnia 9 października 2022 r.: „mieszkańcy przed kolacją zamknęli się w pokoju, leżeli w jednym łóżku razem, robiąc sobie nawzajem przyjemność seksualną”; kolejny wpis z tego samego dnia: „mieszkaniec

po kolacji pobudzony seksualnie i agresywnie. Trzaskał drzwiami uderzał pięściami w szafy, opluł oraz uderzył opiekuna. Udał się do pokoju w celu wyciszenia”;

- wpis z dnia 8/9 października 2022 r. „mieszkaniec przeglądał swoją torbę na świetlicy nagle wpadł w złość, zaczął rzucać krzesłami, przeklinał rozebrał się na korytarzu, wyzywał siostrę i panie opiekunki od najgorszych przekleństw, bił się po twarzy, głowie. Próbowano go uspokoić opiekunka, przeprowadzając rozmowę wychowawczą, bez skutku. Również opiekunka z grupy B uspokajała (imię chłopca), ponieważ pobudził jej podopiecznych. Po wytłumaczeniu że jak zrobi komuś krzywdę opiekunka zadzwoni po policję dopiero się uspokoił”;
- wpis z dnia 4 października 2022 r.: „mieszkaniec po powrocie ze szkoły pobudzony, biega po oddziale, krzyczy, przeklina, jest agresywny wobec innych mieszkańców podbiega do nich, próbuje uderzyć, popycha ich, pluje, przeprowadzono z mieszkańcem rozmowę wychowawczą i po jakimś czasie uspokoił się”;
- wpis z dnia 12/13 października 2022 r.: „mieszkaniec bardzo pobudzony skacze, biega, został odprowadzony do swojego pokoju, po czym przewrócił stolik nocny, krzyczał. Po rozmowie z opiekunem chwila wyciszenia. Po ok. 30 minutach wybiegł z swojego pokoju udał się do kolegi (imię i nazwisko chłopca) i napastował go seksualnie. Został ponownie doprowadzony do swojego pokoju w celu wyciszenia, brak poprawy w dalszym ciągu pobudzony, załącza alarm, rozbiera się, śpiewa”.

Krajowy Mechanizm nie zgłasza zastrzeżeń w zakresie odpowiedniego reagowania na zachowania agresywne oraz związane z pobudzeniem seksualnym mieszkańców. Z poczynionych przez wizytujących ustaleń wynika, że w szczególności jeden z mieszkańców sprawia duże problemy wychowawcze, jest agresywny dla

otoczenia i zaburza pracę oddziału DPS, w którym przebywa. Jak wynika z opinii pracowników DPS, chłopiec ten porozumiewa się z otoczeniem w ograniczony sposób – jego mowa jest mało zrozumiała dla innych podopiecznych i opiekunów, ma on ograniczony zasób słownictwa, niechętnie ćwiczy nowe słowa. W porozumiewaniu się z otoczeniem często używa mowy pozawerbalnej (gesty, mimika). Bardzo często zdarzają mu się napady furii, w wyniku których stwarza zagrożenie dla siebie, innych podopiecznych oraz opiekunów. Podczas takich ataków chłopiec często używa agresji – bije, gryzie, krzywdzi słabszych od siebie podopiecznych, wskakuje na kanapy, krzesła, stoły, podejmuje próby wyskoczenia przez okno, wyrzuca przez okno różne przedmioty, czym również stwarza zagrożenie dla przechodzących, niszczy mienie DPS-u i innych podopiecznych, przywłaszcza sobie cudze rzeczy. Ponadto u chłopca występuje nadpobudliwość seksualna.

Chłopiec ten jest objęty pomocą psychologiczną, pedagogiczną, psychiatryczną, rehabilitacyjną, neurologiczną, korzystał również z porad endokrynologicznych, laryngologicznych i okulistycznych. Personel poinformował wizytujących, że chłopiec jest lekoodporny i nie można zniwelować jego zachowania poprzez stosowanie farmakoterapii. Ze względu na jego zachowanie oraz akty agresji, wobec chłopca często stosowany jest przymus bezpośredni w postaci pasów magnetycznych (przykładowo w okresie od 4 czerwca do 8 listopada 2022 r. – 29 razy).

Z przeanalizowanej dokumentacji podopiecznego wynika, że był on wielokrotnie hospitalizowany psychiatrycznie z powodu okresowo nasilających się zachowań destrukcyjnych i agresywnych.

Przejawy agresji zostały udokumentowane również w notatkach służbowych pracowników DPS. Jak wynika z notatki z dnia 25 lutego 2022 r., „uczeń (...) podczas zajęć zaatakował nauczyciela, mgr. (...), którego próbował kopać, drapać. Zaatakował również nauczycielkę z sąsiedniej klasy, która weszła, by pomóc opanować sytuację. Ponieważ nie od razu (imię chłopca) udało się obezwładnić, zdemolował pomieszczenie klasowe: pozrywał firany, przewracał stoły i krzesła, zrzucił książki i

inne pomoce dydaktyczne z półek". Z kolei z innej notatki wynika, że: „15 lutego 2022 roku na 5. godzinie lekcyjnej, ok. godz. 12.00 uczeń (...) podczas zajęć zaatakował mgr (...), którą pobił, pokopał, podrapał. Zaatakował również wezwanego na pomoc pracownika obsługi. Ponieważ nie od razu (...) udało się obezwładnić, zdemolował dwa pomieszczenia klasowe: pozrywał firany, poprzewracał stoły i krzesła, zniszczył gazetki ścienne". W notatce z dnia 15 września 2022 r. czytamy: „wychowawczynie klasy (...) ok. godz. 9.30 zgłosiła, że uczeń (...) po przyjeździe do szkoły był bardzo agresywny. Wychodząc z autobusu, próbował uciekać. W sali lekcyjnej, gdy poprosiła go, aby usiadł przy stoliku i zaczął uzupełniać karty pracy, wpadł w szał. Zaczął rzucać różnymi przedmiotami w osoby znajdujące się w klasie. Następnie wbiegł do klasy obok, wyjął szpilkę z gazetki i próbował kłuć nauczycielkę (...). Chwycił również pudełko z kredkami i uderzył nim mgr (...). Chcąc zapanować nad agresywnym zachowaniem ucznia, nauczycielka chwyciła go, wtedy on, wyrywając się, z całej siły uderzył nauczycielkę pięścią w głowę. Wychowawczynie dodała, że już od dłuższego czasu jest osobą agresywną, nadpobudliwą i impulsywną, stanowi zagrożenie dla siebie, kolegów oraz nauczycieli".

Zdaniem KMPT sytuacja mieszkańca jest szczególna, bowiem podejmowane przez DPS oddziaływania są bezskuteczne. W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zwrócił się w tej sprawie do Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

KMPT zdaje sobie również sprawę, że praca z agresywnym mieszkańcem 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.

Na kwestię agresji mieszkańców 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 agresywny²⁸. CPT zauważył, że należy także zapewnić odpowiednie przeszkolenie personelu w zakresie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami/zachowaniami mieszkańców²⁹.

Z uwagi na fakt, że działania personelu nie zawsze przynoszą efekty, w ocenie KMPT warto stworzyć w placówce procedurę reagowania na przypadki agresywnego zachowania mieszkańców. Opracowanie procedury pozwoliłoby na określenie standardów pracy w takich sytuacjach, ujednoczenie działań i zminimalizowanie ewentualnych błędów. Jest to szczególnie istotne w sytuacjach, gdy trzeba działać szybko i sprawnie, a wydarzeniom towarzyszą emocje.

Ze względu na profil osób zamieszkujących DPS powinna ona uwzględnić ścisłą współpracę z lekarzem psychiatrą oraz lekarzem seksuologiem. 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.

²⁸ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41; par. 5.

²⁹ Raport z wizyty CPT w Bułgarii w 2017 r. CPT/Inf (2018) 15; § 153.

Ponadto duży nacisk należy położyć na wsparcie mieszkańców, którzy doświadczyli przemocy – zarówno fizycznej, jak i psychicznej – oraz dokumentowanie fizycznych i psychologicznych oznak złego traktowania. W tym kontekście niezwykle ważne jest zapoznanie personelu, w szczególności pielęgniarskiego i psychologa, z Protokołem stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania³⁰. 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 i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania³¹.

W związku z powyższym KMPT zaleca uwzględnienie standardów zawartych w Protokole stambulskim w opracowanej procedurze oraz zapoznanie personelu medycznego i psychologa z jego treścią.

³⁰ 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>.

³¹ 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.

6.3 Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń

Opiekę medyczną nad mieszkańcami sprawuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który w placówce jest ok. raz na 2 tygodnie. Dostęp do lekarzy specjalistów odbywa się według potrzeb. Przy przyjęciu mieszkańca do placówki nie jest on badany przez lekarza; jedynie pielęgniarka dokonuje oglądu ciała. Obrażenia zaobserwowane przez opiekunów odnotowywane są w książce raportów.

Krajowy Mechanizm pragnie podkreślić, że sprawdzoną gwarancją zapobiegania torturom jest przeprowadzanie badań medycznych wszystkich mieszkańców DPS, w szczególności w trakcie przyjęcia do placówki. Dokładne i wczesne dokumentowanie i następnie zgłaszanie ujawnionych urazów znacznie ułatwia zbadanie przypadków ewentualnego złego traktowania i zatrzymanie sprawców, co z kolei będzie stanowiło silny środek odstraszający od popełnienia w przyszłości tego typu czynów. CPT rekomenduje, aby wstępne badania przeprowadzane były bez zbędnej zwłoki, najlepiej w ciągu 24 godzin od przyjęcia. Dokumentacja z takiego badania powinna zawierać: obiektywny i dokładny opis stanu mieszkańca, w szczególności wszelkich urazów, wyniki dodatkowych badań, szczegółowe wnioski wynikające ze specjalistycznych konsultacji, proponowany sposób leczenia w przypadku ujawnienia urazów, a także wskazania do dalszej pracy z osobą³².

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 zdjęć i włączanie ich do dokumentacji medycznej³³.

Zarówno same mapy ciała, jak i informacje, jak w sposób praktyczny z nich korzystać, znajdują się we wspomnianym już Protokole stambulskim. Dzięki

³² Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2013) 29, par. 71-84.

³³ Zob. Protokół stambulski, Aneks III pt. Rysunki anatomiczne do dokumentacji tortur i okrutnego traktowania. Zob. również standardy CPT przedstawione w Dwudziestym Trzecim Raporcie Generalnym, CPT/Inf (2013) 29, par. 74 oraz Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 27, 80.

wykorzystaniu dostępnych w nim narzędzi w łatwy sposób można oznaczyć np. odległiny czy ślady mogące świadczyć o stosowaniu przemocy.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)³⁴, Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)³⁵, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur³⁶ i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)³⁷.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca profilaktyczne badanie przez lekarza wszystkich osób przyjmowanych do placówki w możliwie najkrótszym terminie od dnia przyjęcia oraz 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.

Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani, że niektórzy mieszkańcy przyjmują leki w formie rozkruszonej i o takiej sytuacji decyduje opiekunka. Fakt ten nie był odnotowywany w żadnej dokumentacji. Nie było też 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.

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. Fakt zlecenia takiej formy podawania leków

³⁴ Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

³⁵ 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.

³⁶ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

³⁷ 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.

powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej z podaniem przyczyny oraz wynikać ze zlecenia lekarskiego.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca uzupełnianie dokumentacji pacjentów o zalecenia lekarzy dotyczące podawania konkretnych leków w formie rozkruszonej. Każda taka sytuacja musi zostać skonsultowana z lekarzem i nie może być podjęta indywidualnie przez opiekunów.

KMPT ponadto pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego³⁸, rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować. Dlatego tak istotne jest, aby każde zalecenie lekarskie w tej kwestii było odnotowane w dokumentacji.

6.4 Opieka psychologiczna

W placówce zapewniono dostęp mieszkańców do psychologa dwa razy w tygodniu po 5 godzin. Jak wynika z udzielonych informacji, w placówce był bardzo duży problem ze znalezieniem odpowiedniej osoby.

Warto zwrócić uwagę, że obowiązujące przepisy nie zobowiązują dyrektorów DPS do zatrudnienia psychologa, a jedynie do zapewnienia mieszkańcom kontaktu z nim, dlatego też KMPT pozytywnie ocenia podjęte wysiłki w zakresie zatrudnienia psychologa. Pragnie jednak zwrócić uwagę, że nie wszyscy mieszkańcy mieli świadomość możliwości skorzystania z usług psychologicznych.

³⁸ Zob. Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Prawa%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20dom%C3%B3w%20pomocy%20spo%C5%82ecznej%20%202016.pdf>, s. 109-111.

Zdaniem Krajowego Mechanizmu placówka powinna podjąć dodatkowe wysiłki na rzecz poinformowania mieszkańców o możliwości skorzystania z opieki psychologicznej. Jest to niezwykle istotne dlatego, że 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, iż popyt na usługi psychologiczne prawdopodobnie wzrośnie w tego typu miejscach w następstwie pandemii i nałożonych środków ograniczających³⁹.

Z kolei Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur w opublikowanych w marcu 2020 r. wytycznych adresowanych do państw-sygnatariuszy OPCAT oraz krajowych mechanizmów prewencji tortur podkreślił, że w czasie pandemii COVID-19 wszystkie

³⁹ 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.

osoby pozbawione wolności oraz pracownicy tych miejsc powinni otrzymywać odpowiednie wsparcie psychologiczne⁴⁰.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca zwiększenie wymiaru czasu pracy psychologa i poinformowanie o możliwości skorzystania z jego porady. Dobrze, by taka informacja była publicznie dostępna (np. na tablicach informacyjnych, pokoju psychologa itp.).

6.5 Dokumentacja prowadzona w placówce

Zastrzeżenia wizytujących wzbudziła przyjęta w placówce praktyka odbierania od opiekunów prawnych ogólnego upoważnienia Dyrektora placówki do podejmowania decyzji co do leczenia czy hospitalizacji mieszkańca.

Sytuacja taka jest niezgodna z obecnie obowiązującym porządkiem prawnym. Zgodnie z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴¹ lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1). W odniesieniu do pacjenta małoletniego wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 2). W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby (art. 32 ust. 4).

KMPT zaleca więc każdorazowe odbieranie zgody na konkretne świadczenie medyczne od opiekunów prawnych. Podkreśla przy tym, że stosownie do art. 32 ust. 7 ww. ustawy, zgoda może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. KMPT zwraca również uwagę,

⁴⁰ 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).

⁴¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.

że w sytuacjach nagłych udzielenie podopiecznemu świadczenia zdrowotnego, w tym przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, może być przeprowadzone bez zgody zainteresowanych (art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7 ustawy). Ponadto jednak, jeżeli małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 7).

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

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

W niektórych teczkach osobowych mieszkańców znajdowały się oświadczenia do wypełnienia in blanco, które brzmiały: „Oświadczam, że wyrażam zgodę na...”.

Po zakończeniu wizytacji do Biura wypłynęła informacja, że nowi pracownicy socjalni w Domu Pomocy Społecznej w Zdunach rozpoczęli proces przeglądania akt osobowych mieszkańców od miesiąca lipca 2022 r. Działania te zostały wdrożone po zauważeniu przez personel nieprawidłowej i nadmiernej dokumentacji in blanco w postaci zgód i upoważnień z podpisem opiekunów prawnych.

Jak dalej poinformowano, w biurze administracji DPS Zduny znajduje się segregator, który zawiera ww. dokumenty in blanco — pozostawione przez poprzednich pracowników socjalnych. Wskazano również, że proces sprawdzania akt osobowych pod kątem wyeliminowania dokumentów in blanco odbywa się na bieżąco oraz nie jest jeszcze ukończony.

KMPT pozytywnie ocenia podjęte działania i przypomina, że oświadczenia in blanco nie powinny być stosowane, gdyż może to prowadzić do nadmiernych nadużyć. Biorąc pod uwagę powyższe, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca kontynuowanie procesu usuwania oświadczeń in blanco oraz każdorazowe odbieranie zgody od przedstawicieli ustawowych mieszkańców na sprecyzowane działania.

6.6 Stosowanie przymusu bezpośredniego

Z informacji udzielonej przez Dyrektor wynika, iż w przeszłości zdarzały się sytuacje, w których mieszkańcy brali udział w unieruchomieniu innych chłopców. Sytuacja ta była podyktowana faktem, że opiekunki nie były w stanie użyć wystarczającej siły fizycznej, aby doprowadzić pobudzonego mieszkańca do pokoju, w którym miał zostać użyty przymus bezpośredni. Problem ten został rozwiązany poprzez przeszkolenie z zasad postępowania w przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego dwóch mężczyzn – pracowników technicznych placówki.

Przedstawiciele KMPT podkreślają, że wcześniejsza praktyka była niedopuszczalna. Wyrażają jednocześnie zadowolenie z podjętych przez placówkę kroków zmierzających do wyeliminowania tej poważnej nieprawidłowości. Mieszkańcy DPS nie mogą w żaden sposób uczestniczyć w pracach personelu, w szczególności przy stosowaniu przymusu bezpośredniego. Wszelkie czynności dokonywane wobec pensjonariusza powinny odbywać się z poszanowaniem zasady humanitaryzmu, godności i prywatności, a także mieć na względzie zdrowie tej osoby.

Także CPT⁴² podkreśla, że pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu.

⁴² CPT podkreśla, że przy stosowaniu przymus bezpośrednio wobec agresywnych oraz pobudzonych mieszkańców placówek opieki społecznej zazwyczaj stosuje te same standardy co w zakładach psychiatrycznych [zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf(2020)41, pkt 27].

Przy stosowaniu środków przymusu wobec pacjenta inni pacjenci nie mogą pomagać personelowi⁴³.

Przedstawiciele KMPT rekomendują więc rozważenie zatrudnienia wśród personelu opiekuńczego osób o odpowiedniej sile fizycznej tak aby w przyszłości uniknąć podobnych sytuacji.

Ponadto jak ustalono, pomieszczenie przeznaczone do stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia nie zostało wyposażone w monitoring. KMPT przypomina, że każdy pacjent poddawany mechanicznemu środkowi przymusu lub izolacji powinien podlegać stałemu nadzorowi. W przypadku mechanicznego środka przymusu, wykwalifikowany członek personelu powinien być stale obecny w pokoju w celu utrzymania relacji terapeutycznej z pacjentem i udzielenia mu pomocy. Jeżeli pacjenci są trzymani w odosobnieniu, członek personelu może znajdować się poza pokojem pacjenta (lub w sąsiednim pomieszczeniu z oknem łączącym), pod warunkiem, że pacjent może widzieć członka personelu, a ten może stale obserwować i słyszeć pacjenta. Oczywiście nadzór wideo nie może zastąpić ciągłej obecności personelu⁴⁴.

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁴⁵ (dalej: u.o.z.p.) osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym (ust. 1). W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby w pomieszczeniu jednoosobowym, osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych (ust. 2). Ponadto pamiętać należy o tym, że stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby (art. 18a ust. 3 u.o.z.p.). Ocena ta obejmuje informacje dotyczące

⁴³ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf(2017)6, pkt 3.5-3.6.

⁴⁴ Tamże, pkt 7.

⁴⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 2123.

zachowania, w tym przyjęcia posiłku oraz płynu, snu, a także parametrów wskazanych do oceny na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych⁴⁶.

Mając to na uwadze, KMPT zaleca zorganizowanie pokoju przeznaczzonego do stosowania mechanicznego środka przymusu w taki sposób, aby zapewnić mieszkańcowi stały nadzór personelu.

W odniesieniu do przymusu bezpośredniego Krajowy Mechanizm zwrócił także uwagę na sposób prowadzenia dokumentacji. W zawiadomieniu o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie w każdym przypadku była wypełniona przez lekarza ocena zasadności jego zastosowania, mimo iż lekarz podpisuje się pod dokumentem. Ponadto w jednym przypadku odnotowano zastosowanie pasów magnetycznych, które wpisane są do rejestru, natomiast nie odnotowano podania mieszkańcowi środków chemicznych (zastrzyk), który został opisany tylko w raportach opiekunów.

KMPT zwraca uwagę na konieczność dokładnego wypełniania dokumentacji i dbania o to, aby lekarz wypełniał wszystkie niezbędne pola. Ma to na celu ochronę m.in. personelu placówki w przypadku pojawienia się wątpliwości co do zasadności zastosowania przymusu. Wspomnieć należy, że zgodnie z art. 18 pkt 10 u.o.z.p., zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

Na konieczność dokładnego rejestrowania przymusu bezpośredniego wskazał także CPT, podkreślając, że szczegółowe i dokładne rejestrowanie przypadków stosowania środków przymusu może zapewnić kierownictwu szpitala kontrolę nad zasięgiem ich stosowania i umożliwić podjęcie odpowiednich działań w celu ograniczenia go. W tym celu należy ustanowić specjalny rejestr dokumentujący wszystkie przypadki użycia środków przymusu (w tym chemicznych środków

⁴⁶ § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 2459 z późn. zm.).

przymusu). Taki rejestr powinien uzupełniać zapisy zawarte w osobistej dokumentacji medycznej pacjenta. Wpisy w rejestrze powinny obejmować czas rozpoczęcia i zakończenia stosowania środka; okoliczności sprawy; powody zastosowania środka; nazwisko lekarza, który go zaordynował lub zatwierdził; oraz opis wszelkich obrażeń odniesionych przez pacjentów lub personel. Pacjenci powinni być uprawnieni do załączania uwag do rejestru i powinni być informowani o tym prawie; na ich wniosek powinni otrzymać kopię pełnego wpisu⁴⁷.

Ponadto, jak ustalono, mieszkańcy nie zawsze mają świadomość celu oraz konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego. Z uzyskanych informacji wynika, że zdarza się, iż mylą zastosowanie przymusu z karą. Mając to na uwadze, KMPT przypomina, że stosowanie przymusu wobec pacjentów powinno być traktowane jako środek ostateczny (*ultimo ratio*), aby zapobiec nieuchronnej szkodzi dla nich samych lub innych osób, a przymus należy zawsze stosować przez możliwie najkrótszy czas. Po ustaniu sytuacji awaryjnej powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania⁴⁸. Środki przymusu nigdy nie powinny być stosowane jako kara ani dla wygody personelu, z powodu niedoboru personelu, zamiast właściwej opieki czy leczenia⁴⁹.

Ponadto Krajowy Mechanizm podkreśla, że po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie mieszkańcowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał, i przywrócenie prawidłowych relacji. Daje to również szansę mieszkańcowi, wraz z personelem, na znalezienie alternatywnych sposobów utrzymania kontroli nad samym sobą, co może zapobiec przyszłym wybuchom przemocy i kolejnemu zastosowaniu środków przymusu⁵⁰.

6.7 Prawo do informacji i mechanizm skargowy

⁴⁷ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf(2017)6, pkt 11.1.

⁴⁸ Tamże, pkt 1.4.

⁴⁹ Tamże, pkt 1.6.

⁵⁰ Tamże, pkt 8.

Na terenie placówki na tablicy informacyjnej znajdowała się informacja o dniu i godzinach, w których Dyrektor domu przyjmuje skargi oraz wnioski. W DPS funkcjonuje również zeszyt skarg i wniosków, który przechowywany jest w administracji.

KMPT zwraca uwagę, że informacja o istnieniu takiego zeszytu również powinna zostać umieszczona na tablicy informacyjnej. Ponadto rejestr skarg powinien mieć charakter poufny i dostępny być wyłącznie dla dyrektora placówki, ewentualnie wyznaczonego pracownika. Niewłaściwe jest udostępnianie rejestru wszystkim pracownikom, a przechowywanie w administracji stwarza takie ryzyko. Rozwiązanie takie może wręcz zniechęcić do składania skarg, w obawie przed ujawnieniem osoby zgłaszającej i możliwymi represjami.

Funkcjonowanie rejestru skarg pozwala na odnotowanie problemów pojawiających się w placówce, co ułatwia ich rozwiązywanie oraz sprawowanie nadzoru nad częstotliwością ich występowania. Jak bowiem wskazuje Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, brak skarg nie musi być koniecznie uznawany za pozytywny. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego⁵¹.

CPT podkreśla znaczenie dostępu do mechanizmów skargowych jako fundamentalnej gwarancji ochronnej przed niewłaściwym traktowaniem. Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi⁵².

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

⁵¹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, § 91].

⁵² Tamże, § 68-91.

przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie, ulotek i filmów informacyjnych)⁵³.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, nieletnich, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczących się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców⁵⁴. Szczególnie ważne jest więc, by mieszkańcy zostali w sposób dla nich zrozumiały pouczeni o tym, że przysługuje im prawo do zwrócenia się z wnioskiem do określonych instytucji i organizacji, a także mieli wiedzę o tych instytucjach.

Ponadto dobrym rozwiązaniem byłoby zamontowanie również skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzice, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takiej skrzynki powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. dyrektor placówki lub wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały zgłaszane za pomocą tego typu skrzynki (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze. Należy także odpowiednio zmodyfikować procedurę skargową, by uwzględniała ona również taką drogę składania skarg.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca poinformowanie mieszkańców i ich opiekunów faktycznych i prawnych o istnieniu zeszytu skarg i wniosków, jak również informowanie o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru w sposób zrozumiały dla odbiorców oraz wyeksponowanie takiej informacji w miejscu dostępnym zarówno dla mieszkańców, jak i ich rodzin. Ponadto Krajowy Mechanizm wskazuje na konieczność zachowania poufności zeszytu skarg i wniosków, który nie powinien być przechowany w miejscu dostępnym dla każdego pracownika. Dodatkowo KMPT zaleca stworzenie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby będą mogły korzystać z zachowaniem zasad poufności,

⁵³ Tamże, § 79.

⁵⁴ Tamże, § 83.

odnotowywanie skarg przekazanych tą metodą w rejestrze oraz zmianę procedury skargowej tak, by uwzględniała ona informacje przekazane tą drogą.

W trakcie wizytacji na tablicy informacyjnej znajdował się również wykaz instytucji stojących na straży praw człowieka wraz z numerami telefonów. Działania te należy uznać za jak najbardziej pożądane.

KMPT zwraca jednakże uwagę na potrzebę uzupełnienia tych informacji o dane adresowe wymienionych podmiotów.

6.8 Kontakt ze światem zewnętrznym

Mieszkańcy, którzy posiadają własne telefony komórkowe, mogą ich używać do godziny 21. Natomiast osoby ubezwłasnowolnione mają wydawane telefony między 18 a 21.

Zdaniem KMPT praktyka ta nie znajduje uzasadnienia. Mieszkańcom powinno się umożliwić posiadanie telefonu zgodnie z ich potrzebami, w dowolnym momencie dnia, bez konieczności oddawania go na noc. Nie można także uznać za zasadne, że osoby ubezwłasnowolnione mają ograniczone godziny kontaktu ze światem zewnętrznym. KMPT pragnie podkreślić, iż 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 Krajowego Mechanizmu 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.

Jak wskazuje CPT, we wszystkich placówkach pomocy społecznej należy zapewnić pensjonariuszom odpowiedni kontakt ze światem zewnętrznym, tj. wysyłanie i odbieranie listów, telefonowanie i przyjmowanie odwiedzin⁵⁵.

⁵⁵ Persons deprived of their liberty in social care establishments. Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, pkt 16.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca rezygnację z wprowadzonych w placówce ograniczeń w zakresie korzystania przez mieszkańców z ich prywatnych telefonów.

Osoba odwiedzająca placówkę poinformowała delegację o trudnościach ze skontaktowaniem się z kierownictwem i uzyskaniem informacji na temat podopiecznego, który był jej synem. Wskazywała bowiem, iż DPS udziela odpowiedzi na e-maile wyłącznie za pomocą listu poleconego za potwierdzeniem odbioru, co znacznie wydłuża czas uzyskania informacji o podopiecznym.

Krajowy Mechanizm przypomina, że w polskich przepisach prawa wskazano, iż DPS, niezależnie od typu, świadczy usługi wspomagające, polegające na stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną⁵⁶. Należy również zwrócić uwagę na konieczność zapewnienia prawidłowych relacji z rodzinami podopiecznych. DPS powinien udzielać im wszelkich niezbędnych informacji drogą telefoniczną lub e-mailową. Tylko w wyjątkowych okolicznościach informacje powinny być udzielane listem poleconym.

Mając na uwadze powyższe, KMPT zaleca podjęcie przez placówkę działań, które usprawnią realizację prawa do informacji przysługującego bliskim mieszkańcom domu.

6.9 Personel

Kwalifikacje personelu nie budzą zastrzeżeń Krajowego Mechanizmu. Jak wynika z przekazanych informacji, pracownicy odbywają szkolenia m.in. z: przymusu bezpośredniego w DPS, kierunków terapii zajęciowej w DPS, praw i obowiązków mieszkańca DPS, stresu i wypalenia zawodowego pracowników DPS, zasad postępowania w przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego, radzenia sobie ze stresem i trudnymi emocjami w kryzysie, stosowanej analizy zachowania w pracy z mieszkańcem przejawiającym trudne zachowania. Krajowy Mechanizm pozytywnie ocenia odbyte szkolenia.

⁵⁶ 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).

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. 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 opieki⁵⁷.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca organizowanie regularnych szkoleń z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, sprawowania opieki nad osobami z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Istotne jest również cykliczne przypominanie pracownikom o zasadach stosowania przymusu bezpośredniego. Powyższymi szkoleniami powinni zostać objęci wszyscy pracownicy mający kontakt z mieszkańcami.

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

Superwizja powinna być prowadzona przez zewnętrznego specjalistę, który jest w stanie obiektywnie ocenić problemy przedstawione przez pracowników DPS. Należy bowiem pamiętać, że superwizor zatrudniony w placówce, sam będąc w zależności służbowej, nie będzie w stanie zapewnić wystarczającej swobody i poczucia anonimowości, które są konieczne dla prowadzenia skutecznych oddziaływań. Stwarza

⁵⁷ 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.

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 mieszkańcami, 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).

6.10 Warunki bytowe

Warunki bytowe zostały ocenione jako dobre, pokoje były czyste, wolne od nieprzyjemnych zapachów, a podopieczni – zadbani higienicznie. Podkreślenia wymaga także fakt, że Dyrektor placówki podejmuje kroki mające na celu dofinansowanie remontów w placówce. W trakcie wizytacji część pomieszczeń była w trakcie prac remontowych.

Niemniej jednak osoby wizytujące zwróciły uwagę na obecność krat w oknach w niektórych pomieszczeniach. Ponadto w kilku pokojach nie było klamek w oknach i w drzwiach balkonowych. Przedstawiciele KMPT rozumieją potrzebę zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom Domu. Podkreślają jednak, że pomieszczenia w domu pomocy społecznej nie powinny kojarzyć się z warunkami więziennymi. Środowisko terapeutyczne w takich placówkach powinno być jak najbardziej przyjazne dla osób tam przebywających, a obecność krat w oknach może 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 prywatności⁵⁸.

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

Co do zasady, placówka dysponuje udogodnieniami dla osób z niepełnosprawnościami. KMPT zwraca jednak uwagę, że nie wszystkie toalety były odpowiednio dostosowane.

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 umożliwiające wjazd wózkiem – min. 90 cm,
- wysokość włączników światła i przycisków sygnalizacji przyzywowej – 90-120 cm,
- schody powinny mieć oznaczenia kontrastowe (na dolnych i górnych stopniach) oraz oznaczenia przed biegiem stopni, co pozwoli na korzystanie z nich osobom niedowidzącym; to samo dotyczy oznaczeń przed każdym biegiem pochylni;
- czcionki we wszystkich pismach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być większe, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące;
- poręcze przy schodach oraz przy pochylniach powinny mieć wysokość 90 cm (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

⁵⁸ Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT/Inf (2020) 41, par. 10.

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 po terenie DPS oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów.

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

7. 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 Prewencji Tortur zalecają:

I. Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Zdunach (ul. Mickiewicza 21):

1. odstąpienie od karania mieszkańców;
2. zorganizowanie pokoju przeznaczonych do stosowania mechanicznego środka przymusu w taki sposób, aby zapewnić nadzór nad stosowaniem tego środka przymusu;
3. przeprowadzanie z mieszkańcem rozmowy po zaprzestaniu stosowania środków przymusu, udzielenie mu niezbędnych informacji oraz wyjaśnienie powodów zastosowania przymusu;
4. dokładne uzupełnianie i prowadzenie dokumentacji oraz wszystkich rejestrów związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego;
5. przeprowadzanie profilaktycznego, pierwszego badania lekarskiego nowo przyjętego mieszkańca niezwłocznie po przyjęciu;
6. stosowanie wskazanych w Protokole stambulskim 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;
7. stosowanie wobec mieszkańców niestandardowych form zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w pkt 5.2 raportu;
8. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
9. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia niestandardowymi formami opieki stosownie do uwag zawartych w pkt 5.2 raportu;

10. zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej;
11. stworzenie procedury reagowania na przypadki agresywnego zachowania mieszkańców, która uwzględni kwestie dotyczące współpracy z psychiatrą oraz seksuologiem, stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz współpracy z Policją;
12. podawanie mieszkańcom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, i odnotowywanie takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej;
13. podjęcie kroków mających na celu pełne zdiagnozowanie chłopca, którego przypadek opisano w pkt 6.1 raportu. W ocenie KMPT mieszkaniec powinien pozostawać pod stałą opieką lekarza psychiatry i psychologa. Dyrektor DPS powinna dostosować ofertę DPS do potrzeb mieszkańca, tak aby uwzględniała ona zarówno jego ograniczenia, jak i potrzeby wynikające z diagnozy. Ponadto należy stworzyć chłopcu warunki odpowiednie do tego, by mógł się wyciszyć z momencie, gdy tego potrzebuje;
14. każdorazowe odbieranie zgody od przedstawicieli ustawowych mieszkańców na świadczenia medyczne w sytuacjach, w których ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty wymaga ich zgody;
15. zwiększenie wymiaru pracy psychologa;
16. rozważenie zatrudnienia wśród personelu opiekuńczego osób o odpowiedniej sile fizycznej;
17. rezygnację z wprowadzonych w placówce ograniczeń w zakresie korzystania przez mieszkańców z ich prywatnych telefonów;
18. poinformowanie mieszkańców i ich opiekunów faktycznych i prawnych o istnieniu zeszytu skarg i wniosków, jak również informowanie o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru w sposób zrozumiały dla odbiorców, wyeksponowanie takiej informacji w miejscu dostępnym zarówno dla mieszkańców, jak i ich rodzin;

19. montaż skrzynki na skargi i wnioski mieszkańców, która zapewni poufność przekazywanych informacji; poinformowanie mieszkańców o możliwości korzystania z tego rozwiązania;
20. uzupełnienie danych adresowych instytucji stojących na straży praw człowieka;
21. kontynuowanie procesu usuwania oświadczeń in blanco oraz każdorazowe odbieranie zgody od przedstawicieli ustawowych mieszkańców na sprecyzowane działania;
22. poinformowanie mieszkańców o możliwości konsultacji psychologicznej;
23. poprawę komunikacji placówki z rodzinami mieszkańców;
24. przeprowadzenie szkoleń z zakresu radzenia sobie z agresywnym mieszkańcem, deeskalacji konfliktu, pracy z pacjentem psychiatrycznym;
25. organizowanie regularnych szkoleń z zakresu pierwszej pomocy, sprawowania opieki nad osobami z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;
26. zorganizowanie personelowi superwizji;
27. demontaż krat w oknach;
28. poprawę dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, podczas najbliższych remontów i modernizacji.

II. Staroście Krotoszyńskiemu:

1. udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Opracowała: Klaudia Kamińska

Za Zespół podpisuje:

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/