



Katowice, 26.04.2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Pełnomocnik Terenowy
Rzecznika Praw Obywatelskich
w Katowicach**

BPK.575.1.2023.AWo

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy
Społecznej Zgromadzenia Sióstr Służebniczek Najświętszej Maryi Panny
Niepokalanie Poczętej w Krakowie**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT, Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję

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

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

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsz 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

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.).

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.

zapropozowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

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

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. wychowankowie, 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 działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 13-16 lutego 2023 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację Domu Pomocy Społecznej Zgromadzenia Sióstr Służebniczek Najświętszej Maryi Panny Niepokalanie Poczętej w Krakowie przy ul. Podgórkii Tynieckie 96 (dalej: Dom, DPS, placówka).

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

W skład zespołu wizytującego wchodziły: Aleksandra Osińska (psycholożka), Klaudia Kamińska (prawniczka), Anna Wojtalik (prawniczka).

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

W ramach wizytacji dokonano następujących czynności:

- przeprowadzono rozmowę wstępną z dyrektorem Ośrodka – siostrą Agatą Komisarczyk oraz pracownikiem socjalnym – Katarzyną Mastalerz;
- dokonano oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy, w tym: pokoi mieszkańców, sanitariatów, jadalni, pomieszczeń do rehabilitacji;
- przeprowadzono poufne rozmowy z mieszkańcami i pracownikami;
- dokonano analizę dokumentacji dostępnej w placówce;
- wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawicielki Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowały dyrektora Ośrodka oraz pracownika socjalnego o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchały ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację i informacje związane z funkcjonowaniem placówki.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie mieszkańców przez personel placówki, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W niniejszym Raporcie nie opisano całokształtu funkcjonowania DPS w zakresie tych zagadnień, lecz uwzględniono tylko te 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. Charakterystyka placówki

Dom Pomocy Społecznej Zgromadzenia Sióstr Służebniczek Najświętszej Maryi Panny Niepokalanie Poczętej w Krakowie przeznaczony jest dla przewlekle somatycznie chorych, kobiet i mężczyzn. Placówka dysponuje 50 miejscami. W dniu wizytacji przebywało w niej 47 pensjonariuszy (41 kobiet, 6 mężczyzn), w tym 6 osób umieszczonych na mocy postanowienia sądu oraz 8 osób ubezwłasnowolnionych całkowicie.

Placówka zlokalizowana jest w dwupiętrowym, wolnostojącym budynku z podziemiem. Budynek stanowi własność Zgromadzenia Sióstr Służebniczek NMP NP. Dom usytuowany jest w ogrodzie/parku, w którym znajdują się ławki i altanki. Otoczenie przyległe do budynku wyłożone jest kostką brukową, ułatwiającą poruszanie się osobom na wózkach inwalidzkich oraz osobom korzystającym z chodzików. Teren wokół budynku jest ogrodzony. Furtka przed budynkiem wyposażona jest w domofon. Pokoje mieszkalne pensjonariuszy znajdują się na parterze oraz na piętrach budynku. W podziemiu budynku mieszczą się między innymi pomieszczenia gospodarcze oraz pralnia. Budynek posiada windę dostosowaną do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Na klatce schodowej zamontowane są zabezpieczenia przy schodach chroniące przed upadkiem.

Dom jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej działającą na zlecenie Gminy Miasta Kraków, prowadzoną przez Zgromadzenie Sióstr Służebniczek NMP NP – Prowincja Krakowska.

Kontrolę i nadzór nad statutową działalnością Domu sprawuje siostra Kazimiera Perz, Przełożona Prowincjalna Zgromadzenia Sióstr Służebniczek NMP NP – Prowincja Krakowska. Nadzór nad jakością świadczonych usług oraz zgodnością zatrudnienia pracowników z wymaganiami kwalifikacyjnymi sprawuje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie.

5. Problemy systemowe

5.1 Niestandardowe formy opieki w DPS

W DPS stosuje się niestandardowe formy opieki nad mieszkańcami, których celem jest zabezpieczenie osoby narażonej na uszkodzenie ciała, spowodowane niesprawnością fizyczną. Jednym z takich środków są pasy przymocowane do wózków inwalidzkich, zakładane mieszkańcom na czas korzystania z nich. Taki sposób zabezpieczenia chroni tych mieszkańców przed upadkiem i pozwala na ich uczestnictwo we wspólnych imprezach, wyjściach na świeże powietrze, etc. Na wyposażeniu DPS znajdują się również specjalne kombinezony („śpiochy”) dla dorosłych, przeznaczone dla osób leżących lub długotrwale unieruchomionych, z chorobą Alzheimera, niepełnosprawnych, po przebytych udarach, ze skłonnościami do rozbierania się, zdejmowania pieluch i niszczenia odzieży. Ww. elementy zabezpieczeń były zakupione przez DPS w specjalistycznych sklepach medycznych lub ortopedycznych, co należy ocenić, zdaniem wizytujących, pozytywnie.

Stosowanie powyższego sprzętu zabezpieczającego nie było jednak odnotowywane w dokumentacji. Brakowało również wytycznych zawierających informacje na temat tego, kto zlecał stosowanie takich środków, na jak długo oraz kto ma być odpowiedzialny za nadzór nad przebiegiem ich wykorzystania.

Sytuacja ta 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 oficjalnego wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia w dniu 13.06.2022 r.¹⁰ z prośbą o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym.

W procesie opiekuńczym istnieją bowiem 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 gwarancje te powinny być określone w ustawie. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoli również na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i ewentualnych rozbieżności

¹⁰ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13.06.2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS.

interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni, czy też nie.

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 opieki¹¹.

W opinii KMPT zastosowanie wobec mieszkańca zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko związane z taką formą opieki, KMPT rekomenduje:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi odpowiednich zabezpieczeń. 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 gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednotlić 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.).

¹¹ 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.

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

5.2 Pełnienie przez pracownika Domu funkcji opiekuna prawnego

W DPS przebywało podczas wizytacji 8 osób ubezwłasnowolnionych. W dwóch przypadkach ich opiekunami byli pracownicy Domu. Wizytujące nie otrzymały niepokojących sygnałów na temat sprawowania przez pracowników DPS funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych, jednak kwestia ta od lat budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT. Problem 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 opiekunów¹².

5.3 Niedostateczna kontrola sądowa pobytu osób ubezwłasnowolnionych i umieszczonych postanowieniem sądu

W DPS w Krakowie przebywało 6 osób umieszczonych na mocy postanowienia sądu oraz 8 osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Niektórzy mieszkańcy byli konsultowani psychiatrycznie. Mieszkańcy mają możliwość samodzielnego opuszczania Domu.

Zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego¹³, obowiązek sądowej kontroli legalności przyjęcia i przebywania w domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także przestrzegania ich praw oraz warunków panujących w placówce, dotyczy wyłącznie domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób chorujących psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną.

Tymczasem pensjonariusze, którymi powinien interesować się sąd z urzędu, mogą przebywać również w innych typach domów.

Zgodnie z art. 43a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, domy pomocy społecznej niewymienione w art. 43 ust. 1 tej ustawy oraz placówki zapewniające całodobową opiekę, o których mowa w art. 67 i 69 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁴, podlegają kontroli w zakresie przestrzegania praw osób, w stosunku do których zastosowano ograniczenie możliwości samodzielnego opuszczania domu pomocy społecznej lub placówki.

Powyższy przepis daje zatem możliwość kontroli domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób innych niż chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, pod warunkiem że są w nim osoby, w stosunku do których zastosowano ograniczenie możliwości samodzielnego opuszczania domu pomocy społecznej lub placówki, a władze placówki poinformowały o tym fakcie sąd. W przeciwnym razie

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

¹³ Dz. U. z 2022 r., poz. 2123.

¹⁴ Dz. U. z 2021 r., poz. 2268 ze zm.

placówki takie nie będą objęte kontrolą sądową w zakresie przestrzegania praw przebywających w nich mieszkańców.

Na przykładzie wizytowanego Domu widać lukę systemową. Obowiązująca w zakresie sądowej kontroli regulacja prawna stawia bowiem część mieszkańców domów pomocy społecznej w gorszej pozycji, wynikającej z braku sądowej kontroli przestrzegania przysługujących im praw.

Kwestia dotycząca sądowej kontroli nad domami pomocy społecznej została podniesiona przez Rzecznika Praw Obywatelskich w wystąpieniu z dnia 26 października 2016 r. do Ministra Zdrowia¹⁵ i pozostaje w dalszym zainteresowaniu KMPT w związku z brakiem niezbędnych zmian przepisów prawa.

5.4 Posiedzenia sądowe w formie online w sprawach o ubezwłasnowolnienie

Analizując dokumentację mieszkańców DPS, przedstawicielki KMPT zwróciły uwagę, iż niektóre ze spraw dotyczących wniosku o ubezwłasnowolnienie odbywały się w formie zdalnej z zachowaniem bezpośredniego przekazu obrazu i dźwięku za pośrednictwem komunikatora internetowego WhatsApp¹⁶.

Przeprowadzanie rozpraw sądowych w sprawach cywilnych w formie wideokonferencji odbywa się na podstawie przepisów art. 15 z.zs1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych¹⁷. Od przeprowadzenia posiedzenia zdalnego można odstąpić tylko w przypadku, gdy rozpoznanie sprawy na rozprawie lub posiedzeniu jawnym jest konieczne, a ich przeprowadzenie w budynku sądu nie wywoła nadmiernego zagrożenia dla zdrowia osób w nich uczestniczących.

Przewodniczący może zarządzić przeprowadzenie posiedzenia niejawnego, gdy nie można przeprowadzić posiedzenia zdalnego, a przeprowadzenie rozprawy lub posiedzenia jawnego nie jest konieczne. Zasada przeprowadzania rozpraw w formie

¹⁵ Opinia Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 26 października 2016 r. do Ministra Zdrowia, dotycząca projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw z dnia 27 września 2016 r. (KMP.022.4.2016).

¹⁶ Sąd Okręgowy w Krakowie, XI Wydział Cywilny Rodzinny; sygn. akt: XI Ns 527/21, XI Ns 656/21.

¹⁷ Dz. U. z 2021 r., poz. 2095 ze zm.

zdalnej obowiązuje w okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii z powodu COVID-19 oraz w ciągu roku od odwołania ostatniego z nich.

KMPT stoi na stanowisku, że przeprowadzanie posiedzenia w przypadku tak istotnych kwestii jak np. ubezwłasnowolnienie lub umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym powinno odbywać się w sposób stacjonarny, przy osobistym kontakcie składu orzekającego posiedzenia z uczestnikami postępowania.

Instytucja ubezwłasnowolnienia wywołuje daleko idące skutki prawne ingerujące w prawo człowieka do wolności i samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących swojej osoby i majątku. Dlatego też postępowanie w tego rodzaju sprawach powinno być prowadzone z zachowaniem szczególnej troski w zakresie zabezpieczenia gwarancji procesowych osobie, wobec której toczy się postępowanie. Należy uwzględnić wszelkie okoliczności, a także stan zdrowia fizycznego i psychicznego takiej osoby, możliwości jej funkcjonowania w codziennym życiu, tak aby móc dostosować jak najbardziej adekwatne środki prawne do jej szczególnej sytuacji¹⁸.

Stan zdrowia, kondycja psychiczna i fizyczna osoby, wobec której toczy się postępowanie w sprawie ubezwłasnowolnienia lub umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym, stanowi dodatkowy argument za osobistym kontaktem, aby wyeliminować wszelkie ryzyko pominięcia lub nieuwzględnienia istotnych czynników przy podejmowaniu decyzji. Jest to zabezpieczenie zarówno dla osoby, wobec której toczy się postępowanie, jak i dla sądu. Wirtualne przesłuchania/wysłuchania obarczone są wieloma barierami, które stwarza technologia. KMPT dostrzega, na bazie doświadczeń ostatnich dwóch lat, że kontakt przy użyciu technologii z osobami z niepełnosprawnościami psychicznymi, sensorycznymi (np. niedowidzącymi, niedosłyszącymi), a w szczególności w zaawansowanym wieku, jest dla nich szczególnie trudny i stresujący. Nie ułatwia to budowania poprawnych relacji, nie zapewnia wszechstronnego kontaktu, może natomiast zniekształcać prawdziwy obraz sytuacji i prowadzić do pominięcia istotnych dla sprawy elementów.

Z tego powodu, w ocenie KMPT skład orzekający w tak ważnych sprawach jak ubezwłasnowolnienie oraz umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym powinien dokonywać ustaleń na podstawie bezpośredniego kontaktu z osobą, której sprawa

¹⁸ Więcej na ten temat w: M. Manowska, P. Gałęcki, Procesowe i materialne aspekty ochrony praw osoby, wobec której toczy się postępowanie o ubezwłasnowolnienie - część I, *Psychiatr. Pol.* 2019; 53 (1): s. 167-176.

dotyczy, tak aby wyeliminować wszystkie możliwe ogniwa pośrednie, które mogłyby przyczyniać się do zniekształcania prawdy.

Podobne stanowisko wyraził Instytut Legislacji i Prac Parlamentarnych Naczelnej Rady Adwokackiej w piśmie z dnia 21.03.2022 r. skierowanym do Departamentu Legislacyjnego w Ministerstwie Sprawiedliwości¹⁹.

5.5 Monitoring wizyjny

Na terenie DPS zainstalowano monitoring wizyjny. Monitorowany jest teren zewnętrzny oraz podziemie budynku.

Kwestia stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, w związku z jej pominięciem w przepisach regulujących funkcjonowanie tych placówek, pozostaje od kilku lat w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich²⁰. 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 zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu²¹. Brak przepisów regulujących tę materię prowadzi do wniosku, że obecnie instalowanie monitoringu w domach pomocy społecznej może naruszać przepisy Konstytucji.

¹⁹ https://www.adwokatura.pl/admin/wgrane_pliki/file-nra015-2352022-33184.pdf.

²⁰ 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.

²¹ Zob. Wystąpienie RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.²² Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1 Legalność pobytu

Dokumentacja w wizytowanej placówce prowadzona jest w sposób uporządkowany i przejrzysty. Nie we wszystkich jednak teczkach mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie znajdowały się postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego oraz zaświadczenia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie.

Zgodnie natomiast z art. 38 ust. 1-3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²³ osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej. Przyjęcie do domu pomocy społecznej osoby, o której mowa w ust. 1, bez jej zgody, a za zgodą jej przedstawiciela ustawowego, wymaga orzeczenia sądu opiekuńczego o przyjęciu do domu pomocy społecznej. Przyjęcie do domu pomocy społecznej osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawy wyraża zgodę po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje w związku z powyższym uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o dokumenty wymagane ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.

6.2 Traktowanie

²² Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

²³ Dz. U. z 2022 r., poz. 2123.

Wizytujące nie otrzymały sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców przez personel. Przeciwnie, opinie na temat pracowników były bardzo dobre. W czasie swojego pobytu przedstawicielki KMPT dostrzegły empatię i profesjonalizm pracowników.

Delegacja KMPT zwróciła jednak uwagę, że personel nie zawsze używa w stosunku do mieszkańca formy zwrotu grzecznościowego Pan/Pani. Pracownicy KMPT rekomendują w związku z tym używanie grzecznościowej formy Pan/Pani, chyba że pacjent zaproponuje dobrowolnie inną formę.

6.3 Warunki bytowe i rekreacja

Dom Pomocy Społecznej Zgromadzenia Sióstr Służebniczek Najświętszej Maryi Panny Niepokalanie Poczętej w Krakowie oferuje swoim mieszkańcom bardzo dobre warunki bytowe zarówno w budynku, jak również na terenie na zewnątrz domu. Dom jest czysty, pozbawiony nieprzyjemnych zapachów oraz wyposażony w niezbędne sprzęty. Pokoje mieszkańców są czyste, estetyczne i wyposażone zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej²⁴. Mieszkańcy są czysti, zadbani pod względem higienicznym oraz ubrani w czystą odzież, odpowiednią do pory roku.

Mieszkańcy zakwaterowani są w pokojach jedno-, dwu- i czteroosobowych.

W domu znajdują się takie pomieszczenia jak: kaplica, sala rehabilitacyjna, pokój gościnny z łazienką, aneks kuchenny, pokój medyczny, kancelaria, toaleta dla gości, jadalnia, kuchnia właściwa, kuchenki pomocnicze, dyżurka, wózkownia, sala zajęciowa, biblioteka, pralnia, magiel, archiwum, pomieszczenie na środki czystości.

Delegacja KMPT ustaliła, że liczba ogólnodostępnych łazienek z prysznicem/wanną w DPS wynosi 4. Na 2 piętrze znajduje się pięć jednoosobowych pokoi mieszkańców oraz pokój gościnny z łazienką, która nie jest przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Brak jest natomiast łazienki dostosowanej do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

²⁴ Dz. U. z 2018 r., poz. 734.

Zgodnie § 6 ust. 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej²⁵ dom uznaje się za spełniający warunki, jeżeli: „(...) w zakresie warunków sanitarnych: (...) łazienki i toalety są przystosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością”.

Zgodnie natomiast z § 86 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie²⁶, w budynku, na kondygnacjach dostępnych dla osób z niepełnosprawnością, co najmniej jedno z ogólnodostępnych pomieszczeń higienicznosanitarnych powinno być przystosowane dla tych osób przez:

- 1) zapewnienie przestrzeni manewrowej o wymiarach co najmniej 1,5 x 1,5 m;
- 2) stosowanie w tych pomieszczeniach i na trasie dojazdu do nich drzwi bez progów;
- 3) zainstalowanie odpowiednio przystosowanej, co najmniej jednej miski ustępowej i umywalki, a także jednego natrysku, jeżeli ze względu na przeznaczenie przewiduje się w budynku takie urządzenia;
- 4) zainstalowanie uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higienicznosanitarnych.

Zgodnie zatem z ww. rozporządzeniem na każdej kondygnacji dostępnej dla osób niepełnosprawnych powinna znajdować się jedna łazienka i jedna toaleta dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością w powyższy sposób, między innymi z polem manewrowym 1,5 m² x 1,5 m².

KMPT zaleca zapewnienie na 2 piętrze budynku ogólnodostępnej łazienki dostosowanej do potrzeb osób z niepełnosprawnością zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

Wizytujące ustaliły, że poza 4 łazienkami ogólnodostępnymi przystosowanymi do potrzeb osób z niepełnosprawnością w budynku mieszczą się: 2 łazienki z prysznicem przy 2 pokojach jednoosobowych, 1 łazienka z prysznicem udostępniona dla dwóch pokoi jednoosobowych oraz jedna łazienka z prysznicem przy pokoju gościnnym. Łączna liczba łazienek z wanną/prysznicem w budynku DPS wynosi 8.

²⁵ Dz. U. z 2018 r., poz. 734.

²⁶ Dz. U. z 2022 r., poz. 1225.

Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 4 lit. a liczba łazienek zapewnia możliwość korzystania z każdej przez nie więcej niż sześć osób, a w przypadku toalet przez nie więcej niż cztery osoby; jeżeli liczba leżących przekracza 50% ogólnej liczby mieszkańców domu, dopuszcza się zmniejszenie liczby tych pomieszczeń o 25%.

W trakcie wizytacji na terenie placówki liczba mieszkańców leżących wynosiła około 27 osób w stosunku do 47 mieszkańców domu, zatem nie przekraczała 50%. Liczba osób leżących w DPS wynosiła powyżej 50%. Po odliczeniu 4 osób z pokoi jednoosobowych, które posiadają dostęp do łazienek przypokojowych, oraz biorąc pod uwagę fakt, iż ponad 50% osób mieszkańców to osoby leżące, pozostaje 43 miejsc, dla których należy zapewnić 6 ogólnodostępnych łazienek. Niezależnie więc od liczby mieszkańców leżących nie został spełniony wymóg § 6 ust. 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej, gdyż w DPS są jedynie 4 łazienki ogólnodostępne.

KMPT zaleca zapewnienie w DPS co najmniej 6 łazienek ogólnodostępnych, zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

Zgodnie z ustalonymi przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier zasadami dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w łazienkach i pokojach wykorzystywanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich warto pamiętać, między innymi, o odpowiedniej przestrzeni manewrowej, tj. 150 cm x 150 cm, a także o odpowiednio nisko zawieszonych lustrach (najlepiej zaczynających się od poziomu umywalki).

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o następujących zasadach, poprawiających jakość dostosowania:

- łóżka kupowane przez Ośrodek mieszkańcom nie powinny być niższe niż 45-55 cm (licząc od powierzchni materaca do podłogi);

- progi i brodziki prysznicowe nieprzekraczające 2 cm;

- klamki (w tym klamki okienne), wieszaki, półki, przyciski instalacji przyzywowej, włączniki światła, kontakty etc. zamontowane nie wyżej niż na poziomie 90-120 cm od podłoża;

- tablice informacyjne zawieszane na poziomie umożliwiającym przeczytanie ich treści również przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;

- przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm powinna zostać zachowana we wszystkich łazienkach i pokojach użytkowanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;

W łazienkach wykorzystywanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich warto pamiętać o:

- wskazanej wyżej przestrzeni manewrowej i wysokości brodzika prysznicowego,
- odpowiednio nisko zawieszonych lustrach (najlepiej zaczynających się od poziomu umywalki),
- włącznikach światła, kontaktach, klamkach, dozownikach mydła, wieszakach na papier na wysokości 90-120 cm,
- wysokości muszli ustępowej: 45-50 cm,
- poręczy w odległości 40 cm od osi muszli, umieszczonej na wysokości 70-85 cm,
- zastosowaniu w miejsce kurków, baterii umywalkowych, dostępnych dla osób ze słabszymi rękami (dłuższych).

Wymienione zasady ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie ze standardami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla pensjonariuszy z niepełnosprawnością fizyczną, które zapewnią im swobodne poruszanie się po terenie Domu oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów.

Wizytujące zalecają zamontowanie we wszystkich łazienkach mieszkańców luster na odpowiedniej wysokości umożliwiającej korzystanie z nich przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich.

Budynek jest wyposażony w system przyzywowo-alarmowy i system alarmu przeciwpożarowego.

Wizytujące ustaliły, że każdy pokój wyposażony jest w jeden przycisk systemu przyzywowo-alarmowego, niezależnie od liczby mieszkańców w pokoju. Nie zawsze przycisk usytuowany jest w zasięgu mieszkańców (dostępny z pozycji łóżka).

Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 1 lit. c przywołanego powyżej rozporządzenia należy zainstalować system przyzywowy w taki sposób, aby umożliwiał każdemu mieszkańcowi dostęp do niego. Liczba włączników systemu powinna odpowiadać liczbie łóżek i umożliwiać z każdego łóżka swobodny dostęp do włącznika.

Należy podkreślić, że instalacja przywoławcza powinna być zawsze sprawna i łatwo dostępna dla każdego z mieszkańców. Ma ona bowiem szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami ratyfikowanej przez Polskę Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych²⁷ powinny mieć zapewnione różne formy pomocy osób, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi, oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia.

Podczas czynności kontrolnych sprawdzono działanie systemu i reakcję personelu, system działał prawidłowo.

Z wyjaśnień udzielonych przez dyrektora Domu wynika, iż aktualnie pokoje mieszkańców są sukcesywnie remontowane i po zakończeniu remontu we wszystkich pokojach zostanie zamontowany nowoczesny system przywołujący.

KMPT zaleca więc zapewnienie we wszystkich pokojach mieszkańców przycisków przywoławczych w liczbie odpowiadającej liczbie łóżek w pokoju.

Zaplecze rehabilitacyjne w placówce jest bardzo bogate. Rehabilitant zatrudniony w placówce ma do dyspozycji odpowiedni sprzęt do rehabilitacji, w tym między innymi: rowerek stacjonarny, drabinki, piłki.

Dom organizuje liczne zajęcia w ramach terapii zajęciowej (gry i zabawy ruchowe, filmoterapię, zajęcia manualne, zajęcia relaksacyjne, zajęcia muzyczne, przegląd prasy, dogoterapię) oraz wyjazdy rekreacyjne (wyjazdy na przedstawiania, wyjazdy do Krakowa, wyjścia do lasu, wyjazdy do ogrodu botanicznego, grill, wyjazdy do tężni solankowej, rejs statkiem po Wiśle, zwiedzanie Opactwa Benedyktynów w Tyńcu wraz z kościołem św. Piotra i św. Pawła).

Terapię zajęciową prowadzi wykwalifikowana terapeutka zajęciowa zatrudniona na umowę o pracę na czas nieokreślony w pełnym wymiarze czasu pracy.

²⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

W trakcie wizytacji ustalono, że w weekendy mieszkańcy nie mają zapewnionych żadnych zajęć w ramach terapii zajęciowej. Zajęcia terapeutyczne odbywają się od poniedziałku do piątku.

KMPT rekomenduje zapewnienie mieszkańcom Domu oddziaływań terapeutycznych także w soboty i niedziele.

6.4 Opieka medyczna

Świadczeń zdrowotnych mieszkańcom placówki udziela lekarz POZ, obecny w DPS raz w tygodniu – w piątki. Ponadto lekarz, jeśli zajdzie taka potrzeba, udziela konsultacji telefonicznych w sprawie świadczeń zdrowotnych. W placówce brak jest obowiązkowego badania nowo przyjętego mieszkańca przez lekarza.

KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą te osoby przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni też personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce. Z kolei świadomość ujawnienia ewentualnych śladów przemocy i ich udokumentowania może zadziałać odstraszająco na osoby rozważające potencjalnie możliwość użycia przemocy wobec pensjonariuszy²⁸.

Badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania tortur.

Nowo przyjmowani mieszkańcy przy przyjęciu do placówki poddawani są badaniu przy pomocy Skróconego Testu Sprawności Umysłowej wg Hodgkinsona (Abbreviated Mental Test Score, AMTS). Skrócony Test Sprawności Umysłowej jest narzędziem przeznaczonym do przesiewowej oceny funkcji poznawczych – pamięci epizodycznej, semantycznej i operacyjnej – w okresie starości. Praktykę stosowania

²⁸ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 16 marzec 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 45-48; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61; Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpień 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport SPT z wizyty w Szwecji, 10 wrzesień 2008 r., CAT/OP/SWE/1, § 62-64; Drugie Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf (92) 3, § 36-38; Raport CPT z wizyty w Polsce, 25 czerwiec 2014 r., CPT/Inf (2014) 21, § 26, 30; Raport CPT z wizyty w Turcji, CPT/Inf (2009) 17, § 53; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016) 25, § 167.

Testu w celu dokonania oceny sprawności umysłowej mieszkańców należy ocenić bardzo pozytywnie.

Skrócony Test przechowywany jest w indywidualnych planach wsparcia mieszkańców. KMPT ustaliła jednak, że nie we wszystkich indywidualnych planach wsparcia mieszkańców znajduje się Skrócony Test Sprawności Umysłowej. Rekomendowane jest zatem ujednoczenie praktyki w tym przedmiocie poprzez zamieszczenie Skróconego Testu Sprawności Umysłowej w każdym indywidualnym planie wsparcia opracowanym dla każdego mieszkańca.

W przypadku konieczności skorzystania z pomocy lekarza specjalisty, np. psychiatry, Dom organizuje takie wizyty we współpracy z rodziną.

W placówce zatrudnione są 3 pielęgniarki (umowy o pracę na czas nieokreślony) na pełnym etacie. Dyżur pielęgniarski sprawowany jest 7 dni w tygodniu, w wymiarze czasu pracy 12 godzin na dobę. W nocy nie ma obsady pielęgniarskiej.

Tymczasem zgodnie ze standardami CPT w domach pomocy społecznej powinna być przez całą dobę obecna przynajmniej jedna pielęgniarka²⁹.

Jak dostrzegła delegacja KMPT, w DPS jest dużo osób w ciężkim stanie zdrowia (osoby z chorobą Alzheimera) oraz mieszkańców leżących, co wymaga większej uwagi i nakładu pracy. Konieczne jest zatem zapewnienie opieki pielęgniarskiej w porze nocnej. Wielu mieszkańców wymaga np. podania leku, insuliny, wykonania pomiaru cukru lub oceny sytuacji pod kątem interwencji medycznej, do czego nie są uprawnieni opiekunowie pełniący dyżur nocą.

Mieszkańcy mają też możliwość konsultacji z psychologiem, który prowadzi zarówno oddziaływania indywidualne, jak i grupowe, co należy uznać za mocną stronę placówki. Psycholog przyjmuje mieszkańców dwa razy w tygodniu w godzinach od 10.00 do 12.00.

Warto zwrócić uwagę, że obowiązujące przepisy nie zobowiązują dyrektorów DPS do zatrudnienia psychologa, a jedynie do zapewnienia mieszkańcom kontaktu z nim. Tymczasem do domów pomocy społecznej często trafiają osoby ze środowisk zaniedbanych społecznie, wymagające dużego wsparcia psychologicznego w celu przywrócenia prawidłowych mechanizmów funkcjonowania oraz pokonania trudności

²⁹ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, par. 19 oraz raport CPT z wizyty w Czechach w 2018 r., CPT/Inf (2019) 23, par. 126.

adaptacyjnych w nowym miejscu. Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy mieszkanięc trafia do placówki wbrew swojej woli. Doświadcza wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z mieszkańcem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia. Ponadto w ocenie przedstawicieli KMPT, stała obecność psychologa przyczynia się również do integracji społeczności mieszkańców, poprawy relacji z personelem oraz zwiększenia motywacji do udziału w proponowanych przez placówkę zajęciach. Niewątpliwie zatrudnienie psychologa wpływa bardzo pozytywnie na osoby zamieszkujące DPS.

Warto także zwrócić uwagę, że Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w zaktualizowanych wytycznych dotyczących zapobiegania i kontroli COVID-19 w zakładach karnych i innych miejscach pozbawienia wolności podkreśliła, że popyt na usługi psychologiczne prawdopodobnie wzrośnie w tego typu miejscach w następstwie pandemii i nałożonych środków ograniczających³⁰.

Z kolei Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (dalej: SPT) w opublikowanych w marcu 2020 r. wytycznych adresowanych do państw sygnatariuszy OPCAT oraz krajowych mechanizmów prewencji tortur podkreślił, że w czasie pandemii COVID-19 wszystkie osoby pozbawione wolności oraz pracownicy tych miejsc powinni otrzymywać odpowiednie wsparcie psychologiczne³¹.

Mieszkańcy mają nadto możliwość uczestniczenia w zajęciach rehabilitacji. Oferta zajęć rehabilitacji obejmuje: kinezyterapię, fizykoterapię, masaż leczniczy.

Wizytujące ustaliły, że w niektórych przypadkach, aby ułatwić mieszkańcom przyjęcie leków, były one rozkruszane, co nie wynikało wprost ze zleceń lekarskich. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że w 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur uzyskał opinię prof. dr. hab. Jacka Wciórki z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w której podkreślono, że podanie leku w formie rozkruszonej powinno być traktowane jako ostateczność. Rozkruszanie 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

³⁰ 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.

³¹ 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).

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.

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 ze zlecenia lekarskiego.

6.5 Dokumentowanie obrażeń

Nowo przyjmowani mieszkańcy badani są przez pielęgniarkę. Ewentualne obrażenia bądź znaki szczególne wpisywane są do raportów pielęgniarskich.

W placówce nie są stosowane tzw. mapy/schematy ciała, które byłyby pomocne, by precyzyjnie oznaczyć ujawnione na ciele mieszkańca obrażenia (zasinienia, krwiaki, odleżyny, rozcięcia etc.) lub blizny.

Stosowanie map ciała rekomenduje przygotowany przez ONZ Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół stambulski)³². Zawiera on ponadto praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów, w zakresie metod tortur, ich objawów, sposobów identyfikacji, realizacji badania medycznego i dokumentowania śladów przemocy. Skupia się również na barierach psychologicznych mogących pojawić się w relacjach z ofiarami oraz kwestiach etycznych (w tym etyce lekarskiej).

Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) podkreśla, że Protokół stambulski stanowi niezbędne narzędzie wykrywania, dokumentowania, zgłaszania i jako takiego powstrzymywania tortur i złego traktowania³³. Nie tylko pomaga we wczesnej

³² Dokument dostępny jest na stronie:

https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/protokol_stambulski_fin.pdf.

³³ 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].

identyfikacji ofiar i dokumentowaniu traumy, ale również w ocenie potrzeb i dostosowaniu do nich odpowiedniej opieki³⁴.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują również Komitet Przeciwko Torturom (CAT)³⁵, Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)³⁶ i Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur³⁷.

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

Poza opisywaniem i oznaczaniem obrażeń pożądane jest także ich fotografowanie i przechowywanie zdjęć w dokumentacji medycznej.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur pragnie zaznaczyć, że dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych. 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.

Warto wskazać ponadto, że badanie lekarskie, wraz ze sfotografowaniem obrażeń lub blizn oraz z opisaniem i oznaczeniem ich na schemacie ciała, powinno być aktualizowane po każdej dłuższej nieobecności mieszkańca w placówce (np. z powodu hospitalizacji) lub powrotu z miejsc, gdzie mieszkańcy mogli doświadczyć przemocy

³⁴ 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.].

³⁵ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27 i 28.

³⁶ 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].

³⁷ 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].

(np. podczas doprowadzenia lub zatrzymania przez Policję, pobytu na komisariacie itp.). W przypadku stwierdzenia przemocy należy zawsze zawiadomić o tym Prokuraturę lub Policję³⁸.

6.6. Mechanizm skargowy

W Domu prowadzony jest rejestr skarg i wniosków. Wnioski i skargi mieszkańcy mogą zgłaszać w dowolnej formie do dyrektora DPS. Dyrektor placówki jest do dyspozycji mieszkańców, także w sprawach skarg i wniosków, codziennie w godzinach od 10.00 do 12.00. Rejestr skarg i wniosków dostępny jest w kancelarii DPS. Mieszkańcy mogą nadto zgłaszać się z problemami dotyczącym DPS do działającej na terenie Domu Rady Mieszkańców.

W celu ułatwienia pensjonariuszom dostępu do zewnętrznych mechanizmów skargowych w przestrzeniach wspólnych Domu (na każdym piętrze), do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (na korytarzach) umieszczone są tablice informacyjne z danymi teleadresowymi instytucji, do których mieszkańiec lub inna osoba mogą się zwrócić w przypadku naruszenia praw pensjonariusza, co należy ocenić pozytywnie. Na wskazanych powyżej tablicach informacyjnych zamieszczone zostały dane teleadresowe: Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie, Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii: 800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta oraz organizacji pozarządowej, tj. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

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

³⁸ Powyższy standard rekomenduje również CPT. Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2013), § 71-84], Raporty CPT z wizyt w Serbii [CPT/Inf (2016) 21, § 22, 27, 50, 81] i w Polsce [CPT/Inf (2018) 39, § 80] oraz [CPT/Inf (2014) 21, § 78].

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)³⁹.

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 cudzoziemców⁴⁰. 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 skarg⁴¹.

Warto też zwrócić uwagę, że zgodnie z zaleceniami CPT „należy zabezpieczyć bezpośredni i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi (np. poprzez zainstalowanie zamkniętych skrzynek skarg dostępnych dla skarżących w odpowiednich lokalizacjach, które będą otwierane wyłącznie przez osoby specjalnie wyznaczone w celu zapewnienia poufności skarg). Pracownicy, którzy mają osoby pozbawione wolności bezpośrednio pod ich nadzorem, nie powinni mieć możliwości filtrowania skarg⁴²”.

W związku z tym KMPT zaleca stworzenie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. W opinii KMPT obsługą skrzynek ze skargami powinna się zajmować wyłącznie jedna osoba, wyznaczona spośród pracowników administracyjnych, np. pracownik sekretariatu dyrektora. KMPT zaleca zmianę procedury skargowej w tym zakresie.

6.7 Szkolenia personelu

³⁹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91. Uwagi CPT w zakresie mechanizmu skargowego mieszkańców domów opieki znajdują się również w dokumencie pt. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf(2020) 41, par. 79.

⁴⁰ Tamże, par. 83.

⁴¹ Tamże, par. 91.

⁴² Fragment § 84 Dwudziestego siódmego Sprawozdania ogólnego [CPT/Inf (2018) 4].

W 2021 zorganizowano 3 szkolenia dla pracowników Domu Pomocy Społecznej Zgromadzenia Sióstr Służebniczek Najświętszej Maryi Panny Niepokalanie Poczętej w Krakowie:

- Prawa mieszkańców, zasady postępowania z mieszkańcem agresywnym;
- Prawa mieszkańców w DPS;
- Bezpieczny pracownik.

W 2022 r. pracownicy placówki uczestniczyli w 4 szkoleniach:

- Komunikacja z mieszkańcem. Zdobywanie kompetencji prawidłowej komunikacji w codziennej pracy z mieszkańcem;
- Aspekty prawne oraz standardy opieki w DPS;
- Bezpieczny pracownik;
- Postępowanie z mieszkańcem z rozpoznaną chorobą Alzheimera – szkolenie stacjonarne w DPS.

KMPT pozytywnie ocenia ofertę szkoleń kierowaną do pracowników placówki oraz starania dyrekcji w kierunku zapewnienia kadrze rozwoju zawodowego. Zachęca jednocześnie, by rozwój i wsparcie merytoryczne personelu miało 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 w podeszłym wieku, z niepełnosprawnością fizyczną lub intelektualną oraz międzynarodowych standardach ochrony praw człowieka (w tym prawach osób starszych i z niepełnosprawnościami).

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. Wsparcie personelu jest bowiem niezwykle istotne szczególnie w czasie pandemii, gdzie ciągły stres może powodować wzrost napięcia i występowanie sytuacji konfliktowych.

Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu podkreśla, że z uwagi na trudny charakter

pracy, personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki⁴³.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy⁴⁴.

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 Zgromadzenia Sióstr Służebniczek Najświętszej Maryi Panny Niepokalanie Poczętej w Krakowie:

1. Stosowanie wobec mieszkańców szczególnych zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta;
2. Uzupelnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o dokumenty wymagane ustawą o ochronie zdrowia psychicznego;
3. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi szczególnych zabezpieczeń;
4. Zapewnienie w DPS co najmniej 6 łazienek ogólnodostępnych, zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej, w tym zapewnienie na 2 piętrze budynku ogólnodostępnej łazienki dostosowanej do potrzeb osób niepełnosprawnych zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej;
5. Zapewnienie we wszystkich pokojach mieszkańców przycisków przywoławczych w liczbie odpowiadającej liczbie łóżek w pokoju;

⁴³ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zobacz również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

⁴⁴ Zob. art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 lutego 2014 r.

6. Zamontowanie we wszystkich łazienkach mieszkańców luster na odpowiedniej wysokości umożliwiającej korzystanie z nich przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
7. Zapewnienie mieszkańcom Domu oddziaływań terapeutycznych także w soboty i niedziele;
8. Przeprowadzanie obowiązkowego badania lekarskiego nowo przyjętych mieszkańców, możliwie jak najszybciej po przyjęciu;
9. Rejestrowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczenia umiejscowienia obrażeń z wizerunkiem sylwetki człowieka (tzw. mapy ciała) i wykonywanie zdjęć obrażeń;
10. Przechowywanie specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów wraz z dokumentacją fotograficzną w dokumentacji medycznej mieszkańca;
11. Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w porze nocnej;
12. Podawanie mieszkańcom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich i odnotowywanie takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej;
13. Zamieszczenie Skróconego Testu Sprawności Umysłowej w każdym indywidualnym planie wsparcia opracowanym dla każdego mieszkańca;
14. Przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego;
15. Stworzenie skrzynek na skargi, z których mieszkańcy i inne osoby będą mogły korzystać z zachowaniem zasad poufności;
16. W relacjach z mieszkańcami rekomenduje się używania grzecznościowej formy Pan/Pani, chyba że pacjent zaproponuje dobrowolnie inną formę;
17. Zorganizowanie personelowi regularnych superwizji.

II. Prezydentowi Miasta Kraków:

udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

III. Prezesowi Sądu Okręgowego w Krakowie:

przeprowadzanie posiedzeń w przypadku tak istotnych kwestii jak ubezwłasnowolnienie lub umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w sposób stacjonarny, przy osobistym kontakcie składu orzekającego z uczestnikami postępowania.

Opracowała:

Anna Wojtalik

Za Zespół:

Przemysław Kazimirski
Dyrektor Zespołu
/-podpisano elektronicznie/