



Warszawa, 18-01-2024 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.575.3.2023.AO

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej „Słoneczne Wzgórze” w Ryjewie**

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 2023 r., poz. 1058, 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 urzędzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁵. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁶.

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

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁸. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i

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.

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. mieszkaniec, pracownik DPS, 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 10-14 lipca 2023 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej „Słoneczne Wzgórze” w Ryjewie (dalej: DPS, Dom, placówka).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Michał Żłobecki, Michał Olczak (prawnicy), Aleksandra Osińska i Ewa Kownacka (psycholożki).

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 dyrektorkę DPS – p. Jolantę Mroczek;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców placówki, w tym m.in.: pokoi mieszkańców, sanitariatów, przestrzeni przeznaczonych do wspólnego użytku, terenu rekreacyjnego na zewnątrz;
- przeprowadzeniu rozmów indywidualnych z mieszkańcami i pracownikami placówki, bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej;
- wykonaniu dokumentacji fotograficznej.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali upoważnione przez dyrektorkę placówki przedstawicielki personelu 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, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, możliwość realizacji 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 Społecznej „Słoneczne Wzgórze” w Ryjewie jest jednostką budżetową, podlegającą organizacyjnie Starostwu Powiatowemu w Kwidzynie. Przeznaczony jest dla 120 osób dorosłych przewlekłe psychicznie chorych oraz 60 osób z niepełnosprawnością intelektualną. Opiekę w DPS zapewnia zespół pracowników działu opiekuńczo-terapeutycznego, w tym m.in.: opiekunowie, pokojowe, pielęgniarki, technicy fizjoterapii, pracownicy socjalni, instruktorzy terapii zajęciowej oraz psycholog. Mieszkańcy placówki mają umożliwiony dostęp do świadczeń zdrowotnych, lekarza rodzinnego oraz lekarza psychiatrii.

Do dyspozycji mieszkańców pozostają cztery budynki mieszkalne, w których znajdują się pokoje jedno-, dwu-, trzyosobowe dla osób samodzielnych i pokoje czteroosobowe (dla osób leżących), z łazienkami bądź umywalkami. W budynkach znajdują się m.in.: jadalnie, pokoje dziennego pobytu, gabinety medycznej pomocy doraźnej, pracownie terapeutyczne, gabinety fizjoterapeutyczne, punkt biblioteczny oraz pokój psychologa (sąsiadujący z tzw. pokojem wyciszeń).

Na terenie DPS działa także sklepik, w którym mieszkańcy mogą kupić podstawowe produkty spożywcze i artykuły higieniczne. Osoby, które wyraziły taką chęć, mogą nieodpłatnie pracować w sklepiku jako sprzedawca. Zdaniem KMPT takie rozwiązanie zasługuje na aprobatę, ponieważ ma walor terapeutyczny, stanowi duże ułatwienie dla mieszkańców oraz uczy ich samodzielności oraz kompetencji społecznych.

W czasie wizytacji w placówce przebywało 180 mieszkańców.

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. Wskazana kwestia wymaga, w ocenie KMPT, rozwiązania na poziomie legislacyjnym.

Podkreślenia wymaga, iż Krajowy Mechanizm dostrzega pozytywny wymiar przyjętych rozwiązań: dzięki nim ubezwłasnowolnieni mieszkańcy 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 roli opiekuna prawnego. Co więcej, z informacji przekazywanych przedstawicielom KMPT podczas wizytacji wynika, że często to same sądy wyrażają oczekiwanie, aby to właśnie któryś z pracowników wyraził chęć sprawowania opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną.

W tym kontekście warto zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce

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.

odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Stąd też uzasadnioną wątpliwość budzi możliwość dokonania obiektywnej oceny warunków panujących w placówce i zapewnianej tam oferty przez opiekunów prawnych mieszkańców, będących jednocześnie pracownikami tego DPS. 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. Opiekunowie prawni zatrudnieni w placówce mogą także obawiać się zgłosić zaobserwowane nieprawidłowości z uwagi na ryzyko utraty pracy.

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

5.2. Monitoring wizyjny

W wizytowanym DPS monitoring wizyjny obejmuje: pomieszczenie do stosowania izolacji, ciągi komunikacyjne, teren na zewnątrz. Nagrania przechowywane są przez 180 dni, a po tym czasie się nadpisują. Podgląd znajduje się w dyżurce pielęgniarskiej.

Kwestia stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, w związku z jej pominięciem w przepisach regulujących funkcjonowanie tych placówek, pozostaje od

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.

kilku lat w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich¹². 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 monitoringu¹³. 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.¹⁴ Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

5.3. Opieka pielęgniarska

W placówce zatrudnionych jest 9 pielęgniarek na cały etat, 1 na 0,75 etatu, 1 na 0,5 etatu, 3 na umowy zlecenia. Wśród nich jedna ma specjalizację psychiatryczną, a dwie pracują dodatkowo w szpitalu psychiatrycznym. Pielęgniarki pracują w systemie 12-godzinnym (7-19 lub 19-7). Na dyżurze dziennym zawsze są dwie pielęgniarki, w nocy zazwyczaj jest jedna i dodatkowo opiekun medyczny. Opieka pielęgniarska świadczona

¹² Zob. Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., Część IV – Sytuacja w miejscach pozbawienia wolności, s. 111; 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.

¹³ Zob. Wystąpienie generalne RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

¹⁴ Zob. Wystąpienie generalne RPO z 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

jest w placówce całodobowo, także w weekendy, co KMPT ocenia bardzo pozytywnie. Jak wskazywał personel, optymalną sytuacją byłaby możliwość obsadzania dyżurów nocnych przez dwie pielęgniarki. Ponadto na niektórych dyżurach dziennych wskazane byłoby obsadzanie trzech pielęgniarek, tak aby wszelkie zlecenia bądź czynności nie musiały być wykonywane w pośpiechu lub z obawą przed niewyrobieniem się w czasie ze wszystkim obowiązkami.

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.¹⁵

Zgodnie z art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dalej: u.p.s.)¹⁶, 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 publicznych¹⁷. Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza

¹⁵ Wystąpienie generalne z 21 czerwca 2021 r., KMP.575.9.2021.

¹⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 901 ze zm.

¹⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.

uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 59 u.p.s.)¹⁸.

Zgodnie zaś z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa¹⁹ umożliwia się zatrudnienie pielęgniarki w domach pomocy 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 itp.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia powoduje problemy w pozyskaniu do pracy w DPS-ach osób o tym wykształceniu lub częste rezygnacje osób 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

¹⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.

¹⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 ze zm.

opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej, Rzecznik Praw Obywatelskich będzie w dalszym ciągu monitorował omówione powyżej problemy.

5.4. Niestandardowe formy zabezpieczenia

W DPS stosuje się niestandardowe formy opieki bądź zabezpieczenia w postaci barierek lub siatek przy łózkach oraz pasy przy wózkach, które stabilizują postawę mieszkańca i zabezpieczają go przed osunięciem się. Zalecenia dotyczące stosowania tego typu zabezpieczeń są wydawane przez lekarza i wpisywane do dokumentacji medycznej pensjonariusza. Wykorzystywane w tym celu produkty posiadają stosowne atesty i są to produkty specjalistyczne, przeznaczone do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

Opisywane standardy oraz praktyki Krajowy Mechanizm ocenia bardzo pozytywnie. KMPT zdaje sobie sprawę, iż w procesie opiekuńczym istnieją sytuacje, gdy stosowanie pewnych środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia mieszkańca. W związku z tym ich stosowaniu musi towarzyszyć szereg gwarancji, co ma miejsce w wizytowanym DPS.

Aby przy stosowaniu tego typu form zabezpieczenia nie dochodziło do ewentualnych nadużyć, **KMPT rekomenduje 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 wskazanego rozwiązania jest stworzenie 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.

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.²⁰, 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 pozwoli 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 grupa robocza Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opiniująca wprowadzoną przez jeden z zakładów opiekuńczo-leczniczych procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki²¹.

²⁰ Zob. Wystąpienie generalne RPO z 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

²¹ Opinia Zespołu Ekspertów przy Krajowym Mechanizmie Prewencji Tortur z 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.

Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, który w trakcie swoich wizytacji spotkał się z używaniem różnych mechanicznych środków służących zapobieganiu upadkom (pas na brzuch przymocowany do łóżka lub krzesła oraz barierki z jednej lub obu stron łóżka w nocy)²² czy też „środków ograniczających ruch”, które obejmowały m.in. uniemożliwienie podopiecznemu opuszczenie oddziału przez zablokowanie wyjścia za pomocą kodu czy też przypięcie mieszkańców do wózka inwalidzkiego za pomocą pasów bezpieczeństwa oraz montaż szyn po bokach łóżka²³. 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 drzwi²⁴.

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 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 niej²⁵.

CPT podkreślił ponadto, aby za każdym razem, gdy środki ograniczające poruszanie się są stosowane bez ważnej zgody danego mieszkańca, były każdorazowo zlecane lub

²² Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, p. 174.

²³ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80.

²⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

²⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 82.

zatwierdzone przez lekarza po indywidualnej ocenie rezydenta²⁶. 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 pacjenta²⁷.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Traktowanie

W rozmów z przedstawicielami KMPT, a także z obserwacji poczynionych podczas wizytacji wynikało, iż mieszkańcy są, co do zasady, traktowani właściwie, a personel odnosi się do nich z szacunkiem i troską. Także w dokumentacji pensjonariuszy personel używa zwrotów grzecznościowych, np. „mieszkanca Pani (...)”, co – jak wynika z wieloletnich obserwacji KMPT – nie jest standardową praktyką w tego typu placówkach. Niemniej jednak pojawiły się pojedyncze sygnały o stosowaniu przemocy psychicznej wobec mieszkańców przez jedną z opiekunek, pracującą w budynku C. Niewłaściwe zachowania miały polegać m.in. na zwracaniu się do niektórych mieszkańców podniesionym głosem, krzyczeniu na nich, tworzeniu atmosfery, w której mieszkańcy mają nie przeszkadzać, szczególnie w nocy (jedna z mieszkanek, mająca problemy urologiczne, po zmoczeniu pościeli, nie zgłosiła tego opiekunce z obawy przed jej reakcją). Ponadto pojawiać się miały także przykre i krytyczne komentarze ze strony opiekunki kierowane do mieszkańców, dotyczące ich wagi, a także odmawianie dokładek posiłków osobom uznanym przez opiekunkę za otyłe. Kładziony miał być też nacisk na to, aby mieszkańcy najadali się do syta w porze kolacji i po godzinie 20 nie prosili już o nic do zjedzenia.

²⁶ Tamże.

²⁷ 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].

KMPT zaleca systematyczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania podopiecznych z szacunkiem i godnością. Zachowania i komentarze opisane powyżej są niedopuszczalne, a każda informacja wskazująca na tego typu incydenty powinna zostać starannie zweryfikowana. W razie potwierdzenia stawianych zarzutów dyrekcja placówki powinna wyciągnąć konsekwencje wobec sprawców.

Krajowy Mechanizm zaleca również organizację szkoleń z zakresu ochrony praw człowieka oraz pracy z pacjentem psychiatrycznym, skierowanych do wszystkich pracowników placówki. Warto również przeprowadzić szkolenia z zakresu radzenia sobie z agresywnym mieszkańcem oraz deeskalacji konfliktu.

Należy podkreślić, iż osoby przebywające w tej placówce, przewlekłe psychicznie chore, należą do grupy szczególnie wrażliwej i narażonej na ryzyko złego traktowania, dlatego tym bardziej należy dołożyć wszelkich starań, aby w maksymalnym stopniu zadbać o ich bezpieczeństwo. Należy zwrócić również większą uwagę na sposób odnoszenia się personelu do mieszkańców, a także umożliwiania mieszkańcom (tym, którzy są do tego zdolni) samodzielnej realizacji poszczególnych czynności dnia codziennego, związanych z ich pobytem w placówce.

Na kwestię odpowiedniego przeszkolenia personelu w placówkach opieki zwracał także uwagę CPT, pisząc, iż „biorąc pod uwagę trudny charakter pracy, ważne jest, aby personel w placówkach opieki społecznej był starannie dobrany i odpowiednio przeszkolony w zakresie humanitarnej i bezpiecznej opieki nad mieszkańcami, przed podjęciem przez nich obowiązków, a także w formie przypominających i regularnych szkoleń w późniejszym okresie. Ponadto personel powinien w trakcie wykonywania swoich obowiązków podlegać regularnemu nadzorowi. Ważne jest także zapewnienie personelowi odpowiedniego wsparcia, aby uniknąć wypalenia zawodowego oraz utrzymać wysokie standardy opieki”²⁸.

²⁸ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, p. 17.

6.2. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń

Opiekę medyczną nad mieszkańcami sprawuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który w placówce realizuje wizyty średnio raz w tygodniu, oraz lekarz psychiatra, który również odbywa konsultacje raz w tygodniu. Zarówno lekarz POZ, jak i lekarz psychiatra w nagłych sytuacjach udzielają konsultacji telefonicznych. Dostęp do lekarzy specjalistów odbywa się według potrzeb, zarówno w ramach świadczeń NFZ, jak i wizyt prywatnych.

Opieka pielęgniarska opisana została szerzej w pkt 5.3 raportu.

Każdy nowy mieszkaniec badany jest przez lekarza w pierwszym możliwym terminie, kiedy obecny jest w placówce (badani są także mieszkańcy powracający z dłuższej hospitalizacji). Ponadto pielęgniarka dokonuje oglądu ciała takiego mieszkańca. Ewentualne obrażenia lub zmiany skórne odnotowywane są w karcie wywiadu pielęgniarskiego i dołączane do dokumentacji medycznej. Pielęgniarki stosują ponadto specjalny formularz zawierający rysunki anatomiczne ciała człowieka, jednak zaznaczane są na nim jedynie ewentualne odleżyny, jakie posiada mieszkaniec.

Krajowy Mechanizm pragnie podkreślić, że sprawdzoną gwarancją zapobiegania torturom jest przeprowadzanie badań medycznych nowo przybyłych mieszkańców w jak najszybszym terminie od 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 osobą²⁹.

W ocenie KMPT w celu dokładnego rejestrowania obrażeń i urazów należy stosować specjalny formularz, zawierający rysunki anatomiczne ciała człowieka do oznaczenia umiejscowienia obrażeń (a nie tylko odleżyn). Powyższy formularz (tzw. mapy ciała) powinien być przechowywany w dokumentacji medycznej mieszkańca. W przypadku poważniejszych obrażeń zalecane jest robienie zdjęć i włączanie ich do dokumentacji medycznej³⁰.

Zarówno same mapy ciała, jak i informacje, jak w sposób praktyczny z nich korzystać, znajdują się w Protokole stambulskim, czyli Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania³¹. 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. Dodatkowo, wykorzystując w codziennej pracy mapy ciała, w łatwy sposób można oznaczyć wszelkie zmiany skórne. To niezwykle ważne, szczególnie w przypadku pierwszego badania przy przyjęciu do placówki, a także przed jej opuszczeniem lub po powrocie z dłuższej nieobecności, np. z hospitalizacji. Prawidłowa dokumentacja tego typu obrażeń pozwoliłaby jednoznacznie wskazać, w której placówce doprowadzono do powstania odleżyn.

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

³⁰ 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, p. 74 oraz Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, p. 27, 80.

³¹ 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>.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują działające w ramach ONZ i Rady Europy, w obszarze prewencji tortur oraz praw osób pozbawionych wolności, następujące instytucje: Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)³², Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)³³, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur³⁴ i CPT³⁵.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca przeprowadzenie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu Protokołu stambulskiego oraz stosowanie wskazanych w nim map ciała przy każdego rodzaju zmianach skórnych i dołączanie ich do indywidualnej dokumentacji medycznej mieszkańców.

Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani, że niektórzy pensjonariusze przyjmują leki w formie rozkruszonej, zlecenie takie wydaje lekarz w formie ustnej. Jednakże w dokumentacji mieszkańców ten fakt nie był odnotowywany.

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

Każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Pacjent musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. KMPT ponadto pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego

³² Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, s. 27-28.

³³ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raporty z wizyt: w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, p. 55 oraz w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, p. 63.

³⁴ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, p. 77 (e).

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

Towarzystwa Psychiatrycznego³⁶, rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwiobiegu 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.

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. Ponadto KMPT zaleca każdorazowo informowanie pacjentów o tym, jakie leki przyjmują i w jakiej formie, jeżeli mają wątpliwości co do stosowanej wobec nich farmakoterapii.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził fakt pozyskania i trzymania w dokumentacji ubezwłasnowolnionych mieszkańców ogólnego oświadczenia opiekuna prawnego o wyrażeniu przez niego zgody na badania medyczne, leczenie szpitalne lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego (zgoda blankietowa). Ponadto oświadczenie to nie zawierało daty wyrażenia zgody.

Sytuacja taka jest niezgodna z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści³⁷, zgodnie z którymi lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1). 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). Zgoda może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na

³⁶ 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.

³⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 ze zm.

wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym (art. 32 ust. 7).

KMPT zaleca więc każdorazowe odbieranie zgody na konkretne świadczenie medyczne od opiekunów prawnych. Zwraca również uwagę, że w sytuacjach nagłych udzielenie podopiecznemu świadczenia zdrowotnego, w tym przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, może odbyć się bez zgody zainteresowanych (art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7 ustawy). Ponadto jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w ust. 1 (zabieg operacyjny, zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta), a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego (art. 34 ust. 6).

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

Biorąc pod uwagę powyższe, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca dostosowanie procedury odbierania od przedstawicieli ustawowych mieszkańców zgód na świadczenia z zakresu opieki medycznej do obowiązujących w tej mierze przepisów prawa.

6.3. Kontakt ze światem zewnętrznym

Z przeprowadzonych rozmów z mieszkańcami oraz personelem wynika, iż placówka nie stosuje żadnych zakazów w kontekście odwiedzin. Osoby bliskie, rodzina, przyjaciele mogą w każdej chwili swobodnie i bez zapowiedzi przyjść do DPS i spotkać się z mieszkańcem. Spotkania odbywają się w pokoju mieszkańca, w

specjalnie przygotowanym do tego celu pokoju odwiedzin bądź na terenie zewnętrznym, np. na tarasie lub ławeczce, jeśli pozwalają na to warunki pogodowe. Ponadto osoby odwiedzające swoich bliskich mają także do dyspozycji pokój gościnny, w którym mogą skorzystać nieodpłatnie z noclegu, co ułatwia podtrzymywanie relacji z bliskimi mieszkającymi w dużym oddaleniu od placówki. Część mieszkańców (jeśli sytuacja zdrowotna im na to pozwala) może także korzystać z dłuższych i krótszych przepustek pod opieką rodziny i znajomych, a także wychodzić samodzielnie, np. do sklepu do miasta bądź na spacer do pobliskiego lasu.

Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji od personelu wynikało, iż żaden z mieszkańców nie ma zakazu wyjść poza teren placówki. Rozmowy z mieszkańcami dostarczyły jednak informacji, iż niektórzy z nich nie mogą wychodzić poza teren DPS, gdyż w przeszłości dochodziło do sytuacji, w których przykładowo tracili orientację w terenie i nie potrafili samodzielnie wrócić do placówki. Ponadto na tablicy w dyżurce pielęgniarek widniała notatka dotycząca jednej z mieszkank, aby pamiętać o niezezwalaniu jej na wychodzenie poza teren DPS bez opiekuna.

Przedstawiciele KMPT mają świadomość, iż w niektórych przypadkach, ze względu na bezpieczeństwo samych pensjonariuszy, wprowadzenie ograniczeń w samodzielnym opuszczaniu terenu placówki opiekuńczej jest niezbędne, zwłaszcza w przypadku osób ze stwierdzoną demencją. Należy jednak pamiętać, że ograniczenia w tym zakresie powinny być wprowadzane wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a nie w sposób nieformalny.

Krajowy Mechanizm pragnie w tym miejscu zasygnalizować, iż w art. 55 ust. 2b-2i u.p.s. określono zasady ewentualnego ograniczania samodzielnego wyjść przez mieszkańców DPS. Wynika z nich m.in., że gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu mieszkańca domu będącego osobą z zaburzeniami psychicznymi, dyrektor lub kierownik tego domu może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tego mieszkańca terenu domu pomocy społecznej na podstawie

zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.

W przepisach określono również, że tego rodzaju ograniczenie powinno zostać sporządzone w formie pisemnej i powinno zawierać:

- wskazanie osoby, której ograniczenie dotyczy;
- okresu, na jaki jest wydane;
- uzasadnienie ograniczenia;
- pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego.

Ponadto ograniczenie doręcza się mieszkańcowi domu, a gdy jest on osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie – również jego przedstawicielowi ustawowemu. Doręczając ograniczenie, dyrektor lub kierownik domu pomocy społecznej poucza mieszkańca domu o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia. Dodatkowo informację o ograniczeniu dyrektor lub kierownik domu pomocy społecznej przesyła do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten dom, w terminie 3 dni od dnia doręczenia ograniczenia mieszkańcowi. Należy także pamiętać, że mieszkańiec domu, w tym również mieszkaniec ubezwłasnowolniony, jego przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nim faktyczną opiekę mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się dom pomocy społecznej, z wnioskiem o uchylenie ograniczenia.

Ze względu na fakt, iż w trakcie wizytacji w dokumentacji mieszkańców nie znajdowały się wspomniane zaświadczenia, **KMPT zaleca uzupełnienie teczek osobowych pensjonariuszy, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie wskazane w art. 55 ust. 2b-2i ustawy o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie**

w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.

6.4. Dokumentacja mieszkańców

Teczki osobowe mieszkańców przechowywane są w pokoju personelu socjalnego w budynku administracyjnym, natomiast dokumentacja medyczna – w dyżurce pielęgniarek. Dokumentacja psychologiczna sporządzana jest głównie w formie elektronicznej i przechowywana na zabezpieczonym hasłem komputerze psycholożki (niektóre dokumenty przechowywane są także w teczkach osobowych pensjonariuszy).

W sytuacji, gdy instytucje zewnętrzne zwracają się z prośbą o dokumentację konkretnego mieszkańca (zwykle jest to sąd opiekuńczy w związku z prowadzonym postępowaniem w przedmiocie ubezwłasnowolnienia), dokumentacja przygotowywana i wysyłana jest przez zespół socjalny. Dotyczy to także dokumentacji medycznej, którą personel socjalny kseruje i dokłada do wysyłanych dokumentów z tecki osobowej danego mieszkańca. Opinie psychologiczne drukowane są przez psycholożkę, a następnie przekazywane zespołowi socjalnemu w celu dołożenia do koperty z wysyłanymi dokumentami do sądu. Taki sposób organizacji prowadzi do sytuacji, w której dostęp do dokumentacji medycznej i psychologicznej mają osoby nieuprawnione. Należy bowiem pamiętać, iż dokumentacja medyczna zawiera dane szczególnie wrażliwe, tj. informacje o stanie zdrowia mieszkańca, jego ewentualnych dolegliwościach, wyniki badań, stosowanej farmakoterapii itp., i co do zasady dostęp do niej powinni mieć jedynie przedstawiciele personelu medycznego.

W związku z powyższym Krajowy Mechanizm rekomenduje wprowadzenie odpowiednich zasad związanych z obiegiem dokumentacji w wizytowanej placówce:

- **personel medyczny (w tym również asystenci medyczni) powinien kopiować wszelką dokumentację medyczną;**
- **personel medyczny i psychologiczny po przygotowaniu dokumentacji do wysyłki dla sądu powinien umieszczać taką dokumentację w nieprzeźroczystej zaklejonej kopercie, odpowiednio opisanej imieniem i nazwiskiem mieszkańca, wraz z adnotacją „dokumentacja medyczna/psychologiczna” – i w takiej formie przekazywać ją osobom z zespołu socjalnego.**

Kolejnym zidentyfikowanym problemem przez przedstawicieli KMPT dotyczącym dokumentacji medycznej jest kwestia jej odbioru z placówek medycznych, w których leczone są osoby zamieszkujące DPS. Do odbioru takiej dokumentacji upoważnieni są bowiem kierownicy zatrudnieni w DPS. Dotyczy to w szczególności odbioru wyników badań prowadzonych w zewnętrznych podmiotach leczniczych (rzadziej wypisów ze szpitala po odbytej hospitalizacji, epikryz wydawanych przez pogotowie ratunkowe lub SOR). Z informacji przekazanych przez personel placówki wynika, iż placówki zewnętrzne zazwyczaj nie zabezpieczają w żaden sposób wydawanej dokumentacji, w związku z tym jej treść może być widoczna dla kierowców, którzy ją odbierają.

Mając na względzie ochronę danych medycznych mieszkańców, **Krajowy Mechanizm zaleca wystosowanie pism do placówek medycznych, w których leczone są osoby zamieszkujące DPS, z prośbą o przekazywanie dokumentacji medycznej osobom upoważnionym do jej odbioru, tj. kierowcom placówki, w sposób uniemożliwiający zapoznanie się z jej treścią (np. przez umieszczenie w zaklejonej nieprzeźroczystej kopercie, opisanej imieniem i nazwiskiem danego mieszkańca).**

W trakcie analizy dokumentacji prowadzonej na miejscu, delegacja natrafiła na przypadki chaotycznego ułożenia bądź braku numerów kolejnych stron (m.in. w raportach pielęgniarskich, w dokumentacji dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego). Niekiedy dokumenty były tylko częściowo ułożone chronologicznie.

Raporty pielęgniarskie oprawiane są w okładki z tzw. listwami, co umożliwia wyjmowanie tylko części dokumentacji w celu jej kopiowania na potrzeby innych instytucji. Ze względu na brak numerów stron pojawiały się miejsca, w których chronologia była zaburzona przez okres kilku dni. Taka sytuacja może prowadzić do tego, iż pielęgniarka przychodząca na dyżur bądź powracająca np. z urlopu może przeoczyć ważne wpisy w raporcie dotyczące konkretnego mieszkańca.

W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zaleca, aby w każdym rodzaju dokumentacji prowadzić numerację stron. Pozwoli to uniknąć chaosu informacyjnego oraz ułatwi prawidłowe umieszczanie tych części dokumentacji, które są czasowo wyjmowane, a po sporządzeniu kopii ponownie wkładane do dokumentacji. Co jednak najbardziej istotne, wskazane rozwiązanie ułatwi analizę dokumentów i zminimalizuje ryzyko pominięcia ważnych informacji dotyczących mieszkańca.

6.5. Szkolenia personelu

Kwalifikacje personelu nie budzą zastrzeżeń przedstawicieli Krajowego Mechanizmu. Jak wynika z przekazanych przez dyrekcję placówki informacji, w latach 2022-2023 pracownicy odbyli następujące szkolenia:

- Opieka długoterminowa w praktyce;
- Uzależnienia behawioralne;
- Wyzwania menagera DPS. Odporność psychiczna zespołu opiekuńczo-terapeutycznego i mieszkańca;
- Praca z osobą chorą na Alzheimerera;
- Jak wspierać i rozmawiać z mieszkańcami o kryzysie wywołanym wojną w Ukrainie;
- Prawa mieszkańców DPS (Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur);

- Zasady właściwego kontaktu z rodzinami osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną;
- Alternatywne formy komunikacji z mieszkańcami DPS;
- Radzenie sobie ze stresem i trudnymi emocjami w kryzysie;
- Trudne sytuacje w opiece nad człowiekiem żyjącym z demencją;
- Przymus bezpośredni w DPS;
- Radzenie sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych a wypalenie zawodowe;
- Rozliczenie pobytu mieszkańca w DPS – zagadnienia praktyczne;
- Zmiany w prawie pracy 2022/2023. Badanie trzeźwości i praca zdalna, work-life balance oraz inne ważne zmiany w prawie pracy uchwalone w kwietniu 2023 r.;
- Kierunki prowadzonej terapii. Metody pracy z mieszkańcami DPS z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną. Prawa mieszkańca, etyka pracy pracownika;
- Balance Taping Therapy.

Krajowy Mechanizm pozytywnie ocenia ofertę szkoleniową dostępną dla pracowników DPS. 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 powinien otrzymać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki³⁸.

Mając powyższe na uwadze, **KMPT zaleca organizowanie regularnych szkoleń z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, sprawowania opieki nad osobami z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw oraz komunikacji**

³⁸ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, p. 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, p. 149.

interpersonalnej w relacji pracownik–mieszkaniec. Istotne jest również cykliczne przypominanie pracownikom o zasadach stosowania przymusu bezpośredniego. Powyższymi szkoleniami powinni zostać objęci wszyscy pracownicy mający kontakt z mieszkańcami.

KMPT zaleca również przeprowadzenie dla wszystkich pracowników placówki szkoleń z zakresu ochrony praw człowieka oraz pracy z pacjentem psychiatrycznym. Warto również przeprowadzić szkolenia z zakresu radzenia sobie z agresywnym mieszkańcem oraz deeskalacji konfliktu (zob. pkt 6.1 raportu).

KMPT rekomenduje ponadto zorganizowanie personelowi superwizji (zwłaszcza personelowi sprawującemu opiekę psychologiczną nad mieszkańcami), 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, podczas których mogliby omówić związane z pracą trudności bądź wątpliwości, przyczyni się do podniesienia komfortu pracy, a więc w konsekwencji wpłynie 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 pozostając w relacji zależności służbowej, nie będzie w stanie zapewnić wystarczającej swobody i poczucia anonimowości, które są konieczne dla prowadzenia skutecznych oddziaływań. Stwarza to kolejne ryzyko zagrożenia niewłaściwym traktowaniem podopiecznych w sytuacjach kumulacji stresu i w wyniku wypalenia zawodowego.

KMPT od lat podkreśla, że odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki bez uciekania się do przemocy.

Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami, niehumanitarnym 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. przez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń).

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy³⁹.

6.6. Opieka psychologiczna

W placówce zatrudniona jest psycholożka, w pełnym wymiarze godzin. Pracuje ona z mieszkańcami zarówno indywidualnie, jak i grupowo. Co do zasady pracuje stacjonarnie w DPS i na miejscu udziela wsparcia psychologicznego, jednocześnie raz w tygodniu pracuje zdalnie i w tym czasie prowadzi rozmowy online z mieszkańcami bądź zajmuje się wypełnianiem/wytwarzaniem dokumentacji psychologicznej na potrzeby konkretnych mieszkańców. W swojej codziennej pracy podejmuje następujące działania:

- pracuje z osobami, które zmagają się z problemami komunikacyjnymi;
- bierze niekiedy udział w spotkaniach z lekarzem psychiatrą i mieszkańcem;
- diagnozuje mieszkańców;
- bierze udział w regularnych spotkaniach zespołu opiekuńczo-terapeutycznego;
- tworzy Indywidualne Plany Wsparcia dla mieszkańców;

³⁹ 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.

- sporządza opinie psychologiczne, np. na potrzeby sądu bądź innych instytucji zewnętrznych;
- prowadzi zajęcia grupowe i indywidualne (Trening Schulza i Jacobsona);
- prowadzi rozmowy z rodzinami mieszkańców (opcjonalnie);
- jest odpowiedzialna za przeprowadzenie pierwszej rozmowy diagnostycznej z nowo przybyłym mieszkańcem do placówki;
- udziela porad i przekazuje informacje z zakresu edukacji seksualnej.

W tym miejscu należy także nadmienić, iż gabinet psychologiczny sąsiaduje z tzw. pokojem wyciszeń. Pomieszczenie to powstało z inicjatywy samej psycholożki, środki na ten cel zostały wygospodarowane z budżetu placówki. Taka inicjatywa zasługuje na aprobatę, pokój ten bowiem służy mieszkańcom w chwilach, gdy potrzebują wyciszenia, wytonowania swoich emocji, a także odbywają się w nim zajęcia relaksacyjne.

Krajowy Mechanizm bardzo pozytywnie ocenia fakt możliwości otrzymania wsparcia psychologicznego w placówce. Biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców korzystających ze wsparcia psychologicznego (przykładowo w 2022 r. z takiego wsparcia skorzystało ok. 150 pensjonariuszy), KMPT ma pewne wątpliwości, czy jeden psycholog jest w stanie odpowiedzieć na potrzeby mieszkańców, którzy biorąc pod uwagę profil placówki, nierzadko zmagają się z wieloma problemami na tle psychologicznym.

Z informacji uzyskanych od personelu wynika, iż dyrekcja podejmuje próby zatrudnienia drugiego psychologa. **W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zwraca się z pytaniem, czy wspomniane próby zakończyły się sukcesem, a jeśli nie – z czego wynikają trudności w tym zakresie.**

6.7. Warunki bytowe

Na DPS w Ryjewie składa się kompleks budynków (w tym: cztery budynki mieszkalne i jeden administracyjny). Budynek B jest największy (zamieszkuje go 129 osób) i najnowszy. Jest także w pełni dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Pozostałe budynki uznane zostały za zabytek i objęte nadzorem konserwatora zabytków. W trakcie wizytacji w części kompleksu odbywały się prace remontowe. Kontrola przeprowadzona przez Straż Pożarną wykazała konieczność dostosowania zabytkowych budynków do bieżących przepisów przeciwpożarowych. Z uwagi na szacowane koszty i prognozowane utrudnienia w toku prac remontowo-modernizacyjnych istniejących budynków, organ prowadzący podjął decyzję o budowie nowej części, przeznaczonej dla maksymalnie 60 osób.

W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zwraca się z prośbą o udzielenie informacji w przedmiocie stopnia zaawansowania działań podjętych dotychczas w tym zakresie.

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. Dyrektorce Domu Pomocy Społecznej „Słoneczne Wzgórze” w Ryjewie:

1. systematyczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania podopiecznych z szacunkiem;
2. przeprowadzenie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu Protokołu stambulskiego oraz stosowanie wskazanych w nim map ciała przy każdego rodzaju zmianach skórnych i dołączanie ich do indywidualnej dokumentacji medycznej mieszkańców;

3. podawanie mieszkańcom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, i odnotowywanie takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej;
4. każdorazowe informowanie pacjentów o tym, jakie leki przyjmują i w jakiej formie, jeżeli mają wątpliwości co do stosowanej wobec nich procedury;
5. dostosowanie procedury odbierania od przedstawicieli ustawowych mieszkańców zgód na świadczenia z zakresu opieki medycznej do obowiązujących w tej mierze przepisów prawa;
6. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia niestandardowymi formami opieki, stosownie do uwag zawartych w pkt 5.4 raportu;
7. uzupełnienie teczek osobowych mieszkanek, które mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie wskazane w art. 55 ust. 2b-2i ustawy o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;
8. zarządzanie dokumentacją medyczną i psychologiczną zgodnie ze wskazówkami zawartymi w pkt 6.4 raportu;
9. organizowanie szkoleń, o których mowa w pkt 6.1 raportu, oraz z zakresu pierwszej pomocy, sprawowania opieki nad osobami z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec;
10. zorganizowanie personelowi (zwłaszcza sprawującemu opiekę psychologiczną nad mieszkańcami) superwizji.

II. Staroście kwidzyńskiemu:

1. udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Ponadto, na podstawie art. 20 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zwracają się do dyrektorki Domu Pomocy Społecznej „Słoneczne Wzgórze” w Ryjewie o udzielenie informacji w kwestiach wskazanych w pkt 6.6 i 6.7 niniejszego raportu.

Opracowała: Aleksandra Osińska

Za Zespół podpisuje:

Z poważaniem

Marcin Kusy

Zastępca Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/