

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur  
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów w Warszawie  
(wyciąg)**

### **1. Wstęp**

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 29-30 stycznia 2019 r. do Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów w Warszawie przy ul. Dickensa 25 (zwanego dalej: DPS, domem, placówką) udali się przedstawiciele Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (zwanego dalej: KMPT, Mechanizm) w składzie: Przemysław Kazimirski (dyrektor Zespołu, prawnik), Tomasz Górecki (psycholog), Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz dr n. med. Joanna Klara Żuchowska – ekspert KMPT, specjalista chorób wewnętrznych II stopnia. Wyniki jej ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu. Podczas drugiego dnia wizytacji do Zespołu dołączyła dr Hanna Machińska – zastępczyni RPO.

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, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu mieszkańców i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W ramach wizytacji przeprowadzone czynności polegały na:

- rozmowie z Jolantą Lisiecką – dyrektorem placówki;
- oglądzie domu, w tym m.in.: wybranych pokoi mieszkańców, sanitariatów, świetlic, pracowni terapii zajęciowej, sal rehabilitacji, jadalni;

- rozmowach z mieszkańcami i personelem placówki;
- rozmowach indywidualnych z mieszkańcami w warunkach wyłączających obecność osób trzecich;
- analizie dokumentacji dotyczącej mieszkańców m.in.: książek raportów pielęgniarских, raportów opiekunów, losowo wybranych akt osobowych mieszkańców ubezwłasnowolnionych oraz umieszczonych decyzją sądu, rejestru skarg i wniosków.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali dyrektor domu o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali jej uwag i wyjaśnień.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe dokumenty oraz notatki 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 opisano jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMPT wyróżniają placówkę na tle pozostałych oraz te, które wymagają poprawy. Raport zawiera także problemy systemowe wymagające zmiany istniejącego prawa lub praktyki jego stosowania.

## **2. Zakaz represji**

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

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

### **3. Charakterystyka placówki**

Dom Pomocy Społecznej dla Kombatantów w Warszawie jest jednostką organizacyjną podległą Prezydentowi m.st. Warszawy. Placówka funkcjonuje od 1997 r. Od dnia 7 lipca 2009 r. działa w oparciu o zezwolenie na prowadzenie domu wydane na czas nieokreślony przez Wojewodę Mazowieckiego decyzją nr 12/2009, znak: WPS.II.AG/9013/11/09.

Placówka przeznaczona jest dla 70 osób przewlekle somatycznie chorych, w szczególności posiadających uprawnienia kombatanckie. W czasie wizytacji w domu przebywało 68 osób (37 kobiet i 31 mężczyzn), z czego jedna z osób była ubezwłasnowolniona, a w 6 przypadkach o umieszczeniu w DPS zdecydowało postanowienie sądu. Nikt z pracowników domu nie pełnił funkcji opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej.

### **4. Mocne strony i dobre praktyki**

#### **4.1. Wsparcie personelu**

W ramach projektu „*AGE-Działania na rzecz aktywnego i godnego starzenia się w Warszawie*” opracowane zostały standardy opieki i pracy personelu w domach pomocy społecznej, które zarządzeniem nr 26/2017 Dyrektora Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie z dnia 25 sierpnia 2017 r. wprowadzone zostały w DPS-ach prowadzonych przez m.st. Warszawę. Wytyczne te były następnie doprecyzowywane przez poszczególne placówki, w wyniku czego w wizytowanym domu wprowadzono *Standardy opieki i pracy personelu DPS dla Kombatantów w Warszawie*. Znajdują się wśród nich m.in.: Superwizja jako stały element wsparcia personelu, Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu personelu, Wymiana wiedzy i doświadczeń jako element wsparcia personelu, Kodeks Etyki pracowników, Zasady postępowania z mieszkańcem agresywnym. Standardy te niezwykle jasno określają zasady postępowania, a także możliwości działania oraz doskonalenia zawodowego pracowników DPS.

W domu realizowany jest także projekt „*Wspieramy warszawskie DPS-y*”, prowadzony przez Fundację Oswoić Stres. Jego celem jest ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających z używania alkoholu przez mieszkańców DPS. W jego ramach realizowane są nie tylko działania z zakresu profilaktyki ukierunkowanej na mieszkańców, ale przede wszystkim wsparcie pracowników poprzez prowadzenie superwizji i szkoleń.

Na uwagę zasługują także inne szkolenia dla pracowników – realizowane zarówno w placówce, jak i przez podmioty zewnętrzne, również w ramach wymiany doświadczeń

z innymi warszawskimi domami pomocy społecznej. Szkolenia te dotyczyły m.in. pierwszej pomocy, opieki paliatywnej, seksualności mieszkańców, psychologicznych aspektów starzenia się, praw mieszkańców domu, oddziaływań terapeutycznych oraz metod pracy z mieszkańcem, przymusu bezpośredniego, zachowań agresywnych wśród mieszkańców, kształtowania właściwych relacji z osobami z zaburzeniami psychicznymi, komunikacji asertywnej, radzenia sobie ze stresem i problemami zawodowymi. Co roku odbywają się szkolenia obejmujące ponad 20 różnych zagadnień.

W opinii KMPT tak szeroka oferta szkoleń jest niezwykle cenna, bowiem dobrze wyszkolony personel jest jednym z kluczowych elementów niwelujących możliwość występowania okrutnego czy poniżającego traktowania.

#### **4.2. Oferta kulturalno-oświatowa**

Oferta kulturalno-oświatowa realizowana w placówce jest bardzo bogata. Organizowane są wyjścia m.in. do muzeów, galerii sztuki czy papugarni. Dom aktywnie współpracuje ze środowiskiem lokalnym. Cyklicznie odbywają się spotkania z dziećmi i młodzieżą z okolicznych szkół i przedszkoli. Ponadto studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w ramach praktyk studenckich prowadzą wykłady dla mieszkańców na temat zdrowego stylu życia i odżywiania.

Dom współpracuje także z wolontariuszami. W 2018 roku pomocą z ich strony zostało objętych 21 mieszkańców. Dodatkowo Dom zaangażował się w projekt „Dla Kombatanta” realizowany przez Fundację Cultura Memoriae oraz Stowarzyszenie mali bracia Ubogich. W ramach akcji realizowane są działania związane z opieką wolontariacką a także organizowane są pokazy filmów dla mieszkańców.

Bogata jest również oferta zajęć terapeutycznych. W ramach arteterapii wykonywane są m.in. rysunki, wyklejanki, decoupage, hafciarstwo, malarstwo, tkactwo. Prowadzona jest muzykoterapia i biblioterapia. Jest także kącik komputerowy. Ponadto teren domu jest otoczony ogrodem sensorycznym, w którym latem prowadzona jest hortiterapia.

W DPS funkcjonuje też kawiarenka finansowana po części z niewielkich składek mieszkańców domu (ok. 2 zł miesięcznie), w której w miłej atmosferze mogą spotkać się z odwiedzającymi ich gośćmi.

### **4.3. Prawo do informacji i mechanizm skargowy**

KMPT bardzo pozytywnie ocenia działania informacyjne i funkcjonujący w placówce mechanizm skargowy. Na tablicy informacyjnej znajdują się m.in. dane instytucji stojących na straży praw człowieka. Za bardzo dobrą praktykę należy też uznać zamieszczenie informacji o uprawnieniach osób przyjętych do DPS na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego, w tym o możliwości występowania z wnioskiem o zmianę orzeczenia lub zniesienie obowiązku przebywania w placówce. To niezwykle cenne, ponieważ osoby przebywające w tego typu placówkach często nie mają rozbudowanej świadomości prawnej lub nie śledzą na bieżąco zmian legislacyjnych, a dzięki dostępowi do takiej informacji będą miały lepszą możliwość skorzystania ze swoich praw.

Co miesiąc odbywają się spotkania dyrektor domu z mieszkańcami, podczas których przedstawiane są najważniejsze informacje na temat bieżącej działalności placówki i planowanych wydarzeń. Na przykład w związku z wejściem w życie nowych przepisów na temat ochrony danych osobowych (RODO) mieszkańcy zostali poinformowani o tym, w jaki sposób ich dane będą przetwarzane, dyrekcja bezpośrednio odpowiadała też na ich wątpliwości w tym zakresie. Spotkania są również okazją do zgłaszania przez mieszkańców próśb i wniosków czy skarg, w tym także dotyczących zachowania personelu. W przypadku kilku pracowników, którzy niewłaściwie odnosili się do mieszkańców, dyrektor zdecydowała o nieprzedłużaniu umowy o pracę. Ponadto pensjonariusze mogą skargi składać osobiście podczas indywidualnych spotkań z dyrektorem, ale także – z zachowaniem anonimowości – pisemnie na kartach wrzucanych do urny znajdującej się w pobliżu sekretariatu. Wszystkie skargi są odpowiednio ewidencjonowane wraz z informacją o sposobie ich rozwiązania, a szczegółowe zasady składania oraz rozpatrywania skarg i wniosków zostały uregulowane w zarządzeniu dyrektora.

### **4.4. Organizacja wyjść mieszkańców**

Od lat KMPT zwraca uwagę, że kwestia reglamentacji wyjść pensjonariuszy jest problemem systemowym, który wymaga unormowania na poziomie ustawy<sup>1</sup>. Obowiązujące przepisy prawne nie zawierają regulacji, które dopuszczałyby wprowadzanie ograniczeń

---

<sup>1</sup> Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2014, s. 81-82; Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2015, s. 88-89; Raport Rzecznika Praw Obywatelskich pt. *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Naruszenia – Dobre praktyki – Problemy systemowe*; lipiec 2017 r., s. 48-50.

w zakresie możliwości swobodnego opuszczania przez mieszkańców budynków oraz terenu placówki.

Z tym większą satysfakcją KMPT przyjął, że w domu realizowane jest zalecenie Mechanizmu dotyczące zasad ewentualnego ograniczania wyjść mieszkańców poza teren DPS. To lekarz podczas badania stwierdza, czy dany mieszkaniec może samodzielnie opuszczać placówkę, a informacja taka jest umieszczana w dokumentacji indywidualnej. Na tej podstawie tworzona jest także lista mieszkańców, którzy placówkę mogą opuszczać tylko w asyście innej osoby (członków personelu, rodziny, znajomych). Lista ta znajduje się m.in. na portierni, jest także na bieżąco aktualizowana. W czasie wizytacji 49 osób mogło opuszczać placówkę wyłącznie pod opieką innej osoby. Decyzja lekarza w tym zakresie może jednak zostać zmieniona, jeśli w czasie kolejnego badania uzna, że stan mieszkańca uległ poprawie i samodzielne wyjścia nie będą zagrażały bezpieczeństwu pensjonariusza.

#### **4.5. Zatrudnienie psychologa**

W dniu wizytacji w placówce nie był zatrudniony psycholog (pracował do końca 2018 roku), trwało natomiast postępowanie rekrutacyjne na to stanowisko, w wymiarze ½ etatu, który docelowo mógłby zostać w przyszłości rozszerzony. W razie potrzeby pensjonariusze mogli jednak korzystać ze wsparcia udzielanego przez psychologów realizujących zadania w ramach projektu „*Wspieramy warszawskie DPS-y*”.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że przepisy nie zobowiązują dyrektorów domów do zatrudniania psychologa, a jedynie do zapewnienia mieszkańcom kontaktu z nim. Tymczasem należy mieć na uwadze, że do domów pomocy społecznej często trafiają osoby ze środowisk zaniedbanych społecznie, wymagające dużego wsparcia psychologicznego w celu przywrócenia prawidłowych mechanizmów funkcjonowania oraz pokonania trudności adaptacyjnych w nowym miejscu. Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy mieszkaniec trafia do placówki wbrew swojej woli. Doświadcza wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się z nową, trudną dla niego sytuacją, czemu może towarzyszyć spadek nastroju, negatywne emocje oraz napięcie psychiczne. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z mieszkańcem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia. Ponadto w ocenie przedstawicieli Mechanizmu, stała obecność psychologa przyczynia się również do integracji społeczności mieszkańców, poprawy relacji z personelem oraz zwiększenia motywacji do udziału w proponowanych przez placówkę zajęciach. Z uwagi na to, że obowiązujące przepisy nie określają, w jakim konkretnie

wymiarze czasu pracy w domach pomocy społecznej powinien być zatrudniony psycholog, kwestia ta stanowi także problem systemowy dostrzegany przez KMPT, wymagający ingerencji ustawodawcy. Niezależnie od tego Mechanizm docenia plany zatrudnienia w placówce psychologa.

## **5. Problemy systemowe**

### **5.1. Stosowanie monitoringu wizyjnego**

W domu zainstalowany jest monitoring. Kamery telewizji przemysłowej umieszczono na korytarzach oraz na zewnątrz budynku. Podgląd z kamer znajduje się w gabinecie dyrektora.

Kwestia stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, w związku z jej pominięciem w przepisach regulujących funkcjonowanie tych placówek, od kilku lat jest w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich. Z jednej strony służy to niewątpliwie poprawie bezpieczeństwa w placówce i 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 monitoringu<sup>2</sup>. Brak przepisów regulujących tę materię prowadzi do wniosku, że obecnie instalowanie monitoringu w domach pomocy społecznej może naruszać przepisy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.<sup>3</sup>. Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

### **5.2. Mieszkańcy uzależnieni od alkoholu**

Według informacji uzyskanych od personelu placówki, w ostatnim czasie do DPS trafiały osoby bezdomne, które zmagają się z problemem alkoholowym. Niewątpliwie bardzo

---

<sup>2</sup> Wystąpienie RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

<sup>3</sup> Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

cenna jest możliwość uczestnictwa tych osób w spotkaniach z psychologami w ramach wspomnianego już programu „*Wspieramy warszawskie DPS-y*”.

KMPT zwraca jednak uwagę, że problem uzależnienia od alkoholu niektórych mieszkańców domów pomocy społecznej jest problemem systemowym. Osoby nadużywające alkoholu często dezorganizują życie domu, zakłócają porządek, powodują zaburzenie relacji interpersonalnych oraz eskalację konfliktów i napięcia, zaś przejawiana niekiedy agresja stanowi poważny problem dla innych mieszkańców i personelu.

Co prawda, nowelizacja ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* doprowadziła do powołania nowego typu domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu. W art. 59 ust. 6 i 7 ww. ustawy określono z kolei tryb kierowania do takiego domu i maksymalny czas pobytu w nim. Niestety nadal nie rozwiązało to problemu nadużywania alkoholu przez niektórych mieszkańców domów pomocy społecznej i zakłócania spokoju pozostałych osób, bowiem w Polsce wciąż brakuje odpowiednich domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu. Należy mieć nadzieję, że tego typu domy będą powstawały w całym kraju.

### **5.3. Niedostateczna kontrola sądowa pobytu osób ubezwłasnowolnionych i umieszczonych postanowieniem sądu**

Zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878), 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. W przypadku DPS dla Kombatantów w Warszawie jedna z osób była ubezwłasnowolniona, a w 6 przypadkach o umieszczeniu w DPS zdecydowało postanowienie sądu. Dom nie jest jednak wizytowany przez sędziego rodzinnego. Pokazuje to zatem lukę systemową. Takie rozwiązanie stawia bowiem część mieszkańców domów pomocy społecznej w gorszej pozycji. Pozwala na nieweryfikowane oraz nieokreślone czasowo pozbawienie wolności, pomija konieczność zagwarantowania wolności osobistej każdemu człowiekowi i możliwość domagania się w bezpośrednim kontakcie z sędzią wizytatorem, weryfikacji ich sytuacji w tym zakresie.



## 6. Obszary wymagające poprawy

### 6.1. Traktowanie

Przedstawiciele KMPT nie uzyskali sygnałów, które wskazywałyby na niewłaściwy sposób traktowania pensjonariuszy przez personel. Z obserwacji poczynionych w trakcie wizyty wynika, że mieszkańcy swobodnie czują się w placówce, zaś personel zna ich potrzeby i wykazuje się niezbędną w swoim zawodzie cierpliwością i zrozumieniem. W czasie oglądu pomieszczeń wizytujący odebrali wiele pozytywnych opinii na temat kadry, co należy ocenić bardzo dobrze. Życzliwe relacje na linii personel – pensjonariusze sprzyjają budowaniu przyjaznego środowiska i kultury braku akceptacji dla przemocy.

Niepokój KMPT wzbudziło jednak zdarzenie nadzwyczajne, do którego doszło w dniu 19 stycznia 2019 r. Jak wynika z dokumentacji, w porze śniadania jedna z opiekunek dostrzegła leżącą na chodniku przed domem mieszkankę. Najprawdopodobniej kobieta wypadła z okna swojego pokoju (na pierwszym piętrze) doznając otwartego złamania nogi i ogólnych obrażeń. Mieszkanka została przetransportowana przez pogotowie ratunkowe do szpitala, gdzie przebywała jeszcze w dniu wizytacji. Na miejsce zdarzenia wezwano także policję. W związku z tym, KMPT prosi Komendanta Rejonowego Policji Warszawa III o udzielenie informacji na temat opisanego wydarzenia, w szczególności wyników prowadzonego dochodzenia.

W tym kontekście warto zwrócić wagę, że jak wynika z dokumentacji medycznej, mieszkanka była wcześniej konsultowana psychiatrycznie, w dniu zdarzenia miała także zaplanowaną kolejną wizytę u psychiatry. W raportach pielęgniarskich z okresu poprzedzającego to wydarzenie można też znaleźć informacje o występujących u mieszkanki pobudzeniu ruchowym i niepokoju. Dobrze należy ocenić zainteresowanie personelu DPS stanem zdrowia kobiety już po całym zajściu. W dokumentacji indywidualnej znajduje się kilka notatek z odwiedzin u pensjonariuszki w szpitalu, które opisywały m.in. spotkania przedstawicielki DPS z lekarzami. Na ich podstawie można odnieść wrażenie, że współpraca ze szpitalem bywa trudna. W jednej z notatek pracownika socjalnego wskazano m.in.: *„Po przyjsciu na oddzial rozmawialam z (...) lekarzem prowadzacym. W/w nie chcial udzielac szczegolowych informacji w rozmowie byl arogancki i oszczedny w slowach. Na moje pytanie jak sie czuje Pani (...) odpowiedzial: A co chciala by pani uslyszec?„*. Przedstawiciele DPS w sposób szczególny zabiegali o informacje o stanie zdrowia mieszkanki, ponieważ w ich odczuciu jej stan psychiczny był niepokojący. W kolejnej notatce służbowej pracownik socjalny wskazał, że pacjentka *„mówiła także, że nie chce jeść, bo nie ma apetytu, leki są*

*niedobre. Mieszkanca nie chce wracać do zdrowia, jak to określiła: nic nie chce. (...) Pacjentka leżąca w tym samym pokoju mówiła także, że Pani (...) nadal odmawia posiłków i lekarstw, że nie chce rozmawiać, że nie ma woli życia.”* Jak wynikało z informacji dyrektor DPS przekazanej KPMT podczas rozmowy podsumowującej, w reakcji na tę sytuację pracownicy domu podjęli starania, aby mieszkanka została w szpitalu skonsultowana przez lekarza psychiatrę. Sprawa ta pokazuje, że pomimo wysiłków podejmowanych przez DPS współpraca domu z podmiotami leczniczymi jest kwestią problematyczną, co zostanie także opisane szczegółowo w rozdz. 6.3 dotyczącym opieki medycznej.

## **6.2. Kontakt ze światem zewnętrznym**

Wątpliwości KMPT wzbudziła analiza dokumentacji ubezwłasnowolnionej mieszkanki, w której znajdowała się informacja, że opiekun prawny zabronił kontaktów pensjonariuszki z dwoma osobami, które utrzymywały z nią kontakt od blisko 60-ciu lat. Osoby te zwróciły się bezpośrednio do dyrektora domu z prośbą o uzasadnienie i podanie podstawy prawnej tego ograniczenia. W odpowiedzi z dnia 24 czerwca 2015 r. wskazano, że *„ubezwłasnowolnienie całkowite wskazuje na niemożność kierowania swym postępowaniem i odnosi się zarówno sfery stosunków cywilnoprawnych, jak również do sfery stosunków społecznych i gospodarczych nieuregulowanych przepisami prawa. (...) W związku z powyższym, mając na uwadze orzeczone ubezwłasnowolnienie całkowite Pani [...], jedynym wiążącym stanowiskiem dla naszego domu nie jest niestety stanowisko samej Pani [...], ale jedynie jej opiekuna prawnego, dlatego też wszelkie kwestie ewentualnego kontaktu z Panią [...], prosimy załatwiać bezpośrednio z tą osobą. Nasz Dom może jedynie ułatwić Państwu kontakt z opiekunem prawnym Pani [...] organizując np. spotkanie z nim na terenie naszego domu. W dniu 24 czerwca 2015 roku nawiązano kontakt z opiekunem prawnym Panią [...], która w kategorię sposobu odmówiła współpracy w tej sprawie i ponownie potwierdziła, że nie wyraża zgody na odwiedzanie przez Państwa Pani [...].”* Sprawa ta została poruszona podczas podsumowania wizytacji KMPT. Dyrektor potwierdziła, że obecnie także podjęłaby podobną decyzję.

Niewątpliwie należy docenić, że dyrekcja domu zaangażowała się w tę sprawę i była gotowa do stworzenia płaszczyzny umożliwiającej dialog wszystkim zainteresowanym stronom. W tym kontekście konieczne jest jednak podkreślenie, że instytucja ubezwłasnowolnienia ogranicza osobę nią objętą wyłącznie w sferze prawnej, a nie w sferze wolności osobistej, do której niewątpliwie należy zaliczyć kwestie kontaktu z innymi

osobami. Dlatego też ograniczenie osoby ubezwłasnowolnionej niezwiązane z jej uczestnictwem w obrocie prawnym należy uznać, w świetle obowiązujących przepisów, za nieuprawnione. W ocenie Mechanizmu, osoby ubezwłasnowolnione powinny być traktowane przez personel domu na równi z innymi mieszkańcami w każdym aspekcie ich życia, niezwiązanym ze wspomnianymi ograniczeniami w sferze prawnej. Przedstawiciele KMPT zdają sobie jednak sprawę, że w wielu przypadkach mieszkańcy ubezwłasnowolnieni mogą być narażeni na kontakt z osobami, które np. będą starały się nimi manipulować, czy ingerować w proces ich terapii, co może negatywnie wpłynąć na ich sytuację, a także stan psychiczny czy emocjonalny.

W tym kontekście należy jednak przypomnieć, że zgodnie z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. 1964 nr 9 poz. 59 z późn. zm.; dalej: k.r.o) w zw. z art. 175 k.r.o., opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby ubezwłasnowolnionej lub jej majątku. Za taką ważną kwestię należy uznać możliwość ograniczenia kontaktu z innymi osobami. Zagadnienie to było także po części analizowane przez Sąd Najwyższy, który w uzasadnieniu uchwały z 17 maja 2018 r. (sygn. III CZP 11/18) stwierdził, że *utrzymywanie kontaktów z rodzicami należy zaliczyć do kategorii ważniejszych spraw dotyczących osoby podopiecznego, zatem opiekun powinien wnosić o zezwolenie na ich pozbawienie lub ograniczenie, jeżeli są do tego podstawy*.

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

### **6.3. Opieka medyczna**

Do domu przyjmowane są osoby zazwyczaj w wieku podeszłym z przewlekłymi schorzeniami somatycznymi. W miarę upływu czasu dochodzi do stopniowego pogorszenia stanu zdrowia, dołączania innych schorzeń, upośledzenia narządów zmysłu, utraty kontroli czynności fizjologicznych, zaburzeń funkcji poznawczych, stanów depresyjnych czy też niejednokrotnie zespołów otępiennych. Mieszkańcy, których stan zdrowia się pogarsza, nie są jednak odsyłani do zakładów opiekuńczo-leczniczych, lecz pozostają w domu do końca swoich dni.

Niewątpliwie należy docenić, że każdy nowy mieszkaniec (o ile zdecydował się na zapisanie do lekarza placówki) jest badany już w pierwszych dniach pobytu, ustalone zostaje

leczenie, diety etc. Lekarz wydaje także zaświadczenie o możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki.

Opieka medyczna sprawowana jest przez 7-osobowy zespół pielęgniarski i jednego lekarza, który przyjmuje pacjentów dwa razy w tygodniu po 3 godziny. Po godzinach pracy i w pozostałe dni wzywane jest pogotowie lub nocna pomoc lekarska, gdyż lekarz nie przyjeżdża do swoich pacjentów na wezwanie. Zdaniem ekspertki, poza przypadkami nagłych stanów zagrożenia życia, kiedy istnieje konieczność pilnego wezwania pogotowia, lekarz powinien przybywać na wezwanie. Sytuacja jest szczególnie problematyczna, bo tym samym opieka medyczna nad mieszkańcami praktycznie przez cały czas sprawowana jest wyłącznie przez pielęgniarki. Tymczasem jak wynika z relacji personelu oraz analizy dokumentacji medycznej, zdarza się, że czas oczekiwania na przyjazd pogotowia czy skorzystania z nocnej pomocy lekarskiej jest bardzo długi, były również przypadki odmowy przyjazdu. Niejednokrotnie zdarzało się, że lekarz przyjmujący wezwanie zlecał przez telefon (nie widząc pacjenta) np. podłączenie kroplówki czy podanie leków. KMPT dostrzega, że personel pielęgniarski podejmuje ogromne starania w zapewnieniu mieszkańcom właściwej opieki, jednak bez dobrej współpracy z lekarzem i okolicznymi placówkami ochrony zdrowia nie będzie to w pełni możliwe. KMPT zaleca więc zrewidowanie zasad dotychczasowej współpracy z lekarzem dyżurującym w placówce z uwzględnieniem wizyt na wezwanie.

Warto też zwrócić uwagę, że konsultacje u lekarzy specjalistów odbywają się poza domem. Terminy konsultacji specjalistycznych są zazwyczaj odległe, czas oczekiwania wynosi od 3 do 6 miesięcy, w przypadku części specjalizacji nawet dłużej (neurolog, okulista, kardiolog, endokrynolog). Znacznie krótsze terminy są u chirurga czy dermatologa. Badania diagnostyczne (usg, rtg) realizowane są także w krótszych terminach. Niektórzy mieszkańcy są pod stałą opieką poradni psychiatrycznej z uzgodnionymi terminami wizyt; nie ma też problemu z uzyskaniem jednorazowej konsultacji. Placówka zapewnia transport na konsultację w asyście opiekuna, w niektórych przypadkach zamawiany jest transport sanitarny zlecony przez lekarza. W opinii eksperta, w przypadku konsultacji psychiatrycznych mieszkańcy nie powinni dojeżdżać do poradni, to psychiatra powinien prowadzić konsultacje na terenie domu. Należy bowiem pamiętać, że ta grupa pacjentów jest szczególnie wrażliwa. Są to często osoby, które z powodu stanu psychicznego mogą być pobudzone, zdenerwowane, czy zagubione, tym samym organizacja wyjazdu na konsultację może negatywnie oddziaływać na ich stan psychiczny. KMPT zaleca więc podjęcie starań, aby wizyty psychiatry odbywały się w DPS.

Widocznym problemem, o którym już wspomiano w pkt. 6.1., są relacje pomiędzy DPS a okolicznymi szpitalami. Jak udało się ustalić w trakcie wizytacji, personel domu odnosi wrażenie, że pacjenci przyjmowani są do szpitali niechętnie, zdarza się, że są wypisywani po kilku dniach, bez ukończenia diagnostyki czy kuracji.

Warto także zwrócić uwagę na problem powstawania odleżyn u mieszkańców. Personel domu wskazywał, że często to właśnie z okolicznych szpitali mieszkańcy wracają z odleżynami, tymczasem lekarze szpitalni wpisują w kartę, iż odleżyny były widoczne w dniu przyjęcia do szpitala. W czasie wizytacji u pacjentki z cukrzycą insulinozależną, po amputacji podudzia prowadzona była profilaktyka przeciwoleżynowa kikuta. U dwóch osób przyjętych z odleżynami prowadzono tylko profilaktykę (w jednym przypadku odleżyny były ogromne, była konieczność usuwania tkanek martwiczych, leczenie było długotrwałe). Jedna z mieszkank powróciła ze szpitala z odleżynami pięty i okolicy krzyżowej, była w trakcie leczenia. Ekspertka sprawdziła, że mieszkańcy, którzy tego wymagają, mają zapewnione w DPS materace przeciwoleżynowe.

KMPT zwraca uwagę, że warto, aby personel medyczny korzystał z map ciała, które są dostępne w *Protokole Stambulskim, czyli Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*<sup>4</sup>. Dzięki temu w łatwy sposób można oznaczyć np. odleżyny, czy ślady mogące świadczyć o stosowaniu przemocy. To niezwykle ważne szczególnie w przypadku pierwszego badania przy przyjęciu do placówki, a także przed jej opuszczeniem, lub po powrocie z dłuższej nieobecności np. z hospitalizacji. Prawidłowa dokumentacja tego typu obrażeń pozwoliłaby jednoznacznie wskazać, w której placówce doprowadzono do powstania odleżyn. Obecnie zmiany skórne mieszkańców domu są co prawda opisywane w raportach pielęgniarskich, ale przy tak wielu informacjach zawartych w tej dokumentacji są trudne do odnalezienia.

Widząc szereg problemów, które pojawiają się w relacjach domu z okolicznymi podmiotami leczniczymi, w szczególności szpitalami, w których mieszkańcy są najczęściej hospitalizowani, KMPT sugeruje podjęcie działań zmierzających do nawiązania dialogu z tymi placówkami i wypracowania wspólnych standardów np. w przypadku stosowania wspomnianych już map ciała. Niewątpliwie dobrym rozwiązaniem byłoby zorganizowanie spotkania z przedstawicielami szpitali i poradni, w których najczęściej są leczeni mieszkańcy domu. Warto też, aby kwestia współpracy z podmiotami leczniczymi została włączona jako

---

<sup>4</sup> Dokument jest dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protokol-stambulski>

jeden z tematów standardu „Wymiana wiedzy i doświadczeń jako element wsparcia personelu” realizowanego w ramach współdziałania z innymi warszawskimi DPS-ami.

W opinii ekspertki KMPT, aby zapewnić jak najlepszą opiekę medyczną, także w przypadku nagłych sytuacji, na wyposażeniu dyżurki powinien się znaleźć m.in. zestaw przeciwwstrząsowy, odsysacz, płyny infuzyjne i wenflony.

## **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 DPS dla Kombatantów w Warszawie:**

- 1) zrewidowanie zasad dotychczasowej współpracy z lekarzem dyżurującym w placówce z uwzględnieniem przeprowadzania przez niego wizyt na wezwanie;
- 2) przeprowadzanie konsultacji psychiatrycznych mieszkańców na terenie domu;
- 3) zapoznanie personelu medycznego z *Protokołem Stambulskim* i stosowanie wskazanych w nim map ciała w postępowaniu z mieszkańcami;
- 4) ujęcie kwestii współpracy z podmiotami leczniczymi jako jednego z tematów standardu „Wymiana wiedzy i doświadczeń jako element wsparcia personelu” realizowanego w ramach współdziałania z innymi warszawskimi DPS-ami;
- 5) uzupełnienie wyposażenia dyżurki pielęgniarskiej o zestaw przeciwwstrząsowy, odsysacz, płyny infuzyjne i wenflony;
- 6) pouczanie opiekunów prawnych, którzy chcieliby ograniczyć kontakt ubezwłasnowolnionego mieszkańca z innymi osobami, o konieczności uzyskania w takim przypadku zezwolenia sądu.

A ponadto, na podstawie art. 20 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur proszą:

## **II. Komendanta Rejonowego Policji Warszawa III o:**

- a) udzielenie informacji na temat zdarzenia z dnia 19 stycznia 2019 r. w szczególności ustaleń dokonanych w toku prowadzonego dochodzenia, w tym o wskazanie ostatecznego rozstrzygnięcia lub przewidywanego terminu zakończenia postępowania.