

Warszawa, dnia 24 marca 2020 r.

KMP.575.6.2019.MZ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej „Leśny” 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 4-6 listopada 2019 r. do Domu Pomocy Społecznej „Leśny” w Warszawie, przy ul. Tułowickiej 3 (zwanego dalej: DPS, Domem, placówką) udali się przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (zwanego dalej: KMPT) w składzie: Magdalena Dziedzic, Marcin Kusy oraz Michał Żłobecki (prawnicy). W wizytacji wzięła udział również ekspertka z zakresu psychiatrii: Agnieszka Welento – Nowacka (lekarz psychiatra). Wyniki ekspertyzy w niezbędnym zakresie włączone zostały w treść niniejszego Raportu.

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:

- przeprowadzono rozmowy z Marią Wysocką – Dyrektorem Domu;

- dokonano oglądu pomieszczeń i terenu Domu Pomocy Społecznej w tym m.in.: pokoi mieszkańców, sanitariatów, gabinetów pielęgniarских, świetlic, pracowni terapii zajęciowej, sali rehabilitacyjnej;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z mieszkańcami oraz pracownikami DPS;
- dokonano analizy wybranej dokumentacji mieszkańców placówki.

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

W trakcie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe dokumenty oraz notatki związane z funkcjonowaniem placówki.

W obszarze zainteresowań Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność umieszczenia w placówce, 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 obejmuje ponadto wskazanie problemów systemowych wymagających zmiany istniejącego prawa lub praktyki jego stosowania.

2. Charakterystyka placówki

Dom Pomocy Społecznej „Leśny” w Warszawie działa na mocy zezwolenia wydanego przez Wojewodę Mazowieckiego w dniu 31 sierpnia 2009 r. (Decyzja Nr 15/2009). Jest jedynym na terenie miasta stołecznego Warszawy Domem o profilu psychiatrycznym. Placówka składa się z sześciu oddziałów mieszkalnych (3 oddziały kobiece i 3 męskie). DPS „Leśny” prowadzi także dwa zewnętrzne mieszkania wspomagane w ramach projektu unijnego „Samodzielny w domu/ Samodzielny w środowisku”.

Placówka przeznaczona jest dla 200 osób. W czasie wizytacji wszystkie miejsca w Domu były zajęte, przy czym fizycznie przebywało tam 189 mieszkańców (79 kobiet i 110 mężczyzn). Spośród 11 pozostałych osób, 6 przebywało w szpitalu, a 5 na przepustce. 95 mieszkańców DPS przebywało w Domu na mocy postanowienia sądu. Podczas wizytacji placówkę zamieszkiwało 51 osób ubezwłasnowolnionych całkowicie oraz 17 osób ubezwłasnowolnionych częściowo.

3. Mocne strony i dobre praktyki

3.1. Atmosfera panująca w placówce

Z obserwacji przedstawicieli KMPT i przeprowadzonych rozmów indywidualnych wynika, iż stosunek personelu placówki do mieszkańców cechuje wysoki poziom profesjonalizmu i empatii. Osoby przebywające w DPS czuły się tam bezpieczne, podkreślały także możliwość zwrócenia się do pracowników placówki z każdym problemem. Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu spostrzegli, że osoby sprawujące opiekę nad mieszkańcami Domu doskonale orientują się w bieżącym funkcjonowaniu placówki oraz sytuacji poszczególnych podopiecznych.

W placówce organizowane są imprezy okolicznościowe z okazji urodzin lub imienin mieszkańców, co bezsprzecznie wpływa pozytywnie na atmosferę panującą w placówce, jak również pogłębia relacje między mieszkańcami oraz daje pensjonariuszom poczucie akceptacji ze strony innych osób oraz przynależności do grupy.

3.2. Bogata oferta terapeutyczna

Na szczególną uwagę zasługuje bogata oferta terapeutyczna DPS oraz imponujący wachlarz imprez okolicznościowych i wyjazdów z udziałem mieszkańców, organizowanych na przestrzeni całego roku kalendarzowego. W tym kontekście warto zaznaczyć, iż w samym 2019 roku osoby przebywające w DPS „Leśnym” uczestniczyły w m.in.:

- wyjściu do kina Wisła,
- warsztatach bartniczych w Centrum Edukacji Leśnej w Powsinie,
- wycieczce do Żelazowej Woli,
- rejsie Kanałem Elbląskim,
- wykładzie w Centrum Edukacji Leśno – Przyrodniczej,
- wycieczce do Łazienek Królewskich,
- turnusie rehabilitacyjnym we Władysławowie,
- wycieczce do Sannik,
- wycieczce rekreacyjnej do Tomaszowa Mazowieckiego, Inowłódza i Spały.

Każdego roku organizowane są także „Zaduszki w Leśnym” – spotkanie, podczas którego mieszkańcy i pracownicy Domu wspominają osoby, które zmarły w ciągu ostatniego roku.

W placówce zatrudnionych jest 13 terapeutów, trzech instruktorów terapii zajęciowej, dwoje psychologów oraz instruktor ds. kulturalno-oświatowych.

Do realizacji zajęć terapeutycznych jak również kulturalno-edukacyjnych przeznaczone są znajdujące się na każdym oddziale świetlice oraz Klub Leśny, w którym odbywają się zajęcia grupowe. W ramach działającej w Domu Pracowni Leśnej mieszkańcy mają możliwość wykonania prac plastycznych pod opieką pracowników. Poza malowaniem, czy techniką decoupage istnieje także możliwość obróbki drewna przy pomocy elektronarzędzi.

Podkreślić należy, iż personel placówki dużą wagę przywiązuje do wykształcenia w podopiecznych umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania, w o czym świadczą prowadzone treningi, m.in. z zakresu higieny osobistej, sprzątanania, czy gospodarowania pieniędzmi. Organizowane są także zajęcia przygotowujące mieszkańców DPS do podjęcia zatrudnienia.

Wizytujący z uznaniem odnotowali także bogatą ofertę zajęć ruchowych, z której skorzystać mogą osoby zamieszkujące placówkę. Od poniedziałku do piątku istnieje możliwość skorzystania z sali ćwiczeń, prowadzona jest również fizykoterapia. Mieszkańcy mogą też uczestniczyć w zorganizowanych spacerach nordic walking.

4. Problemy systemowe

4.1. Stosowanie monitoringu wizyjnego

W placówce zainstalowany został monitoring wizyjny. Kamery umieszczono na klatkach schodowych, korytarzach oraz w sali izolacyjnej i przedsionku palarni. Podgląd z kamer znajduje się w dyżurce przy wejściu do placówki.

Kwestia stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, w związku z jej pominięciem w przepisach regulujących funkcjonowanie tych placówek, pozostaje od kilku lat w zainteresowaniu Rzecznika Praw 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 monitoringu¹. 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.². Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

4.1. Pełnienie przez pracownika Domu funkcji opiekuna prawnego

W czasie wizytacji w placówce przebywało 51 osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Z informacji uzyskanych przez przedstawicieli KMPT wynika, iż w kilkunastu przypadkach opiekunami prawnymi ubezwłasnowolnionych mieszkańców są osoby zatrudnione w DPS. Sama kwestia sprawowania przez pracowników funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych od lat budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT³. Jest to problem o charakterze systemowym.

Podkreślić należy, iż Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zauważa, że takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkańców, którzy dzięki tej praktyce mają stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym. Codzienny kontakt sprawia, iż pracownicy placówki dobrze znają swoich podopiecznych. Co więcej, w przypadku braku rodziny lub innych bliskich (albo braku zainteresowania z ich strony) często zdarza się, że osoby zatrudnione w DPS są w praktyce jedynymi gotowymi podjąć się pełnienia takiej funkcji. Z informacji przekazywanych przedstawicielom KMPT podczas wizytacji w ubiegłych latach wynika, że często to same sądy nalegają, aby to właśnie jeden z pracowników Domu Pomocy Społecznej pełnił funkcję opiekuna prawnego.

Nie wolno jednocześnie tracić z pola widzenia, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, jak przebiega opieka nad osobą ubezwłasnowolnioną w konkretnej placówce, a więc również czy nie przebywa ona w warunkach naruszających jej godność. Pracownikom domów pomocy społecznej trudno w tej sytuacji zachować niezbędny obiektywizm. Ponadto pełnienie przez personel domów pomocy społecznej funkcji opiekunów prawnych wiąże się *de facto* z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków kosztem ich czasu prywatnego. W konsekwencji, może to prowadzić do braku odpowiedniej motywacji, by właściwie i rzetelnie wykonywali oni swoje obowiązki.

¹ Wystąpienie RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

² Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

³ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2014, s. 66; Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2015, s. 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. 53.

Na problem ten zwracał również uwagę Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (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 opiekunów⁴.

Należy podkreślić, że przedstawiciele KMPT nie mieli uwag co do sposobu pełnienia funkcji opiekunów prawnych przez pracowników wizytowanej placówki. Niemniej jednak, prewencyjnie zalecają dyrektorowi DPS, aby dokonywał szczególnej kontroli pracy opiekunów prawnych i reagował w przypadkach niedopełnienia obowiązków lub ewentualnych nadużyć z ich strony.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Warunki bytowe

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur uznali warunki bytowo-sanitarne za dobre. Dużą uwagę zwracają poczynione przez Dyrektora placówki starania w kierunku przeprowadzenia niezbędnych prac remontowo-modernizacyjnych. W 2019 r. dokonano wymiany niedrożnego odcinka kanalizacji zewnętrznej, naprawiono także drewniany dach. W czasie wizytacji remontowane były palarnie, poza jednym pomieszczeniem przeznaczonym do tego celu. Z uwagi na prowadzone prace i fakt użytkowania tylko jednej palarni przez wszystkich palących mieszkańców Domu, którzy niejednokrotnie pozostawiali otwarte drzwi do pomieszczenia, na całym piętrze wyczuwalny był nieprzyjemny zapach tytoniu. Osoby niepalące, które zamieszkują na poziomie palarni, zwracały uwagę przedstawicielom KMPT na uciążliwość, jakiej doznają w związku z nadmiernym użytkowaniem palarni.

Mając na uwadze powyższe, KMPT zwraca się z prośbą o udzielenie informacji na temat postępu prac remontowych palarni i przewidywanego terminu ich zakończenia.

⁴ Raport z wizytacji na Łotwie przeprowadzonej przez Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) w dniach 12-22 kwietnia 2016 r (pkt. 157).

5.2. Opieka medyczna

5.2.1. Dostęp do opieki psychiatrycznej

Z uzyskanych informacji wynika, iż mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej „Leśny” konsultowani są przez lekarza psychiatrę w trakcie odbywających się raz w tygodniu wizyt. Pacjenci umawiani są na wizyty wyłącznie w razie pogorszenia stanu psychicznego lub konieczności wystawienia recept.

Zdaniem ekspertki, z uwagi na profil placówki, jej pojemność i schorzenia osób w niej przebywających uznać należy, iż konsultacje psychiatryczne prowadzone w wymiarze 4 godzin tygodniowo nie są wystarczające, aby lekarz mógł ocenić stan psychiczny każdego z pacjentów.

W związku z powyższym zaleca się zwiększenie liczby godzin konsultacji psychiatrycznych w placówce.

5.2.2. Podawanie leków

Jak ustaliła ekspertka KMPT, sposób podawania leków jest właściwy. Leki nie są rozpuszczane ani rozkruszane, co zasługuje na uznanie. Podkreślić bowiem należy, że rozdrabnianie lekarstw nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

Wątpliwości ekspertki wzbudził natomiast sposób przygotowania leków i nadzoru nad ich podawaniem. W wizytowanej placówce medykamenty rozkładane są na tacy na cały dzień, co oznacza, że przy jednym nazwisku są leki na rano, południe i wieczór. Przy takim sposobie ich przygotowania łatwo o pomyłkę. Co więcej, zdaniem ekspertki KMPT leki powinny być podawane wyłącznie przez pielęgniarkę, która je przygotowuje. Jest to istotne z uwagi na fakt, iż za zlecenie konkretnego leku odpowiada lekarz prowadzący, ale za jego właściwe podanie odpowiedzialna jest pielęgniarka bezpośrednio wydająca medykament. W skrajnych przypadkach niedopilnowanie wskazanej zasady skutkować może poniesieniem odpowiedzialności nie przez pielęgniarkę, która w rzeczywistości dokonała błędu przygotowując leki, ale przez tę, która przygotowane środki podała.

Każdorazowe podanie lekarstw winno być także odnotowywane w Indywidualnej Karcie Zleceń podpisem i pieczętą pielęgniarki.

Podnieść również należy, iż w wizytowanym domu brakuje systematycznego nadzoru nad wydawaniem leków psychotropowych z grupy IV-P, do których zalicza się: diazepam, lorazepam, estazolam i inne leki z grupy benzodwiazepin, co może stanowić szczególne

zagrożenie w związku z zaobserwowanym faktem nadużywania stosowania leków z tej grupy i niezgodnością zleceń z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Gospodarkę w/w lekami prowadzić należy w oparciu o zasady zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (tekst jedn. Dz.U. 2015 poz. 1889).

Przepisy wspomnianego Rozporządzenia stanowią m.in., że ewidencja przychodu i rozchodu środków odurzających grupy II-N, substancji psychotropowych grup III-P i IV-P oraz prekursorów kategorii 1 jest prowadzona w postaci comiesięcznych zestawień, zawierających:

- a) międzynarodową nazwę zalecaną i nazwę handlową, jeżeli taka istnieje, dawkę, postać farmaceutyczną i wielkość opakowania;
- b) stan magazynowy na początku danego miesiąca;
- c) łączny przychód w ciągu danego miesiąca z podaniem ilości preparatu;
- d) łączny rozchód w ciągu danego miesiąca z podaniem ilości preparatu i ilości recept lub zapotrzebowań;
- e) stan magazynowy na koniec danego miesiąca.

Zestawieniom należy nadać kolejny numer oraz dokonać remanentu znajdujących się na nim produktów leczniczych. Kolejno ponumerowane wydruki podpisane przez kierownika, powinny być przechowywane przez 5 lat.

Jak zauważa ekspertka Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, leki z grupy IV-P mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Powodują silne uzależnienia, a ich nagłe odstawienie może prowadzić do rozwoju zespołów abstynencyjnych⁵. Według licznych doniesień stosowanie ich u osób w podeszłym wieku może zwiększać śmiertelność poprzez powodowanie osłabienia siły mięśniowej, zawrotów głowy, spadków ciśnienia, a co za tym idzie częstszych upadków. U osób w podeszłym wieku upadki mogą być przyczyną złamania szyjki kości udowej, a co za tym idzie unieruchomienia pacjenta, a w dalszej konsekwencji rozwoju zapalenia płuc, odleżyn i na końcu zgonu. Według Charakterystyki Produktu Leczniczego leki te nie powinny być podawane dłużej niż 28 dni, a każdorazowe ich podanie powinno być starannie rozważone. Niedopuszczalne jest stosowanie leków z grupy benzodwazepin w sposób doraźny, na życzenie pacjenta, często latami⁶.

⁵ Sobów, Tomasz. "Benzodiazepiny u pacjentów w wieku podeszłym." *Psychiatria* 7.6 (2010): 244-249.

⁶ Grothaus, Bartosz, Jacek Radzik, and Jerzy Leszek. "Uzależnienie od benzodiazepin." *Psychiatria* 1.1 (2004): 23-29.

W związku z zaobserwowanymi nieprawidłowościami KMPT zaleca wprowadzenie Indywidualnych Kart Zleceń, na których będą wpisane zlecone leki, daty ich odstawienia i zmiany oraz miejsce na podpis pielęgniarki. Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur rekomendują także wydawanie i ewidencjonowanie leków psychotropowych z grupy IV-P w zgodzie z przepisami obowiązującego prawa.

5.2.3. Sytuacja mieszkańca DPS stwarzającego zagrożenie dla siebie i osób trzecich

W toku prowadzonych czynności przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur uzyskali informacje dotyczące mężczyzny umieszczonego w placówce w 2018 r., którego stan zdrowia zdaniem dyrekcji i personelu Domu zagrażał bezpieczeństwu jego i innych przebywających tam osób. U mężczyzny zdiagnozowano hiperkinetyczne zaburzenia zachowania oraz upośledzenie lekkie ze znacznymi zaburzeniami zachowania. Decyzją sądu został on całkowicie ubezwłasnowolniony. W czasie wizytacji mieszkańiec przebywał od ponad czterech miesięcy na obserwacji psychiatrycznej.

W związku ze zdiagnozowanymi zaburzeniami, mężczyzna notorycznie dopuszczał się aktów agresji i autoagresji, stwarzając tym samym zagrożenie dla bezpieczeństwa własnego oraz innych mieszkańców i pracowników placówki. Z uzyskanych informacji wynika, iż w ciągu dziesięciomiesięcznego pobytu w placówce, mężczyzna kilkunastokrotnie dopuścił się niszczenia mienia, dokonał sześciu prób samobójczych, siedmiokrotnie pobił innych mieszkańców, zaatakował także jednego z pracowników DPS. W związku z prezentowanymi przejawami agresji we wzmiankowanym okresie przyjmowany był na oddział psychiatryczny 11 razy. W tym kontekście należy także zaznaczyć, iż przeciwko mężczyźnie prokuratura prowadzi postępowanie dotyczące zepchnięcia ze schodów poruszającego się na wózku inwalidzkim jednego ze współmieszkańców oraz ciężkiego pobicia innego mężczyzny. Z otrzymanych informacji wynika, że zarówno Dyrektor DPS, jak i opiekun prawny mieszkańca dążą do umieszczenia go w placówce, która byłaby w stanie zapewnić mu odpowiednią opiekę, jednocześnie stwarzając bezpieczne warunki funkcjonowania dla niego samego oraz otaczających go osób.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur dostrzega problem umieszczania w domach pomocy społecznej osób, które prezentują częste i gwałtowne zachowania agresywne. W wielu przypadkach ich sytuacja rozwiązywana jest ostatecznie na drodze prawnej, gdy w konsekwencji agresywnego zachowania osoby te oskarżane są o popełnienie przestępstwa. Niejednokrotnie uznawane przez biegłych za niepoczytalne, osoby takie

kierowane są do odbywania środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym.

Podkreślić należy, iż ostatecznie osoby takie często przebywają w związku z nasilonymi zachowaniami agresywnymi w Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej, gdzie poddawane są długoletniej, a czasem wręcz dożywotniej izolacji. Uzasadnione jest to brakiem możliwości skutecznego leczenia farmakologicznego oraz psychoterapeutycznego tego typu zaburzeń, ewentualnie brakiem specjalistów odpowiednio wyszkolonych w prowadzeniu terapii tego typu zaburzeń⁷.

Zgodnie z opinią ekspertki KMPT, przez wzgląd na rosnącą liczbę osób z rozpoznaniem autyzmu, problem może narastać i w związku z powyższym przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia powstać powinny specjalistyczne ośrodki koncentrujące swoje wysiłki na pracy z tego typu pacjentem⁸.

W odpowiedzi na uzyskane informacje Dyrektor Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w piśmie z dnia 23 grudnia 2019 r. zwrócił się do Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii o zbadanie sprawy agresywnego mieszkańca DPS i podjęcie kroków zmierzających do umieszczenia mężczyzny w placówce adekwatnej do zdiagnozowanych u niego dysfunkcji.

5.2.4. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Zdaniem ekspertki KMPT sposób prowadzenia dokumentacji medycznej budzi wiele wątpliwości. Dokumentacja jest podzielona na wiele odrębnych części, z których każda dotyczy innych problemów. Również sposób prowadzenia dokumentacji jest niespójny. Część dokumentacji jest prowadzona w sposób papierowy, część jak np. dokumentacja internistyczna, w formie elektronicznej.

Opis stanu fizykalnego przy przyjęciu mieszkańca jest powierzchowny i bardzo lakoniczny. Nie ma także adnotacji o ewentualnych obrażeniach lub ich braku. Kwestią kluczową jest, aby wskazana dokumentacja zawierała szczegółową ocenę stanu fizykalnego przy przyjęciu. W przypadku stwierdzenia obrażeń, powinna zostać wykonana dokumentacja zdjęciowa z datą wykonania zdjęć. W związku z tym, że ocena przez lekarza internistę dokonywana jest w pierwszym możliwym terminie, nie zawsze w dniu przyjęcia, wstępnej oceny występowania ewentualnych obrażeń powinien dokonać personel pielęgniarstwa.

⁷ Danielewicz, D. "Zachowania agresywne, samouszkodzające i stereotypowe młodzieży i młodych dorosłych z autyzmem—przeгляд badań,[w:] Szczupał B.(red.)" *Młodzież niepełnosprawna—szanse i zagrożenia w aktualnej rzeczywistości społecznej*, Kraków (2005).

⁸ Nadachewicz, Katarzyna. "Zachowania trudne dzieci autystycznych—sposoby przewycięzania." *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 17.1 (2018): 115-126.

W tym kontekście warto przypomnieć, że prawidłowe dokumentowanie śladów mogących świadczyć o stosowaniu przemocy jest niezwykle ważne (zarówno dla celów prewencyjnych jak i dowodowych) i powinno być standardową procedurą w przypadku przyjęcia do placówki lub w związku z powrotem do niej.

Uznanym źródłem wiedzy na temat identyfikacji i dokumentowania obrażeń jest Protokół Stambulski⁹. Zawiera on między innymi tzw. mapy ciała, czyli rysunki anatomiczne służące do utrwalania zaobserwowanych u mieszkańców obrażeń, mogących świadczyć o stosowaniu wobec nich tortur lub innych form złego traktowania.

W dalszej kolejności podnieść należy, że w dokumentacji psychiatrycznej nie ma dokładnych informacji o pacjencie – wywiadu i rozpoznania. Dokumentacja psychiatryczna jest nieczytelna i lakoniczna. Ekspertka KMPT uznała, iż dokumentacja psychiatryczna powinna zawierać wywiad szczegółowy przy przyjęciu, z autoanamnezą i oceną ryzyka zachowań agresywnych i autoagresywnych.

Jednocześnie na pochwałę zasługuje dokładność, rzeczowość i czytelność prowadzenia raportów pielęgniarskich.

Ekspertka zwraca także uwagę na konieczność prowadzenia dokumentacji zgodnie z przepisami *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

Mając na uwadze wymienione powyżej kwestie Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje prowadzenie dokumentacji medycznej mieszkańców w sposób spójny i rzeczowy. Zaleca także dokumentowanie zaobserwowanych u mieszkańców obrażeń w oparciu o Protokół Stambulski.

5.3. Oddziaływania terapeutyczne

Indywidualny Plan Terapii (IPT) ustalany jest przy przyjęciu i podpisywany przez mieszkańca, lidera oddziału, opiekuna pierwszego kontaktu i kierownika Działu Opiekuńczo - Terapeutycznego. W planie terapeutycznym ujęte są takie informacje jak: problemy zgłaszane przez mieszkańca, mocne strony mieszkańca, potrzeby bytowe, opiekuńcze, medyczne, socjalne i wspomagające. W planie znajduje się również informacja o zapoznaniu mieszkańca z regulaminem i proponowane zajęcia terapeutyczne, na przykład: trening higieniczny, trening

⁹ Protokół Stambulski, czyli Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, wydany przez Organizację Narodów Zjednoczonych w 1999 roku. Dokument dostępny na stronie RPO <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulski-podr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego>

umiejętności interpersonalnych, muzykoterapia, biblioterapia, relaksacja, spacer, terapia manualna i rozmowy indywidualne z psychologiem.

Wątpliwości ekspertki budzi fakt nazywania wszelkich czynności i zajęć pacjenta treningami. Na jednej z tablic informacyjnych widniała informacja dotycząca treningu gospodarowania papierosami z wypisanymi godzinami. Są to najprawdopodobniej godziny wydawania papierosów. Trudno nazwać to formą terapii, czy nawet treningu, bardziej jest to nadzór nad ilością wypalanych papierosów. Jest to oczywiście z korzyścią dla zdrowia i finansów pacjenta, ale nie powinno stanowić formy terapii. Podobnie jest z niektórymi innymi zajęciami, które noszą nazwę treningów, a polegają np. na przypilnowaniu przy higienie osobistej, czy wręcz kąpieli lub sprzątanii pokoju. Ekspertka rozumie istotę nazywania w ten sposób czynności jakie wykonuje się z pacjentem, ale w przypadku kiedy nazywamy je treningiem powinny mieć one określone zasady i powinna być informacja na czym dany trening polega i jakie korzyści może przynieść pacjentowi.

W IPT są adnotacje dotyczące aktualizacji planu terapeutycznego, natomiast brak jest informacji czego dokładnie ta aktualizacja dotyczyła i jaki jest nowy plan terapeutyczny.

Ważnym elementem dającym dużo informacji o pacjencie są wyczerpujące notatki osoby tzw. pierwszego kontaktu, które są wpisywane w IPT regularnie co 3 miesiące. Dają one dużo informacji co do funkcjonowania pacjenta i jego aktualnych problemów. Warto skorzystać z nich przy tworzeniu i aktualizowaniu planów terapeutycznych.

W świetle powyższych obserwacji, KMPT zaleca wprowadzenie szczegółowych założeń dla poszczególnych rodzajów prowadzonej terapii, jej celów i korzyści dla konkretnego pacjenta. W przypadku aktualizacji planów terapeutycznych, KMPT rekomenduje umieszczanie w Indywidualnym Planie Terapii opisu wprowadzanych zmian.

5.4. Szkolenia dla personelu

Z uzyskanego przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur wykazu szkoleń pracowników Działu Opiekuńczo – Terapeutycznego w latach 2018 – 2019 wynika, iż personel ma możliwości częstego podnoszenia kompetencji w zakresie opieki nad mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej. Oferta szkoleniowa we wzmiankowanym okresie obejmowała m.in.: profilaktykę urazów wśród osób powyżej 60-tego roku życia, pierwszą pomoc przedmedyczną, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu i ograniczeniu stresu w pracy. Pracownicy odbyli także szkolenia dotyczące współpracy z wolontariuszami, zmiany i stosowania Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego, czy zmiany przepisów z zakresu

opieki społecznej. Na grudzień 2019 roku zaplanowane zostało spotkanie edukacyjne na temat zastosowania przymusu bezpośredniego w DPS dla osób psychicznie chorych.

Zgodnie z otrzymanymi informacjami zatrudnieni w placówce psycholodzy nie mają możliwości wzbogacania własnych umiejętności i doświadczenia zawodowego w ramach superwizji. Zdaniem KMPT z uwagi na liczbę mieszkańców placówki (200 mieszkańców będących pod opieką dwojga psychologów) oraz ich specyficzne potrzeby, kierownictwo DPS powinno podjąć kroki w celu zapewnienia pracującym w Domu psychologom regularnego wsparcia ze strony zewnętrznego superwizora.

W zakresie problematyki umiejętności rozpoznawania i wsparcia dla ofiar tortur, jak również zapobiegania występowaniu podobnych zjawisk, niepokój wizytujących budzi brak znajomości wśród personelu Protokołu Stambulskiego. KMPT zaleca zapoznanie pracowników z tym dokumentem, udostępnienie jego treści wszystkim pracownikom (przede wszystkim zaś personelowi pielęgnarskiemu i psychologicznemu) oraz stosowanie w praktyce zawartych w nim reguł.

6. 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:

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej „Leśny” w Warszawie:

- 1) zwiększenie liczby godzin konsultacji psychiatrycznych w placówce;
- 2) zapoznanie pracowników, w szczególności zaś personelu medycznego i psychologicznego, z Protokołem Stambulskim;
- 3) wprowadzenie Indywidualnych Kart Zleceń, na których będą wpisane zlecone leki, daty ich odstawienia i zmiany oraz miejsce na podpis pielęgniarki;
- 4) wydawanie i ewidencjonowanie leków psychotropowych z grupy IV-P w zgodzie z przepisami obowiązującego prawa;
- 5) prowadzenie dokumentacji medycznej mieszkańców w sposób spójny i rzeczowy;
- 6) dokumentowanie zaobserwowanych u mieszkańców obrażeń w oparciu o Protokół Stambulski;
- 7) wprowadzenie szczegółowych założeń dla poszczególnych rodzajów prowadzonej terapii, jej celów i korzyści dla konkretnego pacjenta;

- 8) umieszczanie w Indywidualnym Planie Terapii opisu wprowadzanych zmian, w przypadku aktualizacji planów terapeutycznych;
- 9) zapewnienie regularnych superwizji zatrudnionym w DPS psychologom.

Jednocześnie Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektora placówki z prośbą o udzielenie informacji na temat postępu prac remontowych palarni i prognozowanego terminu ich zakończenia.