

Warszawa, dnia 23 marca 2019 r.

KMP.575.2.2019.JZ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej
Nad Potokiem im. Bohdany „Danuty” Kijewskiej w Radomiu
(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 20-22 maja 2019 r. do Domu Pomocy Społecznej Nad Potokiem im. Bohdany „Danuty” Kijewskiej w Radomiu przy ul. Struga 88 (zwanego dalej: DPS, Domem, placówką) udali się przedstawiciele Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (zwanego dalej: KMPT) w składzie: Rafał Kulas (prawnik), Aleksandra Osińska (psycholog), Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz dr n. med. Agnieszka Welento-Nowacka (psychiatra) – ekspert KMPT. Wyniki jej ekspertyzy zostały włączone w treść 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 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.

W ramach wizytacji przeprowadzone czynności polegały na:

- rozmowie z Pawłem Kolendą – dyrektorem placówki;

- oglądzie domu, w tym m.in.: wybranych pokoi mieszkańców, sanitariatów, świetlic, pracowni terapii zajęciowej, sal rehabilitacji, jadalni;
- rozmowach indywidualnych z mieszkańcami i personelem w warunkach wyłączających obecność osób trzecich;
- analizie dokumentacji dotyczącej mieszkańców m.in.: książek raportów pielęgniarskich, raportów opiekunów, losowo wybranych akt osobowych mieszkańców ubezwłasnowolnionych oraz umieszczonych decyzją sądu.

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

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

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

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie mieszkańców przez personel placówki, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W niniejszym Raporcie opisano jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMPT 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 jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakáže, 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.

KMPT w sposób szczególny pragnie podkreślić konieczność przestrzegania zakazu represji, bowiem pod koniec czerwca 2019 r. do Biura RPO dotarły sygnały o wyciągnięciu konsekwencji wobec jednego z pracowników DPS, z którym przedstawiciele KMPT

rozmawiali podczas wizytacji. W tej sprawie KMPT zwrócił się bezpośrednio do Dyrektora Domu wskazując, że kadra zarządzająca nie ma prawa dopytywać pracowników, z którymi przedstawiciele KMPT przeprowadzają rozmowy, o szczegóły tych rozmów, ani też sugerować, że mogli oni przedstawić placówkę w niekorzystnym świetle. KMPT zaznaczył również, że to na dyrekcji spoczywa obowiązek zapewnienia ochrony przed niewłaściwym traktowaniem zarówno mieszkańcom DPS, jak i pracownikom.

W odpowiedzi Dyrektor DPS wskazał, że opisana sytuacja nie pozwala odnieść się do kwestii ewentualnych nieprawidłowości. W ocenie dyrekcji placówki przedstawienie wyjaśnień byłoby możliwe dopiero po szczegółowym zapoznaniu się z okolicznościami całego zajścia. W tym kontekście KMPT podkreśla, że zgodnie z art. 21 ust. 2 OPCAT: „*Poufne informacje zebrane przez krajowe mechanizmy prewencji są objęte tajemnicą. Żadne osobiste dane nie zostaną opublikowane bez wyraźnej zgody osoby, której one dotyczą.*” W opinii KMPT zaistniała sytuacja pokazuje, jak ważne jest podjęcie działań, które w przyszłości zapobiegą tego typu sytuacjom. Jest to szczególnie ważne w placówkach, w których przebywają przedstawiciele tzw. grup wrażliwych (m.in. osoby z niepełnosprawnością psychiczną, osoby starsze, młodzież), które mogą mieć trudności w zrozumieniu idei zakazu represji. Stąd tak istotne jest, by o ich interesy byli w stanie zadbać pracownicy jednostki, nie obawiając się informowania o nieprawidłowościach.

KMPT zaleca wprowadzenie procedur antymobbingowych i objęcie całego personelu programem szkoleń z tego zakresu. Niezwykle ważne jest także zapewnienie odpowiedniej ochrony sygnalistom (ang. whistleblower). Kwestia ta była przedmiotem rekomendacji Komitetu Ministrów Rady Europy dotyczącej ochrony sygnalistów z dnia 30 kwietnia 2014 r.¹. Konieczność ochrony prawnej sygnalistów i promowania kultury uznającej ich ważną rolę w społeczeństwie podkreślają także Parlament Europejski² oraz organizacje pozarządowe³.

¹ Zob. Protection of whistleblowers: recommendation CM/Rec(2014)7 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 30 April 2014 and explanatory memorandum.

² Zob. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 24 października 2017 r. w sprawie uzasadnionych środków ochrony sygnalistów działających w interesie publicznym podczas ujawniania poufnych informacji posiadanych przez przedsiębiorstwa i organy publiczne (2016/2224(INI)).

³ Zob. Dorota Głowacka, Adam Płoszka, Marcin Sczaniecki, „*Wiem i powiem. Ochrona sygnalistów i dziennikarskich źródeł informacji. Praktyczny przewodnik*”, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2016; Anna Wojciechowska-Nowak, „*Założenia do ustawy o ochronie praw osób sygnalizujących nieprawidłowości środowisku zawodowym. Jak polski ustawodawca może czerpać z doświadczeń państw obcych?*”, Fundacja Batorego, Warszawa 2012; Anna Wojciechowska-Nowak, „*Ochrona sygnalistów w Polsce. Stan obecny i rekomendacje zmian*”, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2012.

3. Charakterystyka placówki

Dom Pomocy Społecznej Nad Potokiem im. Bohdany „Danuty” Kijewskiej w Radomiu jest jednostką organizacyjną podległą Prezydentowi Miasta Radomia. Placówka uzyskała zezwolenie Wojewody Mazowieckiego na prowadzenie działalności zgodnie z decyzją nr 13/2008 z dnia 27 listopada 2008 r. Na podstawie decyzji Wojewody Mazowieckiego nr 860/2012 z dnia 22 maja 2012 r. zmieniony został typ i przeznaczenie Domu – zezwolono placówce na prowadzenie miejsc dla osób przewlekle psychicznie chorych. Zamieszkują one w wyodrębnionym budynku na terenie DPS.

Placówka przeznaczona jest dla 163 osób przewlekle somatycznie chorych oraz 22 osób przewlekle psychicznie chorych. W czasie wizytacji w domu przebywało 180 mieszkańców (62 kobiety i 118 mężczyzn), z czego 4 osoby były częściowo ubezwłasnowolnione, a 9 osób całkowicie ubezwłasnowolnionych. W dwóch przypadkach opiekunami prawnymi byli pracownicy DPS. 18 osób zostało umieszczonych w DPS postanowieniem sądu.

4. Problemy systemowe

4.1. Mieszkańcy uzależnieni od alkoholu

Według informacji uzyskanych w czasie wizytacji wynika, że blisko 1/3 mieszkańców zmagają się z problemem alkoholowym. KMPT zwraca 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, ustawa z dnia 22 lutego 2013 r. *o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. z 2013 r., poz. 509) 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.

Warto jednak zauważyć, że dyrekcja wizytowanej placówki podejmuje działania na rzecz zminimalizowania wskazanego problemu, m.in. współpracuje z Gminną Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. KMPT docenia także, że od 1 maja 2019 r.

w placówce został zatrudniony terapeuta uzależnień. Do chwili wizytacji prowadzone były już pierwsze zajęcia z pacjentami dotyczące uzależnień. Jednak jak wynika z oceny ekspertki KMPT nie miały one wyraźnie zaznaczonej struktury, obecność na spotkaniach nie była obowiązkowa, a pacjenci nie podpisywali kontraktu terapeutycznego. W jej opinii już na tym etapie pracy terapia ta powinna mieć określoną z góry strukturę, z wyznaczeniem zasad terapii i podpisaniem kontraktu terapeutycznego. Grupa powinna być spójna, dlatego powinny w niej uczestniczyć osoby, które są zmotywowane do podjęcia terapii. Przed dołączeniem do grupy warto byłoby rozważyć prowadzenie zajęć motywacyjnych w formie krótkich spotkań, tak by zachęcić pacjentów do podjęcia terapii.

KMPT prosi o przedstawienie informacji o obecnym etapie programu realizowanego przez terapeutę uzależnień.

4.2. Pełnienie przez pracownika Domu funkcji opiekuna prawnego

Wśród mieszkańców Domu 9 osób jest całkowicie ubezwłasnowolnionych. W dwóch przypadkach opiekunami prawnymi są pracownicy DPS-u. Wizytujący nie otrzymali niepokojących sygnałów na temat sprawowania przez pracowników funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych, jednak kwestia ta od lat budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT⁴. Problem ten ma charakter systemowy.

Z jednej strony takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkańców, którzy dzięki tej praktyce, mają stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym. W przypadku braku rodziny lub innych bliskich osób albo braku zainteresowania z ich strony, pracownicy domów pomocy społecznej są jedynymi osobami gotowymi podjąć się funkcji opiekuna prawnego. Co więcej, z informacji przekazywanych przedstawicielom KMPT podczas kolejnych wizytacji wynika, że często to same sądy wywierają presję, aby to właśnie któryś z pracowników wyraził chęć sprawowania opieki nad ubezwłasnowolnionym.

W tym kontekście warto zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikom domów pomocy społecznej trudno w tej sytuacji zachować obiektywność w ocenie oferty opiekuńczej domu. Ponadto pełnienie przez personel domów pomocy społecznej funkcji opiekunów prawnych wiąże się

⁴ 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.

de facto z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków kosztem czasu wolnego lub prywatnego. Może to zatem prowadzić do braku odpowiedniej motywacji, by właściwie i rzetelnie wykonywali powierzone obowiązki.

Na problem ten zwracał również uwagę CPT podkreślając, że jednym z aspektów roli opiekuna jest obrona - w razie konieczności - praw osób z niepełnosprawnościami wobec instytucji przyjmującej. Pełnienie funkcji opiekuna przez pracownika tej samej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów i zagrozić niezależności i bezstronności opiekuna. CPT rekomenduje w takich sytuacjach, aby władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów⁵.

W związku z tym przedstawiciele KMPT prewencyjnie zalecają dyrektorowi DPS, aby dokonywał szczególnej kontroli pracy opiekunów prawnych i reagował w przypadkach niedopełnienia obowiązków lub nadużyć ze strony opiekuna.

4.3. Stosowanie monitoringu wizyjnego

W domu zainstalowany jest monitoring. Kamery telewizji przemysłowej umieszczono przy wejściu do budynku oraz na zewnątrz. Podgląd z kamer znajduje się w pomieszczeniu zajmowanym przez jednego z pracowników.

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. Monitoring to także dodatkowe, niekiedy bardzo skuteczne narzędzie prewencji nieludzkiego traktowania. Niemniej nie można zapomnieć, że aby by spełniał swoją zapobiegawczą rolę i nie prowadził do nadużyć np. do nieuzasadnionej ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku, powinien być odpowiednio uregulowany w przepisach prawa. 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

⁵ Raport z wizytacji na Łotwie przeprowadzonej przez CPT w dniach 12-22 kwietnia 2016 r (pkt. 157).

i przechowywania nagrań z monitoringu⁶. 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.⁷. Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

4.4. Stosowanie niestandardowych form opieki

Jak wynika z otrzymanych przez KMPT informacji, w Domu stosowane są niestandardowe formy zabezpieczeń mieszkańców. W przypadku osób mających problem z utrzymaniem pozycji siedzącej, celem zabezpieczenia przed zsunięciem się czy upadkiem, stosuje się pasy stabilizujące zakładane na wózek inwalidzki.

Należy zwrócić uwagę, że kwestia stosowania tego typu zabezpieczeń jest niezwykle problematyczna. Bardzo utrudnione jest jednoznaczne określenie, czy tego rodzaju przypadki należałoby uznać za zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia⁸ czy też jako mieszczące się w granicach wykonywanych czynności opiekuńczych wobec mieszkańców. Warto zauważyć, że stosowanie tego typu niestandardowych form opieki, bez wprowadzenia jasnych kryteriów i procedur, stwarza ryzyko niewłaściwego traktowania. Podczas dotychczasowych wizytacji przedstawiciele KMPT spotkali się bowiem z przypadkami przywiązywania mieszkańców paskami do fotela czy zakładania na głowę pasu zrobionego z rajstop⁹.

Kwestia stosowania niestandardowych zabezpieczeń wobec pensjonariuszy DPS, placówek całodobowej opieki czy pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych została przeanalizowana przez Komisję Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, w skład której wchodzi m.in. lekarze, psycholodzy i prawnicy. W opinii z dnia 29 sierpnia 2019 r. eksperci uznali, że zastosowanie tego typu rozwiązań jest ograniczeniem wolności jednostki i ingerencją w jej podstawowe prawa, co wymusza zachowanie standardu określonego w art. 31 ust. 3 Konstytucji, a zatem konieczność uregulowania tej kwestii na poziomie ustawowym. Zaznaczyli m.in., że stosowanie takich metod może być kontynuowane przez długi czas, co jest zdecydowanym wkroczeniem w podstawowe prawa i wolności człowieka (niezależnie od

⁶ Wystąpienie RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

⁷ Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

⁸ W rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878).

⁹ Por. „*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.114.

usprawiedliwionego celu takiego działania). W opinii ekspertów, należy zatem nie tylko określić w ustawie katalog tego typu form zabezpieczeń, ale także wprowadzić odpowiednie procedury dotyczące ich stosowania.

W procedurach takich należałoby uregulować przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, ale również dokładnie określić poszczególne działania podejmowane przez personel i użyty w ich trakcie sprzęt. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiednich narzędzi, które nie spowodują np. podduszenia.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Brak kontroli sądowej pobytu osób chorujących psychicznie

Zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 z późn. zm.; dalej: u.o.z.p), 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 domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób chorujących psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną. Zgodnie z art. 43 ust. 4 wskazanej ustawy *sędzia wykonuje kontrole:*

1) stałe – co najmniej raz w roku, obejmujące wszystkie czynności, o których mowa w ust. 3, przeprowadzane w szpitalach psychiatrycznych i w domach pomocy społecznej lub

2) doraźne – obejmujące wszystkie albo niektóre z czynności, o których mowa w ust. 3, przeprowadzane w szczególności w razie uzasadnionego podejrzenia występowania uchybień w funkcjonowaniu szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej.

Jak już wskazano, od 2012 r. w placówce wyznaczono 22 miejsca dla osób przewlekle psychicznie chorych. Tymczasem jak wynika z informacji przekazanych przez dyrekcję placówki, tego typu kontrola nie miała nigdy miejsca.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że kontrole i inspekcje są bardzo ważne z perspektywy skutecznej prewencji złego traktowania. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do przedstawicieli grup wrażliwych (m.in. osób starszych, z niepełnosprawnością intelektualną, chorujących psychicznie), którzy nie zawsze potrafią właściwie zareagować, gdy dzieje im się krzywda. Jak podkreśla Komitet ONZ przeciwko torturom (CAT) kluczowe jest ustanowienie skutecznej kontroli sądowej nad przymusowym umieszczeniem i traktowaniem w miejscu pozbawienia wolności oraz zapewnienie by

niezależne organy monitorujące regularnie odwiedzały wszystkiego rodzaju instytucje psychiatryczne¹⁰.

Mając to na względzie, KMPT prosi Przewodniczącą III Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego w Radomiu o wskazanie powodów, dla których placówka nie była dotychczas wizytowana przez sędziego oraz poinformowanie kiedy zaplanowano najbliższą kontrolę, a także wskazanie czy tego typu kontrole będą już regularnie przeprowadzane.

5.2. Traktowanie

Jak udało się ustalić wizytującym, w 2018 roku na oddziale dla osób chorujących psychicznie miało dochodzić do przemocy fizycznej i psychicznej wobec niektórych mieszkańców ze strony części personelu. Jako przykład można wskazać, że mieszkanka, która wyszła na spacer z oddziału psychiatrycznego, miała poprosić po jakimś czasie o otwarcie drzwi, bo chciała wrócić, aby skorzystać z toalety. W odpowiedzi miała usłyszeć, że ma załatwić potrzebę fizjologiczną w krzakach. Mieszkańcy mieli też być szarpani i wyzywani przez personel placówki.

Skargę dotyczącą złego traktowania, skierowaną m.in. do władz miasta oraz Rzecznika Praw Pacjenta, złożył jeden z mieszkańców DPS. W związku z otrzymanymi informacjami na początku 2019 r. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przeprowadził kontrolę w placówce. Opierając się na jej ustaleniach władze miasta odwołały dyrektora DPS. Jednocześnie wiceprezydent miasta skierował w tej sprawie zawiadomienie do prokuratury. Jak wynika z informacji przekazanych przez Prokuratora Rejonowego Radom-Wschód, postępowanie przygotowawcze jest prowadzone w sprawie:

- 1) niedopełnienia obowiązków przez byłego dyrektora Domu Pomocy Społecznej poprzez niereagowanie na przypadki niewłaściwego traktowania podopiecznych przez personel;
- 2) niedopełnienia obowiązków przez kierownika pielęgniarek Oddziału Psychiatrycznego Domu Pomocy Społecznej poprzez niereagowanie na przypadki niewłaściwego traktowania podopiecznych przez personel;
- 3) znęcania się przez dwie pracownice nad podopiecznymi Domu Pomocy Społecznej będącymi osobami nieporadnymi ze względu na stan psychiczny poprzez niewłaściwe ich traktowanie.

¹⁰ Zob. Wnioski końcowe z drugiego okresowego sprawozdania Japonii z realizacji Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, 28 czerwca 2013 r., CAT/C/JPN/CO/2 § 22.

W czasie wizytacji KMPT żadna z tych osób nie pracowała już w DPS. Podczas wstępnego podsumowania przedstawiciele KMPT zalecili Dyrektorowi baczniejszy nadzór nad personelem oddziału psychiatrycznego. Z uzyskanych przez wizytujących informacji wynikało, że w placówce wciąż pracują osoby, które były świadkami niewłaściwych zachowań lub same mogły się ich dopuszczać. Należy jednak zauważyć, że po odejściu osób, wobec których prowadzone jest postępowanie prokuratorskie, atmosfera na oddziale uległa poprawie. Zdarzenia, do których doszło w 2018 r. ujawniły jednak szereg niedociągnięć w różnych obszarach, które wymagają poprawy, w szczególności dotyczy to konieczności wzmocnienia mechanizmu skargowego, podejmowanych oddziaływań psychologicznych i wzmocnienia personelu, co zostanie szczegółowo omówione w kolejnych punktach.

5.3. Mechanizm skargowy

Zdaniem przedstawicieli KMPT szybka reakcja władz miasta świadczy o dobrze funkcjonującym systemie skargowym poza placówką. Niestety takiego sprawnego mechanizmu zabrakło w samym DPS. Rejestr skarg i wniosków, które kierowane są bezpośrednio do dyrektora placówki, zawierał ostatnie wpisy z 2014 r. Ponadto na dwóch oddziałach somatycznych umieszczone były skrzynki, do których mieszkańcy mogą wrzucać sporządzone pisemnie skargi i wnioski. Skrzynki te raz w miesiącu są opróżniane przez pracownika socjalnego. Jak wynika z informacji dyrekcji placówki są one rozpatrywane na bieżąco. W sytuacji gdy problem dotyczy większości mieszkańców rozwiązanie następuje na spotkaniu dyrekcji z Radą Mieszkańców. W ocenie KMPT rozwiązania te nie są wystarczające.

Przed wszystkim skrzynka na skargi powinna zostać umieszczona także na oddziale dla osób chorujących psychicznie. W dniu wizytacji na tablicy informacyjnej znajdującej się na tym oddziale widniała jedynie informacja: „*Książka skarg i zażaleń znajduje się w dyżurce pielęgniarek*”. Prowadzi to do sytuacji, gdy realny i w pełni poufny dostęp do mechanizmu skargowego nie jest zapewniony dla wszystkich mieszkańców. W tym kontekście warto zwrócić szczególną uwagę na zalecenia CPT na temat funkcjonowania mechanizmów skargowych, w których wskazano, że *należy zastosować specjalne środki, aby mechanizmy składania skarg były bardziej dostępne dla osób o szczególnych potrzebach, takich jak nieletnie, osób z niepełnosprawnością psychospołeczną i/lub trudnościami w uczeniu się, lub osób mających problemy z rozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem oficjalnego języka (języków) danego kraju, w tym obcokrajowców.(...) Ważne jest również, aby w razie potrzeby zapewnić im odpowiednie wsparcie. W szczególności wskazane jest, aby nieletni,*

*osoby z niepełnosprawnością, w tym niepełnosprawne psychospołecznie i/lub osoby z trudnościami w uczeniu się, lub cudzoziemcy pozbawieni wolności mieli możliwość skorzystania z pomocy osoby lub organu, który może im pomóc w zrozumieniu i korzystaniu z przysługujących im praw*¹¹.

KMPT zaleca zatem umieszczenie skrzynki na skargi i wnioski także na oddziale dla osób chorujących psychicznie. Należałoby także przygotować informacje o możliwości złożenia tego typu skargi i udostępnić ją w ogólnodostępnych miejscach np. na tablicach ogłoszeń obok informacji o instytucjach stojących na straży praw człowieka, które już funkcjonują w placówce. Ponadto powinna zostać stworzona szczegółowa procedura opisująca postępowanie ze skargami, z którą zostaną zapoznani osobiście wszyscy mieszkańcy, bowiem zgodnie z zaleceniem CPT *osoby pozbawione wolności powinny niezwłocznie otrzymywać informacje, zarówno ustnie, jak i na piśmie, o wszystkich sposobach rozpatrywania skarg (w tym procedurach odwoławczych), zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych w stosunku do miejsc, w których są przetrzymywane. Powinni również jasno zrozumieć zasady korzystania z przysługującego im prawa do złożenia skargi*¹².

W tym kontekście KMPT zaleca także zmianę dotychczasowej praktyki dotyczącej zarządzania skargami, tak aby zagwarantować, że procedura ta będzie przebiegała z pełnym poszanowaniem zasad poufności. Bez tak ważnego elementu, osoby chcące zgłosić swoje skargi mogą obawiać się, że przekazane przez nich informacje trafią w niepowołane ręce. Warto zwrócić uwagę, że zgodnie z zaleceniami CPT *należy zabezpieczyć bezpośredni i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi (np. poprzez zainstalowanie zamkniętych skrzynek skarg dostępnych dla skarżących w odpowiednich lokalizacjach, które będą otwierane wyłącznie przez osoby specjalnie wyznaczone w celu zapewnienia poufności skarg). Pracownicy, którzy mają osoby pozbawione wolności bezpośrednio pod ich nadzorem, nie powinni mieć możliwości filtrowania skarg*¹³. W tym kontekście należy pamiętać, że pracownicy socjalni mają bezpośredni kontakt z mieszkańcami, a skargi mogą dotyczyć również ich bezpośrednio. W opinii KMPT obsługą skrzynek ze skargami powinna się zatem zajmować wyłącznie jedna osoba, wyznaczona spośród pracowników administracyjnych. Jak pokazuje doświadczenie KMPT w niektórych placówkach jest to np. pracownik sekretariatu dyrektora.

¹¹ Fragment § 83 Dwudziestego siódmego Sprawozdania ogólnego [CPT/Inf (2018) 4].

¹² Tamże, § 79.

¹³ Tamże, § 84.

5.4. Ograniczenia wyjść mieszkańców

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT ustalili, że osoby ubezwłasnowolnione nie mogą samodzielnie opuszczać terenu placówki. Decyzja w tym zakresie należy do opiekuna prawnego, co zostało określone w pkt C4. Instrukcji w sprawie zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom, stanowiącej załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 6/2012 Dyrektora DPS z dnia 5 czerwca 2012 r., zgodnie z którym: *„W przypadkach, gdy mieszkaniec całkowicie ubezwłasnowolniony ma opuścić teren domu pod opieką osoby innej niż pracownik jednostki, pracownik zakładu ochrony zdrowia lub opiekun prawny, wymagana jest pisemna zgodna opiekuna prawnego.”* O tym, że procedura była stale realizowana świadczą wpisy w indywidualnej dokumentacji wybranych mieszkańców m.in.: *„mieszkaniec posiada opiekuna prawnego, który nie wyraził zgody na jego samodzielne oddalenie się poza teren domu”*. Ponadto w dyżurce pielęgniarskiej na oddziale dla osób chorujących psychicznie znajduje się lista osób zatytułowana *„Zakaz wychodzenia”*.

Co więcej, w trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT zaobserwowali, że budynek w którym mieszkają osoby chorujące psychicznie jest stale zamknięty na klucz. Drzwi otwierane są wyłącznie przez personel placówki, zatem niezależnie czy mieszkaniec jest ubezwłasnowolniony czy też nie, musi każdorazowo prosić pielęgniarkę lub opiekunkę o otwarcie drzwi, nawet jeśli chce tylko wyjść do ogrodu przed budynkiem. Jest to dodatkowe ograniczenie, szczególnie gdy personel jest zajęty wykonywaniem innych czynności np. sprząaniem, podawaniem posiłków.

Od lat KMPT zwracał uwagę, że kwestia reglamentacji wyjść pensjonariuszy stanowiła problem systemowy, wymagający unormowania na poziomie ustawy¹⁴. Obowiązujące w trakcie wizytacji przepisy prawne nie zawierały bowiem regulacji, które dopuszczałyby wprowadzanie ograniczeń w zakresie możliwości swobodnego opuszczania przez mieszkańców budynków oraz terenu placówki.

KMPT wielokrotnie podkreślał, że instytucja ubezwłasnowolnienia ogranicza osobę nią objętą wyłącznie w sferze prawnej, a nie w sferze wolności osobistej, dlatego ograniczenie osoby ubezwłasnowolnionej niezwiązane z jej uczestnictwem w obrocie prawnym należy uznać za nieuprawnione. W ocenie KMPT, osoby ubezwłasnowolnione powinny być traktowane przez personel domu na równi z innymi mieszkańcami w każdym aspekcie ich życia,

¹⁴ 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

niezwiązanym ze wspomnianymi ograniczeniami w sferze prawnej, w szczególności w możliwości samodecydowania o wyjściach poza teren placówki. Jedynymi czynnikami branymi pod uwagę przy wydawaniu decyzji o możliwości samodzielnych wyjść powinny być: wola mieszkańca oraz stan jego zdrowia.

W związku z tym KMPT z zadowoleniem przyjął rozwiązania wprowadzone w tym zakresie w *ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 2019 r., poz. 1690). Kwestie te zostały określone w art. 55 ust. 2a–2i ustawy. Wynika z nich m.in., że w przypadku 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 to 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 mieszkaniec 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.

KMPT zaleca zmianę dotychczas obowiązującej w DPS praktyki oraz Instrukcji w sprawie zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom, stanowiącej załącznik nr 1 do

Zarządzenia nr 6/2012 Dyrektora DPS z dnia 5 czerwca 2012 r., które uwzględnią wskazane przez ustawodawcę rozwiązania.

5.5. Opieka psychologiczna i oferta terapeutyczna

KMPT docenia, że pomimo tego, iż przepisy zobowiązują dyrektorów domów jedynie do zapewnienia mieszkańcom kontaktu z psychologiem, to w tej placówce pomoc psychologiczną świadczy osoba zatrudniona na pełny etat. Posiada uprawnienia neuropsychologiczne i wykonuje diagnostykę psychologiczną skoncentrowaną na diagnostyce neuropsychologicznej u każdego pacjenta. W ocenie ekspertki KMPT w dokumentacji pacjenta jest zawarta szczegółowa diagnoza psychologiczna, jednak brak jest typowej diagnostyki psychologicznej opartej o metody testowe. Metody pracy psychologicznej są głównie oparte o pracę indywidualną i wsparciową. Psycholog prowadzi też zajęcia grupowe polegające na treningu poprawiającego funkcje poznawcze. Jak zostało wskazane w pkt. 4.1. niniejszego raportu, od maja 2019 r. w placówce zatrudniony jest także terapeuta uzależnień.

Mimo to, jak pokazuje praktyka podejmowane działania nie są wystarczające. W ocenie ekspertki KMPT jeden psycholog na ponad 180. pacjentów nie jest w stanie należycie i w pełni zająć się mieszkańcami i opracować indywidualnych planów wsparcia. W ramach możliwości finansowych warto rozważyć poszerzenie grona osób świadczących pomoc psychologiczną w placówce. Należy bowiem zauważyć, że w opinii ekspertki, oferta terapeutyczna oparta o pracę psychologiczną powinna być rozszerzona na oddziale psychiatrycznym np. o psychoedukację, trening asertywności, trening inteligencji emocjonalnej czy formy bardziej zorganizowane jak np. teatr tworzony przez mieszkańców, który może być również prowadzony przez terapeutów zajęciowych. Jest to szczególnie ważne, ponieważ na oddziale dla osób chorujących psychicznie, który znajduje się w osobnym budynku nie ma osobnego pomieszczenia do terapii zajęciowej, jest jedynie jeden pokój dzienny, który pełni także funkcję stołówki dla tego oddziału. Z przekazanego wizytującym *Ramowego planu zajęć terapeutycznych* wynika natomiast, że zaplanowane aktywności odbywają się najczęściej od 9.00 do 15.00, przy czym uwzględniają one takie formy jak m.in. Msza Święta, gry stolikowe, gimnastka poranna, czy biblioterapię – czytanie literatury przy pomocy radiowęzła. Nie są to zatem szczególnie angażujące formy, które swoją atrakcyjnością mogłyby przyciągnąć wielu mieszkańców. Choć zdarzają się także wycieczki, czy występy zespołów muzycznych lub grup teatralnych, jednak skala tego typu wydarzeń nie wpływa znacząco na urozmaicenie codziennej rutyny życia w DPS. Potwierdzeniem tego stanu jest również fakt, iż przedstawiciele KMPT

usłyszeli w trakcie wizytacji, że „przydałoby się więcej zajęć, niektórzy żyją od posiłku do posiłku”. KMPT zaleca rozbudowanie oferty terapeutycznej opartej o pracę psychologiczną i terapii zajęciowej, w szczególności dla osób z oddziału dla chorujących psychicznie.

Niepokój KMPT wzbudziła także nieufność niektórych mieszkańców w stosunku do psychologa. Z uzyskanych informacji wynika, że mieszkańcy mieli mówić podczas spotkań z psychologiem o nieprawidłowościach do jakich dochodziło na oddziale dla osób chorujących psychicznie. W odczuciu mieszkańców nie zachowano w tym przypadku zasady poufności, o takiej rozmowie miała się bowiem dowiedzieć osoba odpowiedzialna za złe traktowanie mieszkańców. W tym kontekście należy przypomnieć, że zachowanie poufności jest jedną z najważniejszych zasad w relacji pacjent-psycholog. Ma ona szczególne znaczenie, gdy mamy do czynienia z osobą doświadczającą bądź będącą świadkiem przemocy. Ponadto jak ustalono w trakcie wizytacji żadna z tych osób nie została objęta szczególną opieką psychologiczną.

Kwestie zapewnienia odpowiedniego wsparcia psychologicznego dla ofiar złego traktowania zostały szczegółowo opisane w *Protokole Stambulskim, czyli Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*¹⁵. W dokumencie tym znajdują się, skierowane do lekarzy i psychologów, informacje pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą złego traktowania oraz wskazówki, jak należy zgłaszać takie przypadki sądom lub organom śledczym, a także w jaki sposób skutecznie je dokumentować. Pomimo, iż Protokół Stambulski nie ma charakteru wiążącego, prawo międzynarodowe zobowiązuje rządy do badania i dokumentowania przypadków tortur i innych form znęcania się, a także karania osób za nie odpowiedzialnych, w sposób wszechstronny, efektywny, bezzwłoczny i obiektywny. Skuteczna dokumentacja jest bowiem jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami, a Protokół Stambulski stanowi podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania¹⁶.

W związku z powyższym wizytujący zalecają zapoznanie osób świadczących pomoc psychologiczną z treścią Protokołu Stambulskiego. Na konieczność przeprowadzenia tego rodzaju szkolenia zwraca też uwagę Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. tortur i innego

¹⁵ Dokument jest dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protokol-stambulski>

¹⁶ Zob. Raport Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Niehumanitarnemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport z wizyty SPT na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 46-48; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipca 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania (dalej: Sprawozdawca ONZ)¹⁷.

5.6. Opieka medyczna

Lekarz internista jest obecny w DPS trzy razy w tygodniu. Konsultacje specjalistyczne są wykonywane w zależności od dostępności przez lekarzy specjalistów zatrudnionych w poradni ogólnej lub w poradniach przyszpitalnych. Pacjenci są dowożeni na wizyty transportem DPS, towarzyszy im pracownik placówki, który może uczestniczyć w wizycie, gdy pacjent wyrazi na to zgodę. Konsultacje psychiatryczne są wykonywane w Poradni Zdrowia Psychicznego, do której pacjenci również są dowożeni. Wizyty odbywają się po wcześniejszym umówieniu takiego spotkania, a nie w stałych dniach, w których lekarz byłby wyłącznie do dyspozycji pacjentów. 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.

Wątpliwości ekspertki KMPT wzbudziło, że w dokumentacji medycznej nie ma informacji z wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego i z poradni specjalistycznych. Należy włączyć tę dokumentację do dokumentacji medycznej, choćby poprzez załączenie kserokopii. Ponadto w opinii ekspertki, karty zleceń lekarskich są mało czytelne, przez co trudno ustalić kiedy dany lek został odstawiony, a kiedy wprowadzony. Karty powinny mieć formę tabletek, w których są wyszczególnione daty i pory podawania leków oraz powinny zawierać miejsce, gdzie pielęgniarka podpisywałaby się po podaniu leku pacjentowi.

W trakcie wizytacji ustalono, że zdarza się, że leki podawane są w formie rozkruszonej. W karcie zleceń oraz dokumentacji medycznej brak jest jednak adnotacji o rozkruszaniu leków. Można takie informacje znaleźć w raportach pielęgniarskich, bez wytłumaczenia dlaczego podjęto decyzję o rozkruszaniu leków, a przede wszystkim czy decyzja ta była konsultowana z lekarzem. W 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur uzyskał opinię prof. dr hab. Jacka Wciórki z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w której podkreślono, że podanie leku w takiej formie powinno być traktowane jako ostateczność. Rozkruszanie lekarstw nie daje

¹⁷ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

bowiem nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwiobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości zapewniając właściwe działanie leku. Także Polskie Towarzystwo Psychiatryczne pismem z dnia 1 lutego 2017 r. poinformowało, że rozdrabnianie leków stanowić może działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować. Podawanie leków psychotropowych bez zlecenia lekarskiego mieszkańcom stanowi bezpośrednie naruszenie ich prawa do ochrony zdrowia oraz wolności w zakresie decydowania o przebiegu leczenia. KMPT zaleca zatem wprowadzenie zasad, w jakich sytuacjach leki mają być rozkruszane, a fakt zlecenia takiej formy podawania leków powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny oraz wpisany w zlecenia lekarskie.

KMPT z zadowoleniem przyjął, że przy przyjęciu do placówki wszelkie zmiany skórne i ewentualne obrażenia mieszkańca są opisywane przez pielęgniarki. Jednocześnie KMPT zachęca, aby personel medyczny korzystał z map ciała, które są dostępne we wspomnianym już *Protokole Stambulskim*. 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, ale 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.

5.7. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego

Jak wynikało z informacji personelu, w placówce nie stosuje się środków przymusu bezpośredniego. W sytuacji gdy mieszkaniec stwarza poważne zagrożenie dla siebie lub otoczenia na miejsce wzywana jest policja. Pracownicy DPS nie byli szkoleni z zasad stosowania przymusu bezpośredniego.

W tym kontekście wątpliwości przedstawicieli KMPT wzbudził brak wydzielienia monitorowanego pomieszczenia na oddziale dla osób chorujących psychicznie, w którym możliwe byłoby zastosowanie izolacji, bowiem zgodnie z art. 18e pkt 1 i 2 u.o.z.p: *Przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi i odpowiadającym wymogom, jakie powinny spełniać pokoje łóżkowe w szpitalu psychiatrycznym lub w innym zakładzie leczniczym albo pokoje mieszkalne w jednostce*

organizacyjnej pomocy społecznej. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego. Tymczasem żadne z pomieszczeń DPS nie zostało wyznaczone do zastosowania izolacji.

Ponadto w placówce nie funkcjonuje rejestr przypadków zastosowania przymusu, który spełniałby wymogi określone w art. 18c pkt 2 u.o.z.p, zgodnie z którym: *w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zamieszcza się w prowadzonym przez kierownika tej jednostki rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego zawierającym następujące dane:*

- 1) imię i nazwisko osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni;*
- 2) imię i nazwisko zlecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz osób wykonujących jego stosowanie;*
- 3) zastosowany rodzaj środka przymusu bezpośredniego;*
- 4) opis przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego;*
- 5) czas trwania przymusu bezpośredniego (data i godzina rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania);*
- 6) przebieg stosowania przymusu bezpośredniego, w tym informację o skutkach jego stosowania dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany.*

Ponadto zgodnie z § 3 pkt 1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. z 2018 r., poz. 2459), dalej: rozporządzenie; *Kartę zastosowania przymusu bezpośredniego: wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, sporządza się według wzoru określonego w załączniku nr 1 do rozporządzenia.*

W przypadku, gdy mieszkaniec jest bardzo pobudzony, jego izolacja w odpowiednich warunkach np. do chwili przyjazdu policji jest bezpieczniejszym rozwiązaniem niż pozostawienie bez nadzoru lub w otoczeniu innych mieszkańców. Jest to szczególnie ważne, bowiem jak ustalono w trakcie wizytacji liczba personelu nie zawsze jest adekwatna do realnych potrzeb, co może negatywnie wpływać na bezpieczeństwo zarówno mieszkańców, jak i samego personelu. Nie można przy tym zapomnieć, że w celu skutecznego i bezpiecznego zapewnienia przebiegu tych czynności niezbędne jest podniesienie kwalifikacji personelu poprzez przeprowadzenie szkoleń z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego.

Biorąc powyższe pod uwagę, wizytujący zalecają Dyrektorowi DPS wyznaczenie monitorowanego pokoju do zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci izolacji oraz dokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z u.o.z.p oraz wymienionym rozporządzeniem, a także objęcie personelu szkoleniami z zakresu stosowania przymusu.

5.8. Personel

Jak wynika z informacji przekazanych wizytującym, obsada pielęgniarska na dyżurach to zazwyczaj 1 - 2 pielęgniarki w ciągu dnia oraz do godziny 15.00 pielęgniarka koordynująca, które wspierane są przez 2 opiekunki. W nocy dyżur pełnią 1 pielęgniarka i 1 opiekunka na każdym z oddziałów. Choć zdarzały się także sytuacje, gdy jedna pielęgniarka pełniła dyżur na dwóch piętrach, czyli miała pod swoją opieką ponad 60. mieszkańców, lub też gdy był problem ze skompletowaniem personelu pielęgniarskiego w weekendy lub na nocne dyżury. W ostatnim czasie udało się częściowo usprawnić pracę oddziałów poprzez zatrudnienie kilku opiekunek medycznych, nadal jednak warto skupić się na rozbudowie personelu pielęgniarskiego. W tym kontekście należy także podjąć silniejsze starania o zatrudnienie mężczyzn wśród opiekunów i personelu pielęgniarskiego. Jest to ważne w kontekście zagwarantowania prawa mieszkańców do prywatności i intymności m.in. przy wykonywaniu zabiegów higienicznych. KMPT podkreśla, że zgodnie z Zasadą 14 Zasad działania ONZ na rzecz osób starszych¹⁸ „osoby starsze powinny mieć możliwość korzystania z praw człowieka i podstawowych swobód w trakcie przebywania w instytucjach zapewniających schronienie, opiekę lub pomoc medyczną, włączając w to pełne poszanowanie ich godności, przekonań, potrzeb i prywatności, a także prawa do decydowania o formie opieki i jakości życia”. Dyrektor DPS wyjaśnił, że również dostrzega problem małej liczby męskiego personelu w dziale opiekuńczym, jednakże zaznaczył, iż wynika on z braku chętnych mężczyzn do pracy w charakterze opiekunów/pokojowych. Mimo zrozumienia dla powyższej sytuacji, KMPT zaleca stałe podejmowanie działań mających na celu zatrudnienie odpowiedniego personelu płci męskiej.

W opinii KMPT niedostateczny jest program szkoleń i doskonalenia zawodowego pracowników. W opinii ekspertki, personel pielęgniarski ma co prawda duże doświadczenie w pracy z osobami wymagającymi długoterminowej opieki, nie są jednak prowadzone szkolenia specjalistyczne, a dodatkowe szkolenia odbywają się przede wszystkim we własnym

¹⁸ Rezolucja nr 46/91 Zgromadzenia Ogólnego ONZ z dnia 16 grudnia 1991 r.

zakresie. Jak udało się ustalić na oddziale dla osób chorujących psychicznie, żadna z pielęgniarek nie miała specjalizacji psychiatrycznej, ani nie była w trakcie takiego szkolenia.

Z analizowanej dokumentacji wynika, że w 2018 r. odbyły się szkolenia dotyczące m.in. motywacji do zmiany i interwencji u ludzi uzależnionych od alkoholu; radzenia sobie z agresywnymi zachowaniami, funkcjonowania osób z patologią mózgową. Na 2019 rok zaplanowano przeprowadzenie szkolenia nt. funkcjonowania osób przewlekle chorych psychicznie.

W opinii ekspertki KMPT, niezbędne byłoby przeprowadzenie szkolenia dotyczącego postępowania z trudnym pacjentem z naciskiem na specyfikę pracy z pacjentem psychiatrycznym. Takie szkolenie powinno zostać przeprowadzone najlepiej przez personel szpitala psychiatrycznego – pielęgniarski lub lekarski. Należy pamiętać, że pacjent w stanie psychozy lub po prostu pogorszenia stanu psychicznego jest bardziej wrażliwy i nadinterpretowuje zachowania personelu czy innych pacjentów. Z takimi pacjentami, należy postępować bardzo ostrożnie, słowa i zachowania powinny być wyważone, dlatego, że każde zachowanie personelu może być przez pacjenta błędnie zinterpretowane.

W opinii KMPT, z uwagi na specyfikę placówki zalecane byłoby także zorganizowanie szkoleń z zakresu pierwszej pomocy, sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Warto także rozpocząć współpracę z okolicznymi domami pomocy społecznej, które służyć będą wymianie wiedzy i doświadczeń¹⁹. Ponadto KMPT zaleca objęcie pracowników działów socjalno-terapeutycznego oraz opiekuńczego superwizją.

Zdaniem KMPT superwizja powinna być prowadzona przez zewnętrznego specjalistę, który jest w stanie obiektywnie ocenić problemy przedstawione przez pracowników DPS. Należy bowiem pamiętać, że psycholog zatrudniony w placówce na stałe, sam będąc jednym z pracowników nie będzie w stanie zapewnić wystarczającej swobody i poczucia anonimowości, które są konieczne dla efektywnej terapii. Stwarza to kolejne ryzyko zagrożenia niewłaściwym traktowaniem podopiecznych w sytuacjach kumulacji stresu i w wyniku wypalenia zawodowego. Dobrym rozwiązaniem byłoby zapewnienie pracownikom regularnych, cyklicznych spotkań z zewnętrznym superwizorem, by umożliwić im omówienie

¹⁹ KMPT bardzo pozytywnie ocenił takie działania w ramach projektu „AGE-Działania na rzecz aktywnego i godnego starzenia się w Warszawie”, por. Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów w Warszawie, KMP.575.1.2019.JZ.

związanego z pracą stresu i ewentualnych wątpliwości. Z pewnością takie rozwiązanie znacząco przyczyniłoby się do podniesienia komfortu pracy, a więc pośrednio wpłynęło pozytywnie również na mieszkańców DPS.

Warto w tym kontekście wskazać, że zgodnie zaleceniami Rady Europy, *opiekunowie osób starszych powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług. W przypadkach gdy opieka sprawowana jest przez opiekunów nieformalnych w domach osób starszych, to tacy opiekunowie powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie i wsparcie, tak aby umożliwić im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy*²⁰.

KMPT podkreśla, że odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki, bez uciekania się do przemocy. Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu oraz możliwości codziennego kontaktu z pensjonariuszami, ma możliwość bieżącego monitorowania ich zachowania i wyłapywania niepokojących sygnałów, świadczących o złym traktowaniu. Może także podjąć skuteczne środki zaradcze, w przypadku stwierdzenia niepokojących zdarzeń (np. poprzez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy, czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń).

5.9. Rejestry i procedury

Rejestr skarg i wniosków, które kierowane są bezpośrednio do dyrektora placówki, zawierał ostatnie wpisy z 2014 r. Poza nim, w placówce nie prowadzi się innych rejestrów, w tym wspomnianego już rejestru stosowania przymusu bezpośredniego, wydarzeń nadzwyczajnych (np. upadków, samouszkodzeń, etc.), zgonów. Zdarzenia te są jedynie opisywane w obszernych raportach pielęgniarских, co może utrudniać znalezienie istotnych informacji. Placówka nie posiada ponadto procedur regulujących zasady postępowania personelu (np. w przypadku wystąpienia zachowań agresywnych wśród pensjonariuszy, w przypadku upojenia alkoholowego). Za częściowe regulacje dotyczące postępowania z mieszkańcami można uznać omówioną w pkt. 4.3. niniejszego raportu *Instrukcję w sprawie zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom, stanowiącą załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 6/2012 Dyrektora DPS z dnia 5 czerwca 2012 r.* Jednak, jak zostało to już podkreślone, przyjęte w niej rozwiązania są niezgodne z obowiązującym stanem

²⁰ Art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych (CM/Rec(2014)2) przyjętych w dniu 19 lutego 2014 roku przez Komitet Ministrów Rady Europy.

prawnym. Zaś w odczuciu samego personelu placówki: „*wszystko jest płynne, potrzeba chwili decyduje jak działać.*”

Delegacja KMPT zaleca przegląd i zreformowanie w placówce systemu prowadzenia dokumentacji, w szczególności stworzenia wspomnianych rejestrów oraz procedur postępowania w trudnych sytuacjach. Usystematyzuje to schematy zachowań personelu, a przede wszystkim da pewność, że w sytuacji kryzysowej żaden z istotnych kroków postępowania nie został pominięty. Ponadto warto podkreślić, że dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem na co zwraca uwagę Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (SPT)²¹.

6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania*, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają:

I. Dyrektorowi DPS Nad Potokiem im. Bohdany „Danuty” Kijewskiej w Radomiu:

- 1) wprowadzenie procedur antymobbingowych i objęcie całego personelu programem szkoleń z tego zakresu, obejmujących m.in. kwestię ochrony sygnalistów (ang. whistleblowers);
- 2) zmianę dotychczas obowiązującej w DPS praktyki opuszczania placówki przez mieszkańców, zgodnie obowiązującymi przepisami prawa oraz zmianę wewnętrznych przepisów Domu w tym zakresie;
- 3) stworzenie szczegółowej procedury opisującej postępowanie ze skargami, z którą zostaną zapoznani wszyscy mieszkańcy oraz umieszczenie skrzynki na skargi i wnioski na oddziale dla osób chorujących psychicznie;
- 4) rozbudowanie oferty terapeutycznej opartej o pracę psychologiczną i terapii zajęciowej, w szczególności dla osób z oddziału dla chorujących psychicznie;
- 5) zapoznanie osób świadczących pomoc psychologiczną z treścią Protokołu Stambulskiego oraz przypomnienie o standardach dotyczących zachowania poufności w kontaktach psycholog-pacjent;
- 6) przeprowadzanie konsultacji psychiatrycznych mieszkańców na terenie domu;

²¹ Raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1 § 49-52.

- 7) dołączanie informacji z wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego i z poradni specjalistycznych do dokumentacji medycznej znajdującej się w placówce;
- 8) wprowadzenie czytelnego wzoru karty zleceń lekarskich;
- 9) wprowadzenie zasad, w jakich sytuacjach leki mają być rozkruszone oraz odnotowywanie zlecenia przez lekarza takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej;
- 10) zapoznanie personelu medycznego z *Protokołem Stambulskim* i stosowanie wskazanych w nim map ciała;
- 11) wyznaczenie monitorowanego pokoju do zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci izolacji oraz dokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego oraz objęcie personelu szkoleniami z zakresu stosowania przymusu;
- 12) rozbudowę personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego, w tym podjęcie starań o zatrudnienie na tych stanowiskach mężczyzn;
- 13) zorganizowanie szkoleń z zakresu: postępowania z trudnym pacjentem z naciskiem na specyfikę pracy z pacjentem psychiatrycznym, pierwszej pomocy, sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;
- 14) objęcie pracowników działów socjalno-terapeutycznego oraz opiekuńczego superwizją;
- 15) dokonanie przeglądu i zreformowania w placówce systemu prowadzenia dokumentacji, w szczególności stworzenia odpowiednich rejestrów oraz procedur postępowania w trudnych sytuacjach.

II. Prezydentowi Miasta Radomia:

- 1) wsparcie finansowe DPS w realizacji powyższych zaleceń, wymagających nakładów finansowych.

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:

III. Przewodniczącą III Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego w Radomiu o:

- 1) wskazanie powodów, dla których placówka nie była dotychczas wizytowana przez sędziego w trybie art. 43 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz poinformowanie kiedy zaplanowano najbliższą kontrolę, a także wskazanie czy tego typu kontrole będą już regularnie przeprowadzane.