

Warszawa, dnia 7 czerwca 2021 r.

KMP.575.2.2021.JJ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z monitoringu zdalnego przeprowadzonego w Domu Pomocy Społecznej dla
Kombatantów im. Bohaterów Westerplatte w Rzeszowie
(wyciąg)**

1. Wprowadzenie

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 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 19-21.04.2021 r. Justyna Józwiak (socjolog) – przedstawicielka Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT) – przeprowadziła za pośrednictwem komunikatora internetowego Skype/Microsoft Teams wizytację zdalną Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów im. Bohaterów Westerplatte w Rzeszowie (dalej: Dom, DPS, placówka).

Celem wizytacji KMPT było sprawdzenie sposobu traktowania mieszkańców DPS, 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 zapewnionych mieszkańcom i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W trakcie wizytacji wykonano następujące czynności:

- 1) przeprowadzono rozmowę z Lucjanem Bastą – dyrektorem DPS;

- 2) przeprowadzono na osobności za pośrednictwem komunikatora internetowego Skype/Microsoft Teams rozmowy indywidualne z mieszkańcami oraz personelem placówki;
- 3) dokonano analizy dokumentacji nadesłanej pocztą elektroniczną przez dyrektora DPS.

Przedmiotem zainteresowania delegacji KMPT każdorazowo pozostają m.in. następujące zagadnienia: kwalifikacje personelu, opieka medyczna, traktowanie mieszkańców domów pomocy społecznej, zapewnienie im bezpieczeństwa, a także odpowiednich warunków bytowych, umożliwienie kontaktu ze światem zewnętrznym, oferta oddziaływań terapeutycznych i kulturalno – oświatowych. W trakcie wizytacji online skupiono się także na ustaleniu, w jaki sposób DPS funkcjonował w czasie pandemii COVID-19.

W niniejszym raporcie uwzględniono obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania osób pozbawionych wolności (pkt. 6-9). Raport opisuje również problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt. 4).

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec, pracownik placówki, członek rodziny, inna osoba) 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 nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Ogólna charakterystyka placówki

Dom działa od 1981 r., jest jednostką budżetową Gminy Rzeszów i funkcjonuje na podstawie zezwolenia Wojewody Podkarpackiego wydanego na czas nieokreślony (Decyzja z dnia 19.11.2009 r.). Placówka ma zasięg ponadgminny i przeznaczona jest dla 103 osób (kobiet i mężczyzn) w podeszłym wieku (88 miejsc) oraz osób niepełnosprawnych fizycznie (15 miejsc).

W dniu wizytacji w placówce przebywało 70 mieszkańców (2 ubezwłasnowolnionych), w tym 1 osoba umieszczona była na mocy decyzji sądu. Dyrektor DPS podkreślił, że pandemia koronawirusa spowodowała wyludnienie się Domu (problem ten dotyczy także innych placówek w województwie Podkarpackim). Od początku pandemii (tj. od 1.03.2020 r.) do Domu przyjęto zaledwie 12 nowych mieszkańców.

4. Problemy systemowe

4.1. Personel pielęgniarstwa i ratownicy medyczni w domach pomocy społecznej.

Zgodnie z art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz.U. z 2020 r. poz. 1876, dalej zwana ustawą *o pomocy społecznej*) dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców domu. Placówki te nie pełnią natomiast funkcji leczniczych i pielęgniarstwa, a jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398). Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 59 ustawy *o pomocy społecznej*).

Jak wynika z doświadczenia Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, wizytującego od wielu lat wszystkie w Polsce domy pomocy społecznej, jedną z podstawowych potrzeb mieszkańców jest zapewnienie odpowiedniej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa. Większość mieszkańców boryka się z różnymi przewlekłymi chorobami somatycznymi, psychicznymi lub innymi wynikającymi z zaawansowanego wieku lub z doznanych wcześniej urazów. Konieczne jest zapewnienie im stałej opieki pielęgniarstwa oraz systematycznych wizyt lekarskich.

Podczas przeprowadzania monitoringu zdalnego dyrektor DPS zasygnalizował ważne zagadnienia systemowe, które utrudniają przyjmowanie do pracy w tego typu placówkach personelu pielęgniarstwa oraz ratowników medycznych.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 479) umożliwia się **zatrudnienie pielęgniarstwa w domach**

pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie. Jednakże status pielęgniarki zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny aniżeli pielęgniarki zatrudnionej w placówkach służby zdrowia. Główną przyczynę stanowi różnicowanie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zdecydowanie wyższego (finansowanego są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia) od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarkom zatrudnionym w domach pomocy społecznej. Z uwagi na fakt, że domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, wynagrodzenie pielęgniarek w nich zatrudnionych pochodzi z budżetu samorządów. Nierówności w wynagradzaniu pielęgniarek zatrudnionych w dps-ach (brak dodatków, podwyżek, etc.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia, w efekcie powoduje problemy w znalezieniu do pracy w dps-ach osób o tym wykształceniu lub częstych rezygnacji pielęgniarek/pielęgniarzy już zatrudnionych w dps-ach na rzecz podmiotów leczniczych.

W ocenie KMPT sytuacja ta zdecydowanie przekłada się na obniżenie standardów w zapewnieniu opieki i pielęgnacji mieszkańców dps-ów. Konieczna jest zatem nowelizacja obowiązujących przepisów w taki sposób, aby wysokość wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, była analogiczna, jak w przypadku pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Warto również w tym miejscu wspomnieć, że dużym wsparciem dla personelu domów pomocy społecznej byłaby również możliwość **zatrudnia ratowników medycznych**. Jednakże obowiązująca ustawa z dnia 8 września 2006 r. o *Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) nie przewiduje wprost możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego w domach pomocy społecznej. Dodatkowo w rozporządzeniu z dnia 15 maja 2018 r. w *sprawie wynagradzania pracowników samorządowych* (Dz. U. z 2018 r. poz. 936) – w katalogu stanowisk samorządowych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, centrach integracji społecznej, jednostkach organizacyjnych wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej oraz centrach usług społecznych – nie wymienia się stanowiska „ratownik medyczny”, a zatem uniemożliwia to zawieranie w dps-ach umów o pracę z ratownikami medycznymi.

W praktyce dyrektor domu pomocy społecznej może zatrudnić ratownika medycznego na stanowisku np. opiekuna, przy zastrzeżeniu, że nie wykonując zawodu ratownika medycznego nie udziela on świadczeń zdrowotnych. Obowiązujące przepisy

prawne powodują zatem małe zainteresowanie zatrudnieniem w dps-ach tej grupy zawodowej.

Ze względu na uzasadnione potrzeby domów pomocy społecznej w zakresie personelu, uzupełnienie braków kadrowych personelu pielęgniarskiego i tym samym podniesienie standardu opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej Rzecznik Praw Obywatelskich oraz Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur będą monitorować powyższe kwestie w procesie legislacyjnym.

4.2. Opieka psychologiczna.

Aktualnie DPS nie zatrudnia psychologa, a w ocenie KMPT obecność psychologa w takich placówkach jest bardzo potrzebna¹. 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 ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z mieszkańcem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia. Priorytet stanowi przywrócenie mieszkańca do równowagi psychicznej, co pozwala następnie na podejmowanie adekwatnych do konkretnej osoby działań opiekuńczych. W trudnych sytuacjach życiowych czy w okresach obniżonego nastroju podjęcie odpowiednio wczesnej interwencji psychologicznej nie tylko wpływa na komfort mieszkańców, ale również pełni funkcję profilaktyczną redukując ryzyko pogłębienia się trudności doświadczanych przez mieszkańca i zapobiegając pogorszeniu się stanu jego zdrowia. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką mieszkańców trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość mieszkańca, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i najbliższymi mieszkańców.

Osoby w podeszłym wieku coraz częściej konfrontują się z kwestią schyłku życia, dokonują podsumowania swojego życia. W takich sytuacjach może pojawić się lęk przed śmiercią, samotnością, doświadczenie opuszczenia przez najbliższych. Problem ten dotyczy

¹ Kwestia ta została szczegółowo opisana w: 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 r., str. 78-82.

również osób przewlekle somatycznie chorych, szczególnie w przypadku osób nieuleczalnie chorych (w 2018 r. jedna z mieszkanki DPS popełniła samobójstwa wyskakując w nocy z balkonu). Osoby z niepełnosprawnością fizyczną z kolei potrzebują wsparcia w konstruktywnym przeżywaniu zaistniałych problemów życiowych, w szczególności związanych z niepełnosprawnością ograniczeń, co w efekcie prowadzi do akceptacji własnego położenia życiowego, dając jednocześnie szansę na utrzymanie minimum przystosowania psychicznego.

Wziąwszy pod uwagę brak wymogu zatrudniania psychologa² w domach pomocy społecznej, już sam fakt podjęcia takiej inicjatywy przez kierownictwo oceniane jest przez KMPT bardzo pozytywnie.

W związku z powyższym KMPT zaleca zapewnienie mieszkańcom kontaktu z psychologiem i umożliwienie regularnych z nim spotkań.

4.3. Niedostateczna kontrola sądowa pobytu osób ubezwłasnowolnionych i umieszczonych postanowieniem sądu.

Dom Pomocy Społecznej dla Kombatantów im. Bohaterów Westerplatte w Rzeszowie nigdy nie był wizytowane przez sędziego rodzinnego, ponieważ zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 685), 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 (ubezwłasnowolnieni lub umieszczeni na mocy postanowienia sądu), mogą przebywać również w innych typach domów. 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.

² Brak obowiązku zatrudniania psychologa w placówkach tego rodzaju jest problemem systemowym, który niezmiennie od 2013 roku, jest podnoszony we wszystkich rocznych sprawozdaniach RPO z działalności KMPT. (vide: Raport RPO z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018).

5. Funkcjonowanie DPS w czasie pandemii COVID-19

Na przełomie października i listopada 2020 r. w DPS odnotowano przypadki zachorowania na Covid-19 wśród pracowników i mieszkańców. Łącznie Covid-19 przechorowało 18 mieszkańców (1 osoba zmarła) i 9 pracowników. Maksymalna liczba mieszkańców zakażonych jednocześnie w DPS wynosiła 10. Po ujawnieniu ogniska zakażenia, wszystkim mieszkańcom i pracownikom wykonano testy wymazowe. Na terenie placówki jest wydzielone izolatorium (z osobnym wejściem), w którym umieszczano wszystkie osoby zakażone koronawirusem.

Przez pierwsze miesiące trwania pandemii sytuacja była trudna. Wprowadzono wiele obostrzeń, aby zminimalizować ryzyko zakażenia mieszkańców. Zawieszono większość oddziaływań w stosunku do mieszkańców, fizjoterapię, zajęcia kulturalne z udziałem osób z zewnątrz, nabożeństwa w kaplicy. Wprowadzono zakaz wyjść poza teren placówki, niemożliwe były wyjazdy mieszkańców do rodziny, na urlopy. Każdy pokój wyposażony jest w balkon, dzięki czemu mogli odbywać się tzw. widzenia balkonowe (odwiedzający gromadzili się pod balkonem mieszkańców). Ponadto odwiedziny były organizowane wewnątrz placówki, ale z zachowaniem reżimu sanitarnego. W wyznaczonym pomieszczeniu ustawiono stolik, przy którym mogli odbywać się widzenia z rodziną (maksymalnie 2 osoby, widzenie mogło trwać 30 min., odwiedzający byli zobowiązani wcześniej się zaanonsować). W okresie letnim spotkania z bliskimi odbywały się w ogrodzie DPS-u. Obostrzenia te zostały zniesione po zaszczepieniu mieszkańców i pracowników.

W ramach projektu pn. „Lepsze jutro” (współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Osi Priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020) DPS pozyskał m.in. następujące środki bezpieczeństwa: dekontaminator (1), ozonatory (3 sztuki), urządzenie parowe (1), lamy bakteriobójcze (2), maty dezynfekujące (3), parownice (3), oczyszczacz powietrza, sterylizator przepływowy, pulsoksymetry, a także liczne fartuchy, kombinezony, maski chirurgiczne, rękawiczki, żele antibakteryjne, naczynia jednorazowe. Z kolei z NFZ dostarczono do placówki fartuchy, okulary ochronne, maski filtrujące, ochraniacze na obuwie. Wyposażenie DPS w środki bezpieczeństwa należy uznać za wystarczające.

Od 13.03.2020 r. wprowadzono w placówce *Procedurę postępowania w przypadku stwierdzenia podejrzenia/potwierdzenia zakażenia koronawirusem Covid-19*, opartą o zalecenia i wytyczne GIS.

6. Ochrona zdrowia – zgoda na świadczenia medyczne

Opiekę lekarską nad mieszkańcami sprawuje lekarz z pobliskiej przychodni zdrowia na zasadach NFZ oraz pielęgniarki zatrudnione w DPS. Mieszkańcy mają możliwość wyboru dowolnego lekarza rodzinnego, poprzez złożenie odpowiedniej deklaracji. Lekarz rodzinny przyjmuje w gabinecie na terenie placówki 2 razy w tygodniu, a także jeśli wystąpi taka potrzeba (nagle zachorowanie) na każde wezwanie w dni powszednie. W pozostałych dniach do placówki wzywane jest w razie potrzeby pogotowie ratunkowe. W przypadku osób leżących wizyta lekarska odbywa się w pokoju pacjenta. Konsultacje specjalistyczne realizowane są na bieżąco w rzeszowskich poradniach i szpitalach NFZ, gdzie mieszkańcy są dowożeni transportem DPS.

W lutym i marcu 2021 r. na terenie DPS miały miejsce szczepienia przeciw Covid-19. Zaszczepionych zostało większość mieszkańców (60 – I dawką, 55 – II dawką spośród 69 mieszkańców) oraz pracowników (45 – I dawką, 41 – II dawką spośród 66 pracowników). Każdy z mieszkańców przed szczepieniem wyrażał pisemną zgodę, w przypadku osób ubezwłasnowolnionych zgoda pozyskiwana była od ich opiekunów prawnych. Mieszkańcy, którzy nie byli ubezwłasnowolnieni, ale porozumienie się z nimi było niemożliwe ze względu na choroby ograniczające świadomość, zostali zaszczepieni po uzyskaniu ustnej (telefonicznej) zgody najbliższej rodziny. W sytuacji gdy takiej zgody nie udało się pozyskać, mieszkaniec nie był szczepiony. Jest to praktyka przyjęta w DPS także w przypadku innych szczepień.

W tym miejscu należy przywołać art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz.U. z 2021 r., poz. 790), zgodnie z którym lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta (ust. 1). Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego (ust. 2). Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (ust. 3). W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne

jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby (ust. 4). Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego (ust. 6). Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda osób wymienionych w ust. 1, 2 i 4 może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym (ust. 7). Jeżeli pacjent, o którym mowa w ust. 2, nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy (ust. 8). Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane (ust. 10).

Mając na względzie powyższe, KMPT zaleca pozyskiwanie zgody sądu opiekuńczego na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym szczepień, wobec mieszkańców, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, ale porozumienie z nimi jest niemożliwe.

7. Personel

W ramach personelu zatrudnione są zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Pracownicy mają jasno wyznaczone zakresy pracy, ich kwalifikacje i doświadczenie nie budzą wątpliwości co do zapewnienia mieszkańcom odpowiedniej opieki. W latach 2020-2021 pracownicy brali udział m.in. w następujących szkoleniach: kompleksowa terapia wisceralna (1 osoba), postępowanie z raną przewlekłą (4 osoby), MTG-masaż tkanek głębokich (2 osoby), ordynowanie leków i wypisywanie recept (3 osoby), medycyna manualna (1 osoba).

Warto byłoby także systematycznie wzmacniać kompetencje pracowników poprzez zorganizowanie szkoleń z zakresu np.: poszanowania praw mieszkańców, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Z uwagi na profil domu i fakt przebywania w nim wielu mieszkańców w ciężkim stanie zdrowia za uzasadnione należy uznać zalecenie dotyczące realizacji systematycznych szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy, pielęgnacji osób

w podeszłym wieku, etc. Wskazanym byłoby objęcie wymienionymi szkoleniami jak największej liczby osób zatrudnionych w placówce.

Zgodnie z Rekomendacją CM/Rec (2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich, przyjętą w dniu 19 lutego 2014 r., w sprawie promocji praw osób starszych opiekunowie osób starszych powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług (art. 34).

8. Kontakt ze światem zewnętrznym

DPS nie stawia się podopiecznym żadnych barier w kontakcie z rodzinami i znajomymi. Mieszkańcy mogą swobodnie poruszać się po placówce, jak również wychodzić poza nią, korzystać z telefonów (własnych lub telefonu dps) oraz przyjmować gości. Jedyne ograniczenia w tym zakresie miały miejsce w ciągu pierwszych miesięcy pandemii Covid-19. W chwili obecnej, w sytuacji, gdy większość mieszkańców jest zaszczepiona, ograniczenia te zostały zniesione.

Wielu mieszkańców posiada prywatne laptopy, zaś DPS jest wyposażony w sprawnie działające Wi-Fi. Jak ustaliła przedstawicielka KMPT, w jednym z pomieszczeń (bibliotece) znajduje się stanowisko z dostępem do komputera i możliwość połączenia się z bliskimi za pośrednictwem komunikatora Skype dla tych osób, które takich prywatnych możliwości nie mają. Doceniając stworzenie takiej możliwości (tj. podtrzymywania więzi rodzinnych i przyjacielskich w sposób online) warto byłoby także uświadomić mieszkańców o zaletach tego typu komunikacji z bliskimi oraz zaproponować ewentualną pomoc lub przeszkolenie z korzystania z komunikatora online. Mimo że dla osób w zaawansowanym wieku używanie takiej formy komunikacji może budzić opór i niechęć, to rozwiązanie takie może służyć do podtrzymywania regularnego kontaktu z bliskimi mieszkańca, którzy zamieszkują daleko, za granicą. Prowadzenie rozmów w formule on-line stanowi także doskonałą alternatywę dla kontaktów bezpośrednich, sprawdzającą się w przypadku zagrożenia epidemiologicznego i związanych z nim ograniczeniem kontaktów międzyludzkich.

9. Zalecenia

Na podstawie art. 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo*

karania Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca **Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów im. Bohaterów Westerplatte w Rzeszowie:**

1. pozyskiwanie zgody sądu opiekuńczego na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym szczepień, wobec mieszkańców, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, ale porozumienie z nimi jest niemożliwe;
2. zapewnienie mieszkańcom kontaktu z psychologiem i umożliwienie regularnych z nim spotkań;
3. systematyczne wspieranie personelu oraz rozwijanie umiejętności poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń;
4. rozpowszechnianie wśród mieszkańców wiedzy na temat możliwości i sposobu korzystania z kontaktu z bliskimi w formie online.