



**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Warszawa, 15-02-2022 r.

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.575.12.2021.JZ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej
Polskiego Związku Niewidomych w Olsztynie
realizowanej za pośrednictwem wideo-rozmów**

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 4-5 sierpnia 2021 r., przeprowadzona została wizytacja Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT) w Domu Pomocy Społecznej Polskiego Związku Niewidomych w Olsztynie (dalej: DPS, Dom, placówka), przez przedstawicielkę Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur Justynę Zarecką (politolożkę, specjalistkę ds. bezpieczeństwa wewnętrznego). Wizytacja odbyła się za pośrednictwem komunikatorów internetowych *Skype/MS Teams*.

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. Dodatkowo celem wizytacji było zweryfikowanie przygotowania placówki na zagrożenie związane z pandemią koronawirusa.

W ramach wizytacji przeprowadzone czynności polegały na:

- rozmowie z Tomaszem Kubickim – dyrektorem Domu;
- rozmowach indywidualnych z mieszkańcami i personelem placówki.

Przedstawicielka Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowała dyrektora Domu o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchała jego uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano przesłane drogą elektroniczną dokumenty oraz notatki związane z funkcjonowaniem placówki.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie mieszkańców przez personel placówki, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W niniejszym raporcie uwzględniono obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Scharakteryzowane zostały również problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania. Wskazano też dobre praktyki i mocne strony. Omówiono także kwestie dotyczące funkcjonowania DPS w dobie pandemii koronawirusa Covid-19.

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 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. Charakterystyka placówki

Dom Pomocy Społecznej w Olsztynie przy ul. Paukszty 57 jest jednostką organizacyjną Polskiego Związku Niewidomych. Placówka działa w oparciu o zezwolenie na prowadzenie domu wydane na czas nieokreślony przez Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego decyzją z 10 maja 2016 r., znak: PS-IV.9423.1.5.2016.JM. DPS mieści się w budynku Ośrodka Mieszkalno-Rehabilitacyjnego PZN. W budynku tym znajduje się m.in. środowiskowy dom samopomocy czy przychodnia lekarska, z której korzystają mieszkańcy.

Dom przeznaczony jest dla 100 osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie (niewidomych i słabowidzących). W trakcie wizytacji w placówce przebywało 96 osób (troje mieszkańców było na urlopie). Dwie mieszkanek zostały umieszczone w DPS na mocy postanowienia sądu. Cztery osoby były ubezwłasnowolnione całkowicie, ich opiekunami prawnymi były osoby spoza personelu.

4. Problemy systemowe

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

Zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego¹, obowiązek sądowej kontroli legalności przyjęcia i przebywania w domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także przestrzegania ich praw oraz warunków panujących w placówce, dotyczy wyłącznie domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób chorujących psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną.

Tymczasem pensjonariusze, którymi powinien interesować się sąd z urzędu, mogą przebywać również w innych typach domów. W przypadku DPS PZN w Olsztynie cztery osoby są ubezwłasnowolnione, a w 2 przypadkach o umieszczeniu w DPS zdecydowało postanowienie sądu. Część mieszkańców jest pod opieką lekarza psychiatry. Dom nie jest jednak regularnie wizytowany przez sędziego rodzinnego.

Pokazuje to 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.

¹ Tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r., poz. 685.

4.2. Mieszkańcy uzależnieni od alkoholu

Z informacji uzyskanych w czasie wizytacji wynikało, że w DPS zdarzały się przypadki nadużywania alkoholu przez niektórych mieszkańców. Okres pandemiczny, w ocenie personelu, wpłynął pozytywnie na zmniejszenie skali tego problemu (mieszkańcy mieli ograniczoną możliwość opuszczania terenu DPS, trudniej było zakupić alkohol), jednak wciąż był on widoczny. Dotychczas pracownicy starali się wskazywać mieszkańcom negatywne skutki uzależnienia i namawiali osoby uzależnione do podjęcia leczenia. Placówka zapewniała także transport osobom chcącym korzystać ze wsparcia ośrodka terapii uzależnień.

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 ustaw² 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.

4.3. Opieka pielęgniarska

W placówce zatrudniona była jedna pielęgniarka na umowę o pracę. Pozostałe cztery pielęgniarki wykonywały usługi w oparciu o umowę zlecenie, a czas ich pracy w DPS był uzależniony od grafików w ich macierzystych zakładach pracy. Jak wynikało z rozmów, pielęgniarki były dostępne jedynie w ramach dziennych dyżurów, najpóźniej do godziny 19, w tym w weekendy. Jak wskazał dyrektor Domu zauważalny był znaczny spadek chęci podjęcia pracy przez pielęgniarki w domach pomocy społecznej, co w jego ocenie spowodowane było przede wszystkim wysokimi wynagrodzeniami w zawodzie pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach.

² Dz.U. z 2013 r., poz. 509.

Powyższa sytuacja potwierdza istnienie problemu systemowego, którego rozwiązanie wymaga wsparcia ustawodawcy. Kwestia ta była przedmiotem wystąpienia KMPT do Minister Rodziny i Polityki Społecznej w czerwcu 2021 r³.

Zgodnie z art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁴, 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 pielęgniarских, 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 publicznych⁵. 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).

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarки i położnej⁶ umożliwia się zatrudnienie pielęgniarки w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarки określonych w ustawie. Jednakże status pielęgniarки zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny aniżeli pielęgniarки 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 pielęgniarcom 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/pięgniarzy 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

³ Wystąpienie generalne z dnia 21 czerwca 2021 r. do Minister Rodziny i Polityki Społecznej; KMP.575.9.2021.JJ.

⁴ Tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r. poz. 1876.

⁵ Tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r., poz. 1285.

⁶ Tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r., poz. 479.

zatrudnionych w domach pomocy społecznej, była analogiczna, jak w przypadku pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

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

5. Dobre praktyki i mocne strony

5.1. Opieka psychologiczna

W placówce zatrudnione były dwie psycholożki, w wymiarze: 1/4 oraz 1/2 etatu. W planie pracy psychologów ujęto m.in. prowadzenie wywiadu i diagnostyki psychologicznej; obserwację stanu psychofizycznego mieszkańców z uwzględnieniem podłoża emocjonalnego, społecznego, poznawczego; aktywne wspieranie, motywowanie mieszkańców do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych; prowadzenie indywidualnych konsultacji psychologicznych; psychoedukację; tworzenie indywidualnych planów terapeutycznych; interwencję psychologiczną w sytuacjach konfliktowych; budowanie i podtrzymywanie poczucia wspólnotowości wśród mieszkańców.

Warto zwrócić uwagę, że obowiązujące przepisy nie zobowiązują dyrektorów DPS do zatrudnienia psychologa, a jedynie do zapewnienia mieszkańcom kontaktu z nim. Tymczasem 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. Ponadto, w ocenie KMPT, stała możliwość kontaktu z psychologiem przyczynia się do integracji społeczności mieszkańców, poprawy relacji z personelem oraz zwiększenia motywacji do udziału w proponowanych przez placówkę zajęciach. Niewątpliwie zatrudnienie psychologa wpływa bardzo pozytywnie na osoby zamieszkujące DPS.

Warto także podkreślić, że w ostatnim czasie jednym z realizowanych przez psycholożki zadań było przeciwdziałanie poczuciu osamotnienia i izolacji w czasie trwania pandemii COVID-19. Gdy część mieszkańców była zakażona kontakt ten odbywał się telefonicznie. Często to same psycholożki inicjowały kontakt z mieszkańcami. W ocenie KMPT było to niezwykle cenne działanie.

KMPT pozytywnie ocenia także przeprowadzanie konsultacji psychiatrycznych mieszkańców na terenie placówki. Należy bowiem pamiętać, że osoby chorujące psychicznie stanowią szczególnie wrażliwą grupę. Są to często osoby, które z powodu stanu psychicznego mogą być pobudzone, zdenerwowane, czy zagubione, tym samym organizacja wyjazdu na konsultację mogłaby negatywnie oddziaływać na ich stan psychiczny.

6. Funkcjonowanie DPS w czasie pandemii Covid-19

Od początku pandemii w placówce realizowane były zalecenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Od 10 marca 2020 r. na terenie DPS wprowadzono całkowity zakaz odwiedzin mieszkańców. Mieszkańcy mieli wówczas zapewniony stały dostęp do urzędzeń umożliwiających kontakt z bliskimi – mogli kontaktować się poprzez telefony komórkowe, jak i stacjonarne. W placówce dostępne było także Wi-Fi, co umożliwiała kontakt poprzez komunikatory internetowe. Mieszkańcy mogli otrzymywać paczki.

Od 31 marca 2020 r. wprowadzono ograniczenie przyjmowania do DPS nowych mieszkańców, z wyjątkiem przyjęcia mieszkańca po leczeniu szpitalnym (po przeprowadzonych testach na obecność koronawirusa) lub przyjęcia spośród mieszkańców przebywających na terenie budynku Ośrodka Mieszkalno-Rehabilitacyjnego PZN, gdzie funkcjonuje DPS. Osoby nowoprzyjęte oraz osoby po hospitalizacji lub powracające z urlopów do DPS, obowiązkowo poddawane były testom na obecność koronawirusa i umieszczane w wyznaczonych pokojach. Kontakt personelu z osobami poddanymi kwarantannie był ograniczony do dwóch osób (opiekunów) na jednej zmianie.

Mieszkańcy byli pod stałą kontrolą lekarską - wizyty odbywały się 3 razy w tygodniu. W trakcie pandemii ograniczony był jedynie dostęp do lekarzy specjalistów – część konsultacji odbywała się w formie teleporady. Zgodnie z rekomendacjami Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej - na bieżąco prowadzony był pomiar temperatury ciała i oceny ewentualnych objawów zakażenia dróg oddechowych mieszkańca przyjmowanego do placówki.

Szczególnie trudnym okresem dla mieszkańców i pracowników placówki była druga fala epidemii koronawirusa, gdy część mieszkańców i personelu została zakażona. Zgodnie z decyzją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Olsztynie wszyscy mieszkańcy DPS (100 osób) w okresie 2-11.10.2020 r. byli poddani kwarantannie. W placówce wydzielono wówczas oddział covidowy dla zakażonych mieszkańców, gdzie pracę pełnili wyłącznie wyznaczeni pracownicy z wykorzystaniem środków ochrony osobistej w postaci m.in. kombinezonów, masek, rękawic. Pensjonariusze w czasie zachorowań byli zobligowani do przebywania w swoich pokojach, tam też dostarczano im posiłki, pomagano w czynnościach higienicznych. Mieszkańcy

podkreślali, że w każdej chwili mogli także korzystać z systemu przyzywowego. Kilko mieszkańców było hospitalizowanych.

W placówce opracowano procedury dotyczące wydzielenia strefy przeznaczonej do izolacji osób zakażonych:

- w przypadku wystąpienia COVID-19 u mniej niż 6 mieszkańców mieli być oni umieszczani w specjalnie przygotowanych izolatkach;
- w przypadku wystąpienia COVID-19 u 6-16 mieszkańców mieli być oni umieszczani w wydzielonej strefie - IV piętro.

Jak wynika z informacji przekazanych przez dyrekcję placówki od 1 marca 2020 r. koronawirusa Sars-Cov2 zdiagnozowano w sumie u 23 mieszkańców. Siedmioro z nich zmarło w związku z zakażeniem. Koronawirusa zdiagnozowano także u 24 pracowników.

Gdy tylko było to możliwe w placówce przeprowadzono szczepienia. Zaszczepionych zostało 91 mieszkańców i 43 pracowników. Mieszkańcy sami wyrażali chęć przyjęcia szczepienia. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych opinię wyrażał także opiekun prawny. Natomiast w przypadku osób, z którymi kontakt był utrudniony występowano do sądu o podjęcie decyzji. Do wniosku dołączano wówczas opinię lekarza psychiatry.

W związku z kolejnymi obostrzeniami od 27.03.2021 r. do 09.04.2021 r. wstrzymano odwiedziny mieszkańców na terenie DPS, jednocześnie umożliwiono urlopowanie pensjonariuszy w okresie świątecznym, pod warunkiem wykonania testu na obecność Covid-19 przed powrotem do placówki. Mieszkańcom dodatkowo udostępniono możliwość komunikowania się z rodzinami za pośrednictwem komunikatora Skype. W tym celu zostało założone konto, a informacja została umieszczona na stronie internetowej DPS.

Od 10.05.2021 r. wznowiono odwiedziny na terenie DPS. Odbywały się codziennie w godzinach od 14.00 do 16.00 w wyznaczonym miejscu - na zewnątrz budynku, przy wyjściu do ogrodu. Wizyty odbywały się po ich wcześniejszym zgłoszeniu w sekretariacie DPS. W spotkaniu z mieszkańcem mogło wziąć udział do trzech osób. Od tego dnia umożliwiono także urlopowanie mieszkańców bez konieczności wykonywania testów na obecność Covid-19 przez osoby zaszczepione. Osoby niezaszczepione zobowiązane zostały do wykonania testu przed powrotem z urlopu do placówki.

W trakcie przeprowadzanej wizytacji odwiedziny mieszkańców mogły odbywać się po wcześniejszym zgłoszeniu osób odwiedzających. W czasie spotkań obowiązywały zasady reżimu sanitarnego np. stosowanie środków ochrony osobistej. Mieszkańcy mogli także opuszczać placówkę, byli wówczas zobligowani do noszenia maseczek m.in. podczas korzystania z pojazdów komunikacji miejskiej. Placówka organizowała także wycieczki poza DPS np. nad pobliskie

jezioro. Z rozmów wynikało, że mieszkańcy posiadali wiedzę na temat pandemii i obostrzeń jakie obowiązywały w poszczególnych okresach jej trwania. W czasie gdy obowiązywał zakaz odwiedzin czy opuszczania DPS mieszkańcy byli aktywizowani przez personel. Zachęcano pensjonariuszy do spacerów w ogrodzie, zajęcia terapeutyczne odbywały się w małych grupach, prowadzono terapię przyłózkową.

7. Obszary wymagające poprawy

7.1. Ograniczenia wyjść mieszkańców

Wizytująca nie otrzymała sygnałów dotyczących złego traktowania mieszkańców. Z przeprowadzonych rozmów wynikało, że osoby zamieszkujące DPS traktowane są z szacunkiem i troską, a personel placówki wykazuje się w swej codziennej pracy profesjonalizmem, zaangażowaniem i empatią.

Kilkoro rozmówców wskazywało jednak, że nie mogli samodzielnie opuszczać terenu DPS, było to możliwe jedynie pod opieką kogoś z personelu. Jednocześnie jak wynika z pisemnej informacji przekazanej przez dyrekcję placówki po zakończeniu wizytacji: *Wobec żadnego mieszkańca PZN Domu Pomocy Społecznej w Olsztynie nie wydano decyzji o zakazie opuszczania placówki. Osoby ze stwierdzoną demencją lub Alzheimerem umieszczane są blisko dyżurujących pielęgniarek i opiekunów, dzięki czemu są objęte dodatkową kontrolą. W przypadku silnego pobudzenia mieszkańca, bądź zachowań agresywnych, personel stara się uspokoić takiego mieszkańca rozmową lub zabraniem takiej osoby na spacer, bądź na zajęcia terapeutyczne. Gdy te metody nie przynoszą efektów, wzywana jest karetka pogotowia.*

Opisana praktyka stanowi zatem *de facto* ograniczenie swobodnego opuszczania placówki przez niektóre osoby. W opinii KMPT w niektórych przypadkach, ze względu na bezpieczeństwo samych mieszkańców, tego typu ograniczenia są konieczne. Szczególnie gdy - tak jak wskazała sama dyrekcja - są to osoby ze stwierdzoną demencją lub chorujące na chorobę Alzheimera. Należy jednak pamiętać, że ograniczenia w tym zakresie powinny być wprowadzane wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a nie w sposób nieformalny.

W tym kontekście należy zauważyć, że 4 października 2019 r. weszła w życie *ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*⁷. W art. 55 ust. 2a-2i w/w ustawy określono zasady ewentualnego ograniczania samodzielnych wyjść przez mieszkańców DPS. Wynika z nich m.in., że w przypadku gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu mieszkańca domu będącego osobą

⁷ Dz.U. z 2019 r., poz. 1690.

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 mieszkańiec domu, w tym również mieszkaniec ubezwłasnowolniony, jego przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nim faktyczną opiekę mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się dom pomocy społecznej, z wnioskiem o uchylenie ograniczenia.

W tym kontekście warto też zwrócić uwagę na § 15 ust. 5 Regulaminu pobytu mieszkańców w PZN Domu Pomocy Społecznej w Olsztynie, zgodnie z którym *Dyrektor, również na wniosek lekarza ma prawo ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania Domu przez mieszkańca w przypadku, gdy z uwagi na stan zdrowia zagraża to jego zdrowiu lub życiu*. Tymczasem jak wynika z przywołanych przepisów ustawowych takie ograniczenie może być przez dyrektora wydawane **wyłącznie** na podstawie zaświadczenia lekarza.

KMPT zaleca dostosowanie przepisów regulaminu do rozwiązań określonych w ustawie i stosowanie tych przepisów w praktyce.

7.2. Opieka medyczna

W budynku, w którym działa DPS funkcjonuje także przychodnia, co stanowi duże ułatwienie w pracy placówki. Lekarz dostępny jest trzy dni w tygodniu w godzinach 8-12. Jak już wskazano, w DPS zatrudniona jest jedna pielęgniarka na podstawie umowy o pracę, będąca do dyspozycji od

poniedziałku od piątku w godzinach 7.30-15.30. Pozostałe pielęgniarki zatrudnione są w systemie 4, 8 lub 12 godzinnym. Pełnią dyżury także w soboty i niedziele, jednakże najpóźniej do godziny 19. Tymczasem według standardów Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom (CPT) w domach pomocy społecznej powinna być przez całą dobę obecna przynajmniej jedna pielęgniarka⁸.

KMPT z zadowoleniem przyjął, że przy przyjęciu mieszkańca do placówki pielęgniarka sprawdza zmiany skórne i ewentualne obrażenia. Prowadzony jest także rejestr, w którym odnotowywane są odleżyny. KMPT zachęca jednak, aby personel korzystał z map ciała, które są dostępne w *Protokole Stambulskim, czyli Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania*⁹. Zawiera on m.in. wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą przemocy (w tym tortur) oraz wytyczne, jak należy zgłaszać takie przypadki odpowiednim organom. Dokument ten dostępny jest w polskiej wersji językowej i odgrywa kluczową rolę w ujawnianiu i zwalczaniu złego traktowania. Stanowi więc kluczowy element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał personelu. Dzięki zawartym w nim schematom ciała można w łatwy sposób oznaczyć np. odleżyny czy ślady mogące świadczyć o stosowaniu przemocy. To niezwykle ważne szczególnie w przypadku pierwszego badania przy przyjęciu do placówki, a także przed jej opuszczeniem lub po powrocie z dłuższej nieobecności np. z hospitalizacji. Prawidłowa dokumentacja tego typu obrażeń pozwoliłaby jednoznacznie wskazać, w której placówce doprowadzono do powstania odleżyn. Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)¹⁰, Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)¹¹, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur¹² i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)¹³.

Jak udało się ustalić, zdarza się, że w niektórych przypadkach, aby ułatwić mieszkańcom przyjęcie leków są one rozkruszone. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że w 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur uzyskał opinię prof. dr hab. Jacka Wciórki z Instytutu

⁸ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, par. 19 oraz raport CPT z wizyty w Czechach w 2018 r., CPT/Inf (2019) 23, par. 126.

⁹ Dokument jest dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protokol-stambulski>

¹⁰ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

¹¹ Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

¹² Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

¹³ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w której podkreślono, że podanie leku w formie rozkruszonej powinno być traktowane jako ostateczność. Rozkruszanie leków nie daje 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 stanowi 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.

KMPT zaleca zatem wprowadzenie zasad, w jakich sytuacjach leki mają być rozkruszone, a fakt zlecenia takiej formy podawania leków przez lekarza powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny oraz wpisany w zlecenia lekarskie.

7.3. Personel

W protokole z kontroli doraźnej¹⁴ Polskiego Związku Niewidomych Domu Pomocy Społecznej w Olsztynie przeprowadzonej w dniach: 4-5 oraz 11-15 i 19 lutego 2019 r. przez zespół inspektorów Wydziału Polityki Społecznej Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie wskazano, że opieka na zmianach nocnych, niezależnie od dnia tygodnia, sprawowana była przeciętnie przez 3-4 pracowników. W protokole podkreślono, że z przeprowadzonych ankiet wynikało, że sprawowanie opieki nie było wystarczające, gdyż mieszkańcy zgłaszali większe potrzeby w zakresie opieki i pielęgnacji. Stwierdzić należy, że przy liczbie 100 osób zamieszkujących w DPS. w przypadku 4-osobowej obsady dyżuru w porze nocnej oraz w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy, na jednego pracownika przypada 25 mieszkańców: przy 3-osobowej obsadzie dyżuru w porze nocnej, na jednego pracownika przypada natomiast ok. 33 mieszkańców. Tak duża liczba mieszkańców, przypadająca na jednego pracownika, powoduje ograniczenie czasu pracy pracownika poświęconego na świadczenie opieki na rzecz poszczególnych mieszkańców. Biorąc pod uwagę, iż pokoje mieszkańców usytuowane są na różnych kondygnacjach, a także ich stany chorobowe oraz zakres wymaganej pomocy w zakresie samoobsługi, zespół inspektorów udziela instruktażu wskazując na konieczność podjęcia działań w kierunku zwiększenia liczby pracowników pełniących dyżury nocne oraz w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy. Jednocześnie należy wskazać, że zbyt mała obsada pracowników pełniących dyżury nocą oraz w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy może mieć wpływ na naruszenie prawa mieszkańców do poczucia bezpieczeństwa w Domu.

¹⁴ Na jego podstawie sporządzono wystąpienie pokontrolne z dnia 22 sierpnia 2019 r. sygn. PS-IV.431.1.4.2019.IJ.

W ocenie KMPT wydane wówczas zalecenie jest nadal w pełni zasadne, szczególnie w kontekście wskazanego już braku personelu pielęgniarskiego na nocnych dyżurach. Jak wynika z informacji pisemnych przekazanych przez dyrekcję placówki w związku z wizytacją KMPT, na dzień 4 sierpnia 2021 r. w DPS przebywało 96 osób (w tym trzy na urlopie), natomiast dyżur opiekuńczy pełniło 7 opiekunów dziennych i 3 nocnych. Wskazano przy tym, że średnia liczba opiekunów pełniących dyżuryienne wynosi 5 osób, zaś w nocy pełni dyżur zwykle 3 opiekunów. W związku z tym, KMPT zaleca podjęcie działań mających na celu zwiększenie liczby pracowników pełniących dyżury nocne oraz zapewnienie mieszkańcom całodobowej opieki pielęgniarskiej.

Jak wynika z informacji przekazanych przez dyrekcję placówki od 2020 r. pracownicy DPS mieli możliwości brania udziału w następujących szkoleniach i konferencjach: Innowacje w terapii zajęciowej. Dostępność jako przestrzeń współpracy interdyscyplinarnej i interprofesjonalnej (międzynarodowa konferencja); Mieszkaniec DPS 2020; Prawa mieszkańca, kierunki terapii oraz metody pracy z mieszkańcami; Jak epidemia wpływa na sytuację osób żyjących z chorobą Alzheimera, dobre praktyki i wnioski na przyszłość (konferencja); Pierwsza pomoc w sytuacjach zagrożenia; Funkcjonowanie Domu Pomocy Społecznej w czasie pandemii; Umiejętność radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu; Innowacje w terapii zajęciowej. Ze wschodu na zachód w czasach pandemii COVID-19 (konferencja); Mieszkaniec DPS z uzależnieniem. Ze względu na trwającą pandemię spotkania te odbywały się głównie w formie zdalnej.

W trakcie wizytacji pozytywnie oceniono otwartość dyrekcji na dalszą rozbudowę oferty szkoleniowej. W opinii KMPT szczególnie ważne jest wsparcie psychologiczne personelu, który z pełnym poświęceniem pracował, gdy w placówce doszło do zakażeń. Jak wskazywali niektórzy rozmówcy, pracownicy starali się wówczas wzajemnie sobie pomagać, prowadzili rozmowy motywujące. Warto jednak, aby wsparcie to miało charakter systemowy np. w formie regularnych, zewnętrznych superwizji dla wszystkich chętnych pracowników. Ponadto należałoby systematycznie wzmacniać oraz uzupełniać kompetencje pracowników poprzez zorganizowanie szkoleń z zakresu m.in.: sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych czy postępowania z agresywnym mieszkańcem.

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*¹⁵. Natomiast CPT podkreśla, że z uwagi na trudny charakter pracy, personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki¹⁶.

7.4. Warunki bytowe

Mieszkańcy co do zasady pozytywnie oceniali warunki bytowe w placówce. Kilka osób zwróciło jednak uwagę, że zdarzyło się, że zaginęły im drobne przedmioty, rzeczy osobiste przechowywane w pokojach. Również członkowie personelu wskazywali, że czasem dochodzi do tego typu sytuacji, choć zwykle nie jest to intencjonalna kradzież, a jedynie objaw choroby np. Alzheimerera. Jak zaznaczali pracownicy w takiej sytuacji, mieszkańcy mogą poprosić np. o zamykaną na klucz szafkę. Jednak w rozmowach z przedstawicielką KMPT mieszkańcy nie posiadali wiedzy na ten temat. Należy zauważyć, że zdaniem CPT *placówki opieki społecznej powinny zapewniać domowe, zindywidualizowane środowisko zapewniające pewien stopień prywatności. Każdy mieszkaniec powinien mieć osobistą, zamykaną na klucz przestrzeń, w której może przechowywać swoje rzeczy osobiste*¹⁷.

KMPT zaleca zatem podjęcie działań informujących mieszkańców o możliwości dodatkowego zabezpieczenia swoich prywatnych rzeczy.

8. 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:

I. Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej Polskiego Związku Niewidomych w Olsztynie:

- 1) ograniczanie wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej, dostosowanie w tym zakresie przepisów Regulaminu pobytu mieszkańców w DPS;
- 2) zapoznanie personelu z *Protokołem Stambulskim* i stosowanie wskazanych w nim map ciała;
- 3) wprowadzenie zasad, w jakich sytuacjach leki mają być rozkruszone oraz odnotowywanie zlecenia przez lekarza takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej;

¹⁵ Art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych (CM/Rec(2014)2) przyjętych 19 lutego 2014 r. przez Komitet Ministrów Rady Europy.

¹⁶ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

¹⁷ Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 10.

- 4) zwiększenie liczby pracowników pełniących dyżury nocne;
- 5) zapewnienie mieszkańcom całodobowej opieki pielęgniarskiej;
- 6) wprowadzenie superwizji dla personelu placówki;
- 7) zorganizowanie szkoleń z zakresu m.in.: sprawowania opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych czy postępowania z agresywnym mieszkańcem;
- 8) podjęcie działań informujących mieszkańców o możliwości dodatkowego zabezpieczenia prywatnych rzeczy.

Opracowała: Justyna Zarecka

Za Zespół podpisuje:

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/