



Warszawa, 20-09-2022 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

KMP.573.8.2022.MD

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy
Społecznej w Nakle nad Notecią**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT). Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm).

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu

odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty, członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji, opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach poczynionych podczas wizyty, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia KMPT, bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też, na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji ich wystąpienia w przyszłości.

2. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 17-19 maja 2022 r., przeprowadzona została wizytacja KMPT w Domu Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią, ul. Parkowa 8 (dalej: DPS, Dom,

placówka). W skład delegacji KMPT wchodził: Magdalena Dziejcz oraz Michał Żłobek (prawnicy).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu mieszkańców i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W ramach wizytacji przeprowadzono następujące czynności:

- rozmowa na temat funkcjonowania placówki z Ewą Kistowską – Dyrektorką DPS;
- ogląd pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym: pokoi mieszkańców, sanitariatów, jadalni, pomieszczeń do rehabilitacji oraz terenu zewnętrznego;
- rozmowy z mieszkańcami i pracownikami bez obecności osób trzecich;
- analiza dostępnej na miejscu dokumentacji.

W czasie wizytacji wykonano również dokumentację fotograficzną. Ponadto, po jej zakończeniu, przeanalizowano 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 tylko te 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.

3. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. personel, mieszkańcy, 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.

4. Charakterystyka jednostki

Dom Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią przeznaczony jest dla maksymalnie 80 dorosłych kobiet i mężczyzn, przewlekłe somatycznie chorych. W dniu wizytacji w placówce przebywało 79 pensjonariuszy (51 kobiet i 28 mężczyzn), w tym: 3 osoby umieszczone w DPS na mocy postanowienia sądu oraz 11 osób ubezwłasnowolnionych całkowicie (opiekunami prawnymi tych osób byli członkowie rodziny lub inne osoby bliskie). Wizytowana placówka nie prowadzi działalności komercyjnej. Wszystkie pobyty odbywają się na podstawie skierowania.

W czasie wizytacji w placówce przebywał jeden mieszkaniec posiadający orzeczenie lekarskie ograniczające samodzielne wyjścia poza teren DPS ze względu na stan zdrowia. Pozostali mieszkańcy wychodzą z placówki swobodnie (po wpisaniu się w księdze wyjść znajdującej się w holu głównym. Zarówno drzwi placówki jak i brama wjazdowa pozostają otwarte w godzinach: 5:00 – 22:00.

Dom jest jednostką organizacyjną powiatu nakielskiego. Działalność prowadzona jest na podstawie zezwolenia na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej wydanego na czas nieoznaczony przez Wojewody Kujawsko – Pomorskiego 17 stycznia 2005 r. – decyzja nr WPS.VI.9013 - Tmo/70/2005.

Nadzór bezpośredni nad działalnością Domu sprawuje Starosta Nakielski. Na podstawie Zarządzenia Starosty Nakielskiego nr 16/22 z 23 lutego 2022 r. miesięczny koszt pobytu w DPS w Nakle nad Notecią wynosi 5.557,61 zł.

W listopadzie 2021 r. placówka kontrolowana była przez Sędziego Sądu Rejonowego. Z uwagi na pandemię COVID-19 zarówno ta jak i poprzednia kontrola (w listopadzie 2020 r.) przeprowadzona była w sposób zdalny, tj. bez obecności kontrolerów na terenie placówki. Dom Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią został oceniony pozytywnie, nie sformułowano zaleceń pokontrolnych.

W październiku i listopadzie 2021 r. przeprowadzona została również kompleksowa kontrola z Urzędu Wojewódzkiego. Wynik kontroli był pozytywny.

5. Problemy systemowe

5.1. Opieka medyczna

W placówce zatrudnione są 3 pielęgniarki oraz położna. Pielęgniarki dostępne są przez 7 dni w tygodniu, w godzinach 7:00 – 22:00. Personel medyczny w trakcie nocy nie jest obecny w placówce. Dodatkowo, opiekę medyczną zapewniają również 2 pielęgniarki w ramach opieki długoterminowej skierowane z pobliskiej przychodni.

Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 55 ust. o pomocy społecznej¹, dom pomocy społecznej zobowiązany jest do świadczenia usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców. Zadaniem DPS nie jest zatem świadczenie usług medycznych. Placówki te powinny umożliwiać i organizować mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej².

¹ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268).

² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.).

Osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej, a zatem również osoby, które uzyskały 40 punktów lub mniej w skali Barthel, powinna być natomiast skierowana do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego³.

Jak wynika natomiast z oświadczeń Dyrektorki wizytowanej placówki oraz jej personelu, zdarzają się przypadki kierowania do DPS osób, które ze względów medycznych wymagały umieszczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym. W trakcie wizytacji, w placówce przebywały 4 osoby, które w skali Barthel uzyskały od 0 do 10 punktów. Do takich przypadków nie powinno dochodzić, bowiem umieszczenie osoby wymagającej wzmożonej opieki medycznej w placówce do tego niedostosowanej rodzi zagrożenie dla jej bezpieczeństwa, zdrowia i życia.

Odnosnie natomiast do pozostałych mieszkańców DPS, należy zauważyć, że pomimo iż nie wymagają tak rozległej opieki medycznej, nadal są to osoby posiadające liczne schorzenia (w tym zaburzenia psychiczne), często wymagające złożonej farmakoterapii. Pożądanym byłoby zatem rozszerzenie opieki pielęgnarskiej, w pierwszej kolejności zapewnienie przynajmniej jednej osoby z personelu medycznego w trakcie dyżuru nocnego. Biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców DPS oraz stan ich zdrowia, wykwalifikowany personel medyczny może w wielu przypadkach zapewnić odpowiednią opiekę mieszkańcom bez konieczności wzywania pogotowia ratunkowego lub ocenić stan zdrowia pod kątem konieczności przeprowadzenia interwencji medycznej, do czego nie są uprawnieni opiekunowie pełniący dyżur nocny. Zalecenie zagwarantowania osobom pozbawionym wolności opieki pielęgnarskiej również w trakcie nocy formułowane były również przez Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom (CPT)⁴.

KMPT ma na uwadze, że trudności w pozyskaniu personelu pielęgnarskiego do pracy w domach pomocy społecznej wynikają często z braku chętnych wśród przedstawicieli

³ Zob. art. 54 ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268) oraz § 5. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 965).

⁴ Zob. Raporty CPT z wizyt w Estonii [CPT/Inf (2014) 1, § 127], Bułgarii [CPT/Inf (2012) 9, § 196-197], Macedonii [CPT/Inf (2012) 4, § 136 i 139].

tego zawodu do pracy w placówkach poza leczniczych. Wiąże się to m.in. z dysproporcjami pomiędzy wynagrodzeniami pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, a w jednostkach sektora medycznego.

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 (brak dodatków, podwyżek, etc.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia, w efekcie powoduje problemy w znalezieniu do pracy w DPS osób o tym wykształceniu lub częstych rezygnacji pielęgniarek/pielęgniarzy już zatrudnionych w DPS na rzecz podmiotów leczniczych.

W ocenie KMPT sytuacja ta zdecydowanie przekłada się na obniżenie standardów w zapewnieniu opieki i pielęgnacji mieszkańców DPS. 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.

Kwestia ta była przedmiotem wystąpienia RPO i KMPT do Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia w czerwcu 2021 r⁵.

Ze względu na uzasadnione potrzeby domów pomocy społecznej w zakresie personelu, systematyczne uzupełnianie personelu medycznego 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.

Trudności w zagwarantowaniu mieszkańcom DPS odpowiedniej opieki medycznej opierają się również o niewielką dostępność wizyt lekarskich finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Według oświadczeń Dyrekcji oraz pracowników placówki, pozyskiwane są środki pieniężne na finansowanie prywatnych wizyt lekarskich. Problem dostępności świadczeń medycznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dostrzegalny jest w skali całego kraju i wymaga zmian systemowych,

⁵ Wystąpienie generalne z 21 czerwca 2021 r. do Minister Rodziny i Polityki Społecznej; KMP.575.9.2021.JJ.

niemniej do czasu ich wprowadzenia domy pomocy społecznej powinny otrzymywać środki niezbędne do uzupełnienia brakujących świadczeń medycznych.

5.2. Monitoring wizyjny

Na terenie DPS zainstalowano monitoring wizyjny. Monitorowany jest teren zewnętrzny oraz hol główny.

Kwestia stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, w związku z jej pominięciem w przepisach regulujących funkcjonowanie tych placówek, pozostaje od kilku lat w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich⁶.

Z jednej strony monitoring służy bowiem poprawie bezpieczeństwa samych pensjonariuszy. Kwestia zainstalowania monitoringu wizyjnego w placówce stanowiła zresztą zalecenie pokontrolne sędziego rodzinnego wizytującego DPS w 2019 r⁷.

Należy jednak zwrócić uwagę, że monitorowanie tego typu placówek może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności tego rodzaju kontroli istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia.

W tej sprawie Rzecznik Praw Obywatelskich wystosował w 2016 r. wystąpienie generalne do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu⁸. Brak przepisów regulujących tę materię prowadzi do wniosku, że obecnie instalowanie monitoringu w domach pomocy społecznej może naruszać przepisy Konstytucji.

⁶ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2019 r., Część IV – Sytuacja w miejscach pozbawienia wolności, s. 132.; Zob. Raport tematyczny pt. 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. 91-92.

⁷ Odwołanie do realizacji zaleceń pokontrolnych z 22 października 2019 roku w Sprawozdaniu z kontroli przeprowadzonej w Domu Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią w zakresie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi z 2020 r.

⁸ Zob. Wystąpienie RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r⁹. Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Warunki bytowe

Dom Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią oferuje swoim mieszkańcom dobre warunki bytowe zarówno w budynku jak również na terenie na zewnątrz domu. Placówka mieści się w wielokondygnacyjnym budynku wolnostojącym w sąsiedztwie parku. Na terenie zewnętrznym znajduje się zielen oraz alejki wyłożone kostką brukową, a także altana z zadaszeniem umożliwiającą mieszkańcom i osobom odwiedzającym spędzenie czasu na świeżym powietrzu, również przy niekorzystnych warunkach pogodowych.

Mieszkańcy zakwaterowani są w pokojach jedno-, dwu- i trzyosobowych. Każdy z pokoi wyposażony jest w łazienkę z prysznicem, a dodatkowo na każdym piętrze znajduje się łazienka z wanną z podnośnikiem przeznaczoną do kąpieli osób leżących. Ponadto, w placówce znajdują się sale do dziennego pobytu, w których odbywają się zajęcia terapeutyczne, biblioteka oraz sale rehabilitacyjne.

Zaplecze rehabilitacyjne w placówce jest bardzo bogate. Rehabilitanci zatrudnieni w placówce do dyspozycji mają m.in.: atlasy do ćwiczeń, rowerek stacjonarny, stoły do masażu, tor do nauki chodzenia, rotor kończyn górnych i dolnych, ugię, piłki, gumy i taśmy oporowe.

W DPS wśród sprzętu do fizykoterapii znajdują się m.in. aparat do krioterapii, aparat do masażu limfatycznego, urządzenia do elektroterapii, laseroterapii, magnetoterapii, laser biostymulacyjny i stół pionizacyjny. W placówce prowadzona jest również hydroterapia, z wykorzystaniem wanny do hydromasażu, urządzenia do masażu wirowego kończyn górnych i dolnych.

W trakcie oglądu placówki wizytujący dostrzegli jednak drobne mankamenty w dwóch pokojach mieszkalnych. W jednym z pokoi na spoiwach między płytkami pod

⁹ Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

prysznicem znajdowały się ślady czarne ślady wilgoci, w drugim natomiast w oknach usunięte były klamki.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się z prośbą o weryfikację czy wentylacja w łazienkach działa poprawnie oraz usunięcie groźnych dla zdrowia śladów wilgoci w łazienkach, w których występują. Ponadto, zamontowanie klamek we wszystkich oknach i drzwiach balkonowych w pokojach mieszkalnych. Możliwość odpowiedniego przewietrzenia pokoi mieszkalnych, w szczególności w przypadku osób leżących lub mających problemy z poruszaniem się, a przez to rzadko korzystających ze świeżego powietrza, jest bardzo istotne dla zdrowia człowieka. Mieszkańcy powinni móc samodzielnie otwierać i zamykać okna i drzwi balkonowe w każdej chwili, gdy będą odczuwać taką potrzebę.

6.2. Opieka psychologiczna

Istotną kwestią z perspektywy prewencji tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania, ale również codziennego funkcjonowania mieszkańców w domach pomocy społecznej jest poziom świadczonej tam opieki psychologicznej. Zgodnie z § 6. ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej¹⁰, mieszkańcom domu należy zapewnić kontakt z psychologiem. Wskazana regulacja wprowadza zatem bardzo ogólny standard, nie precyzując choćby minimalnego wymiaru czasu pracy psychologa, w zależności od liczby mieszkańców placówki.

W Domu Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią psycholożka zatrudniona jest w ramach umowy zlecenie na część etatu (dostępna jest raz tygodniu w środę przez 6 godzin).

Należy podkreślić, że psycholożka pracująca w placówce jest bardzo zaangażowana w swoją pracę, bardzo dobrze zna pensjonariuszy i ich potrzeby. Specjalistka ma ponadto bogate doświadczenie, m.in. dzięki pracy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią, gdzie problemami części osób przebywających w placówce, zajmowała się jeszcze przed rozpoczęciem pracy w DPS.

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r., poz. 734, ze zm.).

Z uwagi na niewielki wymiar czasu pracy psycholożka nie jest jednak w stanie pracować z pensjonariuszami adekwatnie do ich potrzeb. Udział w zebraniach zespołu opiekuńczo-terapeutycznego oraz opracowywanie niezbędnej dokumentacji w zasadzie pochłania znaczną część czasu w jakim psycholożka powinna być dostępna w placówce. W takich warunkach możliwa jest jedynie praca interwencyjna. Nie ma możliwości organizowania indywidualnych spotkań planowych z większą liczbą pensjonariuszy czy nawet zajęć grupowych.

W związku z użyciem w przepisach rozporządzenia nieostrego pojęcia „zapewnienie kontaktu z psychologiem”, trudno określić jaka częstotliwość takiego kontaktu spełnia odpowiedni standard. Niewątpliwie jednak można stwierdzić, że dostępność psychologa w wymiarze kilku godzin w tygodniu w placówce przeznaczonej dla 80 mieszkańców, nawet przy założeniu, że cały czas mógłby być poświęcony na pracę z mieszkańcami, nie gwarantuje możliwości świadczenia opieki psychologicznej na poziomie adekwatnym do potrzeb mieszkańców.

Zdaniem Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur psycholog ma do odegrania w placówkach opiekuńczych szczególną rolę¹¹. Może pomóc nowo przyjmowanym mieszkańcom w adaptacji w nowym miejscu i pokonaniu towarzyszących temu procesowi trudności i obaw. 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 osobami najbliższymi. 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 pensjonariuszy i zapobiegając pogorszeniu się stanu ich zdrowia.

¹¹ Zob. uwagi KMPT na temat roli psychologa w domach pomocy społecznej, przedstawione w raporcie tematycznym pt. „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. 78-82.

Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest ponadto szczególnie istotne, gdy mieszkańiec trafia do placówki wbrew swojej woli, na podstawie postanowienia sądu rodzinnego.

W opinii Podkomitetu ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób przebywających w miejscach zatrzymań ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym SPT proponuje rutynowe badania zdrowia psychicznego, „po umieszczeniu w miejscu zatrzymania i uwzględnianie oceny zdrowia psychicznego w codziennych kontrolach, przeprowadzanych przez odpowiednio wyszkolony personel. Ponadto Państwo powinno zapewnić osobom pozbawionym wolności szybki dostęp do usług i programów zdrowia psychicznego, w tym dostęp do psychiatrii, po skierowaniu przez personel lub samodzielny wniosek osoby pozbawionej wolności”¹².

Trudnym czasem, co potwierdzały przeprowadzone w trakcie wizytacji rozmowy zarówno z mieszkańcami jak i personelem placówki, okazał się czas pandemii koronawirusa. Z perspektywy mieszkańców regularny kontakt z psychologiem mógłby również stanowić wsparcie w czasie ograniczenia kontaktu z bliskimi i światem zewnętrznym w ogólności. Podobne było stanowisko Podkomitetu ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) przedstawione w opublikowanych w marcu 2020 r. wytycznych adresowanych do państw - sygnatariuszy OPCAT oraz krajowych mechanizmów prewencji tortur gdzie podkreślono, że w czasie pandemii COVID-19 wszystkie osoby pozbawione wolności oraz pracownicy tych miejsc, powinni otrzymywać odpowiednie wsparcie psychologiczne¹³.

Szczególnie biorąc pod uwagę wysoki poziom zaangażowania psycholożki w wykonywane obowiązki oraz dobrą relację z mieszkańcami, KMPT zaleca zwiększenie wymiaru czasu pracy psycholożki przynajmniej do 20 godzin w tygodniu.

6.3. Dokumentacja

¹² Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie [CAT/OP/UKR/3, § 30 i 32].

¹³ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic (adopted on 25th March 2020).

Dokumentacja w wizytowanej placówce prowadzona jest w sposób uporządkowany i przejrzysty, a całość dzieli się na następujące części:

A – dokumentacja zebrana od pierwszego kontaktu z mieszkańcem, sporządzana przez pracowników socjalnych DPS (wywiad sporządzony przed przyjęcie do placówki, informacja o zakresie usług świadczonych przez Dom Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią, wszelkie oświadczenia, zgody mieszkańca, korespondencja z organami administracji państwowej oraz sądami;

B – decyzje administracyjne związane z pobytem w DPS, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, akty notarialne, postanowienia sądu (np. dotyczące ubezwłasnowolnienia), upoważnienia oraz zgody pełnomocników, opiekunów prawnych oraz mieszkańców;

C – dokumentacja socjalna sporządzona przez ośrodki pomocy społecznej, wywiady środowiskowe sporządzone przez pracownika socjalnego DPS;

Każda z wyżej wymienionych części wyposażona jest ponadto w skorowidz umożliwiający sprawne odnalezienie poszczególnych dokumentów. Poza dokumentacją ogólną, prowadzoną przez pracowników socjalnych, w placówce prowadzona jest dokumentacja medyczna, jednak jest ona podzielona na części w zależności od zagadnienia, którego dotyczy. Z uwagi na powyższe utrudnione było prześledzenie sposobu leczenia lub ogólnego stanu zdrowia poszczególnych pacjentów, bowiem informacje na ich temat znajdowały się w różnych zbiorach. W jednym przypadku, przedstawiciele KMPT mieli problem z ustaleniem przebiegu leczenia, bowiem w dokumentacji znajdowały się wpisy z 2009 i 2012 roku (dokumentacja dostarczona przez mieszkańca z wcześniejszego leczenia) oraz z 2020 i 2022 roku. Z dokumentacji wynikało, że w tych datach odbyły się konsultacje psychiatryczne, brak było natomiast rozpoznania, opisu konsultacji, spostrzeżeń lekarza czy komentarzy. W dokumentacji znajdowały się natomiast wpisy „leczenie jak dotychczas”.

Brak jakichkolwiek wpisów dotyczących prowadzonego leczenia stanowi utrudnienie nie tylko dla organów kontrolnych, które nie są w stanie ocenić prawidłowości czy

celowości stosowanej terapii, lecz także dla samego lekarza, który przy znacznej liczbie pacjentów jakich ma pod opieką nie będzie w stanie odtworzyć szczegółowych informacji na temat procesu leczenia. Tak lakoniczny wpis rodzi również wątpliwości co do samego przebiegu wizyty, tj. zebrania wywiadu bezpośrednio od pacjenta, szczegółowości takiego wywiadu etc.

Ponadto, w przypadku konieczności zmiany placówki, bądź choćby zmiany lekarza, na podstawie tak wypełnionej dokumentacji niemożliwym jest wywnioskowanie jakie były przyczyny przepisania określonego leku, jak pacjent reaguje na lek lub jak powinno docelowo wyglądać samopoczucie pacjenta w trakcie jego stosowania. Takich informacji nie były w stanie udzielić również obecne na dyżurze pielęgniarki, które co do zasady były dobrze zorientowane w sytuacji poszczególnych mieszkańców.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje w związku z powyższym wprowadzenie zmiany polegającej na prowadzeniu kompleksowej dokumentacji medycznej odrębnie dla każdego mieszkańca, co ułatwi prześledzenie trybu leczenia. Należy także zwrócić uwagę na rzetelność dokumentacji wypełnianej przez lekarzy w związku z prowadzonymi konsultacjami.

6.4. Opieka medyczna

W wizytowanej placówce głównym lekarzem świadczącym opiekę medyczną jest internista pojawiający się w placówce zazwyczaj dwa razy w tygodniu. Lekarze innych specjalności to m.in. psychiatra, neurolog, geriatra. Pojawiają się oni w DPS tylko w razie konieczności, kilka razy w roku. Z relacji kierownictwa placówki oraz personelu medycznego wynika, że pożądanym byłoby z punktu widzenia dobra mieszkańców zwiększenie dostępności opieki lekarskiej w placówce.

W szczególności zauważalnym jest brak odpowiedniej dostępności lekarza psychiatry. Jak wynika z analizy dokumentacji medycznej, recepty na leki przepisane przez lekarza psychiatrę (w tym również silnie działające leki psychotropowe, np. wykazujące potencjał uzależniający) przedłużane są najczęściej przez internistę. Taka praktyka nie jest niezgodna z prawem, natomiast niezależnie od tego lekarz psychiatra powinien

być dostępny w szczególności w początkowym okresie przyjmowania leków, w okresie zmiany lub odstawiania konkretnego leku, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Kolejną kwestią jest zapewnienie mieszkańcom adekwatnego kontaktu z lekarzem specjalistą, w zależności od ich indywidualnych potrzeb. Sam fakt pojawienia się przez lekarza w placówce dwukrotnie w ciągu roku nie gwarantuje zapewnienia wszystkim mieszkańcom możliwości skorzystania z wizyty dwukrotnie w ciągu roku, a taki standard powinien być utrzymany (w szczególności gdy mowa o osobach starszych, u których zmiany mogą postępować dynamicznie). W jednym z analizowanych przypadków wizytujący dostrzegli, że pensjonariuszka przyjmuje lek psychotropowy o silnym działaniu przeciwlękowym i uspokajającym, o silnym potencjale uzależniającym, a jak wynikało z dokumentacji medycznej, ostatnia konsultacja psychiatryczna u tej mieszkanki odbyła się w grudniu 2020 r.

Jednocześnie, w trakcie wizytacji do DPS wpłynęła informacja, że „psychiatra może pojawić się w placówce w czerwcu, natomiast będzie to ostatnia wizyta w tym roku kalendarzowym”. Takie ograniczenie z punktu widzenia dobra pacjenta jest niedopuszczalne bowiem nie jest możliwe przewidzenie, czy nie zajdzie potrzeba konsultacji u któregośkolwiek z 80 mieszkańców w ciągu kolejnych sześciu miesięcy.

W związku z powyższym Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje zwiększenie dostępności lekarza psychiatry oraz internisty w placówce.

6.5. Dokumentowanie obrażeń

Nowo przyjmowani mieszkańcy badani są przez pielęgniarkę w ciągu pierwszych dni od przyjęcia do placówki. Badanie lekarskie odbywa się w pierwszym możliwym terminie, w zależności od dostępności lekarza w placówce (dostępny jest dwa razy w tygodniu). W placówce nie ma opracowanego formularza, który byłby wypełniany przy wstępnym badaniu medycznym każdego mieszkańca. Nie są w związku z tym stosowane również tzw. mapy/schematy ciała, które byłyby pomocne, by precyzyjnie oznaczyć ujawnione na ciele mieszkańca obrażenia (zasinienia, krwiaki, odleżyny, rozcięcia etc.) lub blizny.

Stosowanie map ciała rekomenduje przygotowany przez ONZ Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół Stambulski)¹⁴. Zawiera on ponadto, praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów, w zakresie metod tortur, ich objawów, sposobów identyfikacji, realizacji badania medycznego i dokumentowania śladów przemocy. Skupia się również na barierach psychologicznych mogących pojawić się w relacjach z ofiarami oraz kwestiach etycznych (w tym etyce lekarskiej).

Stosowanie Protokołu Stambulskiego zalecane jest państwom będącym sygnatariuszami OPCAT (w tym Polsce) przez Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Tortur (SPT)¹⁵.

Poza opisywaniem i oznaczaniem obrażeń pożądanym jest także fotografowanie obrażeń i przechowywanie zdjęć w dokumentacji medycznej. Z analizy dokumentacji wynika, że zdarzyły się przypadki, w których stan mieszkańca skłonił personel do wykonania dokumentacji fotograficznej. W przypadkach, z którymi zapoznali się przedstawiciele KMPT, sfotografowano jedynie same obrażenia bez uwidocznienia twarzy mieszkańców. Jedynie w dwóch przypadkach na zdjęciu znajdowała się linijka umożliwiająca określenie rozmiaru obrażenia.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur pragnie zaznaczyć, że dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

Warto wskazać ponadto, że badanie lekarskie, wraz ze sfotografowaniem obrażeń lub blizn oraz z opisaniem i oznaczeniem ich na schemacie ciała, powinno być aktualizowane po każdej dłuższej nieobecności mieszkańca w placówce (np. z powodu hospitalizacji) lub powrotu z miejsc, gdzie mieszkańcy mogli doświadczyć przemocy

¹⁴ Dokument dostępny jest na stronie:

https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/protokol_stambulski_fin.pdf

¹⁵ Zob. Raporty SPT z wizyt w Peru [CAT/OP/PER/1, § 20], na Ukrainie [CAT/OP/UKR/1, § 46-48], Brazylii [CAT/OP/BRA/1, § 38-39].

(np. podczas doprowadzenia lub zatrzymania przez Policję, pobytu na komisariacie itp.). W przypadku stwierdzenia przemocy należy zawsze zawiadomić o tym Prokuratora lub Policję¹⁶.

6.6. Szkolenia personelu

W 2021 roku oraz w okresie styczeń – maj 2022 zorganizowano łącznie 7 szkoleń dla pracowników Domu Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią:

- Terapia czaszkowo – krzyżowa moduł I-V, w którym udział wzięło dwóch dla fizjoterapeutów;
- Masaż tkanek głębokich – 1 opiekun;
- Powięź – zintegrowane techniki mięśniowo – powięziowe – 1 opiekun;
- Kompleksowa diagnostyka i terapia dysfagii u dorosłych i dzieci – 1 terapeuta zajęciowy;
- Prawa mieszkańca domu oraz kierunki prowadzonej terapii, a także metody pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej – 27 pracowników, w tym terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci, pokojowe, opiekunowie, asystent os. z niepełnosprawnością, dietetyk, pielęgniarka, pracownik socjalny, psycholog, instruktor ds. kulturalno-oświatowych;
- Nowe sposoby ćwiczeń pamięci dla osób z demencją i Alzheimerem – 6 pracowników, w tym: 4 terapeutów zajęciowych, opiekun oraz instruktor ds. kulturalno-oświatowych;
- Majątek mieszkańca Domu Pomocy Społecznej 2022 z uwzględnieniem zmian w prawie spadkowym;

KMPT pozytywnie ocenia ofertę szkoleń kierowaną do pracowników placówki.

Pożądanym byłoby jednak jej rozszerzenie. Szkolenie personelu jest bowiem mechanizmem zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Jest to szczególnie istotne w przypadku instytucji opiekuńczych, gdzie z uwagi na stan

¹⁶ Powyższy standard rekomenduje również CPT. Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2013), § 71-84], Raporty CPT z wizyt w Serbii [CPT/Inf (2016) 21, § 22, 27, 50, 81] i w Polsce [CPT/Inf (2018) 39, § 80] oraz [CPT/Inf (2014) 21, § 78].

zdrowotny pacjentów występują sytuacje trudne, w tym agresja werbalna i fizyczna. Wymaga to od pracowników wysokiego poziomu merytorycznego i profesjonalizmu, skutecznego radzenia sobie z trudnymi zachowaniami (z poszanowaniem godności i praw człowieka), ale też mechanizmów obronnych przed obciążeniem psychicznym i wypaleniem zawodowym.

W celu wzmocnienia kompetencji pracowników i tym samym ochrony przebywających w niej mieszkańców przed niewłaściwym traktowaniem zalecane byłoby zorganizowanie również szkoleń z zakresu: pierwszej pomocy, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

Jak wskazano powyżej w rozdziale dotyczącym dokumentowania obrażeń niezwykle istotne jest zaznajomienie personelu z Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół Stambulski). Dokument ten adresowany jest jednak nie tylko do personelu medycznego, ale również do psychologów, bowiem zawiera on narzędzia rozpoznawania objawów, które mogą wskazywać na bycie ofiarą tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania czy techniki prowadzenia wywiadu i oceny psychologicznej. Pomocniczo może być stosowany również przez personel opiekuńczy.

Pracownicy Domu Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią nie uczestniczą w superwizji. W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zapewnienie pracownikom regularnych, cyklicznych spotkań z zewnętrznym superwizorem, na których mogliby omówić związane z pracą trudności bądź wątpliwości, z pewnością znacząco przyczyniłoby się do podniesienia komfortu pracy, a więc pośrednio wpłynęło pozytywnie również na mieszkańców DPS.

Jak wskazano powyżej, 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.

KMPT od lat 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).

W związku z tym Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca objęcie pracowników działów socjalno-terapeutycznego oraz opiekuńczego superwizją (indywidualną lub grupową).

7. 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. Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Nakle nad Notecią:

- 1) zwiększenie wymiaru czasu pracy psychologa, co najmniej do 20 godzin w tygodniu;
- 2) zapewnienie całodobowej opieki pielęgnarskiej w placówce, w tym również w trakcie nocy;
- 3) weryfikację czy wentylacja w łazienkach działa poprawnie oraz usunięcie groźnych dla zdrowia śladów wilgoci w łazienkach, w których one występują;

- 4) zapewnienie mieszkańcom możliwości swobodnego i samodzielnego otwierania wszystkich oknach i drzwiach balkonowych w pokojach mieszkalnych;
- 5) reorganizację dokumentacji medycznej poprzez prowadzenie kompleksowej dokumentacji medycznej odrębnie dla każdego mieszkańca, w sposób umożliwiający przesłanie trybu leczenia mieszkańców;
- 6) zapewnienie rzetelnego wypełniania przez lekarzy dokumentacji medycznej mieszkańców w trakcie każdej konsultacji;
- 7) zwiększenie dostępności w placówce lekarza psychiatry oraz internisty;
- 8) dokumentowanie obrażeń ujawnionych u mieszkańców przy użyciu formularza zawierającego tzw. schemat ciała, na którym obrażenia będą precyzyjnie oznaczone i opisane, fotografowanie obrażeń z uwzględnieniem twarzy pacjenta oraz linijką lub inny przyrządem po przyłożeniu którego na fotografii widoczny będzie rozmiar obrażeń;
- 9) zapoznanie personelu opiekuńczego, medycznego oraz psychologa z Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół Stambulski);
- 10) zorganizowanie dla pracowników DPS szkoleń z zakresu pierwszej pomocy, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka;

II. Staroście nakielskiemu:

- 1) przekazanie placówce środków umożliwiających realizację zaleceń, wymagających nakładów finansowych.

Opracowała: Magdalena Dziedzic
Za Zespół:

Przemysław Kazimirski
Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/