



Warszawa, 29-06-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.575.1.2023.KK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Domu Pomocy Społecznej w Babicy**

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)¹. 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)².

¹ Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

² Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2023 r., poz. 1058, ze zm.).

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 przyzwoleniem³. 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”⁴.

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, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁵. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁶.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁷.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁸. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz

³ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. art. 20 OPCAT.

⁶ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁷ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT?.

⁸ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt. 6. Zobacz również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, New York and Geneva 2018, s. 4-6.

zapropozowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ 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 już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec, pracownik DPS, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, 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. Uwagi wstępne na temat wizytacji

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 28-30 marca 2023 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej w Babicy.

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

W skład zespołu wizytującego wchodził: Klaudia Kamińska, Rafał Kulas (prawnicy) oraz Aleksandra Osińska (psycholożka).

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

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania placówki, przekazanych przez Dyrektora DPS – p. Monikę Szlachtę oraz p. Łukasza Nowaka – kierownika działu administracyjno-gospodarczego;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców placówki, w tym m.in.: pokoi mieszkańców, sanitariatów, terenu rekreacyjnego na zewnątrz;
- przeprowadzeniu rozmów indywidualnych z mieszkańcami i pracownikami placówki, bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali kierownika działu administracyjno-gospodarczego, specjalistę pracy socjalnej oraz starszego pracownika socjalnego o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną 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, swoboda praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W niniejszym raporcie uwzględniono mocne strony, które wyróżniają placówkę, oraz 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.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Dom Pomocy Społecznej w Babicy przeznaczony jest dla mężczyzn przewlekle psychicznie chorych. Dysponuje 75 miejscami w pokojach jedno-, dwu- i trzyosobowych.

Dom jest jednostką budżetową Powiatu Strzyżowskiego. W dniu wizytacji w placówce przebywało 67 mieszkańców, w tym 1 osoba ubezwłasnowolniona częściowo oraz 45 osób ubezwłasnowolnionych całkowicie.

5. Mocne strony

- W placówce zatrudniona jest psychoterapeutka, która jest również trenerką umiejętności społecznych oraz edukatorką seksualną. Swoją pracę wykonuje w ramach zatrudnienia przez DPS (8 h miesięcznie; do jej zadań należy rehabilitacja społeczna, polegająca głównie na treningu pamięci w formie zajęć indywidualnych oraz grupowych). Jednocześnie w placówce pracuje także jako psychoterapeuta środowiskowy, będąc zatrudniona przez Centrum Zdrowia Psychicznego, w ramach NFZ (10 h tygodniowo; prowadzi psychoterapię indywidualną, w nurcie psychodynamicznym). KMPT odebrał pozytywne relacje od mieszkańców na temat współpracy i proponowanych przez psychoterapeutę form oddziaływań. Należy podkreślić, że psychoterapeutka pracująca w placówce jest bardzo zaangażowana w swoją pracę, bardzo dobrze zna pensjonariuszy i ich potrzeby. Jak wynika z relacji

personelu, wykorzystuje również swoje doświadczenie jako edukatorka seksualna i prowadzi z mieszkańcami rozmowy w tym zakresie, co ma pozytywny wpływ na ich zachowanie.

- W DPS działa sklepik, w którym mieszkańcy mogą kupić podstawowe produkty spożywcze i artykuły higieniczne. Część mieszkańców może również nieodpłatnie pracować w sklepiku jako sprzedawca. Zdaniem KMPT takie rozwiązanie zasługuje na aprobatę, ponieważ ma walor terapeutyczny, stanowi duże ułatwienie dla mieszkańców oraz uczy ich samodzielności.

6. Problemy systemowe

6.1 Pełnienie przez pracownika DPS funkcji opiekuna prawnego

Wśród pracowników placówki były osoby, które równocześnie pełnią funkcję opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej. Wizytujący nie otrzymali niepokojących sygnałów na temat sprawowania przez pracowników DPS funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych, jednak kwestia ta od lat budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT¹⁰. Problem ten ma charakter systemowy.

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

W tym kontekście warto zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce

¹⁰ Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji pt. „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, Warszawa 2017, s. 75-78.

odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikom domów pomocy społecznej trudno w tej sytuacji zachować obiektywizm w ocenie oferty opiekuńczej domu. Ponadto pełnienie przez personel DPS funkcji opiekunów prawnych wiąże się z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków kosztem czasu wolnego lub prywatnego. Może to zatem prowadzić do braku odpowiedniej motywacji, by właściwie i rzetelnie wykonywali powierzone obowiązki.

Na problem ten zwracał również uwagę Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT), podkreślając, że jednym z aspektów roli opiekuna jest obrona – w razie konieczności – praw osób z niepełnosprawnościami wobec instytucji przyjmującej. Pełnienie funkcji opiekuna przez pracownika tej samej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów i zagrozić niezależności i bezstronności opiekuna. CPT rekomenduje w takich sytuacjach, aby władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów¹¹.

Ponadto wizytujący zapoznali się z pismem z Sądu Rejonowego w Strzyżowie, w którym Sąd zwraca się do placówki o wskazanie kandydata na opiekuna dla osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej spośród krewnych lub innych osób bliskich, a w przypadku braku takich osób – o wskazanie osoby, której opieka mogłaby być powierzona przez Sąd. **Jednocześnie Sąd w w/w piśmie poinformował, że DPS ma obowiązek wskazania kandydata na opiekuna niezależnie od zgody osoby wskazanej.**

Dodatkowo, jak ustaliła delegacja, z relacji pracowników wynikało, że to, czy mają oni możliwości oraz chęć pełnienia funkcji opiekuna prawnego, nie jest brane pod uwagę oraz że nie mogą oni odmówić takiej funkcji.

¹¹ Zob. Standardy CPT przedstawione w dokumencie pt. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 32. Zob. również raporty CPT z wizyt w: Polsce w 2009 r. [CPT/Inf (2011) 20], par. 167; Bułgarii w 2020 r. [CPT/Inf (2020) 39], par. 81; na Ukrainie w 2019 r. [CPT/Inf (2020) 1], par. 44 oraz na Łotwie w 2016 r., [CPT/Inf (2017) 16], par. 157.

Mając powyższe na uwadze, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwrócił się do w/w Sądu z prośbą o wskazanie podstawy prawnej obowiązku wskazywania kandydatów na opiekunów spośród personelu zatrudnionego w placówce.

6.2 Niestandardowe formy zabezpieczenia

W DPS stosuje się niestandardowe formy opieki nad mieszkańcami w postaci specjalnych kombinezonów („śpiochów”). Personel wskazywał także, że zdarzało się, że były zakładane rękawice kuchenne na ręce mieszkańca, by ten nie wyrwał cewnika. O stosowaniu w/w metod decyduje personel, nie lekarz. Stosowanie powyższego sprzętu zabezpieczającego nie było odnotowywane w dokumentacji. Kierownictwo placówki nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych. Zidentyfikowane w tym zakresie przez KMPT braki stanowią realne zagrożenie w zakresie ewentualnych nadużyć w stosowaniu tego typu form opieki.

Powyższa sytuacja obrazuje istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹², w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym.

Zaznaczyć należy, że w procesie opiekuńczym istnieją sytuacje, gdy stosowanie środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia mieszkańca. W związku z tym ich stosowaniu musi towarzyszyć szereg gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym. Z punktu widzenia art. 31 ust. 3 Konstytucji RP wszelkie ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych praw i wolności muszą zostać uregulowane na poziomie ustawowym. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoli również na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i uniknięcie

¹² Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS.

ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni.

Na potrzebę uregulowania w ustawie stosowanych przez personel opiekuńczy środków zabezpieczenia wskazała również grupa robocza Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opiniująca wprowadzoną przez jeden z zakładów opiekuńczo-leczniczych procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki¹³.

Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także CPT, który w trakcie swoich wizytacji spotkał się z używaniem różnych mechanicznych środków służących zapobieganiu upadkom (pas na brzuch przymocowany do łóżka lub krzesła oraz bariery z jednej lub obu stron łóżka w nocy)¹⁴ czy też „środków ograniczających ruch”, które obejmowały między innymi uniemożliwienie podopiecznemu opuszczenia oddziału poprzez zablokowanie wyjścia za pomocą kodu czy też przypięcie mieszkańców do wózka inwalidzkiego za pomocą pasów bezpieczeństwa oraz montaż szyn po bokach łóżka¹⁵. CPT wskazał także inne restrykcyjne praktyki w postaci specjalnej odzieży/środków mających na celu zachowanie bezpieczeństwa mieszkańców. Były to np. kombinezony (jednoczęściowe wygodne ubrania noszone pod codziennymi ubraniami mieszkańców), kombinezony do spania (jednoczęściowa piżama zapinana na zamek błyskawiczny z tyłu), miękkie ochraniacze na kostki, szyny na nadgarstki i pasy oraz przymus fizyczny w postaci uchwytów ręcznych i ograniczeń środowiskowych, takich jak zamknięte drzwi¹⁶. CPT, opisując takie niestandardowe formy opieki, wskazał na konieczność utworzenia przez władze państwowe centralnego rejestru stosowania środków ograniczających przemieszczanie się mieszkańców (oprócz wpisów w aktach osobowych mieszkańców). Ponadto podkreślił, że wpisy do rejestru powinny zawierać

¹³ Opinia Zespołu Ekspertów przy Krajowym Mechanizmie Prewencji Tortur z dnia 29 sierpnia 2019 r. Zob. również raport KMPT z wizytacji Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Warszawie, ul. Mehoffera 72/74, przeprowadzonej w dniach 28-29 marca 2018 r., KMP.573.5.2018.RK, pkt 4.1 pt. Traktowanie pacjentów.

¹⁴ Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174.

¹⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80.

¹⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

czas rozpoczęcia i zakończenia czynności, okoliczności sprawy, przyczyny zastosowania się do niej, nazwisko osoby, która ją zleciła lub zatwierdziła, oraz pracowników, którzy brali w niej udział, opis wszelkich obrażeń odniesionych przez mieszkańców lub personel oraz czy środek został zastosowany za zgodą mieszkańca lub bez niej¹⁷. CPT podkreślił ponadto, aby za każdym razem, gdy środki ograniczające poruszanie się są stosowane bez ważnej zgody danego mieszkańca, były każdorazowo zlecane lub zatwierdzane przez lekarza po indywidualnej ocenie rezydenta¹⁸. Należy mieć także na uwadze standardy międzynarodowe wskazujące na konieczność używania wyłącznie sprzętu specjalnie zaprojektowanego w celu ograniczenia szkodliwych skutków (najlepiej wyściełanych pasów z tkaniny), aby zminimalizować ryzyko odniesienia obrażeń i/lub cierpienia pacjenta¹⁹.

W opinii KMPT zastosowanie wobec podopiecznego placówki specjalnych zabezpieczeń może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno jemu samemu, jak i osobom trzecim. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko nadużyć związane z taką formą zabezpieczania mieszkańców, KMPT rekomenduje zastosowanie następujących rozwiązań:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia. W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z mieszkańcem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant. Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla

¹⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 82.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ Zob. Raport CPT z wizyty w Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, § 137; Raport CPT z wizyty na Cyprze, CPT/Inf (2018) 16, § 126; pkt. 3.3 Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

2. Stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza.

Lekarz po zbadaniu mieszkańca i indywidualnej ocenie stanu zdrowia i ryzyka powinien odnotować w dokumentacji medycznej mieszkańca potrzebę zastosowania środka, czas i okoliczności jego stosowania, ewentualne przeciwwskazania i inne uwagi istotne dla zapewnienia właściwej opieki. Potrzeba dalszego stosowania tego środka powinna podlegać regularnemu przeglądowi. Należy też dokumentować wszelkie urazy i obrażenia odniesione przez mieszkańca w trakcie stosowania tego środka oraz bezpośrednio po jego zakończeniu (np. obtarcia, skaleczenia, upadki itp.).

3. Wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

6.3 Opieka pielęgniarska

W placówce zatrudnionych jest 8 pielęgniarek na 7,5 etatu. Opieka pielęgniarska zapewniona jest całodobowo. Pielęgniarki pracują w systemie 12-godzinnym lub 8-godzinnym, w zależności od grafiku (godz. 7-15 lub 11-19). Na dyżurze zawsze jest minimum jedna pielęgniarka, czasem dwie lub trzy. W nocy jest pielęgniarka (jedna) w godz. 19-7. Jak wskazywał personel, zdarzały się sytuacje, gdy według grafiku w dzień była obecna jedna pielęgniarka na zmianie. Ponadto pracownicy wskazywali na potrzebę zwiększenia liczby zatrudnionych pielęgniarek. W ich ocenie, uwzględniając stan i potrzeby mieszkańców, optymalnym rozwiązaniem byłoby zapewnienie min. dwóch pielęgniarek przez całą dobę.

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

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

Powyższa sytuacja potwierdza istnienie problemu systemowego, którego rozwiązanie wymaga wsparcia ustawodawcy. Kwestia ta była przedmiotem wystąpienia RPO do Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia w czerwcu 2021 r.²⁰

Zgodnie z art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dalej: u.p.s.)²¹, 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 publicznych. 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 u.p.s.)²².

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarки i położnej²³ 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 placówce służby zdrowia. Główną przyczynę takiego zróżnicowania stanowi wysokość wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach

²⁰ Wystąpienie generalne z dnia 21 czerwca 2021 r. do Minister Rodziny i Polityki Społecznej; KMP.575.9.2021.

²¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 901.

²² Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.

²³ Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 z późn. zm.

lecniczych (finansowanego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia), które jest zdecydowanie wyższe od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarce zatrudnionej 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, itp.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia powoduje problemy w pozyskaniu do pracy w DPS-ach osób o tym wykształceniu lub częste rezygnacje pielęgniarek/pielęgniarzy już zatrudnionych w takich placówkach.

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. 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 będzie w dalszym ciągu monitorował omówione powyżej problemy.

7. Obszary wymagające poprawy

7.1 Traktowanie

Z rozmów z przedstawicielami KMPT wynikało, że mieszkańcy są, co do zasady, właściwie traktowani przez personel DPS. Niemniej jednak pojawiły się pojedyncze sygnały mówiące o tym, że niektórzy opiekunowie śmieją się z podopiecznych, potrafią

być niemili oraz uszczypliwi. Nieliczni mieszkańcy zwracali uwagę także na fakt, że personel wyręcza podopiecznych we wszystkich czynnościach oraz że potrzebowaliby oni większej samodzielności.

Mając na względzie swój mandat prewencyjny, KMPT zaleca systematyczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania podopiecznych z szacunkiem i godnością. Krajowy Mechanizm zaleca również przeprowadzenie dla wszystkich pracowników placówki szkoleń z zakresu ochrony praw człowieka oraz pracy z pacjentem psychiatrycznym. Warto również przeprowadzić szkolenia z zakresu radzenia sobie z agresywnym mieszkańcem oraz deeskalacji konfliktu.

Należy podkreślić, iż osoby przebywające w tej placówce, przewlekłe psychicznie chore, należą do grupy szczególnie wrażliwej i narażonej na ryzyko złego traktowania, dlatego tym bardziej należy dołożyć wszelkich starań, aby w maksymalnym stopniu zadbać o ich bezpieczeństwo. Należy zwrócić również większą uwagę na sposób odnoszenia się personelu do mieszkańców, a także umożliwiania mieszkańcom (tym, którzy są do tego zdolni) samodzielnej realizacji poszczególnych czynności związanych z ich pobytem w placówce.

Na kwestię odpowiedniego przeszkolenia personelu w placówkach opieki zwracał także uwagę CPT, pisząc, iż „biorąc pod uwagę trudny charakter pracy, ważne jest, aby personel w placówkach opieki społecznej był starannie dobrany i odpowiednio przeszkolony w zakresie humanitarnej i bezpiecznej opieki nad mieszkańcami, przed podjęciem przez nich obowiązków, a także w formie przypominających i regularnych szkoleń w późniejszym okresie. Ponadto, personel powinien w trakcie wykonywania swoich obowiązków podlegać regularnemu nadzorowi. Ważne jest także zapewnienie personelowi odpowiedniego wsparcia, aby uniknąć wypalenia zawodowego oraz utrzymać wysokie standardy opieki”²⁴.

Odnosząc się do kwestii samodzielności, wskazać należy stanowisko CPT, zgodnie z którym „szczególną uwagę należy poświęcić opracowaniu programów

²⁴ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 17.

działań resocjalizacyjnych mających na celu poprawę jakości życia mieszkańców, a także programów resocjalizacyjnych przygotowujących mieszkańców do bardziej samodzielnego życia i/lub powrotu do rodzin”²⁵.

7.2 Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń

Opiekę medyczną nad mieszkańcami sprawuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Dostęp do lekarzy specjalistów odbywa się według potrzeb. Przy przyjęciu mieszkańca do placówki jest on badany przez lekarza rodzinnego, lekarza psychiatrę, pielęgniarkę, a ponadto, jeśli wyrazi chęć, przeprowadzana jest również rozmowa z psychoterapeutą. Ewentualne obrażenia ciała wpisywane są w raporcie pielęgniarskim.

Krajowy Mechanizm pragnie podkreślić, że przyjęta w placówce procedura zasługuje na aprobatę. Jednakże w celu jej udoskonalenia należy stosować specjalny formularz, zawierający rysunki anatomiczne ciała człowieka do oznaczenia umiejscowienia obrażeń. Powyższy formularz powinien być przechowywany w dokumentacji medycznej mieszkańca. W przypadku poważniejszych obrażeń zalecane jest robienie zdjęć i włączanie ich do dokumentacji medycznej²⁶.

Zarówno same mapy ciała, jak i informacje, jak w sposób praktyczny z nich korzystać, znajdują się w Protokole stambulskim. Wizytujący ustalili jednakże, że personel medyczny nie posiada wiedzy w zakresie treści tego dokumentu. Tymczasem dzięki wykorzystaniu dostępnych w nim narzędzi w łatwy sposób można oznaczyć np. odleżyny czy ślady mogące świadczyć o stosowaniu przemocy.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet

²⁵ Tamże, par. 18.

²⁶ Zob. Protokół stambulski, Aneks III pt. Rysunki anatomiczne do dokumentacji tortur i okrutnego traktowania. Zob. również standardy CPT przedstawione w Dwudziestym Trzecim Raporcie Generalnym, CPT/Inf (2013) 29, par. 74 oraz Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 27, 80.

ONZ Przeciwno Torturom (CAT)²⁷, Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)²⁸, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur²⁹ i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)³⁰.

Mając powyższe na uwadze, Krajowy Mechanizm zaleca przeprowadzenie dla personelu szkolenia z zakresu Protokołu Stambulskiego oraz stosowanie wskazanych w nich map ciała i dołączanie ich do indywidualnej dokumentacji medycznej mieszkańców. W przypadku poważniejszych obrażeń do dokumentacji powinno dołączać się również ich zdjęcia, wykonane za zgodą mieszkańców. Ponadto KMPT zaleca profilaktyczne badanie przez lekarza także osób, które wrócą z dłuższej nieobecności, np. po hospitalizacji.

Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani, że niektórzy pensjonariusze przyjmują leki w formie rozkruszonej i o takiej sytuacji każdorazowo decyduje lekarz. Jednakże w dokumentacji mieszkańców ten fakt nie był odnotowywany. Jak wynika z raportu pielęgniarskiego z dnia 5 marca 2023 r.: „Mieszkaniec «kombinuje» przy braniu leków – obserwuje pielęg. oburzony, że «dlaczego ma kruszone leki», jak on umie połykać w całości”.

Krajowy Mechanizm nie zgłasza zastrzeżeń w sytuacji, gdy zgodnie z zaleceniem lekarskim podawany lek jest rozkruszany z tego powodu, że pacjent nie jest w stanie lub ma problem z połknięciem leku. Fakt zlecenia takiej formy podawania leków powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej z podaniem przyczyny oraz wynikać ze zlecenia lekarskiego.

²⁷ Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

²⁸ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). 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.

²⁹ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

³⁰ 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.

Dodatkowo wskazać należy, że każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Pacjent musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. KMPT ponadto pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego³¹, rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować. Dlatego tak istotne jest, aby każde zalecenie lekarskie w tej kwestii było odnotowane w dokumentacji.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca uzupełnianie dokumentacji pacjentów o zalecenia lekarzy dotyczące podawania konkretnych leków w formie rozkruszonej. Każda taka sytuacja musi zostać skonsultowana z lekarzem. Ponadto KMPT zaleca każdorazowo informowanie pacjentów o tym, jakie leki przyjmują i w jakiej formie, jeżeli mają wątpliwości co do stosowanej wobec nich farmakoterapii.

7.3 Dokumentacja prowadzona w placówce

Zastrzeżenia wizytujących wzbudziła przyjęta w placówce praktyka odbierania od opiekunów prawnych zgód in blanco na „hospitalizację, leczenie, oraz wykonywanie ewentualnych zabiegów przy użyciu całkowitego znieczulenia (narkozy)” oraz zgody na pobyt podopiecznego w szpitalu, leczenie, pobranie potrzebnych badań, rehabilitacji, wykonanie ewentualnego zabiegu – w zależności od potrzeb.

³¹ Zob. Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Prawa%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20dom%C3%B3w%20pomocy%20spo%C5%82ecznej%20%202016.pdf>, s. 109-111.

Sytuacja taka jest niezgodna z z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty³², zgodnie z którą lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1). 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 (art. 32 ust. 4).

KMPT zaleca więc każdorazowe odbieranie zgody na konkretne świadczenie medyczne od opiekunów prawnych. Podkreśla przy tym, że stosownie do art. 32 ust. 7 ww. ustawy, zgoda 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. KMPT zwraca również uwagę, że w sytuacjach nagłych udzielenie podopiecznemu świadczenia zdrowotnego, w tym przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, może odbyć się bez zgody zainteresowanych (art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7 ustawy). Ponadto jednak, jeżeli małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 7).

Warto też zauważyć, że jeżeli zachodzi jedynie potrzeba przeprowadzenia badania mieszkańca (jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody), zgodę wyrazić może także opiekun faktyczny, czyli np. pracownik placówki (art. 32 ust. 3 ww. ustawy).

Biorąc pod uwagę powyższe, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca dostosowanie procedury odbierania od przedstawicieli ustawowych mieszkańców

³² Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.

zgód na świadczenia z zakresu opieki medycznej do obowiązujących w tej mierze przepisów prawa.

7.4 Prawo do informacji i mechanizm skargowy

Na terenie placówki na tablicy informacyjnej znajdowała się informacja, że Dyrektor DPS dostępny jest dla mieszkańców w godzinach pracy. Jak ustalono, w DPS funkcjonuje procedura składania skarg, zażaleń i wniosków przez mieszkańców. Wątpliwości KMPT budzi pkt 5 procedury, zgodnie z którym: „Treść zażalenia, skargę lub wniosek na życzenie mieszkańca jeśli ten ma trudności w sprawnym pisaniu może wpisać do książki osoba wybrana przez niego z personelu, podpisując własnoręcznie treść obok podpisu mieszkańca. Tej formy nie należy jednak nadużywać”.

Zapis ten może zniechęcać do składania skargi w ten sposób i uniemożliwiać dostępność do systemu skargowego tym mieszkańcom, którzy nie mogą/nie umieją pisać. Jeśli mieszkaniec ma problem z pisaniem, a chce złożyć skargę (a może to zgodnie z procedurą zrobić ustnie) – pracownik DPS powinien obligatoryjnie odnotować ją w rejestrze. Skargi ustne też powinny być odnotowywane w tym rejestrze.

Mając to na uwadze, Krajowy Mechanizm zaleca zmianę procedury, tak by uwzględniła w/w kwestie.

KMPT zwraca również uwagę, że informacja o istnieniu książki skarg i wniosków powinna zostać umieszczona na tablicy informacyjnej. Ponadto rejestr skarg powinien mieć charakter poufny i być dostępny wyłącznie dla dyrektora placówki (ewentualnie wyznaczonego przez dyrekcję pracownika). Fakt, że rejestr znajduje się w dyżurce centralnej, sprawia, że dostęp ma do niego duża liczba osób, w związku z tym trudno uznać, by miał on charakter poufny. Taka dostępność rejestru może zniechęcać mieszkańców do składania skarg.

Funkcjonowanie rejestru skarg pozwala na odnotowywanie problemów pojawiających się w placówce, co ułatwia ich rozwiązywanie oraz sprawowanie nadzoru nad częstotliwością ich występowania. Jak bowiem wskazuje Europejski

Komitet ds. Zapobiegania Torturom, brak skarg nie musi być koniecznie uznawany za pozytywny. Przeciwnie, może to oznaczać niebezpieczne środowisko w placówce lub brak zaufania do systemu skargowego³³.

CPT podkreśla znaczenie dostępu do mechanizmów skargowych jako fundamentalnej gwarancji ochronnej przed niewłaściwym traktowaniem. Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi³⁴.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie, ulotek i filmów informacyjnych)³⁵.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, nieletnich, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczących się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców³⁶. Szczególnie ważne jest więc, by mieszkańcy zostali w sposób dla nich zrozumiały pouczeni o tym, że przysługuje im prawo do zwrócenia się z wnioskiem do określonych instytucji i organizacji, a także mieli wiedzę o tych instytucjach.

Ponadto dobrym rozwiązaniem byłoby również zamontowanie skrzynki skarg, z której mieszkańcy i inne osoby (np. rodzina, inne osoby odwiedzające, pracownicy) będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności. Obsługą takiej skrzynki

³³ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT [CPT/Inf (2018) 4, § 91].

³⁴ Tamże, § 68-91.

³⁵ Tamże, § 79.

³⁶ Tamże, § 83.

powinna zajmować się wyłącznie jedna osoba (np. dyrektor placówki lub wyznaczony pracownik administracyjny). Skargi i inne sygnały przekazywane w ten sposób (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze. Należy także odpowiednio zmodyfikować procedurę skargową, by uwzględniała ona również taką drogę składania skarg.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca poinformowanie mieszkańców i ich opiekunów faktycznych i prawnych o istnieniu księgi skarg i wniosków, jak również informowanie o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru w sposób zrozumiały dla odbiorców, a także wyeksponowanie takiej informacji w miejscu dostępnym zarówno dla mieszkańców, jak i ich rodzin. Ponadto Krajowy Mechanizm wskazuje na konieczność zachowania poufności rejestru skarg i wniosków, który nie powinien być przechowany w miejscu dostępnym dla każdego pracownika. Dodatkowo KMPT zaleca stworzenie skrzynki na skargi, z której mieszkańcy i inne osoby będą mogli korzystać z zachowaniem zasad poufności, odnotowywanie skarg przekazanych tą metodą w rejestrze oraz zmianę procedury skargowej tak, by uwzględniała ona informacje przekazane tą drogą.

W trakcie wizytacji na tablicy informacyjnej znajdował się również wykaz instytucji stojących na straży praw człowieka wraz z numerami telefonów. Działania te należy uznać za jak najbardziej pożądane.

KMPT zwraca jednakże uwagę na fakt, że wykaz ten zawieszony był wysoko, co może mieć wpływ na możliwość odczytu zawartych tam informacji, w szczególności przez osoby słabowidzące lub poruszające się na wózku. Mając to na uwadze, Krajowy Mechanizm zaleca dostosowanie wywieszonych informacji do potrzeb mieszkańców.

7.5 Personel

Zgodnie z uzyskanymi informacjami, jeżeli chodzi o obsadę personelu opiekuńczego, w dzień wynosi ona 3-4 opiekunki plus pielęgniarki, natomiast w nocy – jedna opiekunka i jedna pielęgniarka. Jak wskazywał personel medyczny, na zmianie w nocy powinno być minimum 3 osoby (2 opiekunów i pielęgniarka).

W ocenie KMPT liczba personelu opiekuńczego nie jest wystarczająca, gdyż w porze nocnej może wystąpić problemem z faktycznym nadzorem nad taką liczbą podopiecznych. Liczba personelu ma też znaczenie w kontekście możliwości sprawnego i bezpiecznego stosowania przymusu bezpośredniego. Najlepiej bowiem, by przy zastosowaniu unieruchomienia brało udział pięć osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę)³⁷.

KMPT rekomenduje zwiększenie zatrudnienia personelu opiekuńczego.

Kwalifikacje personelu nie budzą zastrzeżeń Krajowego Mechanizmu. Jak wynika z przekazanych informacji, pracownicy odbywają szkolenia: „Szkolenie doszkalające pielęgniarek i opiekunów DPS z zabiegów pielęgnacyjnych i wspomagających funkcjonowanie osób przewlekle psychicznie chorych” – październik 2020 r., „Ustawa o pomocy społecznej – zmiany prawne” – grudzień 2020 r., „Przymus bezpośredni wobec podopiecznego z zaburzeniami psychicznymi w DPS” – marzec 2021 r., „Przebieg procesu adaptacji mieszkańca przyjmowanego do DPS” – marzec 2021 r., „Standardy pracy z osobami zaburzonymi psychicznie” – wrzesień 2021 r., „Nowoczesne formy wspierania mieszkańców DPS w czasie pandemii” – wrzesień 2021 r., „Mieszkaniec Domu Pomocy Społecznej 2021 – zmiany w przepisach prawa i kwestie problematyczne” – październik 2021 r., „Radzenie sobie ze stresem oraz przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu” – październik 2022 r., „Indywidualny plan wsparcia i procesy adaptacyjne w Domu Pomocy Społecznej” – listopad 2022 r., „Kurs z zakresu technik postępowania z pacjentem leżącym w celu zapobiegania chorobom mięśniowo-szkieletowym u pracowników DPS w Babicy” – marzec 2023 r.

³⁷ Zob. Raporty KMPT z działalności w 2016 r., s. 149 oraz w 2017 r. – s. 137-138. Powyższy standard wskazany był także w uzasadnieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740): efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby, wymaga udziału 5 osób.

W kontekście doskonalenia zawodowego pracowników warto spojrzeć szerzej na to zagadnienie, bowiem szkolenie personelu jest również istotnym mechanizmem zapobiegania torturom i budowania odpowiedniej kultury organizacyjnej.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca organizowanie regularnych szkoleń z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, sprawowania opieki nad osobami z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw oraz komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec. Istotne jest również cykliczne przypominanie pracownikom o zasadach stosowania przymusu bezpośredniego, gdyż z informacji uzyskanych przez Krajowy Mechanizm wynikało, że szkolenie z przymusu nie miało charakteru praktycznego, a skupiało się na aspektach prawnych i wypełnianiu dokumentacji. Konieczne jest zatem przeprowadzenie także szkolenia praktycznego w celu bezpiecznego i profesjonalnego stosowania przymusu. Powyższymi szkoleniami powinni zostać objęci wszyscy pracownicy mający kontakt z mieszkańcami.

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. 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.

Superwizja powinna być prowadzona przez zewnętrznego specjalistę, który jest w stanie obiektywnie ocenić problemy przedstawione przez pracowników DPS. Należy bowiem pamiętać, że superwizor zatrudniony w placówce, sam będąc w zależności służbowej, nie będzie w stanie zapewnić wystarczającej swobody i poczucia anonimowości, które są konieczne dla prowadzenia skutecznych oddziaływań. 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 mieszkańcami, 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).

7.6 Warunki bytowe

Delegacja KMPT zwróciła uwagę na brudne ściany, które wymagały odświeżenia w niektórych pokojach. Mieszkańcy i personel skarżyli się na wysoką temperaturę panującą w pokojach w lecie. Ponadto z rozmów z personelem wynikało, że mieszkańcy nie chcą dbać o swoją higienę osobistą, mimo iż przeprowadzane były liczne rozmowy w tym kierunku. KMPT zachęca do dalszego podejmowania działań w tym zakresie, poprzez np. zaangażowanie psychoterapeutki lub personelu medycznego.

Mieszkańcy wskazywali również na słabe zamki w szafach, które ich zdaniem nie chronią odpowiednio ich własności. Wizytujący otrzymali od mieszkańców sygnały, że w placówce dochodziło w przeszłości do kradzieży. KMPT rekomenduje zatem zapewnienie lepszych zabezpieczeń szafek mieszkańców.

Z uzyskanych informacji wynika, że w drugiej połowie 2023 r. planowane jest m.in. malowanie ścian i sufitu, usunięcie pęknięć na ścianie, malowanie ogrodzenia i barierki przy budynku DPS, wykonanie instalacji centralnego ogrzewania, czyszczenie i malowanie zbiornika na wodę, wymiana lamperii oraz nałożenie tynku strukturalnego. **Krajowy Mechanizm pozytywnie ocenia pomysł prac remontowych. Jednocześnie zwraca się do dyrektora placówki z prośbą o informację, czy prace remontowe zostały już rozpoczęte.**

Wizytujący stwierdzili ponadto, że placówka nie była w pełni dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością. W DPS nie było windy, a platforma do przewozu osób z ograniczoną możliwością przemieszczania się była zepsuta.

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb takich osób oraz poprawienia występujących mankamentów, przy okazji planowanych remontów i modernizacji warto mieć na względzie poniższe standardy:

- szerokość drzwi umożliwiająca wjazd wózkiem – min. 90 cm,
- wysokość włączników światła i przycisków sygnalizacji przyzywowej – 90-120 cm,
- schody powinny mieć oznaczenia kontrastowe (na dolnych i górnych stopniach) oraz oznaczenia przed biegiem stopni, co pozwoli na korzystanie z nich osobom niedowidzącym; to samo dotyczy oznaczeń przed każdym biegiem pochylni;
- czcionki we wszystkich pismach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być większe, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące;
- poręcze przy schodach oraz przy pochylniach powinny mieć wysokość 90 cm (górną) i 75 cm (dolną), nadto prawidłowy rozstaw poręczy pochylni powinien wynosić 1-1,1 m;
- pochylnie wiodące do budynków mieszkalnych powinny mieć – w zależności od ich wysokości – kąt nachylenia, który nie przekracza 6% (przy wysokości powyżej 50 cm) lub 8% (przy wysokości poniżej 50 cm);
- w łazienkach wszystkie krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiającą uruchomienie ich osobom ze słabszymi rękami, wysokość muszli ustępowej: 45-50 cm, poręcze powinny być w odległości 40 cm od osi muszli i umieszczone na wysokości: 70-85 cm, wysokość brodzika pod prysznicem do 2 cm, górna krawędź umywalki powinna być umieszczona na wysokości 85 cm, dolna krawędź lustra powinna zaczynać się od poziomu umywalki (by skorzystała z niego również siedząca na wózku inwalidzkim osoba), a górna – sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić

swobodę manewrowania wózkami (przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że rozwiązania te powinny również dotyczyć umywalek w pokojach mieszkańców poruszających się na wózkach inwalidzkich, a przestrzeń manewrowa jest ważna we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają te osoby;

- klamki okienne w pokojach mieszkańców powinny być zamontowane tak, aby dosięgnęła ich osoba siedząca na wózku inwalidzkim lub niskiego wzrostu, dotyczy to również wszelkich przycisków, kontaktów, skrzynek wrzutowych na skargi i wnioski, dozowników, wieszaków, z których korzystają osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich itp. Powinny one być na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi.

Wymienione standardy ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie z zasadami planowania dostępności, i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla mieszkańców, które zapewnią im swobodne poruszanie się po terenie DPS oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów.

KMPT rekomenduje dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami podczas najbliższych remontów i modernizacji.

8. Zalecenia

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

I. Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Babicy:

1. systematyczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania podopiecznych z szacunkiem i godnością;

2. profilaktyczne badanie przez lekarza także osób, które wróca z dłuższej nieobecności, np. po hospitalizacji;
3. stosowanie wskazanych w Protokole stambulskim map ciała i dołączanie ich do indywidualnej dokumentacji medycznej mieszkańców. W przypadku poważniejszych obrażeń do dokumentacji powinno dołączać się również ich zdjęcia, wykonane za zgodą mieszkańców;
4. stosowanie wobec mieszkańców niestandardowych form zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w pkt 6.2 raportu;
5. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
6. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia niestandardowymi formami opieki, stosownie do uwag zawartych w pkt 6.2 raportu;
7. podawanie mieszkańcom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, i odnotowywanie takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej;
8. każdorazowe informowanie pacjentów o tym, jakie leki przyjmują i w jakiej formie, jeżeli mają wątpliwości co do stosowanej wobec nich procedury;
9. każdorazowe odbieranie zgody od przedstawicieli ustawowych mieszkańców na świadczenia medyczne w sytuacjach, w których ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry wymaga ich zgody;
10. zwiększenie zatrudnienia wśród personelu opiekuńczego;
11. zwiększenie zatrudnienia wśród personelu pielęgniarstwa;
12. poinformowanie mieszkańców i ich opiekunów faktycznych i prawnych o istnieniu rejestru skarg i wniosków, jak również informowanie o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru

- w sposób zrozumiały dla odbiorców, wyeksponowanie takiej informacji w miejscu dostępnym zarówno dla mieszkańców, jak i ich rodzin;
13. montaż skrzynki na skargi i wnioski mieszkańców, która zapewni poufność przekazywanych informacji; poinformowanie mieszkańców o możliwości korzystania z tego rozwiązania;
 14. zmianę procedury skargowej zgodnie z uwagami przedstawionymi w pkt 7.4 raportu;
 15. zawieszenie wykazu instytucji stojących na straży praw człowieka, wraz z numerami telefonów, na wysokości dostosowanej do potrzeb osób poruszających się na wózkach oraz osób słabowidzących;
 16. organizowanie szkoleń, o których mowa w pkt 7.1 raportu, oraz z zakresu pierwszej pomocy, sprawowania opieki nad osobami z niepełnosprawnościami, poszanowania ich praw, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, Protokołu stambulskiego oraz praktycznego stosowania przymusu bezpośredniego;
 17. zorganizowanie personelowi superwizji;
 18. poprawę dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami podczas najbliższych remontów i modernizacji;
 19. zapewnienie lepszych zabezpieczeń szafek mieszkańców;
 20. podejmowanie dalszych kroków w celu zachęcania mieszkańców do dbania o higienę osobistą.

II. Staroście Strzyżowskiemu:

1. udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Opracowała: Klaudia Kamińska

Za Zespół:

Z poważaniem

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/