



Warszawa, 15-05-2024 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.575.4.2023.ŁB

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy
Społecznej im. Stanisława Broniewskiego „Orszy” Fundacji „Gniazdo Rodzinne”
w Warszawie (ul. Kilińskiego 10/12)**

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.

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

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.).

³ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

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 zaproponowanie 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 zidentyfikują 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

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. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2021 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.

⁹ Zob. art. 19 lit. b OPCAT.

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, osoba odwiedzająca) 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 22–25 sierpnia 2023 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej im. Stanisława Broniewskiego „Orszy”, Fundacji „Gniazdo Rodzinne”, mieszczącego się przy ul. Kilińskiego 10/12 w Warszawie (dalej: placówka, DPS).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Magdalena Dziedzic, Michał Żłobecki, Łukasz Bębenista (prawnicy).

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, nieludzkim 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, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania placówki, przekazanych przez Panią Magdaleną Kośmicką-Matras – Dyrektor DPS;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkańców placówki, w tym m.in.: pokoi mieszkalnych, sanitariatów, świetlicy, jadalni, kaplicy, pokoi, w których prowadzona jest rehabilitacja, jak również terenu zewnętrznego;
- przeprowadzeniu rozmów indywidualnych z mieszkańcami i pracownikami placówki, bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji;
- wykonaniu dokumentacji fotograficznej.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali Dyrektora placówki o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali jej 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 jedynie te obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania. Raport zawiera również odniesienia do problemów o charakterze systemowym, związanych z koniecznością zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Wizytowany DPS przeznaczony jest dla 40 kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych. Podmiotem prowadzącym placówkę jest Fundacja „Gniazdo Rodzinne”.

W czasie wizytacji w placówce przebywało 44 mieszkańców (zob. też pkt 6.1 raportu).

5. Problemy systemowe

5.1. Niestandardowe formy opieki

W DPS stosuje się niestandardowe formy opieki nad mieszkańcami w postaci pasów do pionizacji mieszkańca przy wózkach. Wizytatorzy uzyskali informacje, z których wynika, że opiekunki mogą decydować o stosowaniu pasów (bez zlecenia lekarskiego), co jest ostatecznie zatwierdzane przez Dyrektora – w świetle uzyskanych informacji dotychczas nie zaistniała sytuacja, w której Dyrektor nie zatwierdziła zastosowania pasów.

Stosowanie sprzętu zabezpieczającego, o którym mowa, nie było odnotowywane w dokumentacji. Kierownictwo placówki nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych w tym zakresie. Zidentyfikowane w tym obszarze przez przedstawicieli KMPT braki stanowią realne zagrożenie w zakresie ewentualnych nadużyć w stosowaniu tego typu form opieki.

Powyższa sytuacja obrazuje istnienie systemowego problemu 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.¹⁰, 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 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

¹⁰ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.KK.

zakładów opiekuńczo-leczniczych procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki¹¹.

Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (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 barierki z jednej lub obu stron łóżka w nocy)¹² czy też „środków ograniczających ruch”, które obejmowały między innymi uniemożliwienie podopiecznemu opuszczenie oddziału przez zablokowanie wyjścia za pomocą kodu czy też przypięcie mieszkańców do wózka inwalidzkiego za pomocą pasów bezpieczeństwa oraz montaż szyn po bokach łóżka¹³. 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 drzwi¹⁴. 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 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 niej¹⁵. CPT podkreślił ponadto, aby za każdym razem, gdy środki ograniczające poruszanie się są stosowane bez ważnej zgody danego mieszkańca, były one zlecane lub zatwierdzane przez lekarza po indywidualnej ocenie rezydenta¹⁶. Należy mieć także na uwadze standardy międzynarodowe wskazujące na konieczność używania wyłącznie sprzętu specjalnie zaprojektowanego w celu ograniczenia szkodliwych skutków (najlepiej wyściełanych

¹¹ 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.

¹² Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174.

¹³ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80.

¹⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

¹⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 82.

¹⁶ Tamże.

pasów z tkaniny), aby zminimalizować ryzyko odniesienia obrażeń i/lub cierpienia pacjenta¹⁷.

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 związane z taką formą opieki, **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 mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujedynolnić 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 (obtarcia, skaleczenia, upadki itp.).

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

¹⁷ 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].

5.2. Monitoring wizyjny

W wizytowanym DPS monitoring wizyjny obejmuje: wejście do placówki, korytarze w piwnicy, na parterze i pierwszym piętrze, świetlicę, klatki schodowe, teren wokół budynku. Obraz zarejestrowany za pomocą urządzeń monitoringu podlega zniszczeniu po upływie 3 miesięcy od zarejestrowania.

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 Obywatelskich¹⁸. Z jednej strony monitoring służy bowiem poprawie bezpieczeństwa samych pensjonariuszy. 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 Ministra 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 gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu¹⁹. Brak przepisów regulujących tę materię prowadzi do wniosku, że obecnie instalowanie monitoringu w domach pomocy społecznej może naruszać przepisy Konstytucji. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.²⁰ Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Legalność pobytu

¹⁸ 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.

¹⁹ Zob. Wystąpienie RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

²⁰ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

Dom Pomocy Społecznej przeznaczony jest (w świetle zezwolenia) dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych w liczbie maksymalnie 40 (kobiet i mężczyzn).

Z informacji uzyskanej od Dyrektora DPS wynikało, że w dniu 23 sierpnia 2023 r. w placówce przebywało 40 mieszkańców (35 kobiet i 5 mężczyzn), a w dniu 24 sierpnia – 39 mieszkańców (34 kobiety i 5 mężczyzn).

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT ustalili, że dodatkowe 4 osoby nieujęte w okazanej liście mieszkańców są zakwaterowane w odrębnym budynku. Tym samym faktyczna liczba podopiecznych wynosiła 44 osoby, co wykraczało poza limit miejsc wskazany w zezwoleniu Wojewody Mazowieckiego.

Analiza wpisów w książce raportów pielęgniarstwa pozwoliła ujawnić różny stan liczbowy mieszkańców wizytowanego DPS-u. Wizytatorzy napotkali wpisy w brzmieniu: „Raport nocny z dnia 26/27.03.2023 Stan ogólny – 44”, „raport z dyżuru nocnego z dnia 27/28.03.2023 Stan ogólny – 44. Szpital – 1”, „raport nocny z dnia 02/03-04-2023-stan ogólny-44 Szpital – (1)”, „raport z dyżuru dziennego 05.04.2023. stan: 44 osoby”, „raport z dyżuru nocnego z dnia 13/14.04.2023 Stan 45 [liczba 45 przeprowadzona na liczbę 44]”, „raport z dyżuru nocnego z dnia 15/16.04.2023 stan ogólny – 43”, „raport z dyżuru dziennego z dnia 16.04.2023 Stan ogólny – 43”.

Co więcej, w trakcie przeglądania książki raportów pielęgniarstwa przedstawiciele KMPT natrafili na pozostawioną między jej kartami odrębną notatkę (opatrzoną datą 22.08.23), mającą charakter instrukcji skierowanej przez niewiadomą osobę (brak podpisu, parafy) do pozostałych pracowników DPS, zawierającej przekaz w brzmieniu: „Mamy niespodziewaną kontrolę w DPS. Proszę pamiętać gdyby pytali to stan oddziału wg umowy jest 40 osób”.

Krajowy Mechanizm Stanowczo zaleca podjęcie działań ukierunkowanych na dostosowanie liczby pensjonariuszy faktycznie zamieszkujących placówkę do stanu zgodnego z treścią zezwolenia wydanego przez Wojewodę Mazowieckiego.

6.2. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń

Opiekę medyczną nad mieszkankami sprawuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który obecny jest w placówce raz w tygodniu. Opieka psychiatryczna świadczona jest doraźnie (lekarz prywatny). Wizyty u lekarzy specjalistów są umawiane przez pielęgniarki.

Osoby nowo przyjmowane do placówki nie są profilaktycznie badane przez lekarza, co pozwoliłoby na ocenę ogólnego stanu zdrowia i wykrycie i udokumentowanie fizycznych i psychicznych śladów niewłaściwego traktowania.

W placówce nie ma opracowanej procedury, która wskazywałaby na sposób postępowania w przypadku wykrycia oznak przemocy wobec podopiecznego. Personelowi nie jest również znany Protokół stambulski, czyli Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania²¹. Nie są zapewnione personelowi szkolenia w tym obszarze.

Krajowy Mechanizm podkreśla, że sprawdzoną gwarancją zapobiegania torturom jest przeprowadzanie badań medycznych wszystkich mieszkańców DPS, w szczególności w trakcie przyjęcia do placówki. Dokładne i wczesne dokumentowanie i następnie zgłaszanie ujawnionych urazów znacznie ułatwia zbadanie przypadków ewentualnego złego traktowania i pociągnięcie sprawców do odpowiedzialności karnej, co z kolei będzie stanowiło silny środek odstrasżający od popełnienia w przyszłości tego typu czynów.

CPT rekomenduje, aby wstępne badania przeprowadzane były bez zbędnej zwłoki, najlepiej w ciągu 24 godzin od przyjęcia. Dokumentacja z takiego badania powinna zawierać: obiektywny i dokładny opis stanu mieszkańca, w szczególności wszelkich urazów, wyniki dodatkowych badań, szczegółowe wnioski wynikające ze specjalistycznych konsultacji, proponowany sposób leczenia w przypadku ujawnienia urazów, a także wskazania do dalszej pracy z osobą²².

W raporcie pielęgniarzkim z przełomu lipca i sierpnia 2023 r. odnotowano opisowo upadek mieszkańca placówki z łóżka i rozległe obrażenia.

W ocenie KMPT w celu dokładnego rejestrowania obrażeń i urazów należy stosować specjalny formularz, zawierający rysunki anatomiczne ciała człowieka do oznaczenia umiejscowienia obrażeń (tzw. mapy ciała). Taki formularz powinien być

²¹ Dokument w języku polskim jest dostępny pod adresem: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/protokol_stambulski_fin.pdf. W lipcu 2022 r. Protokół stambulski został zaktualizowany. Najnowsza wersja w języku angielskim jest dostępna pod adresem: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>.

²² Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2013) 29, § 71-84.

przechowywany w dokumentacji medycznej mieszkańca. W przypadku poważniejszych obrażeń zalecane jest robienie zdjęć i włączanie ich do dokumentacji medycznej²³.

Zarówno same mapy ciała, jak i informacje, jak w sposób praktyczny z nich korzystać, znajdują się w Protokole stambulskim²⁴. W dokumencie tym znajdują się, skierowane do lekarzy i psychologów, informacje pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą złego traktowania, oraz wskazówki, jak należy zgłaszać takie przypadki sądom lub organom śledczym, a także w jaki sposób skutecznie je dokumentować. Dodatkowo, wykorzystując w codziennej pracy mapy ciała, w łatwy sposób można oznaczyć np. odleżyny czy inne zmiany skórne. To niezwykle ważne, szczególnie w przypadku pierwszego badania przy przyjęciu do placówki, a także przed jej opuszczeniem lub po powrocie z dłuższej nieobecności, np. z hospitalizacji. Prawidłowa dokumentacja tego typu obrażeń pozwoliłaby jednoznacznie wskazać, w której placówce doprowadzono do powstania odleżyn.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)²⁵, Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)²⁶, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur²⁷ i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)²⁸.

KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane są za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą te osoby przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały w czasie pobytu w placówce.

²³ Zob. Standardy CPT przedstawione w Dwudziestym Trzecim Raporcie Generalnym, CPT/Inf (2013) 29, § 74 oraz Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, § 27, 80.

²⁴ Zob. Protokół stambulski, Aneks III pt. Rysunki anatomiczne do dokumentacji tortur i okrutnego traktowania.

²⁵ Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, § 27-28.

²⁶ 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, § 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, § 55.

²⁷ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

²⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, § 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, § 80.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca profilaktyczne badanie przez lekarza wszystkich osób przyjmowanych do placówki w możliwie najkrótszym terminie od dnia przyjęcia oraz stosowanie map ciała i dołączanie ich do indywidualnej dokumentacji medycznej mieszkańców.

Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji wynika, iż zdarzają się przypadki, kiedy niektórym pensjonariuszom podawane są leki w formie rozkruszonej i ukrytej w pokarmie, bez ich wiedzy (praktyka kruszenia leków za pomocą moździerza i podawania ich z tzw. miksem, budyniem, miksowaną zupą, z sokiem). W przeanalizowanej, wybranej dokumentacji medycznej brakowało pisemnych zleceń lekarskich na podawanie leków we wspomnianej postaci (personel wspominał o zaleceniach ustnych). Ponadto w sporządzonej na odrębnej kartce papieru notatce (opatrzonej datą 22.08.23.) mającej – jak się wydaje – charakter instrukcji niewiadomej osoby (brak podpisu, parafy) skierowanej do pozostałych pracowników DPS, na którą natrafili przedstawiciele KMPT w trakcie przeglądania książki raportów pielęgniarskich, sformułowano przekaz w brzmieniu „Mamy niespodziewaną kontrolę w DPS. Proszę pamiętać gdyby pytali (...). Leki jeśli mieszkaniec odmawia przyjąć podajemy z sokiem lub mixem”.

Z informacji uzyskanych przez wizytatorów wynika, że zdarzają się sytuacje podawania leków przymusowo (przytrzymanie lub podanie hydroksyzyny w celu uspokojenia mieszkańca przed podaniem leku).

Krajowy Mechanizm podkreśla, że każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana.

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. W takich sytuacjach jednak podanie leku ma miejsce przy pełnej świadomości pacjenta oraz nie odbywa się w sposób wykluczający jego wolę. Fakt zlecenia takiej formy podawania leków powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej z podaniem przyczyny oraz wynikać ze zlecenia lekarskiego.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że w 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur pozyskał opinię prof. dr. hab. Jacka Wciórki z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w której podkreślono, że podanie leku w formie rozkruszonej powinno być traktowane jako ostateczność. Rozkruszanie lekarstw nie daje bowiem

nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwiobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku.

Także Polskie Towarzystwo Psychiatryczne pismem z dnia 1 lutego 2017 r. poinformowało, że rozdrabnianie leków stanowić może działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

Krajowy Mechanizm zaleca podawanie mieszkańcom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, i odnotowywanie takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej.

6.3. Bezpieczeństwo mieszkańców

W trakcie wizytacji dokonano sprawdzenia działania instalacji przywoławczej oraz reakcji personelu. W jednym z pokoi – pomimo naciśnięcia przycisku przywoławczego – nie pojawił się nikt z personelu. Wizytatorzy udali się niezwłocznie do pokoju pielęgniarskiego. Jedna z pielęgniarek zaprzeczyła, jakoby odebrała jakikolwiek sygnał z tej instalacji. Pielęgniarka, poproszona przez przedstawicieli KMPT o zareagowanie na zaistniały problem, udała się do wskazanego pokoju. Okazało się, że przewód niezbędny do właściwego działania instalacji był odłączony.

Ponadto wizytatorzy zauważyli, że przycisk sygnalizacji przyzywowej jest usytuowany za wysoko i nie jest dostępny dla osoby potrzebującej z niego skorzystać z pozycji łóżka, co jest równoznaczne z tym, że znajduje się poza zasięgiem takiej osoby i nie spełnia zakładanej funkcji.

Wyposażenie budynku w system przyzywowo-alarmowy stanowi jeden z warunków, które muszą być spełnione przez dom pomocy społecznej²⁹. Nie ulega wątpliwości, że system przyzywowo-alarmowy powinien zostać zainstalowany w taki sposób, aby umożliwiał każdemu mieszkańcowi dostęp do włącznika takiego systemu (przycisków przywoławczych). Liczba włączników systemu powinna odpowiadać liczbie łóżek i umożliwiać z każdego łóżka swobodny dostęp do włącznika. Instalacja przywoławcza powinna być zawsze sprawna i łatwo dostępna dla każdego z mieszkańców.

²⁹ Zob. § 6 ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 734; dalej: rozporządzenie)

KMPT rekomenduje zapewnienie mieszkańcom swobodnego dostępu do sprawnie działającej sygnalizacji przyzywowo-alarmowej.

6.4. Kontakt ze światem zewnętrznym

Wyjścia mieszkańców poza teren DPS są odnotowywane w zeszycie wyjść mieszkańca. Z informacji uzyskanych przez wizytatorów wynika, że osobom cierpiącym na demencję nie umożliwia się samodzielnego opuszczania placówki. Osoby z problemami z pamięcią są przekonywane przez personel, ażeby zrezygnowały ze spaceru albo żeby poczekały na przybycie kogoś z rodziny.

Przedstawiciele KMPT mają świadomość, iż w niektórych przypadkach, ze względu na bezpieczeństwo samych pensjonariuszy, wprowadzenie ograniczeń w samodzielnym opuszczaniu terenu placówki opiekuńczej jest niezbędne, zwłaszcza w przypadku osób ze stwierdzoną demencją. Należy jednak pamiętać, że ograniczenia w tym zakresie powinny być wprowadzane wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a nie w sposób nieformalny.

Krajowy Mechanizm sygnalizuje, że w art. 55 ust. 2b-2i ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej³⁰ określono zasady ewentualnego ograniczania samodzielnymi wyjść przez mieszkańców DPS. Wynika z nich m.in., że w przypadku gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu mieszkańca domu będącego osobą z zaburzeniami psychicznymi, dyrektor lub kierownik tego domu może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tego mieszkańca terenu domu pomocy społecznej na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.

W przepisach określono również, że tego rodzaju ograniczenie powinno zostać sporządzone w formie pisemnej i powinno zawierać:

- wskazanie osoby, której to ograniczenie dotyczy,
- okresu, na jaki jest wydane,
- uzasadnienie ograniczenia,
- pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego.

³⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm. (dalej: ustawa o pomocy społecznej)

Ponadto ograniczenie doręcza się mieszkańcowi domu, a gdy jest on osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie, również jego przedstawicielowi ustawowemu. Doręczając ograniczenie, dyrektor lub kierownik domu pomocy społecznej poucza mieszkańca domu o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia. Dodatkowo informację o ograniczeniu dyrektor lub kierownik domu pomocy społecznej przesyła do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten dom, w terminie 3 dni od dnia doręczenia ograniczenia mieszkańcowi. Należy także pamiętać, że mieszkańiec domu, w tym również mieszkaniec ubezwłasnowolniony, jego przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nim faktyczną opiekę mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się dom pomocy społecznej, z wnioskiem o uchylenie ograniczenia.

Ze względu na fakt, iż w trakcie wizytacji w dokumentacji mieszkańców nie znajdowały się wspomniane zaświadczenia, **KMPT zaleca uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie wskazane w art. 55 ust. 2b-2i ustawy o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu normatywnego oraz przekazanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.**

6.5. Aktywizacja mieszkańców i oddziaływania terapeutyczne

W placówce występuje problem braku aktywizacji niektórych leżących mieszkańców. Nie są oni odwiedzani przez nikogo (z wyjątkiem kapłana i opiekunki), nie mają zapewnionej rehabilitacji i ćwiczeń fizycznych, nie uczestniczą też w terapii zajęciowej. Jeden z rozmówców z sentymentem opowiedział o czasach, gdy grał w karty. Negatywnie wpływa to na psychikę mieszkańców. W ocenie KMPT aktywizacja mieszkańców leżących nie może ograniczać się do czytania prasy i oglądania telewizji.

Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających (art. 55 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej). Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności (art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej). Dom pomocy społecznej, niezależnie od typu, świadczy usługi wspomagające, polegające na

podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu (§ 5 ust. 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia).

KMPT rekomenduje wdrożenie programów aktywizacji mieszkańców leżących i zapewnienie takim pensjonariuszom stosownej terapii zajęciowej oraz odpowiednich usług rehabilitacyjnych.

6.6. Traktowanie

Jeden z wizytatorów był świadkiem sytuacji, w której jedna z mieszanek DPS zgłaszała członkini personelu placówki konieczność udania się do toalety i prosiła ją o pomoc w dotarciu do ubikacji. Pensjonariuszka usłyszała w odpowiedzi, żeby swoją potrzebę zrealizowała do pieluchy („pampersa”).

Wizytatorzy odebrali też od niektórych pensjonariuszy sygnały niezadowolenia z opieki i obsługi. Według uzyskanych informacji zdarzają się przypadki, że personel przynosi osobom leżącym posiłek (śniadanie), a talerze są sprzątane dopiero po kolacji. W świetle innej relacji, miała miejsce sytuacja, w której o okrycie osoby leżącej niebędącej w stanie samej się okryć zadbała inna pensjonariuszka, gdyż w pobliżu nie było nikogo z personelu.

KMPT zaleca systematyczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania podopiecznych z poszanowaniem ich godności i szacunkiem.

6.7. Szkolenia personelu

W latach 2020-2022 personel wziął udział w łącznie 24 szkoleniach (zarówno w formie stacjonarnej, jak i online). Dotyczyły one m.in. zasad stosowania środków przymusu bezpośredniego. Pracownicy nie uczestniczyli natomiast w szkoleniach w 2023 r. (stan na dzień wizytacji).

Krajowy Mechanizm rekomenduje poszerzenie szkoleń pracowników o zagadnienia dotyczące: humanitarnego traktowania mieszkańców oraz ochrony praw człowieka, deeskalacji konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych, praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego.

Szkolenie personelu również jest bowiem mechanizmem zapobiegania torturom.

CPT podkreślił, że z uwagi na trudny charakter pracy, personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki³¹. Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy³².

Osoby zatrudnione w DPS mają zapewnioną superwizję, ale jest ona prowadzona przez psychologa stale współpracującego z placówką.

Superwizja pozwala na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu.

W ocenie KMPT 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 wpłynęłoby pozytywnie również na mieszkańców DPS. Jednak, ażeby superwizja mogła spełniać swoją rolę, musi być prowadzona przez zewnętrznego superwizora, który jest w stanie obiektywnie ocenić problemy przedstawione przez pracowników DPS.

Należy bowiem pamiętać, że superwizor zatrudniony w placówce (niezależnie od formy „zatrudnienia” – umowa zlecenia, umowa o pracę), sam występując w stosunku zależności, nie będzie w stanie zapewnić wystarczającej swobody i poczucia anonimowości, które są konieczne dla prowadzenia skutecznych oddziaływań. Aktualnie standard ten nie jest spełniony.

Krajowy Mechanizm zaleca objęcie personelu superwizją prowadzoną przez zewnętrznego eksperta.

6.8. Higiena i warunki bytowe

³¹ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, § 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, § 149.

³² Zob. art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 lutego 2014 r.

W placówce nie ma specjalnych łóżek do mycia osób leżących, zamiast tego praktykowana jest toaleta przyłóżkowa. Wizytujący odnotowali nieprzyjemny zapach w pokojach niektórych osób leżących. Budzi to obawy, czy podopieczni są właściwie zadbane higienicznie i mają zapewniony odpowiedni dostęp świeżego powietrza.

Wizytujący odebrali też sygnały dotyczące obawy spadnięcia z łóżka, które są zbyt wysokie dla niektórych mieszkańców. Niektórzy mieszkańcy narzekali też na niewygodne materace.

Ogląd placówki ujawnił, że w niektórych łazienkach znajdują się stosunkowo wysokie brodziki, co może utrudniać mieszkańcowi realizowanie czynności związanych z koniecznością utrzymania higieny osobistej. Ponadto w jednej z łazienek wizytatorzy dostrzegli ślady wilgoci.

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie domów pomocy społecznej – dom pomocy społecznej uznaje się za spełniający warunki, jeżeli pomieszczenia domu są czyste, estetyczne i wolne od nieprzyjemnych zapachów³³.

CPT wskazuje, iż standardy stosowane w placówkach opieki powinny przede wszystkim wpływać na zaspokajanie podstawowych potrzeb mieszkańców w zakresie powierzchni mieszkalnej oraz odpowiedniego ogrzewania, wentylacji, dostępu do światła naturalnego i sztucznego, a także odpowiedniego poziomu higieny³⁴.

KMPT rekomenduje:

- **zapewnienie mieszkańcom pomocy w utrzymaniu higieny osobistej, dostępu do świeżego powietrza oraz odpowiednie wietrzenie pomieszczeń;**
- **zapewnienie mieszkańcom wygodnych materacy;**
- **zapewnienie sprawnie działającej wentylacji w łazienkach oraz usunięcie śladów wilgoci;**
- **likwidację wysokich brodzików w łazienkach.**

³³ Zob. § 6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 734).

³⁴ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41; § 7.

W trakcie wizytacji przeprowadzany był remont jednej z łazienek. **Krajowy Mechanizm zwraca się z pytaniem o to, czy remont, o którym mowa, został zakończony.**

6.9. Prawo do informacji

Na tablicach informacyjnych zostały wyeksponowane dane teleadresowe: Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Wizytujący zauważyli, że na tablicach informacyjnych znajdują się nieaktualne dane teleadresowe Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. **KMPT rekomenduje uaktualnienie danych Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka oraz weryfikowanie na bieżąco aktualności danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka.**

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca Dyrektor Domu Pomocy Społecznej im. Stanisława Broniewskiego „Orszy” w Warszawie:

1. Systematyczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania podopiecznych z szacunkiem i poszanowaniem ich godności;
2. Podjęcie niezwłocznych działań ukierunkowanych na dostosowanie liczby pensjonariuszy faktycznie zamieszkujących placówkę do stanu zgodnego z treścią zezwolenia wydanego przez Wojewodę Mazowieckiego;
3. Profilaktyczne badanie przez lekarza wszystkich osób przyjmowanych do placówki w możliwie najkrótszym terminie od dnia przyjęcia;
4. Dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą map ciała i zdjęć oraz dołączanie ich do indywidualnej dokumentacji medycznej mieszkańców;
5. Podawanie mieszkańcom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, i odnotowywanie takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej;
6. Uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie

wskazane w art. 55 ust. 2b-2i ustawy o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu normatywnego oraz przekazanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;

7. Wdrożenie programów aktywizacji mieszkańców leżących i zapewnienie takim pensjonariuszom stosownej terapii zajęciowej oraz odpowiednich usług rehabilitacyjnych;

8. Zapewnienie mieszkańcom swobodnego dostępu do sprawnie działającej sygnalizacji przyzywowo-alarmowej;

9. Zapewnienie mieszkańcom pomocy w utrzymaniu higieny osobistej, dostępu do świeżego powietrza oraz odpowiednie wietrzenie pomieszczeń;

10. Zapewnienie mieszkańcom wygodnych materacy;

11. Zapewnienie sprawnie działającej wentylacji w łazienkach oraz usunięcie śladów wilgoci;

12. Likwidację wysokich brodzików w łazienkach;

13. Poszerzenie szkoleń pracowników o zagadnienia dotyczące: humanitarnego traktowania mieszkańców oraz ochrony praw człowieka, deeskalacji konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku, komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-mieszkaniec, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych, praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego;

14. Zapewnienie pracownikom regularnej superwizji, prowadzonej przez zewnętrznego specjalistę;

15. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;

16. Stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;

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

18. Uaktualnienie danych Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka oraz weryfikowanie na bieżąco aktualności danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka.

Ponadto Krajowy Mechanizm zwraca się o poinformowanie, czy remont jednej z łazienek (pkt 6.8 raportu) został już zakończony.

Sporządził: Łukasz Bębenista

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/