



Warszawa, 26-11-2024 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.575.5.2024.KK

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

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. 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.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.

3. 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

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 Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

³ Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264).

organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. 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”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, 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 wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁰.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiegokolwiek sankcji

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ 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 2022 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 6. Zob. 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, Nowy Jork I Genewa 2018, s. 4-6.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

lub uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniu 14–15 maja 2024 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej w Bożenkowie, znajdującego się pod adresem: ul. Nadrzeczna 1, 86-031 Osielsko.

10. W skład zespołu wizytującego wchodziło: Klaudia Kamińska (prawnik), Katarzyna Kopystyńska (zastępczyni dyrektora KMPT, pedagog resocjalizacyjny), Oliwia Rybczyńska-Gryguc (prawnik).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z dyrektorką DPS, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu zewnętrznego oraz przeprowadzili poufne rozmowy z personelem oraz mieszkańcami.

12. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez placówkę dokumentacji oraz informacji pisemnych.

13. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt IV), oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

III. Charakterystyka placówki

14. Dom Pomocy Społecznej w Bożenkowie jest miejscem stałego pobytu dla 70 mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie.

15. W trakcie wizytacji w placówce przebywało 70 osób, w tym 50 mieszkańców było ubezwłasnowolnionych całkowicie, 2 mieszkańców było ubezwłasnowolnionych częściowo, 1 osoba została przyjęta do DPS na podstawie postanowienia sądu.

IV. Problemy systemowe

16. W placówce pracownicy stosowali wobec mieszkańców stroje zapinane z tyłu (tzw. pajace), mające chronić otoczenie przed zabrudzeniem ekskrementami. Ponadto używano skarpetek zakładanych na ręce (w celu ochrony przed podrapaniem) oraz wózków ortopedycznych, wyposażonych w pasy stabilizujące (w celu ochrony przed upadkiem).

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

17. O stosowaniu w/w metod decydował personel, nie lekarz. Stosowanie powyższego sprzętu zabezpieczającego nie było odnotowywane w dokumentacji. Kierownictwo placówki nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych w tej mierze. Zidentyfikowane w tym zakresie przez KMPT braki powodują ryzyko nadużyć w stosowaniu tego typu form opieki.

18. Powyższa sytuacja może obrazować istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki.

19. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹³, w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym. Na powyższą kwestię zwrócił uwagę także Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)¹⁴.

20. 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 zaleca:**

(1) Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami 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 mieszkańca 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

¹³ Zob. Wystąpienie generalne RPO z dnia 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

¹⁴ Zob. Raporty CPT z wizyt: we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174; w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80; w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

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.

21. Wśród pracowników placówki były osoby, które równocześnie pełniły funkcję opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej. Kwestia ta od lat budzi wątpliwości przedstawicieli KMPT¹⁵.

22. Z jednej strony takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkańców, którzy dzięki tej praktyce mają stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym. Warto jednak zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce 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.

23. Na problem ten zwracał również uwagę 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 opiekunów¹⁶.

¹⁵ Raport tematyczny KMPT pt. „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, Warszawa 2017, s. 75-78.

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

V. Obszary wymagające poprawy

A. Traktowanie

24. Z uzyskanych informacji wynikało, że mieszkańcy są, co do zasady, właściwie traktowani przez personel DPS. Niemniej jednak pojawiły się sygnały mówiące o tym, że personel stosuje w stosunku do mieszkańców kary, np. w postaci zabrania telefonu komórkowego, laptopa, zakazu palenia papierosów czy konieczności przebywania na świetlicy za niewłaściwe zachowanie (np. oddalenie się z placówki).

25. Krajowy Mechanizm pragnie zauważyć, że w aktualnym stanie prawnym brakuje regulacji, na mocy których pracownicy domów pomocy społecznej uprawnieni byłiby do nakładania jakichkolwiek kar wobec mieszkańców. Ponadto taka praktyka jest zastraszająca i tworzy opresyjne środowisko życia pensjonariuszy.

26. Ponadto CPT podkreśla, że w instytucjach opieki społecznej niedopuszczalne są praktyki polegające na utrzymywaniu dyscypliny i posłuszeństwa mieszkańców przez stosowanie surowych reżimów i gróźb nakładania kar¹⁷.

27. **Krajowy Mechanizm zaleca wyeliminowanie praktyki dyscyplinowania mieszkańców za pomocą stosowania kar i gróźb ich użycia.**

B. Opieka medyczna

28. Nowo przyjmowani mieszkańcy – najszybciej jak to możliwe – poddawani są badaniu przez lekarza oraz pielęgniarkę. Ewentualne obrażenia opisywane są w raporcie pielęgniarskim. W placówce nie używa się specjalnych formularzy do oznaczania obrażeń, zawierających mapy ciała do umiejscowienia urazów.

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

30. **KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń mieszkańca za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca.**

31. Krajowy Mechanizm pragnie też zaznaczyć, że dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar

¹⁷ Zob. Publiczne oświadczenie CPT dotyczące Bułgarii z 2021 r., CPT/Inf (2021) 26, § 6.

obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

32. Krajowy Mechanizm rekomenduje również przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego¹⁸ oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.

33. Publikacja ta pozostaje nieznaną pracownikom, mimo że odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur. Znajomość Protokołu stambulskiego pomoże pracownikom w wykrywaniu i dokumentowaniu przypadków poniżającego traktowania, co wzmocni ich potencjał zawodowy. Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomenduje Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom¹⁹.

34. Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani, że jedna osoba przyjmuje leki w formie rozkruszonej i że decyduje o tym pielęgniarka.

35. Krajowy Mechanizm nie zgłasza zastrzeżeń w sytuacji, gdy podawany lek jest rozkruszany z tego powodu, że pacjent nie jest w stanie lub ma problem z połknięciem leku. Takie zalecenie powinno jednak zostać odnotowane w dokumentacji medycznej, z podaniem przyczyny, oraz pochodzić od lekarza.

36. KMPT zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji pacjentów o zalecenia lekarzy dotyczące podawania danych leków w formie rozkruszonej. Ponadto każda taka sytuacja musi zostać skonsultowana z lekarzem.

C. Dokumentacja prowadzona w placówce

37. Zastrzeżenia wizytujących wzbudziła przyjęta w placówce praktyka odbierania od opiekunów prawnych zgód na przyszłość dotyczących podejmowania wszelkich działań medycznych zmierzających do poprawy stanu zdrowia.

38. Sytuacja taka jest niezgodna z uregulowaniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁰, zgodnie z którymi lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1).

39. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem

¹⁸ Podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zaktualizowana wersja dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejne>.

¹⁹ Zob. Raporty SPT z wizyt: w Peru, CAT/OP/PER/1, § 20; w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, § 46-48; w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

²⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.

wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby (art. 32 ust. 4).

40. 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 przez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania pacjenta proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.

41. Biorąc pod uwagę powyższe, **Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca dostosowanie procedury odbierania zgód na świadczenia z zakresu opieki medycznej od przedstawicieli ustawowych mieszkańców do obowiązujących w tej mierze przepisów prawa.**

D. Stosowanie przymusu bezpośredniego

42. Z uzyskanych informacji wynika, że stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia odbywa się w pokojach mieszkańców, przy czym nie są stosowane żadne parawany zapewniające poczucie intymności osoby unieruchamianej.

43. Zgodnie z art. 18d ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²¹ (dalej: u.o.z.p.) osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym (ust. 1). W braku takiej możliwości osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych (ust. 2).

44. Ponadto pamiętać należy, że ustawa wymaga, by stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontrolowała pielęgniarka, nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby (art. 18a ust. 3 u.o.z.p.). Ocena ta obejmuje informacje dotyczące zachowania, w tym przyjęcia posiłku oraz płynu, snu, a także parametrów wskazanych do oceny na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych²².

45. KMPT jest zdania, że wszelkie czynności dokonywane wobec pensjonariusza powinny odbywać się z poszanowaniem zasady humanitaryzmu, godności i prywatności, a także mieć na względzie zdrowie tej osoby. Praktyka stosowania unieruchomienia w obecności innych mieszkańców nie sprzyja ochronie

²¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 91.

²² Zob. § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 2459 ze zm.).

prywatności, jest upokarzająca, a w razie braku stałego nadzoru nad mieszkańcem lub przy osłabionym nadzorze może być dla niego niebezpieczna.

46. CPT podkreśla, że „pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu”²³.

47. Mając to na uwadze, **KMPT rekomenduje zorganizowanie pokoju przeznaczanego do stosowania przymusu bezpośredniego w warunkach intymności. W razie braku takiej możliwości zaleca się każdorazowe stosowanie parawanu.**

E. Prawo do informacji

48. Jak wynika z analizy dokumentacji, każdy z mieszkańców w trakcie przyjmowania do DPS zapoznawany był z Regulaminem oraz prawami i obowiązkami wynikającymi z pobytu w Domu. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych wszelkie oświadczenia podpisywane były jedynie przez opiekunów prawnych.

49. Przedstawiciele KMPT stoją na stanowisku, że o ile jest to możliwe, tj. nie stoją temu na przeszkodzie ważne względy zdrowotne wykluczające możliwość zrozumienia treści materiału, podpisy pod oświadczeniami tego typu powinni składać przede wszystkim sami zainteresowani.

50. Opiekun prawny wyznaczony jest bowiem do pomocy osobie ubezwłasnowolnionej, a nie do wypowiedania się za mieszkańca, zwłaszcza w sprawach, w których jedynie on może zająć stanowisko (np. oświadczyć, czy faktycznie zapoznał się ze swoimi prawami i obowiązkami).

51. Przyjęcie praktyki odbierania podpisów od ubezwłasnowolnionych mieszkańców stanowiłoby, w ocenie przedstawicieli KMPT, gwarancję, że konsekwencje wynikające z treści podpisywanych pouczeń, zgód i innych oświadczeń woli byłyby znane nie tylko opiekunom prawnym osób ubezwłasnowolnionych, lecz przede wszystkim im samym.

52. **KMPT zaleca zapoznawanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbierania od nich podpisów pod treścią oświadczeń.**

F. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

²³ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf(2017)6, pkt 3.5.

53. W placówce obowiązuje procedura nr 14 dot. samodzielnego wyjścia lub wyjazdu oraz urlopowania Mieszkańca Domu Pomocy Społecznej w Bożenkowie. Zgodnie z w/w procedurą: „Mieszkaniec nieubezważnowolniony, który zamierza samodzielnie wyjść lub wyjechać poza placówkę musi uzyskać pisemną akceptację Kierownika Działu Terapeutyczno-Opiekuńczego lub Dyrektora Domu” (pkt 2 procedury).

54. Jeżeli chodzi o mieszkańców ubezważnowolnionych, decyzję o wyjściu/wyjeździe podejmuje jego opiekun prawny (pkt 3 procedury). Procedura określa również warunki uzyskania zgody na wyjście (pkt 4 procedury).

55. W opinii KMPT, w niektórych przypadkach, ze względu na bezpieczeństwo samych pensjonariuszy, tego typu ograniczenia są konieczne, np. gdy są to osoby ze stwierdzoną demencją. Należy jednak pamiętać, że ograniczenia w tym zakresie powinny być wprowadzane wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

56. Zgodnie bowiem z art. 55 ust. 2a–2i ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej²⁴ zasady ewentualnego ograniczania samodzielnych wyjść przez mieszkańców DPS nie mogą być kształtowane dowolnie. Dom pomocy społecznej może określić zasady zgłaszania przez mieszkańców domu personelowi tego domu wyjść poza jego teren, lecz nie warunki uzyskania zgody na wyjście.

57. Natomiast 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.

58. 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.

59. Ponadto ograniczenie doręcza się mieszkańcowi domu, a gdy jest on osobą ubezważnowolnioną całkowicie – również jego przedstawicielowi ustawowemu. Informację o ograniczeniu dyrektor lub kierownik domu pomocy społecznej przesyła do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten dom, w terminie 3 dni

²⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.

od dnia doręczenia ograniczenia mieszkańcowi domu.

60. KMPT zaleca ograniczanie wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej.

G. Warunki bytowe

61. Zdaniem osób wizytujących placówka nie była w pełni dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością, w szczególności chodzi o łazienki (m.in. zbyt wysokie brodziki pod prysznicami).

62. W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb tej grupy osób należy wdrożyć następujące standardy dostępności:

- 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), ponadto 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 który nie przekracza 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 (tak aby skorzystała z niego również siedząca na wózku inwalidzkim osoba), a górna – sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić swobodę manewrowania wózkiem (przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że rozwiązania te powinny również dotyczyć umywalk 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 znajdować się na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi.

63. 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 pod terenie DPS oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów.

64. **KMPT rekomenduje poprawę dostępności placówki zgodnie z potrzebami osób z niepełnosprawnościami podczas najbliższych remontów i modernizacji.**

H. Personel

65. Zdaniem wizytujących osoby pracujące w placówce mają odpowiednie wykształcenie. Personel przechodził również szkolenia, m.in. z pierwszej pomocy przedmedycznej, stosowania środków przymusu bezpośredniego czy też dotyczące prowadzenia rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych. Niemniej jednak, z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, **KMPT rekomenduje zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu m.in.: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.**

66. **KMPT zaleca również rozważenie zorganizowania personelowi superwizji**, która pozwoliłaby na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. Superwizja powinna być prowadzona przez zewnętrznego eksperta.

67. Zgodnie ze standardami międzynarodowymi, 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 opieki²⁵.

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

I. Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej:

1. dokumentowanie obrażeń mieszkańca za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do ich umiejscowienia, który wraz ze zdjęciami obrażeń (wykonywanymi za zgodą podopiecznych) powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca;
2. przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych;
3. ograniczanie wyjść mieszkańców jedynie w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej;
4. zapoznavanie osób ubezwłasnowolnionych z ich prawami i odbieranie od nich podpisów pod treścią oświadczeń;
5. dostosowanie do obowiązujących przepisów prawa procedury odbierania zgód na świadczenia z zakresu opieki medycznej od przedstawicieli ustawowych mieszkańców;
6. stosowanie wobec mieszkańców niestandardowych form zabezpieczeń wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w pkt IV raportu;
7. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
8. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia niestandardowymi formami opieki, stosownie do uwag zawartych w pkt IV raportu;

²⁵ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 grudnia 2020 r., CPT/Inf (2020) 41, § 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, § 149.

9. zorganizowanie pokoju przeznaczanego do stosowania przymusu bezpośredniego w warunkach intymności; w razie braku takiej możliwości zaleca się każdorazowe stosowanie parawanu;
10. bieżące uzupełnianie dokumentacji pacjentów o zalecenia lekarzy dotyczące podawania konkretnych leków w formie rozkruszonej;
11. wyeliminowanie praktyki dyscyplinowania mieszkańców za pomocą stosowania kar i gróźb ich użycia;
12. zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu m.in.: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
13. rozważenie zorganizowania personelowi superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta;
14. poprawę dostępności placówki zgodnie z potrzebami osób z niepełnosprawnościami podczas najbliższych remontów i modernizacji.

II. Staroście Bydgoskiemu:

1. udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Opracowała: Klaudia Kamińska

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-podpisano elektronicznie/