

Warszawa, dnia 27 lipca 2018 r.

KMP.575.2.2018.JZ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur  
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej w Ciechanowie  
(wyciąg)**

**1. Wstęp**

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 24-25 maja 2018 r. do Domu Pomocy Społecznej w Ciechanowie przy ul. Kruczej 32 (zwanego dalej: DPS, Domem, placówką) udali się przedstawiciele Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (zwanego dalej: KMPT, Mechanizm) w składzie: Przemysław Kazimirski (zastępca dyrektora Zespołu KMP, prawnik), Tomasz Górecki (psycholog) oraz Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego).

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

W ramach wizytacji przeprowadzone czynności polegały na :

- rozmowie z Przemysławem Zadrożnym – dyrektorem placówki i Hanną Kędzierską – zastępcą dyrektora;

- oglądzie Domu, w tym m.in.: wybranych pokoi mieszkańców, sanitariatów, świetlicy, pracowni terapii zajęciowej, sali rehabilitacyjnej, jadalni, pomieszczenia do izolacji;
- rozmowach z mieszkańcami i personelem placówki,
- rozmowach indywidualnych z mieszkańcami w warunkach wyłączających obecność osób trzecich,
- przejrzaniu na miejscu dokumentacji dotyczącej mieszkańców m.in.: książek raportów pielęgniarских, losowo wybranych akt osobowych mieszkańców ubezwłasnowolnionych oraz umieszczonych decyzją sądu, rejestru przymusu bezpośredniego, zeszytu skarg i wniosków.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali dyrekcję Domu o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną oraz użyto dalmierza do pomiaru wybranych pomieszczeń.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe dokumenty oraz notatki związane z funkcjonowaniem placówki.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie mieszkańców przez personel placówki, kwalifikacje personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W niniejszym Raporcie opisano jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMPT wyróżniają placówkę na tle pozostałych oraz te, które wymagają poprawy. Raport zawiera także problemy wymagające zmian o charakterze systemowym.

## **2. Charakterystyka placówki**

Dom Pomocy Społecznej w Ciechanowie jest samodzielną jednostką organizacyjną podległą Staroście Ciechanowskiemu. Placówka posiada zezwolenie na czas nieokreślony na prowadzenie Domu wydane przez Wojewodę Mazowieckiego decyzją nr 4/2017 z dnia 12 stycznia 2007 r. (WPS.II.AG/9013/15/07).

Dom przeznaczony jest dla 180 osób przewlekle psychicznie chorych z miejscami wygasającymi dla osób przewlekle somatycznie chorych. W dniu wizytacji w DPS przebywało 78 kobiet i 102 mężczyzn, z czego 34 osoby są ubezwłasnowolnione (w tym 23

całkowicie i 11 częściowo), a 74 mieszkańców zostało umieszczonych w DPS postanowieniem sądu. Najmłodszy mieszkaniec ma 18 lat, najstarszy 92.

Pokoje mieszkalne (1,2 i 3- osobowe) rozmieszczone są na dwóch kondygnacjach w dwóch budynkach: A (wraz z jednokondygnacyjnym pawilonem B) oraz C. Budynki są otoczone kilkuhektarowym parkiem.

### **3. Mocne strony i dobre praktyki**

#### **3.1. Zatrudnienie psychologa**

Za niezmiernie cenne należy uznać zatrudnienie na pełen etat psychologa. Obowiązujące przepisy nie zobowiązują dyrektorów do ich zatrudniania, a jedynie do zapewnienia kontaktu z psychologiem. Tymczasem do domów pomocy społecznej często trafiają osoby ze środowisk zaniedbanych społecznie, wymagające dużego wsparcia psychologicznego w celu przywrócenia prawidłowych mechanizmów funkcjonowania oraz pokonania trudności adaptacyjnych w nowym miejscu. Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy mieszkaniec trafia do placówki wbrew swojej woli. Doświadcza wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z mieszkańcem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia. Ponadto, w ocenie przedstawicieli Mechanizmu, stała obecność psychologa przyczynia się również do integracji społeczności mieszkańców, poprawy relacji z personelem oraz zwiększenia motywacji do udziału w proponowanych przez placówkę zajęciach.

#### **3.2. Oferta terapeutyczna**

Mocną stroną placówki jest bardzo bogata oferta terapii zajęciowej (m.in. szycie ręczne i maszynowe, tkactwo, wiązania makramowe, papieroplastyka, wikliniarstwo, decoupage, metaloplastyka, stolarstwo, zajęcia kulinarne, muzykoterapia, nauka obsługi komputera). W trakcie przeprowadzania czynności, wizytujący zwrócili uwagę, iż mieszkańcy brali czynny udział w terapii zajęciowej, zaś terapeuci wykazywali się dużą pomysłowością i zaangażowaniem. Organizowane są też wystawy prac mieszkańców.

W jednej z sal urządzono klub filmowy, z którego mogły korzystać przede wszystkim osoby, które ze względu na swój stan zdrowia nie opuszczają placówki i w związku z tym nie mogą pójść do kina. Starano się więc odtworzyć atmosferę sali kinowej m.in. poprzez wprowadzenie darmowych biletów, które były sprawdzane przy wejściu.

Na terenie Domu są zwierzęta – kilkanaście kotów oraz papużki. Kontakt ze zwierzętami wpływa bardzo pozytywnie na mieszkańców, buduje w nich poczucie empatii.

Często odbywają się wyjazdy mieszkańców poza DPS, w tym w ramach współpracy z DPS „Kombatant” w Ciechanowie, gdzie mieszkańcy mogą skorzystać z basenu. Na terenie placówki są też często organizowane spotkania integracyjne. W ubiegłym roku w Domu odbył się ślub i przyjęcie weselne dwójki mieszkańców, którzy teraz zamieszkują wspólnie jeden z pokoi.

### **3.3. Prawo do informacji**

Na jednym z oddziałów umieszczono informację napisaną bardzo przystępnym językiem, w której wyjaśniono do kogo z personelu zwrócić się o pomoc w konkretnej sprawie: np. *„gdy potrzebna jest pomoc przy wyjściu na spacer (..) pomoże opiekunka”*, *„w sytuacji gdy pojawi się poczucie osamotnienia (...) pomoże psycholog”*. To bardzo ważne, aby mieszkańcy nie tylko mieli dostęp do informacji, ale przede wszystkim by była ona podana w sposób umożliwiający jej zrozumienie przez każdą osobę znajdującą się w DPS. To dobra praktyka, dlatego tego typu informacje powinny być udostępnione także na innych oddziałach.

## **4. Problemy systemowe**

### **4.1. Pełnienie przez pracownika Domu funkcji opiekuna prawnego**

Wśród mieszkańców Domu 34 osoby są ubezwłasnowolnione. W piętnastu przypadkach opiekunami prawnymi ubezwłasnowolnionych mieszkańców są pracownicy DPS-u.

Pełnienie przez pracowników funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych budzi jednak wątpliwości przedstawicieli KMPT. Problem ten ma charakter systemowy. Często to same sądy wywierają presję, aby to właśnie któryś z pracowników wyraził chęć sprawowania opieki nad ubezwłasnowolnionym. 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 obiektywność w ocenie oferty opiekuńczej domu. Ponadto pełnienie przez personel domów pomocy społecznej funkcji opiekunów prawnych wiąże się de facto 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 oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (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 opiekunów<sup>1</sup>.

Przedstawiciele KMPT nie mieli uwag w wizytowanym Domu co do sposobu pełnienia funkcji opiekunów prawnych przez pracowników. Niemniej jednak, prewencyjnie zalecają dyrektorowi Domu, aby dokonywał szczególnej kontroli pracy opiekunów prawnych i reagował w przypadkach niedopełnienia obowiązków lub nadużyć ze strony opiekuna.

#### **4.2. Mieszkańcy uzależnieni od alkoholu**

Według informacji uzyskanych od personelu placówki, w DPS zdarzają się przypadki nadużywania alkoholu przez niektórych mieszkańców. Pracownicy starają się wskazywać negatywne skutki uzależnienia i namawiają osoby uzależnione do podjęcia leczenia. W Domu działa też grupa AA prowadzona przez psychologa oraz jednego z mieszkańców, co należy uznać za dobrą praktykę.

KMPT zwraca jednak uwagę, że problem uzależnienia od alkoholu niektórych mieszkańców domów pomocy społecznej jest problemem systemowym. Osoby nadużywające alkoholu często dezorganizują życie domu, zakłócają porządek, powodują zaburzenie relacji interpersonalnych oraz eskalację konfliktów i napięcia, zaś przejawiana niekiedy agresja stanowi poważny problem dla innych mieszkańców i personelu. Tymczasem w Polsce wciąż brakuje odpowiednich domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu.

Co prawda, nowelizacja ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* doprowadziła do powołania nowego typu domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu. W art. 59 ust. 6 i 7 ww. ustawy określono z kolei tryb kierowania do takiego domu i maksymalny czas pobytu w nim. Niestety nadal nie rozwiązało to problemu nadużywania alkoholu przez niektórych mieszkańców domów pomocy społecznej

---

<sup>1</sup> Raport z wizytacji na Łotwie przeprowadzonej przez Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) w dniach 12-22 kwietnia 2016 r (pkt. 157).

i zakłócania spokoju pozostałych osób. Sprawa w dalszym ciągu pozostaje w kręgu zainteresowania KMPT.

#### **4.3. Kontakt ze światem zewnętrznym**

Z informacji udzielonej przez dyrekcję placówki wynikało, że jeden z ubezwłasnowolnionych mieszkańców nie mógł opuszczać terenu Domu ze względu na brak zgody opiekuna prawnego pomimo tego, że przed umieszczeniem w placówce mężczyzna bardzo dobrze funkcjonował w lokalnej społeczności, pisał wiersze, zajmował się naprawą sprzętu RTV. Będąc już w DPS otrzymywał zaproszenia od instytucji kultury, by opowiadać o swojej twórczości, jednak ze względu na nałożone na niego ograniczenia nie mógł z nich korzystać. Ocena stanu psychicznego mieszkańca sporządzona przez psychologa nie wskazywała jednak na jakiegokolwiek trudności w orientacji mężczyzny co do czasu, miejsca czy sytuacji. Jak wynikało z analizy dokumentacji mieszkańca, stanowisko w sprawie możliwości opuszczania przez niego placówki zajął w 2015 r. sąd rejonowy, który zaznaczył m.in., że *„osoba całkowicie ubezwłasnowolniona nie może w stosunku do siebie podejmować żadnych decyzji prawnych (...) Ubezwłasnowolniony całkowicie może natomiast zawierać tzw. umowy w drobnych bieżących sprawach dnia codziennego.”* Sąd wskazał także, że *„zasadnym wydaje się, aby opiekun prawny uzyskiwał zgodę sądu na podjęcie ważniejszych decyzji w imieniu ubezwłasnowolnionego całkowicie”*. Przy czym, jak zaznaczył sąd, w przypadku tego mieszkańca opiekun prawny o taką zgodę nie wystąpił. Mimo takiego stanowiska sądu dyrekcja DPS od 2015 r. do czasu wizytacji utrzymywała w mocy decyzję opiekuna prawnego i nie pozwalała na opuszczanie terenu placówki przez mężczyznę. Podczas wstępnego podsumowania wizytacji przedstawiciele KMPT zwrócili dyrekcji placówki uwagę na wnioski płynące z dokumentacji sądowej. Jak wynika z informacji, które wizytujący uzyskali już po zakończeniu wizytacji wynika, że mężczyzna może już - tak jak inni mieszkańcy - opuszczać teren DPS. Prowadzi też starania o zmianę opiekuna prawnego.

Przy tej okazji KMPT przypomina, że instytucja ubezwłasnowolnienia ogranicza osobę nią objętą wyłącznie w sferze prawnej, a nie w sferze wolności osobistej, dlatego ograniczenie osoby ubezwłasnowolnionej niezwiązane z jej uczestnictwem w obrocie prawnym należy uznać, w świetle obowiązujących przepisów, za nieuprawnione. W ocenie Mechanizmu, osoby ubezwłasnowolnione powinny być traktowane przez personel domu na równi z innymi mieszkańcami w każdym aspekcie ich życia, niezwiązanym ze wspomnianymi ograniczeniami w sferze prawnej, w szczególności w możliwości samodecydowania o wyjściach poza teren placówki. Także w odniesieniu do osób przebywających w DPS na

podstawie orzeczenia sądowego brak jest w obecnie obowiązującym stanie prawnym podstaw do reglamentacji ich wyjść.

Biorąc jednak pod uwagę konieczność zapewnienia mieszkańcom domów bezpieczeństwa, KMPT dostrzega potrzebę uregulowania przedstawionego problemu na poziomie ustawowym. W ocenie KMPT jedynymi czynnikami branymi pod uwagę przy wydawaniu decyzji o możliwości samodzielnych wyjść powinny być: wola mieszkańca oraz stan jego zdrowia. Opinia o stanie zdrowia mieszkańca stanowiąca podstawę do ograniczenia swobody w zakresie opuszczania placówki winna być z kolei sporządzona przez lekarza (np. internistę, geriatrę) lub lekarza psychiatrę, posiłkujących się w razie możliwości opinią psychologa, z uwagi na to, iż są to jedyne osoby uprawnione do oceny stanu psychosomatycznego pensjonariuszy.

## **5. Obszary wymagające poprawy**

### **5.1. Warunki bytowe i dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami**

Warunki bytowe Domu zostały uznane przez wizytujących za dobre. Pomieszczenia, w których przebywają mieszkańcy są czyste i schludne, w budynkach nie ma nieprzyjemnego zapachu. Na oddziałach są wyznaczone palarnie.

Podczas oglądu placówki dostrzeżono jednak w niektórych pokojach mieszkalnych zepsutą sygnalizację przyzywową. Zaś w jednym z pokoi sygnalizacja znajdowała się poza zasięgiem leżących mieszkańców. Ma ona szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami ratyfikowanej przez Polskę *Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169) powinny mieć zapewnione różne formy pomocy osób, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi, oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego, powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia. KMPT zaleca więc regularne sprawdzanie funkcjonowania sygnalizacji przyzywowej oraz rozmieszczanie mieszkańców w sposób, który umożliwi im swobodne korzystanie z niej.

Budynki nie są w pełni dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami m.in. w większości łazienek znajdują się wanny, brodziki są za wysokie, brakuje odpowiednio rozmieszczonych poręczy, niektóre korytarze nie zapewniają odpowiedniej przestrzeni manewrowej.

W czasie wizytacji przedstawiciele spotkali też osobę poruszającą się przy pomocy tzw. balkonika, która została umieszczona w pokoju na półpiętrze, gdzie można dostać się tylko za pomocą schodów. Zdaniem KMPT osoby mające problemy z poruszaniem się powinny być umieszczane w pokojach, do których dostęp nie wymaga pokonywania tego typu barier.

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 (górna) i 75 cm (dolna), 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) i 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 (by skorzystała z niego również siedząca na wózku inwalidzkiej 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 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 pod terenie DPS oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów.

Przedstawiciele KMPT rekomendują poprawę dostępności placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, podczas najbliższych remontów i modernizacji.

## **5.2. Prawo do informacji**

Przedstawiciele KMPT każdorazowo zwracają uwagę, czy wizytowana placówka udostępnia informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka. Możliwość kontaktu z taką instytucją przez osobę przebywającą w domu pomocy społecznej lub inną osobę stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem.

Podczas wizytacji w DPS trudno było dostrzec tego typu informacje - znajdowały się tylko przy głównym wejściu w jednym z budynków. Przedstawiciele KMPT uznają to jednak za niewystraszające i w związku z tym zalecają udostępnienie na każdym z oddziałów danych teleadresowych instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące Dom lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy (adres oraz numer telefonu Rzecznika Praw Obywatelskich – bezpłatna infolinia 0 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, sędziego rodzinnego, Wydziału Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, wybranych organizacji pozarządowych np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).

## **5.3. Opieka medyczna**

W trakcie rozmów z personelem wizytujący uzyskali informację, że zdarza się aby badania lekarskie były przeprowadzane w dyżurce pielęgniarek. Jedno z takich pomieszczeń (oddział C) nie zapewnia jednak odpowiedniej intymności – dwie ze ścian są przeszklone z widokiem na korytarz, a na innej ze ścian znajdują się okna wychodzące na chodnik przed

budynkiem. KMPT zaleca więc zamontowanie rolet, które mogłyby być wykorzystywane na czas badania.

Z informacji uzyskanych od personelu pielęgniarstwa wynika, że 4 mieszkanki przyjmują antykoncepcję hormonalną. W jednym przypadku chodzi o osobę ubezwłasnowolnioną, u której antykoncepcja jest stosowana za zgodą pacjentki, na prośbę jej opiekuna prawnego, a w przypadku innej mieszkanki trwa postępowanie w sprawie jej ubezwłasnowolnienia, a terapia hormonalna jest stosowana również za zgodą pacjentki na prośbę jej sióstr. Zgodnie z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. 1964 nr 9 poz. 59 z późn. zm.; dalej: k.r.o) w zw. z art. 175 k.r.o., opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby ubezwłasnowolnionej lub jej majątku. Kwestia podawania środków antykoncepcyjnych z całą pewnością należy do tego typu spraw. To sąd indywidualnie w każdej sprawie powinien podejmować decyzję o charakterze zezwolenia (jednorazowe, terminowe).

Rozumiejąc ograniczenia spowodowane sytuacją mieszanek wizytowanej placówki oraz związaną z tym konieczność reprezentacji takich osób przez opiekunów prawnych oraz mając na uwadze niezwykle wrażliwy charakter omawianej sfery, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają władzom DPS pouczenie wszystkich opiekunów o konieczności uzyskania zgody sądu na zastosowanie antykoncepcji wobec konkretnej mieszkanki.

#### **5.4. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego**

Największym problemem zdiagnozowanym przez wizytujących jest kwestia stosowania przymusu bezpośredniego. Przedstawiciele KMPT zwrócili szczególną uwagę na brak nagrań monitoringu ze stosowania izolacji. Zgodnie z § 8 ust. 2 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. z 2012 r., poz. 740), zwanego dalej rozporządzeniem; *pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności.* Natomiast zgodnie z § 8 ust. 4 i 5 rozporządzenia *zapis z monitoringu, przechowuje się przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy, jednak nie krócej niż przez 3 miesiące od dnia zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji. Po upływie terminu przechowywania*

zapis z monitoringu, usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z powyższych czynności sporządza się protokół. Dyrekcja placówki poinformowała wizytujących, że w maju tego roku w wyniku burzy zniszczeniu uległ dysk twardy, na którym archiwizowano nagrania. W związku z tym przystąpiono do przywracania systemowi parametrów zapewniających jego działanie w wymaganym zakresie. Jednak, jak wynika z informacji przekazanych wizytującym, nie sporządzono żadnej notatki na temat usterki i braku możliwości nagrywania monitoringu. Nie odnotowanego tego także w Indywidualnych kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji, mimo że w przypadku innej awarii informacje o uszkodzonym monitoringu znajdowały się w Indywidualnych kartach z 2017 r. W związku z tym, przedstawiciele KMPT zalecają by w przypadku awarii uniemożliwiających zapis monitoringu każdorazowo odnotowywać to w Indywidualnych kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji. Ponadto Mechanizm postuluje w takich sytuacjach sporządzanie protokołu, podobnie jak dzieje się to w związku z usuwaniem zapisów po upływie terminu ich przechowywania. W takim protokole należało by określić termin rozpoczęcia i zakończenia awarii oraz odnotować dane osób, wobec których w tym czasie stosowano środki przymusu bezpośredniego.

Ponadto pomimo zapewnień personelu, że w przypadku unieruchomienia udział w tej procedurze biorą co najmniej cztery osoby, to z dokumentacji wynika, że najczęściej są to trzy osoby, przy czym w przypadku mężczyzny, który był agresywny i chciał udusić pielęgniarkę unieruchomienia dokonywały tylko dwie kobiety. Tymczasem do sprawnego i bezpiecznego przeprowadzenia zastosowania przymusu bezpośredniego w tej formie, niezbędne jest 5 osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę). Warto wspomnieć, że jest to też zgodne z uzasadnieniem 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. z 2012 r., poz. 740), zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie przymusu bezpośredniego, cyt.: *Efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób.*

Jak wynika z informacji personelu oraz analizy dokumentacji, zdarza się, że do bardzo agresywnych mieszkańców wzywana jest policja, wówczas funkcjonariusze także biorą udział w procedurze unieruchomienia. W dokumentacji brakowało jednak wskazania funkcjonariuszy z imienia i nazwiska, określono ich w sposób zbiorczy jako „patrol policji”,

trudno więc nawet wskazać ile osób uczestniczyło w tych czynnościach. Warto podkreślić, że personalia wszystkich osób biorących udział w tej czynności powinny być odnotowywane.

Wizytujący rozmawiali też z jedną z osób, wobec której stosowano unieruchomienie. Poinformowała, że na czas zapięcia w pasy został jej założony pampers. Tego typu praktykę, co do zasady, potwierdza także analiza Kart zastosowania unieruchomienia lub izolacji. Wskazuje na to brak oznaczenia 11 (dotyczącego czynności fizjologicznych) w części Obserwacje. W tym kontekście należy przypomnieć, że zgodnie z § 11 ust. 1 pkt 2) rozporządzenia, w trakcie kontroli pielęgniarka *zapewnia krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny*. Zatem w takich przypadkach, pampersy powinny być stosowane tylko wobec osób leżących, które na co dzień z nich korzystają.

Biorąc powyższe pod uwagę, wizytujący zalecają dokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z wymienionym rozporządzeniem oraz objęcie personelu szkoleniami z kwestii związanych ze stosowaniem przymusu.

## **6. 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. Dyrektorowi Domu:**

1. rejestrowanie stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz przeprowadzenie szkoleń z zakresu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego;
2. stosowanie pampersów w przypadku unieruchomienia jedynie wobec osób leżących, które na co dzień z nich korzystają, pozostałe osoby powinny być każdorazowo uwalnianie w celu zaspokojenia potrzeb fizjologicznych;
3. uzależnienie wyjść na zewnątrz placówki od stanu psycho-fizycznego mieszkańców, nie zaś od decyzji opiekuna prawnego;
4. pouczanie opiekunów prawnych o konieczności uzyskania zgody sądu na zastosowanie antykoncepcji hormonalnej wobec ubezwłasnowolnionych mieszkank DPS;

5. całkowite dostosowanie budynków do potrzeb osób z niepełnosprawnościami przy okazji ich remontów i modernizacji (zgodnie z zaleceniami ujętymi w pkt 5.1.);
6. regularne przeglądy instalacji przyzywowej i zwrócenie uwagi, aby była dostępna dla osób leżących;
7. zamontowanie rolet w dyżurce pielęgniarek w pawilonie C, które mogłyby być wykorzystywane na czas badania;
8. umieszczenie w ogólnodostępnych miejscach adresów instytucji, do których mieszkańcy lub ich rodziny mogliby się zwrócić w przypadku naruszenia ich praw.

## **II. Staroście Ciechanowskiemu:**

1. wsparcie finansowe DPS w realizacji powyższych zaleceń, wymagających nakładów finansowych.