



Warszawa, 19-06-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.575.2.2023.AN

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Domu Pomocy
Społecznej w Lublinie im. Wiktorii Michelisowej (ul. Archidiakońska 7)**

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

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; dalej: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich).

organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁴.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁵. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁶.

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

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁸. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz 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 ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego

³ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. art. 20 OPCAT.

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

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

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

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec, pracownik miejsca zatrzymania, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Uwagi wstępne na temat wizytacji

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 29-31 maja 2023 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację Domu Pomocy Społecznej w Lublinie im. Wiktorii Michelisowej, mieszczącego się przy ul. Archidiakońskiej 7 (dalej: placówka, DPS).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Łukasz Bębenista, Klaudia Kamińska (prawnicy) oraz Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego).

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 Dyrektora DPS – panią Małgorzatę Zembruską;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla mieszkanki placówki, w tym m.in.: pokoi mieszkalnych, sanitariatów, świetlicy, jadalni, kaplicy, sali doświadczeń świata, pokoi, w których prowadzona jest rehabilitacja oraz terapia zajęciowa, jak również terenu rekreacyjnego na zewnątrz;
- przeprowadzeniu rozmów indywidualnych z mieszkankami i pracownikami placówki, bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali Dyrektora placówki o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali 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.

Podkreślenia wymaga fakt, iż wizytujący bardzo pozytywnie ocenili atmosferę panującą w placówce oraz relacje między mieszkankami i kadrą placówki, które oparte są na zasadach wzajemnego szacunku oraz zaufania. W czasie swojego pobytu przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na empatię, profesjonalizm oraz duże zaangażowanie pracowników. Mieszkanki były też zadbane pod względem higienicznym i wyrażały bardzo pozytywne opinie na temat pobytu w DPS.

W niniejszym raporcie uwzględniono obszary, które w ocenie przedstawicieli KMPT wyróżniają placówkę na tle pozostałych tego typu (pkt 5), oraz te, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania (pkt 7). Scharakteryzowane zostały również problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania (pkt 6).

4. Ogólna charakterystyka placówki

Dom Pomocy Społecznej przeznaczony jest dla 40 kobiet w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych. W trakcie wizytacji w DPS przebywały 34 mieszkanki, a trzy były hospitalizowane. Jedna z kobiet była całkowicie ubezwłasnowolniona, a jedna została umieszczona w placówce z postanowienia sądu, bez wymaganej zgody. Dla pięciu mieszkanek ustanowiono kuratora¹⁰, w czterech przypadkach był nim członek rodziny, a w jednym pracownik DPS.

Krajowy Mechanizm każdorazowo szczególną wagę przykładają do sytuacji, w których opiekunem prawnym lub kuratorem mieszkańca placówki opiekuńczo-leczniczej jest pracownik tejże placówki. W ocenie KMPT może to nieść za sobą potencjalne ryzyko konfliktu interesów, braku motywacji czy obiektywizmu w ocenie bieżącej sytuacji pensjonariusza i jego potrzeb. W wizytowanej placówce kurator będący jednocześnie pracownikiem DPS bardzo dobrze wywiązywał się z powierzonych przez sąd opiekuńczy obowiązków. Uwzględniając jednak przytoczone powyżej wątpliwości, KMPT zachęca dyrektora DPS do zwracania szczególnej uwagi na realizację obowiązków przez kuratorów będących pracownikami placówki, jak również ich bieżące zaangażowanie w pomoc osobom objętym kuratelą.

Wśród mieszkanek wyodrębniona jest grupa pań z zaawansowanymi stanami otępiennymi. Osoby te zamieszkują w oddziale drugim, na drugim piętrze budynku. Pozostałe pensjonariuszki zakwaterowane są na pierwszym piętrze budynku – w większości przypadków z trudnościami w poruszaniu się.

Podmiotem prowadzącym placówkę jest Miasto Lublin.

¹⁰ Zgodnie z art. 183 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1359, z późn. zm.).

5. Mocne strony

5.1 Opieka psychologiczna

Za mocną stroną placówki należy uznać zatrudnienie na połowę etatu pani psycholog, która prowadzi oddziaływania indywidualne z mieszkańcami oraz pomaga im zaadaptować się do pobytu w nowym miejscu, jakim jest DPS.

Warto zwrócić uwagę, że obowiązujące przepisy nie zobowiązują dyrektorów DPS do zatrudnienia psychologa, a jedynie do zapewnienia mieszkańcom kontaktu z nim. 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 KMPT, stała obecność psychologa przyczynia się również do integracji społeczności mieszkańców, poprawy relacji z personelem oraz zwiększenia motywacji do udziału w proponowanych przez placówkę zajęciach. Niewątpliwie zatrudnienie psychologa wpływa bardzo pozytywnie na osoby zamieszkujące DPS.

5.2 System automatycznych podnośników sufitowych

Delegacja za mocną stroną placówki uznała wykorzystywanie przy codziennych czynnościach higienicznych i pielęgnacyjnych mieszkańek automatycznych podnośników sufitowych. Urządzenia te zamontowano w jednym z sanitariatów oraz pokojach mieszkalnych, w których przebywały osoby o ograniczonej możliwości poruszania się. Bez wątpienia takie rozwiązanie ułatwia wykonywanie czynności pielęgnacyjnych osób leżących, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ich bezpieczeństwa i minimalizacji poczucia dyskomfortu.

6. Problemy systemowe

6.1 Niestandardowe formy opieki

W DPS stosuje się niestandardowe formy opieki nad mieszkańcami w postaci pasów do pionizacji mieszkańca przy wózkach. Stosowanie powyższego sprzętu zabezpieczającego nie było odnotowywane w dokumentacji. Kierownictwo placówki nie opracowało formalnych, pisemnych wytycznych w tym zakresie. Zidentyfikowane w tym zakresie przez KMPT braki stanowią realne zagrożenie w zakresie ewentualnych nadużyć w stosowaniu tego typu form opieki.

Ponadto drzwi do oddziału drugiego otwierane są na kod elektroniczny, a schody zabezpieczone są dodatkowo furtkami z zasuwkami.

Powyższa sytuacja obrazuje istnienie problemu systemowego stosowania przez personel placówek opiekuńczych metod, które formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że mogą ingerować w wolność jednostki. Zagadnienie to było przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r.¹¹, w którym Rzecznik zwrócił się o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym.

Zaznaczyć należy, że w procesie opiekuńczym istnieją sytuacje, w których 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

¹¹ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS, KMP.573.9.2022.

zakładów opiekuńczo-leczniczych procedurę postępowania z pacjentem wymagającym niestandardowych form opieki¹².

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)¹³ oraz „środków ograniczających ruch”, które obejmowały między innymi uniemożliwienie podopiecznemu opuszczenie oddziału poprzez zablokowanie wyjścia za pomocą kodu czy też przypięcie mieszkańców do wózka inwalidzkiego za pomocą pasów bezpieczeństwa i montaż szyn po bokach łóżka¹⁴. 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 drzwi¹⁵. 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 niej¹⁶. CPT podkreślił ponadto, aby za każdym razem, gdy środki ograniczające poruszanie się są stosowane bez ważnej zgody danego mieszkańca, były każdorazowo zlecane lub zatwierdzane przez lekarza po indywidualnej ocenie rezydenta¹⁷. Należy mieć także na uwadze standardy międzynarodowe wskazujące na konieczność używania wyłącznie sprzętu specjalnie zaprojektowanego w celu ograniczenia szkodliwych skutków (najlepiej

¹² 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.

¹³ Zob. Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 174.

¹⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 80.

¹⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2020) 37, § 160.

¹⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Liechtensteinie, CPT/Inf (2017) 21, § 82.

¹⁷ Tamże.

wyściełanych pasów z tkaniny), aby zminimalizować ryzyko odniesienia obrażeń i/lub cierpienia pacjenta¹⁸.

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 ujednoczyć praktykę personelu w tym zakresie. Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

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

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

¹⁸ 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].

6.2 Opieka pielęgniarska

W placówce zatrudnionych jest sześć pielęgniarek, w tym dwie na połowę etatu. Jedna z pielęgniarek pełni funkcję kierownika Zespołu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego, pracuje w dni robocze w godzinach 7:00-15:00. Pozostałe pielęgniarki pracują w ramach 12-godzinnych dyżurów w godzinach 7:00-19:00 oraz 19:00-7:00. Zazwyczaj dyżury dzienne pełnione są przez jedną osobę oraz – jak już wspomniano – kierownika Zespołu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w godzinach 7:00-15:00. Sporadycznie zdarza się, iż dostępna jest dodatkowa pielęgniarka w godzinach 7:00-11:00 lub 7:00-13:00 lub 7:00-15:00. Dyżury nocne pełnione są jednoosobowo. Jednak przedstawione do wglądu wizytującym grafiki pracy w miesiącach marzec i kwiecień 2023 r. wykazały, iż w marcu dyżury nocne odbyły się 19 razy, natomiast w kwietniu 12 razy. W ocenie KMPT, ze względu na bezpieczeństwo mieszkank, zapewnienie opieki pielęgniarskiej powinno mieć miejsce przez całą dobę.

Na potrzebę zapewnienia obecności co najmniej jednej pielęgniarki w porze nocnej wskazuje CPT, podkreślając, że leczenie medyczne i psychiatryczne stanowi ważną część ogólnej opieki. W tym celu lekarz ogólny oraz psychiatra powinni być obecni regularnie, w zależności od potrzeb mieszkańców i wielkości placówki, a co najmniej jedna pielęgniarka powinna być obecna zawsze, również w nocy¹⁹.

KMPT ma na uwadze, że trudności w pozyskaniu personelu pielęgniarskiego do pracy w domach pomocy społecznej wynikają często z braku chętnych wśród przedstawicieli tego zawodu do pracy w placówkach pozaleczniczych. Wiąże się to m.in. z dysproporcjami pomiędzy wynagrodzeniami pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej a tych zatrudnionych w jednostkach sektora medycznego.

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

¹⁹ Persons deprived of their liberty in social care establishments. Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 19.

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

Zgodnie z art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dalej: u.p.s.)²¹, dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców domu. Placówki te nie pełnią natomiast funkcji leczniczych i pielęgniarstwa, a jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 58 u.p.s.)²².

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa²³ umożliwia się zatrudnienie pielęgniarki w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie. Jednakże status pielęgniarki zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny aniżeli pielęgniarki zatrudnionej w placówce służby zdrowia. Główną przyczyną takiego zróżnicowania stanowi wysokość wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych (finansowanego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia), które jest zdecydowanie wyższe od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarce zatrudnionej w domach pomocy społecznej.

Z uwagi na fakt, że domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, wynagrodzenie pielęgniarek w nich zatrudnionych pochodzi z budżetu samorządów. Nierówności w wynagradzaniu pielęgniarek zatrudnionych w DPS-ach (brak dodatków, podwyżek itp.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia powoduje problemy w pozyskaniu do pracy w DPS-ach osób o tym wykształceniu lub częste rezygnacje pielęgniarek/pielęgniarzy już zatrudnionych w takich placówkach.

W ocenie KMPT sytuacja ta zdecydowanie przekłada się na obniżenie standardów w zapewnieniu opieki i pielęgnacji mieszkańców DPS-ów. Konieczna jest zatem nowelizacja obowiązujących przepisów w taki sposób, aby wysokość

²¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.

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

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

wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej była analogiczna jak w przypadku pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Ze względu na uzasadnione potrzeby domów pomocy społecznej w zakresie personelu, uzupełnienie braków kadrowych personelu pielęgniarstwa i tym samym podniesienie standardu opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej, Rzecznik Praw Obywatelskich będzie w dalszym ciągu monitorował omówione powyżej problemy.

6.3 Monitoring wizyjny

W wizytowanym DPS monitoring wizyjny obejmuje: wejście do placówki, ciągi komunikacyjne, ogród oraz kaplicę. Nagrania przechowywane są przez 14 dni, a po tym czasie się nadpisują. Podgląd znajduje się w dyżurce pielęgniarstwa oraz u informatyka.

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 Obywatelskich²⁴. 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 Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym wskazywał, że ustawodawca nie zawarł w ustawie o pomocy społecznej przepisów normujących kwestię stosowania monitoringu w domach pomocy społecznej, jak również gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu²⁵. Brak przepisów regulujących tę materię prowadzi do wniosku, że obecnie instalowanie

²⁴ 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.

²⁵ Zob. Wystąpienie RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

monitoringu w domach pomocy społecznej może naruszać przepisy Konstytucji. Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.²⁶ Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

7. Obszary wymagające poprawy

7.1 Opieka medyczna

Opiekę medyczną nad mieszkankami sprawuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który w placówce realizuje wizyty raz w tygodniu, oraz lekarz psychiatra, który również odbywa konsultacje raz w tygodniu. Pod opieką psychiatry znajdują się przede wszystkim osoby, które przed umieszczeniem w DPS leczyły się psychiatrycznie, mają aktualnie zleconą farmakoterapię lekami psychotropowymi lub silnie oddziałującymi na ośrodkowy układ nerwowy lub taką potrzebę zasugeruje lekarz POZ. Należy także wskazać, iż zarówno lekarz POZ, jak i lekarz psychiatra w nagłych sytuacjach udzielają konsultacji telefonicznych. Dostęp do lekarzy specjalistów odbywa się według potrzeb, zarówno w ramach świadczeń NFZ, jak i wizyt prywatnych.

Przy przyjęciu nowej mieszkanki do placówki nie jest ona badana przez lekarza; jedynie pielęgniarka dokonuje oglądu ciała. Ewentualne obrażenia lub zmiany skórne odnotowywane są w karcie wywiadu pielęgniarskiego i dołączane do dokumentacji medycznej pensjonariuszki. Lekarz POZ bada nowe pensjonariuszki w trakcie najbliższej planowej wizyty od dnia przyjęcia.

Krajowy Mechanizm pragnie podkreślić, 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 zatrzymanie sprawców, co z kolei będzie stanowiło silny środek odstraszający 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

²⁶ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

specjalistycznych konsultacji, proponowany sposób leczenia w przypadku ujawnienia urazów, a także wskazania do dalszej pracy z osobą²⁷.

W ocenie KMPT w celu dokładnego rejestrowania obrażeń i urazów należy stosować specjalny formularz, zawierający rysunki anatomiczne ciała człowieka do oznaczenia umiejscowienia obrażeń. Powyższy formularz powinien być przechowywany w dokumentacji medycznej mieszkańca. W przypadku poważniejszych obrażeń zalecane jest robienie zdjęć i włączanie ich do dokumentacji medycznej²⁸.

Zarówno same mapy ciała, jak i informacje, jak w sposób praktyczny z nich korzystać, znajdują się w Protokole stambulskim, czyli Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania²⁹. 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

²⁷ Zob. Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2013) 29, par. 71-84.

²⁸ Zob. Protokół stambulski, Aneks III pt. Rysunki anatomiczne do dokumentacji tortur i okrutnego traktowania. Zob. również standardy CPT przedstawione w Dwudziestym Trzecim Raporcie Generalnym, CPT/Inf (2013) 29, par. 74 oraz Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 27, 80.

²⁹ 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>.

ONZ Przeciwko Torturom (CAT)³⁰, Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)³¹, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur³² i CPT³³.

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

Ponadto Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektora DPS o przekazanie informacji, na jakich zasadach oraz w jaki sposób zapewniona zostanie mieszkankom opieka lekarza psychiatry po 30 czerwca 2023 r., bowiem obowiązująca umowa dotycząca opieki psychiatrycznej zawarta została na okres od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2023 r.

Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji wynika, iż zdarzają się przypadki, kiedy niektórym pensjonariuszkom podawane są leki w formie rozkruszonej i ukrytej w pokarmie, bez ich wiedzy. W przeanalizowanej, wybranej dokumentacji medycznej brakowało zleceń lekarskich na podawanie medykamentów we wspomnianej postaci. Ponadto w książce raportów pielęgniarских, w raporcie z przebiegu dyżuru dziennego z dnia 29 maja 2023 r., znajduje się wpis „mieszkanca zdenerwowana przejmuję się konfliktem z (inną mieszkanką). Otrzymała jako placebo Wit. B kompleks. Z pozytywnym skutkiem”.

Krajowy Mechanizm pragnie przypomnieć, iż każda pacjentka ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niej stosowana. Jeśli pensjonariuszka nie będzie miała takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia nie będzie chciała przyjąć leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie wiedząc, że lek podano jej wówczas

³⁰ Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

³¹ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

³² Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

³³ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

podstępem), lub będzie żądała wydania leku (nie wiedząc, że wcześniej w sytuacji pobudzenia otrzymała placebo).

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 mieszkankom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, i odnotowywanie takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej, jak również odstępianie od podawania placebo.

7.2 Kontakt ze światem zewnętrznym

Mieszkanki mogą przyjmować gości codziennie w godzinach 10:00-18:00. Bliscy i znajomi utrzymują z pensjonariuszkami także kontakt telefoniczny zarówno poprzez telefon stacjonarny, jak i telefony komórkowe mieszkanek, które potrafią je obsługiwać. Pracownicy DPS regularnie zabierają panie na spacer do lubelskich parków, na starówkę, a także do marketów, gdzie pomagają mieszkankom robić zakupy. Mieszkanki mogą także korzystać z dłuższych i krótszych przepustek pod

opieką rodziny i znajomych (kawiarnia, fryzjer, bank itp.). Wyjścia i przepustki są skrupulatnie odnotowywane w zeszycie wyjść prowadzonym przez opiekunki.

Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji wynika, iż obecnie żadna z mieszkanek samodzielnie nie opuszcza terenu DPS. Spowodowane jest to zaawansowanymi zespołami otępiennymi lub problemami w poruszaniu się zdecydowanej większości pensjonariuszek.

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 pragnie w tym miejscu zasygnalizować, iż zgodnie z art. 55 ust. 2b-2i ustawy o pomocy społecznej³⁴ określono zasady ewentualnego ograniczania samodzielnych 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.

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

³⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.

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 mieszkańek nie znajdowały się wspomniane zaświadczenia, KMPT zaleca uzupełnienie teczek osobowych mieszkańek, które 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 prawnego oraz przekazanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.

7.3 Mechanizmy skargowe

Wizytujący pozytywnie ocenili wprowadzoną w placówce procedurę składania skarg i wniosków oraz dokumentowania takich przypadków.

W celu ulepszenia dostępu pensjonariuszek do mechanizmów skargowych, KMPT rekomenduje także wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkanki, jak i osoby odwiedzające (np. tablice informacyjne na korytarzach, przy wejściu do placówki), danych teleadresowych instytucji, do których pensjonariuszka lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańek. Takimi instytucjami mogą być przykładowo: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676), Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Polityki Społecznej Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

7.4 Personel

Kwalifikacje personelu nie budzą zastrzeżeń Krajowego Mechanizmu.

Jak wynika z przekazanych informacji, pracownicy w latach 2021-2023 odbyli także następujące szkolenia grupowe: Praca z seniorem – nawiązywanie kontaktu i techniki komunikacji; Zasady efektywnej pracy zespołowej w DPS; Komunikacja alternatywna i wspomagająca w pracy z mieszkańcami DPS (online); Przymus bezpośredni – uwarunkowania prawne oraz zasady stosowania przymusu w instytucjach opieki długoterminowej (online); Prawa mieszkańca i kierunki prowadzonej terapii, a także metody pracy z mieszkańcem oraz elementy komunikacji alternatywnej i wspomagającej (online).

Dodatkowo w latach 2021-2023 pojedynczy pracownicy uczestniczyli w szkoleniach: Asertywność, stawianie granic, radzenie sobie z postawą roszczeniową i agresją pacjenta; Rozmowy o śmierci i umieraniu. Jak towarzyszyć pacjentom i wspierać rodziny; Upadki – ocena ryzyka, zapobieganie, działania; Trudne sytuacje w opiece nad człowiekiem żyjącym z demencją; Praca z motywacją pacjenta: w jaki sposób pracować z pacjentem i rodziną nad przestrzeganiem zaleceń; Gdy mózg Twojego bliskiego choruje. Zrozum demencję i zamień opiekę na świadomą współpracę; Wypalenie zawodowe w opiece.

Krajowy Mechanizm pozytywnie ocenia ofertę szkoleniową dostępną dla pracowników DPS. Należy jednak zwrócić uwagę, iż w znaczącej większości szkoleń udział brały pojedyncze osoby (często te same). W ocenie KMPT dobrym rozwiązaniem byłoby umożliwienie brania udziału w tego typu szkoleniach większej grupie personelu lub organizowanie szkoleń w formule kaskadowej – pracownik uczestniczący w warsztatach, kursach, szkoleniach przekazuje zdobytą wiedzę pozostałym członkom personelu.

W kontekście doskonalenia zawodowego pracowników warto spojrzeć szerzej na to zagadnienie, bowiem szkolenie personelu jest również istotnym mechanizmem zapobiegania torturom i budowania odpowiedniej kultury organizacyjnej. 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 opieki³⁵.

Krajowy Mechanizm zaleca umożliwienie brania udziału w dodatkowych szkoleniach wszystkim pracownikom DPS.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego³⁶ pracownicy jednostek organizacyjnych pomocy społecznej uprawnieni są do stosowania środków przymusu bezpośredniego, m.in. w postaci przytrzymania lub unieruchomienia. W ocenie Krajowego Mechanizmu ze względu na znaczącą dolegliwość wskazanych środków oraz potencjalne ryzyko dokonania uszczerbku na zdrowiu osoby unieruchamianej lub przytrzymywanej, pracownicy DPS powinni przejść praktyczne szkolenie ze stosowania środków przymusu bezpośredniego, aby ryzyko to zminimalizować. Szkolenie w formule online nie daje bowiem możliwości oceny efektywności zastosowanych środków, dynamiki sytuacji, jak również reakcji osoby unieruchamianej lub przytrzymywanej na zastosowane środki.

Krajowy Mechanizm zaleca odbywanie przez kadrę placówki mającą kontakt z mieszkankami regularnych, praktycznych szkoleń z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego.

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zapewnienie pracownikom regularnych, cyklicznych spotkań z zewnętrznym superwizorem, na których mogliby omówić związane z pracą trudności bądź wątpliwości, z pewnością znacząco przyczyniłoby się do podniesienia komfortu pracy, a więc pośrednio wpłynęło pozytywnie również na mieszkańców DPS.

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

³⁵ Zob. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

³⁶ Dz. U. z 2022 r., poz. 2123, z późn. zm.

to kolejne ryzyko zagrożenia niewłaściwym traktowaniem podopiecznych w sytuacjach kumulacji stresu i w wyniku wypalenia zawodowego.

KMPT od lat podkreśla, że odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest w stanie prawidłowo wykonywać swoje obowiązki, bez uciekania się do przemocy. Stanowi też skuteczną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu oraz możliwości codziennego kontaktu z mieszkańcami, ma możliwość bieżącego monitorowania ich zachowania i wyłapywania niepokojących sygnałów, świadczących o złym traktowaniu. Może także podjąć skuteczne środki zaradcze, w przypadku stwierdzenia niepokojących zdarzeń (np. poprzez podjęcie interwencji, udzielenie pomocy czy zgłoszenie położonym swoim obaw i podejrzeń).

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy³⁷.

7.5 Dokumentacja

Dokumentacja w placówce prowadzona jest w sposób przejrzysty oraz skrupulatny. Wizytujący znaleźli jednak w teczce osobowej jednej z mieszanek zaklejoną kopertę, w której zgodnie z opisem znajdować miały się klucze do mieszkania pensjonariuszki. W ocenie delegacji akta osobowe nie są właściwym miejscem na przechowywanie tego typu rzeczy.

Krajowy Mechanizm zaleca przechowywanie kluczy itp. przedmiotów w depozycie placówki, za zgodą mieszkanki lub opiekuna prawnego w przypadku osób ubezwłasnowolnionych.

8. Zalecenia

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

³⁷ 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.

I. Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej im. Wiktorii Michelisowej w Lublinie:

1. profilaktyczne badanie przez lekarza wszystkich osób przyjmowanych do placówki w możliwie najkrótszym terminie od dnia przyjęcia oraz stosowanie wskazanych w Protokole stambulskim map ciała i dołączanie ich do indywidualnej dokumentacji medycznej mieszkanek;
2. podawanie mieszkankom leków w formie rozkruszonej tylko, gdy wynika to z zaleceń lekarskich, i odnotowywanie takiej formy podawania leków w dokumentacji medycznej, jak również odstąpienie od podawania placebo;
3. uzupełnienie teczek osobowych mieszkanek, które 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 prawnego oraz przekazanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;
4. umieszczenie na tablicach informacyjnych danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka;
5. umożliwienie brania udziału w dodatkowych szkoleniach wszystkim pracownikom DPS;
6. odbywanie przez kadrę placówki mającą kontakt z mieszkankami regularnych, praktycznych szkoleń z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego;
7. zorganizowanie personelowi superwizji, prowadzonych przez zewnętrznego specjalistę;
8. przechowywanie kluczy itp. przedmiotów w depozycie placówki, za zgodą mieszkanki lub opiekuna prawnego w przypadku osób ubezwłasnowolnionych.

Ponadto Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do Dyrektora DPS o przekazanie informacji, na jakich zasadach oraz w jaki sposób zapewniona zostanie mieszkankom opieka lekarza psychiatry po 30 czerwca 2023 r., bowiem obowiązująca

umowa dotycząca opieki psychiatrycznej zawarta została na okres od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2023 r.

II. Prezydentowi Miasta Lublin:

1. udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Sporządziła: Aleksandra Nowicka

Za Zespół:

Z poważaniem

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/