



Warszawa, 03-08-2022 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
Krajowy Mechanizm Prewencji**

KMP.575.2.2022.JJ

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

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)².

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

² Zob. Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r., poz. 627).

KMPT na dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei za „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 innej⁴”.

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, 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 poczynionych podczas wizyty, 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

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 i Genewa 2018, s. 4-6.

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 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 zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji ich wystąpienia w przyszłości.

2. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 13-15 czerwca 2022 r., przeprowadzona została wizytacja KMPT w Domu Pomocy Społecznej w Kaliszu, ul. Winiarska 26 (dalej: DPS, Dom, placówka). W skład delegacji KMPT wchodziło: Klaudia Kamińska, Rafał Kulas (prawnicy) oraz dr Justyna Józwiak (socjolog).

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

W ramach wizytacji przeprowadzone czynności polegały na:

⁹ Zob. art. 19 pkt. b) OPCAT.

- rozmowie na temat funkcjonowania placówki z Marcinem Ferencem – dyrektorem DPS oraz Katarzyną Borowską – zastępczynią dyrektora DPS;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym: pokoi mieszkańców, sanitariatów, jadalni, pomieszczeń do rehabilitacji;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z mieszkańcami i pracownikami;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Ponadto, po jej zakończeniu, przeanalizowano dokumenty oraz notatki związane z funkcjonowaniem placówki.

W rozmowie podsumowującej wizytację w DPS udział wzięli: Mateusz Podsadny – wiceprezydent Kalisza oraz Katarzyna Borowska – zastępczyni dyrektora DPS.

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, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W niniejszym raporcie uwzględniono tylko te obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania.

Scharakteryzowane zostały również problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

3. Zakaz represji

Na podstawie art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. personel, mieszkańcy, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informacje nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie 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 jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób”.

4. Charakterystyka jednostki

Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu przeznaczony jest dla 180 przewlekłe somatycznie chorych, dorosłych kobiet i mężczyzn, wymagających całodobowej opieki ze względu na wiek, choroby lub niepełnosprawności. W dniu wizytacji w placówce przebywało 130 kobiet i 50 mężczyzn, w tym 1 osoba umieszczona na mocy postanowienia sądu oraz 5 osób ubezwłasnowolnionych całkowicie (opiekunami prawnymi tych osób byli członkowie rodziny). DPS prowadzi także tzw. Dom Dzienny – Centrum Wsparcia Seniora w wyznaczonych do tego pomieszczeniach. W czasie wizytacji z usługi tej korzystało 12 mieszkańców z Kalisza i okolic (pobyt do 9 godzin).

Dom jest jednostką organizacyjną Miasta Kalisz. Nadzór bezpośredni nad działalnością Domu sprawuje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu. Nadzór nad jakością świadczonych usług oraz zgodnością zatrudnienia pracowników z wymaganiami kwalifikacyjnymi sprawuje Wojewoda Wielkopolski. Placówka jak dotąd nie była wizytowana przez sędziego. Miesięczny koszt pobytu w DPS wynosi 5247 zł.

Ostatnie dwa lata były bardzo trudnym okresem dla Domu ze względu na pandemię Covid-19. Od 09.04.2020 r. do 21.05.2020 r. placówka, decyzją Sanepidu, została zamknięta i objęta kwarantanną. Dom funkcjonował w ścisłym reżimie sanitarnym, został wprowadzany zakaz odwiedzin i przyjmowania nowych mieszkańców. Zaprzestano prowadzenia grupowych zajęć. Na terenie DPS wydzielono tzw. strefę zakażoną, w której izolowani byli mieszkańcy w wyniku pozytywnym. Następnie, z pomocą 12 Wielkopolskiej Brygady Obrony Terytorialnej, przeprowadzono ewakuację 92 chorych mieszkańców do szpitala w Poznaniu. Ze względu na dużą liczbę pracowników zakażonych Covid-19 podejmowano działania mające na celu pozyskanie

wolontariuszy. Żołnierze Wojsk Obrony Terytorialnej przeprowadzali regularne dezynfekcje pomieszczeń, pomagali przy opiece nad mieszkańcami oraz pełnili obowiązki na portierni. Dom zaopatrywany był stale w środki ochrony osobistej, testy antygenowe oraz dary żywnościowe.

Czas pandemii odcisnął na mieszkańcach i pracownikach duże piętno, dla wielu z nich było to wręcz traumatyczne doświadczenie. W 2020 r. w DPS odnotowano 99 zgonów mieszkańców, w 2021 r. – 36, zaś w 2022 r. (do dnia wizytacji) – 8. Z informacji uzyskanej od dyrektora DPS wynika, że śledztwo prowadzone przez Prokuraturę dot. narażenia mieszkańców na utratę życia i zdrowia w zw. z COVID-19 zostało umorzone. DPS nie dysponował żadną dokumentacją w tej sprawie. Przedstawiciele KMPT zwrócili się odrębnym pismem do Prokuratury Rejonowej w Kaliszu o przesłanie do analizy akt sprawy.

W ciągu ostatnich dwóch lat w placówce miało miejsce jedno samobójstwo (2021 r.). Mieszkanka mająca ok. 90 lat, posiadająca liczne choroby, popełniła samobójstwo poprzez powieszenie się w swoim pokoju. Na miejsce zdarzenie przybył Prokurator z Policją, wykonano oględziny, wykluczono udział osób trzecich w zdarzeniu, nie wszczęto śledztwa.

Aktualnie ograniczenia covidowe zostały zniesione, funkcjonują odwiedziny, nie ma stref izolacji, personel i mieszkańcy nie używają maseczek.

Na uwagę zasługuje bogata, ciekawa i dostosowana do stanu zdrowia mieszkańców oferta imprez i zajęć. Są to np. konkursy plastyczne, poranki filmowe, wspólne obchody ważnych uroczystości, grille w przydomowym ogrodzie, występy lokalnych zespołów ludowych. W ciągu ostatnich 2 lat 19 pracowników DPS ukończyło podstawowy kurs fryzjerski, dzięki któremu usługi fryzjerskie dla mieszkańców są realizowane na miejscu. W placówce utworzono także pracownię relaksacji i rehabilitacji pocovidowej. DPS korzysta z budżetu obywatelskiego poprzez zgłaszanie różnych projektów, pozyskuje także środki z licznych funduszy unijnych. Ponadto

bierze udział w programie „Międzypokoleniowe Spotkania z Kulturą (Nie)zapomnianą”, który realizowany jest przez Collegium Reginae Hedvigis i współfinansowany ze środków Ministra Kultury, Dziedzictwa Narodowego i Sportu pochodzących z Funduszu Promocji Kultury oraz ze środków Samorządu Województwa Wielkopolskiego. Projekt obejmuje wdrożenie kompleksowego i wielofunkcyjnego Programu Edukacyjno-Kulturalnego i dotyczy organizacji „międzypokoleniowych spotkań z kulturą” seniorów DPS oraz młodego pokolenia.

5. Problemy systemowe

5.1. Niestandardowe formy opieki w DPS

W DPS stosuje się niestandardowe formy opieki nad mieszkańcami przeznaczone do bezpiecznego i efektywnego unieruchomienia osoby narażonej na samookaleczenie lub uszkodzenie ciała, spowodowanego urazem przez nadpobudliwość ruchową. Innymi wskazaniami jest także brak samokontroli i koordynacji ruchowej. W dniu wizytacji w DPS 9 mieszkańców było regularnie wysadzanych na wózek i zabezpieczających szelkami stabilizującymi. Taki sposób zabezpieczenia pozwalał na codzienną pionizację tych mieszkańców i tym samym ich uczestniczenie we wspólnych imprezach, wyjściach na świeże powietrze, etc. Niektóre wózki posiadały pasy biodrowe. Ponadto w czasie wizytacji jedna z leżących mieszkank miała zakładane na dłonie materiałowe rękawice ochronne przeciwko zadrapaniom. Produkt wykonany był z miękkiego weluru oraz „oddychającej” siatki (umożliwiającej dopływ powietrza), zapinany na rzep. Miały one uniemożliwić mieszkance podrapanie się i wyrwanie rurek PEG-a. Jak ustaliła delegacja KMPT, mieszkanka przebywa w nich praktycznie całą dobę, zdejmowano je jedynie na czas toalety. Na wyposażeniu DPS znajdowały się także specjalne kombinezony/śpiochy dla dorosłych przeznaczone dla osób leżących lub długotrwale unieruchomionych, z chorobą Alzheimera, niepełnosprawnych, po przebytych udarach, ze skłonnościami do rozbierania się i zdejmowania pieluch i

niszczenia odzieży. Powyższe elementy zabezpieczeń były zakupione przez DPS w specjalistycznych sklepach medycznych lub ortopedycznych.

Stosowanie powyższego sprzętu zabezpieczającego nie było odnotowywane w dokumentacji. Nie ma też jasnych wytycznych co do tego, kto zleca stosowanie takich metod i na jak długo. Jak ustaliła delegacja KMPT, w wizytowanej placówce osobami zlecającymi byli najczęściej lekarz, pielęgniarka oraz rehabilitant.

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 oficjalnego wystąpienia generalnego Rzecznika Praw Obywatelskich i KMPT do Ministra Zdrowia w dniu 13.06.2022 r.¹⁰ z prośbą o uregulowanie tej praktyki na poziomie ustawowym.

W procesie opiekuńczym istnieją bowiem sytuacje, gdzie 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 gwarancje te powinny być określone w ustawie. Doprecyzowanie w ustawie takich sytuacji pozwoli również na ujednoczenie praktyki w placówkach opiekuńczych i ewentualnych rozbieżności interpretacyjnych dotyczących stosowania prawa, w szczególności oceny, czy dana metoda stanowi przymus bezpośredni, czy też nie.

Na potrzebę uregulowania w ustawie stosowanych przez personel opiekuńczy środków zabezpieczenia wskazała również grupa robocza Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opiniująca wprowadzoną przez jeden z

¹⁰ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 13.06.2022 r. w sprawie niestandardowych form opieki w DPS.

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

W opinii KMPT zastosowanie wobec mieszkańca zabezpieczeń przed upadkiem może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia bezpieczeństwa. Aby jednak wyeliminować potencjalne ryzyko związane z taką formą opieki, KMPT rekomenduje:

1. Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia przed upadkiem. 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 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 przed upadkiem z wózka inwalidzkiego 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

¹¹ Opinia Zespołu Ekspertów przy Krajowym Mechanizmie Prewencji Tortur z dnia 29 sierpnia 2019 r. Zob. również raport KMPT z wizytacji Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Warszawie, ul. Mehoffera 72/74, przeprowadzonej w dniach 28-29 marca 2018 r., KMP.573.5.2018.RK, pkt. 4.1. pt. Traktowanie pacjentów.

stosowania tego środka oraz bezpośrednio po jego zakończeniu (np. obtarcia, skaleczenia, upadki, itp.).

3. Wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca przed upadkiem wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami.

5.2. Opieka pielęgniarska

W placówce zatrudnionych jest łącznie 10 pielęgniarek: 4 na etacie (od lipca – 5, docelowo - 6 do końca roku) oraz 6 pielęgniarek na umowę zlecenie. Dyżur pielęgniarski sprawowany jest 7 dni w tygodniu, w godz. 7.00-19.00. W nocy nie ma obsady pielęgniarskiej.

Jak dostrzegła delegacja KMPT, w DPS jest dużo osób w ciężkim stanie zdrowia (osoby z alzheimerem) oraz mieszkańców leżących, co wymaga większej uwagi i nakładu pracy. Dlatego też KMPT popiera dążenie dyrektora DPS do zwiększenia liczby pielęgniarek. Konieczne jest także zapewnienie opieki pielęgniarskiej w porze nocnej. Wielu mieszkańców wymaga np. podania leku, insuliny, wykonania pomiaru cukru lub oceny sytuacji pod kątem medycznej interwencji, do czego nie są uprawnieni opiekunowie pełniący dyżur nocą.

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 poza leczniczych. Wiąże się to m.in. z dysproporcjami pomiędzy wynagrodzeniami pielęgniarek zatrudnionymi w domach pomocy społecznej, a w jednostkach sektora medycznego.

Powyższa sytuacja potwierdza istnienie problemu systemowego, którego rozwiązanie wymaga wsparcia ustawodawcy. Kwestia ta była przedmiotem wystąpienia RPO i

KMPT do Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia w czerwcu 2021 r.¹².

Zgodnie z art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹³, dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców domu. Placówki te nie pełnią natomiast funkcji leczniczych i pielęgniarских, a jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴. Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 59 ustawy o pomocy społecznej).

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarки i położnej¹⁵ umożliwia się zatrudnienie pielęgniarки w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarки określonych w ustawie. Jednakże status pielęgniarки zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny aniżeli pielęgniarки zatrudnionej w placówkach służby zdrowia. Główną przyczynę stanowi różnicowanie wysokości wynagrodzenia pielęgniarkek zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zdecydowanie wyższego (finansowanego są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia) od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarkom zatrudnionym w domach pomocy społecznej.

¹² Wystąpienie generalne z dnia 21 czerwca 2021 r. do Minister Rodziny i Polityki Społecznej; KMP.575.9.2021.JJ.

¹³ Tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.

¹⁴ Tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r., poz. 1285.

¹⁵ Tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 551.

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, etc.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia, w efekcie powoduje problemy w znalezieniu do pracy w dps-ach osób o tym wykształceniu lub częstych rezygnacji pielęgniarek/pielęgniarzy już zatrudnionych w dps-ach na rzecz podmiotów leczniczych.

W ocenie KMPT sytuacja ta zdecydowanie przekłada się na obniżenie standardów w zapewnieniu opieki i pielęgnacji mieszkańców dps-ów. Konieczna jest zatem nowelizacja obowiązujących przepisów w taki sposób, aby wysokość wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, była analogiczna, jak w przypadku pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Ze względu na uzasadnione potrzeby domów pomocy społecznej w zakresie personelu, uzupełnienie braków kadrowych personelu pielęgniarskiego i tym samym podniesienie standardu opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej Rzecznik Praw Obywatelskich oraz Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur będą monitorować powyższe kwestie w procesie legislacyjnym.

5.3. Opieka psychologiczna

Ważną kwestią sprawdzaną w trakcie wizytacji w domach pomocy społecznej jest zapewnienie pensjonariuszom tych placówek opieki psychologicznej. Zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie DPS¹⁶, mieszkańcom domu należy zapewnić kontakt z psychologiem. Wskazana regulacja wprowadza zatem bardzo ogólny standard, nie określając chociażby form współpracy DPS z psychologiem.

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r., poz. 734, ze zm.).

W placówce zatrudniony jest psycholog na 0,5 etatu (dostępny w godzinach 8.00-14.00 we wtorek, środek i czwartek). Dyrektor placówki poinformował o perspektywie zwiększenia wymiaru pracy psychologa do pełnego etatu w niedalekiej przyszłości.

KMPT popiera taką perspektywę i tym samym rekomenduje zwiększenie wymiaru czasu pracy psychologa. Z pewnością polepszyłyby to standard życia i opieki zapewnionej mieszkańcom, zwiększając tym samym atrakcyjność oferty opiekuńczej domu opieki.

Zdaniem KMPT psycholog ma do odegrania w placówkach opiekuńczych szczególną rolę¹⁷. Może pomóc nowo przyjmowanym mieszkańcom w adaptacji w nowym miejscu i pokonaniu towarzyszących im trudności i obaw. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką mieszkańców trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość mieszkańca, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i osobami najbliższymi. W trudnych sytuacjach życiowych, czy w okresach obniżonego nastroju podjęcie odpowiednio wczesnej interwencji psychologicznej nie tylko wpływa na komfort mieszkańców, ale również pełni funkcję profilaktyczną redukując ryzyko pogłębienia się trudności doświadczanych przez pensjonariuszy i zapobiegając pogorszeniu się stanu ich zdrowia.

Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy mieszkaniec trafia do placówki wbrew swojej woli, w wyniku decyzji sądu. Doświadcza wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Wówczas rola psychologa jest bardzo istotna.

Należy mieć również na względzie skutki emocjonalne jakie wywołała pandemia koronawirusa i towarzysząca jej izolacja od najbliższego otoczenia. Światowa

¹⁷ Zob. uwagi KMPT na temat roli psychologa w domach pomocy społecznej, przedstawione w raporcie tematycznym 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. 78-82.

Organizacja Zdrowia (WHO) w zaktualizowanych wytycznych dotyczących zapobiegania i kontroli COVID-19 w miejscach pozbawienia wolności podkreśla, że pobyt na usługi psychologiczne prawdopodobnie wzrośnie w tego typu miejscach w następstwie pandemii i nałożonych środków ograniczających¹⁸.

Z kolei Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) w opublikowanych w marcu 2020 r. wytycznych adresowanych do państw - sygnatariuszy OPCAT oraz krajowych mechanizmów prewencji tortur podkreślił, że w czasie pandemii COVID-19 wszystkie osoby pozbawione wolności oraz pracownicy tych miejsc, powinni otrzymywać odpowiednie wsparcie psychologiczne¹⁹.

5.4. Niedostateczna kontrola sądowa pobytu osób ubezwłasnowolnionych i umieszczonych postanowieniem sądu

Zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego²⁰, obowiązek sądowej kontroli legalności przyjęcia i przebywania w domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także przestrzegania ich praw oraz warunków panujących w placówce, dotyczy wyłącznie domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób chorujących psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną.

Tymczasem pensjonariusze, którymi powinien interesować się sąd z urzędu, mogą przebywać również w innych typach domów. W DPS w Kaliszu przebywało 5 osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, a 1 została umieszczona postanowieniem sądu.

Niektórzy mieszkańcy byli konsultowani psychiatrycznie. Z informacji przekazanych przez pracowników placówki wynikało, że Dom nie był dotąd wizytowany przez sędziego. W opinii KMPT jest to luka prawna, która stawia część mieszkańców domów

¹⁸ World Health Organization Regional Office for Europe, Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention, Interim guidance, 8 February 2021, s. 36.

¹⁹ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic (adopted on 25th March 2020).

²⁰ Tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r., poz. 685, ze zm.

pomocy społecznej w gorszej pozycji. Pozwala na nieweryfikowane oraz nieokreślone czasowo pozbawienie wolności, pomija konieczność zagwarantowania wolności osobistej każdemu człowiekowi i możliwość domagania się w bezpośrednim kontakcie z sędzią wizytatorem, weryfikacji ich sytuacji w tym zakresie.

5.5. Monitoring wizyjny

Na terenie DPS zainstalowano monitoring wizyjny. Monitorowany jest teren zewnętrzny, korytarze oraz miejsca wspólne.

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 Obywatelskich²¹. 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 zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu²². Brak przepisów regulujących tę materię prowadzi do wniosku, że obecnie instalowanie monitoringu w domach pomocy społecznej może naruszać przepisy Konstytucji.

²¹ 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.

²² Zob. Wystąpienie RPO z 11 kwietnia 2016 r., III.7065.3.2016.

Rzecznik ponownie zwrócił uwagę na ten problem w wystąpieniu z dnia 30 stycznia 2018 r.²³. Sprawa pozostaje nadal w zainteresowaniu RPO.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Posiedzenie sądu w formie on line w sprawach o ubezwłasnowolnienie

Analizując dokumentację mieszkańców DPS przedstawiciel KMPT zwrócił uwagę, że jedna z mieszkank otrzymała wezwanie z Sądu Okręgowego w Kaliszu informujące o stawieniu się na rozprawę on line w dniu 4.07.2022 r., w trakcie której zostanie przesłuchana w charakterze strony w sprawie wniosku o ubezwłasnowolnienie.

Przeprowadzanie rozpraw sądowych w sprawach cywilnych w formie wideokonferencji odbywa się na podstawie przepisów art. 15 zzs¹ ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 z późn. zm.). Od przeprowadzenia posiedzenia zdalnego można odstąpić tylko w przypadku, gdy rozpoznanie sprawy na rozprawie lub posiedzeniu jawnym jest konieczne, a ich przeprowadzenie w budynku sądu nie wywoła nadmiernego zagrożenia dla zdrowia osób w nich uczestniczących. Przewodniczący może zarządzić przeprowadzenie posiedzenia niejawnego, gdy nie można przeprowadzić posiedzenia zdalnego, a przeprowadzenie rozprawy lub posiedzenia jawnego nie jest konieczne. Zasada przeprowadzania rozpraw w formie zdalnej obowiązuje w okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii z powodu COVID-19 oraz w ciągu roku od odwołania ostatniego z nich.

Przedstawiciele KMPT stoją na stanowisku, że przeprowadzanie posiedzenia w przypadku tak istotnych kwestii jak np. ubezwłasnowolnienie lub umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym powinno odbywać się w sposób stacjonarny, przy osobistym kontakcie składu orzekającego posiedzenia z uczestnikami postępowania.

²³ Zob. Wystąpienie RPO z dnia 30 stycznia 2018 r., KMP.575.7.2016.

Instytucja ubezwłasnowolnienia wywołuje daleko idące skutki prawne ingerujące w prawo człowieka do wolności i samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących swojej osoby i majątku. Dlatego też postępowanie w tego rodzaju sprawach powinno być przeprowadzane z zachowaniem szczególnej troski w zakresie zabezpieczenia gwarancji procesowych osobie ubezwłasnowolnianej. Należy uwzględnić wszelkie okoliczności, a także stan zdrowia fizycznego i psychicznego takiej osoby, możliwości jej funkcjonowania w codziennym życiu, tak aby móc dostosować jak najbardziej adekwatne środki prawne do jej szczególnej sytuacji²⁴.

Stan zdrowia, kondycja psychiczna i fizyczna osoby, wobec której toczy się postępowanie w sprawie ubezwłasnowolnienia lub umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym, stanowi dodatkowy argument za osobistym kontaktem, aby wyeliminować wszelkie ryzyko pominięcia lub nieuwzględnienia istotnych czynników przy podejmowaniu decyzji. Jest to zabezpieczenie zarówno dla osoby, wobec której toczy się postępowanie jak i dla sądu. Wirtualne przesłuchania/wysłuchania obarczone są wieloma barierami, które stwarza technologia. KMPT dostrzega, na bazie doświadczeń ostatnich dwóch lat, że kontakt z osobami z niepełnosprawnościami psychicznymi, sensorycznymi (np. niedowidzącymi, niedosłyszącymi), a w szczególności w zaawansowanym wieku przy użyciu technologii jest dla nich szczególnie trudny i stresujący. Nie ułatwia to budowania poprawnych relacji, nie zapewnienie wszechstronnego kontaktu, może natomiast zniekształcać prawdziwy obraz i podważać istotne elementy.

Z tego powodu, w ocenie KMPT skład orzekający w tak ważnych sprawach jak ubezwłasnowolnienie oraz umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym powinien dokonywać ustaleń na podstawie bezpośredniego kontaktu z osobami, której sprawa dotyczy tak, aby wyeliminować wszystkie możliwe ogniwa pośrednie, które mogłyby przyczyniać się do zniekształcania prawdy.

²⁴ Więcej na ten temat w: M. Manowska, P. Gałęcki, Procesowe i materialne aspekty ochrony praw osoby, wobec której toczy się postępowanie o ubezwłasnowolnienie – część I, *Psychiatr. Pol.* 2019; 53 (1): str. 167–176.

Podobne stanowisko wyraził Instytut Legislacji i Prac Parlamentarnych Naczelnej Rady Adwokackiej w piśmie z dnia 21.03.2022 r. skierowanym do Departamentu Legislacyjnego w Ministerstwie Sprawiedliwości²⁵.

6.2. Postępowanie z depozytem i środkami pieniężnymi mieszkańców

Postępowanie z depozytami mieszkańców i ich środkami pieniężnymi w DPS odbywa się na podstawie opracowanej procedury postępowania w tym zakresie. Każdy mieszkaniec przy przyjęciu podpisuje umowę o przechowywanie środków pieniężnych na koncie depozytowym (w którym m. in. upoważnia przyjmującego, czyli DPS, do dokonywania potrąceń z jego konta), a także oddzielne upoważnienie konkretnych pracowników DPS do odbioru emerytury i innych świadczeń oraz do dokonywania opłat za pobyt w DPS oraz wpłat pozostałych pieniędzy na konto depozytowe DPS. Na upoważnieniu znajdują się podpisy mieszkańca oraz upoważnionych pracowników.

Jednakże w przypadku niektórych mieszkańców w miejscu przeznaczonym na ich podpis widniała adnotacja „podpis niemożliwy ze względu na stan zdrowia”. Pod upoważnieniem i umową podpisali się jedynie pracownicy DPS wymienieni w upoważnieniu do dysponowania środkami pieniężnymi.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z art. 79 kodeksu cywilnego (Dz. U. z 2022 r., poz. 1360, tekst jedn.) osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać. Nie ma znaczenia przyczyna niemożności pisania. Przepis art. 79 kodeksu cywilnego dotyczy

²⁵ https://www.adwokatura.pl/admin/wgrane_pliki/file-nra015-2352022-33184.pdf

zarówno osób, które nie potrafią pisać, jak i osób potrafiących pisać, które jednak nie mogą w danej chwili złożyć własnoręcznego podpisu na skutek trwałej lub choćby przemijającej przeszkody (choroba, kalectwo, przejściowa niesprawność)²⁶.

KMPT zaleca dostosowanie Procedury postępowania z przedmiotami i środkami pieniężnymi oddanymi w depozyt przez mieszkańca DPS w Kaliszu oraz praktyki podpisywania upoważnień i umów w sposób zgodny z przepisami prawa.

6.3. Dokumentowanie obrażeń

Analiza przypadków mieszkańców przyjętych w 2022 r. wykazała, że pierwsze badanie lekarskie po przyjęciu do placówki odbywa się w ciągu kilku następných dni (od 1-2 dnia po przyjęciu do 21 dnia). W podobnym odstępie czasowym przeprowadzana jest pierwsza konsultacja psychologiczna (od kilku dni do kilku tygodni po przyjęciu). Delegacja KMPT zarekomendowała, aby pierwsze badanie lekarskie i konsultacja psychologiczna nowoprzyjętego mieszkańca odbywały się niezwłocznie po przyjęciu (najlepiej w ciągu 24 godzin od przyjęcia). Ważne jest w tym miejscu prawidłowe udokumentowanie wszystkich jego chorób, dolegliwości i obrażeń, a także ocena kondycji psychicznej.

Jak ustaliła delegacja KMPT, personel potrzebuje fachowego szkolenia z zakresu sposobów identyfikacji i dokumentowania obrażeń, oznak przemocy, w tym tortur i innych form okrutnego traktowania. Podstawowy dokument w tym zakresie – Protokół Stambulski²⁷ – pozostawał nieznanym, a oznaki niektórych form przemocy mogłyby być trudne do zauważenia dla osoby niewyczulonej i nieprzeszkolonej w tym zakresie lub pomyłone ze zmianami na ciele, powstałymi w wyniku upadku, czy codziennego

²⁶ J. Sadowski [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna, cz. 2 (art. 56–125), red. J. Gudowski, Warszawa 2021, art. 79.

²⁷ Zob. Protokół stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania; Biuro Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka; Professional Training Series No. 8/Rev.1.; Nowy Jork i Genewa 2004. Zaktualizowana wersja: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>.

funkcjonowania. W wizytowanym Domu, w przypadku zauważenia obrażeń, personel odnotowuje to w raporcie pielęgniarzkim oraz powiadamia rodzinę mieszkańca.

Warto zaznaczyć, że mieszkańcy DPS pochodzą z różnych środowisk i mogli doświadczać przemocy (w tym psychicznej) także poza placówką, np. w domu rodzinnym, szpitalu lub w czasie kontaktu z Policją. Tym bardziej kluczowym elementem przy przyjęciu do DPS oraz w trakcie codziennej opieki jest diagnozowanie oznak przemocy i jej odpowiednie dokumentowanie, na potrzeby procesu karnego.

KMPT zachęca także, aby personel korzystał z map ciała, które są dostępne we wspomnianym Protokole Stambulskim. Dzięki temu w łatwy sposób można oznaczyć np. odleżyny, czy ślady mogące świadczyć o stosowaniu przemocy. 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. Obecnie zmiany skórne mieszkańców Domu są co prawda opisywane w raportach opiekunów, ale przy wielu informacjach mogą być trudne do odnalezienia.

6.4. Ochrona zdrowia

Opieka medyczna w placówce jest na bardzo dobrym poziomie. Mieszkańcy Domu są pod opieką lekarzy rodzinnych z pobliskiej przychodni zdrowia, którzy przeprowadzają wizyty w placówce raz w tygodniu lub częściej, w razie zaistnienia takiej potrzeby.

Mieszkańcy mają także dostęp do lekarzy specjalistów. Lekarz psychiatra umawiany jest na wizyty domowe w przypadku zaistnienia takiej potrzeby.

Mieszkańcy mają też możliwość konsultacji z psychologiem i pedagogiem, a także uczestniczenie w zajęciach rehabilitacji, które odbywają się od poniedziałku do piątku w godz. 7:00 – 15:00. Oferta zajęć rehabilitacyjnych obejmuje: kinezyterapię, fizykoterapię (hydroterapię, laseroterapię, elektroterapię, światłolecznictwo, magnetoterapię), a także terapię przyłóżkową.

Delegacja KMPT zwróciła uwagę, że obecnie DPS nie współpracuje z żadnym geriatrą, co w dużej mierze wynika z braku specjalistów w obszarze geriatry. Mając jednak na uwadze zaawansowany wiek większości pacjentów oraz ich wielochorobowość, KMPT zachęca do podjęcia działań w zakresie pozyskania specjalisty z tego zakresu, a w przypadku jego braku upowszechniania szkoleń z zakresu postępowania z pacjentem geriatrycznym wśród pielęgniarek, fizjoterapeutów i pracowników socjalnych.

6.5. Mechanizm skargowy

W Domu opracowana została Procedura przyjmowania, ewidencjonowania i rozpatrywania skarg i wniosków. Mogą być one wnoszone pisemnie, za pomocą faxu, poczty elektronicznej, a także ustanie do protokołu. Wszystkie odnotowane są w rejestrze rejestr skarg i wniosków.

W celu ulepszenia pensjonariuszom dostępu do zewnętrznych mechanizmów skargowych KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych domu opieki, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. tablice informacyjne na korytarzach, przy wejściu do placówki) danych teleadresowych instytucji, do których mieszkaniac lub inna osoba mogliby się zwrócić w przypadku naruszenia praw pensjonariusza. Takimi instytucjami mogą być przykładowo: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676)²⁶, Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Polityki Społecznej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

Wg standardów CPT podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności (w tym w domach opieki). Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami, a personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki

powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)²⁸.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców²⁹. Podkreśla również, że brak skarg nie koniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg³⁰.

6.6. Szkolenia personelu

Wizytujący nie otrzymali sygnałów świadczących o złym traktowaniu mieszkańców przez personel. Przeciwnie, opinie na temat pracowników były bardzo dobre. W czasie swojego pobytu przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na empatię i profesjonalizm pracowników. Mieszkańcy byli też zadbani pod względem higienicznym.

W latach 2021-2022 personel placówki uczestniczył w szkoleniach dotyczących m.in.: depozytów mieszkańców, opieki nad pacjentem z cukrzycą, sygnalista w instytucjach publicznych, praw i obowiązków mieszkańców, interwencji przy próbie samobójczej u

²⁸ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91. Uwagi CPT w zakresie mechanizmu skargowego mieszkańców domów opieki znajdują się również w dokumencie pt. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf(2020) 41, par. 79.

²⁹ Tamże, par. 83.

³⁰ Tamże, par. 91.

podopiecznych, kierunków działań terapeutycznych, metod pracy z mieszkańcem oraz tworzenia indywidualnych planów pracy.

KMPT pozytywnie ocenia starania placówki w kierunku zapewnienia kadry rozwoju zawodowego. Zachęca jednocześnie, by rozwój i wsparcie merytoryczne personelu miało charakter systematyczny i adekwatny do potrzeb. Szkolenie personelu jest bowiem mechanizmem zapobiegania przemocy, torturom, nieludzkiemu i poniżającemu traktowaniu, a także budowania odpowiedniej kultury organizacyjnej. Dlatego też warto, by oferta szkoleniowa była dostosowana do potrzeb poszczególnych grup zawodowych oraz koncentrowała się na: komunikacji interpersonalnej, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych, przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu, opiece nad osobami w podeszłym wieku, z niepełnosprawnością fizyczną lub intelektualną oraz międzynarodowych standardach ochrony praw człowieka (w tym prawach osób starszych i z niepełnosprawnościami).

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. Wsparcie personelu jest bowiem niezwykle istotne szczególnie w czasie pandemii, gdzie ciągły stres może powodować wzrost napięcia i występowanie sytuacji konfliktowych.

Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) podkreśla, że z uwagi na trudny charakter pracy, personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki³¹.

³¹ 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 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zobacz również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy³².

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

7.1. Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej w Kaliszu:

- 7.1.1. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi zabezpieczenia przed upadkiem, stosownie do uwag wskazanych w pkt. 4.1. raportu;
- 7.1.2. stosowanie wobec mieszkańców zabezpieczeń przed upadkiem wyłącznie na zlecenie lekarza i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta, stosownie do uwag wskazanych w pkt. 4.1. raportu;
- 7.1.3. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańców przed upadkiem wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami;
- 7.1.4. dostosowanie Procedury postępowania z przedmiotami i środkami pieniężnymi oddanymi w depozyt przez mieszkańca DPS w Kaliszu oraz praktyki podpisywania upoważnień i umów w sposób zgodny z przepisami prawa;
- 7.1.5. zapewnienie opieki pielęgniarzkiej w porze nocnej;
- 7.1.6. zwiększenie wymiaru czasu pracy psychologa;
- 7.1.7. przeprowadzenie pierwszego badania lekarskiego i konsultacji psychologicznej nowoprzyjętego mieszkańca niezwłocznie po przyjęciu;
- 7.1.8. przeszkolenie personelu z Protokołu Stambulskiego;
- 7.1.9. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnego formularza do oznaczenia obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który

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

wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej mieszkańca;

7.1.10. podjęcie działań w zakresie pozyskania specjalisty z zakresu geriatricy, a w przypadku jego braku upowszechniania szkoleń z zakresu postępowania z pacjentem geriatrycznym wśród pielęgniarek, fizjoterapeutów i pracowników socjalnych;

7.1.11. wyeksponowanie danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka, w tym instytucji sprawujących nadzór i kontrolę nad DPS;

7.1.12. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń;

7.1.13. zorganizowanie personelowi superwizji.

7.2. Prezydentowi Miasta Kalisz:

7.2.1. udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

7.3. Prezesowi Sądu Okręgowego w Kaliszu:

7.3.1 przeprowadzanie posiedzeń w przypadku tak istotnych kwestii jak ubezwłasnowolnienie lub umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w sposób stacjonarny, przy osobistym kontakcie składu orzekającego posiedzenia z uczestnikami postępowania.

Opracowała: dr Justyna Józwiak

Za Zespół:

Przemysław Kazimirski
Dyrektor Zespołu
/-podpisano elektronicznie/