



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich
Ryszard CZERNIAWSKI

Warszawa, 5 grudnia 2013 r.

RPO-742891-VII-720/13/AI

00-090 Warszawa Tel. centr. 22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 22 827 64 53

Pani
Elżbieta Seredyn
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Pracy i Polityki
Społecznej

Ryszard Czerniawski *Pani Elżbieta Seredyn*

W odpowiedzi na Pani pismo z dnia 25 lipca 2013 r. (DPS-V-0712-1-5513-JŁ/13) uprzejmie dziękuję za ustosunkowanie się do wniosków zawartych w *Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2012*. Jednocześnie, pragnę odnieść się do niektórych przedstawionych w nim kwestii.

- I. Przede wszystkim należy podkreślić, iż zawartą w *Raporcie* uwagę, że „**gdyby istniał lepiej zorganizowany system opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi część mieszkańców mogłaby funkcjonować poza placówką**” należy uzasadnić wnioskami płynącymi z obserwacji poczynionych przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji oraz analizą rozwiązań z zakresu opieki społecznej przyjętych np. w Wielkiej Brytanii. Podstawową zasadą przyświecającą bowiem brytyjskim służbom opieki społecznej jest utrzymanie samodzielności osoby objętej opieką tak długo, jak to tylko możliwe i zachęcanie użytkowników usług do niezależnego życia, dzięki zagwarantowanej im opiece „społecznościowej” niż opiece w placówce. W związku z powyższym opieka społeczna dla osób niepełnosprawnych lub starszych obejmuje zapewnianie, w zależności od potrzeb oraz sytuacji materialnej, usług obejmujących pomoc przy opiece osobistej w domu, zapewnienie sprzętu niezbędnego do samodzielnego zamieszkania, dostosowanie pomieszczeń dla osób niepełnosprawnych w taki sposób by umożliwić im mieszkanie w domu, porady i wsparcie. Wprowadzono także możliwość

umieszczania osób wymagających opieki w domach opiekunów świadczących zindywidualizowane usługi niewielkiej liczbie mieszkańców (por. M. Titterton, S. Pelling-Deeves, P. Nolan, *Usługi i instytucje opieki społecznej w Wielkiej Brytanii. Ekspertyza*).

Podobnych informacji udzielił przedstawicielom Krajowego Mechanizmu Prewencji Ombudsman Walii, który wskazał, że tam już w latach 70-tych minionego wieku dokonano zmiany polityki państwa w zakresie świadczenia pomocy społecznej polegającej na likwidacji dużych placówek opiekuńczych i udzielaniu wsparcia osobom potrzebującym w ich domach prywatnych lub w domach chronionych.

Warto zauważyć, iż przyjęcie tego typu rozwiązań posiada także swój walor ekonomiczny, jak zauważono bowiem w przyjętych w 2006 r. wytycznych dla służb społecznych zapewnienie bezpiecznej opieki zdrowotnej i społecznej w środowisku potrzebujących daje nie tylko lepsze rezultaty w zakresie ich zdrowia i samopoczucia, ale zapewnia także lepszą wartość otrzymywaną za publiczne środki (Department of Health, *Our Health, Our Care, Our Say: a New Direction for Community Services Executive Summary*, Londyn 2006, s. 9). Ponadto, rozwiązania funkcjonujące w Wielkiej Brytanii stanowią odzwierciedlenie założeń zawartych w zrewidowanej Europejskiej Karcie Społecznej statuujących prawo osób niepełnosprawnych do samodzielności (art. 15), a osób starszych do ochrony socjalnej m.in. poprzez umożliwienie im niezależnej egzystencji w znanym środowisku dopóty, dopóki będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne (art. 23).

Krajowe ustawodawstwo również stwarza pewne możliwości w zakresie świadczenia pomocy społecznej ukierunkowanej na podtrzymanie samodzielności jej beneficjentów. Należą do nich, określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 182 ze zm.) usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, mieszkania chronione, pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniach chronionych (art. 36). W praktyce wydaje się jednak, iż możliwości te nie są w pełni wykorzystywane. **Obserwacje poczynione przez przedstawicieli Mechanizmu świadczą bowiem, że część mieszkańców domów pomocy społecznej trafia tam z powodu braku miejsca do zamieszkania lub wsparcia w załatwianiu czynności życiowych.**

Trzeba także zauważyć, iż kwestie związane z rozwinięciem pomocy świadczonej w środowisku potrzebujących zostały zaakcentowane w Strategii Polityki Społecznej na lata

2007-2013. W *Priorytecie 3 - Kompleksowa rehabilitacja i aktywizacja osób niepełnosprawnych* wskazano bowiem jako cel m.in. wspieranie budownictwa bez barier architektonicznych dla osób niepełnosprawnych ruchowo oraz tworzenie zasobu mieszkań chronionych dla osób o innych typach niepełnosprawności niż ruchowa, zwiększenie dostępu osób niepełnosprawnych do usług rehabilitacyjnych, usług opiekuńczych, rozwój i wspieranie usług asystenckich dla osób niepełnosprawnych. Z kolei Priorytet 4 - *Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie* zakłada promocję i rozwój środowiskowych form opieki nad osobami w wieku poprodukcyjnym, wymagających tego typu pomocy do zaspokojenia codziennych potrzeb, a także podjęcie działań na rzecz dostosowania zasobów mieszkaniowych wraz z otoczeniem do potrzeb osób starszych.

- II. Przechodząc do poruszonej w *Raporcie* kwestii zapewnienia mieszkańcom domów pomocy społecznej opieki psychologiczno-psychiatrycznej przyjmuję przekazaną przez Panią informację, że **brak precyzyjnego uregulowania częstotliwości kontaktów z psychologiem lub psychiatrą jest celowym zabiegiem prawodawcy** mającym na celu umożliwienie indywidualnego dostosowania ich do potrzeb konkretnych mieszkańców. **Ustalenia poczynione przez przedstawicieli Mechanizmu wykazują, że stosowanie powyższej regulacji w praktyce zdaje się zatem nie spełniać pokładanych w niej oczekiwań.** Nie można bowiem zgodzić się z wnioskiem, że brak zatrudnienia w jakiegokolwiek formie psychologa w dwóch wizytowanych w roku ubiegłym domach pomocy społecznej przeznaczonych dla osób przewlekle psychicznie chorych spowodowany jest brakiem potrzeb w tym zakresie. Zauważyć należy ponadto, że zawarty w § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 964) ogólny wymóg zapewnienia mieszkańcom kontaktów z psychologiem lub psychiatrą nie zostanie wypełniony nawet przy tak minimalnym zatrudnieniu psychologa, jaki pracownicy KMP zaobserwowali w jednym z domów dla osób przewlekle psychicznie chorych, w którym 216 mieszkańców mogło skorzystać z pomocy psychologa jedynie przez 4 godziny tygodniowo. Uznać należy, że zatrudnienie psychologa we wskazanym powyżej wymiarze umożliwia jedynie np. dokonanie oceny stanu psychicznego mieszkańców przy przyjęciu i ewentualnie co pół roku podczas aktualizacji indywidualnego planu wsparcia, a wyklucza możliwość

zapewnienia efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających świadczonych przez dom pomocy społecznej.

III. W odniesieniu z kolei do kwestii stosowania środków przymusu bezpośredniego pragnę zauważyć, iż zawarte w *Raporcie* uwagi, w tym zalecenie prowadzenia rejestrów stosowania takich środków, dotyczyły domów pomocy społecznej, w których, zgodnie z obowiązującymi przepisami, mogą być one stosowane. Kwestia ta została zaznaczona we wstępie podrozdziału poświęconego stosowaniu środków przymusu bezpośredniego. Pozostając na gruncie stosowania środków przymusu bezpośredniego trzeba podkreślić, że moje zaniepokojenie wywołało przytoczone w odpowiedzi stwierdzenie, iż „mieszkańcy w stosunku do których istnieje potrzeba częstego stosowania środków przymusu bezpośredniego, czy stosowania go w sposób długotrwały, powinni znajdować się w szpitalach psychiatrycznych a nie w domach pomocy społecznej”. Pragnę w tym miejscu zauważyć, że przyjęcie takiego rozwiązania oznaczałoby wprowadzenie dodatkowej, pozbawionej podstaw prawnych przesłanki leczenia w warunkach szpitala psychiatrycznego. W praktyce w szpitalach psychiatrycznych mogłyby być umieszczone, osoby niewymagające leczenia szpitalnego, niezagrażające swojemu życiu lub zdrowiu, a dopuszczające się np. częstego gwałtownego niszczenia przedmiotów. Oczywiście nie można wykluczyć sytuacji, w których konieczne będzie skierowanie mieszkańca domu pomocy społecznej do szpitala psychiatrycznego, jednakże wszelkie decyzje w tym zakresie powinny być zależne od indywidualnej oceny stanu zdrowia oraz spełnienia przesłanek zawartych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.), a nie od częstotliwości lub długości stosowania wobec niego środków przymusu bezpośredniego.

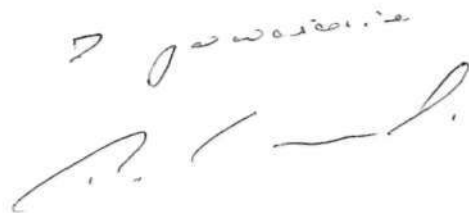
IV. Trudno także zgodzić się, że **ograniczenia wyjść mieszkańców z budynków domów pomocy społecznej** powinny być traktowane jedynie jako zagadnienia o charakterze teoretycznym. W wielu domach pomocy społecznej, w których przedstawiciele Mechanizmu przeprowadzili wizytacje, stwierdzono istnienie **reglamentacji w tym zakresie, mimo braku ku temu podstaw prawnych.**

Bez znaczenia wydaje się być także przypisywanie ograniczeniom w wyjściu z budynków domów pomocy społecznej charakteru porządkowego, a nie restrykcyjnego. Istota ich bowiem jest taka sama i sprowadza się do pozaustawowego ograniczenia wolności osobistej

mieszkańców. Oczywistym jest, że dom pomocy społecznej nie jest hotelem, a osoby sprawujące opiekę nad pensjonariuszami są za nich odpowiedzialne. Okoliczności te jednak nie znoszą obowiązku organizowania działalności domów pomocy społecznej na podstawie i w granicach obowiązującego prawa.

Podkreślenia wymaga również, że **napływające do Rzecznika skargi wskazują, iż kwestia samodzielnego opuszczania placówki ma charakter kontrowersyjny i stanowi problem zarówno dla jej pensjonariuszy, jak i kierownictwa domów pomocy społecznej.** W tym stanie rzeczy zasadne wydaje się rozważenie wprowadzenia regulacji ustawowej w tym zakresie. Potrzeba takiej regulacji została zresztą dostrzeżona w odpowiedzi z dnia 25 lipca 2013 r.

Mając na uwadze powyższe, działając w imieniu Rzecznika Praw Obywatelskich wykonującego funkcję Krajowego Mechanizmu Prewencji, na podstawie art. 16 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.) zwracam się do Pani Minister o odniesienie się do podniesionych w niniejszym piśmie zagadnień.

A handwritten signature in black ink is visible, appearing to be 'A. B. C.' followed by a horizontal line. Above the signature, there is a faint, partially legible stamp or text, possibly containing the name 'Rzecznik'.