



**Dostęp do opieki medycznej i psychologicznej
kobiet w ciąży, matek, dzieci oraz ofiar tortur
i urazów wojennych w ośrodkach dla
cudzoziemców ubiegających się
o status uchodźcy w Polsce**

Raport z monitoringu przeprowadzonego w 2009 roku



FUNDACJA MIĘDZYNARODOWA INICJATYWA HUMANITARNA



„Państwa Członkowskie biorą pod uwagę szczególną sytuację osób wrażliwych, takich jak małoletni, małoletni pozbawieni opieki, osoby niepełnosprawne, osoby starsze, kobiety ciężarne, rodzice samotnie wychowujący małoletnie dzieci oraz osoby, które zostały poddane torturom, ofiary gwałtu lub innych poważnych form przemocy fizycznej, psychicznej lub seksualnej.”

„Państwa Członkowskie zapewniają dostęp do usług rehabilitacyjnych dla małoletnich będących ofiarami jakiegokolwiek formy nadużyć, zaniedbywania, wykorzystywania, torturowania lub okrutnego, nieludzkiego i upokarzającego traktowania, lub dla małoletnich, którzy ucierpieli w wyniku konfliktów zbrojnych, oraz zapewniają im także właściwą opiekę nad zdrowiem psychicznym oraz fachową poradę w razie potrzeby.”

„Państwa Członkowskie czynią wszystko, aby zapewniony był poziom życia odpowiedni do szczególnej sytuacji osób mających specjalne potrzeby.”

Dyrektywa Rady 2003/9/WE z dnia 27 stycznia 2003 r.

Parlament Europejski,

*wyraża ubolewanie, że w większości odwiedzonych ośrodków migranci i osoby ubiegające się o azyl systematycznie skarżyły się na **niedostateczną i nieodpowiednią opiekę lekarską, trudności z dostępem do lekarzy i komunikowaniem się z nimi, brak specjalnej opieki (w szczególności dla kobiet w ciąży, ofiar tortur) i odpowiednich leków;***

*zwraca się do państw członkowskich o rozszerzenie obecnie oferowanej opieki lekarskiej na ubiegających się o azyl imigrantów tak, aby nie ograniczała się do pilnych przypadków, i o **zapewnienie opieki psychologicznej oraz świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego;***

*przypomina, że **prawo do zdrowia i leczenia jest jednym z najbardziej podstawowych praw człowieka;***

*zwraca się do Komisji o **zdefiniowanie wspólnych wiążących norm dotyczących identyfikacji osób znajdujących się w trudnej sytuacji,** w szczególności ofiar tortur i handlu ludźmi, osób wymagających specjalnego leczenia, kobiet ciężarnych i nieletnich;*

*wzywa państwa członkowskie do zapewnienia specjalistycznej pomocy osobom znajdującym się w trudnej sytuacji oraz ofiarom tortur i handlu ludźmi, a **w szczególności do zapewnienia pomocy psychologicznej jak również do zagwarantowania im ochrony;***

zwraca się o to, aby wszyscy mający kontakt z osobami znajdującymi się w trudnej sytuacji, w tym pracownicy zajmujący się wnioskami o azyl oraz funkcjonariusze sił porządkowych, przeszli specjalistyczne szkolenie.

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 5 lutego 2009 r. w sprawie wdrażania w Unii Europejskiej dyrektywy 2003/9/WE dotyczącej warunków przyjmowania osób ubiegających się o azyl i uchodźców: wizyty komisji LIBE w latach 2005–2008

SPIS TREŚCI

I.	PODZIĘKOWANIA.....	4
II.	WSTĘP.....	5
III.	STRESZCZENIE.....	7
	AHHOTAЦИЯ (Tłumaczenie streszczenia na język rosyjski).....	10
IV.	ANALIZA PRAWA OBOWIĄZUJĄCEGO W ZAKRESIE POMOCY MEDYCZNEJ I SOCJALNEJ DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O STATUS UCHODźCY W POLSCE.....	13
IV.1.	DYREKTYWA RECEPCYJNA.....	13
IV.1.1.	Pomoc socjalna.....	13
IV.1.2.	Opieka medyczna.....	14
IV.2.	AKTY PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO WIĄŻĄCE.....	15
IV.2.1.	Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych.....	15
IV.2.2.	Europejska karta społeczna.....	16
IV.3.	AKTY NIEWIĄŻĄCE: WYSOKI KOMISARZ NARODÓW ZJEDNOCZONYCH DS. UCHODźCÓW.....	30
IV.4.	KONSTYTUCJA RP.....	17
IV.5.	USTAWA O UDZIELANIU CUDZOZIEMCOM OCHRONY NA TERYTORIUM R.P.....	17
IV.5.1.	ŚWIADCZENIA SOCJALNE.....	17
IV.5.2.	Ograniczenia i wyłączenia.....	18
IV.5.3.	Cofnięcie i wstrzymanie udzielania pomocy.....	19
IV.5.4.	Rodzaje i formy udzielanej pomocy.....	19
IV.5.4.1.	Pomoc udzielana w ośrodku.....	19
IV.5.4.2.	Pomoc udzielana poza ośrodkiem.....	21
IV.6.	DODATKOWE EKWIWALENTY.....	21
IV.6.1.	Becikowe.....	21
IV.6.2.	Zakup pieluch.....	21
IV.7.	ZAKWATEROWANIE, WARUNKI BYTOWE W OŚRODKU RECEPCYJNYM.....	22
IV.8.	WYŻYWIENIE.....	24
IV.9.	PRAWO DO OPIEKI MEDYCZNEJ.....	25
IV.9.1.	Pokrycie kosztów opieki medycznej.....	27
IV.9.2.	Usługi stomatologiczne.....	27
IV.9.3.	Wymogi fachowe i sanitarne, jakie musi spełniać ambulatorium w ośrodku.....	28
IV.10.	OPIEKA NAD OSOBAMI, KTÓRE BYŁY PODDAWANE PRZEMOCY ALBO SĄ NIEPEŁNOSPRAWNE.....	28
IV.11.	OBOWIĄZKOWE ZABIEGI SANITARNE.....	29
IV.12.	WYKUP LEKÓW, ZWROT KOSZTÓW ZA WYKUP LEKÓW.....	30
IV.13.	TRANSPORT MEDYCZNY, SYTUACJE NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA LUB ZDROWIA.....	30
IV.14.	DOCHODZENIE PRAW PRZEZ PACJENTÓW.....	31
IV.15.	OPIEKA NAD KOBIETAMI W CIAŻY.....	31
IV.16.	OPIEKA NAD DZIEĆMI URODZONYMI W POLSCE I DZIEĆMI DO 3 ROKU ŻYCIA.....	31
IV.17.	OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE.....	32
IV.17.1.	Prawa osób niepełnosprawnych.....	32
IV.17.2.	Rehabilitacja osób niepełnosprawnych.....	33
IV.18.	STANDARDY ZATRUDNIENIA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA I PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH.....	33
IV.18.1.	Pracownicy służby zdrowia.....	33
IV.18.2.	Pracownicy socjalni.....	34
IV.19.	PROCEDURY STOSOWANE WOBEC OSÓB NARUSZAJĄCYCH REGULAMIN.....	35
IV.20.	REGULAMINY.....	35
IV.21.	ZAWARCIE ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIEGO.....	36
IV.22.	PRZEMOC WOBEC KOBIET; PRZEMOC DOMOWA.....	36
IV.23.	LISTA PODSTAWOWYCH AKTÓW PRAWNYCH.....	37
V.	SYSTEM OPIEKI MEDYCZNEJ DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O STATUS UCHODźCY.....	38
V.1.	FINANSOWANIE I ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG MEDYCZNYCH.....	38
V.2.	USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ CSK MSWiA ORAZ PODWYKONAWCÓW CSK MSWiA.....	40
VI.	OBSZARY BADAWCZE.....	47
VII.	PRÓBA BADAWCZA. ZESPÓŁ REALIZATORÓW.....	47
VIII.	OPIS BADANYCH OŚRODKÓW.....	48
VIII.1.	FILTR EPIDEMIOLOGICZNY – DĘBAK.....	48
VIII.2.	OŚRODEK W LININIE.....	53
VIII.3.	OŚRODEK NA BIELANACH.....	65
VIII.4.	OŚRODEK W BRWINOWIE (MOSZNA).....	78
VIII.5.	OŚRODEK W LUBLINIE.....	95
IX.	ANALIZA PORÓWNAWCZA OPIEKI W BADANYCH OŚRODKACH.....	108
X.	OPIS PROBLEMÓW UJAWNIONYCH W TRAKCIE MONITORINGU.....	109

I. PODZIĘKOWANIA

Publikacja ta nie byłaby możliwa bez życzliwości, otwartości i pomocy wielu osób. Zanim zaprezentujemy Państwu nasz raport chcemy podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do jego powstania:

Przede wszystkim dziękujemy setkom osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce, którzy nam zaufali i zgodzili się opowiedzieć o swym losie.

Dziękujemy też wszystkim pracownikom Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA, z którymi rozmawialiśmy podczas wizyt w ośrodkach oraz Panu Adamowi Tołkaczowi i Pani Teresie Danek z zespołu koordynującego pomoc medyczną dla cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy w Polsce.

Dziękujemy również pracownikom Urzędu do Spraw Cudzoziemców: Panu Dyrektorowi Generalnemu - Arkadiuszowi Szymańskiemu, Panu Szymonowi Hajdukowi, Pani Annie Zacharskiej z Biura Organizacji Ośrodków, Panu Wojciechowi Antczakowi i Pani Bożenie Myszak z Ośrodka dla Cudzoziemców w Mosznej, a także wszystkim pracownikom ośrodków w Dębaku, Lininie, Mosznej, na Bielanych i w Lublinie, którzy poświęcili swój czas na przekazanie informacji przedstawionych w tym opracowaniu.

Raport ten to rezultat współpracy Fundacji z zespołem osób aktywnych w innych organizacjach pozarządowych, a przede wszystkim z panią Elżbietą Czyż, panią Agatą Foryś oraz panem Maciejem Fagasińskim z Fundacji Helsińskiej.

Ogromną pomocą były dla nas także panie Aleksandra Chrzanowska i Joanna Zaremba ze Stowarzyszenia Interwencji Prawnej oraz Benita Suwelack z Hessischer Flüchtlingsrat.

Pragniemy również serdecznie podziękować Profesor Halinie Grzymale – Moszczyńskiej oraz jej studentom ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej i Uniwersytetu Jagiellońskiego, którzy, podczas odbywanych u nas staży z wielkim zaangażowaniem pomagali przy projekcie. Szczególne podziękowania kierujemy do Anastazji Kandybenko z UJ za jej pomoc w tłumaczeniach i monitoringu.

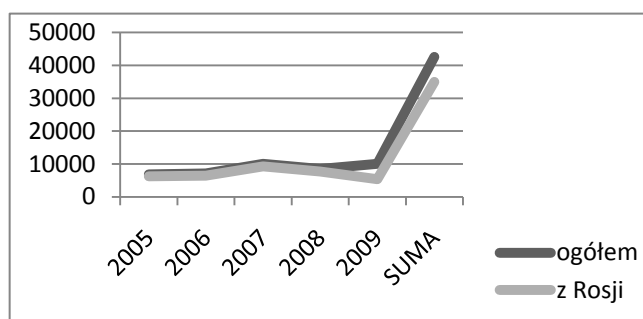
II. WSTĘP

Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna (FMIH) prowadziła w latach 2001 - 2004 na Kaukazie Północnym programy dotyczące opieki medycznej oraz ochrony praw ludności cywilnej. Pomoc humanitarna FMIH polegała m.in. na umożliwianiu dostępu do specjalistycznej pomocy medycznej cywilnym ofiarom konfliktu zbrojnego w Czeczenii oraz sąsiadujących z nią republikach Federacji Rosyjskiej. W ramach programu lekarze i psychologowie FMIH przyjmowali osoby które ucierpiały w wyniku toczącego się konfliktu w punktach pomocy medycznej w Groznm i w Nazranium, jednocześnie w polskich szpitalach odbywały się staże medyczne w zakresie pediatrii, ginekologii, anestezjologii i chirurgii dla lekarzy z północnego Kaukazu, zaś na Kaukazie – polscy lekarze prowadzili szkolenia. Programy te Fundacja realizowała we współpracy z francuską organizacją pozarządową SPF, dzięki finansowaniu MSZ Szwajcarii oraz Biura ds. Pomocy Humanitarnej Komisji Europejskiej (ECHO).

Od 2008 roku przedstawiciele Fundacji regularnie odwiedzali ośrodek dla cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy w Lininie. Tak jak w większości ośrodków w Polsce osoby, które oczekiwały tam na status uchodźcy uciekły z Kaukazu Północnego, najczęściej z Czeczenii. W rozmowach z cudzoziemcami uwagę przedstawiciele FMIH zwróciły niepokojące informacje dotyczące niedostatecznej opieki medycznej i socjalnej w odniesieniu do osób mających specjalne potrzeby. Tak zrodził się pomysł zbadania sytuacji. W 2009 roku, dzięki współfinansowaniu Fundacji Batorego Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna przeprowadziła monitoring opieki medycznej i psychologicznej, jaką objęte są osoby ubiegające się o status uchodźcy, a mające potrzeby specjalne. Są nimi kobiety w ciąży, matki i dzieci, a także ofiary tortur oraz fizycznych i psychicznych urazów wojennych.

W Polsce od lat większość osób ubiegających się o status uchodźcy (lub inną formę ochrony międzynarodowej) pochodzi z Czeczenii. Od 2005 do 2008 uchodźcy przybywający z Rosji stanowili średnio 91% społeczności ubiegającej się o statut uchodźcy w Polsce. Rok 2009 jest nieco inny: od kwietnia do Polski napływała fala migrantów z Gruzji, w końcu roku fala ta znacznie zmalała i znów dominującą grupą przybyszów okazują się ludzie z terenów objętych konfliktem dotyczącym Czeczenii. W 2009 roku osoby te stanowią (do tej pory) 53% wszystkich ubiegających się o status uchodźcy.

W ciągu ostatnich pięciu lat około 35 000 osób z tego obszaru ubiegało się o statut uchodźcy w Polsce.



ROK	Liczba wszystkich osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce	Liczba osób z Fed. Rosyjskiej ubiegających się o status uchodźcy w Polsce
2005	6860	6248
2006	7093	6405
2007	10048	9239
2008	8517	7760
2009*	10104	5340
SUMA	42622	34992

Rys.1 Ludność Rosji ubiegająca się w ostatnich pięciu latach o status uchodźcy na tle ogółu ubiegających się o statut uchodźcy w Polsce (*dane od 1.01.2005 do 17.12.2009 - źródło www.udsc.gov.pl)

Czeczenci pochodzą z obszaru, gdzie od 15 lat trwa konflikt zbrojny, a przemoc wobec ludności cywilnej w aktach ONZ występuje jako „powszechne łamanie podstawowych praw człowieka, częste pozasądowe zabójstwa, zaginięcia i tortury, w tym gwałty”, korespondenci zaś wprost nazywają ją ludobójstwem. Terytorium Czeczenii od lat uchodzi za jeden z najbardziej niestabilnych obszarów na świecie. Zgodnie ze standardami bezpieczeństwa ONZ obszarowi temu przypisano 5 poziom zagrożenia, co uniemożliwiało obecność przedstawicieli międzynarodowych agencji Narodów Zjednoczonych, w tym Urzędu Wysokiego Komisarza do Spraw Uchodźców.

Po latach dyskusji nad tym, którym Czeczenom ubiegającym się o status uchodźcy udzielać ochrony, w 2004 roku UNHCR określił następująco swoje stanowisko: biorąc pod uwagę skomplikowaną sytuację Czeczenów oraz niemożność uzyskania przez nich ochrony w granicach Federacji Rosyjskiej, UNHCR stoi na stanowisku, że Czeczenci, których miejscem stałego zamieszkania przed poszukiwaniem schronienia za granicą była Republika Czeczenii, powinni być uznani za uprawnionych do międzynarodowej pomocy, ponieważ:

- 1. działali w wyniku uzasadnionej obawy przed prześladowaniem i tym samym obejmuje ich definicja uchodźcy zgodnie z Konwencją dotyczącą statusu uchodźcy z 1951 roku i Protokołem do niej z 1967 roku; albo / i*
- 2. opuścili Czeczenię z powodu poważnego i masowego zagrożenia życia, wolności fizycznej lub wolności wynikającego z ogólnej przemocy lub wydarzeń poważnie naruszających porządek publiczny.¹*

Na podstawie tego zalecenia można przyznawać statut uchodźcy wszystkim ubiegającym się o to mieszkańcom Czeczenii, z wyjątkiem tych, którzy przed ucieczką mieszkali poza Czeczenią w Federacji Rosyjskiej (wnioski takich osób powinny być rozpatrywane indywidualnie). W rzeczywistości procedura uzyskania jakiejś formy ochrony międzynarodowej przebiega w Polsce latami. Osoby czekające na decyzję zamieszkują najczęściej w ośrodkach dla osób ubiegających się o status uchodźcy.

Obecnie w Polsce jest 20 takich ośrodków, nad którymi pieczę sprawuje Urząd do Spraw Cudzoziemców (UDSC). Zamieszkują w nich 3332 osoby, ponadto 1898 cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy, żyje poza ośrodkami, a 10 to dzieci w domu dziecka. W sumie UDSC obejmuje swą pomocą 5240 osób ubiegających się o status uchodźcy. Prawie połowa z tych osób (48%)² to dzieci.

W czasie przeprowadzanych badań zespół monitorujący odwiedził 5 z 20 istniejących w Polsce ośrodków podlegających Urzędowi do Spraw Cudzoziemców. Ilość osób zamieszkujących ośrodki stanowiła około ¼ populacji cudzoziemców zamieszkujących wszystkie ośrodki UDSC w Polsce.

Mamy nadzieję, że poniższa publikacja, - rezultat wnikliwych badań sytuacyjnych oraz analizy prawa - pomoże dostrzec trudności, z jakimi borykają się ludzie, którym ma służyć system opieki medycznej dla osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce. Raport ten publikujemy z nadzieją, że pomoże on znaleźć rozwiązania i wprowadzić zmiany systemowe w obszarach, w których zmiany takie są konieczne.

¹ UNHCR, Stanowisko UNHCR w sprawie osób poszukujących azylu i uchodźców z Republiki Czeczenii (Federacja Rosyjska), Genewa, 22 października 2004

² stan na 27 listopada 2009, *Materiały dotyczące konferencji o tematyce: Dostęp do pomocy medycznej i psychologicznej osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce*, BOO UDSC, 27.11.2009

III. STRESZCZENIE

Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna (FMIH) w 2009 roku przeprowadziła monitoring 5 z 20 istniejących w Polsce ośrodków dla cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy. Wcześniej dokonana analiza przepisów prawnych (rozdział IV) pozwoliła pracującemu przy projekcie zespołowi lekarzy, psychologów i specjalistów praw człowieka na przygotowanie narzędzi badawczych (załącznik nr1). Zespół ten przeprowadził wywiady z osobami pracującymi w ośrodkach, personelem medycznym obsługującym cudzoziemców, oraz samymi cudzoziemcami zamieszkującymi ośrodki. Ilość osób zamieszkujących badane ośrodki to około ¼ populacji cudzoziemców zamieszkujących wszystkie ośrodki prowadzone przez UDSC w Polsce. Projekt był współfinansowany przez Fundację im. Stefana Batorego.

Przeprowadzone badania dotyczyły dostępu do pomocy medycznej i psychologicznej osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce, z uwzględnieniem osób o szczególnych potrzebach takich jak: kobiety w ciąży, matki, dzieci oraz ofiary tortur i urazów wojennych. Monitoring obejmował również warunki bytowe i pomoc socjalną, ponieważ czynniki te mają bezpośredni, znaczący wpływ na stan psychofizyczny przebywających w nich osób.

Raport niniejszy zawiera – z jednej strony – opis istniejących obecnie przepisów prawnych dotyczących pomocy socjalnej i medycznej dla wyżej wymienionej grupy ludności, z drugiej zaś – sposób, w jaki są one wobec nich w badanych ośrodkach stosowane. Zawiera także analizę zebranych informacji, wnioski i rekomendacje. Praca ta wykazuje, że - chociaż ustawowo cudzoziemcom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy gwarantowana jest niemal taka dostępność pomocy medycznej, jaka przysługuje osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce - w rzeczywistości jest ona na wiele sposobów ograniczana. W stosunku do cudzoziemców w procedurze uchodźczej stwierdziliśmy sześć ograniczeń dostępu do pomocy medycznej:

1. brak możliwości wyboru lekarza pierwszego kontaktu oraz lekarzy specjalistów;
2. bariery językowe i kulturowe poważnie ograniczające jakość i zrozumiałość udzielanej pomocy, (co jest źródłem ogromnego stresu);
3. niedostępność lekarskich wizyt domowych oraz ograniczenia dostępu do opieki medycznej w przypadkach nagłych;
4. nieadekwatność oferowanej pomocy psychologicznej i psychiatrycznej do potrzeb;
5. nieadekwatność podstawowej opieki zdrowotnej oferowanej dzieciom;
6. nieadekwatność organizacji badań epidemiologicznych i oferowanej pomocy w leczeniu i profilaktyce chorób zakaźnych;

BRAK WYBORU LEKARZA: Polacy posiadający ubezpieczenie zdrowotne mają możliwość wyboru lekarza (zarówno pierwszego kontaktu, jak i specjalistów: ginekologa czy psychiatry), cudzoziemcy ubiegający się o status uchodźcy tej możliwości nie mają. Jeśli lekarz lub psycholog zatrudniony w ośrodku lub w zakontraktowanej placówce medycznej nie budzi zaufania cudzoziemców (ze względu na uprzedzenia lub nieumiejętność nawiązania kontaktu z osobami z innej kultury) cudzoziemcy nie mogą iść do innego lekarza lub psychologa.

BARIERY JĘZYKOWE I KULTUROWE: Kierowanie kobiet na badania ginekologiczne do lekarzy, którzy są mężczyznami łamie tabu kulturowe muzułmanów i jest szczególnie trudne dla kobiet, które przeżyły gwałt. Kobiety podlegające procedurze uchodźczej nie mają zapewnionej pomocy w zakresie ginekologii u specjalistów tej samej płci i analogicznie - mężczyźni poszukujący pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej. Personel medyczny zatrudniany w ośrodkach nie jest przygotowany do pracy z cudzoziemcami (w programie studiów medycznych w Polsce nie ma kursów przygotowujących do leczenia pacjentów z innych kultur), zatrudnianym pracownikom nie zapewnia się programu szkoleń w zakresie różnic kulturowych i specyfiki pracy z osobami po doświadczeniach wojennych. Lekarze, pielęgniarki i pracownicy socjalni w ośrodkach nie mówią biegle po rosyjsku – nie jest to niestety kryterium doboru tych specjalistów do pracy w Ośrodkach. Skutek tego jest taki, że spotykane w czasie monitoringu

matki, prosiły o przetłumaczenie zapisów w książeczkach zdrowia ich dzieci, osoby posiadające epikryzy szpitalne nie rozumiały, co jest w nich napisane. System zatrudniania pracowników medycznych i socjalnych na zlecenia okresowe na 1 rok, nie sprzyja wprowadzeniu żadnego systematycznego doskonalenia zawodowego i językowego tych pracowników. Do tej pory w Polsce nie są zatrudniani tłumacze podczas planowanych wizyt lekarskich, interwencji pogotowia, w czasie leczenia szpitalnego czy też w celu tłumaczeń dokumentów medycznych (wyniki badań, epikryzy). Jedyne osoby pomagające tłumaczyć wizyty medyczne u specjalistów to wolontariusze.

NIEDOSTĘPNOŚĆ WIZYT DOMOWYCH. W przypadku choroby, której towarzyszy wysoka gorączka cudzoziemcy – inaczej, niż ubezpieczeni Polacy - nie mają prawa wezwać lekarza do swego mieszkania lub pokoju w ośrodku. Ograniczenie to dotyczy także dzieci, w tym noworodków. Część cudzoziemców będących w trakcie procedury uchodźczej ma prawo do mieszkania poza ośrodkami na świadczeniach prywatnych, ale korzystać z pomocy lekarza pierwszego kontaktu mogą wyłącznie w przypisanym im ośrodku dla cudzoziemców, gdzie przyjmuje lekarz POZ (w dniach/godzinach jego pracy). Często miejsce zamieszkania takiego cudzoziemca jest bardzo oddalone od ośrodka, co dodatkowo utrudnia dostęp do lekarza i naraża zdrowie chorego. Alternatywą jest wezwanie pogotowia. Do wzywania pogotowia ratunkowego w ośrodkach upoważniony jest personel medyczny, a podczas jego nieobecności – funkcjonariusze ochrony. Dostęp do pomocy medycznej dla chorego zależy wówczas od oceny stanu jego zdrowia przez niewykwalifikowanego w tym zakresie pracownika ochrony.

NIEADEKWATNOŚĆ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHIATRYCZNEJ. Minimalna jest pomoc psychologiczna dla uchodźców: w całej Polsce na 20 ośrodków zatrudnionych jest jedynie 5 psychologów. Zgodnie z danymi statystycznymi z 2008 roku na ok. 6500 cudzoziemców przebywających wówczas na świadczeniach UDSC, udzielono jedynie 2.972 konsultacji psychologicznych i 186 konsultacji psychiatrycznych. Cudzoziemcy ubiegający się o status uchodźcy przyjeżdżają do Polski z ogromnym bagażem traumatycznych doświadczeń nagromadzonych podczas trwających 15 lat konfliktów zbrojnych: dostępna dla nich pomoc psychologiczna i psychiatryczna jest niewystarczająca. (Statystycznie jest to jedna konsultacja psychologiczna na 2 lata i dostęp do konsultacji psychiatrycznej mniej niż 2% cudzoziemców). Jakość opieki psychologicznej i psychiatrycznej jest nieadekwatna do potrzeb: psychologowie w ośrodkach nie prowadzą diagnostyki, a zatem nie wydają opinii psychologicznych, ich sesje ograniczają się głównie do konsultacji i udzielania wsparcia. Brak jest systemowych rozwiązań w zakresie terapii ofiar przemocy i tortur. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w 2008 roku w Austrii u około 60% badanych Czechenów ubiegających się o status uchodźcy zdiagnozowano objawy zespołu stresu pourazowego (Renner, 2008)³. W roku 2008 Towarzystwo Interwencji Kryzysowej w Krakowie przeprowadziło badania wśród kobiet oczekujących na status uchodźcy w ośrodku w Czerwonym Borze. Około 80 % badanych miało symptomy stresu pourazowego (Lipowska-Teutch, 2008). Dodatkowymi doświadczeniami oczekujących w Polsce na status uchodźcy cudzoziemców, które mogą prowadzić do wtórnej traumatyzacji, a także pogłębiać symptomy stresu pourazowego i sprzyjać rozwojowi depresji są: brak poczucia podmiotowości, bezpieczeństwa; stres akulturacyjny związany z migracją; brak zrozumienia nowej sytuacji i kontroli nad swym losem.

NIEADEKWATNOŚĆ OPIEKI PEDIATRYCZNEJ. W połowie ośrodków pobytowych opieka pediatryczna nie była świadczona nawet w minimalnym - wymaganym ustawą - wymiarze godzin (10 godzin/tygodniowo). W ośrodkach brak jest również wizyt patronażowych dla noworodków i niemowląt (opieką taką objęte są polskie dzieci). Program szczepień, badań okresowych i prowadzenia dokumentacji dzieci nie jest monitorowany należycie, co szczególnie dotyczy dzieci urodzonych przed przyjazdem do Polski. Brak jest programów profilaktycznych dla dzieci w procedurze uchodźczej.

³ Renner, W. (ed.) (2008). *Culture-sensitive and resource oriented peer groups. Austrian experiences with a self-help approach to coping with trauma in refugees from Chechnya*. Innsbruck: Studia.

NIEADEKWATNOŚĆ PROFILAKTYKI I LECZENIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH. W filtrze epidemiologicznym w Dębaku brak jest personelu, pomieszczeń i sprzętu niezbędnego do prawidłowego prowadzenia badań epidemiologicznych oraz izolacji nowoprzybyłych cudzoziemców do czasu otrzymania wyników o ich stanie zdrowia (patrz str.46). Badani często nie otrzymują informacji o wynikach analiz. Brak sprzętu komputerowego i dostępu do sieci spowalnia przekaz wyników badań i danych z wywiadów medycznych pomiędzy filtrem epidemiologicznym a lekarzami w ośrodkach pobytowych. Cudzoziemcy cierpiący na choroby zakaźne często nie są izolowani od osób zdrowych. (Od września 2009 działa równolegle filtr epidemiologiczny w Białej Podlaskiej – obiekt ten nie był dotąd monitorowany przez FMIH).

Wykonany monitoring wykazał konieczność wprowadzenia zmian w systemie gwarantowanych zabezpieczeń socjalnych, tak by osoby o szczególnych potrzebach (ofiary tortur i przemocy, niepełnosprawni, kobiety w ciąży i dzieci) miały zapewnioną odpowiednią do ich potrzeb opiekę podczas oczekiwania na status uchodźcy. Zmiany potrzebne są w następujących obszarach:

A. PERSONEL W OŚRODKACH. Sugerowane zmiany:

W ośrodkach recepcyjnych: do pracy z cudzoziemcami zatrudnić w pełnym wymiarze godzin psychologów łączących wiedzę z psychologii klinicznej i psychologii międzykulturowej, a także pracowników socjalnych, tłumaczy i przedszkolanki przygotowane do pracy z cudzoziemcami w procedurze uchodźczej. W większym wymiarze godzin zatrudnić pediatrów. Zatrudnić lekarki specjalizujące się w ginekologii do pracy z kobietami ubiegającymi się o status uchodźcy.

Zatrudnić odpowiednio przygotowanych do pracy z cudzoziemcami terapeutów. Wdrożyć program terapii dla osób z zespołem stresu pourazowego, depresją oraz dla ofiar przemocy; opracować kompleksowy program przygotowujący cudzoziemców do życia poza ośrodkiem. W filtrze epidemiologicznym w Dębaku zatrudnić dodatkową zmianę personelu medycznego do badań i wywiadów z nowo przybyłymi cudzoziemcami;

Opracować metodę podwyższania kwalifikacji personelu medycznego oraz socjalnego pracującego z cudzoziemcami, (studia podyplomowe, szkolenia z zakresu różnic kulturowych);

B. WARUNKI POBYTU. Sugerowane zmiany:

Wyposażyć ośrodki recepcyjne w ciepłe, odizolowane pomieszczenia dla nowoprzybyłych od momentu ich przybycia do czasu otrzymania wyników badań epidemiologicznych i przewozu do ośrodka pobytowego;

W ośrodkach dla cudzoziemców powiększyć minimalną powierzchnię mieszkalną przewidzianą w pokojach wieloosobowych, a także zapewnić większy metraż dla osób o szczególnych potrzebach. (Obecnie minimalna powierzchnia mieszkalna, jaką gwarantuje polskie prawo cudzoziemcom jest mniejsza, niż powierzchnia gwarantowana więźniom). Bardziej rygorystycznie podejść do monitoringu i poprawy jakości pomieszczeń oraz do warunków sanitarnych w ośrodkach. Włączyć samych cudzoziemców do monitoringu przestrzegania ich praw oraz do prac nad lepszym systemem opieki nad osobami ubiegającymi się o status uchodźcy, które mają szczególne potrzeby.

C. ŚWIADCZENIA FINANSOWE. Sugerowane zmiany:

Zwiększyć przydzielane środki finansowe na zakup odzieży, obuwia, art. higienicznych i kieszonkowego tak, by zabezpieczyć, choć w minimalnym stopniu, rzeczywiste potrzeby osób oczekujących na rezultat procedury uchodźczej. Dać wszystkim cudzoziemcom w ośrodkach wybór formy żywienia: albo otrzymanie ekwiwalentu finansowego na żywienie, albo pozostanie przy formie żywienia zbiorowego (w chwili obecnej większość cudzoziemców w ośrodkach nie ma wyboru formy świadczenia na żywienie – musi korzystać z żywienia zbiorowego).

АННОТАЦИЯ

В 2009 году фонд «Международная Гуманитарная Инициатива» (МГИ) произвел мониторинг 5 из 20 существующих в Польше центров для иностранцев, ходатайствующих о получении статуса беженца. Проведенный ранее анализ законодательства (глава IV) позволил участвующей в проекте группе врачей, психологов и экспертов по правам человека подготовить методику исследования (приложение № 1). Эта группа провела интервью с людьми, работающими в центрах, медицинским персоналом, обслуживающим иностранцев, и самими иностранцами, проживающими в центрах. Число людей, живущих в исследуемых центрах, составляет около четверти населения иностранцев, проживающих во всех центрах Управления по Делах Иностранцев в Польше. Проект профинансирован совместно с Фондом им. Стефана Батория.

Проведенные исследования были связаны с доступом к медицинской и психологической помощи для лиц, ходатайствующих о предоставлении статуса беженца в Польше, в том числе людей с особыми потребностями, таких, как беременные женщины, матери, дети, жертвы пыток и люди с боевой психической травмой. Мониторингу были подвержены также бытовые условия и социальная помощь, поскольку эти факторы имеют непосредственное и значительное влияние на психологическое состояние людей, которые в этих условиях пребывают.

Этот доклад содержит, с одной стороны, описание существующего законодательства в области социальной и медицинской помощи для вышеупомянутой группы населения, с другой стороны, описание того, каким образом исполняются законы в исследуемых объектах. Также в нем содержится анализ собранной информации, выводы и рекомендации. Эта работа показывает, что хотя по закону иностранцам, ходатайствующим о получении статуса беженца, гарантирован почти такой же доступ к медицинской помощи, какой предоставляется лицам, подпадающим под обязательное или добровольное медицинское страхование в Польше, на самом деле этот доступ во многом ограничен.

Мы установили шесть основных ограничений доступа к медицинской помощи для иностранцев, ходатайствующих о предоставлении статуса беженца:

1. отсутствие возможности выбора врача общей практики и врачей-специалистов;
2. языковой и культурный барьеры сильно ограничивающие качество и понятность оказываемой помощи (что является источником огромного стресса);
3. отсутствие возможности вызова врача на дом, а также ограничение доступа к медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях;
4. неадекватность предлагаемой психологической и психиатрической помощи по отношению к потребностям;
5. неадекватность первичной медико-санитарной помощи для детей;
6. неадекватность организации эпидемиологических исследований и предлагаемой помощи в лечении и профилактике инфекционных болезней;

ОТСУТСТВИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫБОРА ВРАЧА: Поляки, у которых есть медицинская страховка, имеют возможность выбирать врача (как врача общей практики, так и врачей-специалистов: гинеколога или психиатра), иностранцы, ходатайствующие о получении статуса беженца, такой возможности не имеют. Если врач или психолог, работающий в центре или в медицинском учреждении по контракту, не внушает доверия иностранцам (из-за предрассудков или отсутствия способности наладить контакт с людьми из другой культуры), иностранцы не могут обратиться к другому врачу или психологу.

ЯЗЫКОВОЙ И КУЛЬТУРНЫЙ БАРЬЕРЫ: Направление женщин на гинекологическое обследование ко врачам мужского пола является нарушением культурного табу и особенно тяжело для женщин, переживших изнасилование. Женщинам, находящимся в процедуре получения статуса беженца, не гарантируется гинекологическая помощь врача того же пола, аналогично мужчинам – помощь психолога или психиатра. Медицинский персонал, работающий в центрах, неподготовлен к работе с иностранцами (в Польше в программе медицинского образования нет курсов подготавливающих к лечению пациентов из других культур), нанимаемым работникам не предоставляется обучающих курсов в области культурных различий и особенностей работы с людьми, пострадавшими на войне. Врачи, медсестры и социальные работники в центрах не владеют русским языком свободно, к сожалению, знание языка не является критерием отбора таких специалистов для

работы в центрах. В результате, во время мониторинга некоторые матери просили перевести записи в медицинских картах их детей, люди с больничными эпикризами не понимали, что в них написано. Система найма медицинских и социальных работников с временным договором сроком на 1 год не способствует введению какой-либо систематической профессиональной и языковой подготовки этих работников. До сих пор в Польше не нанимаются переводчики на время запланированного посещения врача, во время оказания помощи в чрезвычайных ситуациях, во время госпитализации или для перевода медицинских документов (результатов анализов, эпикризов). Единственными людьми, которые помогают переводить во время посещения врача, являются волонтеры.

ОТСУТСТВИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЗОВА ВРАЧА НА ДОМ. В случае заболевания, которое сопровождается высокой температурой, иностранцы, в отличие от застрахованных поляков, не имеют права вызвать врача на дом или в комнату в центре. Это ограничение распространяется также на детей, включая новорожденных. Часть иностранцев в ходе процедуры получения статуса беженца имеет право жить за пределами центров на личное пособие, но обращаться ко врачу общей практики может только в центре для иностранцев, где принимает врач общего профиля (в дни / часы его работы). Часто место жительства такого иностранца находится очень далеко от центра, что еще больше затрудняет доступ ко врачу и подвергает риску здоровье больного. Альтернативой является вызов скорой помощи. В центрах вызывать скорую помощь уполномочен медицинский персонал, в его отсутствие – представители охраны. **Доступ к медицинской помощи больного в таком случае зависит от того, как его состояние будет оценено неквалифицированным в этой области работником охраны.**

НЕАДЕКВАТНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. Психологическая помощь для беженцев минимальна: во всей Польше в 20 центрах работают только 5 психологов. Согласно статистическим данным с 2008 года примерно 6500 иностранным гражданам, находящимся на содержании у Управления по Делам Иностранцев, было предоставлено только 2972 психологические консультации и 186 психиатрических консультаций. Иностранцы, ходатайствующие о получении статуса беженца, приезжают в Польшу с большим багажом травматических событий, накопленным за 15 лет непрекращающихся вооруженных конфликтов - предоставляемая им психологическая и психиатрическая помощь является недостаточной. (Согласно статистике на одного иностранца приходится одна психологическая консультация в течение 2-х лет, а доступ к психиатрической помощи имеют менее чем 2% иностранцев). Качество психиатрической и психологической помощи не соответствует потребностям: психологи в центрах не занимаются диагностикой, следовательно не составляют психологических заключений, их приемы в основном ограничиваются консультациями и оказанием психологической поддержки. Нет системных стратегии лечения жертв насилия и пыток. Согласно исследованию, проведенному в 2008 году в Австрии, приблизительно у 60% опрошенных чеченцев, ходатайствующих о предоставлении статуса беженца, были диагностированы симптомы посттравматического стрессового расстройства (Реннер, 2008). В 2008 году Общество Кризисного Вмешательства в Кракове провело опрос женщин, ожидающих предоставления статуса беженца в Красном Бору. У 80% женщин выявлено посттравматическое стрессовое расстройство (Липовска-Теуч, 2008).

Дополнительными событиями, которые могут привести ко вторичной травматизации, а также углубить симптомы посттравматического стресса и способствовать развитию депрессии у иностранцев в ожидании статуса беженца в Польше, являются: отсутствие чувства идентичности, безопасности и стабильности; культурный стресс, связанный с миграцией, непонимание новой ситуации, отсутствие контроля над своей судьбой.

НЕАДЕКВАТНОСТЬ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. В половине центров проживания педиатрическая помощь не была представлена даже в минимальном, обязательном по закону, количестве часов (10 часов в неделю). В центрах также отсутствуют патронажные посещения новорожденных и грудных детей (такой уход предоставляется польским детям). Программа прививок, периодические обследования и выдача документов детей не контролируется должным образом, особенно это касается детей, рожденных до прибытия в Польшу. Нет профилактических программ для детей, находящихся в процедуре предоставления статуса беженца.

НЕАДЕКВАТНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. В эпидемиологическом фильтре в Дембаке не хватает персонала, помещений и оборудования, необходимых для надлежащего проведения эпидемиологических исследований и изоляции вновь прибывших иностранцев до получения результатов исследования их состояния здоровья (см.

стр.ХХХ). Пациентам часто не предоставляется информация о результатах анализов. Отсутствие компьютерного оборудования и доступа к сети замедляет и затрудняет передачу результатов исследований и данных опросов из эпидемиологического фильтра в амбулатории в центрах. Иностранцы, страдающие инфекционными заболеваниями зачастую не изолированы от здоровых людей. (С сентября 2009 года начал действовать параллельный эпидемиологический фильтр в недавно открывшемся центре в Бяла-Подляске – его работа не была включена в отчет, описанный в мониторинге МГИ).

Проведенный мониторинг показал необходимость внесения таких изменений в систему гарантированного социального обеспечения, благодаря которым лица с особыми потребностями (жертвы пыток и насилия, инвалиды, беременные женщины и дети) были бы обеспечены надлежащей помощью согласно их потребностям. Изменения необходимы в следующих областях:

А. ПЕРСОНАЛ. Предлагаемые изменения:

В приемных центрах: для работы с иностранцами следует нанять на полную ставку психологов, обладающих знанием клинической психологии и психологии культуры, а также социальных работников, переводчиков и дополнительную смену медицинского персонала для проведения эпидемиологических исследований. Нанять гинекологов-женщин для работы с женщинами, ходатайствующими о получении статуса беженца

В центрах проживания: необходимо принять на работу дополнительных людей, подготовленных к работе с иностранцами, находящимися в процессе получения статуса беженца, на должности: переводчиков, воспитателей и социальных работников, а также психологов и терапевтов, сочетающих знания из области клинической психологии и психологии культуры, и продлить часы их приема;

Разработать и внедрить методы повышения квалификации медицинского персонала и социальных работников, имеющих дело с иностранцами (аспирантура, обучающие курсы в области культурных различий);

Внедрить программу терапии для людей с посттравматическим стрессовым расстройством, депрессией и для жертв насилия. Разработать и внедрить комплексную программу подготовки иностранцев к жизни за пределами центра.

Б. УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ. Предлагаемые изменения:

Снабдить приемные центры теплыми, изолированными комнатами для вновь прибывших иностранцев с момента их прибытия до получения результатов эпидемиологических исследований и перевозки в центры проживания.

В центрах проживания иностранцев увеличить минимальную жилую площадь предусмотренную для комнат, а также обеспечить больший метраж для людей с особыми потребностями. (В настоящее время жилая площадь, которую польский закон гарантирует иностранцам меньше, чем минимальная площадь, гарантированная заключенным).

Более строго подходить к контролю и повышению качества помещений и санитарных условий в центрах. Включить иностранцев в процесс мониторинга отстаивания их прав и разработки более эффективной системы обслуживания лиц, находящихся в процессе получения статуса беженца, у которых есть особые потребности.

В. ПОСОБИЯ. Предлагаемые изменения:

Увеличить предоставляемые финансовые средства на покупку одежды, обуви, средств гигиены и карманные расходы таким образом, чтобы обеспечить, хотя бы в минимальной степени, реальные потребности людей, ожидающих результата процедуры для беженцев.

Дать иностранцам выбор формы питания: либо получение денежного эквивалента за питание, либо общественное питание. (На данный момент большинство иностранцев в центрах не имеет выбора формы пособия на питание: общественное питание является обязательным).

IV. ANALIZA PRAWA OBOWIĄZUJĄCEGO W ZAKRESIE POMOCY MEDYCZNEJ I SOCJALNEJ DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O STATUS UCHODźCY W POLSCE

AGATA FORYŚ, MACIEJ FAGASIŃSKI. (TEKST PRZYGOTOWANO WG STANU PRAWNEGO NA DZIEŃ 30 KWIETNIA 2009 R.)

IV.1. DYREKTYWA RECEPCYJNA

Podstawowym aktem prawa wspólnotowego regulującym kwestie związane ze standardami przyjmowania cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy jest **Dyrektywa Rady 2003/9/WE z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiająca minimalne normy dotyczące przyjmowania osób ubiegających się o azyl⁴, zwana Dyrektywą recepcyjną⁵.**

Celem Dyrektywy jest ustanowienie minimalnych norm dotyczących przyjmowania osób ubiegających się o azyl, które będą wystarczające w celu zapewnienia im **godnego poziomu życia i porównywalnych warunków życia we wszystkich Państwach Członkowskich⁶**. Ponieważ są to normy minimalne, kraje UE są uprawnione do wprowadzania lub utrzymywania bardziej korzystnych przepisów⁷. Jednocześnie w preambule podkreślono, że Państwa Członkowskie w odniesieniu do traktowania osób objętych zakresem zastosowania Dyrektywy związane są obowiązkami w ramach aktów prawa międzynarodowego, których są stronami i które zakazują dyskryminacji⁸.

IV.1.1. Pomoc socjalna

Dyrektywa zobowiązuje Państwa Członkowskie do zapewnienia osobom ubiegającym się o status uchodźcy materialnych warunków przyjmowania w momencie złożenia wniosku o status uchodźcy, a także do przyjęcia odpowiednich przepisów w sprawie **materialnych warunków przyjmowania w celu zapewnienia poziomu życia odpowiedniego dla stanu zdrowia wnioskodawców**. Jednocześnie Państwa Członkowskie są zobowiązane czynić wszystko, aby **zapewnić poziom życia odpowiedni do szczególnej sytuacji osób mających specjalne potrzeby**, jak również w związku z sytuacją osób zatrzymanych.⁹

Jednocześnie przyznanie wszystkich lub części świadczeń socjalnych i opieki zdrowotnej może być uzależnione od tego, czy cudzoziemcy posiadają środki wystarczające do życia na poziomie odpowiednim do ich stanu zdrowia oraz zapewnienia im utrzymania.¹⁰ Jeśli osoby ubiegające się o status uchodźcy posiadają wystarczające środki, jest dopuszczalne, aby sami uchodźcy pokrywali w całości lub w części koszty materialnych warunków przyjmowania i opieki zdrowotnej przewidzianych w Dyrektywie.¹¹

⁴ Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L031, 06/02/2003, ss. 0018-0025

⁵ Przepisy Dyrektywy zostały implementowane do polskiego porządku prawnego ustawą z dnia 22 kwietnia 2005 r. o zmianie ustawy o cudzoziemcach i ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2005 r., Nr 94, poz. 788).

⁶ Tired 7 preambuły Dyrektywy.

⁷ Tired 15.

⁸ Tired 6

⁹ Art. 13 ust. 1 i 2 Dyrektywy

¹⁰ Art. 13 ust. 3.

¹¹ Art. 13 ust. 4.

Pomoc socjalna, określana w Dyrektywie terminem „materialne warunki przyjmowania” może być dostarczana w naturze, w formie zasiłków pieniężnych, talonów lub jako kombinacja wymienionych rodzajów świadczeń.¹²

Wśród dopuszczalnych form świadczeń przyznawanych w naturze Dyrektywa wymienia lokale wykorzystywane do celów zakwaterowania cudzoziemców w trakcie rozpatrywania wniosku o udzielenie azylu złożonego na granicy; ośrodki zakwaterowania, które gwarantują odpowiedni poziom życia; domy prywatne; mieszkania; hotele lub inne lokale zaadaptowane na potrzeby zakwaterowania cudzoziemców.¹³ Przenoszenie z jednego miejsca zakwaterowania do innego powinno mieć miejsce jedynie wówczas, gdy jest to niezbędne.¹⁴

W razie udzielania pomocy w jednej z wymienionych form, cudzoziemcom należy zapewnić ochronę ich życia rodzinnego, możliwość kontaktowania się z krewnymi, doradcami prawnymi oraz z przedstawicielami UNHCR i organizacji pozarządowych uznawanych przez Państwa Członkowskie. **Szczególną wagę winno się przywiązywać do zapobiegania napadom w opisanych miejscach pobytu cudzoziemców.**¹⁵

Małoletnim dzieciom należy zapewnić zakwaterowanie z ich rodzicami lub z dorosłymi członkami rodziny odpowiedzialnymi za nie na mocy prawa lub zwyczaju.¹⁶

Ponadto Dyrektywa przewiduje możliwość włączenia cudzoziemców w zarządzanie zasobami materialnymi oraz niematerialnymi aspektami życia w ośrodku poprzez organ doradczy lub w radę reprezentującą mieszkańców.¹⁷

Dyrektywa stanowi również, że **osoby pracujące w ośrodkach dla cudzoziemców muszą być odpowiednio przeszkolone** i związane zasadą poufności w rozumieniu prawa krajowego w odniesieniu do każdej informacji otrzymanej w trakcie wykonywania przez nich pracy.¹⁸

W drodze wyjątku Państwa Członkowskie mogą ustalić materialne zasady przyjmowania inne niż omówione powyżej, na rozsądny i możliwie najkrótszy okres, jeżeli wymagana jest wstępna ocena szczególnych potrzeb wnioskodawcy, materialne warunki przyjmowania przewidziane w niniejszym artykule nie są dostępne na pewnym obszarze geograficznym, zasoby mieszkaniowe dostępne w normalnym trybie są tymczasowo wyczerpane albo osoba ubiegająca się o azyl jest zatrzymana lub jej pobyt ograniczono do punktu granicznego. Zmienione warunki powinny w każdym przypadku zaspokajać podstawowe potrzeby cudzoziemców.¹⁹

IV.1.2. Opieka medyczna

W kwestii opieki zdrowotnej Dyrektywa zawiera minimalny standard zobowiązujący Państwa Członkowskie do zapewnienia cudzoziemcom ubiegającym się o nadanie

¹² Art. 13 ust. 5.

¹³ Art. 14 ust. 1.

¹⁴ Art. 14 ust. 4.

¹⁵ Art. 14 ust. 2.

¹⁶ Art. 14 ust. 3.

¹⁷ Art. 14 ust. 6.

¹⁸ Art. 14 ust. 5.

¹⁹ Art. 14 ust. 8.

statusu uchodźcy niezbędnej opieki zdrowotnej, która obejmuje przynajmniej opiekę służb ratunkowych i leczenie podstawowe.²⁰

Osobom mającym szczególne potrzeby, tzn. małoletnim, małoletnim pozbawionym opieki, osobom niepełnosprawnym, starszym, kobietom ciężarnym, rodzicom samotnie wychowującym małoletnie dzieci oraz osobom, które zostały poddane torturom, ofiarom gwałtu lub innych poważnych form przemocy fizycznej, psychicznej lub seksualnej należy zapewnić pomoc medyczną i inną konieczną pomoc.²¹ Ich szczególną sytuację powinno odzwierciedlać ustawodawstwo krajowe wprowadzające w życie przepisy Dyrektywy odnoszące się do materialnych warunków przyjmowania i opieki zdrowotnej.²² Zasady powyższe dotyczą tylko osób, których szczególne potrzeby zostały stwierdzone po przeprowadzeniu indywidualnej oceny ich sytuacji.²³

Obowiązkiem władz kraju przyjmującego jest również zapewnienie dostępu do usług rehabilitacyjnych dla małoletnich będących ofiarami jakiejkolwiek formy nadużyć, zaniedbywania, wykorzystywania, tortur lub okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania lub dla małoletnich, którzy ucierpieli w wyniku konfliktów zbrojnych, a także zapewnienie im właściwej opieki nad zdrowiem psychicznym oraz fachowej porady w razie potrzeby.²⁴

Osobom torturowanym, ofiarom gwałtu lub innych poważnych aktów przemocy należy zapewnić w razie potrzeby otrzymanie niezbędnego leczenia szkód zdrowotnych wyrządzonych wymienionymi aktami.²⁵

Dyrektywa przewiduje ponadto możliwość obowiązkowych profilaktycznych badań medycznych, których przeprowadzanie musi być uzasadnione względami zdrowia publicznego²⁶.

IV.2. AKTY PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO WIĄŻĄCE

Podstawowymi wiążącymi Polskę umowami międzynarodowymi w sferze praw socjalnych są Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (w systemie ONZ) oraz Europejska Karta Społeczna (w systemie Rady Europy). Warto podkreślić, że wymienione dokumenty nie przewidują mechanizmu umożliwiającego wniesienie przez jednostkę skargi indywidualnej przeciwko państwu naruszającemu określone w nich prawa.

IV.2.1. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych²⁷

Zgodnie z postanowieniami Paktu państwa będące jego stronami są zobowiązane do zagwarantowania wykonywania praw w nim wymienionych bez żadnej dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy polityczne lub inne,

²⁰ Art. 15 ust. 1.

²¹ Art. 15 ust. 2.

²² Art. 17 ust. 1.

²³ Art. 17 ust. 2.

²⁴ Art. 18 ust. 2.

²⁵ Art. 20 Dyrektywy.

²⁶ Art. 9 Dyrektywy.

²⁷ Otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r., Dz.U. z 1977 r., nr 38, poz. 169

pochodzenie narodowe lub społeczne, sytuację majątkową, urodzenie lub jakiegokolwiek inne okoliczności.²⁸

Z katalogu praw określonych w Pakcie szczególne znaczenie dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy mają:

- równość praw kobiet i mężczyzn (art. 3);
- ochrona i pomoc dla rodzin, **szczególna opieka nad matkami przed i po urodzeniu dziecka** oraz zapewnienie ochrony i pomocy wszystkim dzieciom (art. 10);
- prawo do **odpowiedniego poziomu życia i wolność od głodu** (art. 11);
- prawo do korzystania z **najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego** (art. 12);
- prawo do nauki (art. 13).

IV.2.2. Europejska Karta Społeczna²⁹

Karta określa m.in.:

- prawo do **ochrony zdrowia** (art. 11);
- prawo do **pomocy społecznej i medycznej** (art. 13);
- prawo do korzystania z **usług pomocy społecznej** (art. 14);
- prawo osób **niepełnosprawnych** fizycznie lub umysłowo do szkolenia zawodowego, rehabilitacji oraz readaptacji zawodowej lub społecznej (art. 15);
- prawo rodziny do ochrony społecznej, prawnej i ekonomicznej (art. 16);
- prawo **matek i dzieci** do ochrony społecznej i ekonomicznej (art. 17).

Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z Załącznikiem do Karty określającym zakres podmiotowy jej stosowania, większość praw określonych w Karcie ma zastosowanie wyłącznie do cudzoziemców będących obywatelami państw-stron Karty, legalnie zamieszkującymi lub pracującymi w państwie przyjmującym.

IV.3. AKTY NIEWIĄŻĄCE – WYSOKI KOMISARZ NARODÓW ZJEDNOCZONYCH DS. UCHODźCÓW

Zgodnie z wytycznymi zaproponowanymi przez UNHCR, podstawowe standardy recepcji uchodźców powinny zawierać zapewnienie mieszkania, pomocy finansowej (w celu pokrycia niezbędnych kosztów związanych z utrzymaniem, w tym zakup żywności, ubrania)³⁰, zagwarantowanie nieodpłatnej pomocy medycznej i psychologicznej.³¹ **Pomoc medyczna powinna być zagwarantowana zaraz po przyjeździe jak i podczas trwania procedury o nadanie statusu uchodźcy. Dla osób będących ofiarami tortur lub traumatycznych przeżyć powinno się zapewnić specjalną pomoc i troskę.³² To samo dotyczy samotnych kobiet. UNHCR podkreśla również, że specjalna uwaga należy się kwestiom związanym z uwrażliwieniem na problemy płci. Zaleca również, aby podczas wstępnego badania uchodźcy byli**

²⁸ Art. 2 ust. 2 Paktu

²⁹ Sporządzona w Turynie 18 października 1961 r., Dz.U. z 1999 r., nr 8, poz. 67. Polska podpisała, lecz nie ratyfikowała „poprawionej” Europejskiej Karty Społecznej, otwartej do podpisu 3 maja 1996 r.

³⁰ Pkt 12, *Global Consultations on International Protection: Reception of Asylum Seekers, including standards of treatment in the context of individual systems*, EC/GC/01/17, 4.IX.2001.

³¹ Pkt 14, *Ibid.*

³² Aneks pkt c, *Ibid.*

informowani o prawach reprodukcyjnych. Ponadto kobiety w ciąży i dzieci powinny mieć zagwarantowane identyczne prawa jak obywatele kraju przyjmującego.³³

Wytyczne Komitetu Wykonawczego UNHCR stwierdzają, że podstawowym elementem przyjmowania uchodźców jest również kwestia związana z leczeniem osób zarażonych HIV i chorych na AIDS. Szczególnie prawa dzieci i kobiet w tym zakresie powinny być zabezpieczone.³⁴ Wytyczne dotyczące recepcji uchodźców stanowią, że państwo przyjmujące powinno zagwarantować jedność rodziny oraz umieszczać rodziny w jednym ośrodku i pomieszczeniu.³⁵ Jednocześnie państwo przyjmujące powinno zabezpieczyć podstawowe potrzeby uchodźcy, w tym ubiór, żywność, zakwaterowanie, opiekę medyczną oraz prawo do prywatności.³⁶ Kwestie związane z przemocą seksualną wobec uchodźców opisane są w przewodniku wydanym przez UNHCR.³⁷

IV.4. KONSTYTUCJA RP

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 56 ust. 2 gwarantuje, iż cudzoziemcowi poszukującemu ochrony przed prześladowaniem można nadać status uchodźcy. Za wyjątkiem niektórych praw politycznych cudzoziemcom przysługują takie same prawa jak obywatelom polskim³⁸. Są to w szczególności:

- równość praw kobiet i mężczyzn (art. 33 ust. 1);
- ochrona życia rodzinnego i prywatnego (art. 47 ust. 1);
- wolność poruszania się po terytorium RP (art. 52 ust. 1);
- prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1), w tym zapewnienie szczególnej opieki dzieciom, kobietom w ciąży i niepełnosprawnym oraz osobom w podeszłym wieku (art. 68 ust. 3);
- pomoc osobom niepełnosprawnym w egzystencji, komunikacji społecznej i przysposobieniu do pracy (art. 69);
- prawo do nauki (art. 70 ust. 1);
- uwzględnianie dobra rodziny i pomoc dla rodzin w trudnej sytuacji materialnej i społecznej (art. 71 ust. 1);
- pomoc dla matki przed i po urodzeniu dziecka (art. 71 ust. 2);
- ochrona praw dziecka (art. 72 ust. 1).

IV.5. USTAWA O UDZIELANIU CUDZOZIEMCOM OCHRONY NA TERYTORIUM RP.

IV.5.1. ŚWIADCZENIA SOCJALNE

Kwestie świadczeń socjalnych reguluje Ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP³⁹ (dalej Ustawa o udzielaniu ochrony) oraz wydane na jej podstawie

³³ Aneks pkt g, Ibid.

³⁴ Pkt w, *UNHCR Executive Committee, conclusion no 102 (LVI)*, 2005.

³⁵ Pkt b(IV), Ibid.

³⁶ Pkt b(II), Konkluzja *UNHCR Executive Committee no 93 (LIII) z 2002 reception of asylum seekers in the context of individual asylum systems*

³⁷ *Przemoc seksualna i przemoc na tle płciowym wobec uchodźców, uchodźców-repatriantów oraz osób przesiedlonych wewnątrz. Przewodnik po metodach zapobiegania i przeciwdziałania*, UNHCR, Warszawa maj 2003.

³⁸ Art. 37 ust. 1 Konstytucji gwarantuje, że każdy kto znajduje się pod władzą Rzeczypospolitej Polskiej, korzysta z wolności i prawo przez nią zapewnionych. Jednak od tej zasady istnieją wyjątki stosowane wobec cudzoziemców, które określa się w osobnych ustawach (art. 37 ust. 2).

³⁹ Dz. U. z 2003, Nr 128, poz. 1176, z późn. zm.

rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 14 sierpnia 2003 r.⁴⁰ Zmierząc do ograniczenia wydatków związanych z udzielaniem pomocy cudzoziemcom ubiegającym się o status uchodźcy, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji opracowało projekt nowego rozporządzenia dotyczącego wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy. Najnowszy projekt pochodzi z 13 marca 2009 r.⁴¹

Zgodnie z nim cudzoziemcy ubiegający się o status uchodźcy, w tym także małżonek i dzieci objęte wnioskiem głównego wnioskodawcy, mają prawo do otrzymywania pomocy socjalnej i opieki medycznej⁴² w trakcie procedury o nadanie statusu uchodźcy (do zakończenia procedury administracyjnej w pierwszej lub drugiej instancji – przed Szefem Urzędu do Spraw Cudzoziemców (Szef UDSC) lub Radą do Spraw Uchodźców) oraz przez okres 2 miesiące od zakończenia procedury, tzn. od dnia doręczenia decyzji ostatecznej w tej sprawie. Jeżeli postępowanie zostało umorzone, okres pomocy udzielanej po otrzymaniu decyzji jest krótszy – 14 dni od dnia doręczenia decyzji ostatecznej o umorzeniu postępowania⁴³. Jeżeli cudzoziemiec podejmie decyzję o dobrowolnym powrocie do kraju pochodzenia i poinformuje o tym na piśmie Szefa UDSC, okres udzielania pomocy socjalnej i opieki medycznej zostaje przedłużony do dnia, w którym powinien on opuścić Polskę w sposób zorganizowany przez Szefa UDSC⁴⁴.

W sytuacji, gdy małżonkowie przebywający w ośrodku nie są objęci tym samym postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy, lecz toczą się w ich sprawach odrębne postępowania, okresy pomocy udzielanej małżonkom i towarzyszącym im małoletnim dzieciom kończą się jednocześnie z upływem okresu udzielania pomocy, który jest dłuższy⁴⁵. Oznacza to, że małżonek, którego postępowanie zakończyło się wcześniej, ma prawo pozostać w ośrodku z resztą rodziny dopóty, dopóki prawo pobytu w ośrodku będzie miał drugi z małżonków, którego postępowanie zakończyło się później.

IV.5.2. Ograniczenia i wyłączenia

Pomoc socjalna nie przysługuje cudzoziemcom, którzy korzystają z ochrony uzupełniającej⁴⁶ lub posiadają zgodę na pobyt tolerowany, albo przebywają w Polsce na podstawie zezwoleń wydawanych przez Wojewodę. Istnieje wielorakość tych zezwoleń:

1. zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony;
2. zezwolenia na osiedlenie się;
3. zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich.

Pomoc socjalna nie przysługuje również cudzoziemcom, którzy:

- przebywają w placówce opiekuńczo-wychowawczej,
- są umieszczeni w strzeżonym ośrodku lub areszcie w celu wydalenia,

⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (Dz. U. z 2003 r., Nr 146, poz. 1428 z późn. zm.).

⁴¹ Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (projekt z 13 marca 2009 r.).

⁴² Art. 70 ust. 1 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁴³ Art. 74 ust. 1 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁴⁴ Art. 74 ust. 2 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁴⁵ Art. 74 ust. 2 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁴⁶ Ochrona uzupełniająca (wprowadzona w 2008 r.) forma pośrednia między najsilniejszym umocowaniem prawnym cudzoziemca objętego ochroną międzynarodową, jakim jest status uchodźcy, a najsłabszym, – jakim jest pobyt tolerowany.

- są tymczasowo aresztowani lub odbywają karę pozbawienia wolności⁴⁷.
Ich wnioski o udzielenie pomocy socjalnej są pozostawiane bez rozpoznania⁴⁸.

Ograniczone prawa w tym zakresie mają również cudzoziemcy, którzy skorzystali z pomocy w dobrowolnym powrocie do kraju pochodzenia, a następnie przed upływem 2 lat od uzyskania tej pomocy wrócili do Polski i złożyli kolejny wniosek o nadanie statusu uchodźcy, a także ci, których powrót spowodował podjęcie umorzonego wcześniej postępowania. Otrzymują oni pomoc medyczną w pełnym zakresie, natomiast pomoc socjalna jest ograniczona do świadczenia pieniężnego w wysokości jednej trzeciej świadczenia przyznawanego uchodźcom mieszkającym poza ośrodkiem⁴⁹. Mogą oni uzyskać pomoc na zasadach ogólnych (w pełnym zakresie), jeśli okaże się, że w ich sprawie zaistniały nowe okoliczności w stosunku do wskazywanych w poprzednim postępowaniu. Decyzję o przyznaniu świadczeń na zasadach ogólnych podejmuje Szef UDSC⁵⁰.

IV.5.3. Cofnięcie i wstrzymanie udzielania pomocy

Jeżeli cudzoziemiec korzystający z pomocy socjalnej w ośrodku opuścił ośrodek na okres dłuższy niż 3 dni, udzielanie tej pomocy jest wstrzymywane do czasu jego powrotu⁵¹. Pomocy socjalnej pozbawia się osobę, która rażąco naruszyła zasady współżycia społecznego w ośrodku. Decyzję w tej sprawie wydaje Szef UDSC, nadając jej rygor natychmiastowej wykonalności⁵². Udzielanie pomocy socjalnej może być jednorazowo przywrócone na dotychczasowych zasadach. Jeśli cudzoziemiec powtórnie został pozbawiony pomocy socjalnej na tej samej podstawie, ponowne udzielenie tej pomocy może nastąpić wyłącznie przez wypłatę świadczenia pieniężnego w wysokości jednej trzeciej świadczenia udzielanego na ogólnych zasadach⁵³.

IV.5.4. Rodzaje i formy udzielanej pomocy

Pomoc socjalna jest udzielana cudzoziemcom w dwóch formach: pomocy udzielanej w ośrodku albo pomocy udzielanej poza ośrodkiem.

IV.5.4.1. Pomoc udzielana w ośrodku⁵⁴

Pomoc socjalna udzielana w ośrodkach dla osób oczekujących na status uchodźcy to:

- a) Zakwaterowanie (zob. rozdział IV.7.)
- b) Całodzienne wyżywienie zbiorowe lub ekwiwalent pieniężny w zamian (zob. rozdział IV.8.)
- c) Kieszonkowe na drobne wydatki osobiste

Wysokość kieszonkowego na pokrycie drobnych wydatków osobistych wynosi 50 zł na osobę. Jeżeli cudzoziemiec wykonuje prace porządkowe na rzecz ośrodka, tłumaczenia

⁴⁷ Art. 70 ust. 2 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁴⁸ Art. 70 ust. 3 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁴⁹ Art. 70 ust. 4 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁵⁰ Art. 70 ust. 5 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁵¹ Art. 77 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁵² Art. 76 ust. 1-2 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁵³ Art. 78 ust. 1-2 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁵⁴ Art. 71 ust. 1 pkt 1 ustawy o udzielaniu ochrony.

ułatwiający porozumiewanie się między pracownikami ośrodka a cudzoziemcami lub prowadzi zajęcia kulturalno-oświatowe na rzecz innych cudzoziemców przebywających w ośrodku, kieszonkowe może być podwyższone do 100 zł miesięcznie. Kieszonkowe jest wypłacane z dołu do 15 dnia każdego miesiąca⁵⁵.

- W projekcie rozporządzenia zmieniającego aktualnie obowiązujące przepisy wysokość kieszonkowego została zmniejszona do 43 zł miesięcznie. Uregulowania dotyczące możliwości podwyższenia kieszonkowego do 100 zł miesięcznie dla osoby wykonującej określone prace, rodzaj tych prac, a także termin wypłaty pozostają bez zmian⁵⁶.

d) Stała pomoc pieniężna na zakup środków czystości i higieny osobistej:

- Wysokość stałej pomocy pieniężnej na zakup środków higieny osobistej wynosi 20 zł na osobę. Jest ona wypłacana z góry do 15 dnia każdego miesiąca⁵⁷. Projektowane zmiany w prawie nie obejmują tego rodzaju pomocy; jej wysokość i termin wypłaty pozostają niezmiennione⁵⁸.

e) Jednorazową pomoc pieniężną lub bony towarowe na zakup odzieży i obuwia.

- Wysokość jednorazowej pomocy pieniężnej na zakup odzieży i obuwia wynosi 140 zł na osobę. Jest ona wypłacana do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wydano decyzję w sprawie udzielenia cudzoziemcowi pomocy.⁵⁹

- W projekcie rozporządzenia z 13 marca 2009 r. wysokość jednorazowej pomocy pieniężnej na zakup odzieży i obuwia zmniejszono do 120 zł na osobę. Ponadto rozporządzenie wprowadza możliwość zastąpienia pomocy pieniężnej bonami towarowymi o tej samej wartości. Pomoc ma być wypłacana, a bony towarowe wydawane do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym cudzoziemiec został przyjęty do ośrodka⁶⁰.

f) Nauka języka polskiego i podstawowe materiały niezbędne do nauki tego języka

g) Pomoce dydaktyczne dla dzieci korzystających z nauki i opieki w publicznych placówkach, szkołach podstawowych, gimnazjach lub szkołach ponad gimnazjalnych

h) Pokrycie, w miarę możliwości, kosztów zajęć pozalekcyjnych i rekreacyjno-sportowych dzieci

i) Finansowanie przejazdów środkami transportu publicznego:

- w celu wzięcia udziału w postępowaniu w sprawie nadania statusu uchodźcy,
- w celu leczenia lub poddania się szczepieniom ochronnym,
- w innych szczególnie uzasadnionych przypadkach.

⁵⁵ § 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy.

⁵⁶ § 4 projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (projekt z 13 marca 2009 r.).

⁵⁷ § 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy.

⁵⁸ § 3 projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (projekt z 13 marca 2009 r.).

⁵⁹ § 2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy.

⁶⁰ § 2 projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (projekt z 13 marca 2009 r.).

IV.5.4.2 Pomoc udzielana poza ośrodkiem

Pomoc udzielana poza ośrodkiem polega na wypłacie świadczenia pieniężnego na pokrycie we własnym zakresie kosztów pobytu w Polsce (tzw. świadczenie pieniężne)⁶¹.

Przesłanki udzielenia pomocy poza ośrodkiem określa ustawa o udzielaniu ochrony. Pomoc ta może być udzielana, jeżeli wymagają tego względy organizacyjne albo jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa cudzoziemcowi, z uwzględnieniem szczególnej sytuacji samotnych kobiet, ochrony porządku publicznego, ochrony i utrzymania więzi rodzinnych, lub przygotowania cudzoziemca do prowadzenia samodzielnego życia poza ośrodkiem, po otrzymaniu decyzji o nadaniu statusu uchodźcy, udzieleniu ochrony uzupełniającej lub zgody na pobyt tolerowany⁶².

Decyzję o udzieleniu lub odmowie udzielenia pomocy poza ośrodkiem podejmuje Szef UDSC na wniosek zainteresowanej osoby lub z urzędu⁶³.

Wysokość świadczenia pieniężnego wynosi 25 zł dziennie. Jeżeli cudzoziemiec przebywa w Polsce z małżonkiem lub małoletnimi dziećmi, wysokość świadczenia pieniężnego na każdego członka rodziny wynosi, w przypadku rodziny składającej się z dwóch osób - 20 zł na dzień, trzech osób - 15 zł na dzień, czterech i więcej osób - 12, 50 zł na dzień. Świadczenie pieniężne jest wypłacane z góry do 15 dnia każdego miesiąca⁶⁴.

Projekt rozporządzenia z 13 marca 2009 r. nie przewiduje żadnych zmian w tym zakresie⁶⁵.

IV.6. DODATKOWE EKWIWALENTY

IV.6.1 Becikowe

Cudzoziemcy ubiegający się o nadanie statusu uchodźcy nie są uprawnieni do otrzymywania tzw. „becikowego”. Ustawa o świadczeniach rodzinnych, regulująca tę kwestię, nie wymienia cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy wśród grup osób, którym przysługują świadczenia na podstawie tej ustawy⁶⁶.

IV.6.2 Zakup pieluch

Kwestia ta nie jest uregulowana przez prawo. Z dostępnych informacji wynika, że zakup pieluch cudzoziemiec pokrywa ze środków przyznanych w ramach stałej pomocy pieniężnej na zakup środków higieny osobistej⁶⁷. Obecnie suma ta wynosi 20 zł na miesiąc.⁶⁸

⁶¹ Art. 71 ust. 1 pkt. 2 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁶² Art. 72 ust. 1 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁶³ Art. 72 ust. 2 ustawy o udzielaniu ochrony

⁶⁴ § 6 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy.

⁶⁵ § 6 projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (projekt z 13 marca 2009 r.)

⁶⁶ Art. 1 ust. 2 oraz art. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2003 r., Nr 228, poz. 2255).

⁶⁷ § 1 pkt. 1.2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy.

⁶⁸ § 3 pkt. 1 projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (projekt z 13 marca 2009 r.). W tym projekcie suma nie ulega zmianie.

IV.7. ZAKWATEROWANIE, WARUNKI BYTOWE W OŚRODKU RECEPCYJNYM

Każda osoba, która złożyła wniosek o nadanie statusu uchodźcy w Polsce ma prawo do uzyskania pomocy, która obejmuje, *inter alia*, zakwaterowanie w ośrodku recepcyjnym. Organem odpowiedzialnym za prowadzenie i organizowanie ośrodków dla uchodźców jest Szef Urzędu ds. Cudzoziemców, który w ramach dwustronnych umów może zlecić jego prowadzenie podmiotom zewnętrznym: organizacjom społecznym, stowarzyszeniom, innym osobom prawnym lub osobom fizycznym⁶⁹.

Każdy budynek, w którym będą kwaterowane osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce musi spełnić szereg wymogów, które określone są przez rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie⁷⁰ i rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 18 sierpnia 2004 r. w sprawie obiektów hotelarskich i innych obiektów, w których są świadczone usługi hotelarskie⁷¹ oraz wytyczne UDSC⁷². Ośrodek recepcyjny traktowany jest jak budynek zamieszkania zbiorowego, tj. jak hotel, pensjonat czy dom dziecka⁷³ i musi spełniać ściśle określone standardy.

Wysokość pokoju nie powinna być mniejsza niż 2,5m².⁷⁴ Cudzoziemcy mogą być kwaterowani zarówno w pokojach, jak i salach sypialnych. Powierzchnia mieszkalna wynosi 6m² dla pokoju 1- lub 2-osobowego, dla większych pokoi dodatkowo 2m² na każdą osobę. Powierzchnia sali, w której kwaterowani są uchodźcy nie może być mniejsza niż 2,5m² na każdą osobę (przy łóżkach piętrowych nie mniej niż 1,5m² na każdą osobę).⁷⁵ Ponadto sala sypialna musi być wyposażona w następujący sprzęt: łóżko o wymiarach minimum 80x190 cm, szafkę (dla każdej z osób), stół, oświetlenie ogólne, krzesła/taborety (dla każdej z osób) oraz lustro. W pokoju winny znajdować się: łóżko o wymiarach minimum 80x190 cm (lub dwuosobowe o wymiarach minimum 120x190 cm), szafka dla każdej z osób, stół, krzesło lub taboret (na każdą osobę), oświetlenie oraz zasłony.

Jednocześnie w takim budynku powinno zapewnić się dostęp do zimnej wody przez całą dobę, do ciepłej wody, – co najmniej 2 godziny rano i 2 godziny wieczorem⁷⁶ oraz do łazienek⁷⁷. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury na 15 osób powinien przypadać jeden węzeł higieniczno-sanitarny. Rozporządzenie ze szczegółami

⁶⁹ Art. 79 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁷⁰ Dz. U. z 2002 r., Nr 75, poz. 690 z późn. zm.

⁷¹ Dz. U. z 2006 r., Nr 22, poz. 169 z późn. zm.

⁷² Informacje dostępne na stronie UDSC:

<http://www.udsc.gov.pl/Wymagania,dotyczace,prowadzenia,osrodkow,428.html> (strona z dnia 28.IV.2009 roku).

⁷³ § 3 pkt 5 rozporządzenia Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych; *budynku zamieszkania zbiorowego - rozumie się przez to budynek przeznaczony do okresowego pobytu ludzi poza stałym miejscem zamieszkania, taki jak hotel, motel, pensjonat, dom wypoczynkowy, schronisko turystyczne, schronisko socjalne, internat, dom studencki, budynek koszarowy, budynek zakwaterowania na terenie zakładu karnego, aresztu śledczego, zakładu poprawczego, schroniska dla nieletnich, a także budynek do stałego pobytu ludzi, taki jak dom rencistów, dom zakonny i dom dziecka.*

⁷⁴ § 72 pkt 1 rozporządzenia Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych.

⁷⁵ Załącznik nr 7 do rozporządzenia Ministra Gospodarki w sprawie obiektów hotelarskich.

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych § 82. 1. *W budynku zamieszkania zbiorowego łazienki związane z pomieszczeniami mieszkalnymi powinny być wyposażone w wannę lub natrysk oraz umywalkę. Miska ustępowa może być usytuowana w łazience lub w wydzielonej kabinie ustępowej wyposażonej w umywalkę.*

2. *W budynku, o którym mowa w ust. 1, bez łazienek i ustępów związanych z pomieszczeniami mieszkalnymi należy przewidzieć na każdej kondygnacji umywalnie i ustępy przeznaczone do wspólnego użytku, wyposażone co najmniej w: 1) 1 miskę ustępową dla 10 kobiet, 2) 1 miskę ustępową i 1 pisuar dla 20 mężczyzn, 3) 1 urządzenie natryskowe dla 15 osób, 4) 1 umywalkę dla 5 osób.*

definiuje, w co należy go wyposażać, tak, więc są to: natrysk lub wanna, umywalka z blatem lub półką i wieszakiem na ręcznik, WC, lustro z górnym lub bocznym oświetleniem, uniwersalne gniazdko elektryczne z osłoną, pojemnik na śmieci, a także dozownik do płynnego mydła i ręczniki papierowe. Obowiązujące przepisy nie regulują kwestii standardu, jaki powinna spełniać łazienka przeznaczona dla kobiet i mężczyzn. Zgodnie z wytycznymi UDSC dotyczącymi standardów, jakie powinien spełniać obiekt, w którym zakwateruje się cudzoziemców, uchodźcom zapewnia się pomieszczenie kuchenne, wyposażone w kuchnię elektryczną 4-palnikową, zlewozmywak dwukomorowy, chłodziarkę lub chłodziarko-zamrażarkę o pojemności nie mniejszej niż 200 litrów. Jedno takie pomieszczenie ma przypadać na 80 mieszkańców. Wymagana jest również pralnia/suszarnia, w której mają znajdować się minimum 2 pralki wirnikowe oraz miejsce umożliwiające powieszenie wypranej odzieży. Jedno takie pomieszczenie ma przypadać na 100 osób zakwaterowanych w ośrodku. Kwestię tę reguluje również regulamin pobytu w ośrodkach dla cudzoziemców, stwierdzając, że uchodźcy udostępnia się pomieszczenie kuchenne do przygotowywania posiłków oraz pomieszczenie wyposażone w urządzenia chłodnicze do przechowywania artykułów żywnościowych.⁷⁸

UDSC wymaga również, aby w ośrodku recepcyjnym znajdowało się specjalne pomieszczenie przeznaczone dla celów kultu i modlitwy, świetlica przeznaczona na salę lekcyjną wraz z odpowiednim wyposażeniem oraz świetlica wyposażona w telewizor (pomieszczenie to powinno przypadać na każde 100 mieszkańców ośrodka). Na terenie ośrodka ma znajdować się również plac zabaw oraz boisko.

Powyższe wytyczne określają minimalne warunki dla obiektów, w których Szef Urzędu do Spraw Cudzoziemców zleca prowadzenie ośrodków recepcyjnych. Wydaje się, że **podobne standardy powinny dotyczyć ośrodków prowadzonych przez Szefa Urzędu, jednak brak jest uregulowań prawnych i informacji, które pozwoliłyby na jednoznaczne stwierdzenie czy wytyczne te stosowane są również wobec tych obiektów.** Obiekt przeznaczony pod ośrodek dla uchodźców jednocześnie musi spełniać odpowiednie wymogi ppoż. i bhp.

Warto podkreślić, że stosowne rozporządzenia regulują kwestie związane z dojściem i dojazdem do wejść dla osób niepełnosprawnych. Co najmniej jedno dojście powinno zapewnić takim osobom dostęp do całego budynku lub części, z których będą one korzystać.⁷⁹

Zgodnie z regulaminem pobytu w ośrodku dla cudzoziemców, rodziny powinny być kwaterowane w jednym pomieszczeniu.⁸⁰ Jednocześnie cudzoziemcy nie mogą samodzielnie zmieniać miejsca, które im wyznaczono.

Regulamin pobytu w ośrodku stwierdza również, że każdy cudzoziemiec otrzymuje pościel, ręcznik, sztućce oraz naczynia stołowe.⁸¹ Rzeczy te otrzymuje się za pokwitowaniem.

⁷⁸ § 8 regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy, stanowiącego załącznik do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 12 sierpnia 2003 r. w sprawie regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (Dz.U. z 2003 r. nr 146 poz. 1425)

⁷⁹ § 16 rozporządzenia Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych.

⁸⁰ § 5 pkt 1 regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy.

⁸¹ § 4 regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy.

Rozporządzenie Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych § 82. 1. *W budynku zamieszkania zbiorowego łazienki związane z pomieszczeniami mieszkalnymi powinny być wyposażone w wannę lub natrysk*

IV.8. WYŻYWIENIE

Zgodnie z ustawą o udzielaniu ochrony, cudzoziemcowi ubiegającemu się o nadanie statusu uchodźcy zapewnia się wyżywienie⁸² w ośrodku recepcyjnym⁸³. Posiłki wydawane są w stołówce 3 razy dziennie. Projekt zmian do regulaminu pobytu w ośrodkach dodatkowo określa, że posiłki wydaje się w godzinach 8-10, 12-14 oraz 17-19. Godziny te mogą być, w ważnych wypadkach, zmienione przez kierownika danego ośrodka.⁸⁴ Jednocześnie podkreśla się, że wyżywienie dla dzieci powinno być dostosowane do ich wieku.⁸⁵ (Więcej na temat ekwiwalentu w zamian za wyżywienie zob. rozdział świadczenia socjalne.)

Kwestia wyżywienia zbiorowego oraz jego jakości w ośrodkach recepcyjnych nie jest regulowana w sposób szczegółowy w obowiązujących aktach prawa.

Zgodnie z informacją przedstawioną przez Biuro Organizacji Ośrodków Urzędu ds. Cudzoziemców (BOO UDSC) dzienna stawka wyżywienia dla cudzoziemca wynosi 9 zł.⁸⁶ Ustawa o udzielaniu ochrony stanowi, że całodzienne wyżywienie zbiorowe, z którego korzysta małoletnie dziecko cudzoziemca, powinno być dostosowane do jego wieku⁸⁷. Ekwiwalent pieniężny przysługuje w zamian za wyżywienie dziecka do lat 3, a także dziecka uczęszczającego do przedszkola, szkoły podstawowej, gimnazjum lub szkoły ponadgimnazjalnej⁸⁸.

Stawka dzienna wyżywienia w ośrodku wynosi 9 zł⁸⁹. W projekcie rozporządzenia zmieniającego aktualnie obowiązujące przepisy stawka ta została zmniejszona do 8 zł⁹⁰. Wysokość ekwiwalentu pieniężnego w zamian za wyżywienie wynosi 9 zł za dzień. Wypląca się go z góry do 15 dnia każdego miesiąca⁹¹. Według planowanych zmian wysokość ekwiwalentu pieniężnego w zamian za wyżywienie zostanie zmniejszona do 8 zł za dzień, natomiast termin jego wypłaty pozostaje niezmienny⁹².

Kwestie związane z ustalaniem diety dla cudzoziemców (zarówno zdrowych jak i skarżących się na dolegliwości z zakresu chorób wewnętrznych) regulowane są poprzez porozumienie Koordynatora Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa

oraz umywalkę. Miska ustępowa może być usytuowana w łazience lub w wydzielonej kabinie ustępowej wyposażonej w umywalkę. 2. W budynku, o którym mowa w ust. 1, bez łazienek i ustępów związanych z pomieszczeniami mieszkalnymi należy przewidzieć na każdej kondygnacji umywalnie i ustępy przeznaczone do wspólnego użytku, wyposażone co najmniej w: 1) 1 miskę ustępową dla 10 kobiet, 2) 1 miskę ustępową i 1 pisuar dla 20 mężczyzn, 3) 1 urządzenie natryskowe dla 15 osób, 4) 1 umywalkę dla 5 osób.

⁸² Art. 71 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy o udzielaniu ochrony.

⁸³ § 7 pkt 1 regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy.

⁸⁴ § 10 pkt 3 regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy stanowiącego załącznik do projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (projekt z dnia 13 marca 2009 r.)

⁸⁵ Art. 71 ust. 2 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁸⁶ Wysokość tej kwoty jest równa wysokości ekwiwalentu pieniężnego przyznawanego cudzoziemcowi w zamian za wyżywienie, zgodnie z §5 pkt 1 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (Dz. U. z 2003 r., Nr 146, poz. 1428 z późn. zm.).

⁸⁷ Art. 71 ust. 2 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁸⁸ Art. 71 ust. 3 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁸⁹ § 8 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy.

⁹⁰ § 8 projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (projekt z 13 marca 2009 r.).

⁹¹ § 5 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy.

⁹² § 5 projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (projekt z 13 marca 2009 r.).

Spraw Wewnętrznych i Administracji (CSK MSWiA) i dyrektora BOO UDSC. Poszczególne diety powinny spełniać następujące kryteria:

- Dieta dla osób zdrowych: kcal 2600, białko 93g, tłuszcze 87g, węglowodany 359g;
- Dieta lekkostrawna dla osób z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy, stanami zapalnymi błony śluzowej przewodu pokarmowego, uchyłkowatością jelit: kcal 2200 – 2400, białko 94g, tłuszcze 75g, węglowodany 296g;
- Dieta lekkostrawna z ograniczeniami tłuszczu i węglowodanów dla osób z cukrzycą, schorzeniami wątroby, trzustki, pęcherzyka żółciowego kamienicy dróg żółciowych, w stanie zapalnym jelit: kcal 2000-2200, białko 70-100g, tłuszcze 45g, węglowodany 260-315g;
- Dieta przeciwalergiczna dla osób z alergią pokarmową.
- Diety dla dzieci do 3 roku życia.

Posiłki przygotowywane dla cudzoziemców przez firmy cateringowe lub stołówkę w danym ośrodku recepcyjnym muszą spełniać powyższe kryteria.⁹³ Dodatkowo powinny spełniać kryteria związane z dietą odpowiednią dla danej religii i kultury.

IV.9. PRAWO DO OPIEKI MEDYCZNEJ

Zgodnie z ustawą o udzielaniu ochrony cudzoziemcowi ubiegającemu się o nadanie statusu uchodźcy, zapewnia się opiekę medyczną tym osobom w zakresie, w jakim przysługuje ona obywatelom polskim objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.⁹⁴ Na podstawie ustawy „Prawo o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych”⁹⁵ cudzoziemcowi przysługują wszystkie świadczenia wymienione w art. 15 ust. 2 tej ustawy z wyjątkiem leczenia uzdrowiskowego.⁹⁶

Zgodnie z umową zawartą przez UDSC z Centralnym Szpitalem Klinicznym MSWiA (umowa UDSC z CSK)⁹⁷ opieką medyczną objęte są również dzieci cudzoziemców, które urodziły się w Polsce i jeszcze nie złożono w ich imieniu wniosku o nadanie statusu uchodźcy.

Z dostępnych informacji wynika, że cudzoziemcy nie mogą wybrać lekarza pierwszego kontaktu, bowiem może nim być jedynie lekarz pracujący w ośrodku. Ponadto każda pierwsza i kolejna wizyta u specjalisty (w tym np: ginekologa, okulisty, psychologa, psychiatry) wymaga wystawienia skierowania przez lekarza z ośrodka.⁹⁸

Ustawa o udzielaniu ochrony stwierdza, że w zakresie opieki medycznej Szef UDSC podpisuje stosowną umowę cywilnoprawną z wyspecjalizowaną instytucją.⁹⁹

⁹³ Odpowiedź BOO UDSC z dn. 04.04.2009 roku w związku z prośbą o udzielenie informacji na temat kwestii związanych ze standardami recepcji uchodźców nieuregulowanych szczegółowo w powszechnych obowiązujących aktach prawa.

⁹⁴ Art. 73 ust. 1 ustawy o udzielaniu ochrony

⁹⁵ Dz. U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

⁹⁶ Na podstawie art. 73 ust. 1 ustawy o udzielaniu ochrony.

⁹⁷ Umowa nr 19 / Leczenie uchodźców / UDSC / 08 nr 46/SM/2008 z dnia 8 lutego 2008 r. pomiędzy Urzędem do Spraw Cudzoziemców a Centralnym Szpitalem Klinicznym MSWiA w Warszawie.

⁹⁸ Skierowanie wystawiane jest na specjalnym druku przeznaczonym wyłącznie na potrzeby świadczeń opieki zdrowotnej oferowanych osobom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy.

⁹⁹ Art. 73 ust. 2 ustawy o udzielaniu ochrony.

Świadczeniodawcą może być jedynie podmiot spełniający warunki wymienione w art. 3 ust. 1 pkt. 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.¹⁰⁰ Tak, więc obecnie kwestie udzielanych świadczeń z zakresu opieki medycznej regulowana jest umową UDSC z CSK MSWiA.

Zgodnie z umową UDSC z CSK MSWiA w każdym ośrodku dla uchodźców oraz w Punkcie Przyjmowania Wniosków od Cudzoziemców Ubiegających się o Status Uchodźcy lub Azyl (ul. Taborowa 33, Warszawa) udzielane są świadczenia z zakresu usług zdrowotnych. Dyżur lekarza internisty (lub innego specjalisty) dostosowany jest do potrzeb danego ośrodka, jednakże nie może być krótszy niż 10 godzin tygodniowo. Jednocześnie odbywa się dyżur pediatry, również w wymiarze nie mniejszym niż 10 godzin tygodniowo. W ośrodku zatrudniona jest ponadto pielęgniarka, w wymiarze godzin ustalonych w umowie między CSK MSWiA a osobą zatrudnianą na to stanowisko.¹⁰¹

Badania i konsultacje specjalistyczne odbywają się w CSK MSWiA lub w innym szpitalu, z którym CSK MSWiA podpisał umowę z zakresu świadczeń takich usług.¹⁰² Również hospitalizacja cudzoziemca odbywa się w zakładach opieki zdrowotnej, które mają podpisaną umowę z CSK MSWiA. Jedynie w razie nagłego zagrożenia życia możliwa jest hospitalizacja w każdym szpitalu na terenie Polski.¹⁰³

Powyższa umowa reguluje kwestie związane z podstawową opieką zdrowotną, konsultacjami specjalistycznymi, badaniami specjalistycznymi, hospitalizacją oraz ratownictwem medycznym.¹⁰⁴ Stwierdza się w niej również, że na dodatkowe usługi świadczone przez CSK MSWiA składają się:

- Program wczesnego wykrywania i leczenia gruźlicy w stosunku do cudzoziemców przechodzących badania zaraz po złożeniu wniosku o nadanie statusu uchodźcy (wg określonego harmonogramu programu wczesnego wykrywania i leczenia gruźlicy u osób dorosłych i dzieci¹⁰⁵);
- Program wczesnego wykrywania i leczenia chorób zakaźnych, wenerycznych i pasożytniczych; w tym wypadku w skład badań laboratoryjnych wchodzi: morfologia, glukoza na czczo, badanie ogólne moczu, aminotransferaza alaninowa ALT i asparaginowa AST, bilirubina całkowita, kreatynina, mocznik, anty HBs, anty HCV, WR (VDRL), HIV, pobranie krwi oraz badania pasożytnicze u dzieci.
- Program opieki psychologicznej.

¹⁰⁰ Art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej stwierdza, że świadczeniodawca to:

- a) zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki,
- b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
- c) państwową jednostkę budżetową, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104, z późn. zm.10)), tworzoną i nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadającą w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

¹⁰¹ § 3 pkt 1 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., op. cit.

¹⁰² § 3 pkt 3 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., op. cit.

¹⁰³ § 3 pkt 4 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., op. cit.

¹⁰⁴ § 1 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., op. cit.

¹⁰⁵ Załącznik nr 1 do Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., op. cit.

Ustawodawca wykluczył możliwość, aby osoba otrzymująca świadczenia pieniężne na pokrycie we własnym zakresie kosztów pobytu w Polsce otrzymywała dodatkowy ekwiwalent na pokrycie kosztów związanych z opieką medyczną.¹⁰⁶ Zgodnie z zebranymi informacjami, osoba, która mieszka poza ośrodkiem nie może korzystać z usług lekarza w miejscu zamieszkania. Zobowiązana jest konsultować się z lekarzem przyjmującym w ośrodku usytuowanym najbliżej.

W ramach wykonywania umowy CSK zleca innym podmiotom zdania związane z:

- konsultacjami specjalistycznymi, badaniami specjalistycznymi, hospitalizacją zgodnie z katalogiem Narodowego Funduszu Zdrowia; świadczenia te są rozliczane na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza z ośrodka;

- pomocą doraźną, ambulatoryjną, transportem sanitarnym (więcej na temat transportu medycznego zob. poniżej) oraz szczepień ochronnych.¹⁰⁷

Hospitalizacja wymaga każdorazowo zgody cudzoziemca (w przypadku nieletniego zgody jego rodzica lub opiekuna prawnego). Dokument ten jest dostępny w języku rosyjskim, angielskim oraz francuskim.¹⁰⁸ Jednocześnie na własną prośbę cudzoziemiec może zrezygnować z dalszego leczenia szpitalnego. W tym celu musi podpisać „rezygnację”.¹⁰⁹ Najważniejszą w tej kwestii sprawą jest pytanie czy cudzoziemcy rozumieją treść dokumentów, które muszą podpisać (nawet, jeżeli są w języku teoretycznie dla nich zrozumiałym, np. czy cudzoziemiec mówiący głównie w języku czeczeńskim lub inguskim rozumie tekst napisany po rosyjsku).

Podwykonawca CSK może w razie trudności językowych (tj. podczas udzielania konsultacji lub pomocy medycznej) wezwać tłumacza języka rosyjskiego¹¹⁰. Usługi te są bezpłatne. Zgodnie z umową świadczą je: Fundacja Ocalenie, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Helsińska Fundacja Praw Człowieka oraz Biuro Organizacji Ośrodków UDSC.¹¹¹

IV.9.1. Pokrycie kosztów opieki medycznej

Koszty opieki medycznej i socjalnej pokrywane są z budżetu państwa, ze środków znajdujących się w dyspozycji Szefa Urzędu.¹¹² Zgodnie z umową UDSC z CSK MSWiA stawka miesięczna za jedną osobę wynosi 125 zł.¹¹³ Ponadto określa się, że usługi medyczne oferowane przez CSK obejmują średnio 6 tys. osób miesięcznie.

Leczenie wysokospecjalistyczne (i pokrywane z budżetu państwa na podstawie odrębnych ustaw) jest opłacane przez UDSC. W każdym przypadku UDSC wyraża zgodę na podjęcie takiego leczenia (z wyjątkiem sytuacji ratujących życie).¹¹⁴

IV.9.2. Usługi stomatologiczne

Pomimo tego, że swoboda wyboru lekarza stomatologa regulowana jest przez ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej, cudzoziemcy swobodnie stomatologa wybrać nie

¹⁰⁶ Art. 71 ust. 1 pkt 2 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹⁰⁷ § 1 pkt 2 wzoru umowy z podwykonawcą medycznym CSK MSWiA.

¹⁰⁸ § 1 pkt 5 *ibid.*

¹⁰⁹ § 1 pkt 6 *ibid.*

¹¹⁰ Umowa nie wymienia innych języków.

¹¹¹ § 5 pkt 3 i 4 umowy z podwykonawcą medycznym CSK MSWiA.

¹¹² Art. 85 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹¹³ § 7 pkt 1 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., *op. cit.*

¹¹⁴ § 7 pkt 5 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., *op. cit.*

mogą. Zobowiązani są do korzystania z usług dentysty, z którym UDSC podpisał umowę na świadczenie usług stomatologicznych. Kwestia tych usług nie jest częścią umowy pomiędzy UDSC a CSK MSWiA. Szef Urzędu podpisuje umowy z gabinetami dentystycznymi w ramach rozpisanego przetargu.

Przed wizytą u dentysty wymagane jest skierowanie od lekarza z ośrodka,¹¹⁵ a dostęp do tego lekarza – jak już wspomniano – bywa mocno utrudniony. Gabinet stomatologiczny wyłącznie dla uchodźców znajduje się obecnie jedynie w ośrodku w Dębaku.

Zgodnie z ogłoszeniem na świadczenie usług stomatologicznych rozpisany przez Szefa Urzędu, szuka się gabinetów i stomatologów znajdujących się blisko ośrodków dla uchodźców (zazwyczaj w najbliższym większym mieście).

Zakres świadczonych usług ma obejmować: ekstrakcję zęba, dłutowanie zęba, nacięcie ropnia, wypełnienie klasy I, II, III, IV z MOD, V, opatrunek w trakcie leczenia zęba, dewitalizację miazgi, wypełnienie kanałów zęba, leczenie zgorzeli, ekstrakcje zębów mlecznych, zdjęcie rentgenowskie zęba, znieczulenie. Usługa ma być świadczona w dni powszednie pomiędzy 8 a 16.

Odnosnie leczenia protetycznego i ortodontycznego, zgodę na jego podjęcie wydaje koordynator ds. stomatologii w BOO oraz Dyrektor BOO. Koszt takiego leczenia pokrywany jest z funduszy UDSC w miarę ich dostępności.¹¹⁶

IV.9.3. Wymogi fachowe i sanitarne, jakie musi spełniać ambulatorium w ośrodku dla osób ubiegających się o status uchodźcy

Zgodnie z umową UDSC z CSK MSWiA punkt medyczny w ośrodku musi spełniać standardy¹¹⁷ określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia.¹¹⁸ Odpowiedzialność za dostosowanie odpowiednich pomieszczeń i zaopatrzenie w niezbędny sprzęt ponosi UDSC.¹¹⁹

Zgodnie z tym rozporządzeniem punkt medyczny musi spełniać takie same wymagania jak dla zakładu opieki zdrowotnej, który udziela świadczeń obejmujących co najmniej badanie i porady lekarskie. Zgodnie z par., 3 pkt. 1 rozporządzenia wymagania te są jednakowe jak dla przychodni.¹²⁰

IV.10. OPIEKA NAD OSOBAMI, KTÓRE BYŁY PODDAWANE PRZEMOCY ALBO SĄ NIEPEŁNOSPRAWNE

Prawo nie porusza kwestii opieki dla osób, które były poddawane przemocy albo są niepełnosprawne. Ustawa o udzielaniu ochrony cudzoziemcom nakłada na organ

¹¹⁵ Odpowiedź BOO UDSC z dn. 04.04.2009 roku..., op. cit.

¹¹⁶ Odpowiedź BOO UdsC z dn. 04.04.2009 roku..., op. cit.

¹¹⁷ § 4 pkt 1 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., op. cit.

¹¹⁸ Rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, op. cit.

¹¹⁹ § 4 pkt 2 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., op. cit.

¹²⁰ Zgodnie z § 3 pkt. 2 w związku z § 2 pkt. 1 przepisy na temat wymagań sanitarnych i fachowych dotyczących przychodni stosuje się również do zakładów opieki zdrowotnej innych niż przychodnia, jeżeli mają udzielać lub udzielają świadczeń zdrowotnych obejmujących co najmniej badanie i poradę lekarską.

Jednocześnie pomieszczenia, w których odbywa się badanie i porada lekarska powinny spełniać następujące wymogi dotyczące powierzchni: dla gabinetu badań lekarskich, co najmniej 12m²; dla gabinetu przygotowawczo-zabiegowego, gabinetu zabiegowego, w którym nie wykonuje się znieczulenia ogólnego za wyjątkiem gabinetów dentystycznych, co najmniej 15m²; dla gabinetu zabiegowego, w którym wykonuje się znieczulenie ogólne, co najmniej 20m²; dla gabinetu pobierania prób do analiz, – co najmniej 6m².

rozpatrujący wnioski o status uchodźcy wymóg przeprowadzenia specjalnej procedury wobec osób, których stan psychofizyczny nasuwa domniemanie, że byli poddani przemocy albo są niepełnosprawni.

Procedurę tę wszczyna się, jeżeli cudzoziemiec informuje, że był poddany przemocy, jest niepełnosprawny, lub którego stan psychofizyczny nasuwa domniemanie, iż był poddawany przemocy. Szef Urzędu powinien zapewnić badania lekarskie i psychologiczne, aby potwierdzić jego niepełnosprawność lub stan psychofizyczny.¹²¹

Jeżeli badanie potwierdzi ten stan, w postępowaniu o nadanie statusu uchodźcę przesłuchuje się w obecności psychologa lub lekarza (również w obecności tłumacza tej samej płci, jeśli jest to wskazane), w terminie, który nie koliduje np. z wyznaczonymi badaniami lekarskimi oraz w takich warunkach, które pozwolą na swobodę wypowiedzi (np. w miejscu gdzie przebywa cudzoziemiec).¹²²

Jeżeli wymaga tego sytuacja, cudzoziemcowi, który przebywa w ośrodku zapewnia się transport w celu złożenia zeznań lub skorzystania ze świadczeń zdrowotnych.¹²³

Ponadto ustawa gwarantuje, że cudzoziemiec może wskazać płć osoby, która będzie wykonywać czynności w postępowaniu w sprawie nadania statusu uchodźcy oraz związane z udzieleniem pomocy w ośrodku. Osoba ta musi mieć odbyte szkolenie przygotowujące do pracy z osobami poszkodowanymi na skutek przestępstwa lub poddanymi przemocy oraz z osobami niepełnosprawnymi.¹²⁴

IV.11. OBOWIĄZKOWE ZABIEGI SANITARNE

Zgodnie z ustawą o udzielaniu ochrony¹²⁵ cudzoziemiec jest zobowiązany poddać się zabiegom sanitarnym lub badaniu lekarskiemu przed przyjęciem do ośrodka. Jeżeli nie chce poddać się odpowiednim zabiegom, przyznawana jest mu wyłącznie pomoc pieniężna na utrzymanie poza ośrodkiem w wysokości 1/3 świadczenia normalnego.¹²⁶

Z dostępnych informacji wynika, że istnieją problemy z odpowiednimi warunkami higienicznymi, szczególnie w związku z rozwojem insektów. Zgodnie z wyjaśnieniami BOO w ośrodku przeprowadzana jest regularnie dezynsekcja odpowiednimi środkami owadobójczymi oraz rozdawane są środki doraźne zwalczające insekty.¹²⁷

Zgodnie z prawem¹²⁸ gruźlica, (wśród innych chorób zakaźnych), znajduje się na liście chorób, których leczenie jest obowiązkowe. Każda osoba przebywająca na terytorium RP musi poddać się: badaniom mającym na celu wykrywanie zakażeń i chorób zakaźnych, obowiązkowym szczepieniom ochronnym oraz obowiązkowemu leczeniu,

¹²¹ Art. 68 ust. 1 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹²² Art. 68 ust. 2 pkt. 1-3 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹²³ Art. 68 ust. 4 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹²⁴ Art. 69 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹²⁵ Art. 81 pkt 1 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹²⁶ Art. 81 ust. 3 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹²⁷ Odpowiedź BOO UdsC z dnia 06.04.2009 na pismo Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka w sprawie warunków higienicznych panujących w ośrodku w Podkowie Leśnej – Dębaku.

¹²⁸ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, Dz. U. z 2001 r., Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.

hospitalizacji lub kwarantannie.¹²⁹ Osoba, która nie stosuje się do tych wymogów podlega karze grzywny.¹³⁰

IV.12. WYKUP LEKÓW, ZWROT KOSZTÓW ZA WYKUP LEKÓW

Powszechnie obowiązujące prawo nie określa kwestii zwrotu kosztów za wykup leków specjalistycznych. Według dostępnych informacji wszystkie leki na podstawie recepty wystawionej przez lekarza specjalistę wydawane są przez odpowiedniego lekarza z ośrodka, a jeżeli nie ma takiego leku na składzie, jest on zamawiany. W wyjątkowych sytuacjach, za zgodą lekarza z ośrodka, cudzoziemiec może wykupić lek we własnym zakresie. Poniesione koszty będą zwrócone tylko po przedstawieniu faktury.

Koszty finansowe poniesione w związku z wizytą u prywatnego lekarza (tak więc, również koszty zakupów wypisanych przez niego leków) nie są zwracane cudzoziemcom.

Zgodnie z umową UDSC z CSK MSWiA, CSK MSWiA jest zobowiązane do zaopatrywania wszystkich punktów ambulatoryjnych w ośrodkach w leki, druki medyczne, środki dezynfekujące i inne materiały medyczne.¹³¹

IV.13. TRANSPORT MEDYCZNY, SYTUACJE NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA LUB ZDROWIA

Zgodnie z umową UDSC z CSK MSWiA koszt transportu medycznego, który nie jest transportem sanitarnym, pokrywa UDSC na podstawie faktur.¹³² Również w umowach CSK MSWiA z podwykonawcami stwierdza się, że transport medyczny w razie potrzeby jest zapewniony na badanie i z badania przez podwykonawcę na koszt CSK MSWiA.¹³³

Problemy dostępności transportu medycznego, transportu kobiet z patologią ciąży lub małych dzieci po chorobach, transportu osób po operacjach na planowe leczenie, wizyty specjalistyczne lub na leczenie szpitalne nie są regulowane w obowiązującym prawie.

Ustawa o udzielaniu ochrony cudzoziemcom wspomina tylko, że cudzoziemcowi finansuje się im przejazd środkami transportu publicznego w celu leczenia lub poddania się szczepieniom.¹³⁴ Z dostępnych informacji wynika, że tylko w wyjątkowych sytuacjach zapewnia się transport medyczny, jednak nie jest to praktyka obowiązująca powszechnie.

Nie istnieją szczegółowe przepisy związane z wzywaniem pogotowia przez cudzoziemców. Kwestia ta regulowana jest na zasadach ogólnych, tj. poprzez ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹³⁵. Szczególnie art. 4

¹²⁹ Art. 5 ust. 1 ustawy o chorobach zakaźnych.

¹³⁰ Art. 35 ust. 1 ustawy o chorobach zakaźnych.

¹³¹ § 1 pkt 2 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., op. cit.

¹³² § 3 pkt 6 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., op. cit.

¹³³ § 5 pkt 2 wzoru umowy z podwykonawcą medycznym CSK MSWiA.

¹³⁴ Art. 71 ust. 1 pkt 1 lit. i tiret 2 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹³⁵ Dz. U. z 2006 r., Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.

też ustawy zobowiązuje każdego do wezwania pogotowia w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia innej osoby.¹³⁶

Zebrane informacje pozwalają stwierdzić, że karetka pogotowia wzywana jest zwykle w ciągu dnia przez pracownika ośrodka, lekarza, pielęgniarkę lub pracownika socjalnego, a w nocy przez pracownika ochrony.

IV.14. DOCHODZENIE PRAW PRZEZ PACJENTÓW

Kwestie te nie są szczegółowo uregulowane w obowiązujących aktach prawa. Wydaje się jednak, że cudzoziemcy ubiegający się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce mają takie same prawa w tym zakresie jak obywatele Polski. Karta Praw Pacjenta¹³⁷ wyraźnie stwierdza, że jej zapisy dotyczą pacjentów ubezpieczonych, ubezpieczonych prywatnie oraz osób innych niż ubezpieczeni.¹³⁸

Jednocześnie CSK MSWiA gwarantuje, że wykonywanie świadczeń zdrowotnych będzie odbywało się przy poszanowaniu ustawowych praw pacjenta.¹³⁹

IV.15. OPIEKA NAD KOBIECAMI W CIĄŻY

Nie ma szczegółowych przepisów, które dotyczyłyby kwestii pomocy, szczególnego traktowania bądź szczególnej opieki zapewnianej cudzoziemkom w ciąży należącym do grupy starających się o status uchodźcy w Polsce. Ponadto nie reguluje się kwestii sprawdzania przez położną standardu opieki i warunków socjalnych kobiet w ciąży. Być może ma na to wpływ rozwiązanie kwestii dostępu do ginekologa i położnej, bowiem wizyty te odbywają się głównie w Szpitalu MSWiA.

IV.16. OPIEKA NAD DZIEĆMI URODZONYMI W POLSCE I DZIEĆMI PONIŻEJ 3 ROKU ŻYCIA

Prawo nie reguluje tej kwestii w sposób szczegółowy. Zgodnie z umową UDSC z CSK MSWiA dzieci, które urodziły się na terytorium Polski objęte są pomocą medyczną - od chwili urodzenia do czasu złożenia w ich imieniu wniosku o status uchodźcy - na takich samych zasadach jak dorośli. (Kwestia ta nie jest określona w obowiązującej ustawie do umowy jednak dodano taki zapis.)

Dzieciom urodzonym w Polsce z reguły wydaje się książeczki zdrowia i karty szczepień zaraz po urodzeniu.

¹³⁶ Art. 4 ustawy o państwowym ratownictwie medycznym stwierdza, że *kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.*

¹³⁷ Jest to zbiór różnych dokumentów traktujących o szeroko pojętej ochronie zdrowia. Są to: Konstytucja RP, ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991r., Nr 91, poz. 408 z późn. zm.), ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994r., Nr 111, poz. 535 z późn. zm.), ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 1995r., Nr 138, poz. 682 z późn. zm.), ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001r., Nr 57, poz. 602 z późn. zm.), ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2002r., Nr 21, poz. 204 z późn. zm.).

¹³⁸ Więcej informacji na stronie z dnia 28.IV.2009 roku: <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b12441&ms=244&ml=pl&mi=248&mx=0&ma=349>

¹³⁹ § 5 ust. 1 pkt 3 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., op. cit. oraz § 4 pkt 2 lit. c wzoru umowy z podwykonawcą medycznym CSK MSWiA.

IV.17. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

IV.17.1 Prawa osób niepełnosprawnych

Powszechnie obowiązujące prawo nie reguluje w sposób szczegółowy kwestii dotyczących osób niepełnosprawnych, które ubiegają się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce. Kwestie związane z orzekaniem o niepełnosprawności nie leżą w gestii UDSC. Zgodnie z informacją przedstawioną przez BOO UDSC osoba ubiegająca się o status uchodźcy w Polsce może wnioskować o określenie jej stopnia niepełnosprawności na takich samych zasadach, jakie obowiązują obywateli polskich. Jednak ze świadczeń, które przysługują osobie niepełnosprawnej mogą korzystać dopiero gdy otrzymają jedną z form ochrony międzynarodowej w Polsce.¹⁴⁰ Z zebranych informacji i analizy prawa wynika, że regulacje prawne kwestii związanych z osobami niepełnosprawnymi nie są jasne. Istnieje tu dowolność interpretacji przepisów w zależności od organów, które je stosują.

Powiatowe Zespoły ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności, (PZOSN) wydające orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wymagają do rejestracji i złożenia wniosku posiadania numeru PESEL. Cudzoziemcy ubiegający się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce nie mogą takiego numeru uzyskać¹⁴¹. Z zebranych informacji wynika, że istnieją rozbieżności w ocenie, czy Tymczasowe Zaświadczenie Tożsamości Cudzoziemca (TZTC) można uznać za dokument potwierdzający tożsamość wymagany do uzyskania zaświadczenia określającego stopień niepełnosprawności. Chociaż zgodnie z przepisami prawa TZTC jest dokumentem potwierdzającym tożsamość¹⁴², niekiedy powiatowe zespoły uznają TZTC za wystarczające, w większości jednak niezbędna jest karta pobytu¹⁴³. Większość PZOSN wymaga również uprawdopodobnienia pobytu cudzoziemca na terytorium danego powiatu przez dłuższy okres czasu. W praktyce jednak trudno ocenić czy dana osoba otrzyma status zezwalający jej na pozostanie w Polsce, czy też otrzyma decyzję negatywną i zostanie wydalona z terytorium RP.

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zapewnia osobie, która je otrzymała dostęp do specjalnych świadczeń pomocy społecznej, świadczeń opiekuńczych oraz pielęgnacyjnych, specjalnych procedur związanych z otrzymaniem dodatku mieszkaniowego, uzyskaniem prawa jazdy czy dostępem do terapii zajęciowej oraz ulg podatkowych. Bezrobotna osoba niepełnosprawna może również korzystać ze specjalnych ogłoszeń Powiatowego Urzędu Pracy (PUP) oraz podejmować pracę w zakładach pracy chronionej.

Z punktu widzenia osoby ubiegającej się o nadanie statusu uchodźcy otrzymanie orzeczenia o niepełnosprawności byłoby istotne jedynie w kwestii dostępu do specjalnych ogłoszeń w PUP oraz możliwości podjęcia pracy w zakładzie pracy chronionej. Zgodnie bowiem z prawem, cudzoziemiec pozostający w procedurze o nadanie statusu uchodźcy w Polsce nie ma prawa do korzystania z jakichkolwiek

¹⁴⁰ Odpowiedź BOO UDSC z dn. 04.04.2009 roku..., op. cit.

¹⁴¹ Aby uzyskać numer PESEL niezbędne jest zameldowanie oraz posiadanie dokumentu potwierdzającego tożsamość. Cudzoziemcy ubiegający się o nadanie statusu uchodźcy tych warunków nie spełniają, bowiem nie są meldowani w ośrodkach.

¹⁴² Art. 55 ust. 1 pkt. 6 ustawy o udzielaniu ochrony

¹⁴³ Karta pobytu jest wydawana osobie, która uzyskała już jedną z form ochrony na terytorium RP, natomiast cudzoziemcy ubiegający się o status uchodźcy otrzymują TZTC.

Informacje te zgromadzono na podstawie rozmów telefonicznych z PZOSN w Warszawie, Białymstoku, Grodzisku Mazowieckim oraz Łomży.

świadczeń z pomocy społecznej. Jednak zgodnie z ustawą o udzielaniu ochrony osobie, w sprawie, której w ciągu 6 miesięcy nie została wydana decyzja przez organ pierwszej instancji, można wydać zaświadczenie, które wraz z TZTC stanowi podstawę do wykonywania pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach i w trybie określonym w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Zatem otrzymanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jedynie w tym kontekście może być istotne

IV.17.2 Rehabilitacja osób niepełnosprawnych

Rehabilitacją objęte są osoby, które otrzymały stosowne skierowanie od lekarza z ośrodka lub zgodę dyrektora BOO UDSC na pokrycie kosztów z tym związanych. Wnioski cudzoziemców w tym względzie są rozpatrywane indywidualnie. Przyznanie pomocy na rehabilitację zależne jest od finansowych możliwości Urzędu.¹⁴⁴

IV.18. STANDARDY ZATRUDNIENIA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA I PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH

IV.18. 1 Pracownicy służby zdrowia

Pracownicy służby zdrowia zatrudniani są bezpośrednio przez Centralny Szpital Kliniczny MSWiA. Podlegają wyłącznie tej instytucji i to ona sprawuje kontrolę merytoryczną nad wykonywaną przez lekarzy, pielęgniarki oraz psychologów pracą.¹⁴⁵

Pracownicy służby zdrowia zatrudniani są na umowy zlecenia. Wynagrodzenie wypłacane jest według stawek godzinowych za każdą udokumentowaną godzinę.

Zgodnie z zawieranymi umowami zadania oraz wymogi w stosunku do pracowników służby zdrowia są następujące:

- Pielęgniarka musi przedstawić odpowiednie dokumenty, które potwierdzają jej kwalifikacje i umiejętności do wykonywania wymaganych czynności.¹⁴⁶ Do jej obowiązków należy: udzielanie porad i konsultacji w zakresie pierwszej pomocy przedlekarskiej, zabezpieczenia i czuwania nad wykonaniem podstawowych badań nowoprzybyłych do ośrodka, stałej współpracy z lekarzem, udział w programach zdrowotnych realizowanych na rzecz cudzoziemców, prowadzenie ewidencji przyjęć pacjentów, prowadzenie kontroli wydawania leków, potwierdzanie rachunków za zrealizowane recepty, współpraca z placówkami służby zdrowia w zakresie korzystania z pomocy specjalistycznej i szpitalnej.¹⁴⁷
- Psycholog musi mieć kwalifikacje do wykonywania tej pracy tj. tytuł magistra psychologii.¹⁴⁸
- Lekarz zobowiązany jest udzielać porad i konsultacji w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, kierować na badania i konsultacje w zakresie podstawowej opieki

¹⁴⁴ Odpowiedź BOO UDSC z dn. 04.04.2009 roku..., op. cit.

¹⁴⁵ § 5 pkt 1 Umowy nr 19 / Leczenie uchodźców..., op. cit.

¹⁴⁶ § 2 pkt. 1 wzoru umowy zlecenia z pielęgniarką ambulatorium ośrodka pobytowego.

¹⁴⁷ § 1 pkt. 1 wzoru umowy zlecenia z pielęgniarką ambulatorium ośrodka pobytowego.

¹⁴⁸ § 2 pkt. 1 wzoru umowy zlecenia z psychologiem ambulatorium ośrodka pobytowego.

zdrowotnej, kierować na badanie specjalistyczne, rehabilitację.¹⁴⁹ Musi również posiadać uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza oraz specjalizację I stopnia.¹⁵⁰

Umowy podpisywane z lekarzami, pielęgniarkami i psychologami nie nakładają na nich wymogu znajomości języka obcego, który ułatwiłby (albo umożliwił) kontakt z cudzoziemcem.

Warto również wspomnieć o realizowanym obecnie przez Międzynarodową Organizację ds. Migracji (IOM) projekcie dotyczącym poprawy zdrowia i opieki medycznej dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy. W projekcie uczestniczy również Urząd do Spraw Cudzoziemców. Jednym z głównych celów projektu jest zwiększenie kompetencji międzykulturowych pracowników medycznych pracujących z uchodźcami. IOM przewiduje zorganizowanie „skierowanych do lekarzy i personelu medycznego pracującego z cudzoziemcami w ośrodkach warsztatów, które pozwolą zrozumieć bariery i ograniczenia po stronie pacjentów oraz zintensyfikować i zweryfikować własne potrzeby, bariery i uprzedzenia”. Równolegle organizacja zamierza prowadzić warsztaty przeznaczone dla uchodźców, których celem jest „promocja zdrowia, przekazanie informacji na temat profilaktyki i leczenia w Polsce oraz przezwyciężenie barier i stereotypów, które mają wpływ na diagnozowanie i leczenie”.¹⁵¹

IV.18. 2 Pracownicy socjalni

Pracownicy ośrodków dla uchodźców zatrudniani są przez Urząd ds. Cudzoziemców, służbowo podlegają bezpośrednio dyrektorowi ośrodka. Prawo nie reguluje kwestii związanych z rodzajem umowy, którą należy zawrzeć (umowy o pracę, umowy zlecenie itp.). Zależy to wyłącznie od konkretnego przypadku.

Wobec osób zatrudnionych przez Szefa UDSC stosuje się przepisy ustawy o służbie cywilnej.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁵² określa, jakie warunki powinien spełniać pracownik socjalny. Musi on posiadać dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych lub ukończyć studia wyższe o kierunku: praca socjalna lub o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na kierunku: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia i nauki o rodzinie.¹⁵³ W ustawie wymienia się również zadania oraz obowiązki pracownika socjalnego.¹⁵⁴

¹⁴⁹ § 1 wzoru umowy zlecenia z lekarzem ambulatorium ośrodka pobytowego.

¹⁵⁰ § 2 pkt. 1 wzoru umowy zlecenia z lekarzem ambulatorium ośrodka pobytowego.

¹⁵¹ <http://www.udsc.gov.pl/Kampania,na,rzecz,poprawy,zdrowia,i,opieki,medycznej,965.html>

¹⁵² Dz. U. z 2004r., Nr 64, poz. 593 z późn. zm.

¹⁵³ Art. 116 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

¹⁵⁴ Art. 119 pkt 1 ustawy o pomocy społecznej wymienia, że do zadań pracownika socjalnego należy w szczególności: 1) praca socjalna; 2) dokonywanie analizy i oceny zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń; 3) udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej; skuteczne posługiwanie się przepisami prawa w realizacji tych zadań; 4) pomoc w uzyskaniu dla osób będących w trudnej sytuacji życiowej poradnictwa dotyczącego możliwości rozwiązywania problemów i udzielania pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe oraz wspieranie w uzyskiwaniu pomocy; 5) udzielanie pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej; 6) pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych; 7) współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie skutków ubóstwa; 8) inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz inspirowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i

Pracowników ośrodków potocznie określa się mianem pracowników socjalnych, w rzeczywistości jednak być nimi nie muszą. W rozporządzeniach dotyczących zatrudnienia w ośrodkach jest mowa jedynie o pracownikach, pracownikach UDSC lub pracownikach ośrodka dla uchodźców. W aktach tych nie funkcjonuje pojęcie „pracownik socjalny”.

IV.19. PROCEDURY STOSOWANE WOBEC OSÓB ZAGRAŻAJĄCYCH BEZPIECZEŃSTWU, NARUSZAJĄCYCH REGULAMIN ITP.

Cudzoziemiec ubiegający się o nadanie statusu uchodźcy, którego zachowanie zagraża bezpieczeństwu, zdrowiu lub życiu innych cudzoziemców przebywających w ośrodku lub pracownikom ośrodka może zostać zatrzymany przez Straż Graniczną lub Policję na wniosek Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców¹⁵⁵.

Zatrzymanego cudzoziemca umieszcza się w strzeżonym ośrodku lub areszcie w celu wydalenia. Areszt w celu wydalenia stosuje się wówczas, gdy z okoliczności ustalonych przez organ Straży Granicznej lub Policji wynika, że jest to niezbędne ze względu na obronność lub bezpieczeństwo państwa albo bezpieczeństwo i porządek publiczny¹⁵⁶.

W przypadku cudzoziemców zatrzymanych ze względu na stwarzane przez nich zagrożenie dla innych uchodźców lub pracowników ośrodka nie stosuje się ogólnej zasady, zgodnie z którą, nie umieszcza się w ośrodkach strzeżonych i aresztach w celu wydalenia małoletnich bez opieki i cudzoziemców, których stan psychofizyczny stwarza domniemanie, że byli poddani przemocy albo są niepełnosprawni¹⁵⁷.

Cudzoziemiec jest umieszczany w ośrodku strzeżonym lub areszcie w celu wydalenia na mocy postanowienia sądu na okres 30 do 60 dni.¹⁵⁸ Okres ten może zostać przedłużony.

Regulamin pobytu w ośrodku według projektowanych zmian przewiduje możliwość przeniesienia do innego ośrodka cudzoziemca, który naruszył zasady współżycia społecznego w ośrodku.¹⁵⁹ W obecnie obowiązującym regulaminie wymienia się jedynie możliwość przeniesienia cudzoziemca do innego ośrodka ze względów organizacyjnych.¹⁶⁰

IV.20. REGULAMINY

W ośrodkach obowiązuje jednolity regulamin pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy, który stanowi załącznik do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji¹⁶¹.

rodzin; 9) współuczestniczenie w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia.

¹⁵⁵ Art. 87 ust. 2 pkt 2 i art. 87 ust. 3 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹⁵⁶ Art. 88 ust. 1 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹⁵⁷ Art. 88 ust. 2 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹⁵⁸ Art. 89 ust. 1 ustawy o udzielaniu ochrony.

¹⁵⁹ § 15 regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy stanowiącego załącznik do projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (projekt z dnia 13 marca 2009 r.)

¹⁶⁰ § 13 regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy.

¹⁶¹ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 12 sierpnia 2003 r. w sprawie regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (Dz. U. z 2003 r., Nr 146, poz. 1425)

Cudzoziemcowi przyjmowanemu do ośrodka pracownik doręcza za pokwitowaniem regulamin pobytu w ośrodku przetłumaczony na język zrozumiały dla cudzoziemca¹⁶².

Projekt rozporządzenia wprowadzającego zmiany do obecnie obowiązującego regulaminu przewiduje dodatkowo, że tekst regulaminu pobytu w ośrodku umieszcza się w widocznym miejscu na terenie ośrodka w języku polskim oraz w językach zrozumiałych dla przebywających w ośrodku cudzoziemców¹⁶³.

IV.21. ZAWARCIE ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIEGO

W Polsce małżeństwo może zawrzeć osoba, która ukończyła 18 lat. Dla mężczyzn brak od tej zasady wyjątków. Natomiast kobiecie, która ukończyła 16 lat, sąd rodzinny może zezwolić na zawarcie małżeństwa z ważnych powodów, jeżeli z okoliczności wynika, że zawarcie małżeństwa będzie zgodne z dobrem założonej rodziny¹⁶⁴.

Cudzoziemców kwateruje się w miarę możliwości wraz z innymi członkami rodziny¹⁶⁵.

IV.22. PRZEMOC WOBEC KOBIEC; PRZEMOC DOMOWA

Kobieta doświadczająca przemocy domowej lub samotnie wychowująca dzieci może ubiegać się o przyznanie świadczenia pieniężnego na pokrycie we własnym zakresie kosztów pobytu na terytorium RP¹⁶⁶.

Pracownicy ośrodków, w tym personel medyczny, uczestniczy w specjalnych szkoleniach mających na celu uwrażliwienie na te kwestie. Jednocześnie planowane jest otwarcie ośrodka przeznaczonego wyłącznie dla samotnych kobiet.

Zgodnie z odpowiedzią BOO UDSC wypracowano model postępowania wobec przypadków przemocy wobec kobiet i przemocy domowej. Podstawową zasadą jest, że każdy taki przypadek zgłasza się do odpowiednich organów (policja, prokuratura, sąd), nawet jeżeli poszkodowana nie ma zamiaru zrobić tego sama. Pracownicy ośrodków konsultują się z BOO i to ono jest odpowiedzialne za podjęcie ostatecznej decyzji.

W 2007 roku UNHCR, UDSC, Komenda Główną Policji, Fundacją La Strada oraz Centrum Pomocy Prawnej im. Haliny Nieć podpisały porozumienie w sprawie standardowych procedur postępowania w zakresie rozpoznawania, przeciwdziałania oraz reagowania na przypadki przemocy seksualnej lub przemocy związanej z płcią wobec cudzoziemców przebywających w ośrodkach dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy. Porozumienie to przewiduje utworzenie w każdym ośrodku specjalnego zespołu, w którego skład wchodzi pracownik socjalny, funkcjonariusz policji oraz przedstawiciel organizacji pozarządowej, który będzie monitorować sytuację i w razie potrzeby podejmować odpowiednie działania. Każda informacja o przypadku wystąpienia przemocy domowej lub przemocy wobec kobiet ma być przesyłana do

¹⁶² § 2 regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy.

¹⁶³ § 19 regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy stanowiącego załącznik do projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (projekt z dnia 13 marca 2009 r.)

¹⁶⁴ Art. 10 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 1964 r., Nr 9, poz. 59 z późn. zm.)

¹⁶⁵ § 5 pkt 1 regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy.

¹⁶⁶ Art. 72 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o udzielaniu ochrony.

UDSC w celu monitorowana tej sytuacji i podejmowania odpowiednich działań prewencyjnych.¹⁶⁷

IV.23. LISTA PODSTAWOWYCH AKTÓW PRAWNYCH

- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP (Dz. U. z 2003, Nr 128, poz. 1176, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2003 r., Nr 228, poz. 2255 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku prawo o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2003 r., Nr 228, poz. 2255 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r., Nr 64, poz. 593 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 1964 r., Nr 9, poz. 59 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. z 2001 r., Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.)
- Dyrektywa Rady 2003/9/WE z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiająca minimalne normy dotyczące przyjmowania osób ubiegających się o azyl, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L031, 06/02/2003 ss. 0018-0025.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (Dz. U. z 2003 r., Nr 146, poz. 1428 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 18 sierpnia 2004 r. w sprawie obiektów hotelarskich i innych obiektów, w których są świadczone usługi hotelarskie (Dz. U. z 2006 r., Nr 22, poz. 169 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2002 r., Nr 75, poz. 690 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotne (Dz. U. z 2006 r., Nr 213, poz. 1568, z późn. zm.)
- Regulamin pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy, stanowiącego załącznik do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 12 sierpnia 2003 r. w sprawie regulaminu pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (Dz. U. z 2003 r., nr 146 poz. 1425)

¹⁶⁷ Informacja dostępna na stronie Urzędu ds. Cudzoziemców

http://www.udsc.gov.pl/Pierwsze_spotkanie_Grupy_Ewaluacyjnej,690.html (strona z dnia 28 kwietnia 2009 roku) oraz odpowiedź BOO UDSC z dn. 04.04.2009 roku..., op. cit.

V. SYSTEM OPIEKI MEDYCZNEJ I PSYCHOLOGICZNEJ DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O STATUS UCHODźCY

MARIA KSIĄŻAK (TEKST PRZYGOTOWANO W OPARCIU O INFORMACJE UZYSKANE OD ZESPOŁU DS. ŚWIADCZEŃ
MEDYCZNYCH DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O NADANIE STATUSU UCHODźCY CSK MSWiA W 2009 ROKU)

V.1. FINANSOWANIE I ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA UBIEGAJĄCYCH SIĘ O STATUS UCHODźCY CUDZOZIEMCÓW

W Polsce Ministerstwem odpowiedzialnym za opiekę nad cudzoziemcami ubiegającymi się o status uchodźcy jest Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) działające poprzez Urząd do Spraw Cudzoziemców (UDSC). Podstawę prawną udzielania pomocy medycznej cudzoziemcom ubiegającym się o status uchodźcy określa Ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2003 r. z późniejszymi zmianami. Ustawa ta zobowiązuje Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców (UDSC) do organizacji opieki zdrowotnej. „Opieka medyczna jest wykonywana na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych między Szefem Urzędu a świadczeniodawcami”.¹⁶⁸

Zarówno podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jak i opieka specjalistyczna dla osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce organizowana jest przez Centralny Szpital Kliniczny MSWiA przy ul. Wołowskiej w Warszawie (dalej CSK MSWiA) a koordynowana przez Zespół ds. świadczeń medycznych dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy CSK MSWiA (dalej zespół CSK MSWiA) w ramach umowy pomiędzy Urzędem do Spraw Cudzoziemców a CSK MSWiA.

Pierwsza umowa pomiędzy UDSC i CSK MSWiA zawarta została w lutym 2005. Od tej pory umowa ta była kilkakrotnie przedłużana (z niewielkimi modyfikacjami). Obecnie pomoc medyczna dla osób ubiegających się o status uchodźcy realizowana jest na podstawie umowy pomiędzy UDSC a CSK MSWiA zawartej na okres od 1 lipca 2009 do 30 kwietnia 2010. Poprzednia umowa działała od lutego 2008 do 30 czerwca 2009. Specjalistyczna opieka medyczna była sprawowana w tym okresie w oparciu o umowy o współpracę z 46 placówkami medycznymi na terenie Polski położonymi najbliżej ośrodków pobytowych, jak również dodatkowo z ok. 50 placówkami medycznymi na terenie całego kraju, do których trafili cudzoziemcy w wyniku nagłych zdarzeń losowych. Obecnie CSK MSWiA w celu realizacji umowy dysponuje ponad 90 umowami z podwykonawcami, jakimi są różne placówki służby zdrowia na terenie całego kraju.

Kryteria podpisywania umowy przez CSK MSWiA z podwykonawcą są następujące:

- podwykonawca musi mieć podpisaną umowę z NFZ (kontrakty z NFZ),
- podwykonawca znajduje się w bliskiej odległości od ośrodka dla cudzoziemców,
- istnieje dobrowolność dwóch stron
- nie ma obowiązku organizowania przetargu

Poza tym zespół CSK MSWiA zatrudnia na umowy zlecenia cały personel POZ pracujący w ośrodkach. W rezultacie w każdym ośrodku dla osób ubiegających się o status uchodźcy są zatrudnieni lekarze, pełniący funkcje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Są to lekarze różnych specjalności, najczęściej interniści, specjaliści I i II stopnia.

¹⁶⁸ Art.73 pkt. 2, Ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2003 r. , Dz.U. 2003 Nr 128 poz. 1176

Zakres świadczeń medycznych powierzonych do realizacji przez CSK MSWiA jest ściśle określony i obejmuje następujące usługi:

- Podstawowa opieka zdrowotna
- Badania diagnostyczne i laboratoryjne
- Ambulatoryjne konsultacje specjalistyczne w zakresie NFZ (bez stomatologii i rehabilitacji)
- Hospitalizacja
- Ratownictwo medyczne, pogotowie ratunkowe i transport medyczny pomiędzy szpitalami (z wyłączeniem transportu z ośrodków na badania, które pokrywa UDSC)
- Szczepienia ochronne wg kalendarza szczepień

Poza wyżej wymienionymi świadczeniami realizowanymi przez CSK MSWiA i podwykonawców CSK MSWiA, niektóre świadczenia zdrowotne dla cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy finansowane są bezpośrednio przez UDSC. W ten sposób finansowane jest:

- Protezowanie,
- Stomatologia zachowawcza pełna, (jeżeli nie jest rezultatem wypadku)
- Rehabilitacja

Konsultacje w zakresie rehabilitacji pokrywa CSK MSWiA. Lekarz POZ wystawia opinię jaki rodzaj rehabilitacji jest potrzebny. Pacjent składa wtedy odpowiedni wniosek do UDSC i - po otrzymaniu zgody UDSC - rehabilitacja odbywa się tam, gdzie najbliższej jest dostępna. Finansowana jest ona bezpośrednio przez UDSC.

Procedury wysokospecjalistyczne płatne są przez Ministerstwo Zdrowia za zgodą płatnika, którym jest UDSC. W przypadkach ratowania życia (takich jak np. tętniak) bez pytania płatnika przed usługą, w przypadku planowanej procedury (np. zastawki) po wcześniejszym zapytaniu płatnika.

Przeszczepy reguluje ustawa transplantacyjna, dokument Rady transplantacyjnej dot. Cudzoziemców (pierwszeństwo do przeszczepu organów mają Polacy.)

Ustawa nie obejmuje świadczeniami noworodków urodzonych w Polsce od czasu urodzenia do czasu złożenia w ich imieniu wniosku o nadanie statusu uchodźcy. By można realizować szpitalom opłaty - osobno za poród i osobno za opiekę nad narodzonym dzieckiem - do umowy pomiędzy CSK MSWiA a UDSC dodano oddzielny zapis „dzieci cudzoziemców od chwili urodzenia” tego zapisu jednak nie ma w ustawie o cudzoziemcach z 2003r.

Ustawa wyklucza leczenie środowiskowe i leczenie uzdrowiskowe dla cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy.

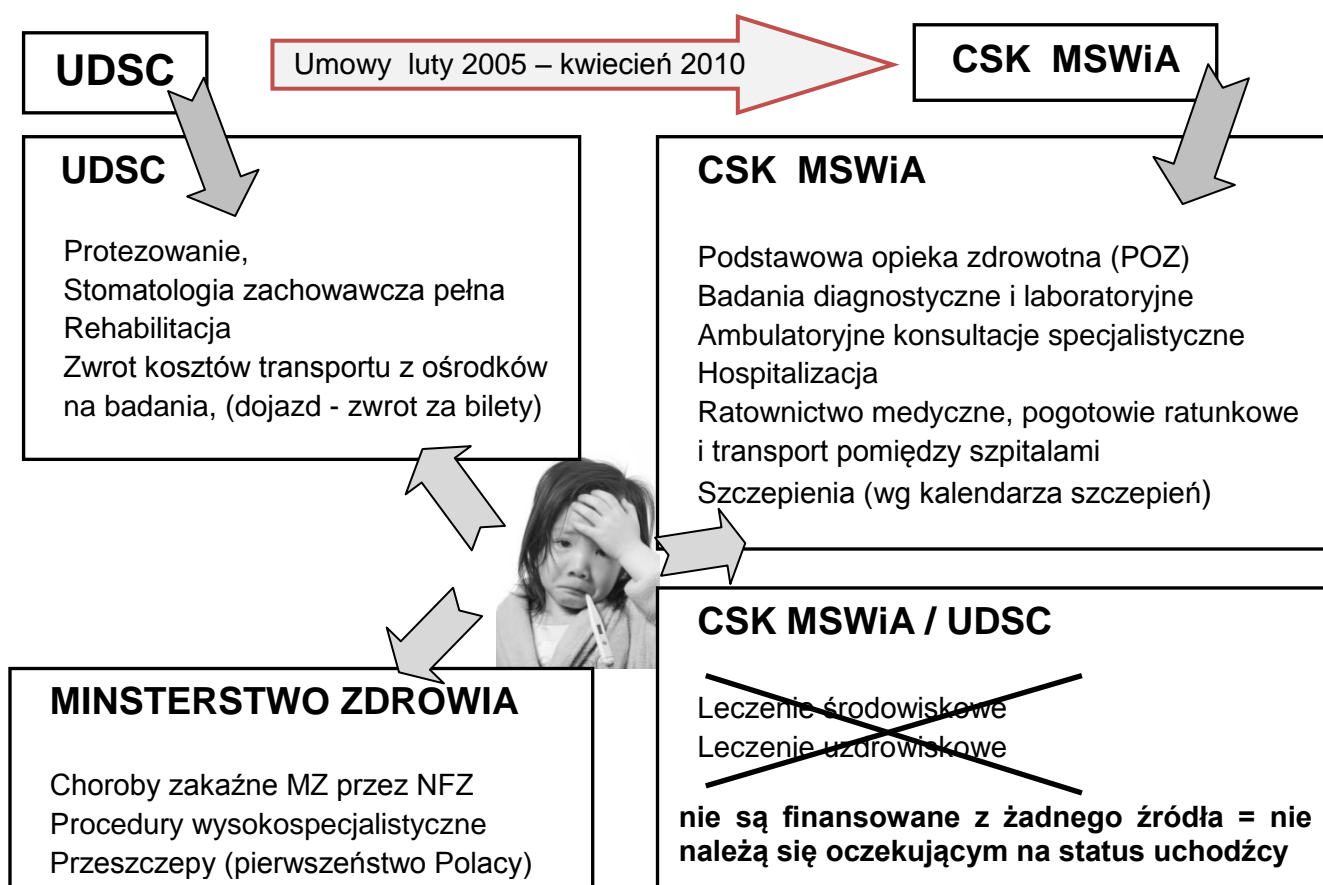
Jeśli leczenie wymaga wyższej referencyjności (wyższego stopnia specjalizacji) cudzoziemcy są kierowani do odpowiednich placówek niekoniecznie tych, z którymi podpisana była wcześniej umowa. Jeśli cudzoziemiec trafi do szpitala, z którym CSK MSWiA nie podpisało wcześniej umowy, wówczas CSK MSWiA rozlicza to odrębnie (na podstawie odrębnej promesy). Azylanci mają dokument z pięciocyfrowym numerem, który uprawnia ich do korzystania ze służby zdrowia.

Obecny system realizacji opieki medycznej dla osób ubiegających się o azyl sprawia, że jego beneficjenci mają w Polsce specjalnie dla nich zakontraktowaną (wg stawek NFZ)

opiekę medyczną w ramach POZ i odrębny sposób dostępu do specjalistycznej opieki. Osoba ubiegająca się o azyl potrzebująca opieki medycznej zwraca się do zatrudnionego w ośrodku lekarza POZ, który może osobę taką zbadać, wydać jej bezpłatne lekarstwa, a także skierować na badania diagnostyczne lub do specjalisty. Do pielęgniarek należy wtedy telefoniczne umawianie spotkań i konsultacji.

Szczepienia kontraktowane są w położonym możliwie najbliżej od ośrodka punkcie szczepień przychodni POZ, który podpisał umowę z CSK MSWiA. Wyjątek stanowi Dębak, gdzie szczepienia realizowane są na terenie ośrodka dla cudzoziemców.

Rys. 2. Źródła finansowania i zakresy odpowiedzialności za usługi medyczne dla osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce



V.2. USŁUGI MEDYCZNE DLA CUDZOZIEMCÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O STATUS UCHODźCY ŚWIADCZONE PRZEZ CSK MSWiA ORAZ PODWYKONAWCÓW CSK MSWiA.

Zgodnie z raportem zespołu CSK MSWiA¹⁶⁹ za 2008 rok, w ubiegłym roku w 22 ambulatoriach znajdujących się w ośrodkach opiekę świadczyło 31 lekarzy, 5 psychologów, 47 pielęgniarek oraz 1 rejestratorka (w ośrodku recepcyjnym Dębak gdzie znajduje się filtr epidemiologiczny).

¹⁶⁹ Dr med. Adam Tołkacz, Koordynator Zespołu ds. świadczeń dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy na terenie RP, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA. (2009) *Raport za 2008 rok.*

Osobom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy w 2008 roku udzielono:

77.990	konsultacji lekarskich,
2.972	konsultacji psychologicznych,
5.363	skierowań na badania diagnostyczne,
9.439	skierowań na konsultacje specjalistyczne w 45 typach poradni,
2.337	hospitalizacji w 30 różnych typach oddziałów,
1.015	szczępień wg kalendarza i indywidualnych trybów.

Ponadto bezpośrednio z UDSC sfinansowano¹⁷⁰:

- dla **43** osób zabiegi rehabilitacyjne na łączną kwotę ok. **42 635, 00 zł**, (z czego ponad połowa to leczenie rehabilitacyjne jednej cudzoziemki po przebytych w Polsce wypadku komunikacyjnym) na pozostałe **42** osoby wydano więc: **18.075,00 PLN** czyli średnio **430,37 PLN** na beneficjenta.
- dla **56** osób protez zębowych na łączną kwotę **45 560,00 PLN**
- opiekę stomatologiczną na sumę ok. **470 000,00 PLN**

W ciągu całego 2008 roku na przeciętnego cudzoziemca w procedurze uchodźczej

- wydano **174,82 PLN** na leki (**14, 57 PLN** na miesiąc)
- udzielono **12** konsultacji lekarskich (1 na miesiąc)
- udzielono **0, 45** konsultacji psychologicznych (1 konsultacja na 2 lata)
- skierowano na **0,83** badań diagnostycznych
- skierowano na **1,45** konsultacji specjalistycznych
- hospitalizowano **0,36** (raz na niecałe 3 lata) na podstawie skierowań od lekarza ośrodka – brak danych ilu hospitalizowano bez skierowań w wyniku nagłych zdarzeń

W roku **2008** w ambulatoriach ośrodków pobytowych zatrudniony personel wykonał:

- **43.739** konsultacji internistycznych (średnio 3645 konsultacji/m-c),
 - **34.251** konsultacji pediatrycznych (średnio 2854 konsultacje/m-c),
 - **2.972** konsultacji psychologicznych (średnio 248 konsultacji/m-c)
- 80.962** konsultacji lekarskich i psychologicznych łącznie

W 2008 roku wykonywano średnio **6.499** konsultacji lekarskich i **248** konsultacji psychologicznych miesięcznie dla **6500** osób w procedurze uchodźczej.

V.2.1. Diagnostyka

Ambulatoria medyczne w 2008 roku w ośrodkach wystawiły łącznie **5.363** skierowań zewnętrznych na następujące badania diagnostyczne:

- 3.041** badania laboratoryjne,
- 1.080** badania radiologiczne,
 - 938** badania ultrasonograficzne,
 - 33** badania tomografii komputerowej,

¹⁷⁰ *MATERIAŁY DOTYCZĄCE KONFERENCJI O TEMATYCE: DOSTĘP DO POMOCY MEDYCZNEJ I PSYCHOLOGICZNEJ OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O NADANIE STATUSU UCHODźCY W POLSCE*, otrzymane przez FMiH od BOO UDSC, 2009

- 80 badania endoskopowe,
- 107 badania EKG,
- 12 badania EEG,
- 10 badania echo serca,
- 62 inne badania (np.: MRI, próby wysiłkowe, badanie Holtera, EMG)

Dominującą grupę w diagnostyce stanowiły: badania laboratoryjne (57% ogółu badań), badania radiologiczne (20%) oraz badania ultrasonograficzne (17%);

Statystycznie dla średniej rocznej populacji 6500 cudzoziemców:

- 47 % populacji było poddanych badaniom laboratoryjnym,
- 17 % populacji było poddanych badaniom radiologicznym,
- 14 % populacji było poddanych badaniom ultrasonograficznym,
- 4,7 % populacji było poddanych innym badaniom (CT, MRI, EEG, Holter, ECHO serca),

V.2.2. Konsultacje specjalistyczne

ilość konsultacji	rodzaj konsultacji specjalistycznej	ilość konsultacji	rodzaj konsultacji specjalistycznej
2911	Ginekolog	26	Alergolog
760	Laryngolog	20	Internista
746	Chirurg	19	Kardiolog dziecięcy
543	Pediatra	16	Nefrolog
513	Okulista	16	Neurochirurg
444	Ortopeda	13	Oparzenia
390	Dermatolog	13	Neurolog dziecięcy
329	Neurolog	12	Hematolog
186	Psychiatra	11	Poradnia proktologiczna
175	Kardiolog	8	Laryngolog dziecięcy
120	Chirurg dziecięcy	8	Poradnia moczenia nocnego
115	Poradnia p/gruźlicza	7	Choroby piersi
101	Gastrolog	6	Androlog
74	Hepatolog	6	Poradnia niepłodności
52	Diabetolog	4	Foniatra
43	Audiolog	4	Patologia noworodka
41	Endokrynolog	2	Patologia ciąży
40	Poradnia preluksacyjna	2	Logopeda
28	Onkolog	1	Hematolog dziecięcy

Ambulatoria medyczne w 2008 roku¹⁷¹ w ośrodkach dla osób ubiegających się o status uchodźcy wystawiły **9.439** skierowań zewnętrznych do **45** różnych poradni specjalistycznych, zgodnie z powyższym zestawieniem.

Dominującą grupę w konsultacjach specjalistycznych stanowią skierowania na **konsultacje z zakresu ginekologii (2.911 konsultacji, co stanowi 31 % ogółu konsultacji).**

¹⁷¹ Zespół ds. świadczeń medycznych dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Raport za 2008 rok.

W ambulatoriach ośrodków pobytowych prowadzono **430** ciąż. W **2008** roku urodziło się **350** dzieci, których rodzice wystąpili o przyznanie statusu uchodźcy. **231** dzieci, zgodnie ze statystykami UDSC w 2008 roku zostało zarejestrowanych jako nowonarodzone dzieci w procedurze uchodźczej.

Niska jest liczba skierowań do psychiatrii: w **2008** roku wystawiono ich we wszystkich ośrodkach jedynie **186**, co stanowiło niecałe **2 %** ogółu konsultacji, a do psychologów poza ośrodkami skierowano jedynie **12** osób (prawdopodobnie dotyczyło to psychologów dziecięcych – niestety brak jest danych w tym zakresie).

V.2.3. Leczenie szpitalne

Ambulatoria medyczne w ośrodkach wystawiły w sumie **2.337** skierowań zewnętrznych do **30** typów oddziałów szpitalnych. Oddziały, na które byli kierowani cudzoziemcy w procedurze uchodźczej (w 2008 roku) to:

- Pediatria – 708 skierowań, tj. 30 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Ginekologia – 363 skierowania, tj. 16 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Szpitalny Oddział Ratunkowy – 300 skierowań, tj. 13 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Położnictwo – 206 skierowań, tj. 9 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Zakaźny – 172 skierowania, tj. 7 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Chirurgia ogólna – 159 skierowań, tj. 7 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Wewnętrzny – 75 skierowań, tj. 3 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Laryngologia – 62 skierowania, tj. 3 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Ftyzjatria – 49 skierowań, tj. 2 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Chirurgia dziecięca – 45 skierowań, tj. 2 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Ortopedia – 43 skierowania, tj. 2 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Neurologia – 36 skierowań, tj. 2 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Dermatologia – 23 skierowania tj. ok. 1 % wszystkich osób hospitalizowanych
- Gastrologia – 14 skierowań tj ok. 0,6% wszystkich osób hospitalizowanych
- Psychiatria – 14 skierowań tj ok. 0,6% wszystkich osób hospitalizowanych
- Okulistyka – 13 skierowań tj ok. 0,6 % wszystkich osób hospitalizowanych

0,5% i mniej (wszystkich hospitalizacji cudzoziemców w procedurze uchodźczej) stanowiły skierowania na następujące oddziały:

- Pulmonologia – 12 skierowań
- Urologia – 11 skierowań
- Kardiologia – 8 skierowań
- Onkologia – 4 skierowania
- Ostre Zatrucia – 3 skierowania
- Hematologia – 3 skierowania
- Intensywna terapia – 3 skierowania
- Rehabilitacja – 3 skierowania
- Nefrologia – 2 skierowania
- Alergologia – 2 skierowania
- Kardiochirurgia – 2 skierowania
- Endokrynologia – 1 skierowanie
- Hematologia dziecięca – 1 skierowanie

Wyniki te nie są całościowe, ponieważ nie zawierają hospitalizacji w wyniku wcześniejszej interwencji Pogotowia Ratunkowego, które po interwencji w stanach zagrożenia życia lub zdrowia kierowały cudzoziemców do oddziałów szpitalnych.

V.2.4. Badania epidemiologiczne

Osoby zgłaszające się po raz pierwszy lub przy powrotach do ośrodka recepcyjnego w Dębaku - Podkowie Leśnej były poddawane procedurom diagnostyczno-medycznym w ramach tzw. „Filtru Epidemiologicznego”.

W roku 2008 w zakresie w/w „Filtru Epidemiologicznego” zgodnie z danymi otrzymanymi przez zespół CSK MSWiA wykonano:

2.683 konsultacji osób dorosłych,

1.515 konsultacji dzieci,

1.896 pobrań krwi na badania laboratoryjne,

274 zdjęcia radiologiczne klatki piersiowej.

Nie zakładano prób tuberkulinowych RT23.

W 2008 roku wykryto:

3 przypadki nowych zachorowań na gruźlicę

8 przypadków nosicielstwa wirusa HIV,

403 przypadki nosicielstwa wirusa żółtaczki typu WZW B,

136 przypadków nosicielstwa wirusa żółtaczki typu WZW C,

53 przypadki dodatnich odczynów wenerologicznych (VDRL)

(zastrzeżenie – wyniki nie są całościowe, ponieważ nie wszyscy cudzoziemcy przeszli odpowiednie badania w ramach Filtra Epidemiologicznego)

V.2.5. Opieka ambulatoryjna

Zgodnie z informacją otrzymaną od zespołu CSK MSWiA w ambulatoriach ośrodków pobytowych, prowadzony jest (w systemie ciągłym) monitoring osób mieszkających w ośrodku i zgłaszających różnego rodzaju dolegliwości i choroby, a w szczególności:

- będących nosicielami: WZW B i C, HIV, gruźlicy i chorób zakaźnych
- uzależnionych od: alkoholu, leków, narkotyków,
- deklarujących inne schorzenia (z zakresu chirurgii, dermatologii, ginekologii i położnictwa, kardiologii, laryngologii, neurologii, chorób odzwierzęcych, okulistyki, onkologii, ortopedii, chorób pasożytniczych, psychiatrii, psychologii, pulmonologii, urologii)
- wykazujących inne problemy medyczne i socjalne: (wyniszczonych, odwodnionych, odmawiających przyjmowania pokarmów i/lub leków, odmawiających kontaktu z personelem medycznym)

Średnio miesięcznie przebywało ok. **350-400** osób zakwalifikowanych do powyższych grup, co stanowi średnio ok. **5 – 6 %** populacji cudzoziemców przebywających w ośrodkach pobytowych.

V.2.6. Szczepienia dzieci

W 2008 roku wykonano (zgodnie z danymi zespołu CSK MSWiA), następujące szczepienia w podziale na grupy wiekowe:

- 24 godziny (BCG, WZW B) – zaszczepiono 74 dzieci
- 6 - 8 tyg. (DTP, WZW B, Hib B) – zaszczepiono 174 dzieci,
- 3-4 mc (DTP, IPV, Hib B) – zaszczepiono 116 dzieci,
- 5 - 6 mc (DTP, IPV, Hib B) – zaszczepiono 104 dzieci,
- 7 mc (WZW B) – zaszczepiono 87 dzieci,
- 13-14 mc (MMR) – zaszczepiono 56 dzieci,
- 16-18 mc (DTP, IPV, Hib B) – zaszczepiono 65 dzieci,
- 6 r.ż. (DTPa, OPV) – zaszczepiono 60 dzieci,
- 10 r.ż. (MMR) – zaszczepiono 20 dzieci,
- 11-12 r.ż. (MMR) – zaszczepiono 28 dzieci,
- 14 r.ż. (WZW B, TD) – zaszczepiono 128 dzieci,
- 19 r.ż. (TD) – zaszczepiono 10 dzieci,

V.2.7. Konsultacje psychologiczne

Spośród **2.972** konsultacji udzielonych w 2008 roku w ambulatoriach ośrodków pobytowych - poradnictwo i konsultacje (bez roboczej diagnostyki) stanowiły około 1/3 konsultacji (969). Psychologowie udzielili wsparcia i porad w następującym zakresie:

wsparcie psychologiczne, poradnictwo – 673 porady,
porady dotyczące dzieci (zaburzenia emocjonalne, zachowania, opóźnienie rozwojowe, problemy wychowawcze) – 221 porad,
przemoc w rodzinie (dzieci) – 33 porady,
przemoc w rodzinie (kobiety) – 42 porady

Psychologowie dokonali roboczej diagnostyki w 2/3 ogółu udzielanych konsultacji. Diagnostyka ta dotyczyła - w największej mierze - następujących roboczych rozpoznań:

1. zaburzenia depresyjne i lękowe – 615 porad, 31%
2. zaburzenia emocjonalne (tło nerwicowe lękowe, wegetatywne) – 385 porad, 19%
3. PTSD / zaburzenia konwersyjne – 371 porad, 18,5 %
4. zaburzenia adaptacyjne – 213 porad, 11%
5. zaburzenia osobowości i zachowania, agresja – 143 porady, 7% r
6. inne (autyzm, zaburzenia snu) – 201 porad,
7. uzależnienia (leki, narkotyki, alkohol) – 66 porad,
8. schizofrenia (zaburzenia psychotyczne) – 7 porad,

Ze statystyki nie można wnioskować o rozpowszechnieniu poszczególnych zaburzeń, gdyż prawdopodobnie część osób konsultowano powtórnie. Ponadto z rozmów z psychologami wnioskujemy, że diagnostyka nie odbywała się w oparciu o narzędzia diagnostyczne (testy, kwestionariusze psychologiczne), a była jedynie wstępną roboczą diagnozą ustanowioną na podstawie wywiadów i rozmów.

V.2.8. Nadzór nad pracą lekarzy, psychologów i pielęgniarek w ośrodkach

Pracę lekarzy i psychologów nadzoruje Zespół CSK. Za podstawę nadzoru służą comiesięczne raporty i statystyki składane zespołowi CSK MSWiA przez zatrudnionych w ośrodkach personel medyczny.

Jeżeli cudzoziemcy lub pracownicy UDSC w ośrodkach chcą złożyć skargę na kogoś z personelu medycznego, kierują ją (w formie pisemnej) do Biura Organizacji Ośrodków UDSC (BOO UDSC) w Dębaku. Dyrektor BOO UDSC przekazuje je do Zespołu CSK w celu wyjaśnienia i sprawdzenia jej zasadności, po wyjaśnieniu sytuacji Zespół CSK odpowiada Dyrekcji w Dębaku a Dyrekcja BOO UDSC odpowiada osobie, która złożyła skargę.

Zgodnie z informacją przekazaną w czasie rozmów z zespołem CSK MSWiA skargi takie wpływają obecnie 1-2 razy w miesiącu, kiedyś były częstsze. Czasem skargi dotyczą też sytuacji poza ośrodkami (na przykład odesłania cudzoziemca bez badania przez specjalistę, ze względu na brak tłumacza). Wszelkie skargi są odnotowywane. Incydentalnie zdarzało się, że pracownik medyczny był usunięty w rezultacie skargi.

V.2.9. Szkolenia zatrudnianych lekarzy, psychologów i opiekunów cudzoziemców w zakresie rozpoznawania ofiar PTSD, ofiar tortur.

Ta kwestia nie jest rozwiązana w sposób systemowy. Organizacje pozarządowe prowadzą szkolenia, najczęściej jednak pracownicy szkolą się za własne pieniądze, albo ze środków organizacji pozarządowych.

Często pracownicy medyczni w ośrodkach nie mają motywacji do udziału w takich szkoleniach. Zawierane z nimi umowy zlecenia nie określają kwestii odpłatności i odpowiedzialności za podwyższanie kwalifikacji.

V.2.10. Sposób zakupu, refundacji zakupionych leków.

Dla cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy będących pod opieką UDSC leki zamawiane są przez Aptekę CSK MSWiA, gdyż UDSC nie ma uprawnień do zakupu leków. Zapotrzebowanie na leki sporządza się dwa razy w miesiącu. W razie potrzeby sprowadzane są leki specjalistyczne (realizuje to specjalna firma kurierska). W takich przypadkach kupno leku jest refakturowane na UDSC. Leki psychotropowe zamawiane są na arkuszu imiennym.

W sytuacjach wymagających szybkiej interwencji pracownik socjalny może kupić lek w aptece (np. insulinę, antybiotyk, czy inny lek którego nie ma w ośrodku). Faktura za zakup musi być wtedy wystawiona na UDSC. Cudzoziemiec w takich wypadkach może również sam kupić lek z własnych środków, a pracownik socjalny powinien refundować ich koszt.

VI. OBSZARY BADAWCZE

Przystępując do oceny opieki psychologicznej i medycznej otrzymywanej przez cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy w Polsce, zespół prowadzący badanie założył, że najkorzystniej będzie zbierać informacje u źródła, czyli przeprowadzać szczegółowe wywiady z cudzoziemcami, których bezpośrednio dotyczy badanie, z personelem medycznym, a także z innymi zatrudnionymi w ośrodkach osobami..

W tym celu stworzono zestaw narzędzi (patrz załącznik nr1). Pytania w kwestionariuszach dotyczyły różnych obszarów sytuacyjnych osób badanych, uwzględniono więc szczególne potrzeby ich codziennego życia, kwestie ochrony zdrowia zarówno na poziomie podstawowym jak i specjalistycznym, warunki bytowe, sposób komunikacji z personelem socjalnym i medycznym oraz inne obszary, które badani uznali za ważne.

VII. PRÓBA BADAWCZA, ZESPÓŁ REALIZATORÓW

Ze względu na ograniczenia finansowe i czasowe (każda z osób pracujących nad projektem jest jednocześnie czynna zawodowo), badanie postanowiliśmy przeprowadzić w czterech ośrodkach pobytowych oraz w jednym ośrodku recepcyjnym, gdzie wykonuje się odrębne procedury medyczne związane z działaniem „filtra epidemiologicznego”. Większość obiektów (poza ośrodkiem w Lublinie), położona jest w województwie Mazowieckim.

Do badania wybraliśmy następujące placówki:

Dębak (ośrodek recepcyjny/filtr epidemiologiczny – własność UDSC)

Lublin (ośrodek wynajmowany przez UDSC)

Linin (największy ośrodek, własność UDSC)

Bielany (ośrodek wynajmowany przez UDSC)

Moszna (ośrodek wynajmowany przez UDSC)

W sumie w 4 ośrodkach, w których przeprowadzaliśmy badanie (nie licząc filtra epidemiologicznego) przebywała około ¼ osób znajdujących się na terenie podobnych ośrodków dla cudzoziemców pod opieką UDSC, a ubiegających się o status uchodźcy.

Zespół realizatorów projektu:

- Jolanta Paruszkiewicz (psychiatra)
- Robert Naumiuk, (psychiatra)
- Krzysztof Ostrowski (chirurg)
- Elżbieta Czyż – specjalista ds. praw dziecka
- Maria Nowicka – psycholog
- Maria Książak – psycholog

Analizę prawną zlecono pracownikom Fundacji Helsińskiej: Agacie Foryś i Maciejowi Fagasińskiemu.

VIII. OPIS BADANYCH OŚRODKÓW

VIII.1. FILTR EPIDEMIOLOGICZNY - DĘBAK

DATA WIZYTY: 14.07.2009, ZESPÓŁ: KRZYSZTOF OSTROWSKI, MARIA KSIĄŻAK, ANASTAZJA KANDYBENKO.



Zdjęcia sal zbiorowych w „filtrze epidemiologicznym” w Dębaku.

U góry tzw. szklanka, gdzie większość ścian stanowią okna, obok jedno z dwóch pomieszczeń wewnątrz ośrodka.

Wszystkie 3 pomieszczenia przeznaczone są, na noclegownię dla nowoprzybytych, niezdiagnozowanych cudzoziemców. Każda sala o powierzchni ok. 30m² może mieścić ponad 20 osób.



VIII.1.1. Lokalizacja.

Około 22 kilometrów od centrum Warszawy, na zagrodzonym terenie otoczonym lasem.

VIII.1.2. Mieszkańcy.

W dniu wizyty ośrodek był prawie niezamieszkały, jako że dopiero zakończył się remont. Znajdowało się w nim tylko kilka rodzin, natomiast przed ośrodkiem zgromadziło się wiele nowoprzybytych osób z Kaukazu, czekających na badania i rozdzielenie do ośrodków docelowych.

VIII.1.3. Filtr epidemiologiczny.

Gabinet lekarski, w którym dokonuje się wstępnej oceny medycznej przybywających cudzoziemców znajduje się w Ośrodku Pobytowym Dębak Podkowa Leśna, w pomieszczeniu przylegającym do recepcji Ośrodka. Gabinet ma powierzchnię ok. 16m². Na stałe przyjmują tam równocześnie cztery osoby: lekarz, dwie pielęgniarki,

rejestratorka. Gabinet przyjmuje cudzoziemców w godzinach 8: 00 - 14: 00, w tym czasie badanych jest od 25 do 40 osób z list przedstawianych przez recepcję ośrodka.

Wstępna procedura medyczna obejmuje:

- 1/ lekarz – badanie podmiotowe - zebranie wywiadu lekarskiego według formularza dotyczącego dorosłego lub dziecka (w załączeniu);
- 2/ lekarz – odnotowanie odpowiedzi badanego/ rodzica na formularzu;
- 3/ lekarz – badanie przedmiotowe;
- 4/ lekarz - podsumowanie problemów zdrowotnych/zagadnień epidemiologicznych w „Opinii lekarskiej stanu zdrowia cudzoziemca” (bez uwzględnienia wyników badań laboratoryjnych, które w dniu badania nie są jeszcze dostępne);
- 5/ pielęgniarki - pobranie krwi na badania wirusologiczne, morfologię, próby wątrobowe;
- 6/ rejestratorka - odnotowanie przeprowadzenia procedury i przygotowanie formularza wywiadu do archiwizacji oraz opinii o stanie zdrowia do przekazania do docelowego ośrodka pobytu cudzoziemca.

W trakcie wizyty jedna z osób monitorujących (dr med. Krzysztof Ostrowski, specjalista chirurg) uczestniczyła w przeprowadzeniu procedury u 7 osób (gruzińska rodzina z trojgiem dzieci, 21-letnia Czeczenka, 40-letni Gruzin). W tym samym czasie dwie osoby monitorujące (Maria Książak i Anastazja Kandybenko) zwiedziły pomieszczenia zamieszkiwane przez cudzoziemców, pomieszczenia przeznaczone do noclegowania nowoprzybyłych osób, oraz przeprowadziły rozmowy z cudzoziemcami. Poniższe posumowanie jest wynikiem wywiadów przeprowadzonych z personelem a także obserwacji dokonanych podczas oceny stanu zdrowia cudzoziemców. Dla jasności wyводу poszczególne aspekty przedstawiono w punktach.

VIII.1.3.1. Organizacja przyjmowania cudzoziemców.

Badani wywoływani są według listy spośród nowoprzybyłych osób oczekujących na zewnątrz ośrodka zarejestrowanych w recepcji. Nie są wpuszczani na teren Ośrodka, ponieważ „często nie można ich później znaleźć, bo gdzie się rozchodzą” więc do czasu badania przebywają w niewielkiej poczekalni lub na zewnętrznym parkingu. Oczekującym, z których większość przybywa po długiej i wyczerpującej podróży, wydawane są w recepcji podstawowe produkty żywnościowe – mleko, chleb, paczkowane sery, jogurty. **Wg oceny personelu medycznego, z list przedstawianych przez recepcję udaje się zbadać ok. 40-50% przybywających; pozostali odsyłani są do ośrodków docelowych bez badania lekarskiego/pobrania krwi, ponieważ transport odbywa się zanim dojdzie do badania.**

Liczba przybyłych nie pozwala jednemu zespołowi medycznemu zbadać wszystkich na bieżąco. Przybywający nie nocują na terenie ośrodka. Personel gabinetu pracuje bez przerw: presja związana z koniecznością zbadania jak największej liczby przybyłych skutkuje jego obniżoną sprawnością, błędami w dokumentacji i frustracją wywołaną niemożnością sprostania oczekiwaniom.

Jeżeli z jakiegoś powodu transport do innych ośrodków nie jest możliwy w dniu przybycia cudzoziemców do ośrodka recepcyjnego Dębak, nocują oni w jednej z trzech sal zbiorowych gdzie na bardzo małej powierzchni mieści się do 22 osób (w załącznikach zdjęcia). Śpią wtedy na bardzo gęsto ustawionych łóżkach piętrowych lub polowych zajmujących całą powierzchnię tych sal. Warunki te mogą sprzyjać rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych przed ich rozpoznaniem.

VIII.1.3.2. Badanie lekarskie.

Ograniczona powierzchnia gabinetu pozwala tylko na orientacyjne badanie przedmiotowe. Podczas przyjmowania rodzin kozetka lekarska służy jako miejsce do siedzenia dla jej członków oczekujących na badanie i miejsce pozostawiania ubrań. Obecność przynajmniej jednego rodzica jest nieodzowna przy badaniu dzieci. Warunki lokalowe należy ocenić jako niewystarczające. Brak aparatu RTG uniemożliwia ocenę w przypadkach podejrzenia chorób płuc (gruźlica, infekcje oportunistyczne w przebiegu AIDS).

VIII.1.3.3. Pobieranie krwi.

W tym samym pomieszczeniu odbywa się pobieranie krwi przez pielęgniarkę, oznakowywanie próbek i przygotowanie ich do transportu do laboratorium. Przestrzeń „zabiegowa” powierzchni ok. 2m² wydzielona jest umownie i nie spełnia wymogów sanitarnych stawianych gabinetom zabiegowym.

Kurier przewożący próbki i dostarczający wyniki wchodzi bezpośrednio do gabinetu lekarskiego, w ubraniu cywilnym, bez uprzedzenia, w trakcie badania.

VIII.1.3.4. Rejestracja danych i administrowanie nimi

Przy dwóch zestawionych czołami biurkach pracują: lekarz, pielęgniarka i rejestratorka. Poziom komunikacji personelu z cudzoziemcami w języku rosyjskim udaje się przy udziale całego zespołu (jak to określiły osoby z personelu medycznego „jakoś się dogadujemy”). Prawdopodobnie tylko lekarz wystarczająco włada językiem rosyjskim. Lekarz odnotowuje uzyskane informacje ręcznie na 5-stronicowym formularzu (patrz załącznik). Poza tym rejestruje on dodatkowo wyniki badań wirusologicznych/bakteriologicznych (zbadanych wcześniej cudzoziemców, których już nie ma w ośrodku) w założonym przez siebie „zeszycie epidemiologicznym”. Pielęgniarka i rejestratorka wprowadzają dane ręcznie do 3 innych formularzy/kart/dokumentów (szczegółów nie ustalano). Komputer rejestratorki jest niesprawny, konieczność naprawy zgłaszano, wg relacji personelu - przed 3 miesiącami. System wprowadzania danych o stanie zdrowia cudzoziemców należy ocenić jako czasochłonny, uciążliwy i nie pozwalający na korzystanie z zebranych danych przez inne instytucje (ankieta medyczna archiwizowana jest w pudłach kartonowych na terenie ośrodka).

VIII.1.3.5. Droga danych dotyczących stanu zdrowia cudzoziemców i skuteczność filtracji:

- ankieta medyczna (4 strony) pozostaje w Ośrodku Dębak,
- jeśli cudzoziemiec zostanie zbadany przed odesłaniem do ośrodka docelowego to, po otrzymaniu wyników badań krwi, wysyłane są one tam z opinią lekarską,
- jeśli cudzoziemiec nie zostanie zbadany w filtrze epidemiologicznym - badanie lekarskie i pobranie krwi powinno odbyć się w ośrodku docelowym,
- brak (lokalowy) możliwości rozdzielenia zdrowych od chorych/podejrzanych o stany chorobowe po badaniu lekarskim; nie przewidziano możliwości izolacji/obserwacji do czasu uzyskania wyników badań laboratoryjnych/oceny RTG; **funkcję filtracyjną**

należy uznać za niewypełnioną nawet w przypadku cudzoziemców, którzy sami zgłaszają problemy zdrowotne wymagające izolacji/ podjęcia leczenia,

- ciężar szczegółowego wywiadu w przypadku osób chorych lub chorujących *de novo* w ośrodku docelowym obciąża lekarza tamtejszego ośrodka, - ankieta pozostaje w Ośrodku Dębak.

VIII.1.3.6. Sugestie poprawy warunków przeprowadzania monitorowanej procedury medycznej w filtrze epidemiologicznym.

1/ utworzenie drugiego gabinetu lekarskiego z obsadą: lekarz + pielęgniarka lub wydłużenie czasu pracy/utworzenie drugiej zmiany;

2/ wydzielenie dedykowanego gabinetu zabiegowego ze względów sanitarnych oraz w celu usprawnienia pracy w pomieszczeniu gdzie przeprowadza się badanie lekarskie;

3/ wyposażenie ośrodka w aparat RTG (np. przewoźny w autobusie – możliwość kontraktowania takich usług z zewnątrz);

4/ utworzenie stanowisk obserwacyjnych dla chorych oczekujących na wyniki badań/budzących podejrzenia epidemiologiczne;

5/ komputeryzacja procedury rejestracyjno-archiwizacyjnej w celu:

A. uniknięcia powielania danych w kilku dokumentach,

B. utworzenia dostępu do danych medycznych w ambulatoriach ośrodków docelowych,

C. zaoszczędzenia miejsca przeznaczonego na archiwizację.

Proces taki można podzielić na etapy, przykładowo:

- rejestracja danych osobowych (rejestracja - rejestratorka),

- wywiad podmiotowy i przedmiotowy + ew. RTG (gabinet I + pracownia RTG),

- pobranie krwi (gabinet zabiegowy – pielęgniarka II),

- interpretacja wyników badań po otrzymaniu i końcowa ocena stanu zdrowia (gabinet I) najlepiej w stosunku do cudzoziemca przebywającego nadal na terenie Ośrodka,

- rejestracja oceny w systemie informatycznym (gabinet I),

- pozyskiwanie informacji z systemu przez ambulatoria ośrodków docelowych/inny uprawniony personel medyczny (przez sieć, np. drogą logowania się do strony www przez osoby uprawnione),

6/ przeznaczenie większego pomieszczenia na gabinet lekarski;

7/ stworzenie możliwości pobytu cudzoziemców w Ośrodku Recepcyjnym Dębak do czasu zakończenia procedury medycznej (należy się spodziewać 2-3 dni) w celu całościowej oceny stanu zdrowia i uniknięcia sytuacji, w której - ze względów organizacyjnych - część przybywających wyjeżdża bez tej oceny. Jednocześnie stworzenie lepszych warunków pobytu monitorowanych osób (ciepłe pomieszczenia, lepsze warunki higieniczne, oddzielne sanitariaty, procedury umożliwiające izolację osób oczekujących na wyniki badań w filtrze epidemiologicznym).

VIII.1.4. Obserwacje i rozmowy z cudzoziemcami.

W czasie wizyty w ośrodku przebywało jedynie kilku cudzoziemców przeniesionych z ośrodka na Siekierkach (cudzoziemcy z obszarów innych, niż rejony Federacji Rosyjskiej), poza tym większość nowoprzybyłych cudzoziemców była z Gruzji. W

omawianym czasie nie było tam cudzoziemców z Czeczenii. Większość pomieszczeń w ośrodku w czasie wizyty była niezamieszkała (jak już wspomniano – w związku z remontem ośrodka - przebywających w nim dotąd cudzoziemców z Czeczenii przeniesiono do innych ośrodków). W jednym z pokoi spotkałyśmy matkę z płaczącym, chorym dzieckiem w wieku poniżej 2 lat. Dziecko miało wysoką gorączkę, matka powiedziała, że rozchorowało się po przybyciu do Ośrodka Dębak, gdy nocowało pierwszą noc w sali zbiorowej (tzw „szklance”- patrz zdjęcie) w zimnie i przeciągach. (Sala ta służy do noclegowania osób przechodzących przez filtr epidemiologiczny.)

VIII.1.5 Czas i warunki podróży cudzoziemców do ośrodka recepcyjnego

Z rozmów z przedstawicielami trzech rodzin z Gruzji dowiedzieliśmy się, że podróż do Ośrodka Dębak z Kaukazu zajmuje im około 3 dni. Pierwszy dzień to przelot z Gruzji na Białoruś i dojazd do granicy, 1-2 dni spędzają na granicy i w Terespolu, gdzie pobierane są odciski palców i przeprowadzany pierwszy wywiad. Nie ma tam żadnego miejsca przystosowanego do noclegu/izolacji chorych, „nie ma nawet krzesel”. Trzeci dzień to dzień spędzony w Dębaku. Jeśli jednak dotrą tu przed weekendem, czekają dodatkowo dwa dni do poniedziałku. (Podróż cudzoziemców z Czeczenii jest dłuższa, gdyż większość z nich korzysta z przejazdu pociągami, co zajmuje dodatkowe 2 doby.) Biorąc pod uwagę wyżej opisaną sytuację do ośrodka w Dębaku cudzoziemcy docierają wycieńczeni podróżą, co - szczególnie w przypadku małych dzieci – może stanowić dodatkowy czynnik większej podatności na choroby.

VIII.1.6 Warunki noclegowania nowoprzybyłych cudzoziemców w filtrze

Poprosiłyśmy o zezwolenie na obejrzenie pomieszczeń, w których zaraz po przybyciu nocują cudzoziemcy (jeśli nie są tego samego dnia odwiezieni do innego ośrodka). Były to trzy sale, z czego dwie znajdowały się w części zamieszkałej również przez cudzoziemców oczekujących w ośrodku Dębak na przyznanie statutu. „Izolowani” nowoprzybyli cudzoziemcy korzystali ze wspólnych pomieszczeń, korytarzy, węzłów sanitarnych z pozostałymi mieszkańcami. W salach wielkości ok. 30m² było miejsce dla 22 osób (11 piętrowych łóżek zsuniętych bokami po dwa (tworzących wspólną przestrzeń dla 4 osób) z wąskimi przejściami pomiędzy nimi. Pomieszczenie było odnowione i wyglądało na ciepłe i dobrze izolowane, natomiast przebywanie na tak małej wspólnej powierzchni tak dużej ilości cudzoziemców może być przyczyną zarażenia zdrowych cudzoziemców przez niezdiagnozowanych chorych.

W trzecim pomieszczeniu znajdującym się poza częścią wspólną ośrodka na małej powierzchni ok. 30 m² stłoczono było około 20 łóżek polowych, a większość ścian stanowiły okna. Pomieszczenie nie wyglądało na ciepłe i – z wielkim prawdopodobieństwem można twierdzić - że osobom, które tam nocowały było po prostu zimno. Cudzoziemcy przebywający w tym „izolowanym pomieszczeniu” mogli swobodnie poruszać się po innych budynkach w ośrodku i korzystać z tych samych pomieszczeń sanitarnych, co pozostali mieszkańcy ośrodka.

Filtr więc nie chroni epidemiologicznie, a wręcz może być „wylęgarnią” epidemii wśród nowo przybyłych, osłabionych wielodniową podróżą, stłoczonych razem na wspólnej powierzchni osób. Osoby chore przybywające do „filtra” w ośrodku Dębak mogą stanowić zagrożenie epidemiologiczne dla innych osób przebywających w tym ośrodku.

Zgodnie z informacją otrzymaną od BOO UDSC, we wrześniu 2009 uruchomiono dodatkowy filtr epidemiologiczny w ośrodku w Białej Podlaskiej. Od tego czasu filtr w ośrodku w Dębaku obsługuje mniejszą ich liczbę, niż obserwowano w czasie badania.

VIII.2. OŚRODEK W LININIE KOŁO GÓRY KALWARII

MAJ 2009, ZESPÓŁ: ELŻBIETA CZYŻ, MARIA KSIĄŻAK, ROBERT NAUMIUK, MARIA NOWICKA, KRZYSZTOF OSTROWSKI.



Zdjęcia: Marzena Hmielewicz (AG)

VIII.2.1. Lokalizacja:

Ośrodek położony jest około 7 kilometrów od Góry Kalwarii w kierunku Sandomierza, na zagrodzonym zalesionym terenie należącym dawniej do jednostki wojskowej w okolicach małej miejscowości Linin.

VIII.2.2. Mieszkańcy

W ośrodku w czasie przeprowadzania monitoringu było zarejestrowanych:

329 osób objętych świadczeniami socjalnymi i pomocą medyczną przez ośrodek, z tego:

244 osoby ubiegające się o status uchodźcy żyjące w ośrodku, w tym:

59 kobiet (24%)

47 mężczyzn (19%)

138 dzieci (57%), w następujących grupach wiekowych:

20 do 1 roku życia (**14 %** dzieci)

19 w wieku **2 – 3** lat, (**14%**)

30 w wieku **4 – 6** lat, (**22 %**)

44 w wieku **7 – 12** lat (**32%**)

25 w wieku **13 – 17** lat. (**18%**)

(**12** dziewcząt i **13** chłopców)



69 dzieci czyli równo **50%** populacji dzieci było objętych obowiązkiem szkolnym w **7** różnych okolicznych szkołach podstawowych i **2** gimnazjach

85 osób przebywało na świadczeniach prywatnych poza ośrodkiem zgodnie z art. 72 Ustawy mając prawo korzystać z pomocy medycznej i psychologicznej na terenie ośrodka.

69 osób dodatkowo przebywało w ośrodku bez świadczeń socjalnych, a więc bez prawa korzystania z pomocy medycznej na terenie ośrodka. (Więcej o sytuacji tych osób w części: Rozmowy z mieszkańcami.)

Realna liczba cudzoziemców żyjących w samym ośrodku w czasie naszej wizyty to **313** osób, z czego **69** bez świadczeń. Poza swoim terytorium ośrodek ogarniał świadczeniami dodatkowo **85** osób. W jakiejś formie ośrodek skupiał więc wokół siebie **398** cudzoziemców, z czego **313** w trakcie procedury uchodźczej.

VIII.2.3. Pracownicy Ośrodka

Personel	Ilość osób na stanowisku	Dni i godziny pracy
Kierownik Ośrodka	1	8-16 dni powszednie
Opiekun Cudzoziemców	2	8-16 dni powszednie
Lekarz	2	8h + 30h/ tyg. (dni powszednie)
Pielęgniarka	2	Wszystkie dni powszednie
Psycholog	1	2 dni w tygodniu po 8h
Nauczyciel polskiego	1	Popołudniu w dni powszednie
Przedszkolanka	1	4 razy w tygodniu x 4h
Pracownik biura	3	8-16 dni powszednie
Obsługa kuchni	Brak danych	Brak danych
Pracownik ochrony	12	24h (w trybie na 3 zmiany)
Sprzątaczką/Konserwator	Brak danych	Brak danych

Ad. Kierownik Ośrodka

Pan Mariusz Stańczak, z wykształcenia politolog. Pełni tę funkcję od maja 2008 roku. Z uchodźcami pracuje od 2001 roku. Posługuje się językiem rosyjskim.

Ad Opiekunowie cudzoziemców

zwani często błędnie *pracownikami socjalnymi* – do pracy na tym stanowisku UDSC nie wymaga specjalistycznego wykształcenia na kierunku przygotowującym do pracy socjalnej, czego wymaga ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej określająca jakie warunki powinien spełniać pracownik socjalny (dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych lub studiów wyższych na kierunku praca socjalna lub ukończenia studiów wyższych o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na kierunku: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia i nauki o rodzinie)

Opiekunowie cudzoziemców wypełniają różne zadania: kontrolują legalności pobytu, zajmują się problemami technicznymi, wydawaniem talonów, rekrutacją dzieci do szkół, uczestnictwem w obchodach wewnątrz pomieszczeń ośrodka, itd.

Ad. Przedszkolanka

zatrudnionej na tym stanowisku kobiecie dobrowolnie pomagają Czechenki – przedszkole funkcjonuje 2 X 2 godziny dziennie 4 razy w tygodniu. Ponieważ dzieci podzielone są na grupy, matki mogą przyprowadzać swe dzieci tylko na 2 godziny i tylko 2 razy w tygodniu.

Ad. Lekarze

dostępni są w sumie 38 h w tygodniu: chirurg przez 8 h /1 raz w tygodniu oraz pediatra/internista 5 x w tygodniu, w dni powszednie, zgodnie z grafikiem, 30 h/ tygodniowo.

VIII.2.4. Opis ośrodka

Ośrodek w Lininie jest własnością UDSC. Maksymalna pojemność ośrodka to **350** miejsc. Obiekt budowany był w latach **80** – tych ubiegłego wieku. Zanim UDSC przejął ośrodek mieściła się tu jednostka wojskowa. Remont kapitalny przeprowadzono w **2003** roku.

Ośrodek składa się z **5** budynków usytuowanych na ogrodzonym terenie. W ich skład wchodzi:

- **1** budynek portierni i recepcji, w którym mieści się ochrona i gdzie pracują opiekunowie cudzoziemców,
- **2** budynki mieszkalne. Jeden z nich ma **4**, a drugi **3** kondygnacje. W budynkach mieszkalnych nie mają wind, ale są wejścia wyposażone w podjazdy przystosowane dla osób niepełnosprawnych.
- **1** budynek administracji, w którym mieszczą się: gabinet lekarski oraz gabinet psychologiczny a także dodatkowo ogrodzone: gabinet dyrektora, i pomieszczenia administracyjne – wejście do tych dwóch ostatnich możliwe jest po otworzeniu dodatkowej furtki.
- **1** budynek, w którym mieści się stołówka.

Do Ośrodka wchodzi się przez portiernię, gdzie stale przebywają dwaj pracownicy firmy ochroniarskiej. Na zmianie zawsze jest **4** pracowników ochrony, która m.in. kontroluje wejścia i wyjścia z ośrodka a także sprawdzają przepustki. W recepcji/portierni znajdują się tablice informacyjne w języku rosyjskim i polskim. Umieszczone tam są ogłoszenia i regulamin. Budynki mieszkalne usytuowane są na rozległym terenie, w okolicy jednego z nich jest nieogrodzony plac zabaw dla dzieci, brak jednak informacji, że małe dzieci nie mogą przebywać tam bez opieki dorosłych. (Znajdująca się tu karuzela może być miejscem wypadków, poza tym za placem przepływa nieogrodzony i zaśmiecony mały kanał, w którym po deszczach woda wzbiera, a wtedy może stanowić on niebezpieczeństwo). W czasie naszych wizyt dzieci, (w tym małe w wieku przedszkolnym) bawiły się na całym tym terenie bez opieki dorosłych.

VIII.2.5 Warunki bytowe

VIII.2.5.1. Warunki mieszkaniowe

W budynkach mieszkalnych są pokoje 4, 6, i 8 osobowe o standardowych rozmiarach. Pokoje mają ok. 3 m wysokości. Pokoje dla 4 osób mają około 14 m², dla 6 osób 21m² (7,5m x 2.8m x 3.0m), dla 8 osób około 35 m² (5,8m x 6.0m x 3.0m). Usytuowane są po obu stronach długiego korytarza, który stanowi miejsce dla obuwia (zgodnie z tradycją Czeczeni nie wchodzi w butach do pokoi mieszkalnych) oraz dla zabaw dzieci.

Rodziny mieszkają razem. Najczęściej wszyscy w jednym pomieszczeniu. Pomieszczenia te nie są wyposażone w sanitariaty, sanitariaty ogólne znajdują się na każdym piętrze po jednym dla kobiet i jednym dla mężczyzn.

Ciepła woda dostępna przez całą dobę. Stan techniczny sanitariatów dobry, jest czysto i schludnie. Każdy sanitariat składa się z 4 toalet, 3 pisuarów, 3 pryszniców, 10 umywalk.

Brak w sanitariatach mydła w płynie, dozowników do płynnego mydła i ręczników papierowych wymaganych w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych § 82.

Mieszkańcy twierdzą, że muszą sami dbać o czystość, ponieważ sprzątanie wspólnych powierzchni (łazienek, pryszniców etc) przez personel ośrodka jest „niewystarczające i powierzchowne”, a „płyny dezynfekujące są zbyt rozcieńczane”.

W każdym budynku mieszkalnym znajduje się:

Na każdym piętrze jedno pomieszczenie kuchenne dla mieszkańców, gdzie mogą oni przygotowywać lub odgrzewać posiłki. Wyposażone jest ono w lodówkę i czteropalnikową kuchenkę;

Pralnia, gdzie znajdują się 3 pralki półautomatyczne i 2 wanny;

Suszarnia o wymiarach 9x7 m²;

Sala TV i biblioteka w jednym pomieszczeniu, znajduje się tu telewizor na ścianie, dwie bardzo zniszczone kanapy z częściowo rozdartym obiciem i wystającą ze środka gąbką, oraz kilka stołów z krzesłami. (Sala telewizyjna używana są prawie wyłącznie przez mężczyzn.)

Ponadto Ośrodek dysponuje:

pokojem, w którym Muzułmanie mogą odprawiać modlitwy;

pomieszczeniem do dyspozycji PAH, oraz salą, w której prowadzone są kursy fryzjerstwa/manicure, krawiectwa i kurs komputerowy.

Ściany na korytarzach w budynkach mieszkalnych sprawiają wrażenie brudnych i dawno niemalowanych.

VIII.2.5.2. Wyżywienie

Tak jak we wszystkich ośrodkach dla uchodźców norma żywnościowa wynosi tu 9 zł na osobę dziennie. Posiłki wydawane są na podstawie talonów, w osobnym budynku, w którym mieści się kuchnia i jadalnia. Kuchnia wyposażona jest w 1 zlew, 3 lodówki, 2 kuchenki. Jest czysta, widna, przestronna. Posiłki są przygotowywane na miejscu i wydawane 3 razy dziennie:

Śniadanie 9.00 – 9.30

Obiad 13.30 – 15.00

Kolacja 17.00 – 18.00

W dniu, w którym odwiedziliśmy ośrodek był następujący jadłospis:

Śniadanie: ser topiony plastry, miód, masło, pieczywo mieszane, mleko, herbata, herbatniki.

Obiad: Zupa ziemniaczana, pulpet wołowy w sosie pomidorowym, ziemniaki, surówka z kiszonej kapusty, kompot.

Kolacja: Serdelki drobiowe, ketchup, masło, pieczywo, herbata, kefir.

Dzieci chodzące do szkoły nie dostają talonów żywnościowych. Rodzice pobierają ekwiwalent pieniężny w wysokości 340 zł miesięcznie na dziecko. Praktyka jest taka, że często rodziny dzielą się racją żywnościową, a otrzymany ekwiwalent przeznaczają na inne potrzeby (ubrania, leki, wyposażenie pokoi mieszkalnych).

Zdaniem mieszkańców jedzenie nie jest dostosowane do ich zwyczajów żywieniowych. Jak powiedziała jedna z rozmówczyń „*nie ten smak, dorośli nie są przyzwyczajeni do polskiej kuchni, dzieci jedzą, chociaż talony są na dorosłych, a na dzieci ekwiwalent*”. Kobiety wolałyby otrzymywać produkty i same gotować posiłki zgodnie ze swoimi zwyczajami.

VIII.2.6. Procedura przyjęć i wyjść

Według cudzoziemców, z którymi rozmawialiśmy nie istnieje żadna procedura przyjęcia do ośrodka. Nowi mieszkańcy dowiadują się od wcześniej przybyłych, jakie zasady tu obowiązują.

Kierownik zapytany o stosowaną procedurę przyjęcia stwierdził, że nie widzi potrzeby tworzenia takowej, bo niezbędne informacje znajdują się na tablicy informacyjnej. Rzeczywiście umieszczono tam zapisane małymi literkami, niezbyt czytelne kartki, które trudno jednak uznać za informację wystarczającą dla nowoprzybyłych, oszołomionych warunkami - ludzi.

Przy przyjęciu do ośrodka opiekun cudzoziemców wydaje talony na żywienie, przekazuje podstawowe informacje o ośrodku. Cudzoziemcowi przybywającemu do Polski straż graniczna zabiera paszport i wydaje dokument – Tymczasowe Zaświadczenie Tożsamości Cudzoziemca (TZTC) – ważny jeden miesiąc, potem każde kolejne wydawane zaświadczenie ważne jest pół roku. W Ośrodku mieszkańcy otrzymują przepustki uprawniające do pobytu na terenie Ośrodka. Średni czas pobytu to 1, 5 – 2 lat, ale spotykaliśmy też rodziny przebywające tu od pięciu lat i nadal oczekujące na decyzję w sprawie przyznania statusu uchodźcy lub innej formy ochrony.

W ośrodku przebywało wiele osób w przypadku, których upłynęły już ponad dwa miesiące od otrzymania ostatecznej decyzji o przyznaniu statusu uchodźcy lub innej formy ochrony międzynarodowej. Ustawowo osoby takie w okresie dwóch miesięcy powinny wynająć mieszkanie i opuścić ośrodek. Niestety w wymaganym ustawą terminie osoby te nie mogły znaleźć mieszkań do wynajęcia. Kierownik ośrodka nieformalnie zgodził się na ich dalsze pozostawanie w ośrodku. Z rozmów z tymi mieszkańcami wynika jednak, że ich sytuacja jest bardzo trudna. Mają oni wprawdzie dach nad głową, ale nie otrzymują już żadnych świadczeń socjalnych, nie mają prawa do spożywania posiłków przydzielanych innym mieszkańcom, nie mają prawa korzystać z podstawowej pomocy medycznej i psychologicznej w ambulatorium na terenie ośrodka. Z pomocy lekarza mogą korzystać dopiero po zarejestrowaniu się u lekarza pierwszego kontaktu poza ośrodkiem. Rejestrowali się więc w najbliższym miejscu czyli w odległej o 7 kilometrów Górze Kalwarii. Na dojazd tam cudzoziemcy nie mają środków, nie mają też więcej prawa do bezpłatnych leków. Część z nich przestała posyłać swoje dzieci do szkoły, ponieważ wstydziła się swej sytuacji. Niemalże ważne było dla nich i to, że wczesnym popołudniem mogą się czasem wraz z dziećmi posilić pozostałą w kuchni zupą, której nie zjedzą osoby korzystające ze świadczeń socjalnych.

Osoby opuszczające Ośrodek dostają kserokopię swojej dokumentacji medycznej. Koszt kopii nie jest jednak włączony w budżet CSK MSWiA, więc musi być pokrywany przez UDSC. Opiekę nad opuszczającymi ośrodek przejmuje Powiatowe Centrum Pomocy w Rodzinie (PCPR). Zdaniem osoby zatrudnionej w ośrodku współpraca z tą instytucją układa się dobrze. Jej pracownicy w miarę swoich możliwości usiłują pomóc cudzoziemcom w znalezieniu mieszkań. Nie jest to jednak proste. Wiele rodzin to rodziny wielodzietne. Polacy obawiają się wynajmować mieszkania cudzoziemcom, często z niechęcią podchodzą też do wynajmowania licznym rodzinom. Nie pomagają w znalezieniu lokum przypadki nie regulowania zapłaty za wynajem w określonym w umowie terminie. Cudzoziemcy nie rozliczają się w ustalonym w umowie terminie ze względu na wielomiesięczne opóźnienia w otrzymywaniu środków na program integracyjny. Powoduje to często nieporozumienia i rosnącą niechęć Polaków do wynajmowania lokali tej grupie ludności.

Opuszczający Ośrodek poszukują mieszkań również samodzielnie. W trakcie prowadzonego monitoringu rozmawialiśmy z kobietą czeczeńską (matką 7-dzieci), która jeździła po okolicznych miejscowościach szukając domu do wynajęcia. Wszędzie dostawała odmowę.

VIII.2.7. Dane z wywiadu z funkcjonariuszami ochrony

Ochronę Ośrodka sprawuje Agencja Ochrony Vega Security W. Molenda i Wspólnicy Sp. J (na podstawie umowy pomiędzy UDSC i Agencją - wygrany przetarg na 13 miesięcy na sumę całkowitą 408 693,12 PLN.) Na terenie Ośrodka pracuje łącznie 12 ochroniarzy, po 4 na jednej zmianie. Pracują w systemie 24/48 godzin. Zdaniem kierownika ośrodka taka liczba pracowników ochrony jest niezbędną. Dowódca zmiany musi posiadać licencję funkcjonariusza ochrony, reszta pracowników może być bez licencji, po przeszkoleniu w Agencji. Ochrona ma na wyposażeniu kajdanki, paralizator, pałkę typu TONFA. Pracujący tu od czterech lat dowódca zmiany twierdzi, że nie używał tego wyposażenia.

Do obowiązków funkcjonariuszy ochrony należy:

- legitymowanie wchodzących na teren ośrodka,
- obchód - co dwie godziny,
- dbanie o porządek,
- nadzór nad wydawaniem posiłków. W stołówce funkcjonariusze pilnują "żeby mieszkańcy odnosili talerze i nie rozmawiali, tylko jedli, bo to dekoncentruje wydających posiłki."

Dokumentacja prowadzona przez pracowników ochrony to:

- Książka usterek – rejestruje się usterki techniczne typu woda, światło, wybita szyba
- Książka służby – rejestruje się obchody, wjazdy samochodów, wizyty, wezwania pogotowia i policji, awarie.

Mieszkańcy nie mogą sami wzywać pogotowia. Ochrona po zgłoszeniu takiej potrzeby przez mieszkańca sprawdza zasadność zgłoszenia i DECYDUJE o wezwaniu pogotowia. Pracownicy Ochrony mają do dyspozycji apteczkę i zrobioną przez lekarzkę listę wskazówek, "jakie leki, na co". Pielęgniarka co tydzień uzupełnia leki w apteczce.

Zdaniem pracownika ochrony "lepiej wezwać pogotowie na zapas". Uważa on jednak, że mieszkańcy mają tendencje roszczeniowe i bardziej cenią pomoc pogotowia niż miejscowej lekarki. Więc - jak powiedział "czasem tak się wzywa, żeby nie wezwać - bo tylko ból gardła i temperatura". Albo mówi się cudzoziemcom, że pogotowie przyjedzie za 2 – 4 godziny i zachęca, żeby sami pojechali na izbę przyjęć do szpitala.

W przypadku konfliktów rodzinnych lub między mieszkańcami na ogół wystarcza groźba wezwania policji lub zawiadomienia kierownika. Uchodźcy boją się kolegium, wyroku sądowego i kar dyscyplinarnych.

Mieszkańcy zgodnie z regulaminem /D.U. nr 146 poz. 1425/ nie mogą opuszczać ośrodka po 23.00. Przy każdym wyjściu muszą zostawić przepustkę.

VIII.2.8. Opieka medyczna

VIII.2.8.1. Informacje z wywiadu z lekarzem

Opieka medyczna w Ośrodku sprawowana jest przez dwóch lekarzy-internistkę/pediatrę, (pracującą w wymiarze 30 godz. tygodniowo, 5x po 6 godz.) oraz lekarza chirurga (1x w tygodniu 8 godz.) i dwie pielęgniarki, (pracujące 6 dni w tygodniu wg grafiku).

Jak wynika z wywiadu przeprowadzonego z lekarką (która jest pediatrą i internistą)¹⁷² ma ona w opiece ok. 400 osób. W ciągu jednego dnia przyjmuje w zimie ok.40 osób, w lecie mniej 5 – 25 osób. Najczęściej pacjenci zgłaszają się z powodu przeziębienia i uporczywego kaszlu. Kilku pacjentów cierpi na choroby przewlekłe: gruźlica, kiła, padaczka.

Warunki pracy, gabinety i ich wyposażenie są bardzo dobre. Brak jedynie nebulizatora i tub dyfuzyjnych. Nie ma też trudności w dostępie do leków zarówno podstawowych jak i specjalistycznych. (Wyposażenie ambulatorium jest obowiązkiem UDSC, leki kupuje apteka CSK MSWiA, a kurier dostarcza je do ośrodka).

Osoby pozostające w procedurze, na świadczeniach poza Ośrodkiem, korzystają z opieki lekarskiej w Ośrodku.

Zakupy sprzętu takiego jak aparat słuchowy czy okulary (zazwyczaj najtańsze z dostępnych na rynku) realizuje CSK MSWiA.

Do wszystkich specjalistów cudzoziemcy mogą udać się tylko ze skierowaniem wydanym przez lekarza zatrudnionego w Ośrodku. W niedziele i święta mieszkańcy mogą uzyskać pomoc medyczną korzystając z pogotowia ratunkowego. Zdaniem kierownika Ośrodka mieszkańcy często wzywają pogotowie dopiero po wyjściu lekarza i pielęgniarki, bo uważają, że „szpital lepiej leczy”.

Pogotowie z reguły jednak przyjeżdżać nie chce. Kierownik Ośrodka uważa zatem, że postępowanie pracowników ochrony nie zawsze spieszących z wezwaniem pogotowia - jest właściwe.

Osoby nieobjęte świadczeniami medycznymi tylko wzywając pogotowie mogą uzyskać potrzebną im pomoc.

Zdaniem Kierownika nie ma trudności z hospitalizacją cudzoziemców: dorośli leczeni są w szpitalach w Górze Kalwarii, Otwocku lub w CSK MSWiA w Warszawie, dzieci – w Szpitalach: przy ul. Litewskiej lub ul. Działdowskiej w Warszawie, noworodki zaś przychodzą na świat najczęściej – w szpitalach w Otwocku lub Grójcu. W niektórych przypadkach transport zapewniany jest przez Ośrodek (na koszt UDSC).

Opiekę stomatologiczną dla dzieci i dorosłych z Ośrodka w Lininie świadczy zakontraktowany przez UDSC dentysta w Górze Kalwarii.

Lekarze specjaliści przyjmują, zdaniem zatrudnionej w Ośrodku lekarki, w szpitalu MSWiA przy ul. Wołoskiej w Warszawie. W tym szpitalu także odbywają się konieczne hospitalizacje.

¹⁷² Większość informacji pochodzi z wywiadu z dr Wiśniewską zatrudnioną przez CSK MSWiA w ośrodku w Lininie

Zdaniem lekarki udzielającej nam informacji współpraca z uchodźcami jest trudna ponieważ:

- nie przestrzegają zaleceń,
- nie wykorzystują skierowań,
- nie rozumieją pojęcia ciągłości leczenia/kontroli po leczeniu,
- pomoc medyczną traktują raczej jako działanie doraźne,
- bardzo szybko po przyjeździe nabierają postawy „bezradno- roszczeniowej”.

Nie istnieje żadna dyrektywa regulująca kontakt lekarza z nowo przybyłym mieszkańcem Ośrodka. Pacjenci zgłaszają się sami w razie potrzeby, a jak informowała nas pielęgniarka – próby wzywania pacjentów przez lekarza na wizyty kontrolne są często bezskuteczne.

Wyniki badań z filtra epidemiologicznego w Dębaku docierają do Ośrodka w Lininie kilka tygodni po przybyciu cudzoziemca. Przypomnijmy, że część osób nie została tam w ogóle zbadana ze względu na niewydolność tej instytucji, a w wypadku większości wcale nie wykonano im prześwietlenia płuc.

Zgodnie z zarządzeniem CSK lekarz nie ma obowiązku informowania pracowników socjalnych o chorobach zakaźnych.

Najtrudniejsze do leczenia – według przyjmującej w Ośrodku lekarki są gruźlica i kiła (jest obecnie kilka takich przypadków), ponieważ:

- mężczyźni nie chcą się leczyć;
- trudno jest leczyć, gdyż nie można używać penicyliny prokainowej w gabinecie.

Ciąże prowadzone są w Warszawie w szpitalu MSWiA przy ul. Wołoskiej. Lekarka twierdzi, że cudzoziemki nie przychodzą chętnie po skierowania do ginekologa.

Dzieciom urodzonym w Polsce zakłada się „książeczki zdrowia dziecka”. Nie funkcjonuje tu jednak mechanizm (inaczej niż w stosunku do Polek) upomnień telefonicznych oraz listów z gminy i egzekwowania przybycia rodziców z dzieckiem na badania określone jako „bilanse wiekowe”. Matki – cudzoziemki nie zgłaszają się na te badania, ponieważ: (zdaniem lekarki):

- 1/ idea takich bilansów nie jest im znana a więc traktują ją jako „niepotrzebną”
- 2/ nie rozumieją koncepcji nadzoru nad prawidłowym rozwojem dziecka
- 3/ nie pojmują konieczności profilaktyki medycznej, reagują na problemy zdrowotne dopiero w trybie doraźnym.

Dzieci urodzone w Czeczenii nie zawsze posiadają dokumentację szczepień. Starsze dzieci - zdaniem lekarki - są objęte programem szczepień w szkołach. Faktu tego nie potwierdzają ani rodzice, ani dzieci uczęszczające do polskich szkół. Nie ma również wymiany informacji na ten temat pomiędzy służbą zdrowia w Ośrodkach a szkołami.

Zdaniem lekarki nie ma obecnie w Ośrodku osób z zespołem stresu pourazowego /PTSD/. Problemami psychicznymi takimi jak nerwice czy problemy adaptacyjne zajmuje się psycholog.

Przypadków przemocy fizycznej i /lub seksualnej, które są - zdaniem lekarki - częstym zdarzeniem w Ośrodku, na ogół nie zgłasza się w prokuraturze, ponieważ kobiety czeczeńskie nie życzą sobie tego.

Lekarze Ośrodka nie kierują swoich pacjentów na komisje ds. orzekania o niepełnosprawności. Lekarka była zdziwiona że pytamy o taką możliwość.

Zdaniem lekarki w Ośrodku przynajmniej raz w miesiącu w powinna przyjmować lekarka – ginekolog. Potrzebna jest także edukacja medyczna mieszkańców.

VIII.2.8.2. Opinie osób zamieszkujących ośrodek

Następujące informacje zebrane były podczas wywiadów indywidualnych oraz spotkania z kilkunastoma mieszkankami ośrodka. Wszystkie kobiety udzielające odpowiedzi wyrażały niezadowolenie z opieki medycznej.

Zarzuty dotyczyły:

A. lekceważącego, pogardliwego i obraźliwego traktowania pacjentów:

Przykłady:

lekarz - chirurg w trakcie wizyty jednej z kobiet w gabinecie nie przerwał przeglądania informacji w Internecie, siedział tyłem do pacjentki i udzielał porady od niechcenia. Zdaniem innej pacjentki *"siedzą za komputerem, nic nie robią, piszą skierowania"*;

matka pokazywała lekarce palec małego dziecka, z nieprawidłowo wrośniętym paznokciem, otrzymała poradę, że powinna dziecko kąpać;

na kłopoty z żołądkiem u dziecka lekarka zareagowała, *"nie myjcie dzieciom rąk to chorują"*.

komentarze wzburzonych kobiet: *"co oni sobie myślą, że my jesteśmy jakieś dzikie głupie kobiety, co nie wiedzą, że trzeba się myć? Czy oni uważają, że u siebie to my się nie myjemy? Traktują nas jak niedorozwiniętych... Czy my jesteśmy jacyś gorsi?"*

B. braku informacji o diagnozie, leczeniu, wynikach badań, znaczeniu epikryz:

Mieszkanki skarżyły się, że gdy pytają o wyniki analiz, *"lekarze mówią – 'wszystko dobrze, wszystko dobrze', a choroba nie mija"*. Żaliły się że nie są tłumaczone im ani znaczenia epikryz, które otrzymują przy wypisie ze szpitala ani zapisy w książeczkach zdrowia dziecka, gdy wychodzą z nowonarodzonymi dziećmi ze szpitala i wracają do ośrodka; *"na wszystko dają paracetamol (nawet dla kilkumiesięcznego dziecka) nie tłumaczą nam, dlaczego taki lek i na co – mówią – 'i tak nie zrozumiesz'."*

C. nie wydawania skierowań do specjalistów:

"Nie chcą dawać skierowań do specjalistów i bardzo długo czekają z wydaniem skierowania." Kobiety uważają, że lekarze celowo zwlekają z wydaniem skierowania do specjalisty tak, by cudzoziemiec stracił uprawnienia do opieki zdrowotnej w Ośrodku. Na potwierdzenie tego przytaczają historię kobiety, (matki 7 dzieci), u której badanie rtg zrobione w styczniu 2009 wskazywało na dysfunkcję stawu kolanowego, wobec czego

należało zrobić badanie usg. Lekarka nie dawała jej skierowania na to badanie, czekając – zdaniem kobiet – aż ta osoba straci uprawnienia do leczenia;

Młoda dziewczyna poroniła w 5-miesiącu – lekarka nie dała jej skierowania na usg w odpowiednim terminie, mimo wyraźnego wskazania od ginekologa ze szpitala MSWiA (lekarz napisał na kartce prośbę o wydanie skierowania w przyspieszonym terminie, co lekarka skomentowała: – „skoro uważał, że potrzebne badanie na cito to dlaczego sam nie dał skierowania” (chodziło o powtórzenie badania zagrożonej ciąży w nieodległym czasie). Ponadto mimo anemii i zagrożonej ciąży dziewczyna nie otrzymywała w ośrodku preparatu żelaza.

Lekarze z CSK MSWiA, gdzie straciła dziecko, wyrażali przypuszczenie, że to anemia i wycieńczenie organizmu były przyczyną poronienia (kobieta ta w ostatnim okresie ciąży przed poronieniem była pozbawiona świadczeń, nie miała żadnych dochodów ani prawa do talonów na posiłki w ośrodku - w związku z tym bardzo słabo się odżywiła);

Dziecko ze szpotawą stopą, powinno mieć - zdaniem matki - drugą operację (pierwszą miało w Czeczenii) dotychczas jednak nie otrzymało koniecznego skierowania;

Kilkumiesięczne chore niemowlę było leczone jedynie paracetamolem, a gdy miało już bardzo wysoką gorączkę personel Ośrodka odmówił wezwania pogotowia. Ostatecznie, gdy dziecko zaczęło się dusić w stanie ciężkim przetransportowano je helikopterem do szpitala w Warszawie. Okazało się, że miało ciężkie obustronne zapalenie płuc.

D. zagrożenia epidemiologicznego:

Zdaniem cudzoziemców w ośrodku istnieje duże zagrożenie zachorowania na żółtaczkę i gruźlicę, ale nie robi się badań diagnostycznych. Część z nich była badana w Dębaku po przyjeździe, a część nie, np. siedmioosobowa rodzina (rodzice i pięcioro dzieci) nie byli badani w Dębaku, „*bo tego dnia było bardzo dużo ludzi i części nie badano.*” Mówią, że nie byli też badani po przyjęciu do Ośrodka w Lininie. Inna rodzina (matka z czworgiem dzieci) mimo, że przebywali w Dębaku 5 dni (w lipcu 2006), nie przeszli żadnych badań medycznych (zaraz po przybyciu do Ośrodka trzyletni syn zachorował na zapalenie płuc, był przez tydzień hospitalizowany).

E. utrudnionego dostępu do ginekologa – kobiety:

Wiele kobiet w czasie ciąży nie było prowadzonych przez ginekologa. Najistotniejszym problemem jest tu kulturowe tabu zabraniające kobiecie obnażania się przed innym mężczyzną, niż mąż (a także bycia dotykana przez innego mężczyznę), podczas gdy większość specjalistów – ginekologów w przysługujących cudzoziemcom szpitalach – to mężczyźni. Kobiety często więc rezygnowały ze skierowań do ginekologa wystawianych przez lekarza z Ośrodka, albo - po pierwszej wizycie – rezygnowały z dalszych.

F. nieodpowiedniej opieki nad noworodkami

Z rozmów z matkami w Ośrodku dowiedzieliśmy się, że położna nigdy tu przychodzi do nowo narodzonych dzieci do pomieszczeń, gdzie mieszkają. Matki w szpitalu otrzymują książeczki zdrowia dziecka w szpitalu, ale nikt im nie tłumaczy czynionych tam zapisów. Młoda, 17 letnia matka po urodzeniu dziecka otrzymała kartkę z informacją, że ma konflikt serologiczny i przy następnej ciąży musi się zwrócić do poradni hematologicznej. Nikt jej o tym nie powiedział, kartkę przypadkowo znaleźliśmy podczas przeglądania dokumentów medycznych, dopiero wtedy poprosiła o wyjaśnienie treści

zapisu. Wiele kobiet, z którymi rozmawialiśmy przychodziło z epikryzami, książeczkami zdrowia dzieci czy wynikami badań z prośbą o ich przetłumaczenie.

Matki nie są poinformowane o celu poszczególnych szczepień, w związku z czym niektóre z nich nie wyrażają na nie zgody.

Matki narzekały na to, że lekarka nie prowadzi systematycznych badań bilansowych dzieci i że z własnej woli nigdy nie odwiedza matek z małymi dziećmi nawet, gdy dzieci są bardzo chore. Nie odwiedza budynku mieszkalnego oczekując, by matki przyproceedziły swe chore dzieci do niej nawet w czasie mrozów. Dotyczy to również gorączkujących, chorych noworodków i niemowląt.

G. braku wrażliwości na potrzeby niepełnosprawnych

Głuchoniema matka, z którą rozmawialiśmy za pomocą tłumaczącego język migowy jej kilkunastoletniego syna, skarżyła się na brak opieki medycznej i odpowiedniej diagnostyki oraz odczuwaną niechęć lekarzy. Była przerażona brakiem perspektyw po opuszczeniu ośrodka, bała się braku możliwości wynajmu mieszkania. Jej mąż jest też głuchoniemy i jedyna osoba, która mówi i jest ich łącznikiem ze światem to ich syn. Zaniedbuje naukę w gimnazjum, by opiekować się niepełnosprawnymi rodzicami. Boi się, że inaczej nie będą mieć odpowiedniej opieki, a w gimnazjum - jak mówi „*nikt nie zauważa czy jestem czy mnie nie ma, czy coś rozumiem, czy nie, nikt nie przejmuje się nami Czeczenami*”

VIII.2.9. Opieka psychologiczna

VIII.2.9.1. Informacje z wywiadu z psychologiem pracującym w Ośrodku

Opiekę psychologiczną sprawuje w Ośrodku mgr psychologii Aleksandra Kamińska. Dyżuruje ona dwa razy w tygodniu (w poniedziałki i wtorki) po 8 godzin. Ma do dyspozycji przestronny, estetycznie urządzony gabinet. Ponadto pracuje ona w trzech innych ośrodkach dla cudzoziemców (w Dębaku, w Mosznej i w ośrodku Bielany). Wg informacji podanych nam przez p. Kamińską jest ona terapeutką dzieci, młodzieży i dorosłych. Pracuje w nurcie psychologii poznawczo – behawioralnej. Zatrudniona jest przez CSK MSWiA – podobnie jak lekarze - na umowę zlecenie. Nie trzeba się do niej wcześniej zapisywać, przyjmuje osoby zgłaszające się w danym dniu. Biegłe posługuje się językiem rosyjskim.

Nie ma formalnie wyznaczonego zakresu obowiązków. Umowa z nią ma charakter ogólny, mówi, że: ”psycholog zobowiązuje się do wykonywania czynności zawodowych psychologa w zakresie udzielania pomocy psychologicznej, współpracy i utrzymywania kontaktu z personelem lekarskim i pielęgniarskim zatrudnionym w ośrodku”.

Niestety nie potrafiła określić liczby osób korzystających z terapii, „ponieważ przychodzą nieregularnie”. Przyczynami poszukiwania pomocy psychologicznej najczęściej są: zaburzenia snu (koszmary), zaburzenia lękowe, depresja i PTSD. Diagnostyka tych zaburzeń prowadzona jest w tylko w oparciu o wywiad, nie są stosowane żadne techniki pomiarowe.

Tylko w jednym przypadku po wywiadzie statutowym pracownicy UDSC zgłosili do niej osobę potrzebującą pomocy psychologicznej po gwałcie i torturach. W przypadku dot.

przemocy w Ośrodku psycholog zawiadamia opiekunów cudzoziemców w Ośrodku, informuje również CSK MSWiA. UDSC zawiadamia prokuraturę, ta jednak nie działa skutecznie (np. w przypadku dotyczącej przemocy nie nakazuje doprowadzić rodziców na rozprawę).

Prowadzona terapia ma charakter interwencji kryzysowej, terapii indywidualnej, sporadycznie - terapii rodzinnej. Nie są prowadzone ani planowane żadne formy terapii grupowej czy zajęcia psycho-edukacyjne. Nie jest to zarzut w stosunku do psychologa, a jedynie stwierdzenie braku tego typu oddziaływań.

W przypadku potrzeby konsultacji psychiatrycznej psycholog nie może wystawić skierowania, musi poprosić o to lekarza pracującego w Ośrodku. Nie identyfikuje się osób ze schorzeniami psychosomatycznymi, które były świadkami lub uczestnikami dramatycznych wydarzeń, nie ma więc dla nich oferty terapeutycznej, a w rezultacie stają się zawsze niezadowolonymi klientami kolejnych lekarzy różnych specjalności.

Na pytanie o sugestie dot. pożądanych zmian w opiece psychologicznej p. Kamińska wymieniła:

- W Dębaku dobrze by było przy pierwszym spotkaniu z nowoprzybyłymi rodzinami sporządzać diagnozę psychologiczną i identyfikować osoby potrzebujące pomocy;
- W każdym ośrodku, gdzie pracuje psycholog pożądany jest oddzielny, właściwie urządzony gabinet (tak jak w Lininie);
- Nadzór i współpraca pomiędzy psychologami pracującymi w różnych ośrodkach mogłyby poprawić jakość i efektywność prowadzonych oddziaływań psychologicznych;
- Lepsza współpraca innych pracowników ośrodków z psychologiem byłaby korzystna zarówno dla cudzoziemców jak i kadry. Personel ośrodków jest niestety „zawaloni papierami” i nie ma czasu na zajmowanie się podstawowym podmiotem ich pracy - ludźmi.

VIII.2.9.2. Opinie cudzoziemców dotyczące opieki psychologicznej

Kilka osób, z którymi rozmawialiśmy korzystało z porad psychologa. Były one zadowolone z tego kontaktu.

Inni rozmówcy nie starali się nawet o kontakt z psychologiem i to raczej nie dlatego, że go nie potrzebowali, lecz dlatego, że nie otrzymali od lekarza informacji o możliwym psychologicznym podłożu ich objawów somatycznych.

VIII.3. OŚRODEK NA BIELANACH (WARSZAWA, UL. IMPROWIZACJI 7) DLA CUDZOZIEMCÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O STATUS UCHODźCY

CZERWIEC 2009, ZESPÓŁ: ELŻBIETA CZYŻ, MARIA KSIĄŻAK, ROBERT NAUMIUK, MARIA NOWICKA.

VIII.3.1. Lokalizacja:

Ośrodek mieści się w jednym ogrodzonym czteropiętrowym bloku położonym na obrzeżach Warszawy około 600 m od najbliższego przystanku komunikacji miejskiej. W okolicy: zajezdnia tramwajowa, osiedla mieszkaniowe oraz park.

VIII.3.2. Mieszkańcy

W ośrodku w czasie przeprowadzania monitoringu było zarejestrowanych:

420 osób objętych świadczeniami socjalnymi i pomocą medyczną, z tego:

213 osób ubiegających się o status uchodźcy mieszkających w ośrodku, w tym:

40 kobiet (19 %)

50 mężczyzn (23 %)

123 dzieci (58 %) w następujących grupach wiekowych:

12 do 1 roku życia (14 % dzieci)

23 w wieku 2 – 3 lat, (14%)

31 w wieku 4 – 6 lat, (22 %)

28 w wieku 7 – 12 lat (32%)

29 w wieku 13 – 17 lat. (18%)

} Nie otrzymaliśmy danych dotyczących ilości dzieci objętych obowiązkiem szkolnym (rocznikowo licząc jest ich około 57)

(13 dziewcząt i 16 chłopców)

207 osób przebywających na świadczeniach prywatnych poza ośrodkiem zgodnie z art 72 ustawy, mających prawo korzystać z pomocy medycznej i psychologicznej w Ośrodku.

4 osoby **przebywały w ośrodku bez świadczeń socjalnych**, a więc bez prawa korzystania z pomocy medycznej organizowanej przez UDSC.

Realna liczba cudzoziemców żyjących w samym Ośrodku w czasie naszej wizyty to 217 osób, z czego 4 bez świadczeń. Poza swoim terytorium Ośrodek udzielał świadczeń medycznych i socjalnych dodatkowo 207 osobom. W jakiejś formie Ośrodek skupiał więc wokół siebie 421 cudzoziemców, z czego 417 w trakcie procedury uchodźczej. Z tej liczby 22 osoby, otrzymały decyzję w ostatnich 2 miesiącach (pobyt tolerowany, ochrona uzupełniająca lub status uchodźcy), ale jeszcze była objęta świadczeniami na terenie Ośrodka.

Zgodnie z informacją otrzymaną od administracji – Ośrodek może pomieścić 500 osób. Umowa z UDSC opiewa na 300 osób, resztę miejsc firma przeznaczona pod komercyjne usługi hotelarskie¹⁷³. Usługi te to głównie wynajem cudzoziemcom po procedurze

¹⁷³ Dane pochodzą z wywiadu z Panią Sylwią Prokopiuk, (Prezes spółki z o. o. APLAUZ), przeprowadzonego 05/2009

uchodźczej. Osoby te nie są objęte świadczeniami w ośrodku, ale często są uprawnione do pomocy integracyjnej. Nie otrzymaliśmy danych, ile jest obecnie takich osób.

VIII.3.3. Pracownicy ośrodka

Personel	Ilość osób na stanowisku	Dni i godziny pracy
Kierownik Ośrodka	1	Pon-piąt po 8 godzin
Opiekun Cudzoziemców	2	Pon –piąt po 8 godzin
Lekarz	2	22+26 h / mies (wt/czw)
Pielęgniarka	2	2x90 h /mies (codziennie)
Psycholog	1	5 h / tydz (czw 9-14)
Nauczyciel polskiego	1	4x/tyg po14-tej
Przedszkolanka	Wolontariusze + Czeczenki	
Pracownik biura	3	Brak danych
Obsługa kuchni	1+1	Brak danych
Pracownik ochrony	6	24godz/3 zmiany
Sprzątaczk/Konserwator	1 sprzątaczk + 2 konserwatorów i Czeczenii	Brak danych

Ad. Sprzątaczk/Konserwator

Poza zatrudnionymi osobami sprzątaniem zajmuje się jeszcze 10 kobiet i mężczyzn spośród Czeczenów. Dostają oni za tę pracę drobne wynagrodzenie z UDSC (wyplacane przez pracowników Ośrodka).

VIII.3.4. Opis ośrodka

Prowadzeniem ośrodka zajmuje się firma APLAUZ sp. z o. o.. Firma ta zarejestrowana jest pod tym samym adresem co dany Ośrodek, t.j. przy ul. Improwizacji 7 w Warszawie. Budynek w którym mieści się Ośrodek (i siedziba firmy APLAUZ) niegdyś pełnił rolę hotelu robotniczego Huty Warszawa. Od lutego 2005 wydzierżawiony jest przez w.w. firmę, która na zlecenie UDSC prowadzi tu Ośrodek dla Cudzoziemców. Umowy pomiędzy Sp z o. o. APLAUZ i UDSC są zawierane każdego roku. Co roku spółka staje do przetargu i co roku wygrywa. Obecnie Aplauz z o. o. prowadzi Ośrodek w ramach wygranego przetargu w 2008 roku otrzymując od UDSC dzienną stawkę za zakwaterowanie jednego cudzoziemca - 17,99 zł oraz dzienną stawkę tzw. kosztu przygotowania i wydania wyżywienia dla jednego cudzoziemca - 9,50 zł.¹⁷⁴ (Cena żywności, z której przygotowywane są posiłki dla cudzoziemców to 9,00 zł dziennie na osobę, które nie jest liczone w cenie przygotowania i wydania posiłku.) Spółka Aplauz z o. o. ma podpisane umowy zewnętrzne na czas nieokreślony na: usługi cateringowe, ochroniarskie, pralnicze i na wywóz śmieci.

Czteropiętrowy budynek, w którym mieści się Ośrodek jest obecnie bardzo zaniedbany i wymaga generalnego remontu: na klatkach schodowych wzmocnienia są prowizoryczne, pęknięcia w ścianach - ześrubowane i obite blachą, wszędzie czuć nieprzyjemny zapach, w wielu pokojach cudzoziemców uszkodzone są okna, meble są stare, zniszczone – ilość łóżek często mniejsza niż ilość mieszkańców. W pomieszczeniach są karaluchy, prusaki i pluskwy. Zadziwia fakt, że pomimo takiego stanu, ośrodek co roku wygrywa przetarg.

Budynek jest otoczony niewielkim pasem ogrodzonego terenu, na którym (z tyłu budynku) znajduje się plac zabaw dla dzieci. Podobnie jak w Ośrodku w Lininie i tu nigdzie nie zamieszczona jest informacja, że dzieci powinny bawić się pod opieką

¹⁷⁴http://zamowienia.mswia.gov.pl/portal/pzp/9/19230/Zakwaterowanie_i_wyzywienie_cudzoziemcow_ubiegajacych_sie_o_nadanie_statusu_ucho.html

dorosłych. Plac nie jest przystosowany do samodzielnych zabaw dzieci, gdyż znajdujące się tam wysokie elementy, mogą stanowić dla nich zagrożenie. Tym niemniej dzieci na placu przebywają same, co zaobserwowaliśmy podczas kilkudniowego pobytu w Ośrodku. Bardzo małe dzieci skakały na piasek z wysokości kilku metrów. Dzieci również bawiły się przed Ośrodkiem od strony ulicy, często wychodząc na jezdnię, co oczywiście grozi wypadkiem.

Przy jedynym otwartym wejściu do Ośrodka sporządzono prowizoryczny podjazd dla niepełnosprawnych. Nie gwarantuje on im jednak bezpieczeństwa, gdyż składa się z cienkich, zbyt stromo ustawionych desek. Wewnątrz budynku, przy wejściu znajduje się pomieszczenie ochrony, są też tablice informacyjne w jęz. rosyjskim zawiadamiające m.in. o tym, gdzie można szukać pomocy w różnych sytuacjach. Pracownicy recepcji znają język rosyjski w stopniu podstawowym. Winda, chociaż w budynku zainstalowana, zgodnie ze słowami jednej z mieszkanek z dzieckiem w wózku często nie działa, więc musimy znosić dziecko i wózek z czwartego piętra. W dniach naszego pobytu w ośrodku winda nie działała.

Średni czas pobytu osób w procedurze to, według opiekunów cudzoziemców 1 rok (najkrócej pół roku, ale bywa też że ta procedura trwa 2 – 3 lata).

VIII.3.5. Warunki bytowe

VIII.3.5.1. Warunki mieszkalne

Część pomieszczeń na parterze to pomieszczenia socjalne i administracyjne, a część - pomieszczenia mieszkalne dla cudzoziemców. Na każdym piętrze znajduje się około 20 ponumerowanych pokoi.

Na parterze mieszkają osoby niepełnosprawne, jest tam też: małe przedszkole prowadzone przez wolontariuszy z Centrum Inicjatyw Międzykulturowych; pokoje administracji i opiekunów cudzoziemców, niewielka świetlica dla młodzieży; szkoła jęz. polskiego (podobno tylko dla dzieci) używana również jako gabinet psychologa w dniach przyjęć; punkt medyczny oraz izolatka dla dwóch osób, którą stanowi pomieszczenie bez sanitariatu, przebywający tam chorzy muszą więc używać ogólnie dostępnych węzłów sanitarnych (nawet, jeśli cierpią na chorobę zakaźną). Na parterze jest też duża sala służąca jedynie do wydawania jedzenia: nie ustawiono w niej stołów i krzeseł, trudno ją więc nazwać jadalnią. Bywa, że sala ta wykorzystywana jest na okazje specjalne czy zebrania. Brak w ośrodku wspólnej sali TV, a także ogólnej świetlicy i biblioteki.

Na każdym piętrze znajduje się bardzo mała skąpo wyposażona kuchnia: 1-2 kuchenki gazowe, boiler, zlew, lodówki, kilka szafek, czajnik, patelnia – to – mniej więcej – wszystko. Ośrodek jest pełen insektów: w kuchniach widać karaluchy i prusaki lecz najbardziej mieszkańcom dokuczają pluskwy. Są zmuszeni spać przy zapalonym świetle, którego insekty unikają. Większość nosi ślady pogryzień: widzieliśmy je na małych, leżących w wózkach dzieciach.

W zlewie w kuchni i w znajdujących się w sanitariatach umywalkach często nie ma ciepłej wody. Sanitariaty są ogólnie dostępne, osobne dla kobiet i mężczyzn, jednak bez właściwego oznakowania. Ich stan techniczny pozostawia wiele do życzenia: w damskiej łazience na pierwszym piętrze znajdują się trzy urządzenia (jedno nie działa) służące za prysznice: są to na stałe zamocowane u sufitu rury, z których tylko jedna ma

sitko (kobiety narzekają, że bardzo niewygodnie myć pod takim „prysznicem” dzieci); ze ścian i z sufitu odłazi farba. Na każdym piętrze znajduje się jedna męska toaleta, a w niej 5 umywalk (na każdym piętrze jedna z nich rozbita), jeden brudny prysznic oraz 3 brudne węzły sanitarne. Na pierwszym piętrze za odpływ wody służy dziura w podłodze. Sanitariaty damskie (po 1-2 na piętro) pełnią dodatkowo funkcje pralni i suszarni.

Na każdym piętrze znajduje się ok. 20 pokoi mieszkalnych, o dwóch rozmiarach: małe – ok. 6 m² ; w nich jedno lub dwa łóżka przeznaczone na 1-2 osoby; duże – ok. 24m²; w nich ok. 4 łóżek przeznaczonych na 4-6 (7) osób. Pokoje te wizytowaliśmy. Ośrodek najprawdopodobniej dysponuje jeszcze paroma pokojami o niestandardowych rozmiarach.

Na wąskich korytarzach koło drzwi pomieszczeń mieszkalnych stoją buty - zgodnie z obyczajem Czeczeni zdejmują je przed wejściem do swych pokoi, brak szafek na obuwie sprawia, że nie wygląda to estetycznie. Na każdym korytarzu są jedna lub dwie lodówki do używania dla wszystkich mieszkańców. Na korytarzach i klatkach schodowych jest duszno i czuć nieprzyjemne zapachy. W miejscach tych często bawią się dzieci.

Mieszkańcy bardzo się żalili na złe warunki mieszkalne w ośrodku, a konkretnie na:

- Karaluchy i pluskwy (przeprowadzane dezynsekcje są nieskuteczne).
- Niskie temperatury: „nawet latem muszą włączać piecyk, bo im zimno”;
- Jakość pościeli – często jest dziurawa i bywa brudna;
- Jakość i ilość łóżek: często jest ich za mało, a część z nich jest uszkodzona, materace są podarte, z niektórych wystają sprężyny.
- Uszkodzone okna: wiele jest popękanych, część zaklejona dyktą.
- Stare meble: szafki są zużyte, złej jakości, niektóre np. nie mają półek, w pokojach często brakuje krzesel.

Zdaniem Prezesa Spółki z o.o. APLAUZ, Sylwii Prokopiuk:

- Budynek jest sprawny technicznie: nadzór budowlany wykonuje roczne przeglądy techniczne. Mieszkańcy bardzo niszczą wspólne pomieszczenia; klatki schodowe malowane są 2 – 3 razy w roku; łazienki odnawiane dwa razy w roku. Do dyspozycji mieszkańców są pralnia i suszarnia, kuchnia, lodówki w co 2-gim pokoju, świetlica dla dzieci prowadzona przez wolontariuszy z Centrum Inicjatyw Międzykulturowych, przedszkole prowadzone przez Czeczenki, szkoła języka polskiego – prowadzona przez zatrudnianą przez Urząd nauczycielkę oraz meczet, co do którego padła uwaga: *oni tam śpią*.
- Mieszkańcy same na zebraniach ustalają jadłospis, a poszczególne rodziny zamawiają produkty, które chcą otrzymać jako suchy prowiant w dni polskich świąt, gdy nie pracuje firma cateringowa;
- Ciepła woda jest stale /bojlery/, *chyba, że oni wychlapią, to muszą czekać aż się nagrzej* (w czasie naszego pobytu w Ośrodku wody ciepłej nie było);
- Rodzina odwiedzająca mieszkańców może, za zgodą administracji, nocować w ośrodku. Nocują w ten sposób najczęściej samotni mężczyźni (ich liczba nie jest znana);
- Współpraca z pracownikami Urzędu i Starszyzną Ośrodka układa się dobrze;

- Problemem jest brak opieki rodzicielskiej nad dziećmi, które hałasują i biegają narażając się na urazy i niebezpieczeństwa..(oni są bezkarni, a Urząd bezradny, nie może zabrać świadczeń).

VIII.3.5.2. Warunki żywieniowe

Jedzenie dostarcza do ośrodka firma cateringowa, posiłki wydawane są w – opisywanej wyżej - dużej sali nie będącej jadalnią. Mieszkańcy są zatem zmuszeni do zabierania posiłków do pokoi. Śniadania wydawane są w godz. 9.00 – 10.30, a prowiant na kolację wydawany jest razem z obiadem. Posiłki można odgrzewać w (opisywanych) kuchniach.

Obserwacje poczynione w czasie wydawania obiadu:

Obiad wydają dwie osoby. W tym dniu w menu jest: zupa pomidorowa, kotlet rybny, ziemniaki i surówka z czerwonej kapusty. Przychodzący zabierali ziemniaki i kotlety (w zależności od liczby osób w rodzinie), nikt jednak nie brał zupy i surówki. Zapytałam wydających posiłki czy mieszkańcy mogą potem zabrać pozostałą zupę. Usłyszałam, że - oczywiście. – tak, lecz z tego nie korzystają, a surówek na ogół nie lubią. W czasie rozmowy pojawiła się pracownica Ośrodka, która stwierdziła, „nieprawda bo wszystko biorą i wszystko jedzą”.

VIII.3.6 Dane z wywiadu z opiekunami cudzoziemców

Wywiad przeprowadzono z Januszem Cholewińskim w obecności kierownika ośrodka - Andrzeja Zagwojskiego oraz drugiego pracownika - Haliny Urban. Kierownik wyrywkowo brał udział w rozmowie, nie odrywając się od pracy z dokumentami. Halina Urban załatwiała sprawy bieżące z mieszkańcami ośrodka. Swobodnie po rosyjsku mówi tylko kierownik. Janusz Cholewiński w tym języku może się porozumieć, Halina Urban natomiast mówi po rosyjsku raczej słabo.

Pan Cholewiński stwierdził, że mieszkańcy bardzo dewastują pomieszczenia, szczególnie te wspólnego użytkowania. Umywalki na przykład muszą być wymieniane pięć razy w roku. Wyraził on opinię o rodzaju napływających do Polski uchodźców z Czeczenii: pierwsza ich fala to były ofiary. Teraz pojawiła się „turystyka uchodźcza”. Wśród cudzoziemców często są przestępcy lub osoby potrzebujące świadczeń medycznych przyjeżdżające zrobić operację, przyjeżdżają też młodzi ludzie, którzy nie uczestniczyli w wojnie.

Jeśli idzie o podstawy prawne zatrudnienia personelu, to tylko kierownik jest na etacie (tzw. etat normatywny), pozostałe dwie osoby są na umowach zlecenia + ZUS zawieranych na rok. Pracownicy są przeciążeni pracą papierkową, która zabiera im czas na pracę z uchodźcami. Norma europejska mówi „że powinien być jeden pracownik na 50 podopiecznych”. Tu dwóch pracowników obsługuje ok 400 osób objętych opieką UDSC.

Dzieci z ośrodka uczęszczają do 5 szkół podstawowych i 2 gimnazjów. Wyjątkami są: głuchoniema dziewczynka uczęszczająca do szkoły specjalnej dla głuchoniemych przy pl. Trzech Krzyży, jedno dziecko na wózku i kilkoro w szkołach integracyjnych.

Za podręczniki i wyprawki płaci Urząd. Na podstawie porozumienia Kuratorium z burmistrzem wszystkie dzieci mają zapewnione miejsca w szkołach i muszą do nich chodzić. Rodzice otrzymują ekwiwalent pieniężny na ich wyżywienie w wysokości 350 zł na jedno dziecko. W praktyce, według rozmówcy, często siedmioosobowa rodzina żywi

się np. czterema posiłkami, a resztę przyznanej kwoty wydaje na zakup EURO. Jeśli dziecko wykazuje powyżej 60 % nieobecności w szkole, rodzice otrzymują ostrzeżenie, a jeśli sytuacja się nie zmienia zostają pozbawieni ekwiwalentu na to dziecko. Wtedy posyłają dziecko do szkoły przez miesiąc, po czym sytuacja wraca do stanu poprzedniego.

Problemem jest niezgodność wieku dzieci z poziomem ich przygotowania szkolnego. Dzieci idą do klasy zgodnej z wiekiem, ewentualnie jeden rok niżej, choć bywają do tego w ogóle nieprzygotowane i nie znają języka polskiego. Dziewczynki – z reguły - uczą się lepiej.

Regulamin w tym Ośrodku jest taki, jak w innych, ale powrót do godz. 23.00 nie jest wymagany, bywa więc że mieszkańcy nocują poza Ośrodkiem. Trzy razy w tygodniu odbywają się obchody kontrolne personelu po budynku mieszkalnym. Bierze w nich udział opiekun cudzoziemców, ktoś z administracji ośrodka i pracownik ochrony. Kontrola dotyczy realizacji obowiązku szkolnego, stanu higieny w pokojach oraz obecności (sprawdza się, czy ktoś nie wyjechał).

W przypadkach przemocy w rodzinie, policję zawiadamiana się bardzo rzadko, gdyż poszkodowane kobiety najczęściej wycofują swoje skargi.

Ośrodek kontrolowany jest dwa razy w roku, czasem raz na kwartał przez Wydział Kontroli Wewnętrznej Urzędu do Spraw Cudzoziemców. Skargi kierowane przez cudzoziemców do Urzędu najczęściej dotyczą prawa do pracy, niemożliwości wyjazdu oraz otrzymania wizy.

Personelowi Ośrodka w pracy pomaga znajomość języka i doświadczenie życiowe, które pozwalają utrzymać dobry kontakt z reprezentacją środowiska i starszyzną. Lepsze płace pomogłyby przyciągnąć do pracy w ośrodkach lepszą kadrę, procedury stosowane w pracy z cudzoziemcami powinny być odbiurokratyzowane.

Opiekunowie cudzoziemców wymienili jako inne istotne sprawy:

- brak systemu wczesnego orzekania o grupach inwalidzkich w przypadku cudzoziemców w procedurze bardzo utrudnia im dostęp do pomocy (najpierw niepełnosprawni muszą otrzymać decyzję o ich statusie i zalegalizowany pobyt w Polsce),
- nierozwiązana jest kwestia małżeństw nieletnich: piętnastoletnie dziewczynki często są wydawane za mąż. Aktualnie nie ma w ośrodku takich związków.

VIII.3.7. Dane z wywiadu przeprowadzonego z pracownikiem ochrony

Ochronę w Ośrodku sprawuje firma „Basma Security” na podstawie umowy ze sp. Aplauz. Na jednej zmianie pracują dwie osoby w systemie 24/48 godzin. W dniu badania pracowały dwie osoby bez licencji, nie miały więc żadnego wyposażenia. Pracownicy ochrony nie mówią po rosyjsku, w razie potrzeby korzystają z pomocy mieszkańców.

Pracownicy ochrony prowadzą dokumentację w 3. książkach:

- Dziennik kontroli ruchu osobowego (kontrola wyjść, dostawy, goście).
- Książka dyżurów – rejestracja nowo przybyłych mieszkańców.
- Książka służby – wpisy dotyczą:
 - wezwań karetki pogotowia /do kogo, o której godzinie, jaki zespół, nr karetki/

- wezwań policji,
- obchodów zewnętrznych i wewnętrznych,
- zdarzeń takich jak wybite szyby czy wyłamanie zamka.

Ponadto ochrona sporządza codzienne raporty o zdarzeniach w czasie służby (w 3. egzemplarzach: dla swojej firmy, dla Prezesa Spółki „Aplauz” i dla pracowników UDSC).

O wezwaniu /lub nie/ karetki pogotowia gdy nie ma lekarza lub pielęgniarki decyduje pracownik ochrony, uzasadniają to znajomością języka i tym że to oni muszą wpuścić karetkę na teren ośrodka.

W czasie luźnej rozmowy w dyżurce ochrony okazało się, że niektórzy mieszkańcy mogą przyjmować gości w pokojach, a inni nie. Decyduje o tym pracownik socjalny, który może wydać mieszkańcowi zakaz: „*žadnych wizyt*”, i ochrona musi tego przestrzegać.

VIII.3.8. OPIEKA MEDYCZNA

VIII.3.8.1. Dane z wywiadu z pielęgniarką

Pielęgniarka, z którą przeprowadzono rozmowę pracuje w Ośrodku (od 2005 r.) codziennie od 8 - 15.30. Mówi po rosyjsku słabo, wtrąca dużo polskich słów, do mieszkańców zwraca się „per ty”, nie wydaje się być do nich życzliwie nastawiona. W czasie naszej rozmowy dwukrotnie otwiera drzwi (reagując na pukanie), ale raczej zbywa ewentualnych pacjentów. Mówi, że najczęstsze problemy u przybyłych to nerwice i przeziębienia. Według pielęgniarki chorych z gruźlicą tu nie ma, trafiają się pojedyncze przypadki kiły. Pacjenci z HIV są pod opieką odpowiedniej poradni. Zdarzają się przypadki anemii, ale nie ciężkie. 10 osób korzysta z pomocy psychiatry. Apteka szybko realizuje recepty, ale na specjalistyczne leki trzeba czekać ok. tygodnia. Pielęgniarka twierdzi, że *oni bardzo lubią lekarstwa, to takie przyzwyczajenie z Rosji, bo tam wszystko mogli kupić bez recepty*. Najczęściej daje chorym paracetamol. Ośrodek obsługują szpital przy ul. Niekłańskiej i w Dziekanowie w sprawach dotyczących dzieci oraz CSK MSWiA na ul. Wołoskiej i szpital na ul. Kasprzaka. Na pytanie o przypadki przemocy odpowiada, że zgłoszeń do prokuratury nie było, gdyż kobiety tego nie chcą. *Widziałam czasem jakaś miała siniaczka, ale nic nie mówiła*. Pielęgniarka uważa, że Czeczeni mają postawę roszczeniową, i że za dużo dostają pieniędzy. Jej zdaniem mają dobrą opiekę medyczną i socjalną, i że niczego nie brakuje.

Pacjenci pod gabinetem lekarza żalili się, że pielęgniarki często nie ma, a gdy jest to wcześniej wychodzi, i że nie chce im dawać leków.

VIII.3.8.2. Informacje uzyskane podczas rozmowy z lekarzem

Lekarzem, z którym rozmawialiśmy w ośrodku jest 33 - letni mężczyzna, pediatra, Piotr Hartmann. Pracuje zgodnie z umową zleceniem raz w tygodniu (we czwartki), 20h/ m-c. Czasami jednak pracuje więcej, zależy to od potrzeb pacjentów. Bywa, że zostaje w Ośrodku do 24.00, ale i to jest za mało. W zeszłym roku przyjmował 2 razy w tygodniu. Ma pod opieką bardzo dużo pacjentów, a czas na ich przyjęcie za krótki: pięć minut na pacjenta, gdy jest duża kolejka. Według doktora pierwsza wizyta powinna trwać minimum 30-40min, a powinni przez nią przejść wszyscy nowo przybyli, ale nie starcza

na to czasu. Poza Ośrodkiem dr Hartmann pracuje jeszcze w szpitalu bielańskim, gdzie ma dyżury.

W Ośrodku pracuje obecnie 3. lekarzy: pediatra, internista oraz od niedawna psychiatra/internista (wszyscy zatrudnieni lekarze to mężczyźni), są też 2 pielęgniarki (przydałaby się trzecia, bo zatrudnione 2 pracują do 15.30, a lekarz przychodzi o 15.00, mają więc tylko pół godziny na przekazanie mu spraw). Pacjenci mogą wybrać lub zmienić lekarza w Ośrodku (jednego z trzech). Lekarze mówią po rosyjsku na poziomie podstawowym. Specyficzne problemy opieki medycznej nad uchodźcami polegają - według doktora - na tym, że często cudzoziemcy mają własny pomysł na leczenie oraz przekonanie, że w Polsce wszyscy powiedzą im, że są zdrowi. Lekarz nie ma czasu na to, by z własnej inicjatywy przychodzić do pacjentów. Warunki pracy w gabinecie ocenia na dobre, w wyposażeniu przydałaby się aparatura, np. EKG. Istnieje problem zaopatrzenia w podstawowe leki - są czasem skreślane z zamówienia (kilku leków brak), nie ma pasków do glukometrów, jest nebulizator, lecz nie ma np. pulmicortu do niego (podobne problemy zgłoszono w Lublinie). Leki specjalistyczne lekarze kupują sami - ośrodek zwraca pieniądze - cudzoziemcy nie mają na to ryczałtu. Za okulary, laski, inne pomoce medyczne Ośrodek w Dębaku zwraca pieniądze, ale muszą być to rzeczy najtańsze. Lekarz raczej nie uczestniczy w rozwiązywaniu problemów socjalnych pacjentów. Robi to tylko pracownik socjalny.

Nie istnieje określona procedura kontaktu lekarza z nowo przybyłym mieszkańcem (dorosłym lub dzieckiem), choć - zdaniem doktora - zdecydowanie powinna być, lecz do tego potrzebny jest dodatkowy dzień pracy. Chorzy sami się zgłaszają do lekarza, gdy potrzebują pomocy, lekarz nie wzywa chorych na badania profilaktyczne. Na pytanie, jakie dane na temat zdrowia lekarz otrzymuje z Ośrodka w Dębaku i jaki jest obieg tej dokumentacji, lekarz wyjaśnił, że dokumentacja przychodzi czasem po pół roku, a zdarzało się, że zginęła (był pacjent, o którym nikt nie wiedział, że jest nosicielem HIV dopóki dokumentacja się nie znalazła). [Komentarz lekarzy z naszej grupy: DLACZEGO CUDZOZIEMCY NIE DOSTAJĄ DO RĄK WŁASNEJ KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ? Jest to przecież zgodne z prawem każdego pacjenta wg Ustawy o ochronie zdrowia.]

Cudzoziemcy nie mają dostępu do lekarza pierwszego kontaktu w niedziele i święta. Pacjenci nie są badani w obecności pielęgniarki, ponieważ lekarz i pielęgniarka nie pracują w tym samym czasie. Cudzoziemcy twierdzą, że z reguły zalecenia lekarzy specjalistów, do których są kierowani poza ośrodkiem nie są im tłumaczone, najczęściej słyszą dowiesz się w Ośrodku. Gorzej, gdy nie otrzymują żadnych zapisów i dokumentacji do tłumaczenia (brak zwrotnej informacji od specjalistów nawet w języku polskim). Dziennie do doktora Piotra Hartmanna zgłasza się 30-40 (czasem do 80) pacjentów. Przyjmuje wszystkich po kolei. Osobom dorosłym nie przysługują darmowe szczepienia ochronne np. przeciw grypie, nawet w uzasadnionych przypadkach (płatne są tak, jak dla Polaków). W ważnych sytuacjach sprawdza się poziom przeciwciał (np. różyczki u młodych kobiet, toksoplazmozy u kobiet w ciąży). Lekarz ma pod opieką 40 osób chorujących przewlekłe /cukrzyca, choroby nowotworowe, HIV, gruźlica/. Prowadzi dokładną statystykę. Pacjenci najczęściej zgłaszają się z infekcjami i zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi. Na pytanie czy diagnozuje on PTSD lub pacjentów po przebytych torturach i jaką ma dla nich ofertę, lekarz odpowiedział, że ma pod opieką kilka takich osób, aczkolwiek wydaje mu się że jest ich w Ośrodku więcej, ale się do swych przeżyć nie przyznają, (boją się mówić bo gdzieś to dojdzie), Poza tym mężczyźni nie pójdą do kobiety psychologa, a innej możliwości tu nie ma (istniejąca procedura to wizyta u psychologa a dopiero potem u psychiatry) Na pytanie, co się robi

w przypadkach stwierdzenia przemocy fizycznej lub seksualnej, lekarz odpowiada, że pracownik socjalny wzywa policję, ale cudzoziemcy odmawiają zeznań.

W Ośrodku znajdują się podopieczni wymagający zaopatrzenia ortopedycznego. Sprzętu rehabilitacyjnego nie ma, mogą napisać podanie do UDSC. Jeśli chodzi o orzecznictwo o niepełnosprawności i procedurę kierowania do odpowiednich instancji, lekarz wypisuje zaświadczenia do komisji ds. orzekania o niepełnosprawności, chociaż w świetle prawa nic im się nie należy. Cudzoziemcy jednak często trafiają z takimi skierowaniami do różnych fundacji i czasem coś im się uda załatwić. Wydaje się, że lekarz na Bielanych wykazuje tu więcej zrozumienia dla swych pacjentów, niż w innych placówkach, gdzie takie zaświadczenia nie są wystawiane.

Dostępność opieki stomatologicznej dla dorosłych i dzieci jest problemem, gdyż potrzebne są skierowania, a w ich wydawaniu istnieje limit: 20 osób na miesiąc. Więcej środków na tę terapię nie udało się uzyskać.

W przypadkach planowanej hospitalizacji istnieje niepisane porozumienie, że lekarz Ośrodka wcześniej informuje cudzoziemców o konieczności zgody na leczenie i wypełnia z nimi stosowne dokumenty jeszcze w Ośrodku (bardzo potrzebne są tłumaczenia w szpitalach).

Podstawowa opieka medyczna dotycząca dzieci

Nie robi się dokładnych bilansów zdrowia (na to potrzeba by więcej czasu). Niektórzy pacjenci zgłaszają się często nawet z błahymi sprawami. Opiekę nad noworodkami i niemowlętami – sprawdzanie warunków bytowych, żywienia, szczepień itp. przejmuje pielęgniarka z Ośrodka, ale **dzieci te NIE SĄ odwiedzane przez położne. Szczepienia profilaktyczne dla dzieci często nie dochodzą do skutku z powodu nieporozumień dotyczących badań, a także odległości od punktów szczepień i ograniczonego czasu ich działania.**

Jeśli dzieci nie mają dokumentacji szczepień ochronnych wykonanych przed przybyciem do Polski bywa nawet badany poziom przeciwciał np. HbS. Często jest to kontynuacja poprzednich szczepień.

W ośrodku często nie pilnuje się dzieci i pozostawia je bez opieki, co jest przyczyną bardzo wielu urazów, oparzeń.

Specjalistyczna pomoc

Do każdego specjalisty wymagane jest skierowanie, nawet do ginekologa, onkologa i psychiatry. Dorośli kierowani są do CSK MSWiA na ul. Wołoską (choć bliżej byłoby do szpitala na Bielany). W szpitalu na Wołowskiej czekają w kolejce. Mają dodatkowy kłopot z dziećmi: mimo skierowania do specjalisty, konieczna jest jeszcze pisemna zgoda na leczenie od CSK MSWiA (np. do poradni na Siennej) – dodatkowe formalności wydłużają czas oczekiwania.

Nie obowiązuje tu limit skierowań, ale za to obowiązuje kolejka. Specjaliści rzadko przekazują kierującemu lekarzowi pisemną informację zwrotną. Czasem pacjent otrzymuje tylko małą karteczkę, z której nawet nie ma co tłumaczyć.

Zdarzało się, że pacjenci nie byli przyjęci przez specjalistę, bo zabrakło tłumacza. Wydaje się koniecznym zatrudnienie w CSK MSWiA na 24h/dobę tłumacza z języka rosyjskiego.

Opieka szpitalna

W szpitalach gdzie hospitalizowani są cudzoziemcy nie ma dostępnych formularzy w języku rosyjskim. Jeśli przyjęcia do szpitala są uzgadniane wcześniej wtedy nie ma problemów z przyjęciem pacjenta i wypełnieniem dokumentacji. Proces diagnostyczny i proces leczenia nie jest chorym tłumaczone. Nie jest też tłumaczona epikryza.

Pogotowie Ratunkowe (PR)

W nocy są kłopoty z wezwaniem pogotowia, gdyż:

- czasem odmawia ono przyjazdu (zdarzało się, że CSK MSWiA nie chce zapłacić, bo szpital na Wołowskiej ma własne pogotowie);
- cudzoziemcy często wzywają PR bezzasadnie;
- nocą pogotowie wzywa ochrona na żądanie cudzoziemców. W przypadkach nagłych, gdy przyjeżdża pogotowie nie ma możliwości tłumaczenia w obie strony.

Kiedy lekarz wzywa pogotowie ratunkowe nie ma problemu.

Transport medyczny i dojazd do lekarza

Mieszkańcy Ośrodka mają problemy z dojazdem do specjalistów. Często nie trafiają do nich (np. na ul. Wołowską). W Ośrodku powinna się znajdować informacja z planem dojazdu do CSK MSWiA różnymi środkami transportu. Osoby szczególnie tego potrzebujące (np. kobiety w wysokiej ciąży muszące skorzystać z opieki specjalistycznej dla siebie lub dzieci) nie mają zapewnionego dojazdu do lekarza, nie jest też wystarczająco dobrze uregulowana sprawa zwrotu kosztów za transport w takich wypadkach. W nagłych przypadkach bez problemu działa SOR (Szpitalny Oddział Ratunkowy) miejsce wezwania jest wtedy bez znaczenia – w tym aspekcie sytuacja poprawiła się – wcześniej były problemy w płaceniu za te usługi.

Przykład godny naśladowania w innych ośrodkach:

Lekarz w Ośrodku pisze cudzoziemcowi kończącemu tu pobyt epikryzę i załącza kserokopie kart informacyjnych i wykonanych badań. (Problemem jest to, że kserokopiarka jest trudno dostępna po południu, ponieważ jest w biurze, które jest zamykane w godzinach gdy jeszcze pracuje lekarz)

Lekarz w Ośrodku zakłada książeczki ciąży i wysyła kobiety do ginekologa z kompletem dokumentów.

Sugestie ogólne co należałoby zmienić

Należy

- położyć nacisk na wzmocnienie profilaktyki, na badania okresowe, bilanse zdrowotne, organizację szczepień w ośrodku. Brak czasu na takie działania, a pozwoliłyby one zapobiec wielu problemom;
- zdecentralizować pomoc medyczną, by pacjenci nie musieli jeździć przez całą Warszawę Az na ul. Wołoską co CSK MSWiA;
- już w Dębaku dokonać tłumaczeń dokumentacji medycznej przywiezionej z Rosji oraz tłumaczeń zaleceń postępowania po odbytych leczeniach (konsultacja, szpital), ponieważ pacjenci często nie są w tym zorientowani.
- stworzyć informator, by cudzoziemcy wiedzieli, że:

- konieczne jest przywiezienie ważnej dokumentacji medycznej (nie zabierają jej ze sobą z obawy, że chore dziecko nie zostanie przepuszczone przez granicę);
- natychmiast po przyjeździe mają się zgłosić do lekarza,
 - wykonać i rozpoznać tłumaczenia formularzy zawierających zgodę na zabiegi, zalecenia do zabiegów, wywiad epidemiologiczny
 - zrobić wśród cudzoziemców kampanię informacyjną dotyczącą szczepień i leków - zamienników.
 - zatrudnić w Ośrodku kobietę - ginekologa, przyjmującą co najmniej przez jeden dzień w miesiącu.

Uwaga: Cudzoziemcy przyzwyczajają się nadmiernie do opieki w Ośrodku i nie chcą się usamodzielniać, szczególnie, gdy ich pobyt nadmiernie się przedłuża.

VIII.3.8.3. Opieka psychologiczna

(04.06.09)

Dostępna jest w Ośrodku przez 5 godzin tygodniowo, około 20 godzin miesięcznie. Psychologiem jest Aleksandra Kamińska, wiek 29 lat, pracuje z cudzoziemcami cztery lata, cały ten czas zatrudniona jest na umowy zlecenia +ZUS. Ma pod opieką osoby w ośrodkach na Bielanach, w Lininie, Mosznej i Dębaku. Podlega zespołowi koordynującemu w CSK MSWiA przy ul. Wołoskiej. Przyjmuje chętnych bez zapisów. Reaguje niezwłocznie na sugestie pracowników socjalnych lub wolontariuszy co do spotkań ze wskazanymi przez nich osobami.

Zajmuje się głównie poradnictwem i interwencjami, nie stosuje żadnych standartowych technik diagnostycznych, bo nimi nie dysponuje, nie widzi zresztą takiej potrzeby, woli wywiad z pacjentem.

Kwalifikacje zawodowe:

- język, rosyjski - swobodnie
- praca z zespołem stresu pourazowego
- specjalizacja: terapia poznawczo behawioralna i terapia motywacyjna

CSK MSWiA nie prowadzi szkoleń ani spotkań dla psychologów pracujących z uchodźcami. Ona sama próbowała raz w miesiącu organizować takie spotkania, przy pomocy skype`a i poczty internetowej, ale nikt nie podjął tej inicjatywy. We wszystkich ośrodkach w Polsce pracuje tylko pięciu psychologów, niestety nie mają oni ze sobą żadnego kontaktu.

Nasza rozmówczyni nie potrafiła podać żadnej liczby pacjentów, których ma pod opieką. *Różnie, to zależy od dnia...* Małe dzieci, z którymi trudno się porozumieć odsyła do psychiatry lub psychologa dziecięcego do szpitali przy ul. Kasprzaka lub przy ul. Niekłańskiej.

Pracuje z indywidualnym pacjentem, czasem matka + dziecko. Osoby, które były torturowane, gwałcone, były świadkami dramatycznych wydarzeń, dzieci krzywdzone i zaniedbane kieruje się do psychiatry, zwykle czyni to lekarz na wniosek psychologa.

W przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa /np. pobicia/ psycholog pisze notatkę do CSK MSWiA i do UDSC, ale nie ma wpływu na to czy te instytucje skierują sprawę do prokuratury. Dowiaduje się o tym pośrednio, gdy jest wzywana do sądu jako

świadek. Nie podaje nam w rozmowie żadnych liczb ani przykładów. W tym roku nie sporządziła żadnej tego rodzaju notatki.

Psycholog nie prowadzi diagnostyki dzieci i dorosłych, stosuje jedynie wywiad. Nie prowadzi też zajęć psychoedukacyjnych (np. radzenie sobie ze stresem, planowanie rozwoju). Dokumentację pacjenta prowadzi w laptopie, który nosi ze sobą. Psycholog sporządza miesięczne sprawozdania do CSK MSWiA, ale są to tylko sprawozdania ilościowe, nie merytoryczne. Pacjenci nie wiedzą o tym, że mogą interesować się dotyczącą ich dokumentacją, nikt więc nie prosił o wgląd do niej. Psycholog nie współpracuje z innymi instytucjami (np. pedagogami szkolnymi, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, poradniami AA, poradniami zdrowia psychicznego), a jedynie z CIM /Centrum Inicjatyw Międzykulturowych/, które prowadzi w Ośrodku świetlicę i szkołę.

Warunki pracy psychologa w Ośrodku są nieodpowiednie: nie ma tu swojego gabinetu, przyjmuje w „szkole”. Współpraca z innymi pracownikami Ośrodka jest dobra. Wysokości wynagrodzenia rozmówczyni nie podaje, twierdzi, że pracuje tu, bo lubi.

Zapytana o sugestie postuluje, by każdy nowo przybyły obowiązkowo rozmawiał z psychologiem, analogicznie jak przechodzi filtr medyczny. To pozwoliłoby zidentyfikować jego potrzeby. Widzi też potrzebę superwizji dla psychologów raz w miesiącu w miesiącu.

VIII.3.9. Informacje z wywiadów z mieszkańcami

Kobieta - w Polsce jest od 4 lat, matka trojga dzieci.

Warunki pobytu ocenia, jako bardzo złe. Wcześniej przebywała w ośrodku w Radomiu, gdzie warunki i opieka lekarska były jej zdaniem lepsze. Główne pretensje dotyczą panującego tu brudu, zwłaszcza w łazienkach. Pryszniczki są bez siatek, są insekty. W swoim pokoju myje podłogę 2-3 razy dziennie, bo jest dużo kurzu. W kuchenkach często nie działają palniki. Są problemy z praniem i suszeniem: do dyspozycji na piętrze są tylko dwie pralki Franie, brak suszarni. Zajmuje pokój ok. 15 m, przedzielony na część dzienną i sypialnię. Wyżywienie jest niedostosowane do ich przyzwyczajień i religii. Nie biorą zup, gdyż podejrzewają, że są na wieprzowinie. Często są parówki, których również – z tych samych powodów - nie jedzą. Pokazuje jogurty i zadaje retoryczne pytanie „i jak ja tym mam wyżywić męża”? Pytana o opiekę medyczną mówi: - *Pielęgniarka jest codziennie – mało życzliwa, niechętnie daje lekarstwa i na wszystko paracetamol.* Lekarz dla dorosłych jest dwa razy w tygodniu po kilka godzin, ale *w ogóle nie pomaga i nikt nie chce do niego chodzić.* Dobry jest lekarz dla dzieci, *pomaga i tłumaczy.* Była z 3-letnim dzieckiem w Dziekanowie Leśnym. Nie ma zastrzeżeń do opieki w szpitalu. Do ginekologa chodzi na ul. Wołoską. Rozmówczyni twierdzi, że istnieje problem z nauką języka polskiego- brak jest zajęć dla dzieci, które nie chodzą do szkoły.

Matka czworga małych dzieci (najmłodsze ma 4 miesiące, najstarsze 4 lata).

Jej mąż jest z Dagestanu, ona z Czeczenii, nie otrzymali prawa pobytu. Cztery miesiące temu złożyli odwołanie, nie otrzymali odpowiedzi. Do Czeczenii wracać nie chce, bardzo się boi o dzieci. Warunki pobytu ocenia jako bardzo trudne, narzeka na brud. Dzieci - poza tym najmłodszym – z braku miejsca muszą spać razem. Są problemy z praniem i gotowaniem. Nie ma gdzie suszyć upranych rzeczy. Łazienki i toalety są brudne. Dzieci nie mają gdzie się bawić, większość czasu spędzają na korytarzu. *Wyżywienie nie jest*

dostosowane dla nas. My jemy ciepłe posiłki i nie jemy wieprzowiny, jemy kurę i wołowinę. Jak są kotlety mielone to nie bierzemy, zup też nie. Muszę sama gotować, a pieniędzy na to jest za mało. Mąż wcześniej pracował, teraz nie ma pracy, szuka, ale jest trudno. Z opieki medycznej i psychologicznej teraz nie korzysta, choć wcześniej była u psychologa, ale teraz, gdy nie ma ważnych dokumentów pobytu, psycholog nie chciał jej przyjąć. Ma problemy ze snem, ciągle jest zdenerwowana i napięta, żadnych leków nie bierze.

Matka 3 dzieci - najstarszy syn w II klasie, pozostałe urodziły się w Polsce.

Czekają na decyzję (odwoływali się), w Polsce są od 3 lat. Chcieli być w ośrodku w Warszawie, ale nie spodziewali się, że będzie to tak trudne. Od rodziny i znajomych słyszeli, że w innych ośrodkach jest lepiej. Pokój mały, okna nie domykają się. Wszystko jest stare i zniszczone, poduszki są przepocone i śmierdzące, nie ma ich jak wywietrzyć. Pokoje od dawna nie był malowane, łazienki są brudne i zniszczone. Ze stołówki nie korzysta, zupy nie bierze, tak jak pozostali. Najgorsze są obiady, dzieci nie chcą tego jeść. Od czasu do czasu stara się coś ugotować, ale w kuchni zawsze jest tłok, a kuchenki często nie mają sprawnych wszystkich palników. Lekarz dla dorosłych jest rzadko i trudno się z nim porozumieć. Ona ma problemy z kręgosłupem, ale lekarz nie umie nic poradzić, nigdzie jej też nie skierował. Ostatni poród miała przez cesarskie cięcie, ale nikt w szpitalu nie powiedział jej, dlaczego. Dziecko dostało książeczkę zdrowia i w szpitalu, i w ośrodku, ale nikt nie przeczytał jej, co tam jest napisane. Dziecko, które nie urodziło się w Polsce nie ma książeczki zdrowia. Syn jest w drugiej klasie, w Czeczenii byłby wyżej, matka nie wie, czy będzie miał promocję do trzeciej klasy. W szkole uczą polskiego, ale chyba za mało, żeby syn sobie lepiej radził.

Przypadkowo spotkany chłopiec - chodzi do III klasy, trochę mówi po polsku (za słabo żeby sobie radzić w szkole). Mówi, że w szkole jest fajnie, lubi do niej chodzić, wymienia po imieniu czterech kolegów - Polaków. Na pytanie, jakie ma przedmioty i czego się uczy, nie umie odpowiedzieć, nie mówi po rosyjsku.

Przypadkowo spotkana dziewczynka jest z IVej klasy. W Polsce ponad rok. Nieźle mówi po polsku. Powiedziała, że dostali „pobyt”, jest z ojcem, mama wyjechała. Nie była w szkole (w dniu rozmowy), bo źle się czuła. Nie pojechała na wycieczkę, bo kazali przynieść 25 zł. Chciałby mieć bezpłatne obiady w szkole, bo jest często głodna (szkoła nr 209).

Niepełnosprawny mężczyzna z Czeczenii, 33 lata, został niedawno deportowany do Polski, ponieważ przejechał przez jej terytorium jadąc do żony i dzieci, którzy wcześniej wyemigrowali do Szwecji. W Polsce jest zupełnie sam. Nie ma nogi (proteza została w Szwecji), cierpi na urazy związane z wojną. Wielką traumą była dla niego niedawna rozłąka z najbliższą rodziną oraz pobyt w szwedzkim areszcie. W areszcie spędził 2 tygodnie, pociął sobie obie ręce, prowadził strajk głodowy, ale nic to nie dało - z aresztu był deportowany do Polski. Jest bardzo pobudzony, nie może spać, bardzo często ma bóle głowy, gonitwę myśli, do tej pory nie był ani u psychologa, ani u psychiatry, nie rozumie swojej sytuacji, martwi się o swoją żonę i dzieci, bardzo cierpi. Gdy prosiliśmy o skopiowanie jego dokumentów w biurze, by sprawdzić jak możemy mu pomóc, usłyszeliśmy komentarz pracowników: *na pewno coś przeszkrobał, tak po porostu Szwedzi nie deportują.*

VIII.4. OŚRODEK W MOSZNEJ (BRWINÓW) DLA CUDZOZIEMCÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O STATUS UCHODźCY

CZERWIEC 2009, ZESPÓŁ: ELŻBIETA CZYŻ, ANASTAZJA KANDYBENKO, MARIA KSIĄŻAK,
MARIA NOWICKA, JOLANTA PARUSZKIEWICZ,

VIII.4.1. Lokalizacja:

Ośrodek położony jest na uboczu w jednym ogrodzonym budynku odległym o kilkaset metrów od przystanku autobusowego, skąd można dojechać do Pruszkowa i kolejką WKD do Warszawy. Mieszkańcy ośrodka nie kupują biletów w kolejce WKD – pokazują tylko przepustkę.

VIII.4.2. Mieszkańcy

W ośrodku w czasie przeprowadzania monitoringu było zarejestrowanych:

251 osób objętych świadczeniami socjalnymi i pomocą medyczną, z tego:

215 osób ubiegających się o status uchodźcy mieszkających w ośrodku, w tym:

52 kobiety (**24%**)

38 mężczyzn (**18%**)

127 dzieci (**59%**), w następujących grupach wiekowych:

17 do 1 roku życia (**13 %** dzieci)

21 w wieku **2 – 3** lat, (**17%**)

25 w wieku **4 – 6** lat, (**20 %**)

36 w wieku **7 – 12** lat (**28%**)

26 w wieku **13 – 17** lat. (**20%**)

(**14** dziewcząt i **12** chłopców)

} **52** dzieci, (**41%** populacji dzieci) jest objętych obowiązkiem szkolnym w jednej szkole podstawowej i gimnazjum w Brwinowie

36 osób, przebywało na świadczeniach prywatnych poza ośrodkiem zgodnie z art. 72 Ustawy mając prawo korzystać z pomocy medycznej i psychologicznej na terenie ośrodka.

3 osoby **dotatkowo przebywały w ośrodku bez świadczeń socjalnych**, a więc bez prawa korzystania z pomocy medycznej na terenie ośrodka.

37 z otrzymujących świadczenia osób otrzymało status w ostatnich dwóch miesiącach, więc powinny niedługo opuścić ośrodek i nie otrzymywać tu więcej świadczeń.

Realna liczba cudzoziemców mieszkających w samym ośrodku w czasie naszego tam pobytu to **218** osób, z czego **3** bez świadczeń. Poza ośrodkiem natomiast ośrodek zabezpiecza świadczeniami dotatkowo **36** osób. W jakiejś formie ośrodek skupia, więc wokół siebie **254** cudzoziemców, z czego **251** będących w procedurze uchodźczej.

VIII.4.3. Pracownicy ośrodka

W zestawie personalnym ośrodka obecnie bardzo brakuje przedszkolanki. Dzieci powinny korzystać z opieki pediatry w ośrodku rejonowym w Pruszkowie, lecz jest to problematyczne, ponieważ brak jest chętnych na to stanowisko.

Poniżej zamieszczamy wykaz pracowników zatrudnionych w ośrodku:

Personel	Ilość osób na stanowisku	Dni i godziny pracy
Opiekun Cudzoziemców	2	Pon. –piątek po 8 godzin
Lekarz	1	2 x 4 h/ tygodniowo
Pielęgniarka	2	70 h /miesięcznie
Psycholog	1	1 x tygodniu 8 godzin
Nauczyciel polskiego	2	Brak danych
Przedszkolanka	0	-
Pracownik biura	0	-
Obsługa kuchni	1	Brak danych
Pracownik ochrony	4	24godz. Na 3 zmiany
Sprzątaczką/ Konserwator	3 sprzątaczkę +2 konserwatorów	Brak danych

VIII.4.4. Opis ośrodka

Pojemność ośrodka to 220 miejsc, aktualnie przebywa tu 215 osób /jeden pokój jest w remoncie/. Obok ośrodka jest plac zabaw. W budynku zamontowano nowe plastikowe okna i wymieniono instalację wodno kanalizacyjną. Wnętrze jest odnawiane (malowane) co roku. Każdy zwolniony pokój jest przez administratora przygotowywany (remontowany) dla następnych mieszkańców.

Właścicielem budynku i administratorem jest p. Zbigniew Nakonieczny. Jego pracownik codziennie robi obchód ośrodka: drobne reperacje i usterki usuwane są na bieżąco. W budynku były lekko uszkodzone jedynie dwie szyby.

Ośrodkiem kieruje od dwóch lat p. Bożena Myszak (wykształcenie średnie ekonomiczne). Poprzednio przez osiem lat pracowała jako sekretarka w Biurze Dyrekcji Organizacji Ośrodków w Dębaku (u dyr. Curyło). Twierdzi, że zna języki: rosyjski i niemiecki (słabo), jednak w naszej obecności porozumiewała się z mieszkańcami tylko po polsku, nawet jeśli rozmówca jej nie rozumiał.

Pani Bożena Myszak jest mocno zaangażowana w życie ośrodka, współuczestniczy w rozwiązywaniu problemów mieszkańców, zna kłopoty poszczególnych rodzin. Prowadzi rozmowy w przypadku konfliktów w rodzinie, organizuje wycieczki dla dzieci – (np. do ZOO), podejmuje się trudnych rozmów w sprawach intymnych mieszkańców, pomaga w uzyskaniu pracy czy mieszkania. Pracę swoją lubi, jest z niej zadowolona. Trudności nastrożają jej sprawy administracyjne mieszkańców (długie oczekiwanie na wydanie kart pobytu, skrócenie do dwóch miesięcy czasu pobytu w ośrodku po wydaniu decyzji - w tak krótkim terminie trudno dla nich znaleźć mieszkanie i pracę), a także brak opieki psychologicznej dla pracowników. Ośrodek według p. Bożeny Myszak ma dobrą markę, wśród licznych chętnych do zamieszkania tu może wybierać takich, jakich chce widzieć w ośrodku: nie przyjmuje np. samotnych mężczyzn, jako że z nimi bywają kłopoty. Licząc się też ze zdaniem „starszyszy” nie może przyjąć – też uchodźców z Gruzji.

Współpraca ze szkołą, układa się b. dobrze. Dziecko przyjęte do ośrodka przez pół roku uczy się tylko jęz. polskiego w odpowiedniej grupie wiekowej, potem przechodzi do normalnego programu nauczania. Opiekun Cudzoziemców na bieżąco kontroluje

obecność dzieci w szkole. Zebrania rodziców odbywają się w ośrodku. Uczestniczy w nich również psycholog szkolny i ośrodkowy. Na skutek konieczności oszczędzania w 2009 r. nauki języka polskiego nie prowadzi się w lecie. W piwnicy ośrodka znajduje się pomieszczenie do odrabiania lekcji. Dzieciom codziennie pomaga jedna z dwóch nauczycielek przychodzących do ośrodka.

Kontrolę nad ośrodkiem sprawuje UDSC. Wizyty kontrolne odbywają się z nienacka. Kierownictwo ośrodka nie otrzymuje, niestety protokołów pokontrolnych. Mieszkańcy mogą składać skargi na pracę ośrodka do dyrekcji w Dębaku, jednak z tej możliwości nie korzystają.

VIII.4.5. Warunki bytowe

VIII.4.5.1. Warunki mieszkaniowe

Ciepła woda dostępna jest tylko w godzinach 19.00 – 7.00. Pościel i ręczniki wymieniane są raz na dwa tygodnie. Rodziny mieszkają razem, czasem nawet w dwóch pokojach, tym niemniej nie każda osoba dysponuje własnym łóżkiem. Np. jedna rodzina 8 - osobowa mieszka w jednym pokoju i śpi na jednej wersalce i dwóch zsuniętych z sobą tapczanach. Na tapczanach śpią cztery dziewczynki w wieku 11 – 17 lat i 7 - letni chłopak. Inna rodzina wieloosobowa (9 osób) również zajmuje jedno pomieszczenie. Jeszcze inna (babcia, ojciec i dwóch synów) także nie mają wystarczającej liczby miejsc do spania: na jednym wąskim tapczanie śpi babcia i 9 letni wnuczek. Najwidoczniej problem tu stanowią niewielkie pomieszczenia, w których nie mieszczą się duże rodziny, szczególnie jeśli każda osoba miała by mieć oddzielne łóżko.

Pomieszczenie przedszkolne (dwie małe salki wyposażone w meble, zabawki, kredki, malowanki itp.) jest zamknięte, ponieważ nie ma kto prowadzić zajęć. W budynku znajduje się też duża, pięknie urządzona świetlica /zadbana posadzka, telewizor, meble, firanki/, także zamknięta. Od września będzie tu prowadzona nauka tańca.

VIII.4.5.2. Warunki żywieniowe

Jedzenie dostarcza firma cateringowa z Wołomina /ta sama, która obsługuje Ośrodek dla Cudzoziemców na Bielanach/. Stawka żywieniowa wynosi 9 zł. Dostarczane są też 4 rodzaje diet wg wskazań lekarskich.

VIII.4.6. Ochrona. Procedury wejść i wyjść.

Właściciel Ośrodka zlecił usługi ochrony firmie INTERREX. Na zmianie jest 1 osoba, pracują w systemie 24/48.

Jak podawał pracownik ochrony ich zadania to pilnowanie mienia i porządku. Ochrona nie dysponuje żadnymi środkami przymusu „nie mogą nawet wejść do pokoju czy dać kłapa dziecku”. Co 2 godziny pracownicy ochrony robią obchód po terenie i po piętrach. Mieszkańcy wychodząc zostawiają przepustki pracownikom ochrony. Goście przyjmowani są do godz. 16.00. Odwiedziny Polaków muszą być za zgodą opiekuna cudzoziemców „bo może wejść np. dziennikarz, zrobić zdjęcia , opisać”. Jeżeli mieszkaniec wychodzi po 23.00 to zostawia dokument „daleko bez dokumentów nie pójdzie”. Przepis stanowiący, że mieszkańcy mają być w ośrodku o 23.00 jest

przepisem martwym zdaniem rozmówcy. Np. kobiety wracają z pracy u ogrodnika później i oczywiście są wpuszczane.

W przypadku bójki czy awantury rodzinnej ochrona wzywa policję. Od listopada 2008, pracownik ochrony z którym prowadzono rozmowę nie wzywał policji.

Pogotowie w nocy wzywa ochrona, zdaniem pracownika ochrony „pielęgniarka powinna być cała dobę – czasami 2 – 3 razy w nocy wzywa się pogotowie. Pogotowie przyjeżdża z Pruszkowa w ciągu 15 – 20 minut.”

Po godzinie 18.00 pomoc lekarską wzywa się z Przychodni lekarskiej (NPL) w Pruszkowie. Czas oczekiwania to ok. 2 godzin. NLP nie daje leków tylko receptę, którą trzeba wykupić.

Książka dyżurów ochrony jest starannie prowadzona i kontrolowana przez szefa firmy - wpisy z kontroli co tydzień.

VIII.4.7 Opieka medyczna

VIII.4.7.1. Dane z wywiadu z lekarzem

17/07/09 wywiad przeprowadziła dr Jolanta Paruszkiewicz

Lekarzem jest mężczyzna, wiek 52 lata, specjalizacja internista. Wymiar zatrudnienia: 2 razy w tygodniu po 4 godziny w Mosznie i 2 razy w tygodniu w Dębaku. Pod opieką ma ok. 40 pacjentów dziennie. Poza tym jeszcze pracuje w szpitalu miejskim w Pruszkowie (Nocna Pomoc Lekarska).

Jest jedynym lekarzem zatrudnionym w ośrodku. Pacjenci, którzy zgłaszają się z określonymi problemami otrzymują leki i zostaje im wyznaczony termin wizyty kontrolnej. Wizyty nie są wyznaczane na konkretną godzinę. Przed gabinetem tworzy się więc kolejka do lekarza. Skierowania do specjalisty pacjenci otrzymują od lekarza w ośrodku, lekarz ten musi również wystawiać skierowanie na każde zlecone przez specjalistę badanie i każdą kolejną wizytę. Czczenki często nie pozwalają się badać przez lekarza - mężczyznę, wówczas są kierowane do lekarza lub specjalisty – kobiety. Jednak w CSK MSWiA oraz w Instytucie Matki i Dziecka nie ma kobiet ginekologów, co dla Czczenek jest bardzo trudne.

Teoretycznie pacjenci mogą wybrać/ zmienić lekarza, w praktyce jest to trudne z powodu ograniczonej kadry. Lekarz w Mosznej włada jęz. rosyjskim.

Jego zdaniem uchodźcy przesadzają z pretensjami i roszczeniami, nie zdając sobie sprawy, że w ośrodku mają znacznie lepszy dostęp do świadczeń medycznych niż obywatele RP. Do obowiązków lekarza w ośrodku należy wizytowanie mieszkań (sprawdzanie zawartości lodówek, pochodzenia i terminowości żywności, sprawdzanie czystości). O innych inicjatywach dotyczących opieki medycznej w ośrodku lekarz i pielęgniarka nie potrafili nic powiedzieć.

Warunki pracy lekarza są trudne z powodu dużej liczby podopiecznych: możliwości diagnostyczne - bardzo ograniczone, pacjenci zgłaszają się z problemami wymagającymi szczególnej troski, lecz niekoniecznie hospitalizacji. Konieczne jest zatrudnienie w ośrodku większej liczby lekarzy o większych kompetencjach. Np. na badanie EKG pacjenci są wożeni do ośrodka w Dębaku. Brak także aparatu do kardiowersji.

Zaopatrzenie w podstawowe leki: Leki zamawiane są w aptece MSWiA, a na leki niedostępne w tej aptece – wystawiane są recepty. Pacjenci się skarżą na znaczne

opóźnienia w dostawie leków. Okulary, laski, inne pomoce medyczne finansuje ośrodek w Dębaku, zgodnie z procedurą.

Opieka medyczna nie jest gwarantowana przez całą dobę. Podczas dyżurów lekarza pierwszego kontaktu (dwa razy w tygodniu po cztery godziny, za każdym razem około 40 pacjentów) musi on nie tylko przyjąć tych, którzy mają zalecenia ze szpitala i zgłaszają się z bieżącymi problemami (gorączka, infekcja itp.), ale i tych, którzy oczekują skierowania do specjalisty. Lekarz nie ma zbyt dużo czasu na badanie pacjenta i analizę przebiegu choroby. Podkreśla on, że - mimo tego - uchodźcy nie powinni narzekać, bo i tak mają lepszą opiekę niż Polacy, dla których dostępność do specjalisty jest znacznie gorsza. Jeśli jest taka potrzeba, podopieczni korzystają z nocnej pomocy lekarskiej (NPL), na którą jest podpisana umowa z tą instytucją.

Procedura kontaktu lekarza z nowo przybyłym mieszkańcem (dorosłym/dzieckiem):
Lekarz otrzymuje dokumentację medyczną nowoprzybyłych osób z ośrodka w Dębaku, gdzie przeprowadza się wstępny wywiad zdrowotny i zakłada dokumentację medyczną. W przypadku chorób przewlekłych lekarz w ośrodku otrzymuje dokumentację ze wskazaniami i zaleceniami, które musi realizować. W innych przypadkach podopieczni zgłaszają się sami.

Badań profilaktycznych, poza profilaktyką chorób zakaźnych i pasożytniczych, się nie przeprowadza. Dla chorób zakaźnych i pasożytniczych wprowadzone tu zostały określone procedury.

Z Ośrodka w Dębaku miejscowy lekarz otrzymuje dokumentację medyczną, jego zdaniem, niezbędną do prowadzenia leczenia np. wynik badania radiologicznego.

W niedziele i święta – brak jest dostępu do lekarza pierwszego kontaktu, istnieje możliwość wezwania pogotowia lub nocnej pomocy lekarskiej

Przy badaniu pacjenta przeważnie obecna jest pielęgniarka.

Lekarz w Mosznej włada językiem rosyjskim, więc zalecenia swoje i innych lekarzy są pacjentom tłumaczone.

Dziennie zgłasza się do gabinetu ok. 40 osób. Pacjenci w długiej kolejce byli bardzo zniecierpliwieni tym, że zajmujemy czas lekarzowi, który i tak ma zbyt mało godzin dla nich przeznaczonych.

Lekarz w ośrodku twierdził, że ci pacjenci, którzy są przewlekle chorzy lub nagle zachorują, ale nie mają już świadczeń podlegają jego opiece. Określa to odpowiednia procedura (inaczej niż w Lublinie, gdzie pacjentów po procedurze skreślano jako tych, którzy nie otrzymują świadczeń).

Choroby zakaźne wewnątrz ośrodka są monitorowane przez SANEPID wg określonej procedury i standardów obowiązujących w Polsce.

Wśród osób dorosłych szczepień przeciw grypie do tej pory nie przeprowadzano. Dzieci są szczepione wg kalendarza szczepień przez pediatrę w Pruszkowie.

W ośrodku raz w tygodniu przyjmuje psycholog, do którego raczej nie trafiają osoby z PTSD czy te, które przeszły tortury. Naszym zdaniem podopieczni nie mają dostępu do

profesjonalnej psychoterapii lub psychoedukacji. Na podstawie rozmów z uchodźcami można stwierdzić, że u wielu występuje zespół stresu pourazowego, a większość wymaga pomocy psychologicznej. Psycholog przyjmujący raz na tydzień nie jest w stanie udzielić tym osobom pomocy. Osoby cierpiące na choroby psychiczne, nerwice, czy mające problemy adaptacyjne dostają zalecenia, by zgłosiły się do psychiatrii. Z ośrodka w Mosznej jeżdżą w tym celu do Szpitala CSK MSWiA.

Zamówienia na sprzęt ortopedyczny czy okulistyczny realizowane są – zgodnie z procedurą – w Dębaku (ze względów finansowych sprzęt rehabilitacyjny jest dostępny tylko w niezbędnych wypadkach), podobnie jak leczenie i protetyka stomatologiczna.

Na każdy zabieg pacjent musi świadomie wyrazić zgodę. Zdaniem lekarza - w ośrodku nie przeprowadza się procedur pod przymusem – bez zgody i wiedzy pacjenta

Wadliwie funkcjonuje system wzajemnej informacji między lekarzem z ośrodka a specjalistami z CSK MSWiA: nie dają oni bowiem lekarzowi z ośrodka, który do nich pacjenta skierował - informacji zwrotnych o tym pacjencie. Sami pacjenci również nie są przez nich szczegółowo informowani jakie jest u nich rozpoznanie choroby i jakie winno być dalsze postępowanie medyczne. Dotyczy to również pediatrycznej opieki specjalistycznej.

POZ – dzieci

W ośrodku nie przyjmuje pediatra (choć zgodnie z umową pomiędzy UDSC a CSK MSWiA powinien być minimum 10 godzin tygodniowo). Dzieci z Ośrodka leczone są w Pruszkowie.

Specjalistyczne konsultacje

Skierowania muszą być wystawiane do wszystkich specjalistów (do psychiatrii też), co jest związane z koniecznością rozliczania usług. Najczęściej pacjenci kierowani są do CSK MSWiA przy ul. Wołoskiej w Warszawie, lub do poradni przy tym szpitalu.

Źle funkcjonuje współpraca pomiędzy lekarzem pierwszego kontaktu w Ośrodku a specjalistami. W 80% cudzoziemcy i ich lekarz pierwszego kontaktu nie otrzymują informacji zwrotnej od specjalistów w formie pisemnej. Czasami z pacjentami jedzie jako tłumacz wolontariusz posługujący się językiem rosyjskim (np. do psychiatrii).

Opieka szpitalna

Z hospitalizacją cudzoziemców zdarzają się kłopoty. Lekarz ośrodka opisał przypadek, kiedy to kierował pacjentkę z cukrzycą insulino zależną nieustabilizowaną do szpitala, skąd jednak wróciła z zaleceniami, które już wcześniej realizował w ramach swoich kompetencji. Lekarz twierdził, że specjaliści w szpitalu podali jego fachowość w wątpliwość. Musiał więc przyjąć chorą do szpitala, w którym pracuje, gdyż jej stan tego wymagał.

Zdarzały się również problemy z przyjęciem chorych do szpitala. Szpital MSWiA przy ul. Wołoskiej w Warszawie wielokrotnie odmawiał przyjęcia pacjenta. Lekarz z ośrodka przytoczył tu przykład osoby, którą z urazem oka wymagającym hospitalizacji przywieziono z ośrodka w Dębaku, albo przypadek chorej z zaostrzeniem choroby wrzodowej, której odmówiono hospitalizacji i zalecono zapisanie się do specjalisty. Biorąc pod uwagę obowiązujące procedury, może zaistnieć niebezpieczeństwo zbyt długiego czasu oczekiwania na interwencję medyczną.

Istnieją też problemy z podpisywaniem formularzy dotyczących zgody na zabieg. W szpitalu w Pruszkowie, jak twierdzi lekarz z ośrodka, większość specjalistów zna język rosyjski, nie potrzebują tłumaczy, ale przetłumaczonych na język rosyjski formularzy zgody na zabiegi, leczenie czy hospitalizację cudzoziemców nie posiadają. Pacjenci podpisują takie dokumenty jak polscy pacjenci na polskich formularzach.

Hospitalizowanym cudzoziemcom z reguły nie jest tłumaczony proces diagnostyki i leczenia, z reguły nie tłumaczy się też epikryzy szpitalnej. O swym stanie zdrowia w języku rosyjskim informowani są jedynie przez lekarza w Ośrodku.

Pogotowie ratunkowe

Zdaniem lekarza zazwyczaj pogotowie przyjeżdża po wcześniejszym szczegółowym telefonicznym wywiadzie dotyczącym wzywającego. Z wezwaniem pogotowia nie ma - zdaniem lekarza - problemu.

Do czasu naszej wizyty w ośrodku nie zdarzyło się, by pogotowie odmówiono przyjazdu. Korzystano nawet ze śmigłowca, gdy dziecko zachłysnęło się kawałkiem folii. Problemem jest – jak zwykle – porozumienie między stronami, gdyż w sytuacjach nagłych w przypadku wezwania pogotowia nie ma tłumacza.

Transport medyczny i dojazd do lekarza.

Dojazd do specjalisty cudzoziemcy organizują sobie na własną rękę. W trudnych przypadkach (ograniczona możliwość poruszania się, ciężki stan zdrowia) wzywana jest karetka ze szpitala MSWiA nawet, jeśli wizyta ma odbywać się w Pruszkowie (niepotrzebne i kosztowne dojazdy).

Karetka ze szpitala w Warszawie na ul. Wołoskiej wzywana jest także dla transportu szczególnie potrzebujących osób (np. kobiet w wysokiej ciąży), gdy muszą one korzystać z opieki specjalistycznej w odległym miejscu.

Ze współpracy z resztą personelu ośrodka lekarz jest zadowolony, określa ją jako niemal rodzinną.

Dokumentacja pacjentów

W ośrodku w Mosznej historia choroby wygląda tak, jak w poradni rejonowej. Imię, nazwisko, data urodzenia, pesel, adres, miejsce pracy. Nie dano nam do wglądu dokumentacji konkretnego pacjenta.

Dostęp do dokumentacji ma personel medyczny i pacjent. Pacjent może otrzymać kserokopie dokumentacji medycznej.

Pacjenci

W ośrodku znajdują się osoby przewlekle chore: cukrzyca, nadciśnienie, problemy gastrologiczne. Nie ma tu osób niepełnosprawnych.

Choroby psychosomatyczne specjalnie diagnozowane nie są. Niektóre osoby lekarz kieruje do psychiatry. Bywają wśród nich osoby z zespołem stresu pourazowego, który jednak musi stwierdzić sam psychiatra.

Zdarzenia nadzwyczajne – procedury postępowania

Dzieci są pozbawione należytego nadzoru, gdyż pracujące matki oddają swe dzieci pod opiekę innej kobiecie, mającej już pod opieką wiele innych. Ta opieka nie jest wystarczająca. Stąd u dzieci częste urazy i oparzenia.

Kontrola i skargi

Nadzór merytoryczny nad ośrodkiem sprawuje zespół CSK MSWiA. Zdaniem lekarza ośrodek jest zawałony nadmierną ilością biurokracji, procedur, sprawozdawczości. *Na papierze wygląda to wszystko dobrze, gorzej w praktyce.*

Od niemal dwóch lat nie ma skarg na prace personelu medycznego.

Wnioski ogólne i postulaty lekarza

Do ważnych problemów bieżących należy brak dostępu do Internetu, co utrudnia pisanie sprawozdań. Dostępność do pomocy informatyków jest ograniczona. Większość informacji musi być zapisana w określonym systemie, a przy braku Internetu jest to niemożliwe. Ze względu na ochronę danych osobowych ograniczona jest możliwość składania sprawozdań drogą elektroniczną, gdyż brak systemu odpowiednich zabezpieczeń.

Do innych problemów zgłaszanych przez personel medyczny należą:

- Mała stabilność kontraktów specjalistycznych: np. pracownia USG – raz był to gabinet w Szpitalu na ul. Żelaznej w Warszawie, następnie na ul. Wołoskiej, innym razem na ul. Sandomierskiej. Trudno zaplanować badania diagnostyczne i kontrolować ich realizację.
- Zła lub słaba współpraca ze specjalistami ze szpitala MSWiA. Lekarze ze szpitala często nie uznają sugestii kolegi z ośrodka, i sami zalecają wykonanie już wcześniej przez niego wykonanych badań. Lekarze z CSK MSWiA nie znają też procedur działania lekarza w ośrodku, co powoduje poważne, odbijające się na zdrowiu pacjenta, nieporozumienia (np. u chorej na cukrzycę, hospitalizowanej w szpitalu w Pruszkowie znaleziono torbiel jajnika. Lekarz dał skierowania do szpitala przy ul. Wołoskiej, a tam zakwestionowano i skierowanie, i wyniki badań, zalecając ponowne konsultacje u ginekologa i ponowne badania, po których dopiero skierowano ją na operację).
- Ogromna ilość sztywnych procedur naraża pacjenta na krążenie między kolejnymi lekarzami i poradniami oraz mnożenie kosztów, które mogłyby być ograniczone. Również konieczność ponownych skierowań od lekarza z ośrodka na każdą procedurę medyczną skutkuje kolejkami u lekarza pierwszego kontaktu i znacznie ogranicza możliwość skutecznych działań medycznych na terenie ośrodka. W trakcie rozmowy z personelem medycznym dwóch ośrodków padły stwierdzenia, że w ten sposób odbywa się *naganianie i mnożenie kosztów*.
- Zbyt duża liczba pacjentów przypadająca na jednego lekarza. Jest to następstwem np. słabej opieki psychoterapeutycznej i nieskutecznym/brakiem leczenia zaburzeń psychosomatycznych i PTSD. Prawdopodobnie zwiększona liczba psychologów i psychoterapeutów zredukowałaby ilość osób zgłaszających się po pomoc medyczną.

- Ponadto brak programów profilaktycznych, a także zminimalizowane są możliwości własnych inicjatyw personelu medycznego znającego potrzeby i problemy ośrodka. Powoduje to pewną stagnację w podejściu do problemów zdrowotnych uchodźców. Szttywne trzymanie się procedur koncentruje uwagę na ich rozliczaniu, raportowaniu, ale nie na faktycznych potrzebach zdrowotnych uchodźców (PTSD, zaburzenia psychosomatyczne, depresja, somatyczne choroby przewlekłe).

VIII.4.7.2. Dane z wywiadu z pielęgniarką

17/07/09 wywiad przeprowadziła dr Jolanta Paruszkiewicz

Pielęgniarką w ośrodku jest kobieta w wieku 47 lat, specjalizacja: starsza pielęgniarka dyplomowana. Wymiar zatrudnienia - umowa – zlecenie: około 70 godzin miesięcznie. Średnio ma 217 pacjentów w opiece ambulatoryjnej. Poza tym pracuje w niepełnym wymiarze godzin w prywatnej przychodni stomatologicznej .

Zakres obowiązków

Prowadzenie dokumentacji medycznej, realizacja zleceń lekarskich, wykonywanie zabiegów. Zabiegi wymagające poważniejszych interwencji – założenie szwów, nacięcie ropnia itp. wykonywane są w gabinecie chirurgicznym, przez chirurga. W gabinecie zabiegowym pielęgniarki dokonują prostych zabiegów – założenie opatrunku na drobne zranienia, pobranie badań laboratoryjnych, podanie zaleconych leków. Pielęgniarka może wypisać skierowanie do stomatologa, a nawet - gdy istnieje taka potrzeba (np. brakuje leków) do SOR-u.

Organizacja pracy

Pacjenci zgłaszają się sami, w miarę potrzeb. Nie są wcześniej zapisywani. Ustawiają się pod gabinetem. Pacjenci mogą wybrać lub zmienić lekarza w ramach danej poradni, ale dotychczas taka potrzeba nie zaistniała.

Personel medyczny w tym ośrodku włada językiem rosyjskim.

Specyficzne problemy opieki medycznej nad uchodźcami polegają na tym, że zgłaszają oni liczne pretensje na długie terminy oczekiwania na wizytę, a także na brak odpowiednich leków. W ostatnim kwartale 2009 r. mieli problem z realizacją zamówień z apteki, gdyż dostarczano im zamienniki zamówionych leków.

Inicjatywa lekarza w stosunku do uchodźców podlega określonej procedurze: z własnej inicjatywy ingeruje on w przypadku gruźlicy czy innych chorób zakaźnych objętych działaniem epidemiologicznym. W przypadku chorób nieobjętych obowiązkiem leczenia pacjent na ogół powinien się zgłosić sam (choroby przewlekłe).

Warunki pracy

Zdaniem pielęgniarki zaopatrzenie w podstawowe leki jest wystarczające, a gdy jakiegoś leku brakuje wystawiana jest recepta. Pracownik socjalny zabezpiecza jej realizację. Dla otrzymania okularów, lasek i innych pomocy medycznych konieczne jest zlecenie od lekarza specjalisty i napisanie podania do dyrektora BOO w Dębaku. Na okulary zawsze jest wydawana zgoda.

Lekarz uczestniczy w rozwiązywaniu problemów socjalnych pacjentów, jest członkiem zespołu profilaktyki sanitarnej. Raz w miesiącu (a często raz w tygodniu) ten zespół sprawdza stan pokoi. Oprócz lekarza w skład zespołu wchodzi: pracownik socjalny, przedstawiciel właściciela ośrodka i pielęgniarka. Raz w miesiącu do nadzoru merytorycznego kierowany jest raport o stanie higieny pomieszczeń mieszkalnych.

POZ - dorośli

Z rozmowy z pielęgniarką wynika, że w ośrodku funkcjonuje procedura określająca jego kontakt z nowo przybyłym mieszkańcem. Raz w tygodniu pracownik socjalny sporządza listę pacjentów, którzy powinni zgłosić się do lekarza (nie widzieliśmy jednak takiej listy), lekarz analizuje tę dokumentację. Leki wydawane są wyłącznie na zlecenie lekarza z ośrodka lub pediatry z przychodni. W razie niemożności skorzystania z usług lekarza z ośrodka pacjenci korzystają z usług pogotowia lub Nocnej Pomocy Lekarskiej. Tak z tymi usługami, jak i z dostępem do pogotowia czy do lekarza w niedziele i święta - nie ma problemów (skargi w tych sprawach nie wpłynęły).

Pacjent na ogół jest badany w obecności pielęgniarki. W przypadku pacjentek, które życzą sobie badania wyłącznie przez kobietę, kieruje się je do poradni mogącej spełnić to roszczenie.

Jeśli idzie o status prawny pacjentów - pielęgniarka nie potrafiła podać dokładnej liczby pacjentów posiadających status uchodźcy i pozostających jeszcze pod opieką ośrodka, mimo że mieszkają poza nim (ok. 45 osób). Dane powinien posiadać pracownik socjalny. W nagłych sytuacjach i przy konieczności niezbędnej interwencji każdy pacjent otrzymuje leki.

Zakażenia wewnątrz ośrodka monitorowane są przez lekarza, a dla niektórych (np. wszawica) opracowana jest specjalna procedura.

Jeśli idzie o szczepienia osób dorosłych np. przeciw grypie czy tężcowi – nie były one dodatkowo przeprowadzane. W ośrodku została zaprowadzona karta chorób zakaźnych, zgodnie z którą przeprowadza się monitoring chorych zgodnie z ustalonymi standardami postępowania.

Poziom przeciwciał u kobiet w ciąży (np. w przypadku podejrzenia o różyczkę czy toksoplazmozę) bada się wyłącznie na zlecenie ginekologa.

Podczas wizytowania przez nas ośrodka nie przebywały w nim osoby cierpiące na choroby przewlekłe (cukrzyca, choroby nowotworowe, HIV, gruźlica).

Z obserwacji pielęgniarki wynika, że sporo kobiet zgłasza się do psychologa. Jemu podlegają osoby z PTSD czy po przebytych torturach, podobnie jak i osoby cierpiące z powodu nerwic, trudności adaptacyjnych czy też chorób psychicznych. Tymi osobami – według pielęgniarki – zajmuje się również pracownik socjalny..

W ośrodku nie stwierdzono przypadków przemocy fizycznej i/lub seksualnej, które trzeba by zgłosić w prokuraturze. W razie stwierdzenia przemocy lub innych oznak agresji pielęgniarka zgłasza ten problem lekarzowi, lekarz informuje pracownika

socjalnego, ten zaś zgłasza go dyrektorowi Ośrodka w Dębaku. W ośrodku jest opracowana procedura postępowania w takich wypadkach (nie widzieliśmy jej).

Pomoc ortopedyczna: wymaga jej jedna osoba (konsultacje plus zaopatrzenie ortopedyczne).

Zaopatrzenie ortopedyczne i inny sprzęt rehabilitacyjny są przyznawane (w zależności od kosztów) na podstawie pisemnego wniosku skierowanego do dyrektora ośrodka w Dębaku.

Personel medyczny ośrodka nie zajmował się dotychczas kierowaniem uchodźców do instytucji orzekających niepełnosprawność. Pielęgniarka wie o jednym przypadku orzeczenia niepełnosprawności, którego opis znajduje się w archiwum ośrodka w Dębaku. Dotyczy on postępowania w stosunku do ofiary wypadku samochodowego na terenie Polski.

Opiekę stomatologiczną dla podopiecznych ośrodka w Mosznej zapewnia poradnia w Pruszkowie, zaś protetykę - ośrodek w Dębaku.

Farmaceutyki konieczne dla mieszkańców ośrodka zapewnia apteka MSWiA, ale czas oczekiwania na realizację zamówień jest zbyt długi. Lekarz pierwszego kontaktu wystawia recepty, które są rozliczane przez pracownika socjalnego z funduszy UDSC (na zasadzie zwrotu kosztów).

Pacjenci są informowani w języku rosyjskim przez lekarza Ośrodka tak co do postępowania diagnostycznego, jak i co do leczenia. Czy jednak są wystarczająco dobrze informowani o swojej chorobie podczas wizyt u specjalistów, podczas hospitalizacji czy też przy wymaganiu od nich zgody na leczenie – tego pielęgniarka nie wiedziała.

POZ - dzieci

W stosunku do dzieci nie jest przewidziana specjalna profilaktyka sanitarna. Dzieci do 15 roku życia leczone są w poradni w Pruszkowie, od 15 roku życia - traktowane są jak osoby dorosłe.

Noworodki i niemowlęta nie są objęte wizytami patronażowymi. Opiekę medyczną nad nimi sprawuje poradnia pediatria w Pruszkowie. Tam również prowadzone są szczepienia wg karty szczepień.

Dyrekcja Ośrodka ściśle współpracuje z dyrektorem szkoły w Brwinowie, do której uczęszczają mieszkające w Ośrodku dzieci. Szczególnie dotyczy to problemów wynikających z odmienności kulturowej np. w okresie Ramadanu.

Przypadków stwierdzenia poważnych zaniedbań dziecka, znęcania się fizycznego i/ lub psychicznego, przemocy seksualnej - w ciągu ostatnich dwóch lat na terenie Ośrodka nie stwierdzono.

W przypadkach leczenia nieletnich, zgodę musi wyrazić jedno z rodziców. Młodzież dobrowolnie poddaje się badaniom. Personel lekarski nie wywiera nacisku na pacjentów w sprawie określonego postępowania diagnostycznego czy leczenia.

Specjalistyczne konsultacje i badania

Do każdego specjalisty musi być skierowanie od lekarza z ośrodka. Nie ma limitów skierowań. Najczęstsze są do chirurga, stomatologa, ginekologa i psychiatry.

Opieka szpitalna

W razie konieczności hospitalizacji cudzoziemca zdarza się, że specjaliści domagają się obecności tłumacza. Wówczas personel medyczny korzysta z oferty przedstawionej przez zwierzchników. Istnieje lista organizacji, do których może się on w tej sprawie zwrócić. Mieszkańcy Ośrodka korzystają ze szpitali na ul. Niekańskiej, na ul. Wołoskiej (MSWiA w Warszawie) oraz ze szpitala w Pruszkowie. Epikryzy pacjenci tłumaczą najczęściej we własnym zakresie.

Pogotowie ratunkowe

Nie ma kłopotu z wezwaniem pogotowia do Ośrodka. Wzywa je personel medyczny, pracownik socjalny lub ochrona. Czasami uchodźcy sami z własnych telefonów wzywają pogotowie.

W przypadku wezwania pogotowia nie istnieje możliwość tłumaczenia z języka polskiego na rosyjski, ani odwrotnie.

Transport medyczny i dojazd do lekarza

Aby dojechać do lekarzy – specjalistów mieszkańcy Ośrodka korzystają z prywatnego transportu miejskiego (bus), lub z własnych środków transportu. Wzajemnie sobie pomagają. W razie potrzeby wzywana jest karetka (przewóz) ze szpitala MSWiA w Warszawie. Gdy kobieta jest w wysokiej ciąży i musi korzystać z opieki specjalistycznej (np. dla dziecka) wzywane jest pogotowie.

Specjalistyczna pomoc

Według pielęgniarki współpraca ze specjalistami, szpitalem czy pogotowiem układa się poprawnie, bez kłopotów.

Dokumentacja pacjenta

Dokumentacja pacjenta jest określona numerem ewidencyjnym nadawanym w Ośrodku w Dębaku, zawiera jego dane personalne oraz dokumentację medyczną. Mają do niej dostęp: personel medyczny i pacjent. Nie udostępnia się historii choroby osobie wskazanej przez pacjenta, a jedynie jej przedstawicielowi prawnemu. Szczególna ostrożność motywowana jest tutaj obawą przed prasą.

Pacjenci

Najczęściej zgłaszanymi problemami są bieżące infekcje i urazy. W ośrodku znajdują się też pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe (cukrzyca). Chorób psychosomatycznych nie stwierdzono, tym niemniej leki psychotropowe wydawane są pięciu pacjentom. O tym, czy wśród pacjentów znajduje się ktoś ze zdiagnozowanym zespołem stresu pourazowego pielęgniarka nie wie, gdyż *tym zajmuje się psycholog*

Ocena ogólna, sugestie.

Zdaniem pielęgniarki opieka zdrowotna, poza drobnymi mankamentami jest w pełni realizowana. Nadzór merytoryczny sprawują dr **Adam** Tołkacz i **pani** Teresa Danek. Pracę personelowi medycznemu ułatwia znajomość języka rosyjskiego i doświadczenie w pracy z cudzoziemcami.

Komentarz własny

Zaniepokoił nas fakt, że tak poważna choroba jak PTSD, jest marginalizowana zarówno przez lekarza jak i przez pielęgniarkę. Nie zaliczają jej oni do schorzeń przewlekłych. Naszym zdaniem Ośrodek dysponuje wystarczającym zapleczem opieki medycznej, jednak nie jest ono wykorzystane. Wiele można i należy tu zmienić, lecz tutejszy personel medyczny nie widzi takiej potrzeby. Odnieśliśmy wrażenie, iż nie jest on prawdopodobnie dostatecznie przygotowany do pracy z cudzoziemcami.

VIII.4.8. Spotkanie z mieszkańcami ośrodka

W spotkaniu wzięło udział dwudziestu dorosłych cudzoziemców (w tym trzech mężczyzn). Poniżej zostały wypunktowane kwestie poruszane przez cudzoziemców lub odpowiedzi dotyczące spraw, o które byli pytani:

VIII.4.8.1. Opinie mieszkańców dotyczące pomocy medycznej

Lekarz w ośrodku

Lekarz przyjmuje dwa razy w tygodniu, często się spóźnia, wychodzi przed końcem dyżuru. Jego stosunek do pacjentów zebrani mieszkańcy określili jako niechętny, skarżą się na brak uwagi i zaangażowania ze strony lekarza, jak również na brak informacji o stanie ich zdrowia. (Być może zachodzi tu nieporozumienie na poziomie językowym: mieszkańcy się skarżą, że lekarz zawsze mówi, że wszystko dobrze i nic im nie jest, co może wynikać np. z tego, że lekarz może nawykowo powtarza słowo „no dobrze” albo „no dobra”, a cudzoziemcy przyjmują to za określenie stanu ich zdrowia. Kwestię tę należało by sprawdzić.)

W ośrodku od pół roku nie ma pediatry (!) Poprzedni lekarz - pediatra (kobieta) nie cieszył się poważaniem wśród mieszkańców: twierdzą, że byli traktowani z pogardą. Podali następujące przykłady: Lekarz zlekceważyła słowa matki cytującej diagnozę lekarza czeczeńskiego sprzed przyjazdu do Polski, zaśmiewając się *ach, to wasze czerepnoje dawlienje (ach, to wasze ciśnienie śródczaszkowe)*; kwestionowała słowa innej matki, gdy ta mówiła, że dziecko ma pasożyty i prosiła o lekarstwo (w końcu

matka, nie mogąc otrzymać odpowiednich leków, poprosiła krewnych o przysłanie preparatu na pasożyty z Czeczenii).

Obecnie rodzice muszą najpierw dostać skierowanie od lekarza w ośrodku (w dni, gdy przyjmuje) do pediatry, potem pojechać do Pruszkowa gdzie pediatra przyjmuje, co bardzo komplikuje i opóźnia leczenie, szczególnie w przypadkach nie cierpiących zwłoki.

Żadna z osób, z którymi rozmawialiśmy nie otrzymała informacji dotyczącej wyników badań przeprowadzanych w Dębaku; nie wiadomo, czy wyniki tych badań w ogóle docierają do Ośrodka w Mosznej.

Lekarze specjaliści

Ginekolog, do którego są kierowane czeczeńskie kobiety to mężczyzna, a – jak wiadomo – w obyczaju muzułmańskim niedopuszczalne jest, by kobietę oglądał ktokolwiek poza jej mężem. Kobiety z Czeczenii korzystają więc z badań przez mężczyzn - ginekologów tylko w wyjątkowych przypadkach (np. zagrożenia ciąży), co powoduje, że starają się korzystać z takiej pomocy jak najrzadziej. Kobiety twierdzą, że zwracały się w tej sprawie do kierownika ośrodka, lecz to nic nie zmieniło. Na domiar złego lekarz - ginekolog (mężczyzna) nie mówi dobrze po rosyjsku i – nawet w stopniu podstawowym – nie jest zaznajomiony z obowiązującym w Rosji nazewnictwem medycznym. Jedna z kobiet na przykład na pytanie o grupę krwi odpowiedziała *navierno vtoraya otricatelnaya* (prawdopodobnie druga ujemna, co w rosyjskim systemie oznaczania grup krwi odpowiada grupie A Rh-), lekarz jednak zaczął się niecierpliwić, ponownie zapytał pacjentkę o grupę krwi najwyraźniej nie rozumiejąc jej odpowiedzi. Kobietę zdziwiło, dlaczego lekarz nawet nie zajrzał do dokumentu, gdzie ta grupa krwi była zapisana, a opierał się na odpowiedzi ustnej.

Za przykład nieporozumień na tle obyczajowym i językowym mieszkańcy podawali następujące zdarzenie:

W szpitalu w Pruszkowie kobieta czeczeńska w ostatnim stadium ciąży, nie chciała skorzystać z pomocy ginekologa - mężczyzny, prosząc o ginekologa – kobietę. Odmówiono jej, żądając by podpisała oświadczenie o rezygnacji z pomocy szpitala z powodu braku ginekologa – kobiety. Oświadczenie takie podpisała, w tym czasie jednak zaczął się u niej proces porodowy (odeszły wody i zaczęły się skurcze), ale – powołując się na podpisane przez nią oświadczenie, szpital w Pruszkowie odmówił zajęcia się rodzącą mimo, że w nowej sytuacji gotowa była się zgodzić na pomoc lekarza – mężczyzny. Równocześnie odmówiono jej wydania dokumentacji medycznej, by z nią mogła się zwrócić do innego szpitala. Zdenerwowana (rodząca) kobieta rozmawiała po czeczeńsku ze swoją matką, a personel szpitala „*denerwował się wtedy i kazał przestać rozmawiać w obcym języku*”. Czeczenki zwróciły się o pomoc do stojącego obok policjanta, ale on odparł, że jest tu w innej sprawie i nie będzie się angażował. Kobieta urodziła w końcu w innym szpitalu, do którego zdążyli przed rozwiązaniem porodu dostarczyć ją znajomi Czeczeni, lecz jej dokumentacja została zatrzymana przez szpital w Pruszkowie. Zdarzenie to wciąż jest źródłem żalu, wzburzonych emocji i zgeneralizowanych lęków u innych - oczekujących na poród - kobiet.

Matki skarżyły się również na brak szczepień u ich - urodzonych w Czeczenii – niemowlaków oraz dzieci w wieku przedszkolnym. (Należy skontrolować ilość dokonanych szczepień u dzieci cudzoziemców podlegających Szpitalowi Dziecięcemu w Pruszkowie.)

U dzieci przyjmowanych do szkoły nie przeprowadzano kontroli wcześniejszych szczepień. Nie przeprowadzano z nimi wywiadu medycznego (przebyte choroby), nie robiono przesiewowych badań słuchu i wzroku, co w wypadku dzieci, które przeżyły wojnę jest konieczne. Częstokroć bowiem dzieci te nie dosłyszą, to utrudnia im proces nauki i może być źródłem nieporozumień i przykrości, przed czym badania te mogłyby je uchronić.

Leki

Cudzoziemcy twierdzali, że nie wszystkie leki, przepisane przez lekarzy-specjalistów są tu wydawane: wielu leków brakuje. Zdarzyło się, że wydany pacjentowi lek utracił już ważność.

Środki finansowe na zakupione przez cudzoziemców (brakujące w Ośrodku) leki nie zawsze są zwracane, brak refundowania leków personel ośrodka tłumaczy ogólnym kryzysem. Jedną z kobiet niesprawiedliwie oskarżono o kradzież kołnierza ortopedycznego dla dziecka. W rzeczywistości przez ponad dzień jeździła po Warszawie szukając odpowiedniego zamiennika, by szpitalowi zwrócić otrzymany tam kołnierz. Poniesionych kosztów (43 złotych) jej nie zwrócono. Kierownik ośrodka tłumaczy, że osoba ta nie przyniosła odpowiedniej faktury (cudzoziemka nie rozumiała co miałyby nią być)

Zdarzenie to pozostało źródłem nieporozumień między mieszkańcami a personelem Ośrodka.

Stomatolog

Mieszkańcy ośrodka nie są zadowoleni z pomocy stomatologicznej: uważają, że zakontraktowany przez ośrodek stomatolog to *starsza kobieta, której drżą ręce, która źle wykonuje swoją pracę, a do tego nie daje znieczulenia.*

Transport medyczny.

Koszty transportu do szpitali i do lekarzy - specjalistów są zwracane w przypadku jazdy autobusem. W zimie dojazd lokalnymi środkami lokomocji jest bardzo uciążliwy dla osób chorych, kobiet w zaawansowanej czy zagrożonej ciąży oraz osób z chorymi lub wieszonymi na badania okresowe noworodkami i niemowlętami. Za zamawianą w nagłych przypadkach taksówkę koszty nie są zwracane. Znamienne, że żadna ze stron, ani opiekun cudzoziemców pełniący funkcje kierownicze w Ośrodku, ani mieszkańcy Ośrodka, nie wiedzieli, że w przypadkach, gdy sytuacja dotyczy np. transportu noworodków do szpitali na badania czy kobiet chorych w zaawansowanej ciąży istnieje możliwość zwrotu kosztu transportu taksówką.

Dyrekcja Kolejki WKD Brwinów – Pruszków akceptuje przejazd cudzoziemców bez biletów (na podstawie kart mieszkańca ośrodka w Musznej), ale do stacji trzeba dojechać autobusem kursującym rzadko.

Na pogotowie – według cudzoziemców - czeka się od pół godziny do czterech godzin. Bywa, że ochrona nie chce wezwać karetki widząc, że transport uda się zorganizować samym cudzoziemcom, korzystając z któregoś z ich samochodów. Ale w takich wypadkach pogotowie szpitalne odmawia przyjmowania chorych, jako że nie zostali przywiezieni przez karetkę pogotowia.

Pomoc psychologiczna

Godziny pracy psychologa nie były podane na tablicy informacyjnej. Od mieszkańców dowiedzieliśmy się, że przyjmuje we środę. Kilka osób wyrażało zadowolenie z kontaktu z panią psycholog, która - albo do nich przychodzi, albo zaprasza ich do gabinetu. Jednak większość zebranych (podobnie jak nasi rozmówcy indywidualni), do psychologa się nie zwracała, a wielu nawet nie wiedziało, że taki specjalista ma w ośrodku dyżury.

Żadne dziecko osób, z którymi rozmawialiśmy, nie było ani u psychologa, ani u psychiatry, chociaż kobiety się skarżyły na to, że dzieci są bardzo nerwowe.

VIII.4.8.2. Opinie mieszkańców dotyczące warunków bytowych i żywieniowych

Żywnienie

Mieszkańcy ośrodka wyrażali skrajne niezadowolenie zarówno ilością jedzenia jak i jego jakością. Posiłki nie są przygotowywane w ośrodku, lecz przywożone przez firmę cateringową (tę samą, która obsługuje ośrodek na Bielanach). Posiłki są wydawane w pomieszczeniu znajdującym się w piwnicy, a odgrzewane przez mieszkańców w pokojach.

Nie zapewnia im się posiłków dietetycznych, ani diety zróżnicowanej ze względu na wiek (dorośli, dzieci). Pięćdziesięcioletnia chora na cukrzycę Czeczenka skarżyła się nam, iż nie otrzymuje ani odpowiedniej diety, ani ekwiwalentu pieniężnego.

Warunki bytowe

Mieszkańcy twierdzą, że w ośrodku są karaluchy, pluskwy i myszy. Na początku 2009 roku była tu wprawdzie kontrola SANEPIDU, co jednak nie poskutkowało dezynsekcją. Muszą więc sami walczyć z gryzoniami i robactwem.

Gorącej wody nie ma przez cały dzień, jest włączana dopiero wieczorem między godz. 19-20, a na górnym piętrze jeszcze później, kiedy ludzie się kładą spać.

Nie ma wspólnej kuchni, nie ma też kuchenek czy lodówek w pokojach. Nowoprzybyli, którym jeszcze nie udało się nabyć kuchenki i lodówki, mają kłopot z przygotowywaniem i przechowywaniem jedzenia (często w stołówce są im wydawane produkty, z których mogą sami coś ugotować).

Kwestie prawne

Na tablicy ogłoszeń znajduje się informacja w języku rosyjskim o tym, jakie mieszkańcy mają prawa i obowiązki, a także o tym, jakie czynności ma podjąć cudzoziemiec, by móc się starać o status uchodźcy w Polsce. Nie ma tam natomiast informacji jak skontaktować się z organizacjami humanitarnymi oraz organizacjami, które mogą okazać pomoc prawną. Mieszkańcy mówili, że bardzo im brakuje osoby, do której można by się zwrócić w kwestiach prawnych, niezwiązanych z uzyskaniem statusu uchodźcy.

WAŻNE: Na tablicy informacyjnej znajduje się powiadomienie w języku polskim i rosyjskim o tym, że po upływie dwóch miesięcy od dnia doręczenia decyzji w sprawie statusu, mieszkaniec musi się wyprowadzić z ośrodka w ciągu 1 tygodnia, a po upływie tego terminu wzywana zostaje policja, która wyrzuca cudzoziemców z ośrodka. Taki stan rzeczy bardzo niepokoi cudzoziemców, ponieważ - dostając ochronę międzynarodową w Polsce - jednocześnie ryzykują znalezieniem się na ulicy..

VIII.4.9. Dane z wywiadów indywidualnych

Rodzina 8 osób: 1 kobieta dorosła / 7 dzieci

Rodzina ta sypia na rozkładanej wersalce, dwóch zsuniętych pojedynczych łóżkach i jednym łóżeczku dziecięcym. Do niewielkiego (18 m²) pokoju przylega mała kuchnia i mała łazienka. Cztery nastolatki (od 11 do 17 lat) śpią na zsuniętych dwóch łóżkach, matka - na wersalce z małymi (cztery i siedem lat) dziećmi, roczne dziecko - w łóżeczku dziecięcym. Po złożeniu wersalki, w pokoju pozostaje wąskie przejście i wolna od łóżek powierzchnia ok. 2 m². W czasie rozmowy indywidualnej z nastolatkami – jedna z nich pokazała nam pismo ze szkoły dotyczące zakresu egzaminu poprawkowego z języka polskiego który powinna zaliczyć by przejść do kolejnej klasy. Wymagania były bardzo wysokie - prawdopodobnie na równi z dzieckiem urodzonym w Polsce. Dziewczynka była bardzo zniechęcona - w Ośrodku brak jest możliwości uczenia się języka polskiego w czasie wakacji.

Dorose osoby samotne: 3 kobiety

W niewielkim pokoju (około 15m²) mieszkają trzy dorosłe niespokrewnione ze sobą kobiety, które przebywają w ośrodku bez rodzin. Każda ma własne łóżko i szafkę, ale czują się skrzępowane, żyjąc z obcymi ludźmi na tak małej powierzchni. Prośby o zezwolenie im na mieszkanie poza ośrodkiem (na podstawie świadczeń prywatnych) zostały odrzucone, co motywowano brakiem środków na finansowanie mieszkań osób samotnych: *kryzys, może po nowym roku sytuacja się zmieni.*

Jedna z kobiet (50 lat) przewlekle chora (cukrzyca, a przy tym brak odpowiedniej diety lub ekwiwalentu finansowego na żywienie) znajduje się w stanie głębokiego kryzysu psychologicznego ze względu na oddzielenie jej od najbliższej rodziny (męża i syna). Deportowano ją z Belgii (gdzie mieszka syn), a nie ma możliwości dołączenia do mieszkającego we Francji męża. Sytuację pogarsza fakt, że poślubił drugą żonę (dopuszczone w Czeczenii), co spowodowało unieważnienie jego pierwszego małżeństwa wobec prawa francuskiego.

Rodzina: Samotny mężczyzna z 3 dziećmi oraz jego matka.

Mieszkają w pokoju o powierzchni około 15m², w którym znajdują się dwa łóżka. Na jednym z nich śpi wraz z wnukiem przewlekle chora, bardzo cierpiąca otyła kobieta w wieku 58 lat (zwyrodnienia kręgosłupa powodujące silne bóle, nadciśnienie, otyłość – więcej informacji w wywiadzie medycznym). W nocy kobieta krzyczy z bólu, jednocześnie wstydzi się tego i przykro jej jest ze względu na resztę rodziny i sąsiadów, którym przeszkadza spać. Ból powoduje, że kobieta ta w nocy praktycznie nie śpi, stoi zgięta opierając się o ścianę, krzyczy i płacze. Bardzo cierpi.

Rodzina: Mężczyzna i kobieta w zaawansowanej ciąży, 4 dzieci.

Sytuacja lokalowa lepsza – dwa pokoje dla siedmiu osób (siódme - niemowlę, ma narodzić się lada dzień). Tutaj pojawił się **problem dotyczący nauki w szkole. Jedenastoletnią dziewczynkę posłano w zeszłym roku do zerówki, chociaż ukończyła IV klasę w Federacji Rosyjskiej; trzynastoletnia dziewczynka chodziła do II klasy, chociaż w Rosji ukończyła VI klasę. Chłopiec w wieku 9 lat zakwalifikowany został właśnie do I klasy, chociaż w Rosji ukończył już II klasę. Dzieci czują się zawstydzone i upokorzone będąc w jednej klasie z o wiele młodszymi dziećmi.** Dyrekcja szkoły tłumaczy te decyzje słabą znajomością języka polskiego u dzieci (mimo, że już od roku wszystkie one uczyły się języka polskiego).

VIII.5. OŚRODEK W LUBLINIE DLA CUDZOZIEMCÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O STATUS UCHODŹCY (HOTEL PUMIS)

LIPIEC 2009, ZESPÓŁ: ELŻBIETA CZYŻ, ANASTAZJA KANDYBENKO, MARIA KSIĄŻAK, ROBERT NAUMIUK, MARIA NOWICKA, JOLANTA PARUSZKIEWICZ



VIII.5.1. Lokalizacja:

Ośrodek znajduje się w Lublinie, niedaleko centrum miasta. Zajmuje jeden czteropiętrowy budynek otoczony niewielkim ogrodzonym terenem.

VIII.5.2. Mieszkańcy

W czasie przeprowadzania monitoringu, w Ośrodku było zarejestrowanych:

209 osób objętych świadczeniami socjalnymi i pomocą medyczną, z tego:

171 osób ubiegających się o status uchodźcy, żyjących w ośrodku, w tym:

39 kobiet (24%)

36 mężczyzn (18%)

96 dzieci (59%), w następujących grupach wiekowych:

11 do 1 roku życia (13 % dzieci)

16 w wieku 2 – 3 lat, (17%)

20 w wieku 4 – 6 lat, (20 %)

35 w wieku 7 – 12 lat (28%)

14 w wieku 13 – 17 lat. (20%)

(4 dziewcząt i 10 chłopców)

38 osób, przebywało na świadczeniach prywatnych poza ośrodkiem zgodnie z art. 72 Ustawy, mając prawo do pomocy medycznej i psychologicznej na terenie ośrodka.

13 osób otrzymujących świadczenia w Ośrodku otrzymało decyzję o ochronie międzynarodowej w ostatnich dwóch miesiącach, powinny więc niedługo znaleźć mieszkania, opuścić ośrodek i nie otrzymywać tu więcej świadczeń.

2 osoby **dotatkowo przebywały w ośrodku bez świadczeń socjalnych**, a więc bez prawa korzystania z pomocy medycznej na terenie ośrodka.

Realna liczba cudzoziemców żyjących więc w samym ośrodku w czasie naszej wizyty to 173 osoby, z czego 2 bez świadczeń. Poza ośrodkiem natomiast ośrodek zabezpiecza świadczeniami dodatkowo 38 osób. W jakiejś formie ośrodek skupiał, więc wokół siebie 211 cudzoziemców, z czego 209 będących w trakcie procedury uchodźczej.

Mieszkańcy to głównie Czeczenii, część osób pochodzi z objętych konfliktem terenów sąsiadujących z Czeczenią (Inguszetia, Dagestan) są też 3 rodziny z Gruzji.

VIII.5.3. Opis ośrodka

Ośrodek znajduje się niedaleko centrum Lublina, przy ul. Wrońskiej 5D. Obok usytuowane są bloki mieszkalne. Jeden bok budynku, w którym mieści się Ośrodek łączy się z bokiem budynku mieszkalnego, w którym żyją Polacy. Właścicielem budynku jest firma PHU POLONIA sp. z o.o., ul. Rusałki 17B, 20-103 Lublin. Maksymalna pojemność obiektu - zgodnie z informacją otrzymaną od kierownika ośrodka - to 200 miejsc.

Obecnie według informacji o wygranym przetargu¹⁷⁵ na prowadzenie Ośrodka dzienna stawka za zakwaterowanie tu jednego cudzoziemca wynosi 17,98 zł a dzienna stawka tzw. kosztów przygotowania i wydania wyżywienia dla jednego cudzoziemca - 9,56 zł. (Cena żywności, z której przygotowywane są posiłki dla cudzoziemców to 9,00 zł dziennie na osobę, które nie jest liczone w cenie przygotowania i wydania posiłku.)

Czteropiętrowy budynek sprawia wrażenie zaniedbanego, w wielu oknach szyby są rozbite. „Plac zabaw dla dzieci” umiejscowiony za budynkiem mieszkalnym to: boisko do siatkówki bez siatki; karuzela bez siedzeń; huśtawka, z siedzeń której wystają gwoździe; zjeżdżalnia, w schodkach do której brak stopni: wszystko to zagraża bezpieczeństwu dzieci. Plac nie jest niczym chroniony przed słońcem.

Tablice informacyjne na parterze zawierają informacje o:

- godzinach i dniach pracy psychologa (średnio 6 razy w miesiącu po 8 godzin)
- godzinach pracy wolontariuszy, którzy zajmują się dziećmi;
- pomocy, oferowanej przez organizację Caritas (informacja tylko w języku polskim);
- osobie, do której można się zwrócić ze skargą (pani Małgorzacie Tułstochowicz) tyle, że podane numery kontaktowe składają się z tylko z pięciu cyfr (15639, 17412), nie podano ani początku numeru ani numeru kierunkowego. Żaden z indagowanych przez nas cudzoziemców nie wiedział, kim jest ta osoba;
- nauce języka polskiego dla dorosłych

Nie wszystkie informacje na tablicy ogłoszeń są czytelne, niektóre zawieszono pod innymi ogłoszeniami.

¹⁷⁵ <http://www.udsc.gov.pl/Archiwum,zamowien,publicznych,1107.html> (Dokument UDSC z dn. 25 sierpnia 2009 roku, opublikowany w portalu UDSC, Archiwum zamówień publicznych #4)

Ogłoszenie o możliwości wpisania się do księgi skarg i wniosków napisano tylko w języku polskim, małymi literami. Umieszczono je nie na tablicy ogłoszeń a z boku portierni. W księdze „skarg i zażaleń” są dwa wpisy (z 2005 r. i 2006 r.) oba ze słowami podziękowania.

VIII.5.4. Personel ośrodka

Personel	Ilość osób	Dni i godziny pracy
Kierownik	1	Pn-pt 8-16
Opiekun Cudzoziemców	1	Pn-pt 8-16
Lekarz	1	pn 8-10, śr 14-16, pt 14-16
Pielęgniarka	1	Pn –pt 4 godziny dziennie
Psycholog (+ dodatkowo psycholog	1	Wt 8-16, i co drugi pt 8-16
Nauczyciel polskiego	1	12 h/tyg w roku szkolnym
Przedszkolanka	0	0
Pracownik biura	0	0
Obsługa kuchni	4	Pracownicy
Pracownik ochrony	4	Administracji
Sprzątaczką/Konserwator	3	Obiektu

Ad. Kierownik Ośrodka

Pani Violetta Kędzierska, mgr pielęgniarstwa /UMCS/, zatrudniona na tym stanowisku od 1995 roku. Podaje, że zna język rosyjski.

VIII.5.5. Warunki bytowe

VIII.5.5.1. Warunki mieszkalne

W budynku nie ma windy, nie jest on więc przystosowany dla osób niepełnosprawnych. Telefonów publicznych również nie ma.

Toalety: Jedna toaleta damska na dwa piętra, jedna toaleta męska na dwa piętra. W toalecie damskiej znajdują się cztery kabiny WC, trzy prysznice, (jeden nieczynny), trzy umywalki. Brak mydła w płynie i papieru toaletowego. Na cały budynek jest zatrudniona jedna sprzątaczką, która – oczywiście - nie jest w stanie sprostać swoim obowiązkom.

Pokoje mieszkalne są na ogół bardzo małe: na parterze (obok pralni) w pomieszczeniu o niecałych 9 m² stały trzy łóżka, a mieszka tam sześć osób. Dysponują one wprawdzie jeszcze drugim maleńkim pokoikiem, ale tam jest miejsce tylko na stół i krzesła, nie ma więc łóżek. Pościel stara, zniszczona.

Kuchnia jest jedna na dwa piętra. Są w niej: 2 kuchenki elektryczne, 2 zlewy, 5 stolików, 2 lodówki, 1 krzesło, 2 garnki, 1 patelnia. W kuchni nie było nikogo, najwyraźniej nikt z niej nie korzysta.

Pralnia: w ciasnym pomieszczeniu stoi sześć pralek. Dwie nieustannie działały (od wczesnych godzin porannych do wieczora). Wyprana odzież suszy się w tym samym pomieszczeniu, gdzie stoją pralki, jest tam więc duszno i wilgotno.

VIII.5.5.2. Warunki żywieniowe

Jedzenie jest wydawane z kuchni 3 razy dziennie. Mieszkańcy byli skrajnie z niego niezadowoleni: mówili, że w dniu naszego przyjazdu i tak jedzenie było wyjątkowe, dostali nawet dawno nie widziane owoce.

W ośrodku dostaliśmy jadłospis na jeden dzień, po analizie którego można stwierdzić, że:

1. Nie ma zróżnicowanej diety dla osób chorych, dietetyka posiłków polega na tym, że rzeczy smażone są zamieniane na gotowane.
2. W jadłospisie nie ma wpisanej liczby kalorii dla każdego dania. Policzona przez nas w przybliżeniu, okazała się mniejsza, niż zalecana przez przepisy: ~2200 kcal zamiast 2600 dla osoby zdrowej.

(Wypowiedzi mieszkańców na temat żywienia patrz VIII.5.7)

VIII.5.6. Dane z wywiadów z pracownikami ośrodka i personelem medycznym

VIII.5.6.1. Dane z wywiadów z opiekunami cudzoziemców

Wywiad przeprowadzono z Violetą Kędzierską, pełniącą funkcję osoby odpowiedzialnej za cudzoziemców w Ośrodku. Pani Kędzierska ocenia stan techniczny budynków jako zadawalający. Wyraziła opinię, że od 4-5 lat ludzie, którzy przyjeżdżają to „*inni ludzie, przyjeżdżają głównie z celów ekonomicznych, bardzo niszczą mienie wspólne*”. Według V. Kędzierskiej mieszkańcy głównie deklarują jako kraj pochodzenia Czeczenię, a w większości pochodzą z Inguszetii. Czas pobytu cudzoziemców w Ośrodku zajmuje od pół roku do kilku lat. Jedna czteroosobowa rodzina przebywa tu od 2004 roku.

Pani Kędzierska opisała jako problem to, że rodzice często nie zajmują się dziećmi, a powierzają je pod opiekę ich starszego rodzeństwa. Mężczyźni na ogół pracują, w sezonie letnim kobiety też.

Problemem jest również to, że nauczycielka języka polskiego pracuje na umowę zlecenie, która nie obejmuje okresu wakacyjnego, w związku z tym w lecie cudzoziemcy nie uczą się języka.

Opiekę psychologiczną i lekarską Pani Kędzierska ocenia jako wystarczającą. Opisuje warunki pobytu w Ośrodku następująco: rodziny umieszczane razem lub w 1 lub 2 sąsiednich pokojach. Każdy ma swoje łóżko, sanitariaty są wspólne. Wsad do kotła to 9 zł. Są dostępne 4 diety lekkostrawne wg wskazań lekarskich.

W ośrodku pomagają 30 wolontariuszy rocznie.

Opiekun cudzoziemców postuluje aby:

- Dzieci cudzoziemców nie szły do szkoły zaraz po przybyciu do Polski, lecz najpierw odbywały kurs przygotowawczy dotyczący języka polskiego oraz różnic

- programowych. (Do 5 klasy nie ma problemu z różnicami programowymi ale potem istnieją) . Obowiązkowo dzieci powinny chodzić do przedszkola.
- Przyznawać świadczenia poza ośrodkiem w bardziej uzgodniony i dopracowany sposób.
 - Należy znaleźć sposób by zachęcać lub zmuszać dorosłych do nauki jęz. polskiego
 - Bardzo potrzebna jest wiedza i podniesienie świadomości cudzoziemców w kwestiach zdrowia.

VIII.5.6.2. Dane z wywiadu z pracownikiem ochrony.

Ośrodek korzysta z usług Firmy Ochronno-Konwojowej Expertus sp. z o.o. Rozmowę przeprowadzono z panem Wiesławem Majem, który jest pracownikiem ochrony (od pół roku zatrudnionym w Ośrodku). Na zmianie był sam. Pracują w systemie 24/48 godzin. Nie mają żadnego wyposażenia. Znajomość języka rosyjskiego „ze szkoły, żeby się dogadać”. W ciągu 6 miesięcy pracy raz wzywano policję, ponieważ „sąsiedzi dzwonili, że jest w ośrodku głośno”.

W książce dyżurów znajdują się wpisy dotyczące obchodów ośrodka, zdarzeń typu bójki, wezwania policji i pogotowia, rejestracji osób nowo przybyłych, oraz wyprowadzek.

Cudzoziemiec wychodząc z Ośrodka zostawia przepustkę, ochrona odnotowuje godzinę wyjścia i powrotu. Wszyscy powinni wrócić do 22.00 ale „wpuszcza się później”. Odwiedziny są do 22.00, do godziny 16.00, zgodę na odwiedziny wydaje pani Violetta, po 16.00 ochrona decyduje czy wpuścić osobę odwiedzającą czy nie. Polaków i Polek ochrona ma nie wpuszczać , „bo może być reporter albo dziennikarz”.

Ochrona jest wyposażona w apteczkę, którą sukcesywnie uzupełnia pielęgniarka. Zawiera ona środki opatrunkowe i leki wydawane bez recepty

Zapytany o procedurę związaną z wzywaniem pogotowia po godzinach pracy personelu medycznego i socjalnego W. Maj wyjaśnia „Ja muszę stwierdzić - wzywać czy nie wzywać pogotowia. Ja idę do pokoju i stwierdzam, co się dzieje, muszę powiedzieć co komu dolega bo czasem nie chcą przyjechać.”

VIII.5.6.3. Dane z wywiadu z pielęgniarką zatrudnioną w Ośrodku

Pielęgniarka, z którą przeprowadzono wywiad, zatrudniona jest w ośrodku na 2/3 stawki, poza tym pracuje w pogotowiu ratunkowym. W Ośrodku przyjmuje średnio 30 osób dziennie. Do zakresu jej obowiązków należy: podstawowa opieka medyczna, pierwsza pomoc oraz wstępna ocena - kto powinien zgłosić się do lekarza.

W Ośrodku pracuje tylko jeden pediatra będący jednocześnie lekarzem rodzinnym. Pracuje jedynie 6 godzin w tygodniu (3x2h). Pacjenci nie mogą zmienić lekarza pierwszego kontaktu. Zdaniem pielęgniarki ilość zatrudnionego personelu medycznego w Ośrodku jest wystarczająca, a współpraca ze szpitalami i specjalistami układa się dobrze. **Nie zawsze wiadomo jednak czy pacjenci trafiają do specjalistów, brak jest informacji zwrotnej.** Gdy cudzoziemcy nie docierają, tłumaczą to tym, że zapomnieli o wizycie lub nie trafili.

Warunki pracy w Ośrodku - w ocenie pielęgniarki - są dobre. Gabinet jest zaopatrywany przez administratora. Jeśli chodzi o zaopatrzenie w podstawowe leki – od kwietnia istnieje problem – niektóre leki są wykreślane z listy (np. Ketonal, Flixotide, Serevent), często też leki przychodzą do ośrodka z dużym opóźnieniem. Leki specjalistyczne są kupowane w aptece CSK MSWiA w Warszawie, a nie przez Ośrodek w Lublinie.

Na terenie Ośrodka pielęgniarka i lekarz obejmują opieką osoby znajdujące się w procedurze uchodźczej. Osoby te w większości mieszkają w ośrodku i niewielka ich liczba poza Ośrodkiem - na świadczeniach prywatnych. Przyjmują oni także osoby przez dwa miesiące po decyzji o przyznaniu ochrony międzynarodowej. Po tym okresie jedynie w stanie zagrożenia życia mogą udzielić pomocy medycznej (sporządza się wtedy protokół, a fakturę przekazuje do koordynatora).

Do lekarzy dochodzą wyniki badań z Ośrodka w Dębaku, część badań dodatkowo zlecają na miejscu (np. prześwietlenia). Nie istnieje procedura kontaktu lekarza z nowo przybyłym do Ośrodka mieszkańcem dorosłym lub dzieckiem – cudzoziemcy sami przychodzą, gdy potrzebują. Lekarz wzywa jedynie na szczepienia.

Pielęgniarka twierdzi, że dzieci urodzone w Polsce mają książeczki zdrowia i są szczepiane wg polskiego kalendarza szczepień dzieci urodzone w Czeczeni – mają natomiast indywidualny kalendarz szczepień lecz często – jej zdaniem – go zaniedbują. Ośrodek nie jest objęty wizytami patronażowymi położnej, bilanse i profilaktyczne badania okresowe niemowląt i małych dzieci nie są robione w Ośrodku.

Kobiety w wysokiej ciąży na konsultacje specjalistycznie i badania (własne lub swoich dzieci) muszą dojeżdżać same – zwrot otrzymują jedynie za dojazd komunikacją miejską. Osoba niepełnosprawna na wózku do lekarza musi dotrzeć sama – lekarz nie odwiedza jej w pokoju, gdy jest chora.

Specyficzne problemy opieki medycznej nad cudzoziemcami to: częste anemie, oparzenia, urazy u dzieci (przyczyną jest gotowanie w pokojach oraz brak opieki nad dziećmi) a także wszawica i świerzby.

Pod opieką Ośrodka jest 10 osób przewlekłe chorych (2 osoby z cukrzycą, 1 z polio, 7 osób ma astmę lub kontynuuje leczenie gruźlicy.)

W Ośrodku są również podopieczni wymagający zaopatrzenia ortopedycznego. Okulary, laski, inne pomoce ortopedyczne finansowane są tak jak protezy przez UDSC. Dostępność do sprzętu rehabilitacyjnego jest ograniczona - decyduje BOO w Dębaku, możliwe jest jedynie dofinansowanie najtańszego sprzętu. Lekarze nie mają prawa kierować niepełnosprawnych cudzoziemców w procedurze uchodźczej do orzeczników.

Jeśli chodzi o opiekę **stomatologiczną** – dostępność usług jest dobra, stała umowa; ale **wszyscy są niezadowoleni; były zgłaszane skargi bez efektu - stale podpisywana jest umowa z tym samym świadczeniodawcą**

Lekarz nie uczestniczy w rozwiązywaniu problemów socjalnych pacjentów.

W niedziele i święta oraz po 16tej, gdy nie ma pielęgniarki cudzoziemcy nie mają dostępu do lekarza pierwszego kontaktu. Mogą jedynie korzystać z SOR. Według pielęgniarki nie ma problemów z odmowami przyjęć do szpitali. Pacjenci wręcz są tam

dłużej niż potrzeba. Związane jest to z tym, że w Ośrodku nie można robić iniekcji. Z wzywaniem pogotowia ratunkowego do Ośrodka, jak twierdzi, problemów nie ma, gdyż sama pracuje w pogotowiu.

Diagnostyką PTSD i stanu po przebytych torturach zajmuje się – zgodnie z informacją otrzymaną od pielęgniarki – psycholog. Osoby chore psychicznie – kierowane są do psychiatry (z rozmowy wynikało, że kierowane są, gdy same się zgłoszą)

W przypadkach stwierdzenia przemocy fizycznej i lub seksualnej – opiekun cudzoziemców prowadzi rozmowę, gdy nie ma zmiany w zachowaniu wzywana jest policja (zdarzało się).

W jednym szpitalu w Lublinie są przetłumaczone kwestionariusze na język rosyjski. Gdy jest taka potrzeba w charakterze tłumacza występują osoby z Caritasu lub czasem z chorym jeździ mówiąca po rosyjsku pielęgniarka, niektóre szpitale domagają się tłumacza. Proces leczenia i proces diagnostyczny raczej nie są tłumaczone. Nie tłumaczy się również epikryzy. Zalecenia lekarzy tłumaczy pielęgniarka. Lekarz w Ośrodku posługuje się językiem rosyjskim także przy pomocy słownika.

Pacjenci raczej nie mają dostępu do własnej dokumentacji medycznej. Opuszczając ośrodek nie dostają epikryzy, ani kopii dokumentacji - *mogliby zgubić*.

Skargi na personel medyczny - jeśli są - kierowane są do dyrekcji ośrodków lub opiekuna cudzoziemców. Podczas wizyty przedstawicieli z Ośrodka w Dębaku, na zebraniu mieszkańcy przedstawiali skargi, wówczas Ośrodek w Lublinie napisał informację wyjaśniającą.

Sugestie pielęgniarki:

- Cudzoziemcom pomogłoby, gdyby zaraz po przyjeździe do Polski mogli otrzymać tekst w języku rosyjskim wyjaśniający funkcjonowanie służby zdrowia w Polsce i informujący ich o takich sprawach jak prawa pacjenta i problem leków zamienników.
- Pomocne byłoby też tłumaczenie rosyjskich dokumentów medycznych pacjentów.

VIII.5.6.4. Dane z wywiadu przeprowadzonego z psychologiem

W dniu monitoringu psychologa nie było w ośrodku pomimo, że - zgodnie z grafikiem i udzieloną nam tydzień wcześniej przez dyrekcję ośrodka informacją telefoniczną – w tym dniu powinien mieć dyżur. W związku z powyższym wywiad z psychologiem został przeprowadzony telefonicznie.

Opiekę psychologiczną sprawuje w ośrodku mgr psychologii. Pracuje tu sześć razy w miesiącu od 8.00 do 16.00. Ponadto pracuje w dwóch innych ośrodkach dla cudzoziemców (w Leonowie i w Radomiu). Po ukończeniu studiów magisterskich brała udział w różnych szkoleniach. Jako psycholog w sumie pracuje około czterech lat. Przez rok pracowała w programie Lekarzy Bez Granic gdzie miała szkolenia i otrzymywała superwizje, od około 3 lat zatrudniona na umowę zlecenie jako psycholog

w ośrodkach dla cudzoziemców przez CSK MSWiA. Pracuje w nuncie psychologii holistycznej. (Kończy obecnie dwu letnie studium podyplomowe w Anglii w zakresie psychoterapii holistycznej i hipnozy.) Posługuje się językiem rosyjskim.

Do zakresu jej obowiązków jako psychologa w Ośrodku w Lublinie należą:

- konsultacje psychologiczne dla cudzoziemców,
- współpraca z personelem medycznym zatrudnianym w ośrodku, (personel medyczny informuje psychologa o często chorujących - by uzyskać opinię co do ewentualnego psychosomatycznego ich objawów, lub ewentualnej symulacji)
- towarzyszenie pacjentom w wizytach u psychiatry w podwójnej roli jako psycholog i jako tłumacz.

Zapytana o ilość pacjentów, których ma obecnie pod opieką w ośrodku w Lublinie, mówi że to trudno jej powiedzieć, ale około 8-9 osób korzysta z jej pomocy bardziej regularnie. Jako psycholog przyjmuje osoby które się do niej zgłoszą bez wcześniejszych zapisów. Uczestniczy też w obchodach w ośrodku, przypomina wtedy cudzoziemcom, że jest i że mogą się do niej przyjść w razie potrzeby. Czasem gdy ktoś np. ma złamaną nogę odwiedza pacjenta sama.

Najczęstszą przyczynę poszukiwania pomocy psychologicznej są stres, problemy adaptacyjne, postawa roszczeniowa, rozpoznaje też zaburzenia psychiczne: lękowe, depresyjne, psychotyczne (1-2 osoby ze schizofrenią), jest też kilka osób po gwałcie.

Pracuje indywidualnie, próbowała stworzyć grupę ale napotkała dużo oporu i nieufności. Nie prowadzi diagnostyki. Jeśli chodzi o wgląd pacjentów do swojej dokumentacji - zapisuje niewiele informacji o pacjentach, głównie są to opisy dotyczą objawów. Jako problem zgłasza - brak własnego gabinetu zarówno w ośrodku w Lublinie jak i w Leonowie.

VIII.5.7. Opinie cudzoziemców na temat opieki w Ośrodku.

VIII.5.7.1. Spotkanie z kobietami – poruszane kwestie

Ponieważ mieszkańcy ośrodka byli zaciekawieni naszą wizytą (kto? skąd? po co?) zaproponowaliśmy im zbiorowe spotkanie. Przyszło około 20 kobiet.

Poniżej wypunktowane są główne kwestie poruszane podczas tego spotkania oraz – związany z nimi - nasz komentarz.

Pomoc medyczna

Lekarz w ośrodku

Dyżury lekarza są za krótkie dla przyjęcia wszystkich chętnych. Odbywają się 3 razy w tygodniu, trwają 2 godziny (w sumie 6 godzin tygodniowo). (Komentarz: jest to niezgodne z prawem, ponieważ dyżur lekarza internisty nie może być krótszy niż 10 godzin tygodniowo: patrz analiza prawa).

W danym ośrodku lekarz internista jest jednocześnie pediatrą, przyjmuje więc dzieci w tych samych godzinach, co dorosłych. (Komentarz: to również jest niezgodne z

prawem, ponieważ dyżur pediatry nie może być krótszy niż 10 godzin tygodniowo i powinien odbywać się oddzielnie od dyżuru dla osób dorosłych).

Lekarz często się spóźnia (o 30-40 minut), ale nie przedłuża wtedy dyżuru. Wychodzi z pracy wcześniej, szczególnie wtedy, gdy nie ma kolejki. Z tego powodu osoby mieszkające poza ośrodkiem (oczekujące na status w kwaterach prywatnych) nie mogą się dostać do lekarza, gdyż docierają do ośrodka pod koniec dyżuru, kiedy lekarz już wyszedł.

Stosunek lekarza do pacjentów jest określany, jako niechętny; cudzoziemcy skarżą się na brak uwagi i zaangażowania z jego strony. Brak również informacji dla pacjentów na temat stanu ich zdrowia (informacji zwrotnej).

Lekarze specjaliści, diagnostyka

Skierowania do lekarzy specjalistów są wydawane wyłącznie przez lekarza w ośrodku. Przed każdym udaniem się do specjalisty (nawet tego samego) trzeba uzyskać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu. I tak np. kobieta korzystająca z porad ginekologa musi stać w kolejce co najmniej dwa razy: raz po skierowanie na badania ginekologiczne, i ponownie, po następne skierowanie, by odebrać wyniki. Taka procedura wydawania skierowań znacznie przedłuża proces leczenia.

(Z pojedynczych wywiadów wynika, że – tak lekarz pracujący w ośrodku, jak też inni lekarze specjaliści - traktują pacjentów powierzchownie, a ich diagnozy nie są trafne. W dużym stopniu wpływa na to brak głębszej znajomości języka rosyjskiego u lekarzy, bo zaledwie potrafią się oni z cudzoziemcami komunikować. W sprawach medycznych może to dać katastrofalne skutki. Lekarze nie widzą przy tym potrzeby korzystania z tłumacza, a być może – nawet nie wiedzą, że istnieje taka możliwość.) Sporządzane w języku rosyjskim dokumenty medyczne, które uchodźcy przywieźli ze sobą (wyniki badań, epikryzy), nie są tłumaczone na język polski, co znacznie utrudnia diagnozę, a co za tym idzie, i proces leczenia.

Jeden z mieszkańców (cierpiących na poważną chorobę) opowiedział, jak od półtora roku zwraca się o pomoc do różnych lekarzy, ale ci przepisują mu rozmaite nieskuteczne środki. Natomiast w napisanej po rosyjsku epikryzie lekarz - na podstawie wyników badań krwi - zaleca schemat leczenia. Gdyby epikryzę przetłumaczono na jęz. polski, jednoznaczna diagnoza byłaby możliwa.

Leki

Leki, przepisane przez lekarzy-specjalistów, nie zawsze są wydawane w pełnym zestawie: części leków brakuje, zamawiane są w Warszawie i wydawane z dużym opóźnieniem. W przypadku samodzielnego nabycia leków przez mieszkańców koszty nie są im zwracane. (Komentarz: jest to niezgodne z przepisami, które przewidują wykup leków przez cudzoziemca we własnym zakresie i zwrot kosztów na podstawie faktury).

Cudzoziemcy twierdzą, że na zwrot pieniędzy musi wyrazić zgodę lekarz z ośrodka, ale – tak czy inaczej - nie jest to tutaj praktykowane. Poza tym często wydawane są im leki zastępcze w zamian za te przepisane przez lekarzy.

Stomatolog

Mieszkańcy ośrodka nie są zadowoleni z pomocy stomatologicznej, ponieważ:

- mogą dostać skierowanie do stomatologa tylko na leczenie pojedynczego zęba i nie mogą leczyć kilku zębów podczas jednej wizyty;
- plomby są oceniane przez mieszkańców jako bardzo nietrwałe; lepsze stomatolog proponuje za dodatkową opłatę w rozmiarze 70zł;
- według mieszkańców ośrodka podejście lekarza - stomatologa do nich jest inne, niż do Polaków, czują się dyskryminowani, nie rozumieją, z jakiego powodu są wprowadzane dodatkowe opłaty za leczenie.

Koszty transportu

Koszty transportu do specjalistów na badania i leczenie szpitalne nie są zwracane: nikt z mieszkańców nawet nie wiedział, że przysługuje mu takie prawo. (Komentarz: Zgodnie z umową UDSC z CSK koszt transportu medycznego, który nie jest transportem sanitarnym, pokrywa UDSC na podstawie faktur.)

Dieta

Mieszkańcy ośrodka wyrażali skrajne niezadowolenie zarówno ilością jedzenia, jak i jakością. Porcje są za małe, jedno opakowanie produktu jest często dzielone na pół, porcje warzyw również. Zup z reguły cudzoziemcy nie jedzą, ponieważ nie są zadowoleni z ich jakości, podejrzewają, że są one robione na mięsie wieprzowym; twierdzą, że woleliby dostawać surowe składniki i gotować sami.

Nie ma odpowiedniej diety dla chorych. Cudzoziemka, która z przyczyn zdrowotnych nie może jeść smażonego jedzenia, poprosiła kiedyś o zamianę smażonego mięsa na gotowane. Kucharka ściągnęła Górną warstwę panierki ze smażonego mięsa i oddała je jako „dietetyczne”.

Nie zróżnicowano diety dla osób dorosłych i dzieci, dla kobiet karmiących i kobiet w ciąży. Dieta jest uboga w składniki odżywcze, nie ma regularnie owoców, brak słodczy dla dzieci.

Nie można pobrać posiłku dla kogoś, kto sam nie może przyjść do stołówki (ciężarne kobiety albo chorzy muszą się sami zjawić w stołówce).

(Komentarz: Według porozumienia koordynatora CSK MSWiA i dyrektora BOO UDSC cudzoziemcom w ośrodkach powinno się proponować pięć rodzajów diet: dla osób zdrowych, dwa rodzaje diety lekkostrawnej w zależności od choroby, dietę dla alergików i dietę dla dzieci do 3 roku życia.)

Pomoc psychologiczna

Z wywiadów z mieszkańcami wynikało, że wielu z nich nie wiedziało o tym, że w ośrodku pracuje psycholog, część osób świadomych możliwości korzystania z porad psychologa, nie chciała się zwracać do niego, ponieważ „nie wzbudza zaufania”.

Warunki bytowe

Szczególne niezadowolenie wśród mieszkańców ośrodka wzbudzał brak odpowiedniej ilości pralek: ponad 200 osób może korzystać tylko z dwóch maszyn, reszta jest nieczynna. Pralki włączone przez całe dni szybko się psują. Poza tym mieszkańcy się skarżyli na brak miejsca do suszenia bielizny: wieszają ją na podwórku, ale sznurki są słabe i stare, często się urywają i wyprane rzeczy spadają na ziemię. (Komentarz: Zgodnie z prawem w każdym ośrodku musi być pralnia/suszarnia, w której powinny się znajdować co najmniej dwie pralki oraz miejsce umożliwiające powieszenie wypranej odzieży; jedno takie pomieszczenie jest przeznaczone dla 100 osób, a więc w tym ośrodku jest dwa razy mniej pralek, niż być powinno.) Brakuje łóżek: zdarza się, że liczba łóżek jest o połowę mniejsza, niż liczba mieszkańców w pokoju. Poza tym łóżka są stare, zniszczone, jak i wydawana w ośrodku pościel. Mieszkańcom nie są wydawane środki czyszczące, w toaletach nie ma mydła w płynie ani papieru toaletowego.

Kwestie prawne

Na tablicy ogłoszeń znajduje się informacja o tym, że organizacja Caritas oferuje uchodźcom pomoc prawną (jak i psychologiczną oraz socjalną), podany jest numer telefonu, ale ogłoszenie jest napisane po polsku. Najprawdopodobniej ogranicza to dostęp mieszkańców ośrodka do tej pomocy

.Ogólnie mówiąc, mieszkańcy ośrodka nie bronią swoich praw, ponieważ ich nie znają. Po części wynika to z braku znajomości języka polskiego, po części z braku dostępu do dokumentów prawnych. Nikt ich z nimi nie zaznajomił, nie wiedzą o co mogą się starać i co im się według prawa polskiego należy.

Język

Naukę języka polskiego zapewniają wolontariusze. W roku szkolnym zajęcia dla dorosłych odbywają się co tydzień i trwają godzinę. Dzieci uczą się polskiego w szkole. Podczas wakacji nie ma zajęć z języka polskiego ani dla dzieci, ani dla dorosłych.

VIII.5.7.2. Informacje pochodzące z wywiadów indywidualnych

Czteroosobowa rodzina: mąż, żona w ciąży, dwoje małych dzieci.

Mieszkają w pokoju o metrażu 18,5 m². Znajduje się tam szafa (drzwi urwane), stolik, dwa zsunięte łóżka oraz jedno oddzielne. Mężczyzna jest przewlekłe chory i bardzo nerwowy (podejrzenie problemów psychiatrycznych). Kobieta ma poważną chorobę nerek, zaburzone ciśnienie krwi, jej ciąża jest zagrożona. Znajduje się w stanie głębokiego kryzysu psychicznego: przez większość spotkania płakała. Powinna

znajdować się w szpitalu położniczym, by podtrzymać ciążę. Wyszła, bo musi zająć się małymi dziećmi i chorym mężem. Ma kłopoty ze snem, a śpi z dwójką dzieci w jednym łóżku, co jest w jej obecnym stanie bardzo niewskazane. Mąż często krzyczy, też ma problemy ze snem. Kobieta dotychczas nie miała kontaktu z psychologiem (nie wiedziała, że przyjmuje w ośrodku). Nikt nie przetłumaczył jej epikryzy szpitalnej, nie rozmawiał o jej sytuacji.

6 osobowa rodzina: mąż, żona, czworo dzieci (niemowlę i troje w wieku 5-7 lat)

Mieszkają w pokoju o powierzchni około 19 m². Są w Polsce od 10 miesięcy. Jedną noc spędzili w Dębaku, potem mieszkali w ośrodku w Bezwoli. W Dębaku dorosłym pobrano krew, dzieci zbadano, lecz nie otrzymali żadnych informacji zwrotnych dotyczących wyniku badań krwi. W pokoju jest ciepła woda i dobre oświetlenie. Pokój jest wyposażony w podstawowe meble. Pościel i ręczniki są wymieniane raz w miesiącu, ale większość pościeli jest złej jakości, stara. Rodzina ta otrzymuje w sumie 810 złotych: dorośli po 70 zł i dwoje młodszych dzieci po 340 zł ekwiwalentu. Nie otrzymali funduszy na wyprawkę starszego dziecka do szkoły. Lekarstwa, jeśli znajdują się w aptece ośrodka są im wydawane, jeśli nie, to nie są kupowane lub refundowane. Jedno z dzieci cierpi na skrzywienie klatki piersiowej - skierowanie do ortopedy dostało dopiero na październik. Czytali informację o możliwości korzystania z pomocy psychologa, ale do tej pory osobiście nie zwracali się do niego, znają jednak innych, którzy z tej pomocy korzystają. Zadowoleni są z położenia ośrodka (blisko centrum), niezadowoleni z jedzenia i z tak małej ilości otrzymywanych pieniędzy.

8 osobowa rodzina, w skład której wchodzi: matka (samotna), 17-letnia dziewczynka na wózku inwalidzkim, czworo dzieci i synowa z dzieckiem.

Są w Polsce od 9. miesięcy, przed przyjazdem byli dwa dni w Dębaku. Tam dorosłym i siedemnastolatce zrobiono badania rtg klatki piersiowej, wszystkim pobrano krew. Jako rodzina otrzymują 1230 złotych (trzy ekwiwalenty dla dzieci 3 x 340 zł oraz trzy kieszonkowe dla dorosłych 3 x 70 zł). Synowa i jej dziecko są już pozbawieni świadczeń medycznych (nie mogą otrzymywać lekarstw i pomocy medycznej) oraz innych świadczeń socjalnych w ośrodku, ponieważ otrzymali decyzję (pobyt z ochroną) ponad dwa miesiące temu. **Do tej pory jednak nie dotarła do nich karta pobytu z Warszawy - dokument niezbędny do dopełnienia formalności dotyczących ubezpieczenia medycznego i możliwości ubiegania się o pomoc integracyjną. (Sytuację sprawdziliśmy u lekarza: dokumentacja medyczna tych osób już znajdowała się w archiwum. Lekarka potwierdziła, że osoby te nie mają już prawa do dalszych świadczeń medycznych w ośrodku.)** Co do wyżywienia – rodzina ta wolałaby otrzymywać surowy prowiant i gotować sama. Najstarsza córka (17lat) w wieku dwóch lat zachorowała na polio (jak twierdzi matka - po podaniu szczepionki). Matka twierdzi, że lekarka w ośrodku niewiele rozumie, jest niechętna do pomocy, wydaje te leki, które są, ale ponieważ nie ma wszystkich potrzebnych leków, rodzina jest zmuszona brakującą część sprowadzać z Rosji. Matka rzadko zwraca się do lekarza. Powinna korzystać z pomocy ginekologa, ale się wstydzi. Lekarze specjaliści nie tłumaczą diagnozy na język rosyjski, ona zaś nie korzysta z pomocy wolontariuszy, gdy idzie na wizyty do szpitala lub do przychodni dziecięcej. Gdy matka leżała w

szpitalu po zawale, nie mogła się z nikim porozumieć, bo nie było tłumacza. Wie, że w ośrodku przyjmuje pani psycholog, ale nie zwracała się do niej o pomoc.

5 osobowa rodzina: mąż, żona (w ciąży), 3 małych dzieci

Są w Polsce od 7 miesięcy, od 4 miesięcy w tym ośrodku. Przedtem w Bezwoli, ale że tam nie było szpitala, przenieśli się do Lublina. Matka w ósmym miesiącu ciąży, cierpi na bardzo niskie ciśnienie. Trzyletnia córka cierpi na niedobór wzrostu i wagi (84cm/11, 5 kg), jest chora na cukrzycę (poziom cukru 491!), leczona insuliną. Młodsze dzieci mają karty szczepień. Matka ma kartę ciąży, ale brak tam wpisów wagi i wyników analiz, ciąża jest zagrożona. Matka jednak zwolniła się ze szpitala, by zająć się młodszymi dziećmi. Lekarka prowadząca ją w szpitalu mówiła po rosyjsku, teraz jest na urlopie. Mąż (34 lata) niedawno miał atak serca, z pomocy kardiologa nie korzysta. Ekwiwalent w wysokości 340zł/miesięcznie na trzyletnią (chorą na cukrzycę) dziewczynkę nie wystarcza na jej dietę. Nie pomaga im nikt. Rodzina pochodzi z najbardziej niespokojnego okręgu górskiego Czeczenii, tym niemniej otrzymała odmowę udzielenia statusu uchodźcy, najprawdopodobniej dlatego, że w związku z chorobą córki bywała w Moskwie, gdzie leczono ją w szpitalu endokrynologicznym. Złożyli odwołanie, czekają na odpowiedź drugiej instancji. Ośmioletni syn cierpi na brak apetytu, na nogach ma egzemę, a proponowana tu maść nie pomaga. Mimo to lekarz z ośrodka nie skierował go do dermatologa.

Samotny młody mężczyzna, lat 23.

Mieszka w jednym pokoju z innym samotnym mężczyzną. Pochodzi z Czeczenii, w Polsce jest od 10 miesięcy. Przed przyjazdem do ośrodka jeden dzień był w Dębaku, tam pobrano mu krew, nikt jednak do tej pory nie poinformował go o wynikach analiz. Uciekł do Polski z powodu obawy przed wendetą: w wyniku wypadku samochodowego zginął człowiek, teraz grozi mu śmierć (zgodnie z – zdeformowanym w tym przypadku – obyczajem „zemsty krwi”). Dostał odmowę („negatyw”), odwołał się od niej, czeka na rezultat. Próbował prosić o świadczenia poza ośrodkiem, gdyż nawet w ośrodku czuje się zagrożony (pojawienie się tu kogoś z krewnych zmarłego jest dla niego zagrożeniem życia). Odmówiono mu. Ma kłopoty z żołądkiem, który od miesięcy bardzo go boli. Jeszcze w Czeczenii miał robione USG, po czym skierowano go na gastroscopię. Nie może porozumieć się z lekarzem. Wydaje mu się, że lekarz nie rozumie, gdy mówi, że w Czeczenii postawiono diagnozę taką jak *jazwa*, *gemorit*, *gastrit* (wrzody żołądka, zapalenie zatok, nieżyt żołądka). Lekarz rozumie terminy potoczne i grzecznościowe, ale nie rozumie terminów medycznych. Do tej pory dostaje tylko tabletki i krople do nosa, ale to nie pomaga. Nie zapisano mu diety ani ekwiwalentu za żywność. Nie otrzymał skierowania ani do gastroenterologa, ani do laryngologa.

Ojciec z synem w wieku lat 17.

Są Izydami z Gruzji, przyjechali do Polski 10 dni wcześniej. Dzień byli w Dębaku, tam pobrano im krew, rezultatów do tej pory nie znają. W Terespolu przez trzy dni siedzieli na krzesłach, potem 12 dni w ośrodku zamkniętym w Kętrzynie. Tam uczyli się polskiego. Syn skończył 8 klas, lecz - jak mówi ojciec: *tam nie dają się mu uczyć*. Pytał czy teraz mogą tu uczyć się języka polskiego (w ośrodku latem nie ma lekcji polskiego).

IX. ANALIZA PORÓWNAWCZA OPIEKI W BADANYCH OŚRODKACH

CZYNNIK LUDZKI

Bardzo **dużo zależy od postawy lekarzy**, ich sposobu komunikowania się z pacjentami i wrażliwość na ich potrzeby oraz odmiennosc. W identycznych ramach prawnych i organizacyjnych funkcjonowania służby zdrowia dla cudzoziemców ubiegających się o azyl, mieszkańcy różnych ośrodków mają skrajnie różne opinie o poszczególnych lekarzach. W ośrodku na Bielanych słyszeliśmy dużo pochwał i dobrych słów o pracującym tam doktorze Piotrze Hartmannie, w tym samym czasie w Linii bolesnym problemem mieszkańców były ich konflikty z pracującą tam lekarką. Cudzoziemcy czuli się głęboko urażeni jej postawą, słowami i działaniem. W stworzonym systemie prawnym mieszkańcy ośrodków często **nie mają wyboru lekarza pierwszego kontaktu** ani dla siebie, ani dla dzieci: niezwykle jest więc istotne, by zatrudniani lekarze byli nie tylko dobrymi specjalistami, ale też osobami otwartymi i wrażliwymi. Cudzoziemcy często powtarzali, że *lekarz przede wszystkim powinien być Człowiekiem, a dopiero potem lekarzem*.

BARIERY W DOSTĘPIE DO POMOCY MEDYCZNEJ

W poszczególnych ośrodkach istnieją różne bariery. W ośrodkach położonych z dala od miast i szpitali specjalistycznych cudzoziemcy najczęściej skarżyli się na kłopoty z dojazdem i wezwaniem karetki pogotowia. Tam też częściej skarżyli się na bariery językowe oraz przeszkody w szybkim otrzymywaniu zamówionych leków.

Tam, gdzie rzadko pojawia się lekarz pierwszego kontaktu (Moszna, Lublin) skarżono się na bariery organizacyjne, np. na to, że każda wizyta u specjalisty (nawet tego samego) musi być poprzedzona wizytą u lekarza w ośrodku po kolejne skierowanie. W przypadku kobiet w ciąży i mężczyzn - ofiar urazów wojennych – barierę stanowią różnice kulturowe związane z koniecznością udzielania pomocy specjalistycznej przez osobę tej samej płci. Bardzo istotnym elementem pomocy uchodźcom jest rozpoznanie tych specyficznych barier i dążenie do ich złagodzenia.

X. OPIS I ANALIZA PROBLEMÓW UJAWNIONYCH W TRAKCIE MONITORINGU

Nieadekwatna opieka nad kobietami w ciąży

We wszystkich ośrodkach kobiety skarżyły się na brak dostępu do kobiety ginekologa. Niektóre kobiety nawet godząc się na badanie przez mężczyznę czują się bardzo niezręcznie. Jest to dla większości z nich upokarzające doświadczenie, do którego rzadko przyznają się swym mężom (czasem kłamią mówiąc, że były badane przez kobietę). Nawet jeśli statystycznie duża część z nich chodzi do lekarza - mężczyzny, bardzo trudno jest im nawiązać z nim kontakt, mówić szczerze, co im dolega, zaufać prowadzenie ciąży aż do rozwiązania. Konieczne jest wprowadzenie zmian systemowych i szukanie dostępnych rozwiązań, by umożliwić muzułmańskim kobietom w ciąży dostęp do kobiet -ginekologów. Biorąc pod uwagę to, że obecnie 30% konsultacji specjalistycznych to ginekologia, być może warto wziąć pod uwagę sugestie wielu lekarzy pracujących w ośrodkach, doposażyć odpowiednio gabinety i zatrudnić kobiety tej specjalności wyposażone w przenośne USG, by raz w miesiącu odwiedzały ośrodki i przeprowadzały badania ginekologiczne. Prawdopodobnie mogłoby to nawet zredukować koszty transportu pokrywane przez UDSC. W związku z tym, że nie wszystkim kobietom w ciąży wystawiane są karty ciąży i wpisywane w nie badania oraz pomiary, być może warto zobowiązać kobiety z personelu medycznego (np. pielęgniarki) do sprawdzania, czy dokumentacja ciąży jest prowadzona.

Trudności w opiece nad noworodkami w ośrodkach

W żadnym ośrodku nie ma wizyt położnej, nie słyszeliśmy też o możliwości wzywania lekarza pediatry do domu w przypadku gorączkujących dzieci. Czasem ze względu na odległość do najbliższych zakontraktowanych szpitali matki jeżdżą dziesiątki kilometrów publicznym transportem, by swoje chore niemowlę pokazać specjalistce, dodatkowo tym samym narażając ich zdrowie. Budynki ośrodków stanowią trudne środowisko dla nowonarodzonych dzieci, matki najczęściej nie otrzymują becikowego i wyprawki, ani szczególnej pomocy w odpowiednim przygotowaniu pokoju. Większość ośrodków nie ma na wyposażeniu łóżeczek niemowlęcych, zmuszając tym samym matkę do spania w jednym łóżku i na jednej pościeli z niemowlęciem, a często i jego rodzeństwem.

Wiąże się to też z możliwymi zaniedbaniami i urazami u małych dzieci, w zatłoczonych pokojach, gdy nie są w kojcu ani zabezpieczonym łóżeczku mogą łatwiej spaść, oparzyć się, i t.d.. Nieuregulowana jest też kwestia pampersów. Wielkim wyzwaniem dla matek jest utrzymanie higieny dziecka, szczególnie, że sytuacja wszystkich ośrodków w zakresie organizacji prania i suszenia bielizny i ubrań pozostawia wiele do życzenia. 20 złotych kieszonkowego przeznaczonego na artykuły higieniczne dla matki wraz z 20 zł na ten cel dla dziecka ledwie starcza na kupienie jednej paczki pampersów na miesiąc, co oczywiście nie wystarcza, a przecież zarówno dziecko jak i matka w połogu potrzebują jeszcze innych artykułów higienicznych.

Zaniedbania w szczepieniach

We wszystkich ośrodkach matki skarżyły się, że dzieci (w wieku 0-3 lata), które przyjechały do Polski wraz z nimi, od czasu przyjazdu często nie miały robionych żadnych szczepień. Prowadząc wywiady indywidualne przeglądaliśmy całą posiadaną przez matki dokumentację medyczną dotyczącą dzieci, i rzeczywiście nie widzieliśmy ani książeczek szczepień, ani książeczek zdrowia małych dzieci, które nie były urodzone w Polsce.

Należy zmienić tę sytuację, a także ułatwić dostęp do szczepień tam, gdzie nie ma w pobliżu ośrodków zakontraktowanych punktów szczepień. Być może w tych przypadkach dobrym rozwiązaniem byłoby przygotowanie gabinetów w ośrodkach tak, by raz na jakiś czas odbywały się w nich szczepienia.

Bilanse rozwoju dziecka.

Nawet dzieci narodzone w Polsce często nie mają regularnie robionych bilansów i odpowiednich wpisów w książeczce zdrowia. Warto zbadać skąd pochodzi to zaniedbanie i zrobić wszystko, by je usunąć.

Dostępność pomocy psychologicznej, diagnostyki i terapii

Obecnie zatrudnionych jest 5 psychologów na ok. 20 ośrodków, czyli jeden psycholog przypada na średnio cztery ośrodki. Tak więc przeciętnie jedna osoba w ośrodku ma możliwość otrzymania konsultacji psychologicznej raz na dwa lata. Brak jest długoterminowej opieki psychologicznej i programów pracy z PTSD – jeden psycholog

przyjmujący raz w tygodniu, choć i najgenialniejszy, nie ma szans na prowadzenie takiej pracy. Niektóre miejsca, np. Grupa k. Grudziądzka, do tej pory nie mają zatrudnionego psychologa.

Psychologowie zatrudniani są na podstawie dyplomu ukończenia studiów magisterskich na kierunku psychologicznym oraz oświadczenia, że znają język rosyjski. Najczęściej zajmują się interwencjami doraźnymi, wsparciem psychologicznym tudzież poradnictwem. Nie ma zróżnicowania specjalności wśród psychologów, brak jest terapeutów, psychologów dziecięcych. Niejasna jest też kwestia diagnostyki psychologicznej przy użyciu narzędzi, oraz opiniowania. Niepokojąco mała jest też ilość skierowań do psychiatrii (rocznie 186 na całą Polskę, dla ok. 6500 osób pozostających w procedurze uchodźczej).

Potrzeba szkoleń dla personelu medycznego

Ani UDSC ani CSK MSWiA nie organizują dla zatrudnianych psychologów i lekarzy szkoleń dotyczących specyfiki pracy z osobami z innych kultur, ofiarami tortur, pacjentami z zespołem stresu pourazowego. Psychologowie zatrudniani są na umowy zlecenia, które nie zakładają obowiązku podwyższania swych kwalifikacji. Nie ma też rozwiązanej kwestii superwizji.

Brak również wykwalifikowanych pracowników socjalnych zajmujących się indywidualnie ludźmi. Rola ta więc spada właściwie jedynie na psychologów, czasem na personel medyczny. Bardzo możliwe, że mężczyźni – ofiary tortur i przemocy są pozbawieni pomocy psychologicznej i psychiatrycznej, ponieważ psychologami są prawie wyłącznie kobiety, co na ogół stanowi dla tych mężczyzn barierę.

Rozmawiając z matkami, (które najczęściej same były dziećmi, gdy wybuchła wojna) można zaobserwować niski poziom wiedzy na temat pielęgnacji i żywienia małych dzieci. Warto więc włączyć do programu działania psychoedukacyjne dla młodych matek.

Bariery językowe

Brak tłumaczy najbardziej odczuwalny jest w nagłych przypadkach, gdy sytuacja jest na tyle groźna, że przyjeżdża pogotowie - często nikt nie jest zobowiązany do tłumaczenia, osoby chore nie wiedzą, co się z nimi dzieje, rodzice chorego dziecka nie wiedzą, co dzieje się z ich dzieckiem. Dla wszystkich jest to bardzo trudna sytuacja. W szpitalach

brak jest formularzy w języku rosyjskim oraz tłumaczy, którzy mogliby pomóc uczynić konsultację zrozumiałą.

Kwestia ta nie jest w żaden sposób rozwiązana systemowo, a cała dostępna pomoc tłumaczy od lat opiera się wyłącznie na pracy wolontariuszy organizacji pozarządowych. We wszystkich ośrodkach, w których byliśmy osoby hospitalizowane w Polsce nie miały przetłumaczonych epikryz. Braki umiejętności językowych (również w zakresie terminologii medycznej) pociągają za sobą brak informacji, lub informację bardzo ograniczoną o diagnozie i prowadzonym leczeniu.

Bariery informacyjne

Wyniki badań epidemiologicznych i analiz pobieranych w Dębaku często nie są w ogóle komunikowane pacjentom, których dotyczą. Nie ma sprawnego systemu informowania zainteresowanych o wynikach przeprowadzonych badań, analiz i leczenia.

Brak adekwatnej opieki i wsparcia dla osób niepełnosprawnych w ośrodkach

Osoby niepełnosprawne nie są otoczone szczególną troską. Ich życie w ośrodkach jest bardzo trudne. To samo można powiedzieć o ich dostępie do lekarzy specjalistów i rehabilitantów. Ich pobyt w ośrodkach mógłby być dobrą szansą do otrzymania odpowiedniego wsparcia i pomocy w integracji z osobami zdrowymi. W rzeczywistości nieuregulowana kwestia związana z orzecznictwem o niepełnosprawności często blokuje możliwość otrzymania takiej pomocy. Pracownikom ośrodka brak czasu na indywidualne zaangażowanie, jakiego często wymaga sytuacja tych osób. W każdym z wizytowanych przez nas ośrodków pracownikom brak było czasu, a często też wiedzy z zakresu prawa i pomocy socjalnej, by wniknąć w indywidualną sytuację tych osób i pomóc im znaleźć adekwatną pomoc....

Przeprowadzone badanie ukazało nam także obszary dalekie od ochrony zdrowia, lecz również bardzo istotne dla cudzoziemców, których ze względu na dużą objętość tej publikacji nie będziemy tym razem przytaczać. Należy podkreślić, że pomimo słabych stron, dzięki wieloletniej pracy zespołu CSK MSWiA mamy dziś pewien system medyczny dla cudzoziemców, który w wielu obszarach działa sprawnie. W raporcie tym skupiliśmy się głównie na tych obszarach, gdzie wciąż potrzebne są zmiany.

Autorzy:

Elżbieta Czyż, Maciej Fagasiński, Agata Foryś, Maria Książak, Robert Naumiuk, Maryla Nowicka, Krzysztof Ostrowski, Jolanta Paruszkiewicz

Opracowanie raportu:

Maria Książak

Współpraca redakcyjna:

Krystyna Kurczab - Redlich

Zdjęcie na okładce:

Piotr Sadurski (Likwidacja przedszkola w obozie dla uchodźców w Inguszetii, 2003)

Nakład 100 egz. DRUK: Copyright © Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna, 2009

**Program monitoringu oraz niniejsza publikacja
są możliwe dzięki dofinansowaniu
Fundacji Batorego**



**FUNDACJA MIĘDZYNARODOWA INICJATYWA HUMANITARNA
jest organizacją pożytku publicznego – niech twój 1% pomoże komuś przeżyć**

W 2010 ROKU ZBIERAMY 1 % NA INTERWENCJE W KRYZYSIE

NASZ KRS: 0000130818

www.ihif.eu www.mih.org.pl ihipol@yahoo.com

