

RPO-742665-VII-720.3/13/MF

## **Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Domu Pomocy Społecznej w Suszu**

### **1. Wstęp**

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) (dalej: OPCAT) oraz działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 25 - 27 lipca 2013 r., do Domu Pomocy Społecznej w Suszu (zwanego dalej: DPS, Domem, placówka) przy ul. Hławskiej 42 udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej: KMP lub Mechanizmem): ekspert KMP - dr n. med. Joanna Żuchowska (specjalista chorób wewnętrznych), Małgorzata Molak (pedagog resocjalizacyjny), Magdalena Filipiak (prawnik, psycholog) oraz Marcin Kusy, Przemysław Kazimirski, Michał Kleszcz (prawnicy), a także ekspert KMP Paweł Jeziński – psycholog kliniczny. Ekspertyza została włączona w treść niniejszego Raportu.

Przedstawiciele KMP sprawdzili na miejscu sposób przestrzegania praw mieszkańców DPS, dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z panem Henrykiem Stańczykiem - dyrektorem placówki oraz z panią Lucyną Górnik – kierownik Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego;

- dokonano oglądu budynków mieszkalnych Domu, w tym: wybranych losowo pokoi, kaplicy, jadalni, sanitariatów, kuchenek pomocniczych, pracowni terapeutycznych, sali rehabilitacji;
  - przeprowadzono w czasie wizytacji pokoi i innych pomieszczeń rozmowy z mieszkańcami oraz pracownikami DPS;
  - przeprowadzono indywidualne rozmowy z losowo wybranymi mieszkańcami Domu;
  - poddano analizie wybraną dokumentację, dostępną na miejscu m.in.: książki raportów pielęgniarских, losowo wybrane akta osobowe mieszkańców, indywidualne programy wsparcia (dalej: IPWM), zeszyt skarg i wniosków, rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego w 2012 r. i 2013 r.
- W trakcie wizytacji sporządzono dokumentację fotograficzną.

Pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji poinformowali dyrektora DPS o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali jego uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki, w tym m.in.: zarządzenie nr 4/13 Starosty Iławskiego z dnia 11 stycznia 2013 r. w *sprawie ustalenia średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w domach pomocy społecznej na terenie powiatu iławskiego*, Sprawozdanie z dnia 20 lutego 2013 r. z kontroli przeprowadzonej w Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci, Młodzieży i Dorosłych Niepełnosprawnych Intellektualnie w Suszu przeprowadzonej przez SSR Tomasza Charzewskiego, decyzję Wojewody Warmińsko – Mazurskiego z dnia 12 listopada 2010 r., wystąpienie pokontrolne z dnia 13 grudnia 2013 r. z kontroli DPS przeprowadzonej przez zespół głównych specjalistów Warmińsko – Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie – zamiejscowych stanowisk pracy w delegaturze Urzędu w Elblągu, która była przeprowadzona w dniach 3,5,6,10,11 września 2012 r.

## **2. Charakterystyka placówki**

Dom Pomocy Społecznej w Suszu jest jednostką budżetową powiatu Iławskiego.

Dom jest koedukacyjną placówką stałego pobytu, przeznaczoną dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną. Dom dysponuje 90 miejscami. W czasie wizytacji mieszkało w nim 48 kobiet i dziewcząt oraz 42 mężczyzn i chłopców. W dniu 25 lipca 2013 r. w Domu ewidencyjnie przebywało 89 osób (1 osoba przebywała w Szpitalu w Olsztynie). Według informacji przekazanych przez dyrektora DPS ok. 70% mieszkańców Domu to są osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim. Około 20 mieszkańców DPS to osoby leżące.

### **3. Legalność pobytu**

Wśród mieszkańców Domu 2 osoby były umieszczone w nim na podstawie postanowienia sądu. Ponadto 82 mieszkańców było ubezwłasnowolnionych całkowicie.

Analiza losowo wybranych akt pensjonariuszy nie ujawniła nieprawidłowości w zakresie legalności pobytu i dysponowania środkami finansowymi tych mieszkańców.

### **4. Personel**

W DPS zatrudnionych jest 67 osób, w tym: 20 opiekunów (w tym 18 kobiet i 2 mężczyzn), 2 pracowników socjalnych, kierownik działu opiekuńczo-terapeutycznego, 3 instruktorów terapii zajęciowej, 6 pielęgniarek, fizjoterapeutka oraz 15 pokojowych (w tym 14 kobiet i 1 mężczyzna). Ponadto w czasie wizytacji w DPS pracowało 7 stażystów. Zgodnie z informacją przekazaną wizytującym przez dyrektora Domu, wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu opiekuńczo-terapeutycznego wraz ze stażystami wynosi 0,63 i jest zgodny z obowiązującymi przepisami prawa (§ 6 ust. 2 pkt 3 lit. d oraz § 6 ust. 2 pkt 3 lit. e rozporządzenia z dnia 23 sierpnia 2012 r. Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej [Dz. U. z 2012 r. poz. 964] [dalej: rozporządzenie]). Jak wynika z treści wystąpienia pokontrolnego z kontroli DPS przeprowadzonej przez zespół głównych specjalistów Warmińsko – Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie – zamiejscowych stanowisk pracy w delegaturze Urzędu w Elblągu,

wśród personelu DPS dziesięć osób zatrudnionych na stanowisku opiekuna nie posiadało minimalnych wymagań kwalifikacyjnych do zatrudnienia na zajmowanym stanowisku. Na skutek kontroli zalecono zatrudnienie na stanowisku opiekuna osoby spełniającej kwalifikacje oraz przedłożenie dyplomów ukończenia szkoły potwierdzających nabycie uprawnień do pracy na stanowisku opiekuna w DPS. Przedstawiciele KMP kierują do dyrektora placówki prośbę o udzielenie informacji o realizacji tych zaleceń.

Wśród personelu wykonującego zawód opiekuna jest tylko 2 mężczyzn, co – zważywszy na fakt, że w Domu mieszka 42 mężczyzn i chłopców – w ocenie przedstawicieli KMP stanowi liczbę niewystarczającą. W celu respektowania prawa mieszkańców do prywatności oraz intymności należy dążyć do zatrudnienia mężczyzn – opiekunów/pielęgniarzy. Jest to istotne, gdyż, przykładowo, w sytuacjach, gdy mieszkaniec nie chce, aby przy zabiegach higienicznych pomagała mu osoba przeciwnej płci, obowiązkiem personelu Domu jest zapewnienie mu pomocy pracownika tej samej płci. Warto w tym miejscu wskazać na Zasadę 14 Zasad ONZ na rzecz osób starszych: *Osoby starsze powinny mieć możliwość korzystania z praw człowieka i podstawowych swobód w trakcie przebywania w instytucjach zapewniających schronienie, opiekę lub pomoc medyczną, włączając w to pełne poszanowanie ich godności, przekonań, potrzeb i prywatności, a także prawa do decydowania o formie opieki i jakości życia.*

Z analizy dokumentacji wynika, że personel Domu w 2012 r. uczestniczył w szkoleniach, m. in.: „Indywidualny plan wsparcia oraz strategię aktywizacji mieszkańca DPS” (26 pracowników), „Działalność zespołu opiekuńczo-terapeutycznego w domu pomocy społecznej” (3 pracowników), „Prawa Mieszkańców DPS, kierunki prowadzonej terapii oraz metody pracy z mieszkańcami” (1 pracownik), „Funkcjonowanie osób niepełnosprawnych intelektualnie i chorych psychicznie w środowisku lokalnym, w tym zachowania seksualne. Metody i techniki stosowane w terapii osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnymi intelektualnie. Praca z klientem upośledzonym” (2 pracowników). Natomiast w 2013 r. pracownicy Domu wzięli udział w konferencji „Terapia zajęciowa – leczenie ciała i ducha” oraz

w szkoleniu informacyjnym „Partnerstwo dla gminy”. W związku z tym, że przedstawiciele KMP mają wątpliwości co do tego, iż w Domu realizowany jest obowiązek wynikający z przepisu § 6 ust. 2 pkt. 4 rozporządzenia, pracownicy Mechanizmu proszą dyrektora DPS o przedstawienie pisemnych wyjaśnień dotyczących uczestnictwa pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego co najmniej raz na dwa lata w organizowanych przez dyrektora domu szkoleniach na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji stoją na stanowisku, iż z uwagi na trudności wynikające z pracy w DPS (obciążenia, stres itp.), ważne jest przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, w związku z czym należy objąć personel szkoleniem w tym zakresie.

Przedstawiciele KMP oraz ekspert pragną zauważyć, iż w czasie wizytacji Dom nie współpracował z psychologiem. Warto podkreślić istotną rolę, jaką odgrywa pomoc psychologiczna w przeżywaniu i radzeniu sobie z emocjami, szczególnie wśród osób z niepełnosprawnościami. Można wskazać, że istnieje wiele form interwencji psychologicznych, które nie wymagają kontaktu werbalnego. Ponadto pracownicy Mechanizmu w tym miejscu wskazują na treść przepisu § 6 ust. 2 pkt. 2 rozporządzenia, zgodnie z którym „warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest zapewnienie mieszkańcom domu kontaktu z psychologiem (...)”. Przedstawiciele KMP zalecają zatrudnienie psychologa w placówce. Pomimo że, żaden przepis prawa nie precyzuje takiego wymogu, pracownicy KMP zwracają się do dyrektora Domu o rozważenie zatrudnienia w placówce oligofrenopedagoga, który nadzorowałby pracę osób zaangażowanych w obsługę mieszkańców domu i pracował z pensjonariuszami w sposób dostosowany do ich potrzeb. Nie ulega wątpliwości, iż zarówno szeroki przedział wiekowy mieszkańców jak i spektrum zaburzeń, z jakimi trafiają oni do Domu wymusza niejako podejmowanie zindywidualizowanych, niestandardowych form działania. Wsparcie oligofrenopedagoga może stanowić nieocenioną pomoc w codziennym funkcjonowaniu Domu. Warto wskazać, że w dniu 6 września 2012 r. Polska ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów

Zjednoczonych Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169) (dalej: Konwencja). Zgodnie z treścią przepisu art. 25 pkt b Konwencji Państwa-Strony uznają, iż osoby niepełnosprawne mają prawo do możliwie najwyższego standardu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Państwa-Strony podejmą właściwe kroki, aby zagwarantować osobom niepełnosprawnym dostęp do usług zdrowotnych z uwzględnieniem kwestii płci, w tym rehabilitację zdrowotną. W szczególności Państwa-Strony: (...) zapewnią usługi zdrowotne ukierunkowane na szczególne potrzeby osób niepełnosprawnych, w tym wczesne rozpoznanie i leczenie, oraz usługi ukierunkowane na minimalizowanie i zapobieganie niepełnosprawności, w tym wśród dzieci i osób w podeszłym wieku.

## 5. Traktowanie

W ocenie pracowników Mechanizmu atmosfera panująca w Domu w trakcie wizytacji była bardzo dobra. Wizytujący zwrócili szczególną uwagę na podejście personelu do mieszkańców, które było pełne ciepła, cierpliwości i zaangażowania. Mieszkańcy podczas rozmów z wizytującymi chwalili personel, a jego pracę ocenili bardzo pozytywnie.

Z informacji uzyskanych od mieszkańców Domu oraz personelu wynika, iż pensjonariusze są zaangażowani w wykonywanie prac w Domu, w tym pomagają w czynnościach przy innych mieszkańcach. Przykładowo służą pomocą przy ich przebieraniu, myciu, doprowadzaniu do łazienki. Przedstawiciele KMP zaznaczają, iż wyřęczanie personelu przez sprawnych podopiecznych w pracach pielęgnacyjnych przy innych mieszkańcach nie powinno mieć miejsca i należy natychmiast wyeliminować tego typu praktykę.

W DPS stosowany jest przymusu bezpośredni. W 2012 r. był on wykorzystywany 19 razy, natomiast w okresie od początku 2013 r. do dnia wizytacji był on zastosowany 50 razy. W placówce opracowana została procedura w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, której postanowienia zgodne są z treścią przepisu art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia

psychicznego (Dz. U. z 2011 r., nr 231, poz. 1375), (dalej: ustawa o zdrowiu psychicznym).

Wizytujący wskazują, że zgodnie z przepisem § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w *sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania środka przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania* (Dz. U. z 2012 r., poz. 740), (dalej: rozporządzenie o ś.p.b.) przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym. Jak wynika z relacji pracowników DPS, w placówce nie ma izolatki, w której osoba poddana unieruchomieniu mogłaby zostać odseparowana od pozostałych mieszkańców Domu. W praktyce, unieruchamiana osoba kładziona jest do łóżka usytuowanego w wieloosobowym pokoju znajdującym się nieopodal dyżurki pielęgniarek (nr 1/32). Łóżko, na którym kładziony jest unieruchamiany mieszkaniec, na co dzień należy do jednego z pensjonariuszy DPS. W razie konieczności zastosowania unieruchomienia mieszkańiec ów zmuszony jest do opuszczenia łóżka i przeniesienia się do łóżka pacjenta unieruchamianego. **Opisana praktyka wzbudza absolutny sprzeciw przedstawicieli KMP** i wymaga natychmiastowego zaprzestania. Zdaniem przedstawicieli KMP należy wyznaczyć izolatkę, gdzie stosowanie przymusu bezpośredniego nie naruszałoby godności i poczucia intymności żadnego z mieszkańców. Jeśli nie jest to możliwe, to należy wskazać, że w myśl przepisu § 7 ust. 2 rozporządzenia o ś.p.b. „przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób”.

Analiza dokumentacji dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego („książki raportów pielęgniarskich”, „rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego”, „kart zastosowania unieruchomienia lub izolacji” oraz „zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego”) prowadzi do konkluzji, że jest ona prowadzona przejrzysto. Niemniej jednak, przedstawiciele KMP wnieśli w tej materii następujące zastrzeżenia. Nie na wszystkich „zawiadomieniach o zastosowaniu przymusu bezpośredniego” podana została godzina zakończenia jego

stosowania. Ujawniono dwa przypadki stosowania środków przymusu bezpośredniego (dalej: ś. p. b.) ponad 4 godziny bez decyzji o jego przedłużeniu (użyty w dniu

r. wobec w godz. -- oraz w dniu

r. wobec w godz. – ). Opisane przypadki

stanowią naruszenie przepisu § 4 ust. 1 rozporządzenia o ś.p.b. Uwagę wizytujących zwrócił wpis dotyczący środków przymusu zastosowanych wobec

w dniu r. Przymus zastosowano dwukrotnie w ciągu jednego dnia.

Pierwszy raz przymus bezpośredni stosowano od godz. do , a następnie zastosowano wobec niej przymus bezpośredni od godz. do uznając go za przedłużenie stosowania pierwszego ś.p.b. Przedstawiciele KMP nie mają wątpliwości, że w takim przypadku należy każdorazowe zastosowanie ś.p.b. traktować oddzielnie.

Zastrzeżenia przedstawicieli KMP wzbudziły odnalezione wśród dokumentacji puste druki „kart zastosowania unieruchomienia lub izolacji”, które świadczą o tym, że lekarz zatwierdza *in blanco* zastosowanie przymusu bezpośredniego. Zdaniem przedstawicieli KMP opisana praktyka jest niedopuszczalna i nie znajduje uzasadnienia w świetle obowiązujących przepisów, dlatego zalecają zaprzestanie jej stosowania.

Kolejna kwestia, którą podnoszą przedstawiciele KMP, to przesłanki trzykrotnego zastosowania ś.p.b. wobec mieszkańca Domu w dniach: , i r. Uzasadnienie stosowania unieruchomienia stanowiło: podanie płynów, przetoczenie płynów. W tym miejscu przedstawiciele KMP przypominają, że zgodnie z treścią przepisu art. 18 ust. 1 ustawy o zdrowiu psychicznym *przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:*

1) *dopuszczają się zamachu przeciwko:*

a) *życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub*

b) *bezpieczeństwu powszechnemu, lub*

2) *w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub*



3) *poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.*

Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić w opisanym przypadku bezpodstawne stosowanie ś.p.b. Wymienione przez przedstawicieli KMP uchybienia należy wyeliminować i w tym celu pracownicy Mechanizmu zalecają zorganizowanie szkoleń z zakresu stosowania ś.p.b. dla personelu Domu.

Zgodnie z informacjami przedstawionymi przez dyrektora Domu, w analizowanym okresie nie doszło w DPS do wydarzeń nadzwyczajnych. Coś innego wynika z relacji personelu, bowiem doszło do oddalenia się mieszkanki Domu. Została ona odnaleziona przez pracowników placówki.

Z informacji przekazanych wizytujących wynika, że w okresie od 2012 r. do dnia wizytacji nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne czy karne wobec pracowników Domu.

## **6. Dyscyplinowanie**

Z rozmów z personelem placówki wynika, że nie stosuje się tam kar.

Podczas rozmów z wizytującymi niektórzy mieszkańcy wskazywali na następujące rodzaje kar stosowanych w Domu: zakaz picia kawy oraz zakaz opuszczania placówki. Natomiast jeden z pracowników wspomniał, że czasem w ramach kary są odbierane przywileje mieszkańcom. W tym miejscu przedstawiciele KMP przypominają, iż kwestia wymierzania kar pozostaje w ścisłym związku z konstytucyjnymi prawami i wolnościami jednostki. Stosownie do art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. Wobec powyższego, w aktualnym stanie prawnym brak jest podstawy prawnej upoważniającej pracowników domów pomocy społecznej do stosowania wobec mieszkańców domów środków dyscyplinarnych. Przedstawiciele Mechanizmu zalecają przeprowadzenie

postępowania wyjaśniającego w tej kwestii przez dyrektora, a w przypadku potwierdzenia praktyki stosowania kar przez personel wyeliminowanie tej praktyki.

## **7. Prawo do ochrony zdrowia**

Informacji na temat opieki medycznej sprawowanej nad mieszkańcami Domu udzielały przedstawicielce KMP dyżurne pielęgniarki. Zespół pielęgniarski liczy 6 osób, a jego praca odbywa się w systemie 8-godzinnym (w następujących przedziałach czasu: 6.00-14.00, 14.00-22.00, 22.00-6.00).

Pielęgniarki zajmują się m. in.: wykonywaniem wstrzyknień, kontrolą ciśnienia i poziomu cukru we krwi (w przypadku osoby chorej na cukrzycę), rozkładaniem i roznoszeniem leków (jeśli mieszkaniec ma trudności w połykaniu podaje się leki rozpuszczone), pomocą we wszelkich zabiegach higienicznych, sprawdzaniem stanu uzębienia etc. Do obowiązków pielęgniarek należy również wypełnianie kwestionariuszy takich jak: jednorazowa ocena stanu psychicznego i przedmiotowego oraz ocena opieki pielęgniarskiej wg. skali Barthel (powtarzana corocznie). Nie prowadzi się bilansu rocznego mieszkańców DPS.

Szczepienia obowiązkowe leżą w gestii pielęgniarek środowiskowych poradni w Suszu. Corocznie wszyscy mieszkańcy są szczepieni przeciwko grypie. Koszty tego zabiegu są niewielkie i zostają one pokryte z dochodu mieszkańców.

Na terenie placówki nie wydzielono izolatki chorych. W razie, gdy zachodzi taka potrzeba, mieszkańcy z danej sali są przenoszeni do innych pokoi.

Mieszkańcy znajdują się pod opieką lekarza rodzinnego zatrudnionego w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Unimed” w Suszu oraz psychiatry z Poradni Zdrowia Psychicznego w Prabutach (współpracującego na podstawie umowy zlecenie). Psychiatra przyjeżdża do placówki jeden raz w tygodniu. Ponadto pojawia się w Domu w razie potrzeby (na wezwanie). Mieszkańcy DPS są dowożeni do poradni, gdzie przyjmuje ich lekarz rodzinny. Zdarza się, że lekarz sporadycznie przyjeżdża także na wizyty do Domu.

Na konsultacje dermatologiczne pacjenci dowożeni są do Kwidzyna, natomiast na konsultacje: endokrynologiczne, chirurgiczne, ortopedyczne, okulistyczne oraz innych specjalności do Iławy. Neurolog przyjmuje w Iławie,

czasem przyjeżdża do Domu. Od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia wizytacji odbyło się 5 konsultacji ginekologicznych. Konsultacje i leczenie stomatologiczne w znieczuleniu odbywa się w Olsztynie. Pielęgniarka koordynująca asystuje lekarzom przy wizytach oraz zazwyczaj jeździ na konsultacje z mieszkańcami DPS.

Recepty odbiera pracownik apteki, leki oraz indywidualne faktury dostarczone są następnego dnia. Leki wraz z dawkowaniem wpisywane są, dla każdego pacjenta, do książki zleceń oraz na tacach i roznoszone dwa lub trzy razy dziennie, zależnie od zlecenia. W szafce aptecznej wszystkie przejrzone leki miały odpowiedni termin ważności.

Analiza raportów pielęgniarskich prowadzi do wniosku, że są one prowadzone dokładnie, opisywane jest w nich każde pogorszenie czy zmiana w stanie zdrowia, podanie dodatkowych leków (np. w napadzie padaczki czy znacznym pobudzeniu), jeśli jest na to zlecenie lekarskie.

Każdy z mieszkańców ma założoną teczkę, w której znajdują się: kwestionariusze, dokumentacja lekarza rodzinnego, ewentualnie karty informacyjne ze szpitali, wyniki badań. W osobnej teczce przechowywana jest dokumentacja lekarza psychiatry.

Analiza dokumentacji lekarskiej wykazała, że dokumentacja lekarza rodzinnego i psychiatryczna w prawie wszystkich historiach chorób poza lakonicznymi notatkami ogranicza się do powtarzania leków. Z dokumentacji tej nie wynika, aby pacjenci byli objęci kompleksową opieką lekarza internisty lub psychiatry, czy gdy jest to uzasadnione lekarza specjalisty. Szczególną uwagę eksperta zwrócił przypadek mieszkanki (data ur. r., przyjęcie do DPS w dniu r.), u której rozpoznano

. W dokumentacji widnieje lakoniczny wpis lekarza psychiatry z dnia r. "od kilku dni agresywna". Poza tym wpisem i powtarzaniem leków z dokumentacji nie wynika, aby pacjentka była objęta opieką lekarza psychiatry lub lekarza internisty. Jak wynika z relacji pielęgniarek, w r. nastąpiła hospitalizacja mieszkanki z powodu "zasłabnięć". Rozpoznano wtedy u niej

i . W r. nastąpił napad , na skutek czego zlecono leki i jest to jedyny wpis internisty w dokumentacji tej pacjentki. W czasie wizytacji KMP pacjentka przyjmowała z powodu (rozpoznanie szpitalne) . Kontrola zaplanowana jest na

r. Niemniej jednak nie podlega wątpliwości, że mieszkanka cierpiąca na opisane dolegliwości powinna być poddana systematycznej opiece , niezależnie od kontroli parametrów zaplanowanej na r.

Ponadto należy odnieść się również do kwestii opieki stomatologicznej. Ocena stanu uzębienia mieszkańców jest prowadzona przez pielęgniarki w trakcie mycia zębów. Kontrola stomatologiczna winna być prowadzona przez stomatologów, w ramach systematycznej profilaktyki, co służyć ma razie takiej potrzeby rozpoczęciu wczesnego leczenia, a nie dopuszczeniu do konieczności ekstrakcji.

Przedstawiciele Mechanizmu wskazują, iż obowiązek otoczenia mieszkańców DPS prawidłową i rzetelną opieką medyczną poza tym, iż jest obowiązkiem etycznym lekarza, wynika również z przepisów prawa. Zgodnie z treścią przepisu art. 58 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r., Nr 64, poz. 593 ze zm.) dom pomocy społecznej umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów. Przepis art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 ze zm., dalej: Konstytucja RP) stanowi *każdy ma prawo do ochrony zdrowia.* Warto też wskazać na dwa kolejne przepisy wynikające z wymienionego artykułu Konstytucji RP. W myśl treści przepisu art. 68 ust. 2 zd. 1 Konstytucji RP *obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.* Natomiast w odniesieniu do mieszkańców Domu kluczowe znaczenie ma treść przepisu art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, zgodnie z którym: *Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.* Warto w tym miejscu wyjść poza spektrum praw podmiotowych należnych jednostce i wskazać

konkretne przepisy ustaw regulujących pracę lekarzy. W pierwszej kolejności należy przytoczyć treść przepisu art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634) *Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.* Warto podnieść, iż zgodnie z treścią przepisu art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159) *Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych.*

Należy powołać się w tym miejscu również na przepis art. 25 pkt a Konwencji Państwa-Strony uznają, iż osoby niepełnosprawne mają prawo do możliwie najwyższego standardu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. *Państwa-Strony podejmą właściwe kroki, aby zagwarantować osobom niepełnosprawnym dostęp do usług zdrowotnych z uwzględnieniem kwestii płci, w tym rehabilitację zdrowotną. W szczególności Państwa-Strony (...) Zagwarantują osobom niepełnosprawnym taki sam zakres, jakość i standard bezpłatnej lub przystępnej cenowo opieki medycznej i programów zdrowotnych, jak innym obywatelom, w tym w obszarze zdrowia seksualnego i związanego z rozrodczością oraz programów zdrowia publicznego*

Wobec powyższego przedstawiciele KMP zalecają zapewnienie mieszkańcom DPS rzeczywistej opieki internistycznej, psychiatrycznej oraz stomatologicznej.

## **8. Prawo do informacji**

Zgodnie z procedurą przyjmowania nowych mieszkańców do Domu Pomocy Społecznej w Suszu, podczas przyjęcia pensjonariusza do DPS obecni są pracownik socjalny oraz opiekun dyżurny. Nowy mieszkaniec zostaje zapoznany z topografią Domu przez wyznaczonego opiekuna, który pomaga również przy

rozpakowaniu rzeczy osobistych. Pracownik socjalny sporządza kwestionariusz osobowy mieszkańca, zapoznaje z Regulaminem Mieszkańców, informuje o odpłatności za pobyt, odnotowuje adresy najbliższej rodziny, z którą należy się kontaktować w razie potrzeby (choroba, informacje o samopoczuciu, zgon, itp.).  
Następuje także poinformowanie mieszkańca o działalności Domu i możliwościach realizacji praktyk religijnych. Warto wskazać, iż powyższa procedura przewiduje, że pracownik socjalny zasięga opinii mieszkańca na temat wrażeń z pierwszych dni pobytu w Domu. W razie braku akceptacji nowego otoczenia, bądź innych konfliktów niezwłocznie podejmowane są próby adaptacji nowoprzybyłego mieszkańca do środowiska. Przez pierwszy miesiąc pobytu roztaczana jest nad nim dyskretna opieka w celu jak najszybszej jego aklimatyzacji.

Podczas rozmów z wizytującymi, mieszkańcy nie potrafili wymienić swoich praw i obowiązków, co może świadczyć o ich nieznajomości. W związku z tym, przedstawiciele KMP zalecają stałe przypominanie o nich w czasie codziennej pracy z mieszkańcami Domu, w sposób dostosowany do możliwości intelektualnych każdego z mieszkańców.

Zgodnie z treścią postanowienia § 24 regulaminu organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej w Suszu, skargi i wnioski rozpatruje dyrektor. W tej sprawie przyjmuje on interesantów w poniedziałki w godz. 14:00 – 15:30.

Na tablicy informacyjnej znajdującej się na parterze budynku umieszczono regulamin DPS. W Domu nie została opracowana broszura informacyjna na temat zasad pobytu w DPS. Przedstawiciele KMP zalecają wywiesić informacje o prawach mieszkańca i zasadach pobytu w placówce w miejscach ogólnodostępnych na każdym z oddziałów. Ponadto zalecają umieścić wykaz danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka i opracować broszurę informacyjną dostosowaną do możliwości poznawczych pensjonariuszy np. za pomocą systemu obrazkowego.

## 9. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

Z informacji przedstawionych przez personel placówki wynika, że osoby nieubezważnowolnione mogą samodzielnie opuszczać Dom, zgłaszając przed wyjściem ten fakt w dyżurce pielęgniarek. Natomiast osoby ubezważnowolnione opuszczają teren placówki pod nadzorem. Przedstawiciele KMP, rozumiejąc troskę personelu placówki o los jej mieszkańców, podkreślają, iż fakt ubezważnowolnienia nie stanowi podstawy prawnej do ograniczania wolności osobistej mieszkańca DPS w sferze jego kontaktów ze światem zewnętrznym. Ponadto warto w tym miejscu wskazać na postulat podniesiony przez T. Kamińskiego, którego zdaniem domy pomocy społecznej powinny być instytucją otwartą, funkcjonującą m.in. zgodnie z zasadą otwarcia na zewnątrz, czyli umożliwienia kontaktu mieszkańców ze światem zewnętrznym<sup>1</sup>. Dzięki otwarciu się domów pomocy społecznej na świat zewnętrzny możliwe jest zredukowanie negatywnych konsekwencji pobytu w zinstytucjonalizowanym środowisku<sup>2</sup>. Dlatego też przedstawiciele KMP zalecają, aby umożliwić mieszkańcom Domu, niezależnie od ich sytuacji prawnej, samodzielne opuszczanie placówki. Jednocześnie należy wskazać, iż **jedynie stan psychofizyczny stwierdzony przez lekarza jako zagrażający zdrowiu lub życiu własnemu bądź osób trzecich może stanowić przesłankę do nieopuszczania DPS lub opieki nad mieszkańcem sprawowanej przez pracownika DPS podczas spacerów poza terenem placówki.**

Na terenie Domu wyodrębniono pokój gościnny, w którym pensjonariusze mogą przyjmować samodzielnie odwiedzających ich gości. W razie potrzeby goście odwiedzający mieszkańców mogą tam przenocować. Ponadto odwiedziny mogą się odbywać w pokojach pensjonariuszy. Z informacji uzyskanych od personelu placówki wynika, że zainteresowanie rodzin odwiedzaniem pensjonariuszy jest bardzo małe (rodziny utrzymują kontakt tylko z ok. 10% mieszkańców). W celu motywowania rodzin do pogłębiania więzi z mieszkańcami domu w DPS organizowane są tzw. „pikniki rodzinne”.

---

<sup>1</sup> Zob. T. Kamiński, *Domy pomocy społecznej w procesie przemian*, [w:] (red.) W. Walc, B. Szulc, I. Marczykowska, *Opieka i pomoc społeczna wobec wyzwań współczesności*, Rzeszów: 2008, s. 292-293.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

Na terenie placówki znajduje się samoinkasujący aparat telefoniczny. Karty telefoniczne mieszkańcy dostają od personelu bez ustalonego z góry limitu, stosowanie do potrzeb. Ponadto można mieć własny telefon komórkowy. Mieszkańcy w trakcie rozmów indywidualnych potwierdzili, że w placówce nie jest ograniczana ich możliwość kontaktowania się ze światem zewnętrznym za pomocą telefonu.

Korespondencja – co do zasady - roznoszona jest mieszkańcom przez pracownika socjalnego.

### **10. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne**

Po przyjęciu nowych mieszkańców Domu są dla nich ustalane Indywidualne Plany Wsparcia Mieszkańca (dalej: IPWM). IPWM zawiera: cele, formy i sposoby ich realizacji. Opisywany jest stan aktualny przyjmowanego: fizyczny i psychiczny. Podczas przyjmowania zbierane są podstawowe informacje o osobie przyjmowanej. Gromadzi się również dane o rodzinie, dotychczasowym środowisku, funkcjonowaniu społecznym, samodzielności. Wywiad zawarty w IPWM jest opisany mało szczegółowo. Jednakże z rozmów z personelem wynika, iż znają oni bardzo dobrze swoich podopiecznych. Niemniej jednak, prowadzenie szczegółowej dokumentacji stanowi warunek konieczny, pozwalający weryfikować indywidualne postępy mieszkańca domu wraz z upływem czasu. Plan tworzy Zespół opiekuńczo-terapeutyczny, a podlega on weryfikacji w okresie półrocznym. Sprawdzane zostają postępy w zakresie realizacji dotychczasowych oraz ustalane nowe cele lub modyfikacja istniejących.

Co miesiąc jest dokonywany wpis o aktualnej sytuacji pensjonariusza. Jak zauważył ekspert KMP, plany i cele ustalane dla pensjonariuszy zazwyczaj nie zmieniają się. Analiza losowo wybranych IPWM wskazuje, że przy celach ustalonych na rok 2012, dopisany jest po prostu rok 2013. Zdaniem eksperta oraz przedstawicieli Mechanizmu należy zalecić, aby wpisy oraz cele i ich ocena były bardziej dokładne. Ekspert KMP podnosi, że chociaż personel zna osiągnięcia lub ich brak oraz orientuje się w aktualnym stanie mieszkańca DPS, to jednak dla osoby, która chce się zapoznać z funkcjonowaniem mieszkańca, takie wpisy są



mało czytelne. Kolejną nieścisłość, jaką zauważył ekspert KMP jest fakt, że dla mieszkańca [redacted] osobą pierwszego kontaktu jest [redacted] a podpisy jako osoba pierwszego kontaktu obecnie składa [redacted]. Jak wskazuje ekspert Krajowego Mechanizmu Prewencji, w opisanym przypadku jest niejasne, kto jest osobą pierwszego kontaktu dla tego mieszkańca. Ponadto IPWM przygotowany dla mieszkańca [redacted] zawiera ostatni wpis z roku 2010 r. Ekspert KMP dostrzegł, że w teczce mieszkańca [redacted] znajdowała się opinia z badania psychologicznego. Z opisywanej opinii nie wynika ani kto przeprowadził badania, ani kiedy i gdzie przeprowadził owe badanie. W związku z wystąpieniem opisanych powyżej nieścisłości ekspert KMP wraz z reprezentantami Mechanizmu zalecają staranne wypełnianie i aktualizowanie danych w teczkach osobowych mieszkańców.

Rehabilitacją w Domu zajmuje się jedna fizjoterapeutka. Mieszkańcom placówki oferowane są różnorodne zajęcia: fizykoterapia, kinezyterapia, hydroterapia, terapia rozluźniająca i relaksacyjna. Dodatkowo dla mieszkańców organizowane są zajęcia gimnastyczne indywidualne i grupowe, ćwiczenia przyłózkowe oraz gimnastyka oddechowa. Ta różnorodność form pracy wymaga podkreślenia i pozytywnej oceny przedstawicieli Mechanizmu. Problem stanowi jednak, w ocenie pracowników i eksperta KMP, tylko 1 etat osoby posiadającej kompetencje do rehabilitowania mieszkańców i przez to niesienia im pomocy w tym zakresie. Z rozmów wynika, że świadczenia rehabilitacyjne są skracane, by można było pomóc większej liczbie mieszkańców. Fizjoterapeutka średnio pomaga ponad 20 osobom dziennie, co jest dużym obciążeniem i niekorzystnie wpływa na jakość pomocy udzielanej mieszkańcom. Dlatego też przedstawiciele KMP zalecają pozyskanie do pracy w Domu co najmniej jeszcze jednego rehabilitanta lub fizjoterapeuty, by zwiększyć ilość oddziaływań rehabilitacyjnych. Jest to tym bardziej zasadne, że zgodnie z treścią przepisu § 5 ust. 1 pkt. 3 lit. b rozporządzenia, każdy dom, niezależnie od jego typu, świadczy usługi wspomagające, polegające m.in. na podnoszeniu sprawności mieszkańców.

Program terapii zajęciowej jest prowadzony przez trzech terapeutów zajęciowych. Obecnie terapia zajęciowa odbywa się w dwóch salach, a trzecie

pomieszczenie służące do tego celu było w czasie wizytacji przygotowywane do użytku. Zajęcia terapii zajęciowej odbywają się w grupach 5 lub 6 osobowych. Oferowane są w przeważającej mierze zajęcia plastyczno-dziewiarskie. Jak zwrócił uwagę ekspert KMP warto byłoby wprowadzić inne oddziaływania w ramach terapii zajęciowej, pamiętając o dostosowaniu ich do poziomu niepełnosprawności mieszkańców.

Ekspert KMP wskazuje, iż w celu poszerzenia oferty zajęć dla mieszkańców Domu warto jest rozważyć podjęcie współpracy z osobami, które zajmują się formami oddziaływań adekwatnymi dla osób przebywających w DPS. Mogą to być np. DMT – psychoterapia ruchem i tańcem, dogoterapia. Ponadto ekspert KMP rekomenduje nawiązanie współpracy na zasadzie wymiany doświadczeń z innymi tego typu placówkami oraz szkolenia w nowych formach oddziaływań oraz doskonalenie już istniejącego warsztatu terapeutycznego. W opinii eksperta KMP zasadnym jest przeszkolenie osób z personelu i wprowadzenia do planu oddziaływań stymulacji bazalnej, która u osób z dużymi deficytami rozwojowymi ułatwia rozwój świadomości własnej egzystencji.

Zdaniem eksperta KMP na wyraźny wzrost efektywności pracy zespołu terapeutycznego może wpłynąć zapewnienie superwizji.

Część mieszkańców wyjeżdża na warsztaty terapii zajęciowej organizowane zewnętrznie, poza obszarem DPS. Do zakwalifikowania się do tej formy zajęć potrzebne jest stwierdzenie: wysokiej funkcjonalności i dobre zorganizowanie uczestnika. Warsztaty mają na celu przygotowanie do ewentualnego podjęcia pracy zarobkowej (jeden z mieszkańców jest dowożony na warsztaty stolarskie).

Z DPS współpracują wolontariusze, jednak jak zauważył ekspert KMP, nie zostali oni w przeważającej większości przeszkoleni w obszarze umiejętności pomagania. Tym samym nie można bazować na ich pomocy budując program oddziaływań. Niemniej jednak, stanowią oni cenne wsparcie w codziennym funkcjonowaniu Domu, np. zabierając pensjonariuszy na spacer. Zdaniem eksperta KMP warto w miarę możliwości starać się o wolontariuszy, którzy posiadają kwalifikacje do pomagania osobom niepełnosprawnym.

W DPS wcześniej istniała sala doświadczania świata. Obecnie elementy jej wyposażenia znajdują się w różnych miejscach w budynku i nie są w pełni wykorzystywane. Zarówno ekspert KMP jak i przedstawiciele Mechanizmu zalecają stworzenie takiej sali (sali do doświadczeń polisensorycznych). Jak wskazuje ekspert KMP, jeśli ze względów lokalowych nie będzie możliwe zrealizowanie tego zalecenia, należy przynajmniej wyeksponować elementy polisensoryczne na korytarzach lub w innych ogólnie dostępnych miejscach.

Kierownik działu opiekuńczo-terapeutycznego poinformowała o planie stworzenia ogródka, którym mogliby się opiekować mieszkańcy DPS.

Oferta imprez okolicznościowych i kulturalno-oświatowych organizowanych dla mieszkańców Domu jest bogata. W 2012 r. odbyło się 28 imprez, między innymi: wycieczki, zabawy okolicznościowe, igrzyska paraolimpijskie, teatrzyki. W 2013 r. do czerwca odbyło się 8 wydarzeń kulturalno-oświatowych. Z rozmowy z mieszkańcami wynika, że bardzo im się podoba program zajęć i są z niego zadowoleni. Pracownik socjalny wskazał, że pomysły mieszkańców Domu zostają rozpatrzone w zakresie organizowania im czasu, np. wyjazdów do Iławy.

## **11. Warunki bytowe**

Dom jest położony nad jeziorem Suskim, w pięknej, pełnej zieleni okolicy. Budynek otoczony jest dużym ogrodem. Zgodnie z przekazanymi wizytującym informacjami, w najbliższym czasie planowane jest zagospodarowanie terenu zielonego wokół Domu. W czasie wizytacji teren ten był zaniedbany. W ogrodzie znajdowały się ławeczki, boisko z zainstalowaną tablicą do koszykówki, drewniana altanka. Wymienione elementy wymagają jednak odnowienia. Przedstawiciele KMP zalecają podjęcie prac mających na celu zagospodarowanie terenu zielonego wokół budynku Domu.

Budynek został wyposażony w windę dostosowaną do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną. Zgodnie z informacją podaną wizytującym, osoby mające trudności z poruszaniem się mogą samodzielnie albo z pomocą personelu przemieszczać się pomiędzy piętrami. Wątpliwości pracowników

Mechanizmu wzbudziło zastawienie dojścia do windy, jakie przedstawiciele KMP zauważyli w sali dziennego pobytu znajdującej się na III piętrze budynku. W tym miejscu reprezentanci KMP przypominają, że nie powinno się ograniczać wolności mieszkańców DPS w zakresie ich kontaktów z innymi mieszkańcami Domu. Warto wskazać na treść przepisu § 5 ust. 1 pkt. 3 lit. e rozporządzenie o dps, placówka ma świadczyć usługi w zakresie wspomaganie mieszkańców w nawiązywaniu, utrzymywaniu i rozwijaniu kontaktu z rodziną i społecznością lokalną.

W każdym oddziale znajduje się przynajmniej jedna sala dziennego pobytu. Wszystkie były wyposażone w podobny sposób. Znajdowały się w nich sprzęt RTV oraz kanapy i materace, a także m.in.: klocki, gry planszowe.

Warto podkreślić, że pokoje mieszkańców zostały urządzone w sposób estetyczny, panował w nich porządek. Każdy z pokoi został ozdobiony obrazkami i rzeczami osobistymi mieszkańców, co sprawia, że panuje w nich miła atmosfera. Do dyspozycji pensjonariuszy są pokoje jedno-, dwu-, trzy- oraz czteroosobowe. Niektóre meble znajdujące się w pokojach pensjonariuszy są zamykane na klucz. Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu zalecają, aby każdy mieszkaniec Domu miał możliwość zamknąć na klucz szafkę z rzeczami osobistymi.

Wątpliwości wizytujących wzbudził fakt, iż system przyzywowy został zainstalowany jedynie na korytarzach i w dyżurce. Zdaniem przedstawicieli KMP system ten powinien służyć mieszkańcom, którzy w razie takiej potrzeby, mogą dzięki niemu wezwać personel w nagłych przypadkach np. zagrożenia zdrowia lub życia. Wobec powyższego zalecane jest wyposażenie pokoi mieszkańców w instalację przyzywową.

W niektórych oknach budynku zainstalowane były zabezpieczenia w oknach (kraty, siatki). Pracownicy Domu poinformowali wizytujących, że są one umieszczone w oknach ze względów bezpieczeństwa. W tym miejscu przedstawiciele KMP sugerują rozważenie możliwości zapewnienia mieszkańcom domu bezpieczeństwa przy użyciu innych środków. Zdaniem pracowników Mechanizmu opisane zabezpieczenia budzą negatywne skojarzenia

z uwięzieniem. Tymczasem dom pomocy społecznej jest placówką opiekuńczą, a nie instytucją o charakterze represyjnym.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudziły pomieszczenia sanitarne. Łazienki przeznaczone dla mieszkańców nie są – w opinii wizytujących – w pełni dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wprawdzie przy toaletach znajdowały się uchwyty. Jednakże, aby osoba z niepełnosprawnością fizyczną mogła samodzielnie korzystać z infrastruktury, powinny zostać w nich zainstalowane poręcze. Pozwalają one na podźwignięcie ciężaru ciała i przemieszczenie się z wózka na sedes.

Ponadto w tym miejscu warto wskazać, iż wszystkie prysznice były zabudowane brodzikiem, co uniemożliwia samodzielne branie kąpieli osobom poruszającym się na wózku. Przedstawiciele KMP zalecają dostosowanie pomieszczeń placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami tak, aby umożliwić mieszkańcom samodzielne funkcjonowanie. W pierwszej kolejności należy przywołać przepis § 6 ust. 1 pkt. 4 lit. b rozporządzenia, zgodnie z którego treścią dom uznaje się za spełniający warunki, jeżeli w łazienki i toalety są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Warto również zaznaczyć, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475), osoby niepełnosprawne mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Nadto zgodnie z treścią Konwencji należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził brak zasłonek przy części stanowisk prysznicowych, a więc niezapewnienie intymności kąpiącym. Ponadto zerwane były deski klozetowe niektórych toalet. Pracownicy placówki poinformowali wizytujących, że mieszkańcy stale zrywają te elementy. Przedstawiciele KMP zalecają zamontowanie wymienionego sprzętu oraz stałe jego uzupełnianie w razie potrzeby.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zwrócili uwagę, że w niektórych łazienkach brakowało środków higieny osobistej, w związku z czym

zalecają systematyczne uzupełnianie brakujących środków higieny osobistej w łazienkach.

W Domu wydawane są mieszkańcom 4 posiłki w ciągu dnia: śniadanie o godz. 7:00 – 9:00, obiad o godz. 12:00 – 14:00, podwieczorek o godz. 16:00 – 16:30 oraz kolacja o godz. 18:00 – 20:00. Poza dietą podstawową, w placówce mieszkańcy korzystają z diety m. in.: bezglutenowej, wątrobowej. Pensjonariusze mogą liczyć na poczęstunek pomiędzy posiłkami. Na terenie każdego oddziału zorganizowano kuchenkę podręczną, w której poza drobnym poczęstunkiem, mieszkańcy mogą wypić napoje ciepłe. Ponadto w każdym oddziale znajduje się jadalnia.

Na parterze Domu, poza oddziałem III męskim, usytuowane są ogólnodostępne pomieszczenia: kaplica, gabinet medycznej pomocy doraźnej oraz sale terapii zajęciowej, sala rehabilitacyjna. Sale terapii zajęciowej znajdowały się w części budynku okrytego pleksą. W czasie wizytacji w pomieszczeniach tych było duszno.

Pościel prana jest na miejscu w Domu, w zorganizowanej na potrzeby placówki, znajdującym się w piwnicy pomieszczeniu pralni. Mieszkańcy mogą także skorzystać z usług szwalni. Z relacji pracowników wynika, że pościel w Domu wymieniana jest bardzo często, zdarza się, że czasem nawet kilka razy w ciągu dnia.

Mieszkańcy mogą palić papierosy jedynie na zewnątrz budynku. W tym miejscu przedstawiciele KMP wskazują, iż zgodnie z przepisem § 6 ust. 1 pkt 2 lit. h rozporządzenia, dom pomocy społecznej można uznać za spełniający warunki, jeśli znajduje się w nim palarnia, o ile wśród mieszkańców domu są osoby palące. W związku z powyższym pracownicy Mechanizmu zalecają wygospodarowanie palarni na terenie Domu.

Koszt pobytu mieszkańca w placówce został ustalony na podstawie zarządzenia nr 4/13 Starosty Iławskiego z dnia 11 stycznia 2013 r. i wynosi 3 249 zł miesięcznie.

## **12. Prawo do praktyk religijnych**

Rozmowy z mieszkańcami DPS wskazują, iż w placówce przestrzegane jest prawo do praktyk religijnych. Msze święte odbywają się w placówce w środy, piątki oraz niedziele. Ponadto ksiądz w razie potrzeby realizuje indywidualnie posługi kapłańskie w pokojach mieszkańców.

## **13. Zalecenia**

I. Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji dyrektorowi placówki zalecają:

1. zaprzestanie dotychczasowej praktyki stosowania środka przymusu bezpośredniego opisanej w pkt 5 raportu;
2. przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego w kwestii stosowania kar przez pracowników Domu, a w przypadku potwierdzenia praktyki stosowania kar przez personel wyeliminowanie tej praktyki;
3. zapewnienie mieszkańcom opieki internistycznej, psychiatrycznej oraz stomatologicznej;
4. zaprzestanie wykorzystywania mieszkańców w pracach higieniczno-pielęgniarskich przy innych podopiecznych;
5. umożliwienie mieszkańcom Domu, niezależnie od ich sytuacji prawnej, opuszczanie placówki zgodnie z wytycznymi wskazanymi w pkt 9 niniejszego raportu;
6. poszerzenie oferty szkoleniowej dla personelu Domu o warsztaty na temat przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz stosowania środków przymusu bezpośredniego;
7. systematyczne przypominanie mieszkańcom Domu o przysługującym im prawach i zasadach pobytu w placówce w języku dostosowanym do poziomu intelektualnego każdego z mieszkańców;
8. opracowanie broszury informacyjnej dostosowanej do możliwości poznawczych mieszkańców;

9. wywieszenie informacji o prawach mieszkańca i zasadach pobytu w placówce wraz z wykazem adresów instytucji stojących na straży praw człowieka w miejscach ogólnodostępnych na każdym z oddziałów;
10. rozważenie nawiązania współpracy z ekspertem w dziedzinie pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną (oligofrenopedagogiem);
11. podejmowanie działań w celu zatrudnienia opiekunów płci męskiej;
12. staranne wypełnianie i aktualizowanie danych w teczkach mieszkańców;
13. pozyskanie do pracy w Domu co najmniej jeszcze jednego rehabilitanta lub fizjoterapeutę;
14. poszerzenie oferty zajęć terapii zajęciowej;
15. wyposażenie placówki w elementy polisensoryczne;
16. rozważenie wprowadzenia rekomendacji eksperta KMP opisanych w pkt 10 raportu;
17. realizowanie prac zagospodarowania przestrzeni wokół Domu;
18. wyposażenie pokoi mieszkańców w szafki zamykane na klucz;
19. wyposażenie pokoi mieszkańców w system przyzywowy;
20. dostosowanie pomieszczeń placówki (szczególnie sanitariatów) do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną;
21. zainstalowanie przesłonek nad stanowiskami prysznicowymi;
22. uzupełnianie środków higienicznych w pomieszczeniach sanitarnych;
23. zorganizowanie palarni na terenie DPS.

## **II. Organowi prowadzącemu:**

1. zapewnienie Domowi Pomocy Społecznej w Suszu środków finansowych koniecznych do realizacji zadań wymagających wsparcia finansowego (planowanych prac remontowych, wyposażenie Domu w elementy polisensoryczne, zatrudnienia psychologa, zatrudnienia fizjoterapeuty/rehabilitanta oraz przeprowadzenie szkoleń dla pracowników Domu wymienionych w zaleceniach nr 5 i 16).