

Warszawa, dnia 7 lipca 2015 r.

KMP.575.17.2015.JJ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej przy ul. Sierakowskiego 65 w Łodzi
(wyciąg)**

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 na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, dnia 31 marca 2015 r. do Domu Pomocy Społecznej przy ul. Sierakowskiego w Łodzi (zwanego dalej: dps, domem, placówką) udali się przedstawiciele Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (zwanego dalej: KMP lub Mechanizmem): dr Justyna Józwiak (socjolog, politolog w zakresie resocjalizacji), Marcin Kusy, Rafał Kulas i Wojciech Sadownik (prawnicy). W wizytacji wzięła również udział ekspert KMP – Jolanta Paszko (lekarz psychiatra). Wyniki ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

Działając jako Krajowy Mechanizm Prewencji, pracownicy Biura RPO sprawdzili na miejscu stan 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 Grażyną Biernacką - dyrektorem placówki;
- dokonano oglądu budynku domu, w tym m.in.: pokoi mieszkańców, pokoi lekarskich i pielęgniarskich, sanitariatów, świetlic, sal lekcyjnych i terapii zajęciowej;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z mieszkańcami w warunkach wyłączających obecność osób trzecich;

- poddano analizie wybraną dokumentację, dostępną na miejscu m.in.: książki raportów opiekunów, akta osobowe mieszkańców.

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

W trakcie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano dokumenty związane z funkcjonowaniem placówki.

2. Charakterystyka placówki

Wizytowany dom jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej Miasta Łodzi. Nadzór nad działalnością domu sprawuje Prezydent Miasta Łodzi za pośrednictwem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi. Placówka przeznaczona jest dla 49 dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie w stopniu znacznym i głębokim.

Dom działa na podstawie zezwolenia wydanego na czas nieokreślony przez Wojewodę Łódzkiego z dnia 23 lutego 2010 r. nr PS.III.9013/20/09/2010.

3. Legalność pobytu

W dniu wizytacji w placówce mieszkało 48 pensjonariuszy, w tym 26 mężczyzn. W domu przebywały zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe. Najmłodsza osoba miała 14 lat, zaś najstarsza 62. Wśród wszystkich mieszkańców 20 umieszczonych było na mocy postanowienia sądu. Liczba osób całkowicie ubezwłasnowolnionych wynosiła 42, natomiast częściowo ubezwłasnowolnionych – 2. W przypadku 2 mieszkańców toczy się postępowanie sądowe o ich ubezwłasnowolnienie całkowite i przyznanie im opiekuna prawnego. Ponadto w placówce przebywały 2 osoby poniżej 18 r. ż. Jedna z nich miała wyznaczonego opiekuna prawnego, zaś druga kuratora do spraw majątkowych. W 18 przypadkach opiekunami prawnymi mieszkańców byli pracownicy wizytowanego domu.

Analiza akt mieszkańców nie ujawniła nieprawidłowości w zakresie legalności pobytu oraz dysponowania środkami finansowymi osób ubezwłasnowolnionych.

4. Personel

W skład zespołu terapeutyczno – opiekuńczego wchodził m.in.: dyrektor, starsza pielęgniarka koordynująca pracę pielęgniarek (1 etat), 9 pielęgniarek (5,13 etatu), kierownik

sekcji opiekunek (1 etat), 25 opiekunek (23,5 etatów), psycholog (1 etat), 3 masażyści (1,5 etatu), starszy terapeuta (1 etat), psycholog-terapeuta (1 etat), oraz 4 pokojowe (3 etaty). Łącznie zespół liczy 47 osób (39,13 etatów). Zgodnie z informacjami przekazanych przez dyrektora dps dyżur trwa 12 godzin, a w jego skład wchodzi: pokojowa, pielęgniarka oraz 2 opiekunów.

Pracownicy dps w ciągu ostatnich 2 lat przeszli szkolenia dotyczące m.in.: reprezentacji prawnej osoby z autyzmem lub upośledzeniem umysłowym, ubezwłasnowolnienia całkowitego i częściowego w świetle polskiego prawa cywilnego, zachowań trudnych i zakłócających u dzieci upośledzonych umysłowo, wartości terapii ruchowej dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną na terenie dps, metod pracy z osobami głęboko upośledzonymi, terapii zajęciowej prowadzonej na terenie dps, metody Weroniki Sherborne w pracy z dziećmi upośledzonymi w stopniu głębokim. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w *sprawie domów pomocy społecznej* nakłada na pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego obowiązek uczestniczenia 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. Ponieważ w ciągu ostatnich dwóch lat szkolenia organizowane w placówce nie zawierały tematyki praw mieszkańców, przedstawiciele KMP zalecają, aby ofertę szkoleniową poszerzyć o wyżej wymienione.

Ponadto ekspert KMP zaznaczył, że biorąc pod uwagę typ domu wskazane jest prowadzenie regularnych szkoleń wewnętrznych i w razie potrzeby zewnętrznych dotyczących pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie - z uwzględnieniem zasad stosowania przymusu bezpośredniego oraz pierwszej pomocy medycznej. Dyrektor placówki poinformowała, iż takie szkolenie odbyło się niezwłocznie po wizytacji przedstawicieli KMP. Nadesłana w tej sprawie dokumentacja informuje, że w szkoleniu, które odbyło się 10.04.2015 r. wzięli udział wszyscy pracownicy. Każdy z nich potwierdził ponadto podpisem zapoznanie się rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 r. w *sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania zasadności jego stosowania* (Dz. U. poz. 740).

Dyrektor dps poinformowała także, że 8.05.2015 r. przeprowadzono szkolenie dla pracowników domu (wszystkich opiekunów i pracowników terapii zajęciowej) dotyczące wypalenia zawodowego, co potwierdziła nadesłana dokumentacja.

W latach 2013 – 2014 r. nie toczyły się postępowania dyscyplinarne ani sądowe w stosunku do członków personelu placówki.

5. Traktowanie

Podczas wizytacji przedstawiciele KMP nie dostrzegli przypadków niewłaściwego traktowania mieszkańców.

W dps prowadzony jest rejestr stosowania przymusu bezpośredniego. Podczas wizytacji nie został on jednak udostępniony wizytującym (personel nie mógł go odnaleźć). Został on przekazany przedstawicielom KMP dopiero po wizytacji. W związku z powyższym ekspert KMP analizowała tę kwestię na podstawie udostępnionych w gabinecie zabiegowym kart stosowania przymusu bezpośredniego. Opierając się na tej dokumentacji, ekspert KMP ustaliła, że w 2014 r. karty stosowania przymusu bezpośredniego założono u pięciu mieszkańców. Z analizy tych kart wynika, że były to krótkotrwałe okresy unieruchomienia (np. 3 godz. i 30 min, 2 godz. 15 min.). W dostępnych kartach była prowadzona okresowa kontrola stanu pacjenta.

Dokumentacja w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego ujawniła następujące uchybienia:

- brak zgłoszenia o zastosowaniu przymusu do lekarza wyznaczonego przez marszałka wojewódzkiego w przypadku *dane osobowe usunięto* (zabezpieczony kaftanem w dniu 19.03.2014 r.);

- brak karty zabezpieczenia *dane osobowe usunięto* przy zastosowaniu przymusu, o którym mowa w raportach opiekunów z dnia 28/29.12.2014 r.;

- brak wypełnionej karty zabezpieczenia w przypadku *dane osobowe usunięto* z dnia 15.03.2015 r. (zabezpieczony pasem);

- brak wypełnionej karty zabezpieczenia w przypadku *dane osobowe usunięto* z dnia 16.03.2015 r. (przebywał w izolatce).

W dniu wizytacji ekspert KMP zaobserwowała ponadto, że jeden mieszkaniec (*dane osobowe usunięto*) był zabezpieczony pasami, leżał w łóżku, cały przykryty kołdrą. Z obserwacji wynikało, że mieszkaniec sam zarzuca sobie kołdrę na głowę, pomimo zabezpieczenia pasami. Zabezpieczenie w tym dniu miało miejsce od godziny 8.30. Karta zabezpieczenia założona została u pielęgniarki. Inna osoba miała założony kask na głowę (*dane osobowe usunięto*). Poza tym, ekspert KMP zaobserwowała, że w trakcie obiadu jeden z mieszkańców był przywiązany do fotela pasem (*dane osobowe usunięto*) bez zlecenia

zastosowania przymusu bezpośredniego; zaś mieszkanka *dane osobowe usunięto* była przywiązana pasem w wózku. Na głowę miała założony pas zrobiony z rajstop – również bez zlecenia zastosowania przymusu bezpośredniego.

Z wyjaśnień personelu wynika, że *dane osobowe usunięto* jest po operacji, dlatego też zabezpieczony był pasami, by się nie przewrócił. Z kolei *dane osobowe usunięto* sama domaga się zabezpieczenia. Podobnie jak *dane osobowe usunięto*, która miała kask na głowie i chce, żeby zakładać jej również kaftan. Z wyjaśnień tych wynika zatem, że niektórzy mieszkańcy są zabezpieczani pasami, żeby nie stała się im krzywda, w chwili gdy opiekunki zajęte są karmieniem i pielęgnacją innych osób.

W ocenie ekspert KMP stosowanie przymusu bezpośredniego w wizytowanej placówce wskazuje na wiele uchybień. Błędną praktyką jest stosowanie przymusu bezpośredniego przez personel bez wymaganego zlecenia i prowadzenia rzetelnej dokumentacji. W rezultacie nie są spełnione przepisy art. 18 ust. 2-3,8, 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.). Zdaniem ekspert KMP przy rzetelnym odnotowywaniu okoliczności i czasu trwania przymusu bezpośredniego u poszczególnych mieszkańców, może wynikać konieczność modyfikacji, np. w zakresie leczenia lub organizacji opieki, czy innych oddziaływań wobec poszczególnych mieszkańców.

Ponadto stosowany w okresie od stycznia 2015 r. do dnia wizytacji przymus bezpośredni, nie został odnotowany w rejestrze przymusu bezpośredniego. Przedstawiciele KMP podkreślają także, że do stosowania przymusu nie mogą być używane prowizorycznie zrobione do tego celu pasy (jak w przypadku *dane osobowe usunięto*), lecz specjalistyczne środki.

6. Dyscyplinowanie

Na podstawie zebranych w toku wizytacji informacji, przedstawiciele KMP nie stwierdzili, aby w placówce występowała praktyka wymierzania mieszkańcom domu kar.

7. Prawo do ochrony zdrowia

Ekspert KMP dokonała oceny opieki lekarskiej mieszkańców.

Z jej ustaleń wynika, że mieszkańcy objęci są opieką lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej z poradni, która znajduje się w sąsiedztwie dps. Wizyty lekarskie odbywają się minimum raz w tygodniu na terenie dps. W razie potrzeby częstotliwość wizyt jest częstsza,

dostosowana do potrzeb mieszkańca. Mieszkańcy, którzy biorą leki przewlekle, badani są przez lekarza przy wypisywaniu kolejnych recept. Pozostałe badania prowadzone są w razie potrzeby wynikającej ze zmian w stanie zdrowia. Z kolei badania kontrolne odbywają się co trzy miesiące.

Konsultacje neurologa zamawiane są w razie potrzeby i odbywają się w domu. Mieszkańcy korzystają z wizyt także u innych specjalistów, np.: ortopedy, dermatologa, ginekologa. Konsultacje odbywają się w ramach wizyt domowych w dps lub mieszkańcy są dowożeni. Dwóch mieszkańców jest pod opieką Poradni Żywienia Dojelitowego. Zabiegi stomatologiczne odbywają się Centrum Stomatologii i na ogół wykonywane są w znieczuleniu ogólnym.

Wszyscy mieszkańcy objęci są opieką psychiatryczną PZP przy ul. Aleksandrowskiej 159 w Łodzi. Dokumentacja lekarska znajduje się w PZP. Dom współpracuje z jednym psychiatrą, który przyjmuje w dps trzy razy w tygodniu. Z uwagi na fakt, że większość mieszkańców jest niepełnosprawna fizycznie (nie poruszają się samodzielnie), możliwość wizyt psychiatry w dps jest korzystna.

Ze względu na głęboki stopień niepełnosprawności mieszkańcy nie są w stanie zrozumieć sytuacji, w jakiej się znajdują. W imieniu mieszkańców informacje na temat stosowanej farmakoterapii mogą od lekarzy leczących otrzymać opiekunowie prawni lub faktyczni.

Gabinet pielęgniarski/zabiegowy wyposażony jest w podstawowy sprzęt medyczny typu ciśnieniomierz, glukometr, termometry, ssak, waga, pompy do żywienia dojelitowego. Znajduje się też przygotowana taca z lekami do reanimacji (przeciwwstrząsowa). Dla pielęgniarek dostępna jest lista leków, które mogą podać bez zlecenia lekarza.

Wyposażenie dotyczące podstawowego sprzętu medycznego i leków ekspert KMP oceniła jako wystarczające i dostosowane do aktualnych potrzeb mieszkańców.

W dniu, w którym odbywała się wizytacja KMP, była jedna pielęgniarka. Z obserwacji pracy personelu w dps oraz potrzeb mieszkańców zasadne jest, żeby w ciągu dnia pracy były dwie pielęgniarki.

Ekspert KMP przeanalizowała dokumentację medyczną dostępną w dps. Ze sporządzonej opinii wynika, że mieszkańcy mają prowadzone karty zleceń lekarskich, w których wpisywane są zalecane leki. Na podstawie tych kart pielęgniarki wydają leki dla poszczególnych mieszkańców. Analizując karty epileptyczne ekspert dostrzegła, że w opisach postępowania pielęgniarskiego był wpis o podaniu diazepam, zaś w karcie zleceń lekarskich

nie było wypisanego tego leku (dotyczy to mieszkańca *dane osobowe usunięto*). U innych mieszkańców, u których rozpoznana jest padaczka, leki były wpisywane do doraźnego podawania, w razie wystąpienia napadu padaczki.

8. Prawo do informacji

W placówce w ogólnodostępnym miejscu (tablica korkowa na korytarzu) wywieszono są Prawa i Obowiązki Mieszkańców, Regulamin Porządkowy określający szczegółowe zasady funkcjonowania domu, informacje o godzinach przyjęć lekarskich oraz wydawaniu posiłków.

Reprezentanci Mechanizmu zalecają uzupełnienie tych informacji o wykaz danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka. Wśród adresów instytucji, do których mieszkańcy mogliby zwrócić się w sytuacji naruszenia ich praw wizytujący proponują umieścić Rzecznika Praw Obywatelskich [wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676, działającej w godzinach 10.00 – 18.00 (poniedziałki) i 8.00 – 16.00 (wtorek-piątek)], Rzecznika Praw Pacjenta, sędziego rodzinnego, czy Helsińską Fundację Praw Człowieka.

Nowi mieszkańcy przyjmowani są przez pracownika socjalnego lub inną wyznaczoną przez dyrektora osobę. Mieszkańcy informowani są o możliwości wyboru pracownika pierwszego kontaktu, a następnie są obejmowani programem adaptacyjnym. Przy przyjęciu mieszkańcy są ponadto zapoznawani z regulaminami i zarządzeniami obowiązującymi w domu.

Z ustaleń poczynionych przez wizytujących wynika, że dowody osobiste mieszkańcy mogą wg własnego życzenia mieć przy sobie lub oddać do depozytu placówki. Jednakże w sytuacji pozostawienia dowodu w depozycie placówki winno być odebrane pisemne oświadczenie mieszkańca lub jego opiekuna prawnego o wyrażeniu zgody na dokonanie takiej czynności. W tym miejscu należy wskazać, iż art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych (Dz. U. z 2010 r. Nr 167, poz. 1131 ze zm.) typizuje zatrzymanie dowodu osobistego bez podstawy prawnej jako wykroczenie. Zgodnie jednak z wykładnią dokonaną przez Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 9 grudnia 2010 roku o sygnaturze II AKa 397/10 znamiona wykroczenia z art. 79 pkt 2 ustawy o dowodach osobistych polegającego na zatrzymaniu cudzego dowodu osobistego nie są wypełnione, jeżeli wejście w posiadanie dowodu nastąpiło za akceptacją i przyzwoleniem osoby uprawnionej. Biorąc pod uwagę powyższe przedstawiciele KMP zalecają każdorazowe

odbieranie zgody mieszkańca lub jego opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionego na przechowywanie dowodu osobistego.

9. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

W wizytowanej placówce możliwość samodzielnego opuszczania domu uzależniona jest od stanu psycho-fizycznego mieszkańca. Nie odnotowano przypadków stosowania zakazu wyjścia z powodu sytuacji prawnej pensjonariusza. Jednakże z uwagi na stan większości mieszkańców (niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym i głębokim) nie są oni zdolni do samodzielnego poruszania się. W związku z tym wszelkie wyjścia na zewnątrz domu organizowane są w asyście pracowników, w celu zapewnienia bezpieczeństwa. Przed budynkiem znajduje się ogród sensoryczny, w którym mieszkańcy spędzają czas na świeżym powietrzu, jeśli warunki pogodowe na to pozwalają.

Podopieczni domu mogą być odwiedzani przez rodziny lub znajomych codziennie w godz. 10⁰⁰ - 18⁰⁰. Osoby odwiedzające zobowiązane są każdorazowo wpisywać wizyty w zeszyt, który znajduje się w portierni. Odwiedziny odbywają się w holu, pokoju mieszkańca lub pokoju gościnnym.

Mieszkańcy mogą spędzać również czas poza domem u swoich rodzin, które wyrażą chęć opieki nad nimi w tym okresie.

W domu jest nieograniczony dostęp do telewizji, nie ma również ograniczeń dotyczących rozmów telefonicznych, czy wysyłanej korespondencji.

Z rozmów z personelem wynika, że w placówce jest dobra reakcja na potrzeby mieszkańców. Dyrektor domu stara się tak organizować pracę personelu, aby zapewnić odwiedziny i opiekę w sytuacji, gdy któryś z mieszkańców przebywa w szpitalu. Ma to na celu zapewnienie wsparcia mieszkańcom podczas hospitalizacji. W ocenie przedstawicieli KMP jest to dobra i zasadna praktyka, biorąc pod uwagę poziom funkcjonowania mieszkańców, którzy w większości nie mówią i wymagają stałej opieki.

10. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Zgodnie z ustaleniami ekspert KMP, w domu zatrudnionych jest dwóch psychologów na cały etat, jednakże jeden z nich jest terapeutą zajęciowym. Psycholog prowadzi zajęcia zarówno indywidualne, jak i dla kilku osób. Terapia ma na celu stymulację mieszkańców, pobudzanie w zakresie odbierania zmysłowego i aktywności ruchowej. Prowadzona jest m.in. terapia poprzez czytanie książek, bajek, muzykoterapia, terapia przez śpiew, różne zabawy. W gabinecie psychologa znajdowało się dużo

przyborów do pracy z mieszkańcami. Co miesiąc psycholog sporządza raport z pracy z poszczególnymi mieszkańcami. Drugi psycholog i dodatkowo zatrudniony terapeuta zajęciowy prowadzą zajęcia niezależnie.

Każdy z mieszkańców ma prowadzoną teczkę z opracowanym indywidualnym planem wspierania. Prowadzona jest także okresowa ocena postępów oraz aktualizacja oddziaływań. W trakcie wizytacji przedstawiciele KMP, poszczególni pracownicy realizowali zajęcia z mieszkańcami. Ich przebieg nie budził zastrzeżeń przedstawiciele Mechanizmu.

W placówce zatrudnionych jest także 3 masażyści (w sumie 1, 5 etatu). Pracują oni w zróżnicowanych godzinach, również w weekendy.

Oferta zajęć kulturalno-oświatowych, rehabilitacyjnych i terapeutycznych jest urozmaicona i odpowiednio dostosowana do możliwości mieszkańców. Instruktor kulturalno-oświatowy i terapeuci zajęciowi organizują regularne spotkania z mieszkańcami w pracowniach. W latach 2014-2015 organizowane były liczne zabawy okolicznościowe i świąteczne (np. Sylwester, Ostatki, Walentynki, Dzień Kobiet, Dzień Dziecka, etc.). Mieszkańcy zachęceni są do wykonywania samodzielnie kartek okolicznościowych oraz ozdób świątecznych. Poza tym wspólnie z innymi domami organizowane są imprezy integracyjne. Na dużą uwagę zasługuje oferta wyjazdów i wycieczek. Mieszkańcy mieli możliwość wziąć udział m.in. w wycieczce do ZOO, parku botanicznego, w spacerach do parków miejskich, turnusach rehabilitacyjnych, a także w wyjściach na lodowisko. W 2015 r. prowadzona była ponadto dogoterapia. Miłym zwyczajem jest także obchodzenie urodzin podopiecznych.

Poza tym 19 podopiecznych objętych jest obowiązkiem szkolnym. W celu jego prawidłowego realizowania dom podpisał porozumienie z Zespołem Szkół Specjalnych nr 2 na ul. Karolewskiej, w wyniku którego do domu przejeżdżają nauczyciele i prowadzą z mieszkańcami zajęcia.

Przedstawiciele KMP nie mieli uwag co do oferty zajęć kulturalno-oświatowych i terapeutycznych.

11. Warunki bytowe

Warunki bytowe panujące w domu należy ocenić jako dobre. W placówce znajdują się 3 oddziały mieszkalne, w których znajdują się pokoje mieszkalne i sanitariaty. Do dyspozycji mieszkańców pozostają głównie pokoje 2- i 3- osobowe oraz dwa pokoje 4-osobowe.

Wszystkie wyposażone były w odpowiednią liczbę łóżek, szaf, stołów, szafek nocnych. Pomieszczenia te utrzymane były w należytym porządku, panował w nich przyjemny zapach. Poza tym nadano im indywidualny charakter poprzez udekorowanie ścian, np. plakatami czy zdjęciami.

Posiłki dla mieszkańców przygotowywane są przez firmę cateringową. Osoby mające problemy z gryzieniem i połykaniem otrzymują posiłki rozdrabniane (oddzielnie zmiksowane pierwsze i drugie danie).

Kąpiel odbywa się w ogólnodostępnych sanitariatach wyposażonych w sprzęt ułatwiający kąpiel osobom mniej sprawnym, np. w wanny z podnośnikami. W dniu wizytacji panowała w nich czystość i porządek. Każdy z mieszkańców wyposażony został w środki higieny osobistej. Ponadto przedstawiciele KMP zwrócili uwagę na fakt, że wszyscy mieszkańcy byli ubrani w czystą, właściwą do pory roku odzież.

Na oddziałach znajdują się także świetlice, w których prowadzone są zajęcia z mieszkańcami. Wyposażone były w meble i telewizor oraz zabawki i materiały do ćwiczeń.

W placówce wyodrębniono także sale lekcyjne oraz pomieszczenia do prowadzenia terapii zajęciowej. Mimo ich niewielkiego metrażu zostały odpowiednio urządzone i dostosowane do konkretnych zajęć.

Na terenie domu mieści się pomieszczenie służące jako izolatka. Nie spełnia jednak ono wymogów zawartych w § 8 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). Jest to pomieszczenie, którego ściany zostały wyłożone miękkim materiałem, jednakże pozostałe wyposażenie nie gwarantuje zabezpieczenia przed uszkodzeniem ciała. Ponadto nie zostało ono wyposażone w kamerę monitoringu. Przedstawiciele KMP zalecają dostosowanie izolatki do wymogów zawartych w wyżej wymienionym rozporządzeniu.

12. Sytuacja osób z niepełnosprawnością

Kwestia przystosowania obiektów użyteczności publicznej oraz placówek takich jak m.in. domy pomocy społecznej pozostaje w szczególnym zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich. Zgodnie bowiem 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, Polska w dniu 6 września 2012 roku ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 r. przez Zgromadzenie

Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169). Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Zarówno wymieniona Karta, jak i Konwencja dotyczą również osób, które zostały umieszczone w dps.

Większość mieszkańców wizytowanego domu porusza się na wózkach inwalidzkich. Placówka w dużej mierze pozbawiona jest barier architektonicznych (posiada szerokie, bezprogowe drzwi, poręcze na korytarzach, łóżka ze specjalnymi zabezpieczeniami, windę, podjazdy). Nie można jednak mówić o pełnym jej dostosowaniu do potrzeb osób z niepełnosprawnością, gdyż nie mogą oni samodzielnie korzystać np. z niektórych toalet (brak swobodnego dostępu do muszli klozetowej z uwagi na usytuowanie miski ustępowej na podeście), wychodzić na balkon (próg powyżej 2 cm). Przy niektórych umywalkach brak jest poręczy lub zamontowane są w zbyt dużej odległości, także wysokość niektórych misek ustępowych jest za duża (80 cm, a powinno 45-50 cm). Przy najbliższych modernizacjach należałoby także uwzględnić możliwość zamontowania aparatów telefonicznych, luster i włączników światła, tak, aby mogły je osiągnąć osoby korzystające z wózków inwalidzkich.

Eksperti zewnętrzeni KMP, reprezentujący Fundację Polska Bez Barier promującą zmiany, które włączą osoby z niepełnosprawnościami w główny nurt życia społecznego i kulturalnego, ustalili standardy planowania dostępności, optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMP. Według tych zasad wskazane byłoby, w celu zlikwidowania istniejących barier, aby szerokość wszystkich drzwi w domu wynosiła co najmniej 90 cm, progi nie przekraczały 2 cm, klamki powinny być umieszczone na wysokości od 90 do 120 cm. Korytarze powinny mieć szerokość co najmniej 120 cm. W odniesieniu do toalet drzwi powinny dawać możliwość ich otwarcia przynajmniej do kąta 90 stopni, przestrzeń manewrowa w toalecie powinna wynosić od 140 do 150 cm, wielkość kabiny powinna umożliwić dojazd do muszli i transfer na nią, sama muszla musi być odpowiednia do korzystania przez osoby z niepełnosprawnością oraz mieć wysokość od 45 do 50 cm, poręcze przy muszli należy instalować w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy na wysokości 70 – 85 cm (mierzone do wierzchu górnej poręczy), korzystne jest też zainstalowanie poręczy z obu stron umywalki. Pysznice powinny posiadać płaski bezprogowy brodzik, poręcze, ławkę dla osób z niepełnosprawnościami oraz baterię i główkę prysznicową właściwie umieszczoną. W sypialniach należy zapewnić łóżka o wysokości (liczoną z materacem) od 45 do 55 cm. Włączniki światła należy zamontować na wysokości od 90 do 100 cm. Górna krawędź umywalki powinna wynosić 85 cm, a dolna 70 cm oraz zapewniać

możliwość podjazdu wózkiem, konieczne jest także prawidłowe zamontowanie baterii z przedłużoną dźwignią lub uruchamianej fotokomórką. Wyposażenie toalet i łazienek (papier, mydło, suszarki, itp.) powinno być dostępne bez konieczności przesuwania wózka, lustro należy zamontować na takiej wysokości, aby mogły z niego korzystać osoby poruszające się na wózku oraz sprawne fizycznie. W odniesieniu do sypialni oraz innych pokoi wspólnych stoły powinny być ustawione w taki sposób aby mogły dotrzeć do niego oraz skorzystać osoby o różnych niepełnosprawnościach. Oczywiście nie wszystkie stoły muszą spełniać ten warunek, istotne aby liczba dostosowanych stołów była wystarczająca biorąc pod uwagę liczbę osób niepełnosprawnych. Wysokość blatu stołu powinna wynosić od 67 do 80 cm, miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinna wynosić min. 30 cm. W przypadku telefonów lub domofonów wysokość najwyższego przycisku nie powinna przekroczyć 120 cm.

Dostrzegając i doceniając wszelkie udogodnienia dla osób z niepełnosprawnością w wizytowanym domu oraz dobre warunki bytowe, przedstawiciele KMP zaznaczają, że wartym rozważenia jest postulat jeszcze lepszego dostosowania domu i jego otoczenia do potrzeb mieszkańców z niepełnosprawnością, tak aby podtrzymywać ich samodzielność i aktywność w sferze samoobsługi.

13. Prawo do praktyk religijnych

Prawo mieszkańców domu do praktyk religijnych jest respektowane. Mieszkańcy, którzy wyrażą taką chęć biorą udział w nabożeństwach organizowanych w okolicznych kościołach. Ponadto kapłan z kościoła parafialnego odwiedza mieszkańców udzielając chętnym sakramentów. Mieszkańcy innych wyznań aniżeli rzymskokatolickie mogą bez ograniczeń kontaktować się z ich przedstawicielami.

14. Zalecenia

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

1. dostosowanie izolatki do wymogów zawartych w § 8 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);
2. rzetelne prowadzenie dokumentacji w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego;

3. każdorazowe uzyskiwanie wymaganych zleceń do stosowania przymusu;
4. każdorazowe odnotowywanie zastosowania przymusu w odpowiednim rejestrze;
5. używanie profesjonalnych środków do stosowania przymusu bezpośredniego;
6. zwrócenie uwagi na realizowanie zleceń lekarskich tak, by podawanie leków było zgodne z kartą zleceń;
7. przeszkolenie personelu w zakresie praw mieszkańca dps,
8. umieszczenie w miejscach ogólnodostępnych informacji o adresach instytucji wskazanych w pkt. 8 Raportu;
9. każdorazowe odbieranie zgody mieszkańca lub opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionej na przechowywanie dowodu osobistego oraz oświadczeń, wyrażających zgodę na wykorzystanie wizerunku mieszkanki;
10. wprowadzenie udogodnienia dla osób z niepełnosprawnością, podczas najbliższego remontu budynku dps.