

Warszawa, 25 sierpnia 2014 r.

KMP.575.20.2014.MMo

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji w Domu Pomocy Społecznej w Rzeszowie
(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 roku (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192, dalej OPCAT) oraz działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 29-30 maja 2014 roku, do Domu Pomocy Społecznej w Rzeszowie ul. Załęska 7a (dalej: DPS, Dom, placówka) udali się pracownicy Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (dalej: KMP lub Mechanizm): Justyna Józwiak (politolog w zakresie resocjalizacji), Małgorzata Molak (pedagog resocjalizacyjny) Marcin Kusy oraz Michał Kleszcz (prawnicy). W wizytacji wzięła także udział ekspert w dziedzinie psychiatrii prof. dr hab. n. med. Maria Załuska (lekarz psychiatra), której wnioski z ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

Działając jako *Krajowy Mechanizm Prewencji*, osoby wizytujące sprawdziły 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 panią Lucyną Bastą - dyrektorem placówki;
- dokonano oglądu budynku mieszkalnego, w tym m.in.: wybranych losowo pokoi mieszkańców, pokoi dziennego pobytu, sanitariatów, jadalni, sal do terapii zajęciowej, sali rehabilitacyjnej;
- w czasie wizytacji pokoi i innych pomieszczeń przeprowadzono rozmowy z mieszkańcami oraz pracownikami DPS;

- przeprowadzono indywidualne rozmowy z losowo wybranymi mieszkańcami Domu;
- poddano analizie wybraną dokumentację dostępną na miejscu m.in. dokumentację medyczną wybranych mieszkańców, książki raportów pielęgniarских, losowo wybrane akta osobowe mieszkańców, losowo wybrane indywidualne programy wsparcia.

W trakcie wizytacji sporządzono dokumentację fotograficzną oraz użyto dalmierza do pomiaru powierzchni pomieszczeń.

Pracownicy Mechanizmu poinformowali dyrektor Domu o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali jej uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki oraz sprawozdanie z kontroli przeprowadzonej przez sędziego rodzinnego w dniu 28 lutego 2014 roku, protokół kontroli doraźnej przeprowadzonej przez pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rzeszowie w dniu 3 marca 2014 roku, protokół kontroli sanitarnej z dnia 21 marca 2014 roku.

2. Charakterystyka placówki

Dom Pomocy Społecznej w Rzeszowie ul. Załęska 7a przeznaczony jest dla 140 osób przewlekle psychicznie chorych, zarówno kobiet, jak i mężczyzn.

Dom jest jednostką budżetową Miasta Rzeszów.

Placówka działa na podstawie zarządzenia nr 91/93 Wojewody Rzeszowskiego z dnia 9 września 1993 roku w sprawie utworzenia Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych w Rzeszowie.

3. Legalność pobytu

W dniu wizytacji w Domu przebywało 141 osób (122 kobiety i 19 mężczyzn), co stanowi przekroczenie jego pojemności określonej w § 3 pkt 3 *Regulaminu organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych w Rzeszowie ul. Załęska 7a* (dalej: Regulamin organizacyjny). W wyjaśnieniu dyrektor Domu przyznała, że jest to sytuacja wyjątkowa, a jej decyzja podyktowana była chęcią pomocy rodzinie chorego. Dodała, że w żaden sposób nie wpłynęło to na pogorszenie standardów dla pozostałych mieszkańców. Przedstawiciele KMP przyjmując wyjaśnienia dyrektor Domu, przypominają o postanowieniu Regulaminu organizacyjnego określającym pojemność placówki i konieczności jego respektowania.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził tryb umieszczenia w placówce jednego z mieszkańców, ubezwłasnowolnionego (*dane usunięto*), który został skierowany do DPS na mocy decyzji Prezydenta Miasta Rzeszowa wydanej w wyniku wniosku skierowanego przez opiekuna prawnego mieszkańca (siostrę). Należy w tym miejscu wskazać, że zgodnie z art. 156 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (dalej: k.r.o.), opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku małoletniego (na mocy art. 175 k.r.o. do opieki nad ubezwłasnowolnionym całkowicie stosuje się odpowiednio przepisy o opiece nad małoletnim), a kwestia umieszczenia w domu pomocy społecznej, w ocenie przedstawicieli KMP, należy do kategorii spraw ważnych. Podobnie w tej materii wypowiedział się również Europejski Trybunał Praw Człowieka, który w wyroku w sprawie Kędzior przeciwko Polsce z dnia 16 października 2012 roku (skarga nr 45026/07) stwierdził między innymi, iż w sytuacji, gdy umieszczenie osoby w zakładzie opiekuńczym zostało spowodowane przez przedstawiciela ustawowego bez dokonania kontroli jego prawidłowości przez sąd, zachodzi naruszenie art. 5 ust. 4 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Również Naczelny Sąd Administracyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 18 maja 1999 r. (sygn. akt I SA 114/99) wskazał, iż *umieszczenie w domu pomocy społecznej bez wątpienia należy do tych ważniejszych spraw, wymagających zezwolenia sądu opiekuńczego*. Mając na uwadze przedstawioną argumentację, przedstawiciele KMP zalecają dyrektor domu każdorazowe zwracanie uwagi pracownikom miejskich ośrodków pomocy społecznej na konieczność uzyskania przez przedstawicieli ustawowych osób ubezwłasnowolnionych całkowicie zgody właściwego sądu na umieszczenie podopiecznych w DPS.

Wśród mieszkańców Domu zdecydowaną większość stanowią osoby ubezwłasnowolnione całkowicie – 85 osób. W czasie wizytacji w DPS przebywało także 6 osób ubezwłasnowolnionych częściowo.

4. Personel

Zgodnie z danymi przedstawionymi wizytującym, w Domu zatrudnionych jest 88 osób (stan na 29 maja 2014 roku), w tym m.in: kierownik działu opiekuńczo-terapeutycznego, 37 opiekunów (w tym 7 mężczyzn), 12 pokojowych, 8 pielęgniarek, terapeuta psycholog, instruktor ds. kulturalno-oświatowych, instruktor terapii zajęciowej, 2 pracowników socjalnych.

W ciągu dnia na zmianie pozostaje 5 opiekunów (dyżury: 7:00-15:00 i 12:00-20:00), 2 pielęgniarki i 4 pokojowe, natomiast w nocy 2 pielęgniarki i pokojowa.

W Domu nie jest zatrudniony rehabilitant, ani fizjoterapeuta, mimo, iż w § 12 ust. 2 pkt 5 Regulaminu organizacyjnego przewidziane jest, iż w dziale opiekuńczo-terapeutycznym jest *stanowisko pracy technika fizjoterapii*. Przedstawiciele KMP podkreślają, że konieczne jest respektowanie postanowień Regulaminu organizacyjnego, jak również zapewnienie odpowiedniej opieki mieszkańcom, co zostanie szerzej omówione w rozdziale poświęconym prawu do ochrony zdrowia.

W 2013 roku pracownicy Domu wzięli udział w szkoleniu *Seksualność osób niepełnosprawnych, Praca z agresywnym klientem* oraz warsztatach *Wykorzystanie plastyki, muzyki i dramy w prezentacjach scenicznych*. W 2014 roku personel przeszedł następujące szkolenia: *Indywidualny plan wspierania mieszkańca DPS w kontekście Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 roku, Odpowiedzialność a powinność w świetle prawa i etyki zawodowej, Praca z osobami uzależnionymi i współuzależnionymi, Superwizja pracy socjalnej, Dokumentowanie pracy terapeuty – ocenianie i ewaluacja procesu terapeutycznego z elementami superwizji, Rozwój dialogu, partnerstwa i współpracy na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, Prawa i obowiązki w zakresie depozytów mieszkańców DPS – najczęstsze problemy* oraz szkoleniu nt. cukrzycy.

Dodatkowo, w 2014 roku psycholog zatrudniony w DPS przeprowadził szkolenie dla personelu w zakresie wypalenia zawodowego.

5. Traktowanie

W ocenie pracowników Mechanizmu atmosfera panująca w Domu w trakcie wizytacji była dobra, pełna wzajemnego poszanowania. Mieszkańcy podczas rozmów z wizytującymi nie zgłaszali żadnych uwag w kwestiach traktowania przez personel. Zwracali natomiast uwagę na przyjazny i życzliwy stosunek do podopiecznych.

Duży nacisk w placówce kładziony jest na zapewnienie właściwej opieki mieszkańcom, dlatego też osoby niesprawne lub mające w przeszłości epizod myśli/prób samobójczych, umieszczane są na parterze ze względu na bliskie położenie gabinetu pielęgniarek. Z tego samego względu, osoby o średnim stopniu sprawności przebywają na I piętrze, a na II – osoby w pełni sprawne i samodzielne.

W analizowanym okresie tylko raz zastosowano środek przymusu bezpośredniego w formie izolacji (w dniu 2 sierpnia 2013 roku) ze względu na czynną agresję mieszkanki. Ekspert KMP nie miała zastrzeżeń w zakresie jego dokumentowania. Pracownicy Mechanizmu nie wnieśli także uwag do *Instrukcji dotyczącej zasad*

stosowania przymusu bezpośredniego, stanowiącej Załącznik do Zarządzenia wewnętrznego nr 13/2012 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Rzeszowie ul. Załęska 7a z dnia 31 grudnia 2012 roku.

W latach 2013-2014 (do dnia wizytacji) nie stwierdzono żadnych wydarzeń nadzwyczajnych.

Analiza *Regulaminu Mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Rzeszowie przy ul. Załęskiej 7a* (dalej: Regulamin mieszkańców) wykazała, iż dokument ten zawiera katalog kar. Przedstawiciele KMP nie mają zastrzeżeń do części z wymienionych w § 10 Regulaminu mieszkańców konsekwencji negatywnego zachowania tj. *obciążenie mieszkańca kosztami (...), wejście do pokoju o każdej porze, jeżeli istnieje uzasadnione podejrzenie*. Także ostrzeżenie udzielone w obecności społeczności Domu może mieć charakter terapeutyczny. Pracownicy Mechanizmu nie widzą jednak uzasadnienia dla pozostałych konsekwencji, a zwłaszcza *przeniesienia do pokoju o niższym standardzie*. Podniesienia wymaga, że wymierzanie kar, pozostaje w związku z wolnością osobistą jednostki, chronioną przez art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym każda regulacja dotycząca wolności osobistej musi mieć wyraźne umocowanie ustawowe. **W aktualnym stanie prawnym brak jest takiego umocowania**, gdyż powołująca domy pomocy społecznej ustawa nie zawiera w przedmiotowej materii żadnej regulacji. W związku z tym, opisane wyżej procedury wymagają natychmiastowej zmiany, a w ślad za nimi - obowiązująca praktyka. **Stosowanie środków dyscyplinarnych wobec mieszkańców musi zostać wyeliminowane.**

Z ustaleń poczynionych przez wizytujących wynika, że dowody osobiste części mieszkańców są przechowywane przez pracowników socjalnych. W tym miejscu należy wskazać, iż art. 33 ustawy z dnia 10 kwietnia 1974 roku o ewidencji ludności i dowodach osobistych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 993 ze zm.) wprowadza zakaz zatrzymywania dowodu osobistego, którego pozbawione podstaw prawnych złamanie stanowi wykroczenie stypizowane w art. 55 ust. 1 pkt 2 wskazanej ustawy. 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.55 ust.1 pkt 2 ustawy o ewidencji ludności i 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 pracownicy KMP zalecają każdorazowe odbieranie zgody mieszkańca lub opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionego na przechowywanie dowodu osobistego.

6. Prawo do ochrony zdrowia

W dniu przyjęcia nowego mieszkańca, pielęgniarka uzupełnia dokumentację medyczną z uwzględnieniem informacji z dostarczonej przez mieszkańca dokumentacji oraz informacji uzyskanych od jego rodziny. Personel medyczny dokonuje przeglądu stanu higieniczno-sanitarnego mieszkańca oraz odnotowuje ten fakt w dokumentacji. Umawiana jest także wizyta u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem analizy stanu zdrowia pensjonariusza Domu.

Dom zatrudnia stomatologa w wymiarze ½ etatu.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej realizuje wizyty w Domu 2 razy w tygodniu. Dostęp do specjalistów mieszkańcy mają w przychodni w Rzeszowie. Opiekę psychiatryczną zapewniała przychodnia Medicor, do której pacjenci byli dowożeni. Zgodnie z informacją uzyskaną od dyrektora Domu, od czerwca lekarz będzie przyjmował mieszkańców na terenie DPS.

Zdaniem eksperta KMP, nie można było ocenić rzeczywistej częstotliwości wizyt psychiatry i internisty u poszczególnych pensjonariuszy, gdyż właściwa dokumentacja (historie chorób) jest prowadzona w placówkach medycznych, udzielających świadczeń mieszkańcom DPS i zgodnie z przepisami jest tam przechowywana. Z tego powodu w ramach wizytacji DPS, ekspert KMP nie miała wglądu do dokumentacji medycznej podopiecznych i nie mogła dokonać pełnej oceny funkcjonowania opieki medycznej.

Ze sprawozdania z pracy działu opiekuńczo-terapeutycznego w roku 2013 wynika, iż mieszkańcom zapewniono znaczną liczbę konsultacji medycznych u lekarzy różnych specjalności, w przeważającej większości internisty i psychiatry (odpowiednio: 749 i 573 konsultacje). W rozmowach z wizytującymi mieszkańcy wskazywali na dostęp do lekarzy i szybką interwencję personelu medycznego w razie zgłaszanych dolegliwości.

W wizytowanym DPS w pojedynczych przypadkach pensjonariusze skorzystali z przysługującego im prawa wyboru lekarza prowadzącego (psychiatrę, internistę), innego niż ten, który świadczy aktualnie usługi wszystkim mieszkańcom DPS. W przypadku, gdy ZOZ udzielał niewystarczającej liczby świadczeń mieszkańcom, dyrektor Domu zwracała się do innych placówek. Należy to uznać za pozytywną praktykę.

Według oceny eksperta KMP, konsultacje psychiatry 2 razy w tygodniu mogą być niewystarczające dla kontrolowania wprowadzanych korekt w zakresie farmakoterapii w przypadkach chorych z dużą dynamiką zmian stanu psychicznego. Świadczy o tym np. przypadek pacjentki z otępieniem w przewlekłym stanie pobudzenia, wymagającej w dniu

wizytacji zabezpieczenia przed upadkiem z łóżka materacami położonymi na podłogę. Pacjentka nie mogła zostać przyjęta do szpitala na oddział psychiatrii w Rzeszowie z powodu braku miejsc. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku oddziału psychogeriatrycznego. Hospitalizacja w szpitalu w Radecznicy nie przyniosła trwałej poprawy stanu psychicznego. analizując powyższą, jak i inne historie chorób, ekspert KMP stwierdziła, iż konieczne są częstsze niż obecnie, wizyty lekarza psychiatry w DPS.

Aby ocenić dostęp do lekarza psychiatry i liczbę personelu lekarskiego na liczbę pacjentów w DPS, ekspert KMP dokonała przeliczenia liczby dni pracy konsultanta psychiatry w tygodniu (2 dni) na etat ($\frac{2}{5}$ etatu) na liczbę chorych (140) co daje 1 etat lekarza na 350 chorych. Przy uznanej obecnie w Polsce normie 1 specjalisty psychiatry na 20 chorych w szpitalu jest to 17,5 razy mniej. Inaczej przeliczając na podstawie czasu trwania wizyty lekarskiej diagnostycznej (45 minut) i terapeutycznej (30 minut), lekarz może każdego podopiecznego badać przeciętnie co około 6 tygodni. Jak na leczenie w poradni jest to często. Jednak wzięwszy pod uwagę, że do DPS trafiają osoby z najcięższym przebiegiem choroby psychicznej, z częstymi destabilizacjami stanu psychicznego i towarzyszącymi chorobami somatycznymi, częstość i czas trwania wizyt lekarza w odniesieniu do niektórych pacjentów może być za mała. W związku z tym, przedstawiciele KMP zalecają rozważenie zwiększenia dostępności lekarza psychiatry.

Wątpliwości diagnostyczne wzbudził przypadek pacjentki, u której w 1991 roku rozpoznano reakcje nerwicowe, następnie w 1994 roku - osobowość bierno-zależną, nerwicę depresyjno-lękową, a w 2000 roku zespół depresyjny nawracający i odtąd leczona była Amitryptyloną. W 2008 roku dokonano opisów całkiem odmiennych zachowań i postaw - pacjentka była „aktywna, roszczeniowa, krytykująca, wtrącająca się”. Rozpoznano zaburzenia zachowania opozycyjno-buntownicze i leczono Clopixolem o przedłużonym działaniu. W dniu wizytacji mieszkanka była bez leków, w stabilnym stanie psychicznym. Zdaniem eksperta KMP, zachodzi pytanie, czy u pacjentki nie doszło do zmiany fazy depresyjnej leczonej Amitryptyliną na fazę maniakalną - w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej oraz, czy stan odmienny niż dotychczas i opisywane „cechy osobowości” zdiagnozowane jako „zaburzenia zachowania opozycyjno-buntownicze”, nie były stanem maniakalnym. Jeśli tak, to pacjentka ta powinna być leczona stabilizatorem nastroju. Jak zaznaczyła ekspert KMP, dla pełnej analizy przypadku potrzebny byłby wgląd w historię choroby.

Pozytywnie, zdaniem eksperta Mechanizmu, należy odnotować fakt, że lekarze konsultujący pacjentów w DPS dokonują wpisów także do „historii chorób” przechowywanych w Domu. Ta dokumentacja jest bardzo starannie prowadzona (osobne

teczki z wpisami psychiatry, osobne internisty i osobne lekarzy innych specjalności), ułożona w porządku alfabetycznym. Jest to dokumentacja niejako zduplikowana, gdyż DPS nie jest zobowiązany do zakładania dokumentacji medycznej, nie będąc podmiotem leczniczym w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej. Z tego powodu częstotliwość wpisów w tej dokumentacji, która w niektórych losowo wybranych przypadkach była zbyt rzadka (rzadziej niż co 3 miesiące), nie odzwierciedla być może rzeczywistej częstości udzielania świadczeń poszczególnym pensjonariuszom i nie może być podstawą do formułowania ocen.

Mieszkańcy wizytowanego DPS w większości nie są zdolni - z racji stanu psychicznego - samodzielnie przyjmować leków. Wymaga to w praktyce zorganizowania im opieki pielęgniarskiej i podawania leków na wzór oddziału szpitalnego.

Z uznaniem należy zauważyć – jak podkreśla ekspert KMP - iż wszystkie recepty są odnotowywane w specjalnej książce recept, w której są dane identyfikacyjne każdego pacjenta oraz dokładna informacja o dawkowaniu leków. Na tej podstawie leki dla poszczególnych pacjentów są rozkładane przez pielęgniarkę na tacy, a następnie wydawane pacjentom chodzącym w gabinecie zabiegowym, a pacjentom leżącym na salach.

Pielęgniarki realizują też inne czynności pielęgnacyjne, a w szczególności drobne zabiegi, opatrunki, zapobieganie odleżynom. W wizytowanej placówce jest prowadzona księga raportów pielęgniarskich i księga zabiegów, które należy ocenić pozytywnie.

Cały personel był przeszkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, 4 pielęgniarki - w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego, a 2 osoby – w zakresie opieki długoterminowej.

W ramach rehabilitacji środowiskowej z NZOZ został oddelegowany rehabilitant do opieki nad siedmioma mieszkańcami. Zdaniem przedstawicieli KMP rozwiązanie to jest niewystarczające, ponieważ brakuje długoterminowej rehabilitacji dla wszystkich pensjonariuszy. W stanie obecnym, jedna osoba może skorzystać z pomocy tylko przez 20 dni, 4 razy w ciągu roku. W związku z tym, że w placówce przebywa dużo osób starszych, wymagających usprawniania, pracownicy Mechanizmu zalecają dyrektor DPS podjęcie starań o zatrudnienie rehabilitanta/fizjoterapeuty, który świadczyłby usługi dla mieszkańców Domu. Podkreślenia wymaga, iż gabinet fizjoterapii jest wyposażony w wiele sprzętów: megnetronic, laser, ultradźwięki, solux, urządzenie do krioterapii i galwanizacji, terapuls, diadynamic, aquavibron i lampę kwarcową. Zabiegi realizowane są na zlecenie lekarza. Ponadto w ramach rehabilitacji, mieszkańcy mogą korzystać z rowerków stacjonarnych, bieżni, steppera oraz UGUL-a.

Wątpliwość przedstawicieli KMP wzbudziło postanowienie zawarte w § 7 ust. 16 Regulaminu mieszkańców, zgodnie z którym mieszkaniec ma prawo do *korzystania (...) z opieki personelu podczas wykonywania badań specjalistycznych bądź zabiegów*. Sugeruje ono udział pracowników Domu w czynnościach medycznych, które powinny być przeprowadzane w atmosferze poufności. W związku z tym pracownicy Mechanizmu zwracają się do dyrektora z prośbą o wyjaśnienie tego zapisu.

7. Prawo do informacji

Na tablicy ogłoszeń wywieszanej w widocznym miejscu, umieszczono adresy: III Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego w Rzeszowie, Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i Biura Rzecznika Praw Pacjenta wraz z numerami bezpłatnych infolinii oraz Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Nowo przyjmowani mieszkańcy zapoznawani są z Regulaminem mieszkańca, co poświadczają własnoręcznym podpisem (także opiekun prawny). Ponadto treść Regulaminu mieszkańca jest wywieszona w ogólnodostępnym miejscu.

W dokumentacji osobowej mieszkanki (*dane usunięto*), przyjętej do Domu dnia 22 lipca 2013 roku, wizytujący znaleźli klucze. Zdaniem przedstawicieli KMP powinny one zostać zabezpieczone w depozycie, czego dyrektor DPS zobowiązała się dopilnować.

Opiekunowie prawni podpisują zgodę na zabiegi medyczne w celu ratowania życia, dysponowania pieniędzmi podopiecznych w zakresie potrzebnych (określonych w oświadczeniu) zakupów na rzecz mieszkańca.

8. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

Osoby nieubezwłasnowolnione mogą samodzielnie opuszczać teren Domu, zgłaszając jedynie fakt wyjścia. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych, pracownicy placówki zasięgają opinii opiekunów prawnych w kwestii wyjazdów mieszkańców do miasta. Ostateczna decyzja w tym zakresie należy jednak do dyrektora Domu, przy uwzględnieniu stanu zdrowia pensjonariusza, ocenianego przez psychiatrę. Mieszkańcy mają prawo do przepustek - określony jest czas, na jaki zostaje wystawiona.

Pensjonariusze Domu mogą przyjmować odwiedziny bez ograniczeń zarówno jeśli chodzi o porę, jak i grono osób. Spotkania z bliskimi odbywają się w pokojach mieszkańców, na świetlicy lub w kuchence pomocniczej.

Mieszkańcy mogą posiadać własne telefony komórkowe. Mają także dostęp do aparatu samoinkasującego na parterze budynku.

Dom dysponuje dwoma pokojami gościnnymi, udostępnianymi odwiedzającym. Nie ponoszą oni kosztu noclegu.

W rozmowach z wizytującymi mieszkańcy potwierdzili, iż mają możliwość opuszczania placówki, jeśli lekarz psychiatra wyrazi zgodę, jak również przyjmowania gości na jej terenie. Nie wskazywali na ograniczenia w zakresie kontaktów ze światem zewnętrznym.

9. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

W odrębnym budynku znajduje się warsztat terapii zajęciowej, do którego uczęszcza 13 pensjonariuszy oraz jeden mieszkaniec zameldowany czasowo w Domu. Wizytującym przekazano, że liczba uczestników z jednostki prowadzącej WTZ nie może przekraczać 30%, aby uzyskać finansowanie z PFRON. W ramach warsztatu wydzielone zostały pracownie: kulinarna, ogrodnicza, ceramiczna, fotograficzna, krawiecko – dziewiarska, poligraficzno – introligatorska, plastyczna i modelarska oraz sala gimnastyczna. Wszystkie z nich były wyposażone w różnorodne materiały, pozwalające na wykonywanie prac z uwzględnieniem zainteresowań i potrzeb uczestników. Korzystający z warsztatów, jak również mieszkańcy Domu, mają do dyspozycji także bibliotekę. Toaleta wyodrębniona w budynku WTZ została przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową.

W Domu działa samorząd mieszkańców, który tworzy rada mieszkańców (organ wykonawczy) i zebranie ogólne (mieszkańcy Domu). Zebranie ogólne odbywa się nie rzadziej niż raz na 3 miesiące.

W strukturze Domu funkcjonują 2 sale terapii zajęciowej, których wyposażenie fundowane jest z projektów ministerialnych. Działają w godzinach 8:00-16:00. Mieszkańcy mogą otrzymywać zrobione przez siebie przedmioty, część jest wystawiana na sprzedaż na kiermaszach. Zdaniem przedstawicieli KMP, oferta terapeutyczna jest bogata, odpowiadająca zainteresowaniom uczestników i możliwościom mieszkańców m.in. w zakresie małej motoryki. Zajęcia terapeutyczne z wykorzystaniem technik plastycznych i malarskich obejmowały bowiem rysunek, malarstwo, grafikę, collage, murale, wykonywanie rekwizytów do przedstawień teatralnych. Zajęcia odbywają się w formie indywidualnej (2-5 osób tygodniowo), grupowej (2 razy dziennie po 3-5 osób) oraz zbiorowej (grupy powyżej 5 osób przynajmniej raz w miesiącu).

Codziennie, w godzinach 8:00-16:00 działa pokój terapii muzycznej (muzykoterapia receptywna i aktywna, relaksacja, muzyka i ruch). W organizowanych w niej zajęciach uczestniczą po 3 grupy dziennie (na każdą przypadają po 2 godziny). Ponadto w pracowni realizowane jest wspólne czytanie prasy, oglądanie telewizji i zajęcia biblioterapii. W tym miejscu regularnie spotyka się 12-osobowa grupa teatralna.

W każdy dzień roboczy o godzinie 8:45 organizowana jest dla mieszkańców gimnastyka poranna.

W Domu działa klub *Nie jesteś sam*, którego celem jest *niesienie terapeutycznej i psychologicznej pomocy osobom zaburzonym psychicznie i ich rodzinom, przeciwdziałanie stygmatyzacji osób chorych na schizofrenię, informacja i edukacja społeczna na temat choroby*. W ramach klubu odbywają się comiesięczne spotkania osób zaburzonych psychicznie i ich rodzin z terenu Rzeszowa. Prowadzone jest także poradnictwo i edukacja chorych, a także ich bliskich, jak również udzielane jest wsparcie psychologiczne.

Z analizy pracy opiekunów na rok 2014 wynika, iż spacerzy z mieszkańcami zaplanowane są jedynie od kwietnia do września. Pracownicy KMP podkreślają, iż pensjonariusze Domu powinni mieć możliwość korzystania ze świeżego powietrza, jeżeli warunki pogodowe na to pozwalają, niezależnie od pory roku.

W informacji przekazanych wizytującym wynika, iż w 2013 roku w ramach realizacji zadania publicznego *Ja jestem, Ty jesteś, My jesteśmy*, współfinansowanego z dotacji Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, zorganizowano i przeprowadzono szkolenia z zakresu Empowerment w obszarze zdrowia psychicznego z grupą osób zaburzonych psychicznie (cykl 10-dniowych zajęć po 4 godziny), zorganizowano warsztaty z reklamy (cykl 10-dniowych zajęć po 4 godziny).

Bezpośrednio po przybyciu mieszkańca do Domu, tworzony jest dla niego program adaptacji, który – jak zauważyła ekspert KMP - trwa około 16 dni. W ramach tego programu podopieczny wybiera osobę pierwszego kontaktu spośród opiekunów. W drugim etapie sporządzania planu pracy z mieszkańcem, tworzone są indywidualne plany wsparcia (dalej IPW) przy udziale zespołu terapeutycznego, psychologa i osoby pierwszego kontaktu. Plany są weryfikowane i korygowane co 6 miesięcy.

Plan każdego podopiecznego i jego realizacja są dokumentowane przejrzysto na osobnej karcie, z uwzględnieniem diagnozy funkcjonowania w sferach: somatycznej (parametry życiowe), psychicznej, społecznej oraz sposobu spędzania czasu wolnego,

diagnozy obszarów problemowych w zakresie higieny osobistej, porządku w otoczeniu, zachowaniu np. pobudzenie, niszczytelstwo, agresja, autoagresja, konflikty, ustalonych celów działania np. zmniejszenie częstości ataków agresji, ustalonych metod działania np. towarzyszenie podopiecznemu, relaksacja, terapia zajęciowa, rezultatów działania np. zmniejszenie częstości zachowań niepożądanych, a zwiększenie częstości występowania zachowań pożądaných.

Zastrzeżenia przedstawicieli KMP wzbudził fakt, iż indywidualne plany wsparcia nie są podpisywane przez mieszkańców, co może budzić wątpliwość odnośnie ich udziału w procesie tworzenia. Ponadto w IPW nie były wskazane osoby odpowiedzialne za realizację wyznaczonych celów i działań.

Analiza wybranych indywidualnych planów wsparcia wykazała, że problemy wskazane u mieszkańców powtarzają się mimo długotrwałej pracy np. w przypadku (*dane usunięto*) nie stwierdzono rezultatów w przypadku braku aktywności, dbałości o higienę i palenia papierosów przez podopieczną. W związku z tym, przedstawiciele KMP zalecają modyfikowanie metod osiągnięcia celów, np. w przypadku palenia (problem powtarzający się u wielu osób) zasadne jest stosowanie terapii antynikotynowej, a nie jedynie rozmów z personelem.

W trakcie wizytacji analizie poddano dokumentację prowadzoną przez psychologa. Ze względu na brak zapisów dotyczących konsultacji indywidualnych i zajęć grupowych, mimo stworzonego szablonu, niemożliwe jest jednoznaczne stwierdzenie prowadzenia oddziaływań wobec mieszkańców. Pracownicy Mechanizmu zwracają uwagę na konieczność systematycznego odnotowywania realizacji obowiązków przez psychologa. Zwłaszcza, że z analizy planu pracy psychologa na 2014 rok wynika, iż prowadzi on szeroką działalność – od pracy indywidualnej po grupową. Zgodnie z planem, psycholog prowadzi psychoterapię grupową (8 osób, godzina, raz na 2 tygodnie), psychoterapię indywidualną (godzina, raz na 2 tygodnie), psychorysunek (godzina, raz w tygodniu), psychoedukację – trening umiejętności aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym (cykl spotkań w formie wykładów tematycznych, godzina, raz w tygodniu), trening umiejętności społecznych w rehabilitacji (2 godziny, raz w miesiącu), trening stymulacji intelektualnej dla osób z upośledzeniem umysłowym i zaburzeniami psychicznymi (2 godziny, raz w tygodniu).

Dodatkowo psycholog zaangażowany jest w prowadzenie cotygodniowych spotkań społeczności terapeutycznej.

Osoba leżąca, z którą rozmawiali przedstawiciele KMP wskazała, iż nie ma zapewnionych wyjść na zewnątrz oraz alternatywnych zajęć. Podniosła, iż na wyposażeniu jej

pokoju nie ma telewizora, ani radia, w związku z czym skazana jest na bierne spędzanie czasu wolnego. Pracownicy Mechanizmu zalecają zapewnienie wszystkim osobom leżącym dostępu do świeżego powietrza, zorganizowanie odpowiedniej terapii przyłóżkowej, a także, w miarę możliwości uzupełnienie wyposażenia pokoju o radio i/lub telewizor.

10. Warunki bytowe

Teren zielony wokół budynku mieszkalnego został w pełni zagospodarowany. Mieszkańcy mają możliwość odpoczynku na licznych ławkach, zwłaszcza wokół klombu oraz w altance.

Pokoje mieszkańców urządzone były w sposób estetyczny. Mieszkańcy także mogą je meblować i dekorować wedle własnego uznania, co sprzyja domowej atmosferze. Zastrzeżenia wizytujących wzbudziły jednak ubytki farby w niektórych z nich oraz wyczuwalny, nieprzyjemny zapach. Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 964), dalej: rozporządzenia, *pomieszczenia mieszkalne domu są czyste, sprzątane w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz dziennie, estetyczne i wolne od nieprzyjemnych zapachów.* W związku z tym, przedstawiciele KMP zalecają dokonanie drobnych prac remontowych oraz podjęcie starań w celu usunięcia nieprzyjemnego zapachu, unoszącego się w części pokoi.

Podniesienia wymaga, że wśród losowo wizytowanych pokoi, pracownicy Mechanizmu spotkali się z pokojem **5-osobowym** dla 4 osób sprawnych i 1 leżącej. Tymczasem, zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 3 b rozporządzenia *pokój mieszkalny (...) w przypadku osób poruszających się samodzielnie – jest przeznaczony dla nie więcej niż trzech osób, w przypadku osób leżących – jest przeznaczony dla nie więcej niż czterech osób.* Przedstawiciele KMP przypominają o konieczności respektowania przepisów rozporządzenia.

Do dyspozycji mieszkańców przeznaczono wystarczającą liczbę toalet, których stan czystości nie wzbudził zastrzeżeń wizytujących. Pracownicy KMP zwracają jednak uwagę na konieczność osłonięcia misek ustępowych i wanien w sanitariatach, w których możliwe jest jednoczesne załatwianie potrzeb fizjologicznych i branie kąpieli. Nadrzędną zasadą powinno być bowiem zapewnienie intymności mieszkańcom korzystającym z tych pomieszczeń.

Podczas oglądu placówki, wizytujący dostrzegli, iż instalacja przyzywowa w części toalet znajduje się poza zasięgiem ręki osób poruszających się na wózkach. Chociaż rozporządzenie nie wskazuje, w których miejscach i na jakiej wysokości mają znajdować się przyciski, przedstawiciele Mechanizmu zalecają stworzenie możliwości wezwania pomocy dla wszystkich mieszkańców.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził także wygląd pomieszczenia do stosowania środka przymusu bezpośredniego, o którym mowa w art. 3 pkt 6d ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375), dalej: ustawa. Izolatka wyposażona była w nieprzymocowany do podłoża fotel. Ściany pomieszczenia wyłożone były glazurą i terakotą, grzejnik osłonięto drewnianą kratką, natomiast okno – metalową. Zdaniem przedstawicieli KMP nie spełnia ono wymogów określonych w § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r. Nr 740), dalej rozporządzenie w sprawie śpb, zgodnie z którym *przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi (...)*. Pracownicy Mechanizmu zalecają przystosowanie pomieszczenia do stosowania izolacji w warunkach niezagrażających mieszkańcowi.

Na każdym piętrze została wyodrębniona palarnia, która jest dostępna dla mieszkańców przez całą dobę.

Na parterze zlokalizowana jest jadalnia, w której sprawni mieszkańcy spożywają posiłki. W widocznym miejscu wywieszony został jadłospis. Mieszkańcom zapewnia się 3 posiłki dziennie. Osobom z dietą tzw. papkową, podawana jest miksowana zupa oraz rozdrobnione II danie. Wszyscy mieszkańcy mają dostęp do napojów przez całą dobę. Ponadto w kuchenkach pomocniczych znajdują się podstawowe produkty spożywcze dla zaspokojenia głodu. Korzystane z kuchenek, w których pensjonariusze Domu przechowują także własne jedzenie, jest możliwe bez ograniczeń, po godzinie 20:00 pod nadzorem pokojowego.

Czas wolny mieszkańcy mogą spędzać w części rekreacyjnej na korytarzu lub w pokoju dziennym, dającym możliwość oglądania telewizji, udziału w grupowym słuchaniu książek czytanych przez opiekunów oraz rysowaniu. Na I piętrze znajduje się pokój do muzykoterapii, wyposażony w miękkie pufy, kanapę, matę do masażu oraz instrumenty muzyczne. Na poziomie tym wyodrębniono świetlicę ze stołami, krzesłami,

rzutnikiem, w której organizowane są spotkania z psychologiem, wieczorki taneczne i imprezy okolicznościowe. Sale terapii zajęciowej znajdują się zarówno na I i II piętrze.

W Domu funkcjonuje sklepik, czynny od poniedziałku do piątku w godzinach: 10:30-11:30, 13:30-14:30 oraz w soboty 11:00-12:00. Mieszkańcy mają możliwość składania zamówień na 2 dni przed odbiorem. Nie ma ograniczeń w zakresie zakupów, jednakże diabetycy przekonywani są (także przez pielęgniarki) do wybierania produktów przeznaczonych dla nich. Korzystanie ze sklepu jest także jedną z form treningu ekonomicznego.

Odzież mieszkańców oddawana jest do pralni, jednakże mogą oni samodzielnie dbać o czystość swoich ubrań, korzystając z pralki i suszarki, dostępnych w odrębnym pomieszczeniu.

W placówce wyodrębniono gabinet fryzjerski, z którego mieszkańcy korzystają bez ponoszenia dodatkowych kosztów. Oprócz usług fryzjera, możliwe jest wykonanie makijażu.

10 a. Dostosowanie placówki do potrzeb osób niepełnosprawnych

Zdaniem przedstawicieli KMP placówka została dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową. Na jej wyposażeniu znajdują się wózki inwalidzkie, chodziki i inne przyrządy usprawniające poruszanie się.

W znacznej części toalet zamontowane są podłokietniki i poręcze oraz krzeselka umożliwiające kąpiel osobom poruszającym się na wózku. Na uwagę zasługuje fakt, iż część misek ustępowych wyposażono w siedziska z podłokietnikami, ułatwiające skorzystanie z nich przez osoby o mniejszej sprawności fizycznej. Na wyposażeniu Domu znajdują się także łóżka do kąpieli osób leżących.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził jednak brak poręczy przy umywalkach, przeznaczonych dla osób mających np. problem z utrzymaniem równowagi, co należy uzupełnić.

11. Prawo do praktyk religijnych

Dom zatrudnia kapelana w wymiarze $\frac{1}{4}$ etatu. Msze święte prowadzone są w kaplicy w niedziele, pierwsze piątki miesiąca oraz święta. Do kaplicy prowadzą szerokie drzwi, umożliwiające wjazd wózków, wokół zainstalowano nagłośnienie, co pozwala na udział w nabożeństwie dużej grupy osób.

Ze sprawozdania z pracy opiekunów za rok 2013 wynika, iż mieszkańcy działali w ruchu modlitewnym ADOREMUS, spotykającym się w każdy czwartek.

Udział w mszach św. oraz innych uroczystościach religijnych nie jest obowiązkowy.

W dniu wizytacji w Domu nie przebywali mieszkańcy innych wyznań niż rzymskokatolickie.

12. Zalecenia

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

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Rzeszowie:

1. przestrzeganie postanowienia Regulaminu organizacyjnego określającego pojemność DPS;
2. respektowanie przepisu § 6 ust. 1 pkt 3b rozporządzenia wskazującego na pojemność pokoi mieszkalnych;
3. dostosowanie pomieszczenia do wykonania środka przymusu bezpośredniego, o którym jest mowa w art. 3 pkt 6d ustawy do wymogów określonych w § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie śpb;
4. zapewnienie intymności osobom korzystającym z sanitariatów oraz wyposażenie pomieszczeń w dodatkowe sprzęty dla osób o obniżonej sprawności fizycznej, zgodnie z uwagami zawartymi w pkt 10a niniejszego Raportu;
5. umieszczenie przycisków instalacji przyzywowej w zasięgu rąk mieszkańców, stosownie do uwag zawartych w pkt 10 niniejszego Raportu;
6. podjęcie starań o zatrudnienie rehabilitanta/fizjoterapeuty;
7. rozważenie zwiększenia częstotliwości wizyt lekarza psychiatry;
8. dokonanie drobnych prac remontowych w pokojach mieszkańców oraz usunięcie nieprzyjemnego zapachu w części z nich;
9. usunięcie katalogu kar z Regulaminu mieszkańców;
10. zapewnienie osobom leżącym różnych form spędzania czasu wolnego, w tym dostępu do świeżego powietrza;
11. organizowanie spacerów dla mieszkańców niezależnie od pory roku, jeżeli warunki pogodowe na to pozwalają;
12. każdorazowe zwracanie uwagi pracownikom miejskich ośrodków pomocy społecznej na konieczność uzyskania przez przedstawicieli ustawowych osób

ubezważsownolnionych całkowicie zgody właściwego sądu na umieszczenie podopiecznych w DPS;

- 13.każdrazowe odbieranie zgody mieszkańca lub opiekuna prawnego mieszkańca ubezważsownolnionego na przechowywanie dowodu osobistego;
- 14.odbiernie od mieszkańców podpisów pod indywidualnymi planami wsparcia oraz wskazywanie w ich treści osób odpowiedzialnych za realizację celów;
- 15.modyfikowanie metod prowadzących do realizacji celów zawartych w IPW;
- 16.zobowiązanie psychologa do rzetelnego prowadzenia dokumentacji;
- 17.zabezpieczenie w depozycie kluczy mieszkanki (*dane os. usunięto*);
- 18.wyjaśnienie wątpliwości zawartych w pkt 6 niniejszego Raportu dot. udziału pracowników Domu w badaniach lekarskich.

Prezydentowi Miasta Rzeszów:

1. wsparcie finansowe dyrektora Domu w realizacji zaleceń wymagających nakładów pieniężnych.