

Warszawa, 24 czerwca 2015 r.

KMP.575.10.2015.JJ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów im. Jana Lembasa
w Zielonej Górze
(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 na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 17-18.03.2015 r., do Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów im. Jana Lembasa w Zielonej Górze (dalej: DPS, dom, placówka) udali się pracownicy Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (dalej: KMP lub Mechanizm): Dorota Krzysztoń (kryminolog), Marcin Kusy (prawnik) oraz dr Justyna Józwiak (socjolog, politolog w zakresie resocjalizacji). W wizytacji wzięła również udział dr Joanna Klara Żuchowska (lekarz chorób wewnętrznych) – ekspertka zewnętrzna KMP z zakresu medycyny (wyniki jej 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 Piotrem Mazurkiem – dyrektorem domu;
- dokonano oglądu budynku mieszkalnego, w tym m.in.: pokoi mieszkańców, sanitariatów, jadalni, sal do terapii zajęciowej, sal do rehabilitacji;
- w czasie wizytacji pokoi i innych pomieszczeń przeprowadzono rozmowy z mieszkańcami oraz pracownikami DPS;

- przeprowadzono indywidualne rozmowy z wybranymi mieszkańcami domu;
- poddano analizie wybraną dokumentację dostępną na miejscu.

W trakcie wizytacji sporządzono dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele KMP poinformowali dyrektora domu o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali jego uwag i wyjaśnień.

Ponadto po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałą dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki.

2. Charakterystyka placówki

Nadzór nad działalnością wizytowanego DPS sprawuje Prezydent Miasta Zielona Góra, przy pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze. Dom posiada 188 miejsc, w tym 68 dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz 120 dla osób w podeszłym wieku. Pierwszeństwo w przyjmowaniu do domu mają osoby z uprawnieniami kombatanckimi.

Na mocy decyzji Wojewody Lubuskiego (Nr PS.II.AKac9013/3/2007) z dnia 20.08.2012 r., wydano bezterminowe zezwolenie na prowadzenie placówki.

3. Legalność pobytu

W dniu wizytacji w domu przebywało 186 mieszkańców, w tym 140 kobiet.

Wśród mieszkańców domu 10 osób było ubezwłasnowolnionych całkowicie. Ponadto w dniu wizytacji w placówce przebywało 19 osób umieszczonych na mocy postanowienia sądu, bez zgody mieszkańca. Najmłodszy mieszkaniec miał 40 lat, zaś najstarszy 103.

Dyrektor domu poinformował wizytujących, iż wszystkie osoby przebywające w DPS są umieszczone zgodnie z jego przeznaczeniem.

Przedstawiciele KMP przeanalizowali akta osobowe mieszkańców przyjętych na podstawie orzeczenia sądu. W przypadku 2 mieszkańców (*dane osobowe usunięto*) w dokumentacji brakowało postanowień sądu. W związku z powyższym przedstawiciele KMP zwracają się do dyrektora DPS-u o wyjaśnienie tej sprawy.

4. Personel

Zgodnie z danymi przedstawionymi wizytującym, w domu zatrudnione są 104 osoby (w tym 3 osoby na zastępstwa nieobecnych pracowników). Struktura personelu przedstawia się następująco: w skład sekcji opiekuńczo-terapeutycznej (59 etatów)

wchodzi kierownik, 30 opiekunów, 4 kąpielowe, 4 pracowników socjalnych, 3 instruktorów terapii zajęciowej, terapeuta, instruktor kulturalno-oświatowy, 14 pokojowych oraz psycholog (0,5 etatu). Natomiast w dziale medyczno-rehabilitacyjnym zatrudnionych jest 10 pielęgniarek, technik fizjoterapii oraz masażysta (0,75 etatu).

W placówce od kilku lat jest niedobór pracowników. Sytuacja ta każdego roku się polepsza, lecz w dalszym ciągu nie spełniony pozostaje wskaźnik, o którym mowa w § 6 pkt 2 ppk 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. poz. 964). Brak wystarczającej liczby pracowników ma swoje odzwierciedlenie w wielu problemach wynikających w codziennej pracy. Niedobór personelu zauważają także mieszkańcy. Przedstawiciele KMP zwracają się do organu prowadzącego o pilne zatrudnienie dodatkowych osób w zespole terapeutyczno-opiekuńczym.

Wśród personelu przeważają kobiety. W sumie w DPS zatrudnionych jest 13 mężczyzn pracujących na co dzień z mieszkańcami. Wśród nich znajduje się 4 opiekunów, 3 instruktorów, konserwatorzy oraz masażysta. Biorąc po uwagę, iż 1/4 pensjonariuszy stanowią mężczyźni, zatrudnienie mężczyzn-opiekunów/pielęgniarzy jest ważne, by w pełni respektować prawo mieszkańców do prywatności i intymności. Przykładowo w sytuacjach, gdy mieszkaniec nie chce/odmawia, aby przy zabiegach higienicznych pomagała mu osoba przeciwnej płci, obowiązkiem personelu domu jest zapewnienie mu opieki pielęgniarskiej/opiekuna tej samej płci. Z relacji dyrektora placówki wynika, że czynności higieniczne zapewniane są mieszkańcom przez osoby tej samej płci.

Pracownicy DPS-u w 2014 r. brali udział w następujących szkoleniach: „Komunikacja w zespole pracowniczym”, „Modele radzenia sobie w trudnych sytuacjach relacyjnych”. Dyrektor DPS-u poinformował, że w najbliższym czasie zaplanowano szkolenia na temat seksualności osób starszych oraz stosowania przymusu bezpośredniego. Te ostatnie mają odbyć się w maju 2015 r. 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 obowiązek uczestniczenia 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. Ponieważ w ciągu ostatnich dwóch lat w placówce takich szkoleń nie

było, przedstawiciele KMP zalecają, aby ofertę szkoleniową poszerzyć o wyżej wymienione kursy.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że w październiku 2014 r. odbyły się szkolenia na temat wsparcia psychologicznego kadry DPS-u po doświadczeniu traumatycznym, w ramach którego miały również miejsce spotkania z mieszkańcami. Przedstawiciele KMP wielokrotnie podkreślali, że z uwagi na trudności wynikające z pracy w DPS (obciążenia, stres itp.), ważne jest przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, w związku z czym należy rozważyć zorganizowanie dla psychologów i terapeutów zajęciowych superwizje i warsztaty z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

W lipcu 2014 r. placówka zgłosiła zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa sprzeniewierzenia środków pieniężnych mieszkańców przez pracownika socjalnego na kwotę 151 307, 93 zł. Prokuratura wszczęła śledztwo, które nadal jest w toku.

5. Traktowanie

W ocenie przedstawicieli KMP atmosfera panująca w domu w trakcie wizytacji była dobra, pełna wzajemnego poszanowania. Podczas dokonywania oglądu pokoi, uwagę zwracała stała obecność personelu oraz jego zaangażowanie w pracę. Mieszkańcy podczas rozmów z wizytującymi pozytywnie wyrażali się na temat kadry oraz podkreślali dobre traktowanie oraz życzliwość ze strony pracowników. Podkreślano również, iż w trudnych sytuacjach rodzinnych (np. śmierć kogoś bliskiego) w domu można liczyć na wsparcie i pomoc pracowników placówki (psychologa, dyrektora).

Podczas wizytacji przedstawiciele KMP zauważyli, że drzwi do niektórych pokoi były zamykane od zewnątrz (od strony korytarza) na tzw. motylka. Powodowało to, że osoby, które zamieszkiwały w tych pokojach (usytuowanych na parterze w Pawilonie C) nie mogły ich samodzielnie opuścić. Dotyczy to głównie osób chorych na Alzheimera, którzy mogliby się oddalić od placówki lub stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa własnego lub innych osób. Ta praktyka - zamykanie przez personel drzwi do pokoi niektórych mieszkańców - wzbudziła wątpliwości przedstawicieli KMP. Zgodnie z wyjaśnieniem dyrektora ma to związek ze wskazaną już w niniejszym Raporcie kwestią braku wystarczającej liczby personelu. Jednakże w ocenie przedstawicieli KMP nie można w takich przypadkach ograniczać wolności mieszkańców poprzez zamykanie ich w pokojach. W odpowiedzi na uwagi wizytujących dyrektor placówki poinformował, że zaprzestał stosowania izolacji w stosunku do mieszkańców, opracowana zostanie ponadto procedura stosowania przymusu

bezpośredniego. W związku z powyższym przedstawiciele KMP zwracają się z prośbą o wyjaśnienie, w jaki sposób rozwiązana została sytuacja izolowania mieszkańców.

W sprawach problemowych mieszkańcy mogą zwracać się do pracowników. Natomiast raz w tygodniu dyrektor przyjmuje mieszkańców w sprawie skarg i wniosków. Wizytujący przeanalizowali skargi z lat 2014-2015 wraz ze sposobem ich rozpatrzenia i nie dostrzegli żadnych nieprawidłowości w tym zakresie. Mieszkańcy podkreślali, że zarówno pisemne jak i ustne skargi są życzliwie i w krótkim czasie rozpatrywane przez dyrektora placówki. Zawsze otrzymywali oni informację zwrotną na temat sposobu załatwienia ich sprawy.

W przypadku niepokoju psychoruchowego czy agresywnego zachowania (tak po alkoholu jak i z innych powodów) pracownicy starają się uspokoić mieszkańca wyciszoną, spokojną rozmową, zazwyczaj z dobrym skutkiem. Nigdy nie stosowano i nie stosuje się żadnej formy przymusu bezpośredniego z jakiegokolwiek przyczyny. W razie konieczności wzywane jest pogotowie ratunkowe lub policja.

6. Dyscyplinowanie

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził katalog konsekwencji wynikających z naruszenia zasad panujących w DPS, określony w § 10 Regulaminu Mieszkańców Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów w Zielonej Górze (zwanego dalej Regulaminem), a także niektóre zapisy uprawnień personelu Domu Pomocy Społecznej, określone w § 11 Regulaminu.

W pierwszym przypadku wskazano, że w stosunku do mieszkańców nieprzestrzegających Regulaminu, będą zastosowane konsekwencje regulaminowe w postaci m.in. obciążeń finansowych do wysokości równowartości uszkodzonych przedmiotów lub urządzeń, konieczność zwrotu skradzionych przedmiotów lub ich równowartości, leczenie odwykowe oraz inne konsekwencje, adekwatne do przewinienia, zastosowane na wniosek Zespołu Opiekuńczo-Terapeutycznego skierowany do Dyrektora (§ 10 Regulaminu, pkt. 1, 2, 3 i 7 konsekwencji regulaminowych).

W drugim przypadku przyznano personelowi DPS uprawnienia dokonywania kontroli mieszkańca domu - w sytuacji stwierdzenia wnoszenia na teren placówki alkoholu lub wynoszenia na zewnątrz przedmiotów stanowiących własność DPS bądź współmieszkańca, a także sprawdzenie jego rzeczy osobistych i odebranie niezdatnych do spożycia artykułów - w przypadku zaistnienia przypadku podejrzenia mieszkańca o przechowywanie zepsutych lub przeterminowanych artykułów spożywczych (§ 11 pkt 1 i 7 Regulaminu).

Przedstawiciele KMP nie mają wątpliwości, iż w świetle ogólnie przyjętych zasad, skradzione przedmioty powinny zostać zwrócone ich właścicielom, a koszty zniszczeń pokrywać ich sprawcy. Brak jest jednak podstaw prawnych zarówno do stosowania w domach pomocy społecznej środków dyscyplinujących, jak i dokonywania przez personel placówki kontroli mieszkańców i ich rzeczy osobistych. Nietykalność osobista jednostki i jej wolność osobista są wartościami podlegającymi ochronie w art. 41 ust. 1 Konstytucji RP. Zgodnie z ustawą zasadniczą pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie, a zarówno wymierzenie kary, jak i dokonywanie kontroli osobistej lub kontroli rzeczy są ograniczeniem wolności jednostki oraz ingerują w sferę prawa do prywatności.

Należy wskazać, że w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, ze zm.) nie zawiera upoważnień do ukształtowania w regulaminach organizacyjnych lub innych dokumentach domów pomocy społecznej systemu środków dyscyplinujących. Nie nadaje także kompetencji pracownikom domów pomocy społecznej w zakresie dokonywania kontroli mieszkańca lub sprawdzenia jego rzeczy osobistych. Tego typu regulacje należą zaś do materii ustawowej. Warto w tym miejscu wyeksponować fakt, że ustawodawca przyznał kompetencję dokonywania kontroli ludzi i rzeczy niektórym instytucjom (np. policji i innym służbom), a więc dopuścił możliwość ingerencji niektórych instytucji w sferę konstytucyjnych wolności i praw, jednak uprawnienia te zawsze wynikają z przepisów ustawy (np. kodeksu postępowania karnego, ustawy o Policji) i czynności te muszą być wykonywane przy poszanowaniu godności ludzkiej oraz przestrzeganiu praw człowieka. Brak takich uprawnień w ustawie o pomocy społecznej skutkuje w ocenie wizytujących bezprawnością zapisów wskazanych wyżej punktów Regulaminu.

Należy jednak podkreślić, że dyrektor DPS nie jest pozbawiony możliwości reagowania w przypadku m.in. uporczywego i rażącego naruszania przez pensjonariusza obowiązujących norm współżycia społecznego. Mieszkańców DPS obowiązują te same, regulowane odpowiednimi przepisami prawa krajowego, zasady funkcjonowania w społeczeństwie, jakie odnoszą się do osób mieszkających we własnych domach. Dyrektor DPS może zatem zainicjować działania przewidziane w prawie krajowym np. powiadomić Policję, która podejmie interwencję czy skontaktować się z Gminną Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i rozpocząć wspólne działania terapeutyczne, jeżeli u podstaw negatywnego zachowania pensjonariusza Domu leży nadużywanie przez niego alkoholu.

7. Prawo do ochrony zdrowia

Ekspert KMP dokonała oceny placówki pod względem zapewnienia mieszkańcom opieki lekarskiej. Z jej ustaleń wynika, że dział medyczno-rehabilitacyjny usytuowany jest w pawilonie D (na parterze). Poza gabinetem lekarskim, zabiegowym i stomatologicznym oraz działem rehabilitacji, są cztery sale jednoosobowe, tzw. izolatki, dla chorych wymagających zwiększonej opieki pielęgniarskiej przez całą dobę. Dla potrzeb tych osób wydzielone są dwie duże łazienki przystosowane do kąpieli osób leżących (w jednej jest wanna z podnośnikiem, w drugiej podnośnik przewoźny).

Opiekę medyczną sprawuje zespół 10 pielęgniarek i trzech lekarzy. Staż pracy większości pracowników zespołu sięga kilkudziesięciu lat. Pielęgniarki uczestniczą w kursach i szkoleniach organizowanych przez okręgową izbę pielęgniarską, mają ukończone kursy z opieki długoterminowej, szczepień, obsługi EKG, a dwie osoby z geriatry.

Praca oparta jest na systemie dyżurów 12 godzinnych (7.00-19.00, 19.00-7.00). Na rannej zmianie, poza dwoma dyżurnymi, jest do godz. 15.00 kierownik działu i pielęgniarka pracująca z lekarzami.

Badania laboratoryjne oraz badania specjalistyczne - jak zdjęcia rentgenowskie, badania USG, badania komputerowe czy rezonans magnetyczny - wykonywane są w miejskich placówkach w ramach kontraktu z NFZ. Pielęgniarka asystująca lekarzom, uzgadnia terminy konsultacji, skierowań do szpitala, zamawia leki, itp.

W szafie aptecznej są osobne dla każdego pacjenta pudełka z wszystkimi zleconymi lekami, w których to umieszcza się kartę zleceń. Mieszkańcy mający trudności w połykaniu otrzymują leki rozkruszone lub rozpuszczone. W przypadku odmowy przyjęcia leku fakt ten zostaje przekazany lekarzowi. Nie podaje się leku bez zgody pacjenta.

Opiekę nad mieszkańcami sprawuje trzech lekarzy; dwóch zatrudnionych w NPZOZ „Aldamed” (specjalista II st. chorób wewnętrznych i lekarz w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej) oraz lekarz prowadzący gabinet mający kontrakt z NFZ (specjalizacja medycyny rodzinnej i I st. chorób wewnętrznych). Każdy z lekarzy przyjmuje 1 raz w tygodniu. W pozostałe dni oraz dni świąteczne, jak i po godzinach pracy, w przypadkach nagłych zachorowań wzywane jest pogotowie.

Nowi mieszkańcy badani są w dniu przyjęcia lub w pierwszych dniach pobytu. Założona jest im historia choroby. W karcie obserwacji wypełnianej przez pielęgniarki

uwzględniane są zmiany na skórze, stan higieniczny, waga, ciśnienie, poziom glukozy, sprawność fizyczna, kontakt psychiczny z mieszkańcem.

Mieszkańcy mają prawo wyboru jednego z lekarzy, mogą również leczyć się u lekarzy spoza terenu placówki, którzy w razie potrzeby przyjeżdżają do domu (obecnie dwie osoby korzystają z tego typu usług). Poza lekarzami rodzinnymi, przyjmuje 2 razy w miesiącu psychiatr (umowa-zlecenie). Pacjenci zgłaszają się sami, lub kierowani są przez lekarzy rodzinnych, wyznaczane są wówczas wizyty kontrolne.

Na terenie domu mieści się gabinet stomatologiczny. Wszyscy mieszkańcy mogą korzystać z usług stomatologa, tak z zakresu leczenia zachowawczego, jak i protetycznego (leczenie w ramach kontraktu z NFZ).

W bardzo dobrze wyposażonym gabinecie rehabilitacji zatrudnionych jest dwóch rehabilitantów, pracujących w dni powszednie w godzinach 7.00-15.00. W dużej sali kinezyterapii są m.in., atlas, pionizator, ugiel, rotory, rowery, sprzęt do ćwiczeń manualnych, jest także (w korytarzu) tor do nauki chodzenia. W dziale elektroterapii - ultradźwięki, sollux, magnetronic, terapuls, masaż podciśnieniowy, miejscowa krioterapia. W dziale hydroterapii są masaże wirowe wodne na kończyny górne i dolne, wykonywane są też inhalacje. Poza zabiegami w dziale rehabilitacji, prowadzona jest przyłóżkowa gimnastyka rehabilitacyjna, gimnastyka indywidualna, masaże. Trzy razy w tygodniu, w sali widowiskowej, odbywają się zajęcia z gimnastyki ogólnej dla wszystkich mieszkańców; zazwyczaj uczestniczy w nich niewielka grupa 12-15 osób. Wszystkie zabiegi dla mieszkańców są zlecane przez lekarzy, nie ma zabiegów komercyjnych dla osób spoza placówki.

W gabinecie lekarskim przechowywana jest dokumentacja lekarska wszystkich mieszkańców. Każdy z mieszkańców ma założoną teczkę, w której znajduje się historia choroby, karty leczenia szpitalnego, konsultacje, wyniki badań.

Ekspert Krajowego Mechanizmu Prewencji przeanalizowała 23 wybrane losowo tečky mieszkańców. Ich zawartość nie budzi wątpliwości poza nieczytelnymi notatkami z konsultacji psychiatrycznych oraz braku w niektórych aktach wywiadu i początkowego badania. Raporty pielęgniarские (od 24.12.2014 r.) prowadzone są bardzo dokładnie. Opisane są w nich wszelkie zmiany w stanie zdrowia pacjentów, stany gorączkowe, wykonane zabiegi, wezwania pogotowia, etc. Niezależnie od raportów, pielęgniarki prowadzą zeszyty zabiegów, pomiarów ciśnień, poziomów cukru, terminów konsultacji.

W 2014 r. miały miejsce 3 samobójstwa mieszkańców. Z zebranych materiałów wynika, że mieszkańcy borykali się z problemami adaptacyjnymi, ciężkimi chorobami oraz obniżonym nastrojem. Jeden z mieszkańców miał 2 konsultacje psychiatryczne przed tym

zdarzeniem, drugi mieszkaniec tylko jedną, zaś trzeci nie był w ogóle konsultowany. W ocenie wizytujących takich mieszkańców należy otoczyć szczególną opieką i wsparciem psychologa lub psychiatry.

W oparciu o przeprowadzone rozmowy, ogląd pomieszczeń, przejrzaną dokumentację medyczną, ekspert KMP przekazała następujące spostrzeżenia i uwagi.

Zastrzeżenia eksperta KMP dotyczyły następujących kwestii:

- 1) Lekarz wpisuje zlecenia tylko w historii choroby, które przepisuje pielęgniarka. Zdaniem eksperta KMP winny być prowadzone indywidualne karty zleceń, dla każdego z pacjentów, w których wszyscy lekarze wpisывaliby wszelkie zlecenia z dokładnym podaniem dawek leków, czasem terapii itp.; wpisy te winny być sygnowane podpisem i pieczętą lekarską (a przynajmniej podpisem), a ich wykonanie - podpisem pielęgniarki. Jest to bardzo ważne, gdyż wielu mieszkańców jest leczonych przez kilku lekarzy, specjalistów z różnych dziedzin. Istnieje możliwość interakcji lub synergii poszczególnych leków, zwłaszcza przy najrozmaitszych ich nazwach fabrycznych. Poza tym karty takie znacznie ułatwiłyby pracę pielęgniarek, a także zminimalizowałyby możliwość pomyłki (np. przy przepisywaniu).
- 2) Dokumentacja lekarska części pacjentów nie spełnia obowiązujących norm, a wpisy psychiatry są wręcz nieczytelne. Niezależnie od pacjentów przebywających pod stałą opieką lekarską, winny być corocznie, u wszystkich mieszkańców wykonane kontrolne badania biochemiczne, jak i badanie lekarskie, oczywiście, po wyrażeniu przez nich zgody.
- 3) Koniecznym jest wzmożenie opieki nad osobami z zaburzeniami adaptacyjnymi (vide samobójstwa mieszkańców z tymi zaburzeniami w 2014 r.).
- 4) Wskazaniem jest, przy tak dużej ilości mieszkańców, prowadzenie zajęć w dziale rehabilitacji również w godzinach popołudniowych (oczywiście, jest to zależne od możliwości finansowych, zatrudnienia kolejnych pracowników).
- 5) Znacznym ułatwieniem pracy w całej placówce, jak i obniżeniem kosztów, byłoby posiadanie własnego środka transportu.

8. Prawo do informacji

W pierwszych dniach pobytu nowego pensjonariusza jest on zapoznawany z organizacją życia w domu, jego topografią, zasadami pobytu, swoimi prawami, a także pracownikami oraz współmieszkańcami. Pracownicy DPS-u dokładają starań, aby proces adaptacji nowoprzybyłego mieszkańca przebiegał łagodnie i sprawnie.

W dokumentacji mieszkańców znajdują się oświadczenia potwierdzające zapoznanie się z Regulaminem oraz innymi procedurami.

W ogólnodostępnym miejscu (w holu) zamieszczone zostały najważniejsze informacje dotyczące funkcjonowania placówki, a także adresy instytucji, do których mieszkańcy lub ich rodziny mogliby się zwrócić w przypadku naruszenia ich praw (np. Rzecznika Praw Obywatelskich wraz z podaniem bezpłatnej infolinii, Biura Pełnomocnika Terenowego we Wrocławiu, Rzecznika Praw Pacjenta wraz z bezpłatną infolinią).

Z ustaleń poczynionych przez wizytujących wynika, że dowody osobiste mieszkańcy mogą według 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 wyrażającego zgodę, na tego typu czynność. 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 (sygn. akt 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

Każdy mieszkaniec, jeśli jego stan zdrowia na to pozwala, ma prawo do opuszczenia domu – na przepustki, urlopy, święta. Nie pobiera się opłaty za pobyt, za dni nieobecności mieszkańca w domu w wymiarze nieprzekraczającym 21 dni w roku kalendarzowym. W przypadku nie powrócenia mieszkańca domu z wyjścia, niezwłocznie po ujawnieniu tego faktu dyrektor lub inna osoba przez niego upoważniona powiadamia o tym fakcie rodzinę mieszkańca i Policję.

Odwiedziny mieszkańców mogą odbywać się codziennie w godzinach 9.00-21.00.

Pensjonariusze DPS-u mogą posiadać przy sobie telefony komórkowe. Mogą także wykonywać połączenia telefoniczne z aparatów telefonicznych znajdujących się na terenie placówki.

Co do zasady mieszkańcy domu bez ograniczeń mogą poruszać się po pomieszczeniach grup mieszkalnych, w których przebywają. Samodzielne wyjścia poza jej obszar możliwe są w przypadku osób, które nie zagrażają swym zachowaniem bezpieczeństwu własnemu lub osób trzecich. Osoby ubezwłasnowolnione na terenie DPS-u mogą poruszać się samodzielnie. Nie mogą wychodzić natomiast poza teren DPS-u, chyba że w asyście opiekuna. Jednakże z uwagi na małą liczbę personelu wyjścia poza DPS są rzadko realizowane. Z relacji dyrektora DPS wynika, że w stosunku do tych ostatnich, w zakresie opuszczania przez nich placówki, decydująca jest wola opiekuna prawnego. Pracownicy KMP chcą podkreślić w tym miejscu z całą stanowczością, że instytucja ubezwłasnowolnienia ogranicza jej beneficjenta tylko i wyłącznie w sferze prawnej, a nie w sferze wolności osobistej. Dlatego też każde ograniczenie osoby ubezwłasnowolnionej niezwiązane z jej uczestnictwem w obrocie prawnym, należy traktować w świetle obowiązujących przepisów prawa, jako nieuprawnione. W ocenie przedstawicieli KMP, osoby ubezwłasnowolnione powinny być traktowane przez personel domu na równi z innymi pełnoprawnymi mieszkańcami, w każdej z dziedzin ich życia, niezwiązanych ze wspomnianymi ograniczeniami, w szczególności w możliwości samodecydowania o wyjściach poza teren DPS. Jediną obiektywną przeszkodę do korzystania z takich wyjść może stanowić, tak jak w przypadku pozostałych mieszkańców, ich zły stan psycho-fizyczny. Dyrektor DPS-u zgodził się ze zdaniem wizytujących, a następnie kilka dni po wizytacji przesłał oświadczenia lekarskie o złym stanie zdrowia niektórych mieszkańców.

10. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

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 oraz innych miejscach domu (kawiarence internetowej, bibliotece) czy na terenie wokół placówki, w ramach których prowadzona jest zróżnicowana i systematycznie aktualizowana oferta działań aktywizująco-terapeutycznych.

Pensjonariusze mają do dyspozycji salę widowiskowa, gdzie można obejrzeć telewizję, filmy video, posłuchać muzyki oraz pośpiewać na organizowanych spotkaniach chóru. Opracowany w placówce Plan działań kulturalno-oświatowo-terapeutycznych na 2015 r. przewiduje wiele uroczystościach, co podkreślali również sami mieszkańcy. Dwa razy do roku odbywa się uroczyste spotkanie „Klubu 90-latków”. Na rzecz mieszkańców organizowane są spotkania ze środowiskiem kombatanckim, wyjazdy, wycieczki, wyjścia do kina, teatru, kawiarni oraz wyjazdów do lasu. Pensjonariusze mogą ponadto uczestniczyć w uroczystościach okolicznościowych i imprezach rekreacyjnych a także wykazać własną inwencję w organizowaniu czasu wolnego. Pozytywnej oceny wymaga także organizacja spotkań mieszkańców z uczniami szkół i przedszkoli, które służą integracji pokoleniowej.

Wyposażenie sal a także specjalistyczne przygotowanie personelu do prowadzenia tego typu zajęć jest, w ocenie przedstawicieli KMP, w wizytowanym domu bardzo dobre. Zajęcia doceniane są także przez samych mieszkańców.

11. Warunki bytowe

Dom Pomocy Społecznej Kombatant istnieje od 1977 r. w specjalnie wybudowanym na ten cel budynku. Położony jest na dosyć obszernym terenie i otoczony jest zielenią i ogrodem, gdzie mieszkańcy mają możliwość wypoczynku.

Budynek stanowią 4 trzykondygnacyjne pawilony (A, B, C i D) połączone z budynkiem administracji łącznikiem. Dyrektor placówki wskazał, że pawilon C wymaga remontu, powiększenia drzwi wejściowych oraz drzwi do łazienek. Wnętrza domu, choć wymagające odświeżenia, w czasie wizytacji były czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów. Panowała w nich odpowiednia temperatura i były dobrze oświetlone (zarówno światłem sztucznym, jak i naturalnym).

Pensjonariusze domu mają do dyspozycji mieszkania dwupokojowe oraz jednopokojowe. Małżeństwom gwarantuje się pobyt w mieszkaniu dwupokojowym.

Pokoje są z pełnymi węzłami sanitarnymi i balkonami. Niestety nie wszystkie węzły sanitarne są dostosowane do osób z niepełnosprawnością. W dniu wizytacji w DPS przebywali mieszkańcy poruszający się na wózkach inwalidzkich, którzy nie mogli korzystać z łazienek znajdujących się w ich pokojach z racji braku udogodnień dla takich osób. Niemożliwe jest także wyjście na balkon, który posiada zbyt wysoki próg (powyżej 2 cm). Dyrektor DPS poinformował, że prace w tym zakresie będą systematycznie kontynuowane.

Na korytarzach znajdują się aneksy kuchenne, w których mieszkańcy mogą przygotowywać sobie dodatkowe posiłki.

Pokoje wyposażone są w funkcjonalne meble i sprzęty, w tym zamykane na klucz szafy, w których mieszkańcy przechowują swoje rzeczy osobiste. W każdym pokoju w miejscach dostępnych (najczęściej przy łóżku) znajduje się sygnalizacja przyzywowa i telefon. Wyposażenie i wystrój wnętrz pokoi mieszkalnych stwarza przytulną atmosferę - generalnie urządzone są one według własnych upodobań mieszkańców.

Poza pokojami mieszkańców również znajdują się ogólnodostępne sanitariaty wyposażone w sprzęt ułatwiający kąpiel osobom mniej sprawnym, np. w wanny z podnośnikami, z hydromasażem. W dniu wizytacji panowała w nich czystość i porządek.

Mieszkańcy sprawni spożywają posiłki w przestronnej jadalni. Mają zapewnione 3 podstawowe posiłki dzienne: śniadania, obiady i kolacje. Jadłospis uwzględnia diety mieszkańców. Na tablicach informacyjnych zamieszczany jest aktualny jadłospis. Zgodnie z informacją uzyskaną od personelu, osoby mające trudności w połykaniu otrzymują posiłki zmiksowane, czyli zmiksowaną zupę i zmiksowane oddzielnie drugie danie. Wątpliwości przedstawicieli KMP budzą zapisy Regulaminu. Zgodnie z § 9 pkt 1 tego aktu prawnego, określającym m.in. czas wydawania posiłków, kolacja trwa tylko 1 godzinę (18.00-19.00), podczas gdy rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej wskazuje, że dla każdego z posiłków czas wydawania wynosi 2 godziny (§ 6 ust. 1 pkt 6 lit. c).

Do dyspozycji mieszkańców jest również zakład fryzjerski.

12. Sytuacja osób z niepełnosprawnością ruchową

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.

Dom pozbawiony jest barier architektonicznych (drzwi na fotokomórkę, windy, podjazdy). Nie można jednak mówić o pełnym jego dostosowaniu do potrzeb osób z niepełnosprawnością, gdyż nie mogą oni samodzielnie korzystać np. z toalet znajdujących się w pokojach (są one niedostosowane), wychodzić na balkon (próg powyżej 2 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.

W celu zlikwidowania istniejących barier wskazane byłoby, aby szerokość wszystkich drzwi w domu wynosiła co najmniej 90 cm, progi nie mogą przekraczać 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 prysznica 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 cm¹.

Dostrzegając i doceniając wszelkie udogodnienia dla osób z niepełnosprawnością w wizytowanym domu oraz bardzo 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. W Domu znajduje się kaplica, w której odprawiane są msze święte i nabożeństwa okolicznościowe. Ksiądz odwiedza chorych mieszkańców w ich pokojach, jest do ich dyspozycji po każdej mszy św. Pensjonariusze mogą również wychodzić do kościołów znajdujących się terenie miasta.

Zgodnie z informacjami uzyskanymi od dyrektora DPS, wśród mieszkańców są również świadkowie Jehowy. Mają oni zapewnioną możliwość spotkania się z przedstawicielami religijnymi na terenie Domu.

Mieszkańcy nie zgłaszali żadnych uwag w zakresie przestrzegania ich prawa do praktyk religijnych.

14. Zalecenia

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

1. Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów im. Jana Lembasa w Zielonej Górze:

- 1.1. usunięcie zapisu Regulaminu, który wprowadza środki dyscyplinarne oraz możliwość dokonywania kontroli mieszkańców i ich rzeczy;
- 1.2. wprowadzenie indywidualnej karty zleceń, dla każdego z pacjentów, w których wszyscy lekarze wpisyaliby wszelkie zlecenia z dokładnym podaniem dawek leków, czasem terapii itp.;

¹ Podawane w niniejszym akapicie wymiary, ustalone zostały przez osoby z niepełnosprawnością z Fundacji Polska bez barier zgodnie ze standardami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMP

- 1.3. wykonywanie corocznie kontrolnych badań biochemicznych, jak i badań lekarskich, po wcześniejszym wyrażeniu zgody przez mieszkańca;
- 1.4. wzmoczenie opieki psychologicznej i psychiatrycznej nad osobami z zaburzeniami adaptacyjnymi oraz ciężkimi chorobami;
- 1.5. rozważenie prowadzenia zajęć w dziale rehabilitacji również w godzinach popołudniowych;
- 1.6. każdorazowe odbieranie zgody mieszkańca lub opiekuna prawnego mieszkańca ubezwłasnowolnionej na przechowywanie dowodu osobistego;
- 1.7. przeprowadzenie szkoleń na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami;
- 1.8. rozważenie możliwości wprowadzenia superwizji i warsztatów z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu dla psychologów i terapeutów zajęciowych;
- 1.9. przeprowadzenie remontów w zakresie opisanym w niniejszym raporcie;
- 1.10. zmianę w Regulaminie godzin wydawania kolacji;
- 1.11. dążenie do jeszcze lepszego przystosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością;
- 1.12. rozważenie zakupu własnego środka transportu;
- 1.13. wyjaśnienie braku postanowień sądu o umieszczeniu w DPS mieszkanek: *dane osobowe usunięto*;
- 1.14. wyjaśnienie, w jaki sposób rozwiązana została sytuacja izolowania mieszkańców.

2. Prezydentowi Miasta Zielona Góra jako organowi prowadzącymi placówkę:

- 2.1. pilne zatrudnienie dodatkowych osób w zespole terapeutyczno-opiekuńczym, tak by spełniał on wskaźnik określony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w *sprawie domów pomocy społecznej*;
- 2.2. udzielenia wsparcia finansowego na realizację zaleceń 1.4., 1.5. i 1.12.