

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. St. Kontkiewicza 2
42-200 Częstochowa
IDS 151374812 NIP 949-15-66-938
tel.(034)3643815
- 2 -


RPW/5194/2015 P
Data:2015-01-27

Częstochowa 23.01.2015r.

DPS ND. 071F/207/15

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH	
WPL.	27-01-2015
ZAL.	NR.

Sz.P.
Justyna Lewandowska
Dyrektor Zespołu
Krajowego Mechanizmu Prewencji

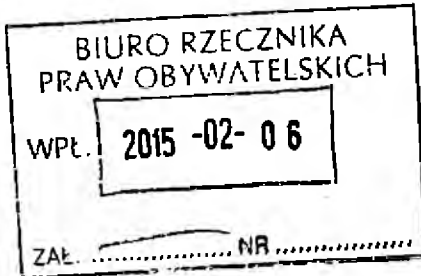
W reakcji na pismo z dnia 23.12.2014r (znak: KMP.575.30.2014.MF) uprzejmie dziękuję za przekazanie mi raportu pokontrolnego. Warto było czekać – od lat nie spotkałem się z równie pasjonującą lekturą. Dziękuję również za złożoną mi propozycję odniesienia się do ustaleń raportu. Z pewnością, w nieco późniejszym terminie, skorzystam z tej możliwości. Niestety analiza raportu zrodziła u mnie kilka drobnych wątpliwości, których sam nie jestem w stanie rozwiązać. Dotyczą one m.in. statusu prawnego „zaleceń”. Nie chcąc narażać na szwank autorytet Pracowników KMP i pozycjonować Ich w roli sędziów we własnej sprawie ośmieliłem się o swoich rozterkach i zastrzeżeniach poinformować Rzecznika Praw Obywatelskich, co uczyniłem w korespondencji z dnia 23.01.2015r. Oczekiwana odpowiedź pomoże mi zarówno w doprecyzowaniu kompetencji KMP, jak również w określeniu mojej roli, pozycji i obowiązków wobec ustaleń pokontrolnych. Zanim, zatem, zacznę z entuzjazmem wdrażać „zalecenia” i raportować o ich wprowadzeniu w życie, wolałbym upewnić się, że przedstawiciele KMP mieli w ogóle prawo, w takiej formie, je redagować. A, póki co, niniejsze pismo oraz przywoływaną korespondencję z Panią Rzecznik proszę uznać za wypełnienie dyspozycji artykułu 22 OPCAT nakładającego na mnie obowiązek analizy rekomendacji oraz nawiązanie z KMP (jestem przekonany, że owocnego) dialogu na temat możliwych środków ich realizacji.


DYREKTOR
mgr Zbigniew Kamiński



PZS-II.8120.7.4.2015

Częstochowa, 2015-01-29



Pani Justyna Róża Lewandowska
Dyrektor Zespołu
„Krajowy Mechanizm Prewencji”
przy Biurze Rzecznika
Praw Obywatelskich
Aleja Solidarności 77

00-090 WARSZAWA

dot. Raportu przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Domu Pomocy Społecznej w Częstochowie przy ul. Konkiewicza 2

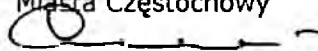
W odpowiedzi na pismo nr KMP.575.30.2014 z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie Raportu przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Domu Pomocy Społecznej w Częstochowie przy ul. Konkiewicza 2, wyjaśniam co następuje.

Przekazane uwagi i zalecenia zostały poddane analizie w kontekście wyjaśnień złożonych przez Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Częstochowie przy ul. Konkiewicza 2.

Powyższe umożliwi zajęcie stanowiska w przedmiotowej sprawie, które zostanie przesłane w terminie późniejszym.

Z poważaniem

Zastępca Prezydenta
Miasta Częstochowy


Ryszard Stefaniak



RPW/19961/2015 P
Data:2015-03-27

Częstochowa, dnia 23.03.2015 r.

DPS.ND.0717/763/15

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH	
WPŁ.	2015 -03- 27
Załącznik	5 NR

Sz. P.
Justyna Róża Lewandowska
Dyrektor Zespołu
Krajowego Mechanizmu Prewencji

W załączeniu przesyłamy stanowisko Domu Pomocy Społecznej w Częstochowie w sprawie zaleceń Krajowego Mechanizmu Prewencji zawartych w raporcie z dnia 23.12.2014 r. (znak KMP.573.30.2014.MF).


DYREKTOR
mgr Zbigniew Kamiński



DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Kontkiewicza 2; 42-200 Częstochowa
tel./fax. 34/364-38-10, centrala 34/364-38-14 do 15
www.dps.czest.pl, e-mail: sekdp@poczta.onet.pl

Stanowisko dps w sprawie zaleceń Krajowego Mechanizmu Prewencji.

1. Uzależnienie możliwości samodzielnego opuszczania placówki przez mieszkańców od ich stanu psychofizycznego stwierdzonego przez lekarza.

Sugestia może być przydatna i jest warta wdrożenia, choć słabo umocowana prawnie. Ponadto wystarczy, że lekarz nie zechce wypowiedzieć się w tej kwestii i cała idea ta upadnie.

2. Prawidłowe dokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego.

Zalecenie oczywiste, choć bezzasadne. Pracownicy placówki ze szczególną starannością podchodzą do prawidłowego dokumentowania stosowanych przymusów bezpośrednich wobec Pensjonariuszy. Coroczne protokoły pokontrolne Sądu Okręgowego w Częstochowie oraz każdorazowe zatwierdzenia dokumentacji ze strony Wojewódzkiego Konsultanta ds. Psychiatrii potwierdzają, iż dokumentacja przymusu bezpośredniego prowadzona jest bez zarzutu:

Cytat z protokołu Sądu Okręgowego (styczeń 2013):

„Dokumentacja zawiera datę, dokładny czas i rodzaj zabezpieczenia, zachowanie pacjenta i wszystkie dane z jego obserwacji. Na podstawie przekazanej dokumentacji stwierdzam, że przestrzegane są przepisy w tym zakresie i stosowane jest aktualne Rozporządzenie.”

Brak w kilku przypadkach powielenia rodzaju zastosowanego przymusu na trzeciej z kolei karcie (załącznik nr 5) w komplecie dokumentacji, dotyczącej konkretnego przypadku nie jest w naszym mniemaniu poważnym uchybieniem, gdyż na dwóch innych załącznikach tejże dokumentacji jest jasny wpis, jakiego rodzaju przymus był zastosowany. Poza tym wyszczególniony przez eksperta wpis, dotyczący jednego przypadku (w dokumentacji przymusu), gdzie na jednym załączniku w tej samej rubryce zaznaczono godzinę rozpoczęcia i zakończenia zastosowanego przymusu, nie uważamy również za poważne uchybienie. Zalecenia eksperta w w/w sprawach podważają kompetencje Prezesa Sądu Okręgowego w Częstochowie, jak również Wojewódzkiego Konsultanta ds. Psychiatrii, którzy nie wnoszą żadnych zastrzeżeń w tej kwestii.

3. Dostosowanie postanowień procedury zastosowania przymusu bezpośredniego do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz.740).

Zalecenie bezzasadne. Procedura zastosowania przymusu bezpośredniego obowiązująca w placówce oparta jest na aktualnej podstawie prawnej *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 w sprawie stosowania*

i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego stosowania, co zostało potwierdzone w toku kontroli Sądu Okręgowego w Częstochowie w styczniu 2014 roku i styczniu 2015 roku: „Nowa procedura stosowania przymusu bezpośredniego została opracowana dnia 03.08.2012r. Pomieszczenia przeznaczone do izolacji zostały już wyposażone w instalację monitoringu, umożliwiającą stały nadzór nad osobą w okresie stosowania przymusu bezpośredniego”.

Ekspert Mechanizmu po zapoznaniu się z procedurą powinien wiedzieć, że jest ona oparta na aktualnym Rozporządzeniu. Umieszczenie błędnej daty na pierwszej stronie Zarządzenia Wewnętrznego Dyrektora placówki, wprowadzającego procedurę, nie wynikało z błędów merytorycznych lecz było techniczną pomyłką, która została od razu skorygowana.

4. Każdorazowo odbieranie oświadczeń od mieszkańców Domu wyrażających zgodę na posługiwanie się wizerunkiem mieszkańca.

Zalecenie słuszne – zostało wdrożone. Placówka opracowała druk oświadczenia, które dotyczy wyrażenia zgody na posługiwanie się wizerunkiem Mieszkańca. W/w oświadczenie podpisali Pensjonariusze lub ich przedstawiciele ustawowi, wyrażając niniejszym zgodę na nieodpłatne i każdorazowe wykorzystanie ich wizerunku przez placówkę. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie, obróbkę i powielanie zdjęć oraz nagrań, które mogą być umieszczone w dokumentacji personelu DPS, na stronie internetowej, kronikach i opracowaniach wewnętrznych placówki.

5. Wprowadzenie i stosowanie oświadczeń o wyrażeniu przez mieszkańca (lub jego opiekuna prawnego) zgody na przechowywanie jego dowodu osobistego w depozycie domu lub u konkretnie wskazanej osoby.

Zalecenie słuszne – zostało wdrożone. Sprawa dotycząca zgody Mieszkańca lub przedstawiciela ustawowego na przechowywanie jego dowodu osobistego w depozycie domu została już wdrożona, poprzez opracowanie stosownego oświadczenia, które podpisali Pensjonariusze lub ich przedstawiciele ustawowi. Osoby, które wyrażają wolę posiadania dowodu osobistego przy sobie, miały i nadal mają taką możliwość, co stwierdzili również pracownicy Mechanizmu podczas kontroli.

6. Zapewnienie mieszkańcom Domu pokoju mieszkalnego zgodnego z metrażem wskazanym w obowiązujących przepisach prawa.

Zalecenie bezzasadne. Według naszej wiedzy wszystkie pokoje mieszkalne spełniają wymogi, co potwierdziła przeprowadzona w dniach 14 – 15 lipca 2010 r. kontrola Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego Wydziału Polityki Społecznej.

Przestrzeń zamieszkiwana przez trzy osoby w pokoju nr 036 składa się z pokoju właściwego i przedsiionka. Metraż tych pomieszczeń wynosi (bez łazienki) 18,71 m² i spełnia wymogi obowiązujących przepisów prawa.

Trudnym i kontrowersyjnym zagadnieniem jest kwestia powierzchni izolatek dla agresywnych. Wg mnie nie są to pomieszczenia mieszkalne, ale służące zabezpieczeniu pobudzonego Podopiecznego. Im większa będzie jego

kubatura, tym większe niebezpieczeństwo, że izolowany tam Mieszkaniec może dokonać samookaleczenia.

7. Precyzyjne określanie danych mieszkańców oraz raportowanie dat interwencji pielęgniarских w dokumentacji medycznej.

Zalecenie, po części, słuszne. W zaleceniu tym ekspert podnosi sprawę braku jednej daty w raporcie nocnym, który w oczywisty sposób następuje po raporcie dziennym tego samego dnia i przed raportem dziennym kolejnego dnia. Na uwagę zasługuje fakt, iż kontroli poddano raporty pielęgniarские z całego roku i był to jedyny przypadek pominięcia daty. Umieszczenie więc zastrzeżenia, że z dokumentacji nie wynika, kiedy podano lek Mieszkance (w/w wpis w raporcie nocnym) uznajemy za bezzasadne.

Sugestia pracownika Mechanizmu, dotycząca używania pełnego imienia i nazwiska Mieszkańca w raportach pielęgniarских, a nie tylko pełnego nazwiska i inicjału imienia, jak to było praktykowane do tej pory, została uwzględniona i wdrożona.

8. Zmianę miejsca eksponowania wykazu danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka na miejsce ogólnodostępne dla wszystkich mieszkańców Domu, np. na korytarzu.

Nie dostrzegam celowości. Dane teleadresowe eksponowane są nawet w dwóch miejscach ogólnodostępnych i jak najbardziej publicznych tj. w pomieszczeniach biurowych pracowników socjalnych. To tam Mieszkańcy przychodzą wyposażeni w przybory piśmiennicze i mogą, bez pośpiechu, w przyjaznych warunkach, zanotować potrzebne adresy, czy numery telefonów.

9. Poszerzenie zakresu diagnostyki neuropsychologicznej mieszkańców Domu.

Nie dostrzegam celowości. Nie wskazano podstaw prawnych tego zalecenia.

10. Poszerzenie oferty z zakresu oddziaływań psychologicznych (psychoterapeutycznych) o psychoterapię grupową w nurcie behawioralno – poznawczym.

Jak w ad. 9.

11. Prowadzenie dzienników zajęć zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz przeprowadzenie okresowej weryfikacji i modyfikacji zakresu, rodzaju programowego oraz wymiaru czasu zajęć w zależności od potrzeb i możliwości mieszkańca.

Zalecenie oczywiste i słuszne – zostało wdrożone. Dzienniki zajęć i indywidualne plany wsparcia zostały zmodyfikowane i w pełni dostosowane do wymagań Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14.01.2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

12. Dokonywanie na bieżąco przeglądu technicznego pomieszczeń DPS oraz drobnych prac remontowych w tym odmalowania ścian w pokojach mieszkańców.

Zalecenie, po części, słuszne. Zgodnie z wymogami ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. (Dz. U. 1994 Nr 89 poz. 414) Prawo budowlane (art.62) dwa razy w roku przeprowadzane są całościowe przeglądy stanu technicznego całego budynku. Wnioski z przeglądów przesyłane są do Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Częstochowie – co jest przez nas praktykowane.

Wizytatorzy byli poinformowani, iż jesteśmy w trakcie rozstrzygnięcia procedury na malowanie. Większość prac została już wykonana, ciąg dalszy nastąpi niebawem.

13. Pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

Sprawa jest trudna i niejednoznaczna. Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności naszych Mieszkańców dotyczą (najczęściej) Ich sfery psychicznej, nie fizycznej. Dom jest dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową (windy, podjazdy). Mniej sprawni Podopieczni otrzymują niezbędny sprzęt, laski, kule, balkoniki, rollery, wózki. Łazienki są wyposażone w pochwyty. Osoby najsłabsze zamieszkują na środkowej kondygnacji, na której koncentruje się życie Mieszkańców (stołówka, fizjoterapia, pokoje pracowników socjalnych, budka telefoniczna). Piętro to jest wyposażone w pochwyty, z których Podopieczni, praktycznie, nie korzystają posiłkując się sprzętem indywidualnym. „Orurowanie” całego domu (bo chyba o to chodzi w zaleceniu) będzie kosztowne, mało przydatne, a ponadto utrudni komunikację w części mieszkalnej, gdyż zawęzi korytarz i spowoduje, że nie wyminą się tam dwa wózki.

14. Zorganizowanie superwizji dla psychologów.

Jak w ad. 9.

15. Objęcie personelu DPS szkoleniem z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Zalecenie bezzasadne. Placówka organizuje w ciągu całego roku szereg szkoleń wewnętrznych, których tematyka związana jest z potrzebami pracowników i możliwości placówki. Z Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej nie wynika w żaden sposób, iż dom pomocy społecznej jest zobligowany do organizowania szkolenia z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Zalecenie wypływa więc z subiektywnej oceny eksperta Mechanizmu, a nie podstawy prawnej. Uznajemy, iż tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy (poza wymienionymi w Rozporządzeniu) powinna wynikać z potrzeb personelu placówki oraz decyzji jej kierownictwa. Pragniemy zauważyć, iż kontrola obejmowała tylko dwa lata funkcjonowania placówki, w których akurat ta tematyka szkolenia się nie pojawiła. W latach poprzednich pracownicy zatrudnieni w placówce odbywali szkolenia w tym kierunku zorganizowane na terenie placówki, jak i poza nią.

16. Przeprowadzenie dla wszystkich pracowników Domu wchodzących w skład zespołu terapeutyczno – opiekuńczego szkolenia na temat praw mieszkańca domu.

Zalecenie słuszne – zostanie wdrożone. Szkolenie na temat praw Mieszkańca w domu pomocy społecznej, zostanie uwzględnione w planach szkoleń na rok 2015.

DYREKTOR

mgr Zbigniew Kamiński



BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa,

2015-05-04

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.575.30.2014.MF

Sz. P.
Zbigniew Kamiński
Dyrektor Domu Pomocy Społecznej
w Częstochowie
ul. St. Kontkiewicza 2
42-200 Częstochowa

Szanowny Panie Dyrektore,

W odniesieniu do pisma DPS.ND.0717/763/15 z dnia 23 marca 2015 r. stanowiącego odpowiedź na zalecenia zawarte w raporcie powizytacyjnym wydanym w związku z wizytacją prewencyjną przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji, która odbyła się w dniach 16 – 17 września 2014 r. w kierowanej przez Pana placówce, chcę podziękować za przekazane informacje, z których wynika, że część zaleceń reprezentantów Mechanizmu już została wdrożona.

Jednocześnie w tym miejscu chciałabym podjąć polemikę w sprawach, które – moim zdaniem – wymagają wyjaśnienia.

Z przysłanego do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich pisma wynika, iż Pańskie wątpliwości budzą przede wszystkim te zalecenia przedstawicieli KMP, które nie wynikają wprost z przepisów prawa krajowego. W tym miejscu pragnę nadmienić, iż kwestią kluczową, stanowiącą podstawę stanowiska zaprezentowanego przez przedstawicieli KMP, jest fakt, iż w swojej pracy reprezentanci Mechanizmu opierają się nie tylko na przepisach prawa krajowego, ale także na przepisach prawa międzynarodowego i standardach oraz rekomendacjach wypracowanych przez organizacje międzynarodowe, do których należy Polska.

Przyjęta metodologia pracy reprezentantów Mechanizmu wynika z treści przepisu art. 19 lit. b *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*), który stanowi, że *Krajowym mechanizmem prewencji przyznaje się uprawnienia co najmniej do: przedstawiania rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków osób pozbawionych wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie normy Organizacji Narodów Zjednoczonych.*

Zalecenie, zgodnie z którym możliwość samodzielnego opuszczania placówki przez jej mieszkańców uzależniona jest od ich stanu psychofizycznego, stwierdzonego przez lekarza, stanowi wyraz przyjętego przez reprezentantów KMP stanowiska, negującego możliwość reglamentacji wyjść poza teren domów pomocy społecznej na podstawie decyzji opiekuna prawnego albo kuratora. Brak przepisu prawa, który *expressis verbis* odnosiłby się do tej sytuacji, jest związany z cechą norm prawnych, które zgodnie z zasadami techniki prawodawczej mają mieć abstrakcyjny, a nie kazuistyczny charakter. Niemniej jednak – zgodnie z tym, jak zostało to opisane w treści Raportu powizytacyjnego – brak jest jakichkolwiek podstaw prawnych pozwalających na to, aby mieszkańcy DPS znajdujący się pod opieką lub kuratelą byli ograniczani w możliwości swobodnego opuszczania terenu placówki jedynie w związku z zakazem wydanym przez osobę, pod pieczę której się znajdują. Ubezwłasnowolnienie jest instytucją prawną skutkującą w sferze stanu prawnego wywołanego przez czynności prawne powzięte przez osoby ubezwłasnowolnione. Przedstawiciele KMP zdają sobie sprawę z konieczności zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom Domu, w związku z czym za zasadne uznają jedynie uzależnienie możliwości samodzielnego wyjścia mieszkańców Domu od stanu ich zdrowia potwierdzonego przez lekarza.

Nie mogę zgodzić się z Pańskim stanowiskiem, jakoby zalecenie prawidłowego dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dostosowanie postanowień procedury zastosowania przymusu bezpośredniego do aktualnie obowiązujących przepisów prawa były bezzasadne. Jednocześnie chcę Pan uspokoić, iż przedstawiciele KMP nie podważają kompetencji Prezesa Sądu Okręgowego w Częstochowie ani Wojewódzkiego Konsultanta ds. Psychiatrii. W Raporcie powizytacyjnym wymienione zostały nieścisłości zauważone w czasie analizy dokumentacji, czego konsekwencją jest sformułowanie ww. zaleceń. W związku z Pańskim zapewnieniem, iż pracownicy placówki ze szczególną starannością podchodzą do prawidłowego dokumentowania stosowanych wobec pensjonariuszy przymusów bezpośrednich oraz korektą procedury, przyjmuję, iż zalecenia przedstawicieli KMP zostały zrealizowane.

Zalecenie zapewnienia mieszkańcom Domu pokoju mieszkalnego zgodnego z metrażem wskazanym w obowiązujących przepisach prawa jest jak najbardziej zasadne i opiera się na przepisach prawa krajowego, których wypełnienie stanowi obowiązek władz domów pomocy społecznej.

Pragnę zwrócić uwagę, iż zgodnie z treścią przepisu § 6 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 964, dalej: rozporządzenie) *Dom uznaje się za spełniający warunki, jeżeli pokój mieszkalny wieloosobowy ma powierzchnię nie mniejszą niż 6 m² na osobę (...)*. Wyrażona w akcie wykonawczym intencja prawodawcy zapewnienia odpowiednich warunków bytowych mieszkańcom domów pomocy społecznej zmierza do tego, aby każdy pensjonariusz miał do dyspozycji przynajmniej 6 m² powierzchni w pokoju mieszkalnym. Przepisy prawa nie przewidują, aby w kubaturę pomieszczenia wliczać także przedsionek, co zasugerował Pan w swoim piśmie.

Jednocześnie pragnę zaznaczyć w tym miejscu, iż metraż pokoju nr 36 został ustalony na podstawie przekazanego wizytującym DPS wykazu pomieszczeń etap II DSP ul. Kontkiewicza 2 (zał. 1), z którego treści wynika, iż metraż ww. pomieszczenia wynosi 16,2 m², a liczba osób w nim mieszkających to 3 pensjonariuszy. W związku z tym, na każdego z nich przypada 5,4 m². Natomiast izolatka przeznaczona dla dwóch osób chorych ma powierzchnię 11,14 m². Biorąc pod uwagę możliwość odstępstwa od normy nieprzekraczającego 5% (co wynika z treści przepisu § 6 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia) pomieszczenie to nadal nie spełnia parametrów powierzchni zgodnej z przepisami prawa.

Przedstawiciele KMP nie dostrzegają podstaw do tego, by uznać, iż powierzchnia izolatek dla osób agresywnych miała być tematem trudnym i kontrowersyjnym. Zgodnie z treścią aktualnie obowiązujących przepisów prawa – § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740) – *Przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz w sposób odpowiadający pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.* W związku z tym przedstawiciele KMP ponawiają wydane zalecenie.

W związku z zawartymi w Pańskim piśmie wyjaśnieniami dotyczącymi realizacji zalecenia precyzyjnego określania danych mieszkańców oraz raportowania dat interwencji pielęgniarskich w dokumentacji medycznej, z którego wynika, iż przeoczenie daty w raporcie nocnym miało charakter incydentalny, przedstawiciele KMP przyjmują do wiadomości, iż zalecenie zostało zrealizowane.

Odnosząc się do zalecenia zmiany miejsca eksponowania wykazu danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka na miejsce dostępne dla wszystkich mieszkańców Domu, pragnę zauważyć, iż zalecenie to służy tym mieszkańcom DPS, którzy chcieliby złożyć anonimowo skargę. Można bowiem założyć, iż samo wyobrażenie sobie przez te osoby sytuacji, w której interesują się one danymi adresowymi instytucji stojących na straży praw człowieka spisując je w obecności personelu, może skutecznie odstraszyć od realizacji tej czynności. W związku z tym przedstawiciele KMP proponują, aby dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka wisiały również poza miejscami wymienionymi przez Pana, np.: na korytarzu lub w innym ogólnodostępnym miejscu.

Przedstawiciele KMP zalecając pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością mają na myśli nie tylko osoby, które mają problem z narządami ruchu, ale wszelkie aspekty niepełnosprawności, między innymi narządów słuchu czy wzroku. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością wynika z obowiązujących przepisów prawa, co zostało szczegółowo wyjaśnione w Raporcie powizytacyjnym. Przypomnieć w tym miejscu należy, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 roku 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 roku 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. Celem dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami jest uczynienie jej miejscem dostępnym poprzez wyeliminowanie barier architektonicznych, co sprawi, że osoby z niepełnosprawnością mogą poruszać się w największym możliwym stopniu samodzielnie po terenie DPS. Chciałabym także wskazać, iż w przypadku dostępności nie ma znaczenia orzeczenie o niepełnosprawności, a jedynie stan faktyczny uniemożliwiający samodzielne poruszanie się mieszkańców Domu po budynku. Może się bowiem tak zdarzyć, że mieszkaniac trafia do DPS w pełni sprawny, jednak traci możliwość samodzielnego przemieszczania się i korzystania z infrastruktury Domu na skutek postępującej choroby lub wydarzenia nadzwyczajnego.

Chcę rozwiązać Pańskie wątpliwości dotyczące zalecenia objęcia personelu DPS szkoleniem z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Nie ulega wątpliwości, iż zalecenie przedstawicieli KMP nie wynika z przepisu prawa kreującego takie zobowiązanie po stronie kierownictwa placówki. Jego uzasadnienie opiera się na wynikach badań naukowych. Wskazują one jednoznacznie, iż personel pracujący w domach pomocy społecznej należy do tej grupy zawodowej (pracownicy opieki społecznej i pracownicy medyczni), która w wysokim stopniu narażona jest na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego. Skutki tego zjawiska odczuwalne są bezpośrednio przez mieszkańców domów pomocy społecznej, znajdujących się pod opieką pracowników. Stąd też należy poświęcić szczególną uwagę przeciwdziałaniu wystąpieniu tego zjawiska wśród personelu placówki. Na marginesie pragnę przywołać wyniki badań przeprowadzonych przez prof. Helenę Sęk, z których wynika, że przewlekły stres specyficzny związany z konfrontacją z ciężką chorobą jest czynnikiem różnicującym ryzyko wypalenia zawodowego (H. Sęk, *Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia zawodowego w pracy z chorymi*, [w:] *Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005*; nr 14 (2), s. 96) i w grupie badanych pielęgniarek właśnie pielęgniarki psychiatryczne (obok onkologicznych i pediatrycznych) stanowiły grupę charakteryzującą się wysokim poziomem wypalenia.

W tym miejscu należy przytoczyć najbardziej popularną, występującą w literaturze przedmiotu, definicję wypalenia zawodowego (C. Maslach, S. Jackson, *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej*, [w:] red. H. Sęk, *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa: 2000, s. 15) które jest rozumiane jako *psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonania osobistych, które może wystąpić u osób, pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób. Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do poczucia danej osoby, że jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone. Depersonalizacja*

dotyczy negatywnego, bezdusznego lub zbyt obojętnego reagowania na innych ludzi, którzy zwykle są odbiorcami usług danej osoby lub przedmiotem opieki z jej strony. Obniżone poczucie dokonania osobistych odnosi się do spadku poczucia własnej kompetencji i sukcesów w pracy.

W kontekście pracy w domu pomocy społecznej szczególne znaczenie ma fakt, iż jednym z objawów wypalenia zawodowego jest depersonalizacja, co objawia się w zubożonym podejściu do mieszkańca, a co można też opisać jako *dynamiczny proces obronnego dystansowania się wobec usługobiorców* (M. Anczewska, P. Świtaj, J. Roszczyńska, *Wypalenie zawodowe*, [w:] *Postępy psychiatrii i neurologii* 2005; nr 14 (2), s. 69). Przeciwdziałanie temu zjawisku wymaga wykształcenia przez każdego z pracowników indywidualnej strategii radzenia sobie z zagrożeniami płynącymi z wykonywanych w pracy zadań. Jednak, aby było to możliwe, należy zapewnić personelowi placówki odpowiedni poziom edukacji w tym zakresie, opierający się przede wszystkim na ćwiczeniach właściwych umiejętności. Stąd też pragnę wyjaśnić, że przedstawiciele KMP stoją na stanowisku, iż przeprowadzenie szkolenia z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu raz na dwa lata powinno w optymalnym stopniu zapewnić możliwość poszerzenia wiedzy z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz wyposażenie pracowników w niezbędne lub poszerzenie już zdobytych umiejętności. Ponadto na skuteczność takiego szkolenia wpływa możliwość praktycznych ćwiczeń, w czasie których pracownicy wypracują odpowiednie dla siebie oddziaływania zapobiegające wystąpieniu i pogłębianiu się opisywanego procesu, ponieważ sama świadomość zagrożeń nie jest skutecznym sposobem przeciwdziałania im. W związku z tym przedstawiciele KMP pragną podkreślić, iż mimo zapewnień o fakcie, iż pracownicy w okresie poprzedzającym okres obejmujący zakres wizytacji brali udział w licznych szkoleniach dotyczących wypalenia zawodowego, należy dbać o regularne przeprowadzanie warsztatów antywypaleniowych.

W swoim piśmie skierowanym do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wyraził Pan swoje wątpliwości w zakresie zaleceń wydanych przez przedstawicieli KMP dotyczących szeroko rozumianej oferty terapeutycznej obejmującej mieszkańców zarządzanego przez Pana DPS. Chciałabym wyjaśnić wszelkie zastrzeżenia w tym względzie.

Jednocześnie nie zgadzam się, iż nie ma przepisów prawa, które odnoszą się do kwestii realizacji pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej wysokiej jakości. Warto w tym miejscu przypomnieć przepisy prawa wyznaczające właściwy kierunek działań instytucji powołanych do realizacji zadań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego. Przedstawiciele KMP podkreślają, iż zgodnie z treścią przepisu art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, dalej: u.o.z.p.), *ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz **innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym***. Co więcej zgodnie z treścią przepisu art. 8 ust. 1 u.o.z.p., *jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie*

ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej „organami do spraw pomocy społecznej”, w porozumieniu z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej **organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.** Natomiast w myśl przepisu art. 8 ust. 2 pkt 1 u.o.p.z., **oparcie społeczne polega w szczególności na podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia.** Ponadto zgodnie z treścią przepisu § 2 oraz § 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2014 r., poz. 250, dalej: rozporządzenie w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej), wśród zajęć mających na celu poprawę funkcjonowania społecznego osób przebywających w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w tym: wyrabianie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej, wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych znalazły się zajęcia z psychologiem. W myśl § 4 pkt 2 ww. rozporządzenia, zajęcia z psychologiem polegają na: badaniu psychologicznym, terapii psychologicznej oraz poradnictwie psychologicznym.

Nie ulega wątpliwości, że realizowanie zadań nałożonych na organy do spraw pomocy społecznej (do których zaliczają się m.in. domy pomocy społecznej), implikuje konieczność zagwarantowania wysokiego poziomu usług psychologicznych i psychoterapeutycznych. W kontekście przepisów rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej, należy uznać, iż w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi szczególną uwagę trzeba poświęcić odpowiedniej realizacji postanowień tego rozporządzenia.

Odpowiadając na Pańskie zastrzeżenia w zakresie zarówno zasadności, jak i podstawy prawnej zaleceń reprezentantów Krajowego Mechanizmu Prewencji pragnę podkreślić, iż przytoczone powyżej wnioski leżą u podstaw sformułowanych przez przedstawicieli KMP rekomendacji w zakresie oferty terapeutycznej świadczonej na terenie Domu. Ich uzasadnienie wywodzi się z dobrej praktyki klinicznej, leczenie (wielokierunkowe i całościowe) jest istotnym elementem całego procesu terapeutyczno - rehabilitacyjnego, który ma doprowadzić do uzyskania możliwie najlepszego funkcjonowania psychospołecznego mieszkańców Domu. Jednocześnie trzeba wskazać, iż trudno jest wymagać, aby kwestie merytoryczne dotyczące właściwej pracy psychologa lub psychoterapeuty były uregulowane w akcie prawnym rangi ustawy czy rozporządzenia.

Zgodnie z zaleceniem nr 14 reprezentantów Mechanizmu, rekomendowane jest zapewnienie superwizji dla psychologów. W myśl zasad etyki i deontologii wykonywania zawodu zarówno psychologa, jak i psychoterapeuty, nie ulega wątpliwości, że praca, którą wykonują wymienieni specjaliści wymaga ciągłej pracy nad sobą w relacji z drugim człowiekiem. Jak wskazują M. Gilbert

i K. Evans (M. Gilbert, K. Evans, *Superwizja w psychoterapii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk: 2004, s. 13), *superwizja jest procesem uczenia się, w którym psychoterapeuta współpracuje z bardziej doświadczonym kolegą po fachu, by w procesie ciągłego rozwoju zawodowego wzbogacić własne umiejętności. To z kolei sprzyja dobrostanowi jego klienta i zapewnia mu bezpieczeństwo.* Superwizja, czyli konsultowanie własnej pracy psychologicznej i psychoterapeutycznej z superwizorem, który jest jednocześnie doświadczonym psychoterapeutą, jest zabezpieczeniem skuteczności prowadzonych procesów terapeutycznych, tym samym wpływa na ich wysoką jakość. Pozwala ona superwizantowi (psychologowi lub psychoterapeucie) przyjrzeć się podejmowanym przez niego działaniom i interwencjom w relacjach terapeutycznych z obiektywnego i niezależnego punktu widzenia. Jak słusznie zauważa M. Teopltitz – Winiewska (M. Teopltitz – Winiewska, *Udzielanie pomocy psychologicznej* [w:] J. Brzeziński i in., *Etyka zawodu psychologa*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa: 2009, s. 257), *superwizja w żadnym przypadku nie jest psychoterapią terapeuty. Koncentruje się na tym, by klienci terapeuty odnieśli korzyści z udzielanej im pomocy, by ich prawa były respektowane, a relacja terapeutyczna prawidłowa. Problemy, które podlegają superwizji, to planowanie leczenia konkretnego klienta, pomoc w zrozumieniu zachodzących w terapii faktów, uzyskanie wsparcia w trudnych dla terapeuty momentach, a także wspólne rozważenie pojawiających się dylematów etycznych.*

Warto w tym miejscu dodać, że zgodnie z art 4 zd. 1 Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa (dalej: KEZP), zatwierdzonego przez Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w 1991 r., który stanowi podstawową wykładnię zasad etycznych obowiązujących członków Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, *obowiązkiem psychologa jest stały rozwój zawodowy i dążenie do stałego rozwoju osobistego.* Natomiast art. 28 KEZP stanowi, *że psycholog jako psychoterapeuta jest świadomy niebezpieczeństw wynikających z jego możliwości wpływania na innych ludzi, w związku z czym poddaje się superwizji lub korzysta z konsultacji.*

W odniesieniu do zanegowanego przez Pana zalecenia nr 9 poszerzenia zakresu diagnostyki neuropsychologicznej mieszkańców Domu, które, jak zostało to podane w treści Raportu powizytacyjnego, zostało ono sformułowane na podstawie wyników ekspertyzy przygotowanej przez eksperta Mechanizmu w dziedzinie psychiatrii – dr n. med. Leszka Asmana. Przedstawiciele KMP wyjaśnili w treści Raportu powizytacyjnego, dlaczego wskazane jest poszerzenie zakresu diagnostyki neuropsychologicznej mieszkańców DPS. Ponieważ nadal nie dostrzega Pan zasadności dla wprowadzenia tej zmiany, chcę w tym miejscu wskazać argumentację eksperta KMP, odnoszącą się do zauważonej przez niego w trakcie przeprowadzanej wizytacji DPS w Częstochowie potrzeby poszerzenia diagnostyki neuropsychologicznej mieszkańców Domu. Stwierdził on, że u pacjentów przebywających w domach pomocy społecznej (długotrwałe pobyty mieszkańców, pensjonariusze często w zaawansowanym wieku, cierpiący na różnorodne schorzenia psychiczne oraz somatyczne, przyjmujący przewlekłe farmakoterapię) często stwierdza się uszkodzenia OUN. Stąd też dla przeprowadzenia właściwego postępowania diagnostycznego przez psychologa niezbędny jest cały pakiet narzędzi diagnostycznych, zwłaszcza w zakresie diagnostyki neuropsychologicznej.

Wykorzystanie jedynie pojedynczego testu diagnostycznego, zwłaszcza wyłącznie *screeningowego*, nie daje możliwości całościowej oceny funkcji poznawczych (różnych jej elementów i obszarów ewentualnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego).

Zgodnie z zaleceniem nr 10 wydanym przez przedstawicieli KMP, wskazane jest poszerzenie oferty z zakresu oddziaływań psychologicznych (psychoterapeutycznych) o psychoterapię grupową w nurcie behawioralno-poznawczym. Z przesłanego przez Pana pisma wynika, iż nie znajduje Pan uzasadnienia dla wprowadzenia tego zalecenia. Powołując się na argumentację eksperta Mechanizmu, chcę w tym miejscu wskazać, iż konieczność prowadzenia psychoterapii w Domu Pomocy Społecznej przeznaczonym dla osób przewlekle psychicznie chorych jest rzeczą oczywistą (tak samo, jak konieczność stosowania leczenia farmakologicznego). Zdaniem eksperta KMP, psychoterapia w nurcie psychodynamicznym jest wskazana i stanowi podstawę terapii u pacjentów z zaburzeniami z kręgu nerwicowego oraz z zaburzeniami osobowości, a takowych w DPS w Częstochowie praktycznie nie było. Z tego też powodu ekspert Mechanizmu wskazał, iż większość osób (choć oczywiście nie wszyscy mieszkańcy DPS) umieszczonych w kierowanej przez Pana placówce kwalifikuje się do udziału w psychoterapii prowadzonej w nurcie behawioralno-kognitywnym. Warto podkreślić, iż praca taka pozwala uzyskać efekty terapeutyczne u grup pacjentów z zaburzeniami psychicznymi spotykanymi w domach pomocy społecznej. W związku z tym należy stworzyć warunki przeprowadzenia tego typu interwencji skierowanych do pensjonariuszy Domu, u których istnieją wskazania do jej wdrożenia.

Liczę, że w sposób wyczerpujący udzieliłam odpowiedzi na wszelkie Pańskie wątpliwości. Jednocześnie na podstawie przepisu art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2014 r., poz. 1648) proszę o przedstawienie informacji o podjętych działaniach lub zajętych stanowisku.

Załącznik 1

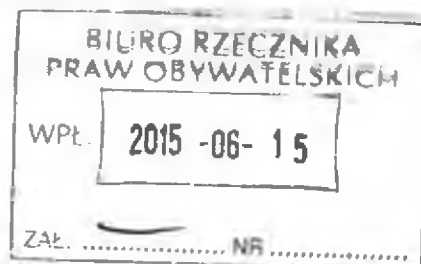
Z poważaniem

Magdalena Filipiak
Magdalena Filipiak
Rados

WYKAZ POMIESZCZEŃ ETAP II
DPS UL. KONTKIEWICZA 2

I. Pomieszczenia mieszkalne

lp	numer pomieszczenia	metraż pokoju [m ²]	ilość osób w nim mieszkająca	ilość m ² na jednego mieszkańca
1	028	18,5	3	6,17
2	029	25,3	4	6,33
3	030	20,9	3	6,97
4	031	42,0	4	10,5
5	032a	11,1	2	5,55
6	032	16,3	2	8,15
7	033	16,3	2	8,15
8	034	16,3	2	8,15
9	035	20,5	3	6,84
10	036	16,2	3	5,4
	razem poz.O		28	
12	136	18,5	3	6,17
13	137	25,3	4	6,33
14	138	20,9	3	6,97
15	139	42	4	10,5
16	140	16,3	2	8,15
17	141	16,3	2	8,15
18	143	16,3	2	8,15
19	144	20,5	3	6,84
20	145	16,2	2	8,1
21	146	20,5	3	6,84



Częstochowa, dnia 10.06.2015



Data: 2015-06-15

DPS.ND.0717/1552/15

Szanowna Pani
Magdalena Filipiak

Dziękuję za poważne, bardzo dobrze uargumentowane i merytoryczne pismo z dnia 04.05.2015 r. (znak: KMP.575.30.2014.MP). Wypełnia ono tę lukę, którą dostrzegąłem po lekturze i analizie raportu KMP z dnia 23.12.2014 r.

Podzielam większość podniesionych przez Panią argumentów, uznając je za godne wdrożenia dla poprawy jakości życia Mieszkańców naszego domu oraz większego komfortu funkcjonowania Współpracowników.

Sformułowane przez Państwa zalecenia pozwolę sobie podzielić na dwie grupy. Pierwszą stanowią te, które można wprowadzić poprzez działania organizacyjne, beznakładowo lub przy niewielkim zaangażowaniu środków finansowych.

Druga grupa obejmuje zadania wymagające prac remontowych i doposażeniowych, na co musimy pozyskać znaczące środki finansowe. I tak:

1. Problem wyjść ubezwłasnowolnionych Podopiecznych poza teren dps-u zostanie, już niebawem, zorganizowany zgodnie z Państwa sugestią. Jestem po rozmowie z obsługującym naszą placówkę lekarzem psychiatrą – dr _____, który zaakceptował tę koncepcję. Został opracowany wzór stosownego formularza, który zostanie wdrożony po powrocie Pana Doktora z urlopu wypoczynkowego, co nastąpi w trzeciej dekadzie czerwca br.
2. Wykaz instytucji mogących nieść pomoc Mieszkańcom został umieszczony w ogólnodostępnym miejscu (tj. na słupie ogłoszeniowym).
3. Rozpoczęty został proces zorganizowania superwizji. Nowoprzyjęta do pracy Pani Psycholog ma wpisany do zakresu czynności obowiązek uczestniczenia w tej formie merytorycznej konsultacji. Naszym superwizorem zgodził się zostać _____, specjalista psychologii klinicznej, certyfikowany psychoterapeuta Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, lider i superwizor Grup Balinta. W dniu 11.06.2015 r. mamy omówić zakres i charakter naszej, w tym zakresie, współpracy.
4. Obie izolatki dla somatycznie chorych zostały przekształcone w pomieszczenia jednoosobowe o powierzchni przekraczającej 10 m² każde.
5. Podjęto działania związane z organizacją szkolenia z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu dla personelu. Pozyskano kompetentną prowadzącą, która może je przeprowadzić w III lub IV kwartale br.
6. Zalecenie w sprawie realizacji postanowień Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 roku w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi – zostało w pełni wdrożone.
7. Zalecenie związane z poszerzeniem zakresu diagnostyki neuropsychologicznej Mieszkańców domu zostało przyjęte do realizacji w III lub IV kwartale roku



DOM POMOCY SPOŁECZNEJ

ul. Kontkiewicza 2; 42-200 Częstochowa
tel./fax. 34/364-38-10, centrala 34/364-38-14 do 15
www.dps.czest.pl, e-mail: sekdp@poczta.onet.pl

po wygospodarowaniu stosownych środków finansowych na ten cel.

8. Zalecenie związane z poszerzeniem oferty z zakresu oddziaływań psychologicznych (psychoterapeutycznych) o psychoterapię grupową w nurcie behawioralno – poznawczym.

Plan pracy na kolejne miesiące pracy psychologów i terapeutów uwzględnia proponowane przez eksperta KMP rodzaje zajęć. Będą one również konsultowane podczas stałej współpracy z superwizorem.

Druga grupa zaleceń i ich realizacja wiąże się z koniecznością wyasygnowania znaczących środków finansowych, których placówka, w połowie roku budżetowego, nie posiada. Póki co podjęliśmy następujące działania:

- wypracowana została koncepcja i kierunki niezbędnych przekształceń umożliwiających realizację zaleceń,
- jesteśmy na końcowym etapie szacowania całkowitych kosztów niezbędnych prac remontowo – budowlanych i doposażeniowych,
- nawiązany został dialog z Urzędem Miasta w Częstochowie mający na celu pozyskanie środków dla ich wdrożenia.

W konkretach planujemy zatem:

- rozgęścić nie spełniające standardu pokoje trzyosobowe przekształcając je w „dwójki”, a Mieszkańców przenieść do zaadaptowanych pod nowe funkcje segmentu pokoi gościnnych,
- powiększyć (tj. przedłużyć) obie izolatki dla agresywnych do wymaganej powierzchni 9 m²,
- wygospodarować (i zaadaptować) pomieszczenie na przewidziany w standardach obowiązujących dps co najmniej jeden pokój gościnny,
- sukcesywnie wzbogacać placówkę w urządzenia i wyposażenie wspierające osoby niepełnosprawne.

Do tej idei staram się przekonać decydentów ze strony Urzędu Miasta m.in. poprzez propozycję spotkania poświęconego tej problematyce.

O stanie zaawansowania pozostałych do wdrożenia zaleceń postaram się informować Państwa na bieżąco.

Z poważaniem!

DYREKTOR
mgr Zbigniew Kamiński





BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 2015 -08- 13

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.575.30.2014.MF

Pan
Krzysztof Matyjaszczyk
Prezydent Miasta Częstochowa
ul. Śląska 11/13
42-217 Częstochowa

Szanowny Panie Prezydencie,

Odnosząc się do treści pisma Zastępcy Prezydenta Miasta Częstochowa z dnia 29 stycznia 2015 r. o sygn. PZS-II.8120.7.4.2015 chciałabym wskazać, iż obecnie prowadzona jest polemika z dyrektorem Domu Pomocy Społecznej przy ul. Kontkiewicza 2 w Częstochowie. Dyrektor w związku z przedstawionymi mu wyjaśnieniami uszczegóławiającymi merytoryczną zasadność zaleceń przedstawicieli KMP, nie zanegował celowości żadnego z nich. Ta część zaleceń, która nie wymagała wysokich nakładów finansowych już została wdrożona.

Jak wynika z pisma dyrektora dps z dnia 10 czerwca 2015 r. o sygn. DPS.ND.0717/1552/15 skierowanego do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, środki finansowego potrzebne są na: zakup narzędzi diagnostycznych służących do dokonywania diagnostyki neuropsychologicznej, dokonanie prac budowlanych i doposażeniowych w celu zmniejszenia pojemności pokoi zgodnie z wynikającymi z przepisów prawa standardami, zapewnienie odpowiedniej powierzchni w izolatkach przeznaczonych dla osób agresywnych oraz dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W związku z faktem, iż nadal istnieje taka pula zaleceń reprezentantów mechanizmu, która nie może na dzień dzisiejszy zostać zrealizowana z powodu braku środków pieniężnych na ten cel, ponawiam sformułowane w Raporcie powizytacyjnym zalecenie wsparcia finansowego placówki w zakresie realizacji wymienionych zaleceń.

Na podstawie przepisu art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2014 r., poz. 1648) proszę o przedstawienie informacji o podjętych działaniach lub zajętych stanowisku w terminie miesiąca od daty otrzymania pisma.

Z poważaniem
Magdalena Filipiak
Magdalena Filipiak
Radca



PS-II.8120.7.3.2015

Częstochowa, 2015-09-17

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH	
WPL.	2015 -09- 23
ZAL.	NR

Pani Magdalena Filipiak
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Krajowy Mechanizm Prewencji
Aleja Solidarności 77

00-090 WARSZAWA

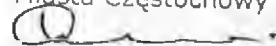
dot.: odpowiedzi na pismo KMP.575.30.2014.MF

W odpowiedzi na pismo Nr KMP.575.30.2014.MF informuję, że zalecenia pokontrolne Krajowego Mechanizmu Prewencji zostały przeanalizowane w odniesieniu do możliwości budżetowych miasta Częstochowy. W przypadku powstania oszczędności na zadaniach inwestycyjnych, jeszcze w bieżącym roku zostanie rozważona możliwość przekazania środków na częściową realizację zaleceń.

W związku ze znacznymi kosztami związanymi z wykonaniem wszystkich wskazań, całkowita ich realizacja będzie musiała zostać rozłożona w czasie. Jednocześnie nadmieniam, że wspólnie z Dyrektorem placówki, w ramach możliwości finansowych, będą podejmowane działania zmierzające do jak najszybszej realizacji przedmiotowych zaleceń.

Z poważaniem

Zastępca Prezydenta
Miasta Częstochowy


Ryszard Stefaniak

