

Warszawa, 27 lipca 2015 r.

KMP.575.20.2015.WS

**Raport**  
**przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji**  
**z wizytacji Domu Pomocy Społecznej w Białymstoku**  
**(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 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 18 – 19 maja 2015 r., do Domu Pomocy Społecznej przy ul. Świerkowej 9 w Białymstoku (dalej: DPS, dom, placówka) udali się pracownicy Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (dalej: KMP lub Mechanizm): dr Justyna Józwiak (socjolog, politolog w zakresie resocjalizacji), Magdalena Filipiak (prawnik, psycholog), Rafał Kulas i Wojciech Sadownik (prawnicy). W wizytacji wzięła również udział dr Joanna Klara Żuchowska (lekarz chorób wewnętrznych) – ekspertka 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 Urszulą Styczyńską – 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 oraz dokonano pomiaru powierzchni wybranych pomieszczeń.

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

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

## **2. Charakterystyka placówki**

Wizytowany dom jest samodzielną jednostką budżetową Miasta Białystok i przeznaczony jest dla 184 osób przewlekle somatycznie chorych.

Placówka działa na podstawie zezwolenia wydanego na czas nieokreślony przez Wojewodę Podlaskiego (PS.V.MN.90130-1/2010) z dnia 28 czerwca 2010 r.

## **3. Legalność pobytu**

W dniu wizytacji w domu przebywało 184 mieszkańców.

Wśród pensjonariuszy 10 osób było ubezwłasnowolnionych całkowicie, 1 częściowo. Ponadto w dniu wizytacji w placówce przebywały 2 osoby umieszczone na mocy postanowienia sądu, bez zgody mieszkańca.

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

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

## **4. Personel**

Zgodnie z danymi przedstawionymi wizytującym, w domu zatrudnionych jest 110 osób. W skład działu terapeutyczno - opiekuńczego wchodzi: kierownik działu opiekuńczego i wspomagającego, 3 kierowników zespołów, 17 starszych pielęgniarek (w tym 7 zatrudnionych na pół etatu), starszy dietetyk, 33 opiekunów, 8 młodszych opiekunów, 16 starszych pokojowych, 12 pokojowych, psycholog, specjalista pracy socjalnej, starszy pracownik socjalny, 2 pracowników socjalnych, starszy technik fizjoterapii, 2 techników fizjoterapii, 2 instruktorów terapii zajęciowej, starszy

instruktor ds. kulturalno-oświatowych (0,5 etatu), 4 terapeutów (2 na 0,5 etatu i 2 na 0,4 etatu).

Pracownicy DPS w okresie od początku 2014 r. do dnia wizytacji wzięli udział w następujących szkoleniach zewnętrznych:

1. Stres, wypalenie zawodowe i asertywność – gł. księgowy, st. adm. ds. pracowniczych, dietetyk, specjalista pracy socjalnej, pielęgniarka, 8 opiekunów, technik fizjoterapii, kierownik zespołu, kierownik działu adm. gospodarczego.
2. Sposoby negocjacji i radzenia sobie z psychomanipulacją – 2 kierowników zespołu, kierownik zespołu, opiekun.
3. Praca z osobą agresywną - kierownik działu opiekuńczego, kierownicy zespołu, kierownik działu wspomagającego.
4. Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach - kurs specjalistyczny I stopnia - specjalista pracy socjalnej, II stopnia – psycholog.
5. Pierwsza pomoc przedmedyczna - kierownik działu opiekuńczego, 2 kierowników zespołu, 10 pielęgniarek, 2 opiekunów, psycholog, st. technik fizjoterapii, technik fizjoterapii, 2 instruktorów terapii zajęciowej, st. instruktor ds. k/o, terapeuta, zaopatrzeniowiec, kucharz i konserwator.
6. Techniki przemieszczania pacjenta - 32 opiekunów, 24 pokojowe, 4 pielęgniarki, 3 kierownicy zespołu.

W tym samym okresie przeprowadzono następujące szkolenia wewnętrzne:

1. Stosowanie przymusu bezpośredniego – 2014 r. - 17 opiekunów, 10 pokojowych, 2 pielęgniarki, 2015 r. - 5 opiekunów, 5 pokojowych, 3 pielęgniarki.
2. Agresja i przemoc u osób otępiennych - 39 opiekunów, 25 pokojowych, 13 pielęgniarek, dietetyk, 2 kierowników zespołów.
3. Trening zapobiegania agresji - wybrane zagadnienia, metody i ćwiczenia - 131 pracowników wszystkich działów.
4. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach - 35 opiekunów, 20 pokojowych, 9 pielęgniarek, kierownik zespołu, terapeuta zajęciowy.
5. Prawa, obowiązki mieszkańców, kierunki prowadzonej terapii i metody pracy z mieszkańcami - wszyscy pracownicy zespołów terapeutyczno-opiekuńczych.
6. Towarzyszenie osobie umierającej, komunikacja z pacjentem umierającym - 34 opiekunów, 25 pokojowych, 15 pielęgniarek, dietetyk, 2 kierowników zespołu.
7. Potrzeby życiowe człowieka - 35 opiekunów, 23 pokojowych, 15 pielęgniarek, dietetyk, 2 kierowników zespołu.

8. Techniki i strategie rozwiązywania konfliktów - 39 opiekunów, 25 pokojowych, 16 pielęgniarek, dietetyk, 2 kierowników zespołu.

Na rok 2015 planowane są ponadto następujące szkolenia pracowników DPS:

1. Prawa i obowiązki mieszkańców, kierunki prowadzonej terapii, metody pracy z mieszkańcami.
2. Towarzyszenie osobie umierającej, komunikacja z pacjentem umierającym.
3. Potrzeby życiowe człowieka.
4. Techniki i strategie rozwiązywania konfliktów.
5. Rozmowa motywująca - przykłady prowadzenia dialogu motywującego w praktyce.
6. Nowa forma oddziaływania terapeutycznego na podopiecznych z otępieniem starczym.
7. Między trzeźwością a uzależnieniem. Motywowanie mieszkańca do życia w trzeźwości.
8. Mobbing w środowisku pracy.
9. Walidacja gerontologiczna według Noami Feil. Opieka nad osobą po udarze mózgu.
10. Dialog motywujący - współpraca, wywołanie punktu widzenia klienta, argumentów wobec ewentualnej zmiany oraz pomysłów i rozwiązań problemów od klienta, troska, współczucie, akceptacja i poszanowanie autonomii.
11. Terapeutyczna rola dotyku w opiece nad pacjentem przewlekle chorym.
12. W trosce o dobry sen pacjenta/mieszkańca w podeszłym wieku.

Należy podkreślić, że w opracowanie tematów szkoleń wewnętrznych oraz ich przeprowadzeniu zaangażowana jest psycholog zatrudniona w placówce. Przedstawiciele KMP bardzo wysoko oceniają dobór tematów szkoleń oraz systematyczność w poruszaniu tak ważnych zagadnień, jak rozwiązywanie konfliktów, czy też trening zastępowania agresji. Uwzględnienie tych tematów przyczynia się do poprawy poziomu świadczenia usług przez personel, ale także do konstruktywnego rozwiązywania problemów, jakim te osoby muszą sprostać w swojej codziennej pracy.

## **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.

W sprawach problemowych mieszkańcy mogą zwracać się każdego dnia do pracowników. Natomiast dyrektor placówki przyjmuje w sprawie skarg i wniosków

w poniedziałki i czwartki. Ponadto na korytarzu umieszczono skrzynkę skarg i wniosków. Wizytujący przeanalizowali skargi z lat 2014-2015 wraz ze sposobem ich rozpatrzenia i nie dostrzegli żadnych nieprawidłowości w tym zakresie.

Zgodnie z procedurą postępowania z mieszkańcami nadużywającymi alkoholu, w przypadku konfliktowego zachowania pensjonariusza, personel dyżurujący próbuje go uspokoić. Jeżeli mieszkaniec nadal zachowuje się agresywnie, stwarza zagrożenie dla otoczenia, personel powiadamia ochronę, policję lub pogotowie ratunkowe w celu przewiezienia do izby wytrzeźwień lub szpitala psychiatrycznego. W przypadku wystąpienia zniszczeń mienia oraz narażenia domu na dodatkowe koszty związane z zachowaniem mieszkańca, którego stan wskazywał na spożycie alkoholu, pracownik socjalny ustala zniszczenia wyposażenia domu, a mieszkaniec pokrywa koszty ich naprawy. Przedstawiciele Mechanizmu nie mają zastrzeżeń co do przyjętego w placówce rozwiązania.

## **6. Dyscyplinowanie**

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził katalog konsekwencji wynikających z naruszenia ustalonych zasad, określony w pkt 3 zakresu praw i obowiązków mieszkańców domu, zgodnie z którym za naruszenie zasad ustalonych w regulaminie mogą być wyciągnięte konsekwencje w postaci upomnienia, nagany, pozbawienia praw pobytu w domu.

Przedstawiciele KMP podkreślają, że brak jest podstaw prawnych do stosowania w domach pomocy społecznej środków dyscyplinujących. Wolność osobista jest wartością podlegającą 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 wymierzenie kary jest ograniczeniem wolności jednostki.

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. Tego typu regulacje należą zaś do materii ustawowej.

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.

Pomimo wskazanych przepisów regulaminu, zgodnie z informacjami przekazanymi przez dyrektora placówki, właśnie opisane w poprzednim akapicie działania są podejmowane. Dom proponuje mieszkańcom możliwość podjęcia terapii antyalkoholowej lub w przypadku braku zgody, występuje o przymusowe skierowania na tę formę terapii. Poza tym za pośrednictwem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej następuje zmiana formy przyznawanej mieszkańcowi z problemem alkoholowym pomocy społecznej z pieniężnej na niepieniężną. W ocenie przedstawiciele KMP, te rozwiązania, jako mieszczące się w granicach przepisów regulujących świadczenie pomocy społecznej oraz funkcjonowanie domów pomocy społecznej, winny stanowić reakcję na niepożądane zachowania mieszkańców nadużywających alkoholu.

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

Ekspert KMP dokonała oceny placówki pod względem zapewnienia mieszkańcom opieki lekarskiej. Z jej ustaleń wynika, że opiekę medyczną sprawuje zespół 13 pielęgniarek (w tym 10 w pełnym wymiarze godzin). Większość pielęgniarek, w tym pielęgniarki kierujące zespołami, ma ukończone studia wyższe. Poza szkoleniami wewnętrznymi pielęgniarki uczestniczą w kursach i szkoleniach (m.in. z opieki długoterminowej, opieki psychiatrycznej) organizowanych przez okręgową izbę pielęgniarską. Praca 10 pielęgniarek oparta jest na systemie dyżurów 12 godzinnych (7<sup>00</sup>-19<sup>00</sup>, 19<sup>00</sup>-7<sup>00</sup>). W każdym zespole, na rannej zmianie poza dyżurną jest pielęgniarka zespołowa, zaś w nocy 1 pielęgniarka i 2 opiekunki.

Na terenie domu są 4 gabinety zabiegowe. W każdym z nich znajduje się m.in.: szafa apteczna, glukometry, aparaty do ciśnienia, środki opatrunkowe, strzykawki, wenflony, itp. Leki dla każdego pacjenta znajdują się w osobnych koszykach podpisanych imieniem i nazwiskiem. Na roznoszonych przez pielęgniarki tacach z lekami wpisane są nazwy leków, dawki i czas podawania.

Wszystkie przejrzone leki i drobny sprzęt medyczny miały odpowiedni termin ważności. W jednym z gabinetów jest zestaw przeciwwstrząsowy i ambu. Aparat EKG znajduje się w dziale rehabilitacji, gdzie panują dobre warunki lokalowe do wykonania badania.

Opieka lekarska zapewniona jest w dni powszednie do godz. 18<sup>00</sup>. W nagłych przypadkach, w godzinach nocnych, czy w dni wolne od pracy wzywane jest pogotowie ratunkowe.

W gabinetach znajdują się również teczki z dokumentacją medyczną mieszkańców znajdujących się pod opieką danego zespołu.

Na trzecim piętrze pawilonu C znajduje się dział rehabilitacji, czynny w dni powszednie w godz. 8<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>, w którym zatrudnionych jest 4 rehabilitantów. Przyjmowani są tylko mieszkańcy, nie przeprowadza się zabiegów komercyjnych. W wyposażeniu działu znajdują się m.in. rotory elektryczne, laser, magnetron, pasy wibracyjne, diadynamic, ultradźwięki, tor do nauki chodzenia, pionizatory. Jest sala hydroterapii (dla kończyn górnych i dolnych oraz wanna) a także sala inhalacji. Wykonywane są również masaże lecznicze. Dla chorych po udarach wyodrębniony jest pokój ćwiczeń. Są dwie sale gimnastyczne. W dużej sali z drabinkami, piłkami, kijkami prowadzona jest 2 razy w tygodniu gimnastyka ogólnorozwojowa. Do dyspozycji mieszkańców są rowery stacjonarne, bieżnia. W małej sali znajduje się ugięty i atlas. Niezależnie od zajęć w dziale prowadzona jest rehabilitacja przyłóżkowa. W okresie letnim prowadzone są różne zajęcia na dworze, m.in. nordicwalking. Zespół rehabilitantów opracował dwa programy autorskie dla osób z zespołem otępiennym oraz z chorobą Parkinsona, które to programy otrzymały wyróżnienie na konferencji międzynarodowej. W zajęciach dla chorych otępiennych, odbywających się 2 razy w tygodniu, uczestniczy 15 osób. Prowadzone są ćwiczenia pamięci, rozwiązywanie krzyżówek, liczenie, wykonywanie różnych prostych czynności istotnych w życiu codziennym. Mieszkańcy z chorobą Parkinsona podzieleni są na 3 grupy ćwiczebne, zależnie od stopnia zaawansowania choroby. Zajęcia prowadzą rehabilitanci jak również opiekunowie i terapeuci zajęciowi, koordynowani przez rehabilitantów. Przedstawiciele Mechanizmu bardzo dobrze oceniają bogatą ofertę rehabilitacyjną oraz twórcze podejście do radzenia sobie z wyzwaniami późnej dorosłości.

Dwóch specjalistów przyjmuje pacjentów na terenie placówki. Specjalista psychiatrii, z poradni psychogeriatrycznej, przyjmuje co 2 tygodnie. Neurolog przyjmuje zarówno w domu jak i w przychodni.

Badania laboratoryjne wykonywane są w pobliskiej przychodni. Badania specjalistyczne jak USG, badania endoskopowe, zdjęcia rentgenowskie, tomogram, czy rezonans wykonuje się w szpitalach lub w przychodniach przyszpitalnych. Część mieszkańców pochodzących z Białegostoku pozostaje w opiece swoich, uprzednio wybranych lekarzy.

Pozostali są zapisani do dwóch pobliskich przychodni, bez sprecyzowania nazwisk lekarzy, pod których opieką pozostaną.

Dwie opiekunki uzgadniają terminy wizyt, konsultacji czy badań specjalistycznych. Czas oczekiwania na wizytę w przychodni lekarzy rodzinnych jest różny, czasem wizyta jest następnego dnia, czasem czas oczekiwania sięga tygodnia, a nawet kilkunastu dni. Ponieważ mieszkańcy nie są zapisani do konkretnego lekarza, przyjmowani są przez różnych lekarzy, pracujących w danym dniu.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami każdy pacjent ma prawo wyboru lekarza prowadzącego. Większość mieszkańców, poza osobami zapisanymi do lekarza przed przyjęciem do domu, jest zapisana do dwóch przychodni POZ, a nie do konkretnego lekarza, który sprawowałby stałą opiekę. Podobnie jak w wizytach w przychodni, na wizytę domową przychodzi lekarz dyżurujący w danym dniu.

Ekspert KMP nie kwestionuje jakości opieki lekarskiej, ale w jego opinii zmieniający się lekarze nie są w stanie poznać dokładnie pacjenta, jego historii choroby, nawiązać z nim pełnego, dobrego kontaktu. Zdaniem eksperta Mechanizmu wskazane byłoby, aby jeden lub dwóch lekarzy miało pod opieką wszystkich mieszkańców, prowadząc ich systematycznie w placówce, czy w przychodni, zależnie od decyzji i potrzeb. Pielęgniarki miałyby bezpośredni kontakt z lekarzami, co jest bardzo ważne w codziennej pracy, a nie przez opiekuna, który nie posiada wykształcenia medycznego.

Opiekunki towarzyszą mieszkańcom udającym się na wizyty (wg. relacji jednej z opiekunek nie towarzyszy ona pacjentowi w trakcie wizyty), odbierają recepty i zlecenia, które przekazują pielęgniarce zespołowej (niejednokrotnie lekarz przekazuje zlecenia tylko ustnie, wpisuje dokonuje opiekunka). Każdy z mieszkańców ma założoną teczkę, w której znajdują się indywidualne karty zleceń, ewentualnie karty leczenia szpitalnego, wyniki badań (lub ich część) oraz jednostronicową historię choroby (wprowadzona od stycznia 2015 r.) w której podane są m.in.: dane osobowe, status prawny, poradnia POZ, do której mieszkaniec jest zapisany oraz rozpoznanie. W niektórych teczkach do historii choroby dołączona jest karta obserwacji. Dokumentacja lekarska znajduje się poza placówką, w przychodniach. W części teczek historia choroby nie była wypełniona. W kilku teczkach, poza ww. dokumentami, były luźne kartki ze zleceniami, bez podania daty, nazwiska pacjenta jak i bez podpisu i pieczętki lekarza. Indywidualne karty zleceń, niektóre od 2012 r., były trudne do odczytania. U kilku osób ekspert Mechanizmu porównał zlecenia z karty ze zleceniami na tacy z lekami:

- (dane usunięto) otrzymuje spironol, zlecenia tego nie ma w karcie;



- (dane usunięto) w karcie odstawiony amlozek, lek otrzymuje w dalszym ciągu;
- (dane usunięto) na tacy leków wpisany jest amoxil (antybiotyk) zlecony w styczniu. Według relacji pielęgniarek lek ten podawany był tylko przez tydzień, jednakże wpis na tacy nie był usunięty;
- (dane usunięto) chory m.in. na padaczkę. W razie napadu ma otrzymać wg. zleceń neurologa relanium we wlewce, zaś wg psychiatry we wstrzyknięciu. Obydwa zlecenia aktualne, żadne nie zostało anulowane;
- (dane usunięto) rozpoznanie w historii choroby m.in. nadciśnienie. Pacjent od 2012 r. przyjmuje codziennie 2 tabletki furosemidu - zlecenie w indywidualnej karcie zleceń. Poza jednym badaniem poziomu potasu w 2014 r. (N.B.niskim-3,77) w dokumentacji nie ma żadnej notatki. Ciśnienie tego mieszkańca nie jest kontrolowane (księga pomiarów z ostatnich 2 miesięcy);
- (dane usunięto) - wpis lekarza z marca 2015 r. – *zapalenie płuc, stan ciężki, duszność; zlecono leki*, dalszych obserwacji nie ma. Pacjentka do dnia wizytacji otrzymuje leki wykrztuśne i p-kaszlowe, na co ekspert KMP zwróciła uwagę. W drugim dniu wizytacji opiekunka przyniosła dokumentację, z wpisem kolejnej wizyty w dniu 9.04.2015 r.; w karcie obserwacji zlecony ketonal, ale zlecenie to nie było wpisane do karty zleceń. Pacjentka lek otrzymała. Leki wykrztuśne i przeciwkaszlowe zostały odstawione zaocznie, w drugim dniu wizytacji.
- (dane usunięto) otrzymuje leki przeciwzakrzepowe. Wynik INR w marcu wysoki, 3,26, zmieniono dawkowanie. Zlecono kontrolę za miesiąc (wpis opiekunki na polecenie lekarza). W pierwszym dniu wizytacji nie było kontrolnego badania. W drugim dniu wynik z dnia 12.05 ( po 6 tygodniach) odnaleziono; leczenie zmodyfikowano od 19.05.2015 r.

W ocenie eksperta KMP zlecenia lekarskie nie mogą być przekazywane ustnie, czy na luźnych kartkach, a także nie korygowane przez lata w kartach zleceń. Zlecenia wszystkich lekarzy winny być wpisywane w indywidualne karty zleceń z uwzględnieniem dawki, pory podawania leku oraz czasu trwania kuracji. Pozwoli to uniknąć interakcji czy synergii podawanych leków albo wpisania tego samego leku, lecz o innej nazwie producenta. Wpisy winne być czytelne, sygnowane pieczętą i podpisem lekarskim, zlecenia także podpisane przez pielęgniarkę. Ekspert Mechanizmu zaleca aby założyć aktualne, indywidualne karty zleceń, aby wyeliminować, w jak największym stopniu możliwość błędów.

## **8. Prawo do informacji**

W pierwszych dniach pobytu nowego mieszkańca jest on zapoznawany z organizacją życia w domu, jego topografią, zasadami pobytu, swoimi prawami, a także pracownikami oraz współmieszkańcami. Pracownicy DPS 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 (np. praw i obowiązki mieszkańca), a także numery telefonów instytucji, do których mieszkańcy lub ich rodziny mogliby się zwrócić w przypadku naruszenia ich praw (np. Rzecznika Praw Obywatelskich, Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie w tym darmowe numer infolinii obu instytucji, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka,). W ocenie przedstawicieli KMP, wskazane byłoby oprócz numerów telefonów zamieścić także adresy korespondencyjne, tak aby pensjonariusze mieli możliwość korzystać z drogi pisemnej przy komunikowaniu się z ww. instytucjami.

W domu funkcjonuje rada mieszkańców, która co miesiąc spotyka się z dyrekcją w celu omówienia spraw istotnych z punktu widzenia pensjonariuszy.

## **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.

Odwiedziny mieszkańców mogą odbywać się codziennie w godzinach 9<sup>00</sup>-21<sup>00</sup>.

Pensjonariusze DPS-u mogą posiadać przy sobie telefony komórkowe. Mogą także wykonywać połączenia telefoniczne z aparatów telefonicznych znajdujących się na terenie placówki. Mają także możliwość wysyłania i odbierania listów oraz paczek bez ograniczeń. W dokumentacji mieszkańca (dane usunięto) wizytujący natrafili na protokół z otwarcia paczki przesłanej przez syna. W odpowiedzi na przedstawioną informację dyrektor domu wskazała, że z uwagi na zły stan zdrowia osoby do której paczka była adresowana i brak kontaktu z nią, sporządzenie tego wykazu miało na celu zabezpieczenie przesłanych rzeczy przed zagubieniem. Czynność ta wykonywana była w obecności 2 pracowników DPS.

W wizytowanej placówce możliwość samodzielnego opuszczania domu uzależniona jest od stanu psycho-fizycznego mieszkańca. Wyjścia nie są w związku z tym uzależnione od sytuacji prawnej pensjonariusza, bez ograniczeń poruszać się mogą poza DPS również osoby ubezwłasnowolnione. Pracownicy KMP pochwalają przyjęte rozwiązanie, gdyż 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 sferze prawnej, w szczególności w możliwości samodecydowania o wyjściach poza teren DPS. Jediną obiektywną przeszkodę do korzystania z takich wyjść może stanowić, tak jak przyjęto w wizytowanej placówce, ich zły stan psycho-fizyczny.

#### **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 czy na terenie wokół placówki, w ramach których prowadzona jest zróżnicowana i systematycznie aktualizowana oferta działań aktywizująco-terapeutycznych.

Mieszkańcy mogą uczestniczyć w zajęciach z muzykoterapii, rękodzieła artystycznego, biblioterapii, gospodarstwa domowego, prac w ogrodzie w okresie letnim, papieroplastyki, decoupage i stolarstwa. W placówce funkcjonuje pracownia komputerowa (z dostępem do Internetu).

Organizowane są także imprezy kulturalno-oświatowe na terenie placówki oraz innych domów województwa. Mieszkańcy wyjeżdżają na przeglądy oraz konkursy do innych placówek. Przy DPS działa zespół wokalny-instrumentalny *Świerki* oraz grupa teatralna, których członkowie biorą udział w przeglądach oraz imprezach rekreacyjnych w innych domach.

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.

W placówce działa biblioteka, ponadto dzięki porozumieniu z biblioteką miejską mieszkańcy mogą korzystać także z zasobów tej instytucji.

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**

Placówka mieści się w trzykondygnacyjnym budynku. Warunki bytowe panujące w domu należy ocenić jako bardzo dobre.

Do dyspozycji mieszkańców pozostają pokoje jedno-, dwu- i trzyosobowe. 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. Wyposażenie i wystrój wnętrz pokoi mieszkalnych stwarza przytulną atmosferę - generalnie urządzone są one według własnych upodobań mieszkańców. Pomieszczenia te utrzymane były w należyтым porządku.

Mieszkańcy, w których pokojach nie było węzłów sanitarnych, mogli korzystać z ogólnodostępnych toalet i łazienek ulokowanych na korytarzach. Poza pokojami mieszkańców również znajdują się ogólnodostępne sanitariaty wyposażone w sprzęt ułatwiający kąpiel osobom mniej sprawnym, np. w wanny z podnośnikami. W dniu wizytacji były utrzymane w czystości i porządku.

Na każdym piętrze znajdują się aneksy kuchenne, w których mieszkańcy mogą przygotowywać sobie dodatkowe posiłki oraz przechowywać żywność we wspólnych lodówkach.

Mieszkańcy sprawni spożywają 3 posiłki dziennie: śniadania, obiady i kolacje, w przestronnej jadalni. 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.

Rozmówcy wizytujących nie zgłaszali zastrzeżeń związanych z zapewnionymi w domu warunkami bytowymi.

## **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 dnia 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.

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.

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. 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. Pysznice powinny posiadać płaski bezprogowy brodzik, poręcz, ławkę dla osób z niepełnosprawnościami oraz baterię i główkę prysznica właściwie umieszczoną. Włączniki światła należy zamontować na wysokości od 90 do 100 cm. Górna krawędź umywalki powinna wynosić 85 cm, a dolna 70 cm oraz zapewniać możliwość podjazdu wózkiem, konieczne jest także prawidłowe zamontowanie baterii z przedłużoną dźwignią lub uruchamianej fotokomórką. Wyposażenie toalet i łazienek (papier, mydło, suszarki, itp.) powinno być dostępne bez konieczności przesuwania wózka, lustro należy zamontować na takiej wysokości, aby mogły z niego korzystać osoby poruszające się na wózku oraz sprawne fizycznie. W odniesieniu do sypialni oraz innych pokoi wspólnych stoły powinny być ustawione w taki sposób aby mogły dotrzeć do niego oraz skorzystać osoby o różnych niepełnosprawnościach. Oczywiście nie wszystkie stoły muszą spełniać ten warunek, istotne

aby liczba dostosowanych stołów była wystarczająca biorąc pod uwagę liczbę osób niepełnosprawnych. Wysokość blatu stołu powinna wynosić od 67 do 80 cm, miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinna wynosić min. 30 cm. W przypadku telefonów lub domofonów wysokość najwyższego przycisku nie powinna przekroczyć 120 cm<sup>1</sup>.

Podczas oglądu pokoju C 88, w którym mieszkała osoba poruszająca się na wózku, wizytujący zauważyli prowizoryczne rozwiązanie służące podwyższeniu deski w sedesie (rolki papieru przyklejone pod deskę). Mieszkanka zaznaczyła, że przyjęte rozwiązanie umożliwia jej swobodny transfer z wózka na sedes. Zaznaczyła, że nie zgłaszała kierownictwu domu potrzeby zmiany sedesu. Ponadto niewidoma mieszkanka w rozmowie z wizytującymi wskazała problem związany z instalacją przyzywową. Aby z niej skorzystać rozmówczynie wizytujących musi pociągnąć na sznurek, który umieszczony jest w pobliżu jej dłoni. Jednakże z uwagi na niewielką wagę sznurka, w wyniku podmuchu wiatru jego umiejscowienie zmieniało się, przez co pensjonariuszka nie mogła wezwać personelu. Dyrektor domu poinformowana o ww. sytuacjach zapewniła, że podjęte zostaną działania mające na celu ich wyeliminowanie. Mając to na uwadze przedstawiciele KMP zwracają się o poinformowanie o działaniach podjętych w celu usunięcia stwierdzonych niedogodności.

### **13. Prawo do praktyk religijnych**

Prawo mieszkańców domu do praktyk religijnych jest respektowane. Placówka zatrudnia duchownego katolickiego i prawosławnego. W domu znajduje się kaplica ekumeniczna, w której odprawiane są msze święte i nabożeństwa okolicznościowe. Księża odwiedzają chorych mieszkańców w ich pokojach, są do ich dyspozycji po każdej mszy św. Pensjonariusze mogą również wychodzić do kościołów znajdujących się terenie miasta.

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:

---

<sup>1</sup> 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. Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej w Białymstoku:**

- 1.1. usunięcie zapisu regulaminu, który wprowadza środki dyscyplinarne;
- 1.2. wprowadzenie indywidualnej karty zleceń, dla każdego z mieszkańców, w których wszyscy lekarze wpisyaliby wszelkie zlecenia z dokładnym podaniem dawek leków, czasem terapii itp.;
- 1.3. uzupełnienie tablic informacyjnych o adresy instytucji stojących na straży praw człowieka;
- 1.4. rozważenie możliwości objęcia wszystkich mieszkańców opieką medyczną świadczoną przez 1-2 lekarzy;
- 1.5. dążenie do jeszcze lepszego przystosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością;
- 1.6. poinformowanie o działaniach podjętych w celu wyeliminowania niedogodności w pokoju mieszkanki poruszającej się na wózku oraz niewidomej.

## **2. Prezydentowi Miasta Białystok jako organowi prowadzącemu placówkę:**

1. udzielenie dyrektorowi DPS wsparcia finansowego w realizacji zaleceń wymagających nakładów pieniężnych.