

Warszawa, dnia 14 maja 2018 r.

KMP.575.1.2018.MK

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Pile
(wyciąg)**

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 28 lutego-1 marca 2018 r., Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT) przeprowadził wizytację Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Pile (zwanego dalej: DPS, Domem, placówką). W skład zespołu wizytującego wchodziło: dr Justyna Józwiak (socjolog, politolog w zakresie resocjalizacji), Klaudia Kamińska oraz Marcin Kusy (prawnicy). W wizytacji wzięła również udział dr n. med. Joanna Żuchowska (specjalista chorób wewnętrznych II stopnia) – ekspertka zewnętrzna KMPT z zakresu medycyny. Wyniki jej ekspertyzy zostały włączone w treść niniejszego raportu.

Działając jako Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, pracownicy Biura RPO sprawdzili na miejscu stan przestrzegania praw mieszkańców ubezwłasnowolnionych oraz umieszczonych na mocy postanowienia sądu, 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 Bogusławem Mikitą – dyrektorem placówki;
- dokonano oglądu Domu, w tym m.in.: pokoi mieszkańców, sanitariatów, świetlicy, sali terapii zajęciowej, jadalni;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z mieszkańcami w warunkach wyłączających obecność osób trzecich;

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

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

W trakcie wizytacji sporządzono dokumentację fotograficzną.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano dokumenty oraz notatki związane z funkcjonowaniem placówki.

W przedmiocie zainteresowania przedstawiciele KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie mieszkańców przez personel placówki, kwalifikacje personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W niniejszym raporcie opisano jedynie te obszary, które w ocenie przedstawiciele KMPT wyróżniają placówkę na tle pozostałych oraz te, które wymagają poprawy.

2. Charakterystyka placówki

Wizytowany DPS przeznaczony jest dla 70 osób przewlekle, somatycznie chorych. W dniach wizytacji przebywało w nim 69 osób, w tym 44 kobiety i 25 mężczyzn. Jedna osoba przebywała w szpitalu. Dziesięciu mieszkańców umieszczonych zostało na mocy postanowienia sądu, jedenastu zaś było ubezwłasnowolnionych.

Placówka posiada zezwolenie na czas nieokreślony na prowadzenie Domu wydane przez Wojewodę Wielkopolskiego (PS.II-11.9013-24/06).

3. Dobre praktyki

a) Zatrudnienie psychologa

Za niezmiernie cenne uznać należy, iż w Domu zatrudniony jest psycholog. Obowiązujące przepisy nie zobowiązują dyrektorów do ich zatrudniania, a jedynie do zapewnienia kontaktu z psychologiem, co Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur sygnalizuje od 2013 r. Zdaniem KMPT do domów pomocy społecznej często trafiają osoby ze środowisk zaniedbanych społecznie, wymagające dużego wsparcia psychologicznego w celu

przywrócenia prawidłowych mechanizmów funkcjonowania oraz pokonania trudności adaptacyjnych w nowym miejscu. Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej jest szczególnie istotne, gdy mieszkaniec trafia do placówki wbrew swojej woli. Doświadcza wtedy silnego oporu, nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z mieszkańcem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia. Ponadto, w ocenie przedstawicieli Mechanizmu, stała obecność psychologa przyczynia się również do integracji społeczności mieszkańców, poprawy relacji z personelem oraz zwiększenia motywacji do udziału w proponowanych przez placówkę zajęciach.

b) Oferta terapeutyczna

Oferta terapeutyczna została zorganizowana tak, aby utrzymać maksymalny możliwy stan samodzielnego funkcjonowania mieszkańców. W Domu dąży się do jak największej aktywizacji mieszkańców, zapobiegania uczuciu samotności, izolacji, odrzucenia. W ramach terapii zajęciowej prowadzona jest m.in. zooterapia, ergoterapia, arteterapia. W Domu zorganizowany został „pokój marzeń”, w którym odbywa się światłoterapia, mająca szczególnie korzystne działanie u osób smutnych, zagubionych, ze skłonnością do depresji. Cześć mieszkańców objęta jest terapią indywidualną dostosowaną do specyfiki schorzeń. W trakcie przeprowadzania czynności, wizytujący zwrócili uwagę, iż mieszkańcy brali czynny udział w terapii zajęciowej, zaś terapeuci wykazywali się dużą pomysłowością i zaangażowaniem.

Jako dobrą praktykę należy również uznać, iż osoby z zespołami otępiennymi w ciągu dnia przebywają na terapii. Uczestniczą oni w zajęciach jako obserwatorzy, co jest formą spędzenia czasu z innymi osobami, w innym miejscu niż pokój.

Kolejną dobrą praktyką w omawianej kwestii jest prowadzenie przez terapeutów zeszytu raportów. W związku z tym, iż mieszkańcy większość czasu spędzają na terapii (do godz.18), bardzo szczegółowo opisują oni zachowanie mieszkańców, ich nastroje, podają informacje o zjedzonych posiłkach, przyjętych tabletkach, toaletach. Dokumentacja ta jest niezależna od raportów opiekunów i pielęgniarek, i świadczy o dbałości o mieszkańców.

c) Kontrola sądowa

Zgodnie z art. 43 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r., poz. 882) obowiązek sądowej kontroli legalności przyjęcia i przebywania w domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także przestrzegania ich praw oraz warunków panujących w placówce, dotyczy wyłącznie domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób psychicznie chorych lub niepełnosprawnych intelektualnie. Tymczasem pensjonariusze, którymi powinien interesować się sąd z urzędu, mogą przebywać również w innych typach domów, np. w domach dla osób przewlekle somatycznie chorych, z uwagi na ich stan somatyczny i decyzję organów kierujących. Problem ten podnoszony jest przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur od kilku lat.

Tymczasem Dom jest corocznie wizytowany przez sędziego rodzinnego w zakresie wynikającym z art. 43 uzop, który zapewnia sądową kontrolę legalności pobytu osób ubezwłasnowolnionych. Praktykę tę KMPT uznaje za bardzo dobrą.

4. Problemy systemowe

a) Pełnienie przez pracownika Domu funkcji opiekuna prawnego

Wśród mieszkańców Domu znajduje się 11 osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. W trzech przypadkach opiekunami prawnymi ubezwłasnowolnionych mieszkańców są pracownicy DPS-u.

Pełnienie przez pracowników funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych budzi jednak wątpliwości przedstawicieli KMPT. Problem ten ma charakter systemowy. Jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być bowiem monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownicy dps mogą natomiast nie być obiektywni w ocenie oferty opiekuńczej domu. Ponadto pełnienie przez personel domów pomocy społecznej funkcji opiekunów prawnych wiąże się *de facto* z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków kosztem czasu wolnego lub prywatnego. Może to zatem prowadzić do braku odpowiedniej motywacji, by właściwie i rzetelnie wykonywali powierzone obowiązki.

Przedstawiciele KMPT nie mieli uwag w wizytowanym Domu co do sposobu pełnienia funkcji opiekunów prawnych przez pracowników. Niemniej jednak, prewencyjnie

zalecają dyrektorowi Domu, aby dokonywał szczególnej kontroli pracy opiekunów prawnych i reagował w przypadkach niedopełnienia obowiązków lub nadużyć ze strony opiekuna.

b) Kontakt ze światem zewnętrznym

Z informacji udzielonej przez dyrektora Domu wynika, iż wyjścia osób ubezwłasnowolnionych realizowane są za zgodą opiekuna prawnego. KMPT wskazuje, że instytucja ubezwłasnowolnienia ogranicza osobę nią objętą wyłącznie w sferze prawnej, a nie w sferze wolności osobistej, dlatego ograniczenie osoby ubezwłasnowolnionej niezwiązane z jej uczestnictwem w obrocie prawnym należy uznać, w świetle obowiązujących przepisów, za nieuprawnione. W ocenie Mechanizmu, osoby ubezwłasnowolnione powinny być traktowane przez personel domu na równi z innymi mieszkańcami w każdym aspekcie ich życia, niezwiązanym ze wspomnianymi ograniczeniami w sferze prawnej, w szczególności w możliwości samodecydowania o wyjściach poza teren placówki. Także w odniesieniu do osób przebywających w DPS na podstawie orzeczenia sądowego brak jest w obecnie obowiązującym stanie prawnym podstaw do reglamentacji ich wyjść. Biorąc jednak pod uwagę konieczność zapewnienia mieszkańcom domów bezpieczeństwa, KMPT dostrzega potrzebę uregulowania przedstawionego problemu na poziomie ustawowym. W ocenie KMPT jedynymi czynnikami branymi pod uwagę przy wydawaniu decyzji o możliwości samodzielnych wyjść powinny być wola mieszkańca oraz stan jego zdrowia. Opinia o stanie zdrowia mieszkańca stanowiąca podstawę do ograniczenia swobody w zakresie opuszczania placówki winna być z kolei sporządzona przez lekarza (np. internistę, geriatrę) lub lekarza psychiatrę, posiłkujących się w razie możliwości opinią psychologa, z uwagi na to, iż są to jedyne osoby uprawnione do oceny stanu psychosomatycznego pensjonariuszy.

5. Obszary wymagające poprawy

a) Opieka medyczna

Opieka medyczna jest sprawowana przez 6 lekarzy z różnych przychodni oraz 9 pielęgniarek. Dwóch pacjentów, żywnionych pozajelitowo, jest pod stałą opieką specjalistów. W nagłych przypadkach wzywane jest pogotowie ratunkowe.

Każdy z lekarzy ma pod opieką grupę swoich pacjentów. W praktyce jednak lekarz wizytujący bada wszystkich chorych mieszkańców. Sytuacja ta, w opinii eksperta KMPT, może utrudniać organizację pracy zespołu opiekuńczo-terapeutycznego. Lekarze nie znają

bowiem innych pacjentów, gdy zachodzi potrzeba udzielenia im pomocy. Ponadto, żaden z lekarzy nie czuje się odpowiedzialny za całość pracy zespołu. Zadaniem ekspertki KMPT należałoby zmniejszyć liczbę lekarzy POZ mających pod opieką mieszkańców DPS, poprzez – z jednej strony – proponowanie poszczególnym lekarzom objęcie opieką większej liczby pacjentów, a z drugiej – proponowanie mieszkańcom zmiany lekarza POZ. Zasadne byłoby dążenie do wprowadzenia systemu opieki medycznej opartego na jednym lekarzu prowadzącym, który ma pod opieką wszystkich mieszkańców DPS, których odwiedza regularnie, raz lub dwa razy w tygodniu.

Specjaliści, łącznie z psychiatrą, nie przyjeżdżają do placówki. Konsultacje specjalistyczne realizowane są w placówkach służby zdrowia. Transport zapewniony jest przez Dom, osoby leżące transportowane są przez pogotowie ratunkowe. Zdaniem ekspertki KMPT wskazane byłoby zorganizowanie konsultacji psychiatrycznych w DPS. Transportowanie bowiem schorowanych mieszkańców w stanach otępiennych czy depresyjnych do poradni stanowi dla nich dodatkowy, niepotrzebny stres.

Opieka pielęgniarska jest zapewniona w godzinach 7.00-19.00. Do godziny 15.00 dyżurują trzy pielęgniarki, następnie na dyżurze pozostają dwie.

Na dyżurze nocnym nie ma pielęgniarek, opiekę nad wszystkimi mieszkańcami sprawuje dwóch opiekunów. Zdaniem ekspertki KMPT w placówce, w której większość mieszkańców ma bardzo niską ocenę w skali Barthel, opieka pielęgniarska powinna być całodobowa.

W wyposażeniu dyżurki znajdują się poza szafą apteczną m.in. glukometry, aparaty do ciśnienia, ambu, środki opatrunkowe, płyny infuzyjne, koncentrator tlenu. Zgodnie z opinią ekspertki KMPT wyposażenie watro uzupełnić o aparat EKG, zestaw reanimacyjny łącznie z defibrylatorem oraz zestaw przeciwwstrząsowy.

Każdy z mieszkańców ma założoną teczkę, w której znajdują się karty z leczenia szpitalnego oraz luźna kartka z listą przyjmowanych leków bez daty zlecenia, a w części teczek także bez nazwiska. Cała dokumentacja lekarska, historia choroby, wyniki badań, etc. znajduje się w przychodniach poszczególnych lekarzy. W zeszycie zleceń, zlecenia wydawane ustnie przez lekarza, są wpisywane przez pielęgniarkę. Zlecenia nie są sygnowane ani podpisem pielęgniarki, ani podpisem i pieczętką lekarza.

Zdaniem eksperta KMPT zlecenia nie mogą być przekazywane drogą ustną, konieczne jest wprowadzenie indywidualnej karty zleceń, czy innej formy pisemnej zarówno przekazywania zleceń, jak ich wykonania.

b) Warunki bytowe

W pokojach zamontowany jest system przyzywowy, zaś pracownicy wyposażeni są w pagery. Rozwiązanie to umożliwia szybką reakcję pracownika w przypadku wezwań, bez względu na miejsce jego pobytu. Jednakże umiejscowienie włącznika na szafkach przyłóżkowych nie zawsze umożliwia wezwanie personelu. Z przeprowadzonych czynności wynika, że w Domu miały miejsce upadki, w wyniku których mieszkańcy przez długi czas leżeli na podłodze, bo nie mogli wezwać pracownika, krzyczeli, ale nikt ich nie słyszał. Ponadto, w jednym z pokoi, w którym mieszkał mężczyzna poruszający się na wózku, instalacja przyzywowa nie była zainstalowana.

Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych powinny mieć zapewnione różne formy pomocy osób, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi, oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego, powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia.

Podczas rozmowy podsumowującej, dyrektor placówki wyjaśnił wizytującym, iż bezpieczeństwo pacjentów jest dla niego sprawą priorytetową, w związku z tym planowane jest wprowadzenie tzw. „teleopieki” – opaski z sygnałem SOS. KMPT zaleca kontynuowanie starań w realizacji tego planu. Opaski bowiem umożliwiają szybką interwencję personelu w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów.

c) Personel

Z informacji udzielonej wizytującym wynika, iż w latach 2016-2018 personel domu objęty był szkoleniami z kodeksu etyki, praw mieszkańców, przeciwdziałania mobbingowi oraz radzenia sobie z zachowaniem agresywnym, jak i z pierwszej pomocy. Biorąc pod uwagę fakt, iż w wizytowanym DPS przebywają osoby z zaburzeniami psychicznymi, zdaniem przedstawicieli Mechanizmu, konieczne jest przeprowadzenie szkoleń z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego dla wszystkich osób upoważnionych do jego stosowania oraz wdrożenie właściwych zasad i procedur stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego.

d) Prawo do informacji

W czasie wizytacji na tablicy ogłoszeń dostępne były informacje dotyczące organizacji życia w placówce. Dobrze byłoby również, aby w ogólnodostępnym miejscu wywieszane były adresy instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące Dom lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy (adres oraz numer telefonu Rzecznika Praw Obywatelskich – bezpłatna infolinia 0 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, sędziego rodzinnego, Wydziału Polityki Społecznej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, wybranych organizacji pozarządowych np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).

e) Dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnością

W budynku przewidziano liczne udogodnienia dla osób z niepełnosprawnością fizyczną. Znajduje się w nim winda, przejścia między pomieszczeniami pozbawione są progów, podłogi wyłożono antypoślizgowym materiałem, w sanitariatach zamontowano uchwyty.

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o następujących zasadach, poprawiających jakość dostosowania.

- łóżka nie powinny być niższe niż 45-55 cm (licząc od powierzchni materaca do podłogi);
- progi i brodziki prysznicowe nie przekraczające 2 cm;
- klamki (w tym klamki okienne), wieszaki, półki, przyciski instalacji przyzywowej, włączniki światła, kontakty etc. zamontowane nie wyżej niż na poziomie 90-120 cm od podłoża;
- tablice informacyjne zawieszane na poziomie umożliwiającym przeczytanie ich treści również przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm powinna zostać zachowana we wszystkich łazienkach i pokojach użytkowanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- nachylenie pochylni powinno wynosić maksymalnie 6%;
- w łazienkach wykorzystywanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich warto pamiętać o:
- wskazanej wyżej przestrzeni manewrowej i wysokości brodzika prysznicowego,

- odpowiednio nisko zawieszonych lustrach (najlepiej zaczynających się od poziomu umywalki),
- włącznikach światła, kontaktach, klamkach, dozownikach mydła, wieszakach na papier na wysokości: 90-120 cm,
- wysokości muszli ustępowej: 45-50 cm,
- poręczy w odległości 40 cm od osi muszli, umieszczonej na wysokości: 70-85 cm,
- zastosowaniu w miejsce kurków, baterii umywalkowych dostępnych dla osób ze słabszymi rękami (dłuższych).

Wymienione zasady ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie ze standardami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla pensjonariuszy z niepełnosprawnością fizyczną, które zapewnią im swobodne poruszanie się po terenie DPS-u oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów.

6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Pile:

1. przeprowadzenie szkoleń z zakresu stosowania i dokumentowania przynusu bezpośredniego;
2. uzależnienie wyjść na zewnątrz placówki od stanu psycho-fizycznego mieszkańców, nie zaś od decyzji opiekuna prawnego;
3. dążenie do wprowadzenia systemu opieki medycznej opartego na jednym lekarzu prowadzącym;
4. rozważenie możliwości zorganizowania całodobowej opieki pielęgniarskiej;
5. rozważenie możliwości zorganizowania wizyt lekarza psychiatry w placówce;
6. wprowadzenie indywidualnej karty zleceń;
7. rozważenie zakupu aparatu EKG, zestawu reanimacyjnego, defibrylatora oraz zestawu przeciwwstrząsowego;
8. umieszczenie w ogólnodostępnych miejscach adresów instytucji, do których mieszkańcy lub ich rodziny mogliby się zwrócić w przypadku naruszenia ich praw;

9. w przypadku przeprowadzania remontu pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
10. kontynuowanie starań o wprowadzenie teleopieki.