

Warszawa, 10 października 2012 r.

RPO–709290-VII-720.3/12/MM

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji**  
**z wizytacji Domu Pomocy Społecznej w Raciborzu**  
**(wyciąg)**

**1. Wprowadzenie**

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 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) oraz działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 7-8 sierpnia 2012 roku, przedstawiciele Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (dalej: KMP lub Mechanizm): Karolina Goral, Małgorzata Molak (pedagodzy resocjalizacyjni), Damian Kalita (prawnik), pracownik Biura Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich w Katowicach, Michał Kleszcz (prawnik) oraz ekspert w dziedzinie psychiatrii, lek. med. Leszek Asman, dokonali wizytacji Domu Pomocy Społecznej im. Św. Notburgi w Raciborzu, przy pl. Jagiełły 3 (dalej: DPS, Dom lub placówka). Wnioski z ekspertyzy lekarza zostały włączone w treść raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej Mechanizmu było sprawdzenie na miejscu sposobu traktowania przebywających w nim osób i dokonanie oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki i jej podstawowych problemach, udzielonej przez siostrę Stefanię Seidel - dyrektora DPS oraz pana Andrzeja Kubikę – referenta administracji;
- dokonano oglądu budynków przeznaczonych dla pensjonariuszy Domu, w tym: wybranych losowo pokoi, gabinetów doraźnej pomocy medycznej, kaplicy, sanitariatów, jadalni, kuchenek pomocniczych dla mieszkańców, sal dziennego pobytu, pracowni terapeutycznych;
- w trakcie wizytacji pokoi i innych pomieszczeń przeprowadzono rozmowy z mieszkańcami Domu oraz pracownikami DPS (opiekunkami, pielęgniarkami, terapeutami zajęciowymi);
- poddano analizie wybraną dokumentację, dostępną na miejscu (m.in. raporty pielęgniarskie, akta wybranych mieszkańców, zeszyt skarg i wniosków, zeszyt wejść i wyjść z placówki).

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną i użyto dalmierza do pomiaru powierzchni wybranych pomieszczeń.

Dokonane w ten sposób ustalenia pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji przekazali dyrektorowi placówki oraz wysłuchali jej uwag i wyjaśnień.

Ponadto, po zakończeniu wizytacji przeanalizowano dokumentację: Statut Domu Pomocy Społecznej prowadzonego przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Raciborzu, Regulamin organizacyjny DPS, kartę praw i obowiązków mieszkańca Domu Pomocy Społecznej prowadzonego przez ss. Maryi Niepokalanej w Raciborzu, decyzję nr PS/II/9013/12/10 z dnia 20 października 2010 roku wydaną przez Wojewodę Śląskiego, plan Pracy Domu Pomocy Społecznej im. Św. Notburgi na 2012 rok, sprawozdanie z działalności Domu Pomocy Społecznej im. Św. Notburgi za rok 2011, charakterystykę prowadzonej działalności, zakres usług świadczonych przez pracowników Domu Pomocy Społecznej prowadzonego przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej, procedurę bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i gospodarowania środkami pieniężnymi mieszkańców DPS, procedurę w razie rezygnacji mieszkańca z miejsca w DPS, procedurę dotyczącą choroby i zgonu,

procedurę przyjęcia do DPS, procedurę postępowania w razie skierowania mieszkańca do szpitala, procedurę postępowania w razie pogorszenia się stanu zdrowia mieszkańca DPS, sprawozdanie z okresowej kontroli przeprowadzonej 12 stycznia 2011 roku przez Sąd Okręgowy w Gliwicach.

## **2. Ogólna charakterystyka**

Początki działalności stowarzyszenia sióstr Maryi Niepokalanej w Raciborzu sięgają 1886 roku, kiedy to został założony Dom dla kobiet ze szkołą gospodarstwa domowego. W 1945 roku, siostronom zostało polecone otwarcie Domu Pomocy Społecznej i jednoczesne zakończenie prowadzenia szkoły z przylegającym do niej żłobkiem i przedszkolem. Wtedy to, pod pieczęą CARITAS, zaczęto przyjmować pierwsze pensjonariuszki, bez względu na diagnozowane u nich zaburzenia czy dysfunkcje. W 1991 roku została nawiązana współpraca z województwem (obecnie śląskie).

W 2010 roku nastąpiła standaryzacja, wynikająca z wymogów określonych w ustawie o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. Nr 64 poz. 593), zwanej dalej: ustawą, w ramach której Dom Pomocy Społecznej w Raciborzu stał się placówką dla osób przewlekle psychicznie chorych.

Dom funkcjonuje na podstawie Decyzji Wojewody Śląskiego nr PS/II/9013/12/10 z dnia 20 października 2010 roku. Placówka przeznaczona jest na 170 miejsc.

## **3. Legalność pobytu**

W dniu wizytacji w Placówce przebywało 170 osób (120 kobiet i 50 mężczyzn). Zasady przyjmowania do placówki i wypisywania są zgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 31 lipca 1995 roku w sprawie szczegółowego sposobu działania w sprawach przyjęcia do domu pomocy społecznej oraz wypisania z domu pomocy społecznej osoby chorej psychicznie i upośledzonej umysłowo (Dz. U. z 1995 r. Nr 92, poz. 460). W tym zakresie nie

stwierdzono naruszeń przepisów prawa. Nie zanotowano także przypadków przebywania w Domu osób nie wykazujących chorób psychicznych ani też upośledzonych umysłowo. Odnośnie kategorii diagnostycznej upośledzenia umysłowego istnieje pewien formalny brak w Statucie placówki. Także § 1 pkt 2 Statutu, dotyczący zakresu zaburzeń stwierdzanych u przyjmowanych osób, wymaga uzupełnienia o wspomniane rozpoznanie. Jest rzeczą oczywistą, iż placówka tego typu przyjmuje także osoby upośledzone umysłowo, a nie tylko te, u których stwierdzono choroby psychiczne, bowiem część rozpoznań mieszkańców Domu stanowią osoby z upośledzeniem umysłowym, na różnych jego poziomach. Mechanizm przypomina w tym miejscu, że zgodnie z art. 56a ust. 1 ustawy, dom dla osób psychicznie przewlekle chorych i upośledzonych umysłowo, powinien wyodrębnić dwa budynki dla każdej z tych kategorii osób.

Dyrektor placówki dostarczył zespołowi wizytującemu wykaz osób skierowanych do Domu na podstawie postanowienia Sądu (w sumie 22 osoby), ze wskazaniem konkretnego Sądu wydającego postanowienie oraz sygnatury akt. Część osób przebywających w placówce stanowią mieszkańcy ubezwłasnowolnieni częściowo lub całkowicie (w sumie 45 osób). Na okazanym przez dyrektora placówki dokumencie (Spis Mieszkańców Ubezwłasnowolnionych dnia 01.08.2012 r.) widnieją imiona i nazwiska osób ubezwłasnowolnionych oraz imiona i nazwiska opiekunów prawnych i kuratorów.

Na oddziale I A mieszkają wyłącznie mężczyźni, natomiast oddział I B funkcjonuje jako oddział mieszany. Oddział II (A i B), III oraz IV przeznaczony jest dla kobiet.

Większość nowo przyjmowanych mieszkańców jest umieszczana w Domu na mocy postanowienia sądu.

Dyrektor poinformowała wizytujących, że w Domu przebywa mieszkaniec odbywający karę w warunkach dozoru elektronicznego. Przed umieszczeniem w DPS zostało wydane wobec niego postanowienie o konieczności odbycia kary 15 dni pozbawienia wolności, ponieważ nie wykonał pracy, do której został zobowiązany

przez sąd. Dzięki działaniom dyrektora, możliwa była ich zamiana na wspomniany dozór, który wygasa 11 sierpnia 2012 roku.

Zgodnie ze Statutem Domu, nie są przyjmowane osoby z uzależnieniem od alkoholu. Według informacji przekazanych przez dyrektora, zdarza się jednak, że w dokumentacji przesyłanej wraz z wnioskiem o przyjęcie mieszkańca brakuje informacji o problemie alkoholowym. Zasadą jest, że mieszkańcy, u których w trakcie pobytu stwierdzono uzależnienie, nie są wypisywani.

#### **4. Traktowanie mieszkańców przez personel wizytowanej placówki**

Atmosferę panującą w Domu, przedstawiciele KMP ocenili jako bardzo dobrą. O traktowaniu przez personel pozytywnie wypowiedzieli się również sami mieszkańcy. Na pozytywne wrażenie wizytujących wpływ miał szczególnie sposób odnoszenia się dyrektora i personelu wobec mieszkańców oraz znajomość potrzeb, upodobań i problemów, z którymi się borykają. Nie uszło jednak uwadze wizytujących, że część personelu zwraca się do mieszkańców per „Ty”, co jest zaznaczeniem pozycji w hierarchii. Zdaniem KMP wspomniany sposób zwracania się powinien ustalony obopólnie.

Każdy mieszkaniec, zgodnie z art. 26 Karty praw i obowiązków mieszkańca (dalej: karta), ma wyznaczonego pracownika pierwszego kontaktu, do którego może zgłaszać wszystkie potrzeby. W artykule tym zapisane jest także, że w uzasadnionym przypadku, możliwa jest jego zmiana na wniosek mieszkańca.

Zgodnie z oświadczeniem dyrektora, nowy mieszkaniec przyjeżdżając do Domu, zapoznaje się nie tylko z pracownikiem pierwszego kontaktu, poznaje także dokumenty regulujące pracę placówki: Kartę praw i obowiązków oraz Regulamin. Tworzony jest dla niego indywidualny program wsparcia, o którym szerzej zostanie napisane w rozdziale poświęconym prawie do usług opiekuńczo-terapeutycznych. Mieszkaniec zostaje przydzielony do pokoju według kryterium dostępności, chociaż zdarzają się rotacje w celu doboru odpowiednich współlokatorów. Dyrektor poinformowała wizytujących, iż część mieszkańców jest roszczeniowych i wymagają

zmiany pokoi. Dokonywana jest ona jednak wyłącznie w przypadku sprawiania problemów. Mechanizm zwraca uwagę na ryzyko naruszeń w zakresie przenosin do innego pokoju i zaleca stworzenie procedury z wyszczególnieniem przyczyn i osób podejmujących decyzję o zmianie pokoju oraz adnotacją o prawie do odwołania.

Jak zostało wspomniane wcześniej, wśród mieszkańców zdarzają się osoby, u których oprócz zaburzeń psychicznych, występuje uzależnienie od alkoholu. Mechanizm pozytywnie ocenia przyzwolenie na dalszy pobyt mieszkańca, u którego zostało ono wykryte. Jest to korzystne ze względu na dobro osoby przebywającej w Domu, mimo specyfiki terapeutyczno – behawioralnej osób uzależnionych (częste zaburzenia zachowania oraz przypadki spożywania alkoholu). W przypadku wystąpienia powikłań uzależnienia (np. zespół abstynencyjny), osoby te są kierowane do ewentualnego leczenia psychiatrycznego, w tym do leczenia stacjonarnego oraz leczenia odwykowego, jeżeli zostanie ono zalecone.

Dyrektor poinformowała wizytujących, że występują przypadki składania do sądu wniosków o ubezwłasnowolnienie osób, które ze względu na stan psychiczny, bądź nieporadność życiową, nie są w stanie podejmować samodzielnych decyzji, które nie byłyby dla nich szkodliwe. Ponadto, występuje się o zmianę opiekuna prawnego, jeśli nie dba on o podopiecznego, nie kontaktuje się z nim i personelem, bądź mieszka daleko, co sprawia, że niemożliwe jest dopełnienie wszystkich formalności w sytuacjach kryzysowych. Dyrektor podała także przykład mężczyzny, który zabierał wszystkie pieniądze mieszkańca, wydzielając mu czasem 2 złote na drobne wydatki. Nowymi opiekunami prawnymi są pracownicy Domu.

Zgodnie z art. 38 ust. 1 karty, mieszkańcom przysługuje prawo do skargi i składania wniosków we wszystkich sprawach. Adresatem może być zarówno dyrektor, jak i PCPR w Raciborzu oraz wszystkie władze, urzędy i instytucje. W DPS został założony zeszyt skarg, który znajduje się w pokoju dyrektora. Ostatni wpis jest z 2005 roku. Dyrektor poinformowała wizytujących, że w bieżącym roku nikt nie zwrócił się do niej ze skargą. Ostatnia, w formie anonimowego listu, została jej przekazana w okresie nie objętym analizą przez wizytujących. Dyrektor oznajmiła, że może to

wynikać z faktu, iż mieszkańcy zgłaszają uwagi i rozwiązują konflikty na bieżąco na zebraniach społeczności.

Ponadto Dyrektor przyjmuje interesantów codziennie w godzinach 14:00 - 16:00, o czym personel przypomina na spotkaniach społeczności. Rozmowy z mieszkańcami potwierdziły dostępność dyrektora i jego gotowość do wysłuchania skarg. Jedyną wątpliwość KMP wzbudziła informacja, iż skargi ustne nie są rejestrowane, co Mechanizm zaleca zmienić. Ponadto, stoi na stanowisku, że powinna być stworzona możliwość anonimowego złożenia skargi, co w wizytowanym Domu nie funkcjonuje. Dlatego też, poddaje pod rozważenie umieszczenie w ogólnodostępnym miejscu, skrzynki na skargi mieszkańców.

Dyrektor poinformowała wizytujących, że przymus bezpośredni z reguły nie jest stosowany. W przypadku agresywnego zachowania mieszkańca, prowadzone są rozmowy mające na celu uspokojenie i perswazje zapobiegające destruktywnym czynom. Drugim rozwiązaniem są konsultacje z lekarzem psychiatrą, który zleca podanie leków. W wyniku przeprowadzonych czynności związanych z badaniem prawidłowości zastosowania środków przymusu bezpośredniego oraz dokumentacji z tym związanej, wizytujący pozyskali informację o 3 przypadkach zastosowania przymusu bezpośredniego. Dwa z nich dotyczyły zastosowania unieruchomienia, a jeden przytrzymania i przymusowego zastosowania leku (równocześnie). Na obydwu kartach przymusu dotyczących zastosowania unieruchomienia, jako powód jego zastosowania zapisano „agresję czynną wobec personelu”, co jest uzasadnieniem zbyt ogólnym i nie informuje konkretnie, jakie były przejawy tejże agresji. Przymus był zastosowany przez pielęgniarkę z późniejszą akceptacją lekarza psychiatry. Na obydwu kartach zastosowania unieruchomienia brak jest zapisów dotyczącego faktu poinformowania lekarza, co jest niezgodne z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 roku w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. z 1995 r. Nr 103, poz. 513).

Niemożliwym było ustalenie faktów, w jakim czasie, od czasu jego rozpoczęcia, lekarz psychiatra był poinformowany o zastosowaniu przymusu, ponieważ nie było

takowych zapisów w dokumentacji. Nieprawidłowe było również zgłoszenie faktu zastosowania przymusu do kierownika zakładu, a nie do lekarza upoważnionego przez wojewodę (zgodnie ze wspomnianym wyżej rozporządzeniem). Nie ujawniono również udokumentowania faktów dotyczących uprzedzenia osób, u których stosowano przymus bezpośredni o jego zastosowaniu. Sam przebieg prowadzenia zabezpieczenia nie nasuwa żadnych uwag ani zastrzeżeń (podobnie wymieniony wyżej przypadek przymusowego podania leku oraz przytrzymania). W oparciu o dane uzyskane w trakcie wizytacji można wnioskować, iż w placówce przymus stosowany jest bardzo rzadko, w wyjątkowych okolicznościach i zdecydowanie nie jest nadużywany.

W placówce funkcjonuje demokratycznie wybierany Samorząd Mieszkańców, który pełni funkcję doradczą. Na spotkaniach społeczności wskazywani są kandydaci, spośród których wybierana jest reprezentacja mieszkańców na 4-letnią kadencję. W rozmowach z wizytującymi, część jego członków nie była w stanie stwierdzić, jaką rolę pełnią w tymże samorządzie oraz z jaką regularnością są prowadzone zebrania, a czasami, jaki w ogóle jest ich cel. Przedstawiciel samorządu poinformował natomiast, że na spotkaniach poruszane są takie kwestie jak posiłki, czy wycieczki. Przeważająca bierność mieszkańców na zebraniach, w porównaniu do udziału pracownika administracji, jest zaprzeczeniem zasady usamodzielniania i aktywizacji osób chorych psychicznie.

Uwagę Mechanizmu zwróciła czystość w pokojach. Wynika ona nie tylko z rzetelnej pracy sprzątaczk, ale i włączenia się mieszkańców w dbanie o estetykę pomieszczeń. Dyrektor poinformowała wizytujących, że mieszkańcy sami zgłaszają chęć pomocy w zamywaniu pokoi, czy sprząwaniu toalet. Dodała, że nie są oni zmuszani do dbania o porządek, ale ich zaangażowanie jest nagradzane słownie, co podnosi motywację do kontynuowania aktywności.

## **5. Dyscyplinowanie**



Wizytujący odebrali niepokojącą informację, że chociaż w DPS nie funkcjonuje katalog kar, wobec mieszkańców, którzy nie wrócą do Domu na czas, bądź wrócą pod wpływem alkoholu, stosuje się zakaz wyjść. Decyzję o tym podejmuje psychiatra. Mechanizm stoi na stanowisku, że mieszkańcy nie powinni być dyscyplinowani, szczególnie pozbawieniem możliwości opuszczania Domu. Podkreśla też, że kompetencje lekarza są inne niż upominanie mieszkańców, dlatego też nie należy rozszerzać o tę sferę jego działalności.

Dyrektor pytana o konsekwencje wyciągane w stosunku do osób wracających pod wpływem alkoholu, poinformowała Mechanizm, że kary nie są stosowane. Praktyką jest, że mieszkańcy kładą się spać i trzeźwieją w swoich pokojach. Nie ma wyodrębnionego pomieszczenia dla pijanych osób. Ze słów pracownika administracyjnego wynika jednak, że w przypadku niewłaściwego zachowania osoby, która znajduje się w stanie nietrzeźwości, stosuje się zakaz samodzielnych wyjść. Poinformował wizytujących, iż jest to zapisane w Karcie praw i obowiązków mieszkańca. Analiza dokumentu nie potwierdziła informacji przekazanych przez pana (*dane usunięto*), jednakże w części egzemplarzy jest odręczny zapis (pkt. 5) w art. 29 o zakazie spożywania alkoholu. Mechanizm stoi na stanowisku, że należy ujednolicić tekst karty oraz poddaje pod wątpliwość karanie mieszkańców zakazem wyjść.

Wątpliwości Mechanizmu wzbudził zapis w art. 13 ust. 1 karty, według którego mieszkaniec może być przeniesiony do innego pokoju mieszkalnego, także bez jego zgody z *ważnego powodu*. Przede wszystkim, nie określono precyzyjnie przyczyny przeniesienia. Nawet jeśli spełniony jest warunek poinformowania mieszkańca oraz konsultacji zamiaru z nim, Mechanizm ma zastrzeżenia do wspomnianego artykułu. Zdaniem KMP należy szczegółowo wskazać przesłanki do przeniesienia mieszkańca, ponieważ jedynie pełna świadomość zasad buduje poczucie bezpieczeństwa.

Wizytujący odebrali informację, że w przypadku oskarżenia o kradzież, oddziałowa z psychologiem rozstrzygają o winie, na podstawie rozmowy między mieszkańcami, w ich obecności. Mechanizm uważa, że organem właściwym do podejmowania decyzji w tej sprawie jest dyrektor Domu, któremu każda ze stron

powinna złożyć wyjaśnienia. Dyrektor poinformowała wizytujących, że w placówce był przypadek kobiety, która dokonywała kradzieży i przyznała się do winy. W konsekwencji musiała odkupić zabrane przedmioty. Gdyby zaprzeczała, o sprawie zostałyby poinformowane organy ścigania.

## **6. Prawo do informacji**

Z informacji przekazanych przez dyrektora Domu wynika, że w momencie otrzymania decyzji kierującej z PCPR, pracownik socjalny odwiedza osobę w miejscu jej zamieszkania bądź szpitalu. Spotkanie to służy zebraniu informacji na temat przyszłego mieszkańca, z którego sporządza się notatkę. Na jej podstawie wydawana jest decyzja o pilności przyjęcia, mimo, iż PCPR narzuca przyjmowanie osób według kolejności na liście.

Nowy mieszkaniec odbywa rozmowę z oddziałową lub pracownikiem socjalnym, podczas której zbierane są jego dane. Zostaje on zaznajomiony z kartą i regulaminem, czego jednak nie poświadcza pisemnie. Zdaniem KMP, warto wprowadzić praktykę sygnowania przez mieszkańca zapoznania się z prawami i obowiązkami, aby nie pozostawało wątpliwości, czy wszystkie czynności zostały przeprowadzone. Zdaniem Mechanizmu ważne jest upewnienie się, czy wszystkie treści przekazane mieszkańcom zostały przez nich zrozumiane. Optymalnym rozwiązaniem w trakcie przyjęcia do Domu byłaby więc obecność lekarza psychiatry lub też psychologa, którzy byłiby w stanie profesjonalnie ocenić stan psychiczny osoby przyjmowanej i wypowiedzieć się w powyższej kwestii.

Początek pobytu w Domu jest okresem adaptacyjnym, chociaż przez cały czas mieszkaniec ma wyznaczoną osobę I kontaktu, o czym zostało wspomniane powyżej.

Poddając analizie kartę, Mechanizm zwrócił uwagę na ważny zapis art. 28, według którego mieszkaniec ma pełne prawo do informacji o usługach świadczonych przez Dom, organizacji życia mieszkańców, o swoich uprawnieniach, przebiegu leczenia itp.

Dokonując oglądu, wizytujący nie dostrzegli wywieszonych w miejscach dostępnych dla mieszkańców Regulaminu, karty, adresów instytucji, do których mogą się zgłosić, szczególnie, gdy łamane są ich prawa. Mieszkańcom udostępniono skrzynkę na listy przeznaczoną na korespondencję z organami międzynarodowymi, wśród których wymieniono Helsińską Fundację Praw Człowieka, będącą polską organizacją.

## **7. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym**

W art. 7 karty zapisano, że mieszkaniec ma prawo do swobodnego kontaktu ze środowiskiem. Przepis zawarty w art. 31 precyzyjnie zaś stanowi o prawie do nieograniczonych kontaktów towarzyskich między mieszkańcami oraz spotkań z rodziną i znajomymi. Odwiedziny mogą odbywać się w pokojach mieszkalnych, pokojach ogólnodostępnych z zachowaniem prawa do prywatności. Dyrektor poinformowała wizytujących, że odwiedziny mogą odbywać się codziennie, ale goście proszeni są o opuszczenie Domu o godz. 17:00, maksymalnie o godz. 20:00 ze względu na organizację czasu w placówce. Dodała, że jedynie 40% mieszkańców jest odwiedzanych przez swoich bliskich, reszta to osoby samotne, bez rodziny lub bezdomne. Z reguły rodziny przyjeżdżają 3-4 razy do roku, natomiast do niektórych mieszkańców - raz w tygodniu, czy nawet codziennie.

Mieszkańcy mogą swobodnie korzystać z własnych telefonów komórkowych, bądź budki telefonicznej znajdującej się nieopodal Domu. Mieszkańcy mają ponadto dostęp do telefonu w biurze, za który od niedawna pobierana jest symboliczna opłata. Rozmowy z mieszkańcami przyniosły potwierdzenie, iż kontakt telefoniczny jest umożliwiany w wieloraki sposób. Wątpliwości Mechanizmu wzbudziło jednak stwierdzenie dyrektora, że rozmowy mieszkańców w biurze mają walor kontroli nad wypowiedzianymi przez nich treściami. KMP przypomina, że przysłuchiwanie się rozmowom jest wbrew prawu do prywatności i poufności kontaktu z bliskimi.

W Domu realizowane jest prawo do korespondencji. Mieszkańcy składają oświadczenie, iż wyrażają zgodę na przyjmowanie ich listów przez sekretariat. Stamtąd, w nienaruszonym stanie, przekazywane są na oddział do adresata.

Zgodnie z art. 31 ust. 1 karty, mieszkaniec może swobodnie poruszać się poza terenem Domu, pod warunkiem, że stan jego sprawności fizycznej i psychicznej, oceniany jest jako niezagrażający jego bezpieczeństwu. Dyrektor poinformowała wizytujących, że przepustki udzielane są w przypadku pewności, że mieszkaniec z nich wróci. Portier jest informowany o możliwości opuszczania Domu przez daną osobę. W razie wątpliwości odnośnie stanu zdrowia, oddziałowa wraz personelem konsultuje możliwość wychodzenia mieszkańca na zewnątrz z dyrektorem. W tym miejscu, Mechanizm postanowił ponownie podnieść, że zgoda na wyjścia cofana jest ze względu na powrót mieszkańca pod wpływem alkoholu.

Art. 31 ust. 2 karty stanowi, że mieszkaniec ma prawo do 30 dni urlopu, który może spędzić poza Domem. Zgodę na urlop wydaje dyrektor, biorąc pod uwagę stan zdrowia psychofizycznego mieszkańca. W jednym z egzemplarzy, przekazanych wizytującym, naniesiono odręcznie korektę, zmieniając 30 na 21 dni. Zdaniem Mechanizmu, różne wersje w tym samym dokumencie są niedopuszczalne, o czym szerzej w rozdziale dotyczącym prawa do informacji.

## **8. Prawo do dysponowania własnością**

Miesięczny koszt utrzymania mieszkańca wynosi 2334 zł. Zgodnie z ustawą, 70% dochodu (renta, emerytura, zasiłek), mieszkaniec przeznaczają na odpłatność za pobyt, a 30% pozostaje do jego dyspozycji. Ze wspomnianej sumy należącej do mieszkańca, dokonuje się zakupu leków. Część kosztów pokrywa OPS lub DPS, na zasadzie zapotrzebowania na medykamenty, które później są przechowywane w dyżurkach. Faktury z apteki dołączane są do dokumentacji, do których mieszkaniec może mieć wgląd. Dom stale współpracuje z apteką św. Mikołaja, która udziela rabatów i dowozi leki. Szuka jednak rozwiązań obniżających koszty, nawiązując kontakt z apteką Pod Różami.

Mieszkańcy deklarują, czy chcą, aby listonosz przynosił im pieniądze, czy wolą wpłaty na konto. Jeśli wybiorą pierwszą możliwość, kasjerka pobiera od pracownika Poczty emeryturę/ rentę podopiecznego, co potwierdza wpisem do zeszytu, następnie wydaje właścicielowi pieniądze. Drugą możliwością jest utworzenie subkonta w (*dane usunięto*).

Na każdym oddziale, dla każdej osoby, założone zostały zeszyty, w których prowadzi się rozliczenia wszystkich ich wydatków. Zapisy te służą kontroli majątku pozostającego do dyspozycji mieszkańców. Przejrzane losowo wpisy personelu świadczyły o staranności w wypełnianiu rubryk dotyczących zakupów i pozostałej puli pieniędzy. Na każdym oddziale, w zamkniętej szafce, przechowywane są niewielkie kwoty pobierane z kasy, wystarczające do zaspokojenia bieżących potrzeb. Z informacji uzyskanych od personelu wynika, że są dwa sposoby dokumentowania bieżących wydatków pensjonariuszy. Pierwszy z nich polega na wpisaniu pobranej kwoty do zeszytu. W drugim, w związku z życzeniem mieszkańca, sporządzana jest notatka poświadczająca pobranie pieniędzy w określonej kwocie. Treść w/w notatki podpisywana jest przez pensjonariusza.

Wątpliwości Mechanizmu wzbudził art. 40 ust. 2 karty, w którym zapisane jest, że dyrekcja Domu ma prawo przejąć dowód osobisty mieszkańca, argumentując to jego stanem psychicznym i ryzykiem utracenia przez niego dokumentu. KMP nie widzi uzasadnienia do powyższego przepisu. Nadto należy podkreślić, że dowód osobisty jako dokument potwierdzający tożsamość stanowi własność osoby, do której należy. I w jej władaniu winien być pozostawiony.

Co więcej, zdaniem Mechanizmu narusza on gwarancję do dysponowania swoją własnością oraz przeczy art. 5, według którego mieszkaniec zachowuje wszystkie uprawnienia, jakie posiadał przed zamieszkaniem w Domu (o ile nie został ubezwłasnowolniony).

W trakcie wizytacji, przedstawiciele Mechanizmu odebrali informacje, iż niektórym mieszkańcom wydziela się 5 papierosów dziennie, bądź więcej –

proporcjonalnie do stopnia uzależnienia od nikotyny. W ocenie KMP praktyka ta stanowi ograniczenie prawa do swobodnego dysponowania własnością.

## **9. Prawo do ochrony zdrowia.**

Gwarancja regularnego kontaktu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, zapisana jest w art. 21 karty. Dodatkowo, art. 44 ust. 1 stanowi, że mieszkaniec ma obowiązek poddawać się okresowym oraz doraźnym (na obecność chorób zakaźnych) badaniom lekarskim.

Dom podpisał umowę z przychodnią przy ul. Klasztornej, na podstawie której 2 lekarzy internistów sprawuje opiekę nad mieszkańcami. Dokumentacja medyczna znajduje się w poradni.

Istnieje możliwość wizyty u specjalisty. Mieszkańcy z reguły dowożeni są do przychodni po przesłaniu ich karty zdrowia. Korzystają głównie z pomocy neurologa, kardiologa i stomatologa. W razie zaistnienia konieczności hospitalizacji, w przypadkach, które nie wymagają transportu w asyście służb medycznych, Dom organizuje transport do szpitala.

Leki dla poszczególnych pacjentów są opisane, przechowywane w szafkach w dyżurkach. Podawane są przez pielęgniarki. Chorzy, którzy są leżący, otrzymują leki w pokojach. Istnieje możliwość zakupu, za pośrednictwem Domu, suplementów diety, witamin oraz leków przeciwgorączkowych, rozkurczowych, przeciwbólowych, czy innych o łagodnym działaniu.

W trakcie wizytacji zapoznano się z dokumentacją dotyczącą sfery medyczno – opiekuńczej mieszkańców Domu. Wpisy dotyczą problemów związanych ze stanem zdrowia psychicznego lub też somatycznego mieszkańców, ich zachowania, problemów pielęgnacyjnych. Dokonywane są najczęściej w sytuacjach istotnych zmian w sferach wzmiankowanych wyżej. Analiza przyniosła spostrzeżenia dotyczące następujących nieprawidłowości: część zleceń farmakologicznych była realizowana jedynie w oparciu o telefoniczne zlecenie lekarza, brak sygnowania zapisów przez osoby, które ich dokonują, niektóre zapisy były mało czytelne lub też nieczytelne, w

przypadku jednego z nich wystąpił brak możliwości identyfikacji mieszkańca, którego dotyczył. Co więcej, w jednym z przypadków brak było udokumentowania podania leku psychotropowego (iniekcji diazepamu) mieszkańcowi, wobec którego dodatkowo zastosowany był przymus bezpośredni w postaci zabezpieczenia pasami bezpieczeństwa.

W rozmowach z wizytującymi, jeden z mieszkańców podniósł powierzchowność kontaktu lekarza z pacjentem, który opiera się głównie na sprawozdaniach pielęgniarek, inni jednak nie zgłaszali uwag. W zdecydowanej większości, rozmówcy posiadali wiedzę na temat swoich schorzeń.

#### **10. Prawo do usług opiekuńczo-terapeutycznych**

W art. 23 karty zapisane jest, że dla każdego mieszkańca, stosownie do diagnozy i wskazań lekarskich, organizowana jest terapia indywidualna i grupowa oraz rehabilitacja i gimnastyka usprawniająca lub podtrzymująca kondycję. O ile dział rehabilitacji realizuje zadania, w opinii Mechanizmu, na wysokim poziomie, o tyle pomoc psychologiczna jest w Domu ograniczona, co zostanie omówione poniżej.

Dyżur psychologa 2 razy w tygodniu po 2 godziny i raz w tygodniu psychologawolontariusza, ogranicza możliwość kontaktu z każdym mieszkańcem, a co za tym idzie – oddziaływań. Z informacji przekazanych Mechanizmowi wynika, że praca psychologa ogranicza się do interwencji kryzysowej (głównie rozmów dyscyplinujących), wspierania, prowadzenia spotkań społeczności. Spotkanie z psychologiem może odbyć się na prośbę mieszkańca, wniosek oddziałowej/innego członka personelu lub psychiatry. Z reguły mieszkańcy zgłaszają się chcąc uzyskać wsparcie, opowiedzieć o swoich trudnościach. Konieczność rozmowy z psychologiem oddziałowe sygnalizują, gdy mieszkaniec nie przestrzega regulaminu bądź sprawia trudności. Psycholog tłumaczyła, że prowadzi rozmowy dyscyplinujące ze względu na swoje wykształcenie i umiejętność zrozumienia drugiego człowieka, co w ocenie Mechanizmu nie jest wystarczającym wyjaśnieniem. Co więcej, rolą psychologa nie powinno być strofowanie mieszkańców, czy zapowiadanie konsekwencji

niewłaściwego zachowania. Psychiatra kieruje zaś do psychologa, aby uzyskać badanie np. zdolności poznawczych.

W dniu wizytacji, DPS nie zatrudniał psychiatry. Z poprzednim rozwiązano umowę, ponieważ nie podpisał aneksu do umowy w NFZ, co jest jednoznaczne z tym, że od 1 lipca 2012 roku, nie może wystawiać recept na leki refundowane. Dyrektor poinformowała wizytujących, że zabiegała o przyjęcie mieszkańców przez przychodnię psychiatryczną. W związku z tym, że w Domu jest dużo osób leżących, a wizyty odbywają się na jego terenie, odmówiono jej. Od sierpnia ma zostać zatrudniony nowy lekarz na umowę o świadczenie usług medycznych, który w dniu wizytacji wdrażał się w pracę w DPS, poznając mieszkańców i ich choroby. W rozmowie z wizytującymi, psychiatra poinformował, iż będzie na dyżurach 2 razy w tygodniu. Obchód generalny po wszystkich oddziałach (140 mieszkańców) planuje robić raz w miesiącu oraz w razie potrzeby. Dodał, że dotychczas skoncentrował się na rozmowach z mieszkańcami i założeniu dokumentacji, a na całkowite wdrożenie się, potrzebuje około 2 miesięcy. Oznajmił, że dyrektor nie zgłaszała zapotrzebowania na szkolenia, ale jest gotów przeprowadzić wykłady dla personelu.

Mimo, iż wizytującym wielokrotnie sygnalizowany był problem spożywania przez mieszkańców alkoholu, nie prowadzi się oddziaływań dla grupy osób uzależnionych, nadużywających, czy pijących ryzykownie. Psycholog-wolontariusz poinformowała, iż dominuje terapia podtrzymująca, która przybiera formę rozmów. W ocenie KMP działania te są niewystarczające.

W Domu nie funkcjonuje zespół opiekuńczo-terapeutyczny, składający się ze specjalistów we wszystkich dziedzinach, co oznacza, że nie jest realizowany § 2 ust. 2 rozporządzenia. Nawet psycholog zatrudniony na umowę, wolontariusz i psychiatra nie mają ze sobą kontaktu, co zaprzecza idei kompleksowych oddziaływań. Zdaniem KMP komunikacja między nimi jest niezbędna do osiągnięcia korzystnych kompleksowych efektów terapeutycznych.

Wspomniane wcześniej spotkania społeczności każdego oddziału, inicjowane przez psychologa, odbywają się raz w miesiącu. Raz na tydzień, takie spotkania



organizowane są przez pracowników socjalnych. Uczestniczy w nich również „rzecznik mieszkańców” będący pracownikiem administracji. Spotkania społeczności polegają przeważnie na rozmowach o codzienności, czasem służą rozwiązywaniu konfliktów czy poszukiwaniu pomysłów na nowe formy spędzenia czasu. W obu przypadkach udział bierze także personel danego oddziału.

Każdy mieszkaniec ma opracowany indywidualny program wsparcia, nad którego realizacją czuwa pracownik pierwszego kontaktu (mający 2-3 podopiecznych). Raz w miesiącu dokonywane są wpisy w indywidualnych zeszytach wsparcia, opisujące postępy oraz najważniejsze wydarzenia z życia mieszkańca. Wizytujący zostali poinformowani, iż personel nie tworzy prognoz odnośnie zmian uzyskanych na drodze oddziaływań opiekuńczo-terapeutycznych.

Od poniedziałku do piątku, w godzinach 7.00-15.00, mieszkańcy mogą korzystać z oferty terapii zajęciowej. Ponadto, każdego dnia o godzinie 10:00 piją wspólnie kawę lub herbatę. Terapeuci prowadzą zeszyty, w których dokonują zapisów dotyczących pracy podopiecznych. W rozmowie z wizytującymi, podkreślali, że osoby chore psychicznie nie są stałe w swoich zainteresowaniach, a na zajęcia przychodzi pewna grupa mieszkańców. Proponowane są im: wyszywanie, malowanie, wycinanie, robienie na drutach, tworzenie gobelinów, zajęcia kulinarne, prace w ogródku. Na każde święta przygotowywane są ozdoby, którymi dekorowany jest cały Dom. Dodatkowo, w ramach terapii zajęciowej mieszkańcy mają zajęcia na komputerze, muzykoterapię (karaoke, zestaw Orpha), dyskusyjny klub filmowy oraz biblioterapię. Biorą także udział w festynach, wyjściach do kina, wycieczkach turystycznych. Pracownicy poinformowali wizytujących, że materiały na zajęcia otrzymują od miasta, bądź pozyskują na nie pieniądze podczas koncertów charytatywnych np. „Gwiazdka serc”. Mechanizm stoi na stanowisku, że dyrektor powinien zapewnić stały nakład finansowy na zakup wszystkich potrzebnych artykułów.

Dostęp do rehabilitacji i fizykoterapii mieszkańcy mają w godzinach 7.00-15.00. Gabinety wyposażone są w nowoczesne sprzęty. W ofercie zajęć wyróżniono:

- fizykoterapię, w ramach której stosuje się zabiegi z wykorzystaniem prądów elektrycznych do stymulacji mięśni lub zwiększenie działania leków, masaż pneumatyczny, inhalacje;
- światłolecznictwo;
- hydroterapię (wanna, wanienska do kąpeli kończyn dolnych, wanienska do kąpeli kończyn górnych) wraz z masażem;
- magnetoterapię;
- kinezyterapię (bieżnia, 3 rowerki stacjonarne, stepper, piłki rehabilitacyjne, stół do masażu, kabina UGL do ćwiczeń i zawieszzeń).

Z rozmowy z fizjoterapeutką, będącą na zmianie w dniu wizytacji, wynika, iż mieszkańcy zachęceni są przez nią i oddziałowe do korzystania z oferty działu rehabilitacji. Dodała, że każdemu pacjentowi poświęca dużo uwagi, aby ograniczyć jego lęk, a także zmotywować go do pozostania w gabinecie do końca zabiegu. Wyraźne było jej zaangażowanie i podejście do mieszkańców, pełne pasji i oddania. Co więcej, w celu zapobiegania odleżynom i zanikom mięśni, w Domu prowadzi się terapię przyłóżkową przez rehabilitantów przydzielonych do konkretnych oddziałów. Rozmowa z personelem wykazała jednak konieczność zakupu lampy antydepresyjnej, której oddziaływanie pozytywnie wpływa na nastrój osób przebywających w DPS.

W Domu funkcjonują 2 biblioteki. Jedna znajduje się na IV piętrze budynku, na oddziale, druga zaś w wyodrębnionej części rehabilitacyjnej. Dodatkowo, mieszkańcy mogą korzystać ze szkolnej biblioteki w miejscowości Błonie oraz powiatowej w Raciborzu. Na portierni w głównym budynku, mają do dyspozycji także prasę (Gość niedzielny, Dziennik Zachodni, Przyjaciółka, Nowiny Rybnickie, Życie na gorąco, Z życia wzięte, Skarb), która częściowo uzupełniana jest przez personel placówki.

## **11. Personel wizytowanej placówki**

W DPS zatrudnionych jest 111 osób. W dziale medyczno-rehabilitacyjnym pracuje 14 pielęgniarek (1 na pół etatu, pozostałe na cały), rehabilitant (część etatu), masażystka i fizjoterapeutka (obie na cały etat). W dziale tym wyróżniono także 2

psychologów (pracującego na etacie i wolontariusza). W dziale opiekuńczo-terapeutycznym pracują 53 opiekunki i 1 opiekun (cały etat), 3 pracowników socjalnych (cały etat), 6 terapeutów zajęciowych (etat), z których 1 jest dodatkowo pracownikiem socjalnym, muzykoterapeuta (1/4 etatu) i kapelan (1/2 etatu). Pozostałe osoby zajmują funkcje kierownicze, pracują w dziale administracyjnym oraz gospodarczym. Według dyrektora Domu, zatrudnienie spełnia wymogi zawarte w rozporządzeniu.

W placówce występuje mała fluktuacja personelu. Według informacji przekazanej przez dyrektora, nie było postępowań dyscyplinarnych przeciwko pracownikom.

Wspomniany wyżej psycholog-wolontariusz, współpracuje z Domem od wielu lat (do 2008 roku na umowie), jednak jej działalność nie jest formalnie uregulowana. W związku z powyższym, Mechanizm zaleca podpisanie umowy wolontariackiej, która m.in. umożliwi dokonywanie wpisów psychologa w dokumentacji. Ponadto, KMP stoi na stanowisku, iż obecny stan zatrudnienia psychologów jest niewystarczający, co zostało szerzej omówione w rozdziale poświęconym oddziaływaniom terapeutycznym.

W ciągu dnia, na dyżurze jest 3-4 opiekunów, pielęgniarka i 1-2 pokojowe. W porze nocnej opiekę nad mieszkańcami sprawują 2 osoby. W zależności od grafiku, na zmianie jest 2 opiekunów lub opiekun i pielęgniarka. Zdaniem Mechanizmu, brak obecności personelu pielęgniarskiego w porze nocnej, może skutkować niemożliwością wykonania pewnych procedur medycznych. W odpowiedzi na wątpliwości wizytujących, dyrektor wyjaśniła, że w razie kryzysowej sytuacji, personel dzwoni do lekarza psychiatry bądź wzywa pogotowie ratunkowe. Ponadto, w Domu mieszka 11 siostr zakonnych, które w razie konieczności, mogą wesprzeć opiekunów nocnych. Według KMP wspomniane rozwiązanie nie zapewnia stałej opieki medycznej w porze nocnej.

Dyrektor Domu poinformowała wizytujących, że raz na 2 tygodnie organizuje odprawy dla personelu, na których omawiane są sprawy mieszkańców.

Mechanizm pozytywnie ocenia tę praktykę, bowiem sprzyja ona stałemu przepływowi informacji i znajomości problemów i potrzeb mieszkańców.

Według informacji przekazanej przez dyrektora Domu, personel systematycznie przechodzi szkolenia w zakresie pracy z osobami chorymi psychicznie oraz I pomocy przedmedycznej. Współpracujący z placówką psychiatra zorganizował w czerwcu szkolenie z procedury podawania leków. Przeprowadził on również wykład ze stosowania środków przymusu bezpośredniego. Jak poinformowała wizytujących dyrektor Domu, szkolenie pozbawione było części praktycznej, czego efektem jest brak umiejętności np. zastosowania przez personel kaftana bezpieczeństwa. Od 2008 roku brak jest także jakichkolwiek spotkań szkoleniowych zespołu placówki z psychologiem w zakresie edukacji z zakresu kontaktu z mieszkańcem, zachowań terapeutycznych, zespołów wypalenia zawodowego, zachowań interpersonalnych w obrębie członków zespołu terapeutycznego, ewentualnych konfliktów w grupie i innej problematyki, podczas gdy w opinii KMP, powinny mieć regularny charakter. Właściwym byłoby także nadzorowanie pracy zespołu terapeutycznego przez wykwalifikowanego superwizora.

## **12. Warunki bytowe**

W trakcie wizytacji dokonano oglądu budynku głównego (z częścią mieszkalną i działem terapii), działu rehabilitacji oraz posesji Domu. Ogólne wrażenie przedstawicieli KMP było pozytywne, przede wszystkim ze względu na czystość i estetykę pomieszczeń.

Dziedziniec Domu zagospodarowano jako teren zielony z wybudowaną altanką, ławkami, huśtawką, który stanowi miejsce rekreacji mieszkańców na świeżym powietrzu.

Część mieszkalną stanowi 4-kondygnacyjny budynek, a na każdym piętrze znajduje się inny oddział. Oddziały wyglądają analogicznie, z wyodrębnionymi pokojami mieszkalnymi, głównie 2-3-osobowymi, pokojami dziennego pobytu

(światlicami), łazienkami, kuchenkami pomocniczymi do dyspozycji mieszkańców oraz jadalniami. W trakcie oglądu budynków, wizytujący dostrzegli wykaz godzin, w których kuchenki są udostępniane mieszkańcom. Zdaniem KMP jest to sprzeczne z ideą możliwości przygotowywania przez mieszkańców posiłków we własnym zakresie i nie może być tłumaczone względami bezpieczeństwa.

Pomiędzy piętrami, mieszkańcy poruszają się windą. Ze względów bezpieczeństwa, na personelu spoczywa obowiązek, aby towarzyszyć im podczas każdej jazdy. Każdy z pracowników posiada kluczyk, który umożliwia otwarcie drzwi.

Dyrektor poinformowała wizytujących, że duże znaczenie przypisuje wyposażeniu pokoi, aby sprawiały one wrażenie domu, a nie placówki. Istnieje też możliwość umeblowania pokoju na własny koszt (prawo to zapisane w art. 9 ust. 1 karty). Dodała, że każdy jest unikatowy, ponieważ wystrój zależy od preferencji mieszkańców. Jedna z mieszkanki uzyskała np. zgodę na wstawienie do pokoju lodówki, aby mieć ją na wyłączność.

Na każdym oddziale wyodrębniona jest dyżurka, w której przechowywane są leki mieszkańców.

W większości pokoi znajduje się sygnalizacja przyzywowa. W niektórych z nich zainstalowano jedynie przyciski przy wejściu, a brakowało ich przy łózkach osób leżących. Mechanizm stoi na stanowisku, że szczególnie ważne jest, aby mieszkańcy, którzy nie są mobilni, mieli możliwość wezwania pomocy. W związku z tym, zaleca zamontowanie przycisków we wskazanych miejscach, ze zwróceniem uwagi na ich kształt i rozmiar. Zdaniem KMP, zasadna jest także wymiana przycisków, których użycie mogłoby stanowić dla mieszkańców, szczególnie dla niesprawnych, trudność (małe guziki wymagające wciśnięcia).

Dokonując oglądu łazienek, które wyposażone były w wanny bądź stanowiska prysznicowe oraz sedesy, wizytujący zauważyli pewne nieprawidłowości. Brakowało w nich uchwytów i poręczy, ułatwiających korzystanie mniej sprawnym lub niepełnosprawnym mieszkańcom. Nie było także mat antypoślizgowych.

W Domu wyodrębniono także kaplicę, w której odbywają się nabożeństwa dla mieszkańców.

Mieszkańcy mają do dyspozycji palarnię, znajdującą się na parterze głównego budynku. Zapewniono do niej dostęp także osobom niepełnosprawnym. Dodatkowo, mieszkańcy mogą korzystać z wyrobów tytoniowych na tarasach w oddziałach oraz na terenie posesji.

Rzeczy brudne przekazywane są do pralni należącej do DPS. Jednakże istnieje możliwość skorzystania z pralni podręcznej, głównie przy pomocy personelu.

Dom zapewnia mieszkańcom 3 posiłki dziennie, z uwzględnieniem diety indywidualnej (art. 15 ust. 1 i 2 karty). Dodatkowo, udostępniane są im napoje i produkty do przygotowywania posiłków we własnym zakresie (art. 16 karty). Tylko jeden z mieszkańców, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP wskazał na niewielkie urozmaicenie posiłków, pozostali oceniali je jako smaczne i sycące.

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

Mimo, iż DPS im. św. Notburgii ma charakter katolicki, mieszkańcy mają swobodę wyznania (co zostało umocowane w art. 36 ust. 1 karty). Mają prawo do własnego poglądu i stosunku do religii (w tym ateizmu), decydowania o praktykowaniu, uczestniczenia w obrzędach religijnych na terenie Domu, korzystania z posługi kapłańskiej w swojej religii. Rozmowy z mieszkańcami potwierdziły brak przymusu religijnego i udziału w praktykach.

Dom zapewnia pochówek, zgodny z wyznaniem mieszkańca. W DPS wydzielone jest pomieszczenie pro morte, w którym ciało przebywa do 5 godzin, po czym zawożone jest do kostnicy.

Dyrektor poinformowała wizytujących, że w Domu mieszka 1 świadek Jehowy oraz kilku ewangelików, którzy ze względu na zaawansowany wiek, nie są praktykujący. Dla osób wyznania katolickiego, codziennie organizowana jest msza, w której udział, jak podkreśliła dyrektor, jest dobrowolny. Ponadto, kapelan udziela spowiedzi i komunii świętej.

Dyrektor przyznała, że nierozwiązany pozostaje dylemat odnośnie udziału księdza w pogrzebie osoby niewierzącej. Dodała, że na pobliskim cmentarzu jest wydzielona część dla mieszkańców Domu. Istnieje także możliwość pochówku w grobie rodzinnym. W DPS obowiązuje podpisywanie oświadczeń o chęci postawienia nagrobka, co jest możliwe w przypadku zgromadzenia przez mieszkańca oszczędności. Dyrektor poinformowała wizytujących, że faktura za usługę kamieniarską przedstawiana jest dysponentom majątku zmarłego. Dodała, że groby mieszkańców otaczane są dużą troską, sprzątane około 4 razy do roku.

#### **14. Dobre praktyki.**

Od wielu placówek tego typu, Dom Pomocy Społecznej w Raciborzu wyróżnia zatrudnienie pielęgniarek. Mechanizm stoi na stanowisku, iż praktyka Domu powinna być standardem krajowym, gdyż w opiece nad przewlekle chorymi, zarówno psychicznie jak i somatycznie, niezbędny jest wykwalifikowany medycznie personel.

#### **15. Zalecenia Krajowego Mechanizmu Prewencji.**

Na podstawie art. 19 Protokołu Fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca:

Dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej w Raciborzu:

1. zapewnienie codziennej obecności lekarza psychiatry i psychologa w większym wymiarze godzin;
2. powołanie zespołu opiekuńczo-terapeutycznego;
3. stosowanie środków przymusu bezpośredniego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2011 r., Nr 231, poz. 1375 ze zm.), w tym szczególnie prawidłowe odnotowywanie faktu zastosowania tego środka;
4. przeprowadzenie praktycznego szkolenia dla personelu ze stosowania środków przymusu bezpośredniego;

5. zaprzestanie stosowania przeniesienia mieszkańca do innego pokoju jako kary;
6. zaprzestanie stosowania kary ograniczenia wyjść na zewnątrz;
7. zaprzestanie przeprowadzania rozmów dyscyplinujących przez psychologa i psychiatrę oraz praktyki polegającej na decydowaniu przez nich o konsekwencjach wyciąganych wobec mieszkańców;
8. zwracanie się do mieszkańców per „Ty”, o ile zostało to ustalone obopólnie;
9. prowadzenie spotkań społeczności terapeutycznej przez mieszkańców;
10. rozważenie zorganizowania stałych dyżurów nocnych dla pielęgniarek;
11. rejestrowanie skarg ustnych oraz stworzenie możliwości składania skarg anonimowych;
12. tworzenie planów wsparcia, które są adekwatne do dysfunkcji mieszkańców oraz uzupełnienie ich o wybrane metody pracy i ewaluację zmian;
13. prowadzenie rzetelnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej ustalenie chorób pacjenta, a także zaleceń farmakologicznych i pozafarmakologicznych oraz sposób ich realizacji;
14. sygnowanie przez mieszkańca zapoznania się z Regulaminem oraz Kartą praw mieszkańca;
15. naprawienie sygnalizacji przyzywowej;
16. uzupełnienie wyposażenia Domu w udogodnienia dla osób niepełnosprawnych ruchowo tj. w poręcze i podłokietniki w toaletach, maty antypoślizgowe pod prysznicami oraz w miarę możliwości, zlikwidowanie progów;
17. udostępnienie w widocznym miejscu Regulaminu Domu, Karty praw i obowiązków mieszkańca, adresów instytucji stojących na straży praw człowieka;
18. ujednoczenie sposobu prowadzenia dokumentacji, zwłaszcza medycznej, na wszystkich oddziałach;
19. wyposażenie warsztatu terapii zajęciowej w niezbędne materiały;
20. doposażenie gabinetu fizykoterapii w lampę antydepresyjną.



Wojewodzie Śląskiemu:

1. wsparcie Dyrektora w realizacji zalecenia numer 1, 15, 16, 19 i 20.