

Warszawa, dnia 25 października 2017 r.

KMP.573.24.2017.WS

Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego
Dom Opieki *Curatum* w Brwinowie
(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 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 17-18 lipca 2017 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (zwanego dalej: KMPT, Mechanizm) przeprowadzili wizytację Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego Dom Opieki *Curatum* w Brwinowie (zwanego dalej: ZPO, placówka, Zakład). W skład zespołu wizytującego wchodził: Justyna Róża Lewandowska – dyrektor Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji, dr Aleksandra Iwanowska oraz Wojciech Sadownik (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.

Celem wizytacji Mechanizmu było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw pacjentów przebywających w ZPO, poprzez dokonanie oceny 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 kierowniczkę Zakładu – Katarzynę Kochman,
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pacjentów,
- przeprowadzeniu w czasie wizytacji pokoi i innych pomieszczeń rozmów z pacjentami i pracownikami Zakładu,
- przeprowadzeniu na osobności indywidualnych rozmów z wybranymi pacjentami,

- analizie wybranej dokumentacji, dostępnej na miejscu, m.in. historii chorób pacjentów oraz książki raportów pielęgniarskich.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele KMPT poinformowali kierowniczkę Zakładu o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali jej uwag i wyjaśnień. Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację i informacje pisemne, związane z funkcjonowaniem placówki.

Podczas wizytacji w przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają zagadnienia związane z legalnością pobytu pacjentów w ZPO, ich traktowaniem, dyscyplinowaniem, prawem pacjentów do informacji, kontaktów ze światem zewnętrznym, ochrony zdrowia i usług opiekuńczych, terapeutycznych i kulturalno-oświatowych, prawem do praktyk religijnych, a także warunki bytowe i dostosowanie Zakładu do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W raporcie wskazano jedynie obszary pozytywnie wyróżniające placówkę oraz takie, w których KMPT stwierdziło nieprawidłowości.

2. Ogólna charakterystyka placówki

Zakład jest komórką organizacyjną Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej *Curatum* Pielęgniarska Opieka Długoterminowa (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą nr 000000025382).

W ZPO udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem opiekę lekarską, pielęgnację, rehabilitację, zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta. W rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wskazano, że placówka posiada 32 miejsca, dla kobiet i mężczyzn. Zakład dysponuje tylko miejscami komercyjnymi, czyli pacjenci w całości pokrywają koszt swojego pobytu w ZPO.

Analiza raportów pielęgniarskich wykazała przypadki, kiedy liczba pacjentów przebywających w ZPO była znacznie przekroczona, np. zgodnie z wpisem z dnia 15.12.2016 r. w placówce przebywało ich 36. Ponadto w dniu wizytacji w Zakładzie rozstawione były 34 łóżka. Powodowało to, że w pokojach 4-osobowych było bardzo mało przestrzeni między łózkami, przez co pacjenci przebywali w ciasnocie, a dostęp do łóżek z trzech stron był całkowicie niemożliwy. Kierowniczka ZPO poinformowana o powyższych ustaleniach potwierdziła, że zdarzają się sytuacje, kiedy interwencyjnie przyjmowani są pacjenci, nawet przy pełnym obłożeniu Zakładu. Należy pamiętać, że zarówno liczba personelu, jak i sam budynek (w tym liczba pomieszczeń sanitarnych) dostosowana jest do 32

pacjentów. Przyjęcie większej liczby osób do placówki może skutkować dłuższym oczekiwaniem na reakcję personelu, utrudnienie w korzystaniu z toalety, łazienki i tym samym do obniżenia standardu świadczonych usług, a nawet prowadzić do niewłaściwego traktowania pacjentów (pacjent znajdujący się w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia nie otrzyma pomocy w odpowiednio szybkim czasie). Do czego może prowadzić nadmierna liczba pacjentów wskazywała też sytuacja pacjenta, mężczyzny, umieszczonego w pokoju z 3 kobietami. Łóżko pacjenta-mężczyzny ustawione było w rogu pokoju, bez dostępu do okna, oddzielone było od reszty pokoju, w tym wspólnego telewizora, kotarą. Zgodnie z relacją kierowniczkę mężczyzna ze względu na swój ciężki stan zdrowia umieszczony został w tym pokoju, w pobliżu gabinetu zabiegowego. Miało to pozwolić na szybszą reakcję personelu w przypadku wystąpienia takiej potrzeby.

W związku z powyższym pracownicy BRPO zalecają, aby do Zakładu przyjmowanych było tylko tylu pacjentów na ilu pozwala liczba personelu oraz infrastruktura placówki.

Należy pamiętać, że zgodnie z art. 23 Zrewidowanej Europejskiej Karty Społecznej z 1996 r. konieczne jest *zagwarantowanie osobom w podeszłym wieku, przebywającym w domach opieki, stosownego wsparcia, z poszanowaniem ich prywatności.*

3. Dobre praktyki

W placówce prowadzona jest profilaktyka epidemiologiczna. Dzięki corocznym szczepieniom przeciwko grypie i pneumokokom znacznie zmniejszyła się liczba infekcji w okresie jesienno-zimowym.

4. Obszary wymagające poprawy

a. Prawo do ochrony zdrowia i usług opiekuńczych oraz terapeutycznych

Opieka medyczna jest sprawowana przez lekarza z pobliskiej przychodni oraz 8 pielęgniarek. Lekarz rodzinny, internista, sprawujący opiekę nad pacjentami przyjmuje raz w tygodniu, w piątki w godzinach 12.00-14.00. Poza tym przyjeżdża do nowo przyjętych osób. Po godzinach pracy, w nagłych przypadkach wzywane jest pogotowie ratunkowe.

Leki pacjentów przechowywane są w osobnych koszykach, podpisanych imieniem i nazwiskiem. Zgodnie z relacjami pielęgniarek, pacjenci przyjmują leki bez oporu, przy trudnościach w połknięciu podawane są leki rozkruszone lub rozpuszczone.

Należy wskazać, że przedstawiciele KMPT nie zgłaszają zastrzeżeń, kiedy zgodnie z zaleceniem lekarskim podawany lek jest rozkruszany z tego powodu, iż pacjent nie jest

w stanie lub ma problemy z połknięciem go. W takich sytuacjach, podawanie leku pacjentowi ma miejsce przy jego pełnej świadomości i nie odbywa się w sposób wykluczający jego zgodę. Ponadto KMPT uzyskało w tym obszarze opinię pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, zgodnie z którą podanie leku w takiej formie powinno być traktowane jako ostateczność. Rozkruszanie lekarstw nie daje bowiem nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości zapewniając właściwe działanie leku. Także w opinii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego rozdrabnianie leków stanowić może działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe uwalnianie substancji leczniczej, a rozdrobnienie leku może ten efekt niwelować (pismo z dnia 1 lutego 2017 r.).

W przypadku niektórych pacjentów leki są podawane na podstawie kartki podanej przez rodzinę, np. jedna pacjentka otrzymuje leki przeciw czerwonicy (rozpoznanie wpisane w historię choroby w oparciu o relację), brak jest jakiegokolwiek zaświadczenia od specjalisty czy wyników badań. Taka sytuacja jest, w opinii ekspertki KMPT, całkowicie niedopuszczalna. Podawanie pacjentom leków może odbywać się jedynie w przypadku istnienia wskazań medycznych, na podstawie zlecenia lekarza.

Wizytujący natrafili także na przypadki podawania pacjentom leków psychotropowych bez zlecenia lekarskiego. Ustalenie to zostało oparte na porównaniu raportów pielęgniarskich z udostępnionymi wizytującym kartami zleceń lekarskich określonych pacjentów. Zgodnie z wpisem z dyżuru nocnego 29/30.12.2016 r. dotyczącym jednej pacjentki: *bardzo niespokojna. Nie zmrużyła oczu przez całą noc, pomimo podania jednej tabletki Stilnoxu, 25 mg Ketrelu i 25 mg Hydroksyzyny rozłożonych w czasie. Krzyczała głośno, zdjęła materac, pościel, zrzuciła na podłogę. Budziła innych pacjentów.* Kolejny wpis z dyżuru nocnego 13/14/07.2016 r. dotyczył innej pacjentki: *Chora osłabiona. Ma trudności z chodzeniem. Do obserwacji. Gdyby stan się utrzymywał pozostawić w łóżku. Po przyjęciu dyżuru chora niespokojna. Chciała wychodzić z łóżka. Uderzała w barierkę. Głośno krzyczała. Podano 20 kropli Haloperidolu.*

Podkreślić należy, że nie było możliwe porównanie wszystkich wpisów w książce raportów pielęgniarskich ze zleceniami lekarskimi, ponieważ, jak poinformowała kierowniczka ZPO, karty zleceń niektórych ze wskazanych pacjentów były już zarchiwizowane i nie mogły być udostępnione przedstawicielom KMPT w trakcie trwania wizytacji.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 28 lutego 2017 r. *w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych*

udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 497) pielęgniarka jest uprawniona do podania określonych leków bez zlecenia lekarskiego. W żadnym z załączników rozporządzenie nie uprawnia pielęgniarki do podania pacjentowi Haloperidolu, Stilnoxu czy też Ketrełu.

W opinii KMPT podawanie pacjentom leków psychotropowych bez zlecenia, trwające przez dłuższy czas, może prowadzić do niehumanitarnego traktowania, a także narażenia życia i zdrowia pacjentów i związanej z tym odpowiedzialności karnej na podstawie art. 160 §2 kodeksu karnego.

Także Europejski Komitet Zapobiegania Torturom oraz Niehumanitarnemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej CPT) zwrócił uwagę, że *doraźne stosowanie leków wyłącznie na podstawie decyzji pielęgniarek, bez systematycznego nadzoru ze strony lekarza, stwarza ogromne ryzyko nadużyć, zwłaszcza w placówkach bez stałej obsady lekarskiej. Jak w przypadku każdej farmakoterapii, skutki doraźnego podawania leków powinny być monitorowane w rozsądnych odstępach czasowych. CPT podkreślił także, że doraźne podawanie leków nigdy nie może być stosowane jako metoda radzenia sobie z trudnymi zachowaniami mieszkańców, np. rozwiązywania konfliktów między nimi* [CPT/Inf (2008)5, par. 171].

Ponadto w opinii ekspertki KMPT niezależnie od opieki internisty, pacjenci przyjmujący leki przeciwpsychotyczne winni być okresowo, czy w razie potrzeby systematycznie konsultowani, przez psychiatrę. Optymalnym rozwiązaniem jest realizacja takich konsultacji na terenie placówki, a nie w poradni zdrowia psychicznego, gdzie wizyta dla pacjenta w podeszłym wieku może być bardzo stresująca.

Ekspertka KMPT zaznaczyła, że pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych wielokrotnie oprócz różnego stopnia braku sprawności, niskiej skali Barthel borykają się np. ze stanami depresyjnymi, kiedy stosowanie farmakoterapii (opartej na rozpoznaniu) i pomoc psychologa mogą spowodować poprawę stanu zdrowia psychicznego pacjenta. W stanach otępiennych, przy głębokich zaburzeniach pamięci zastosowanie odpowiedniego leczenia może przynieść ogromne efekty. Ocena stanu początkowego przez specjalistę jest też pomocna, jeśli w czasie pobytu zaczynają narastać zmiany w psychice. Lekarze interniści czy rodzinni, mimo swojego doświadczenia nie są w stanie ocenić wszystkich zmian w psychice. W związku z powyższym w opinii ekspertki KMPT kierowniczka powinna rozważyć przeprowadzenie, jak najszybciej, konsultacji psychiatrycznej wszystkich pacjentów.

W czasie wizytacji w ZOL nie była prowadzona żadna terapia zajęciowa. Według relacji kierowniczkę uprzednio taka terapia odbywała się (typu „wycinanki”, rysunki) jednakże pacjenci nie wyrażali zainteresowania zajęciami, w związku z czym zrezygnowano z tej formy aktywności. Co więcej w placówce nie ma biblioteczki, jakichkolwiek czasopism czy dostępu do prasy codziennej. W ramach rozrywek kulturalnych jedynie 4 razy w roku odbywają się (zależnie od pogody w jadalni lub w ogródku) koncerty muzyczne.

Z powodu braku jakiegokolwiek terapii zajęciowej nie ma żadnej możliwości aktywizacji tak fizycznej jak i psychicznej pacjentów, wskutek czego dochodzi do pogłębiania narastającej bierności i zubożenia. Zdaniem wizytujących bezpośrednio przekłada się to również na panującą w placówce atmosferę przygnębienia, rezygnacji i oczekiwania na schyłek życia. W korespondencji z dnia 19 września 2017 r. kierowniczka Zakładu wskazała, że od października br. zatrudniony zostanie na stałe terapeuta zajęciowy. W związku z tym Mechanizm wyraża nadzieję, że sytuacja pacjentów w analizowanym obszarze ulegnie poprawie. Zalecane jest przygotowanie atrakcyjnej oferty terapii i zajęć k-o, uwzględniającej możliwości i preferencje pacjentów. Terapią uzależnioną od stanu i możliwości należy objąć także pacjentów leżących.

Psycholog w Zakładzie zatrudniony jest na ¼ etatu i podejmuje działania w przypadku wezwania. Sytuacja ta wymaga wyjaśnienia – zatrudnienie psychologa na etat wskazuje bowiem, że powinien on pełnić w placówce stałe dyżury, a nie tylko podejmować doraźne interwencje. Przedstawiciele Mechanizmu zauważyli, że niektórzy pacjenci borykają się z różnymi problemami, wynikającymi z pogarszającego się stanu zdrowia, zmiany miejsca pobytu, konfrontacji z nieuleczalnymi chorobami. W związku z tym konieczność zwiększenia zaangażowania psychologa w pracę wynika z potrzeb pacjentów ZPO. W opinii Mechanizmu wskazane jest opracowanie stosownej oferty pomocy psychologicznej tak, aby w trudnych chwilach zapewnić pacjentom niezbędną pomoc i tym samym zwiększyć komfort ich życia. Mając to na uwadze pracownicy KMPT zalecają zapewnienie pacjentom opieki psychologicznej w większym niż obecnie wymiarze czasu. W opinii ekspertki KMPT dla pacjentów po udarach z zaburzeniami mowy konieczne jest także zapewnienie pomocy logopedy.

Należy pamiętać, że Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej* (Dz. U. z 2015 r., poz. 1658 j.t.), wskazał jako gwarantowane świadczenia psychologa i terapię zajęciową. Tym samym w opinii Ministra Zdrowia są to

oddziaływania bardzo istotne z punktu widzenia zdrowia pacjentów korzystających z opieki długoterminowej.

Rehabilitant zatrudniony jest na pełen etat, jednakże w okresie urlopu nikt nie realizuje jego obowiązków. Powoduje to, że w tym czasie pacjenci nie mają dostępu do rehabilitacji. Jak podkreśliła ekspertka KMPT miesięczna przerwa w rehabilitacji powoduje utratę osiągniętych wyników i pogorszenie stanu zdrowia. Pomimo jednak absencji tego pracownika sala rehabilitacyjna nie była zamknięta, przez co istniało niebezpieczeństwo korzystania ze sprzętu bez żadnego fachowego nadzoru. W przywołanym wcześniej piśmie z dnia 19 września br. kierowniczka poinformowała także, iż w celu zwiększenia dostępu pacjentów ZPO do rehabilitacji, studenci pierwszego roku Akademii Wychowania Fizycznego, pod nadzorem wykwalifikowanego fizjoterapeuty, będą prowadzić zajęcia z pacjentami. W związku z tym przedstawiciele KMPT zwracają się z prośbą o informację, czy przyjęte rozwiązanie wyeliminuje sytuację braku przedmiotowych zajęć w Zakładzie w czasie urlopu rehabilitanta i jakiego rodzaju zajęcia będą prowadzone.

Placówka dysponuje pomieszczeniem pro morte. Jest to niewielka zamykana przestrzeń w bocznej klatce schodowej, pod schodami. Przedstawiciele KMPT mają poważne zastrzeżenia do samego usytuowania i wyglądu pomieszczenia. Sprawiało ono raczej wrażenie składziku do przechowywania rzeczy (w czasie wizytacji były tam przechowywane nieużywane sprzęty) niż miejsca do godnego złożenia ciała zmarłego pacjenta. Należy pamiętać, że zgodnie z § 3 ust. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2010 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 420) *w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku - w innym miejscu, z zachowaniem godności należytej zmarłemu.* W ocenie wizytujących utrzymanie pomieszczenia pro morte w stanie z dnia wizytacji nie zapewnia poszanowania ciała tam umieszczonych, wymóg ten w wizytowanej placówce nie został spełniony. W związku z tym pracownicy BRPO zalecają poprawę warunków, w jakich mogą być przechowywane ciała zmarłych w placówce pacjentów.

b) Legalność pobytu

Kierowniczka ZPO podczas rozmowy wstępnej wskazała, że nie weryfikuje, czy pacjenci przybywający do placówki posiadają pełną zdolność do czynności prawnych.

Zazwyczaj umowy podpisuje rodzina pacjenta. Zdaniem KMPT zalecane byłoby, aby to pacjenci podpisywali umowę, gdyż stanowi to przejaw ich podmiotowego traktowania. Natomiast w przypadku pacjentów ubezwłasnowolnionych konieczne jest zweryfikowanie, czy opiekun prawny uzyskał zgodę sądu na umieszczenie swojego podopiecznego w ZPO. W opinii Mechanizmu decyzja opiekuna prawnego o umieszczeniu swojego podopiecznego w ZPO jest na tyle istotna z perspektywy prawa do wolności i ważąca na życiu osoby, której dotyczy, że nie może być podejmowana bez stosownej zgody sądu.

Należy wskazać, że na podstawie z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2015 r., poz. 2082 j.t, dalej k.r.o.) w związku z art. 175 k.r.o. opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku ubezwłasnowolnionego. W wyroku z dnia 18 maja 1999 r. Naczelny Sąd Administracyjny (I SA 114/99) sprecyzował, iż umieszczenie w domu pomocy społecznej bez wątpienia należy do tych ważniejszych spraw, wymagających zezwolenia sądu opiekuńczego. Analogiczne stanowisko prezentowane jest również przez przedstawicieli doktryny (J. Ignatowicz w: Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012, s. 1181., T. Smyczyński w: Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia, Warszawa 2001, s. 431.). Także Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie Kędzior przeciwko Polsce w wyroku z dnia 16 października 2012 r. stwierdził, iż w sytuacji, gdy umieszczenie osoby w zakładzie opiekuńczym zostało spowodowane przez przedstawiciela ustawowego bez dokonania kontroli jego prawidłowości przez sąd, zachodzi naruszenie art. 5 ust. 4 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.).

W opinii KMPT, z uwagi na fakt, że ubezwłasnowolnienie w sposób istotny wpływa na możliwość autonomicznego podejmowania decyzji, a przepisy k.r.o. wprowadzają zasadę ograniczonego zaufania do opiekunów prawnych, podjęcie decyzji o umieszczeniu w placówce powinno podlegać ocenie sądowej.

W związku z powyższym KMPT zaleca weryfikowanie, czy opiekun prawny uzyskał zgodę sądu na umieszczenie swojego podopiecznego w placówce. Stosowny odpis postanowienia sądu w tym zakresie powinien znaleźć się w dokumentacji Zakładu. Powyższa praktyka pozwoli na uniknięcie sytuacji, gdy postępowanie opiekuna byłoby niewłaściwe z uwagi na okoliczności, o których personel może nie mieć wiedzy, a które byłyby istotne z punktu widzenia dobra pacjenta i zapewnienia mu właściwej opieki. Przyjęcie takiej praktyki

będzie wyrazem troski o pensjonariusza i świadectwem wysokiego standardu sprawowanej opieki.

Przedstawiciele KMPT zachęcają też kierowniczkę do monitorowania opiekunów prawnych i reagowanie na każdy przejaw niedopełnienia przez nich obowiązków lub wręcz działania na szkodę podopiecznych. W przypadku zastrzeżeń do ich postawy, wszelkie uwagi w tej materii należy zgłaszać do sprawującego nadzór nad działalnością opiekuna – sądu opiekuńczego.

c) **Traktowanie**

Pacjenci w rozmowach z pracownikami KMPT nie zgłaszali żadnych uwag co do traktowania przez personel ZOL. Wypowiadali się bardzo dobrze zarówno o personelu jak i o kierowniczce. Jednakże na początku wizytacji wizytujący zwrócili uwagę, że personel placówki zwraca się do pacjentów bez zachowania grzecznościowej formy *pan, pani* lub łącząc formę grzecznościową z formą *na ty*, np. panie X wstań. Natomiast w dalszej części dnia personel zwracał się już do pacjentów z zachowaniem właściwych form grzecznościowych, z czego może wynikać, że pracownicy placówki mieli świadomość, że ich wcześniejsze zachowanie z momentu przybycia pracowników Mechanizmu było niewłaściwe. W związku z powyższym KMPT przypomina, że poszanowanie godności ludzkiej pacjentów powinno być priorytetem w relacjach pacjent-personel. Wyraża się ono między innymi w stosowaniu powszechnie przyjętych form grzecznościowych, od których odstępstwo dopuszczalne jest jedynie na zasadzie wzajemności.

Zakład jest wyposażony w system kamer przemysłowych, które zapisują obraz z wejścia do placówki, korytarzy, kuchni oraz gabinetu zabiegowego. Nagranie jest przechowywane przez 2 tygodnie, a następnie nadpisywane. W odniesieniu do umieszczenia kamery CCTV w gabinecie zabiegowym wizytujący podkreślają, że udzielanie świadczeń medycznych, połączonych z obowiązkiem zdjęcia ubrania przez pacjenta, w zasięgu kamer stanowi naruszenie prawa do prywatności tych osób. Jednakże zgodnie z informacjami przekazanymi przez personel ZPO, badania pacjentów przeprowadzane są w ich pokojach mieszkalnych, a nie w gabinecie zabiegowym.

W odniesieniu do umowy zawieranej przy przyjęciu do placówki przedstawiciele Mechanizmu zgłaszają zastrzeżenia do dwóch postanowień tego dokumentu. Zgodnie z &7 umowy¹, *w przypadku pobytu pensjonariusza w szpitalu, na przepustce, wypisu lub zgonu nie*

¹ Zapisy umowy, które nie dotyczą kompetencji KMPT, nie były przedmiotem analizy na potrzeby niniejszego raportu. Zachowana oryginalna pisownia dokumentu

*przysługuje zwrot opłat o których mowa w &2 (opłata za pobyt z placówce). Trzeba podkreślić, że postanowienie takie zostało uznane przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, dalej: Urząd, w opracowaniu „Domy opieki – Badanie wzorców umownych stosowanych w placówkach świadczących usługi w zakresie zapewnienia opieki osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku”, za niedozwolone². W ocenie Urzędu, usługodawca nie może odmówić konsumentowi lub jego spadkobiercom zwrotu zapłaty za niewykorzystane świadczenia. Ma prawo jedynie zatrzymać kwotę odzwierciedlającą wartość rzeczywiście wykonanej usługi. Z tych samych powodów konieczna jest zmiana zapisów pkt. 8. procedury przyjęcia prywatnego pacjenta do Zakładu, zgodnie z którym *w przypadku rezygnacji z leczenia, z przyczyn innych niż zdarzenia losowe, takie jak np. śmierć osoby bliskiej lub nagłe pogorszenie stanu zdrowia wymagającej natychmiastowej hospitalizacji w innej placówce specjalistycznej, wpłata (środków pieniężnych za pobyt) nie podlega zwrotowi.**

Ponadto zgodnie z &8 umowy NZOZ Curatum może w trybie pilnym wypisać pensjonariusza w przypadku zaostrzenia objawów choroby psychicznej, agresji bądź innych zachowań zagrażających zdrowiu i życiu innych pensjonariuszy. W ocenie Urzędu, postanowienie to godzi w dobre obyczaje, zwłaszcza, gdy pociąga za sobą konieczność niemalże natychmiastowego opuszczenia placówki przez osoby wymagające opieki.

Należy podkreślić, że jeśli umowa, którą konsument już podpisał, zawiera niedozwolone postanowienia to – zgodnie z definicją określoną w kodeksie cywilnym – nie wiążą one konsumenta z mocy prawa. Mając to na uwadze w ocenie przedstawicieli KMPT konieczna jest zmiana wzoru umowy i wyeliminowanie postanowienia naruszającego prawa pacjentów.

d) Warunki bytowe

Placówka zlokalizowana jest w 2-piętrowym budynku. Zastrzeżenia wizytujących wzbudził wyczuwalny od wejścia do placówki silny zapach moczu. W ocenie przedstawicieli KMPT personel musi podjąć starania w celu wyeliminowania tej bardzo istotnej dolegliwości. Konieczna jest weryfikacja czy pieluchomajtki wymieniane są wystarczająco często oraz czy pacjenci są kąpani z odpowiednią częstotliwością. W opinii KMPT zastana sytuacja może być również związana z niedostatecznym zachowaniem czystości w placówce. Wizytujący zwrócili uwagę na pokłady kurzu znajdujące się pod dolną krawędzią drzwi, grzejników, zanieczyszczone toalety, pajęczyny. Dotychczasową metodą radzenia sobie przez personel z problemem wydaje się być używanie odświeżaczy powietrza. W związku z tym Mechanizm

² Patrz: https://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351, dostęp 04.04.2017 r.

zaleca bardzo dokładne sprzątanie placówki oraz w razie potrzeby zmianę sposobu realizowania obowiązków przez personel.

Placówka wyposażona jest w bezprzewodowy system przywoławczy. Pacjenci, którzy o to się zwrócą otrzymują niewielkie piloty. Aby skorzystać z tego urządzenia pacjent musi mieć je zawsze przy sobie. Jednakże z relacji pacjentów wynika, że nie zawsze o tym pamiętają, np. jedna z pacjentka w ogóle negowała fakt posiadania pilota, okazało się jednak, że przechowywała go w szafce. W ocenie KMPT wskazane byłoby rozważenie zamiany pilotów na np. rzecz odpowiednio wyeksponowanych przycisków (mogą być także zawieszane przy łóżkach), gdyż obecnie stosowane rozwiązanie nie spełnia należycie swojej funkcji.

Wizytujący zwrócili też uwagę na usterki, tj. uszkodzone oświetlenie w sali nr 8 czy też brak deski sedesowej w jednej z toalet pacjentów na pierwszym piętrze. Pracownicy KMPT zalecają usuwanie tego rodzaju braków na bieżąco.

Pacjenci mogą przechowywać swoje produkty spożywcze w lodówce zlokalizowanej w kuchni placówki, jednakże dostęp do niej wymaga pośrednictwa personelu. W opinii KMPT należy rozważyć zmianę ustawienia lodówki, lub zakup lodówki przeznaczonej wyłącznie na potrzeby pacjentów, tak aby pacjenci mieli większą swobodę w dostępie do swoich produktów spożywczych.

W czasie wizytacji w toaletach i łazienkach brakowało mydła, ręczników, papieru toaletowego. Pacjent chcący skorzystać z toalety zmuszony był zatem zwracać się o ich wydanie do personelu. Zdaniem Mechanizmu takie rozwiązanie może powodować u pacjentów poczucie wstydu, upokorzenia i totalnej zależności od personelu. Poza tym może się wiązać z trudnościami w utrzymaniu przyjętych nawyków higienicznych, w postaci mycia rąk po skorzystaniu z toalety. Mając to na uwadze przedstawiciele KMPT zalecają ułatwienie pacjentom dostępu do ww. środków higienicznych.

Za budynkiem ZPO znajduje się duży niezagospodarowany ogród. Teren ten nie ma jednak wytyczonych drózek, ścieżek, nie ma też ławeczek (2 są przed wejściem do budynku). W dniu wizytacji trawa nie była skoszona, a sama powierzchnia była nierówna. Zdaniem przedstawicieli KMPT wskazane byłoby przystosowanie przylegającego terenu zielonego do potrzeb pacjentów, tak aby mogli z pożytkiem dla siebie spędzać czas na świeżym powietrzu. Zagospodarowanie terenu stwarzałoby także możliwość urozmaicenia zajęć i form terapii dla pacjentów.

Zakład dysponuje 9-osobowym samochodem, który, zgodnie z relacjami personelu, praktycznie nie jest używany. W opinii KMPT pojazd ten mógłby być wykorzystywany na

choćby krótkie wycieczki czy wyjazdy. Stanowiłyby to mobilizację oraz zwiększenie aktywności pacjentów, stanowiąc też formę terapii.

e) Personel

Dwie pielęgniarki (w tym kierownik placówki) legitymują się wyższym wykształceniem pielęgniarstwu. Niektóre pielęgniarki mają ukończone kursy z zakresu EKG i pierwszej pomocy, jednak żadna nie odbyła szkoleń z opieki długoterminowej czy hospicyjnej. Zgodnie z informacjami przekazanymi wizytującym przez kierowniczkę, ważniejsze od wykształcenia kandydatów na pracowników jest podejście do pacjentów. Poza tym w placówce przyjęte jest, że raz na 3 miesiące omawiane oraz uaktualniane są procedury.

W ocenie wizytujących przyjęte rozwiązanie może okazać się niewystarczające. Biorąc pod uwagę charakter pracy w Zakładzie, sprawowanie codziennej opieki nad osobami w bardzo ciężkich stanach zdrowia, konieczność konfrontowania się ze śmiercią pacjentów, w tym tych, z którymi z uwagi na długi czas pobytu personel związał się emocjonalnie, w opinii Mechanizmu zalecane byłoby objęcie pracowników odpowiednim wsparciem, w tym w postaci szkoleń z zakresu komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-pacjent, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu i superwizji. Ekspertka KMPT wskazała również, iż zapewnienie pielęgniarkom możliwości ukończenia kursu opieki długoterminowej w istotny sposób pomogłoby im w realizacji codziennych obowiązków.

Ponadto zgodnie z Rekomendacją CM/Rec (2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich, przyjętą w dniu 19 lutego 2014 r., w sprawie promocji praw osób starszych opiekunowie osób starszych powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług. *W przypadkach gdy opieka sprawowana jest przez opiekunów nieformalnych w domach osób starszych, to tacy opiekunowie powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie i wsparcie, tak aby umożliwić im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy* (art. 34).

f) Prawo do informacji

Na tablicach informacyjnych, zlokalizowanych przy wejściu do placówki, zamieszczony był m.in. regulamin odwiedzin, procedura odwiedzin wobec osób obcych, godziny odwiedzin oraz dane teled adresowe Rzecznika Praw Pacjenta. Zastrzeżenia wizytujących wzbudziły wysokość zawieszenia tych informacji (dolna krawędź na wysokości 137 cm, dolna krawędź drugiej tablicy zamieszczona na wysokości 197 cm) oraz bardzo mała czcionka, jakim tekst powiadomień był wydrukowany. Powodowało to, że informacje zawarte

w tych miejscach były całkowicie niedostępne dla pacjentów. Mając to na uwadze KMPT zaleca usunięcie tych uchybień.

W opinii KMPT wskazane byłoby również wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów dodatkowych instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące placówkę lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw pacjentów (adresu oraz numeru telefonu do: Biura Rzecznika Praw Obywatelskich – wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676 i wybranych organizacji pozarządowych np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).

Prawo do informacji jest jednym z najważniejszych praw osób znajdujących się w sytuacji bezbronności i zależności od innych. Od jego prawidłowej realizacji zależy czy osoby te będą miały wiedzę o innych swoich prawach, sposobach skorzystania z nich lub możliwości złożenia skargi w przypadku ich naruszenia.

g) Kontakt ze światem zewnętrznym

Zgodnie z informacjami przekazanymi przedstawicielom KMPT przez personel placówki pacjenci mogą wychodzić poza placówkę jedynie za zgodą rodziny i jedna z pacjentek na tej podstawie mogła sama wychodzić poza teren ZPO. W opinii pracowników Mechanizmu możliwość swobodnych wyjść powinna być uzależniona od stanu psychofizycznego pacjenta, tzn. czy po opuszczeniu placówki będzie w stanie samodzielnie do niej powrócić i od jego woli. Wszelkie ograniczenia mogą być podyktowane jedynie złym stanem zdrowia powodującym, że pacjent po opuszczeniu placówki znalazłby się w sytuacji zagrażającej jego życiu lub zdrowiu. Tak poważne ograniczenie wolności osobistej nie może być uzależnione wyłącznie od woli rodziny. Takie przypadki wymagałyby konsultacji lekarskiej. W związku z powyższym, mając na względzie fakt, że ograniczenie wolności osobistej jest poważną ingerencją w podstawowe prawa człowieka, która nie może odbywać się bezzasadnie oraz w drodze nieformalnych ustaleń, w opinii przedstawicieli KMPT w przedmiotowej sprawie powinny być odbierane pisemne zaświadczenia lekarskie.

h) Sytuacja osób niepełnosprawnych

Budynek Zakładu jest niedostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Bezpośrednio po wejściu do budynku wizytujący zaobserwowali, iż jedna z pacjentek nie mogła wyjść na zewnątrz z powodu zbyt wysokiego progu w drzwiach, przez który nie mogła samodzielnie przestawić nogi. Udało jej się to dopiero w asyście wizytujących. Ponadto przedstawiciele Mechanizmu zwrócili uwagę na pacjentki schodzące i wchodzące po schodach. Kobiety przemieszczały się po nich z wyraźnym lękiem przed upadkiem oraz wysiłkiem związanym z kurczowym trzymaniem poręczy lub też przechylaniem się na nią w celu

zachowania równowagi i zapewnienia sobie jakiegokolwiek podpory. W toku wizytacji okazało się, że w budynku nie ma windy. Placówka zaopatrzona jest co prawda w schodołaz, który jednak nie jest przez personel wykorzystywany. Schody stanowią zatem wyłączną drogę komunikacyjną na górne piętra. Dalsze obserwacje i pomiary wykonane przez wizytujących wykazały, że schody te były śliskie, miały zbyt wysokie i wąskie stopnie (o wysokości 17 cm i głębokości 27 cm) utrudniające osobom mniej sprawnym poruszanie się po nich, nie miały kontrastowego oznaczenia biegu stopni. Niektórzy pacjenci, z trudem pokonujący schody, wprost wyrażali obawy o swoje bezpieczeństwo. Dalsze pomiary wykazały szereg innych nieprawidłowości w dostępności obiektu dla osób starszych i schorowanych. W toaletach ustalono, że drzwi wiodące do tego pomieszczenia były szerokości 80 cm, wysokość progów wynosiła od 5,5 cm do 3.5 cm, a ich szerokość 10 cm, górna krawędź umywalki znajdowała się na wysokości 88 cm, miska ustępowa miała wysokość 40 cm, uchwyt był zamontowany w odległości 25 cm od miski ustępowej, dolna krawędź kontaktu znajdowała się na wysokości 120 cm, a górna na wysokości na 130 cm, półka nad umywalką zamieszczona była na wysokości 127 cm.

Biorąc pod uwagę powyższe ustalenia celowe wydaje się wskazanie, że dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami powinno uwzględniać poniższe standardy:

- szerokość drzwi powinna wynosić co najmniej 90 cm,
- klamka powinna znajdować się na wysokości 90-120 cm,
- schody powinny być wykonane z materiału zapobiegającego poślizgowi,
- schody powinny być wyposażone w oznaczenie biegu stopni,
- wysokość materacy w łóżkach powinna wynosić 45-55 cm,
- dopuszczalna wysokość progów i innych konstrukcji znajdujących się na powierzchni podłóg (np. brodziki prysznicowe) wynosi 2 cm,
- klamki okienne w pokojach pacjentów, w tym zamieszkiwanych przez osoby poruszające się na wózkach, powinny być zamontowane na wysokości 120 cm od powierzchni podłogi,
- w sytuacji kiedy w Zakładzie będą znajdowały się osoby używające aparatów słuchowych, należy wziąć pod uwagę zakup pętli indukcyjnej czyli urządzenia zapewniającego bezzakłóceniovą komunikację dźwiękową z pacjentem używającym aparatu słuchowego w trybie cewki indukcyjnej,
- podczas tworzenia strony internetowej placówki, należy zadbać, by była ona zgodna ze standardem WCAG 2.0 (strony internetowe zgodne z tym standardem są dostępne także

dla osób z niepełnosprawnościami) oraz zawierała dokładny opis dostępności obiektu dla osób z niepełnosprawnościami (rodzaje zastosowanych udogodnień, informacje na temat możliwej asysty dla osób odwiedzających, które tego potrzebują),

- w sytuacji kiedy w placówce przebywałyby osoby niewidome i słabowidzące, należy rozważyć udostępnienie dokumentów (regulamin etc.) również w wersji audio,
- należy zagwarantować odpowiednią dla osób poruszających się na wózkach przestrzeń manewrową o wymiarach 150 cm x 150 cm w toaletach oraz łazienkach,
- sanitariaty powinny zapewniać następujące warunki:
 - lustra odpowiednio nisko zawieszane (do 100 cm od podłogi) i posiadające możliwość regulacji kąta nachylenia do powierzchni podłogi,
 - włączniki światła, kontakty, klamki, dozowniki mydła, wieszaki na papier zamontowane na wysokości: 90-120 cm,
 - wysokość muszli ustępowej: 45-50 cm,
 - poręcze w odległości 40 cm od osi muszli, umieszczonej na wysokości: 70-85 cm,
 - wysokość brodzika pod prysznicem do 2 cm,
 - zastosowanie jednouchwytowych przedłużonych baterii umywalkowych, dostępnych dla osób ze słabszymi rękami,
 - zastosowanie instalacji przyzywowej, której uruchomienie będzie możliwe nawet w przypadku upadku pacjenta na podłogę (sznurek bądź linka uruchamiająca przyzwania na skutek jej pociągnięcia, sięgająca do podłogi).

Wskazane standardy ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji *Polska bez barier*, zgodnie z wytycznymi planowania dostępności obiektów i jako takie uznane zostały przez przedstawicieli KMPT za optymalne dla odpowiedniego dostosowania wizytowanych przez nich placówek.

Należy pamiętać, że zgodnie z pkt 5 uchwalonej w 1991 r. Rezolucji Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczącej Zasad Działania na Rzecz Osób Starszych *osoby starsze powinny mieć możliwość mieszkania w bezpiecznym otoczeniu, które jest dostosowane do indywidualnych preferencji i zmieniających się możliwości.*

i) Prawo do praktyk religijnych

Ksiądz odwiedza pacjentów w pokojach, zazwyczaj raz w miesiącu, nie odprawia jednak nabożeństw. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez personel tylko jedna pacjentka wychodziła samodzielnie do kościoła. Natomiast pozostałym pacjentom nie umożliwiano

udziału we mszy w kościele. Na rozmowie podsumowującej przeprowadzonej z kierowniczką ZPO wizytujący zwrócili uwagę, że jest to dodatkowa dolegliwość dla pacjentów, ponieważ dla osób w podeszłym wieku udział w nabożeństwach w kościele może być bardzo ważny i potrzebny. Ponadto może mieć on także walor terapeutyczny związany z poczuciem przynależności do wspólnoty religijnej, spotkaniem innych wiernych i wspólną modlitwą, czy też nawet tak prozaiczny jak wynikający z konieczności zadbania o swój wygląd przed wyjazdem do kościoła. Ostatniego dnia wizytacji kierowniczka poinformowała wizytujących, że zdecydowała o zorganizowaniu w najbliższą niedzielę wyjazdu pacjentów (którzy wyrażą taką chęć) do kościoła. Prosimy o informację, czy była to jedna sytuacja, czy też pacjenci będą mogli co niedzielę uczestniczyć we mszach.

5. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają kierownicze **Zakładu Pielęgnacyjno–Opiekuńczego Dom Opieki Curatum w Brwionowie**:

1. przyjmowanie do Zakładu tylko tylu pacjentów, na ilu pozwala liczba personelu i infrastruktura placówki;
2. odstąpienie od podawania pacjentom leków psychotropowych bez zlecenia lekarza;
3. rozważenie przeprowadzenia konsultacji psychiatrycznej wszystkich pacjentów;
4. zapewnienie pacjentom tego wymagającym pomocy logopedy;
5. przy przyjęciu pacjenta ubezwłasnowolnionego weryfikowanie, czy opiekun prawny uzyskał zgodę sądu na umieszczenie podopiecznego w Zakładzie;
6. wyeliminowanie uciążliwego zapachu nieczystości panującego w Zakładzie;
7. uzależnienie swobodnych wyjść pacjentów od ich stanu psycho-ficznego, potwierdzonego zaświadczeniem lekarskim;
8. opracowanie stosownej oferty psychologicznej;
9. opracowanie atrakcyjnej dla pacjentów oferty terapii zajęciowej;
10. zapewnienie aby pacjenci korzystali z sali rehabilitacyjnej tylko pod opieką personelu;
11. dokonanie zmiany wzoru umowy i wyeliminowanie postanowień naruszających prawa pacjentów;
12. przeszkolenie personelu z zakresu komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-pacjent, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;

13. rozważenie możliwości zapewnienia personelowi superwizji;
14. rozważenie zmiany rodzaju instalacji przyzywowej;
15. poprawę warunków panujących w pomieszczeniu pro morte;
16. zapewnienie aby personel w kontaktach z pacjentami stosował formy grzecznościowe, a odstępstwa od tej zasady następowały jedynie na zasadzie wzajemności;
17. usuwanie na bieżąco usterek występujących w placówce;
18. generalne sprzątnięcie placówki;
19. zawieszenie tablic informacyjnych na takiej wysokości, aby były dostępne dla pacjentów;
20. zwiększenie czcionki tekstu umieszczonego na tablicach ogłoszeń;
21. uzupełnienie tablicy informacyjnej o dane teleadresowe Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (w tym numeru bezpłatnej infolinii 0 800 676 676) oraz wybranych organizacji pozarządowych;
22. przystosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością;
23. zmianę sposobu zapewnienia pacjentom środków higienicznych;
24. przystosowanie terenu zielonego placówki do potrzeb pacjentów;
25. rozważenie zapewnienia pielęgniarce możliwości ukończenia kursu opieki długoterminowej;
26. rozważenie zmiany lokalizacji lodówki lub zakup nowej.

Ponadto zwracam się z uprzejmą prośbą o wyjaśnienie, czy podjęcie współpracy ze studentami AWF wyeliminuje przypadki, kiedy pacjenci pozbawieni są rehabilitacji oraz czy pacjenci będą mogli co niedzielę uczestniczyć we mszach.