

Warszawa, dnia 6 lipca 2017 r.

KMP.573.19.2017.WS

Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego
Pielęgniarski Dom Opieki *Złota Ostoja* w Palmirach
(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, dnia 9 maja 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (zwany dalej: KMPT, Mechanizm) przeprowadził wizytację Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Pielęgniarski Dom Opieki *Złota Ostoja* w Palmirach (zwanego dalej: ZOL, placówka, Zakład). W skład zespołu wizytującego wchodził: dr Aleksandra Iwanowska (prawnik), Dorota Krzysztoń (kryminolog) oraz Wojciech Sadownik (prawnik).

Celem wizytacji przedstawicieli Mechanizmu było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw pacjentów przebywających w ZOL, 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 dyrektorkę i właścicielkę – Ewę Maniarę,
- 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 dyrektorkę 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 ZOL, 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 placówką działającą na zasadzie działalności gospodarczej, prowadzonej przez Ewę Maniarę pod nazwą: Pielęgniarski Dom Opieki „Złota Ostoja” (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą nr 000000026510).

Zgodnie z § 2 regulaminu organizacyjnego ZOL, *celem działania placówki jest udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację kobiet i mężczyzn niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im środków farmaceutycznych i materiałów medycznych, pomieszczeń i żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia, a także opieki w czasie organizowanych zajęć kulturalno-oświatowych.* W placówce dostępne są 44 miejsca, dla kobiet i mężczyzn. ZOL dysponuje tylko miejscami komercyjnymi, czyli pacjenci w całości pokrywają koszt swojego pobytu w Zakładzie.

3. Mocne strony i dobre praktyki

W placówce przyjęte jest, że w przypadku hospitalizacji pacjenta jest on odwiedzany przez personel ZOL.

4. Obszary wymagające poprawy

a) Prawo do ochrony zdrowia i usług opiekuńczych oraz terapeutycznych

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez dyrektorkę KMPT w placówce zatrudnionych jest 7 pielęgniarek (z czego 3 z wyższym wykształceniem). Ponadto ZOL współpracuje z lekarzem internistą (umowa zlecenia), geriatrą, dermatologiem i neurologiem (umowy kontraktowe). Wizyty lekarzy tych specjalności są realizowane na miejscu, w placówce. W razie potrzeby również psychiatra przeprowadza konsultacje w Zakładzie.

Lekarz internista planowo przyjmuje pacjentów w czwartki, dermatolog raz w miesiącu. Wizyty odbywają się też w przypadku wystąpienia pogorszenia stanu zdrowia pacjentów. Neurolog bada pacjentów w przypadku wystąpienia takiej potrzeby. W ZOL przyjęte jest, że co tydzień odbywa się obchód lekarski, wtedy lekarz sprawdza stan zdrowia każdego pacjenta.

W zakresie realizowanej w Zakładzie farmakoterapii, dyrektorka poinformowała wizytujących, że leki są rozkruszane jedynie w przypadku pacjentów mających trudności w połykaniu. Osoby te mają jednak świadomość, że przyjmują medykamenty. Działania takie realizowane są na pisemne zlecenie lekarza.

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 jednak, 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 leków nie daje bowiem nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwiobiegu 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 01 lutego 2017 r.).

W rozmowach z przedstawicielami Mechanizmu niektórzy pacjenci wskazywali na bardzo niepokojącą praktykę. Zgodnie z tymi relacjami, jeżeli podczas wydawaniu leków na stołówce pacjent odmówi ich przyjęcia, personel przytrzymuje mu głowę, otwiera przy użyciu siły usta i w ten sposób podaje medykamenty. Dyrektorka w reakcji na tę informację wskazała, że nie wiedziała o takich sytuacjach i zapewniła, że je zweryfikuje. Zapewniła, że takie działania są niewłaściwe i nie powinny mieć miejsca. W opinii Mechanizmu niedopuszczalne jest stosowanie takich metod. W związku z tym KMPT zwraca się o przekazanie informacji o wynikach przeprowadzonych czynności.

Zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r, poz. 125 j.t.) lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Powyższe dotyczy również stosowanej farmakoterapii. Korespondujący z tą regulacją art. 16 ustawy z dnia 6 listopada

2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2016 r., poz. 186 j.t.) stanowi, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielanie mu określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody. Ratyfikowana przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych (przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ dnia 13 grudnia 2006 r., Dz. U. z 2012 r., poz. 1169) zobowiązuje z kolei państwa-strony do zapewnienia, że osoby wykonujące zawody medyczne będą udzielały świadczeń medycznych osobom niepełnosprawnym na podstawie swobodnie przez nie wyrażonej i świadomej zgody.

W odniesieniu do osób ubezwłasnowolnionych obowiązujące regulacje prawne dopuszczają jednak możliwość wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia medycznego przez uprawnione do tego podmioty. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a w przypadku jego braku lub gdy porozumienie się z nim nie jest możliwe – zgoda sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry). Gdy jednak pacjent ubezwłasnowolniony dysponuje dostatecznym rozeznanie niewwzględnienie jego sprzeciwu na udzielenie świadczenia medycznego, poza zgodą opiekuna prawnego będzie wymagało zezwolenia sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry). Tym samym nawet w przypadku osób ubezwłasnowolnionych zaakcentowano ich faktyczną zdolność do wyrażenia zgody lub sprzeciwu.

Na podstawie powyższego można stwierdzić, iż personel zakładów opiekuńczych powinien, w każdym przypadku w którym jest to możliwe, uzyskiwać zgodę pacjenta na podanie mu leku. Oczywiście nie ma obowiązku odbierania zgody przy każdorazowym wydaniu leków, gdyż zgodnie z art. 32 ust. 7 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry zgoda może mieć charakter konkludentny, tzn. przejawiać się w takim zachowaniu, które wskazuje jednoznacznie na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym, czyli np. w dobrowolnym przyjęciu leków przez pacjenta. W przypadku odmowy przyjęcia leków przez pacjenta należałoby przede wszystkim podjąć próbę przekonania go do zażycia leku, a dopiero w razie bezskuteczności metod perswazyjnych posiłkować się zgodą zastępczą.

ZOL nie nawiązał stałej współpracy z psychologiem. Dyrektorka wskazała, że w przeszłości psycholog był obecny w placówce, jednak usługi te nie cieszyły się zainteresowaniem pacjentów. W ocenie dyrektorki pomoc psychologiczna przydałaby się rodzinom, które borykają się z trudnościami w zaakceptowaniu starzenia się ich bliskich, rozłąką z nimi. Opierając się na rozmowach z pacjentami, w opinii KMPT, wskazane jednak

byłoby ponowne nawiązanie współpracy z psychologiem. Przedstawiciele Mechanizmu zauważyli, że niektórzy pacjenci borykają się problemami rodzinnymi, pogarszającym się stanem zdrowia, nieuleczalnymi chorobami lub śmiercią współlokatora. Zdarzenia negatywnie wpływają na ich samopoczucie i osoby te nie potrafią samodzielnie sobie z tym poradzić. Istotne jest, że sami pacjenci wstydzą się prosić o konsultacje psychologiczne bądź nie widzą potrzeby szukania pomocy u specjalisty. 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.

Placówka wyposażona jest w bezprzewodowy system przywoławczy. Pacjenci w gorszym stanie zdrowia lub ci, 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. wychodząc do łazienki przylegającej do pokoju. W ocenie KMPT wskazane byłoby wyposażenie także m.in. sanitariatów w przyciski instalacji przyzywowej, aby w przypadku upadku w tym pomieszczeniu pacjenci mogli zawiadomić personel.

Chociaż jak podkreślali pacjenci, dyrektorka ZOL nie utrudnia ze sobą kontaktu, sama też inicjuje spotkania, to widzą jednocześnie potrzebę zorganizowania w placówce społeczności – systematycznych spotkań pacjentów z personelem – w celu jeszcze lepszej wymiany informacji oraz stworzenia płaszczyzny do dialogu na temat funkcjonowania ZOL. Mając powyższe na uwadze KMPT zaleca rozważenie stworzenia w placówce społeczności.

Co tydzień w ZOL organizowane są zajęcia muzyczne, podczas których pacjenci śpiewają przy muzyce na żywo. W rozmowach z KMPT niektórzy pacjenci wskazywali, że chcieliby również brać udział w zorganizowanych zajęciach manualnych. Trzeba podkreślić, że oprócz twórczego spożytkowania czasu, działania te pozytywnie wpłynęłyby także na utrzymanie sprawności fizycznej pacjentów. Tak jak wskazano w protokole kontroli przeprowadzonej w dniach 12-14 listopada 2014 r. przez Mazowiecki Urząd Wojewódzki oddziaływania terapeutyczne mogą służyć podtrzymaniu umiejętności nawiązywania relacji interpersonalnych. W tym samym protokole podkreślono, że zajęcia grupowe mogą zapobiegać pojawianiu się stanów lękowych i depresyjnych oraz rozwijać poczucie przynależności pacjentów do grupy, jak również podnosić ich samoocenę. W związku z powyższym KMPT zaleca rozważenie poszerzenia oferty terapii zajęciowej.

b) Legalność pobytu

Podczas analizy akt pacjentów ubezwłasnowolnionych wizytujący zweryfikowali, czy opiekun prawny zwrócił się do sądu o wyrażenie zgody na umieszczenie swoich podopiecznych w ZOL. Ta decyzja opiekuna prawnego jest bowiem na tyle istotna z perspektywy prawa do wolności i ważąca na życiu osoby, której dotyczy, że nie może być podejmowana przez niego bez stosownej zgody sądu. W aktach jednego z ubezwłasnowolnionych pacjentów przedstawiciel Mechanizmu stwierdził brak stosownej zgody sądu.

W związku z powyższym 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 wątplenia 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 dyrektorze placówki 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. Taka praktyka będzie też wyrazem troski o pensjonariusza i świadczyć będzie o wysokim standardzie sprawowanej opieki.

c) Traktowanie

Pacjenci w rozmowach z KMPT nie zgłaszali żadnych uwag co do traktowania przez personel ZOL. Jedyne zastrzeżenia dotyczyły postępowania innych pacjentów, którzy wchodzą do pokoi pacjentów i np. zabierają produkty spożywcze. Dyrektor poinformowała wizytujących, że jest świadoma występowania takich zdarzeń. Zaznaczyła, że spowodowane jest to stanem zdrowia pacjentów przywłaszczających sobie produkty żywnościowe innych osób. Podkreśliła przy tym, że zawsze rekompensuje takie straty.

W odniesieniu do umowy zawieranej przy przyjęciu do placówki przedstawiciele Mechanizmu zgłaszają zastrzeżenia do jednego postanowienia tego dokumentu. Zgodnie z przedmiotowym zapisem¹, *usługodawca ma prawo rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku nie wniesienia opłaty w terminie i wysokości określonej (...), a także agresywnych zachowań przedstawiciela lub pensjonariusza w pielęgniarstwie domu opieki*. Trzeba podkreślić, że postanowienie takie zostało uznane przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów 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, postanowienia te godzą w dobre obyczaje, zwłaszcza, gdy pociągają 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 piętrowym budynku. Natychmiast po wejściu do pomieszczeń placówki odczuwalny był bardzo silny fetor. Dyrektorka poinformowała wizytujących, że akurat w czasie kiedy KMPT rozpoczęło wizytację, odbywała się poranna

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

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

toaleta, a odczuwalny zapach dochodził ze zmienianych pieluchomajtek. Przedstawiciele Mechanizmu nie mogą przyjąć tych wyjaśnień za wystarczające. Doświadczenie zdobyte podczas wizytacji innych zakładów opiekuńczo leczniczych wskazuje, że problem fetoru nie jest powszechny.

W opinii Mechanizmu może być kilka przyczyn stwierdzonego problemu. Jedną z nich może być niewystarczająco częste zmienianie pacjentom przez personel pieluchomajtek. W rozmowach z KMPT niektórzy pacjenci wskazywali, że pieluchomajtki zmieniane są raz dziennie, natomiast w dalszej części dnia personel pyta pacjentów czy chcieliby aby zmienić im pieluchy, czy pomóc im w tej czynności. W ocenie wizytujących wskazane byłoby, aby personel podjął większe starania aby przekonywać pacjentów co do potrzeby częstszej zmiany w/w środków higienicznych.

Drugi powód może wynikać ze zgłoszeń pacjentów dotyczących wykonywanych niewystarczająco często kąpieli (rzadziej niż raz w tygodniu). Dyrektorka przedstawiła wizytującym wykaz wykonywanych świadczeń higienicznych, z którego wynikało, że kąpiel realizowana jest nie rzadziej niż raz w tygodniu.

Biorąc pod uwagę te rozbieżności, stwierdzony na początku wizytacji silny zapach panujący w placówce oraz mając na względzie dobro pacjentów, KMPT zaleca zachowanie większej dbałości o stan higieniczny pacjentów. Warto również dokonać weryfikacji, czy wpisy odnotowywane w dokumentacji odpowiadają rzeczywistości.

e) Personel

Zgodnie z informacjami przekazanymi wizytującym przez dyrektorkę, nowo zatrudniony pracownik przez pierwsze pół roku jest szkolony i instruowany co do tego, jak powinien realizować swoje obowiązki. To przygotowanie do pracy przeprowadza dyrektorka oraz inni pracownicy. Poza tym w placówce przyjęte jest, że po wystąpieniu nietypowej sytuacji, cały personel w czasie przerwy w pracy omawia zajście, analizuje jego przebieg i wspólnie zastanawia się, czy reakcja była odpowiednia, czy sposób postępowania wymaga zmiany.

W ocenie wizytujących przyjęte rozwiązanie jest właściwe, lecz 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 wymienionych szkoleń i superwizją.

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 tablicy ogłoszeń zamieszczone były m.in. karta praw pacjenta, informacje dotyczące godzin odwiedzin oraz czasu wydawania posiłków. W opinii KMPT wskazane byłoby również wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów 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 Pacjenta, Rzecznika Praw Obywatelskich – wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676 i wybranych organizacji pozarządowych np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).

g) Prawo własności

Z informacji przekazanych wizytującym przez dyrektorkę wynika, że dowody osobiste pacjentów są przechowywane w placówce. Dyrektorka zaznaczyła, że dokument ten jest niezbędny np. przy przyjęciu do szpitala. KMPT przypomina, że w sytuacji pozostawienia dowodu w depozycie placówki winno być odebrane pisemne oświadczenie pacjenta lub jego opiekuna prawnego o wyrażeniu zgody na dokonanie takiej czynności. W tym miejscu należy wskazać, iż art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych (Dz. U. z 2010 r. Nr 167, poz. 1131 ze zm.) typizuje zatrzymanie dowodu osobistego bez podstawy prawnej jako wykroczenie. Zgodnie jednak z wykładnią dokonaną przez Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 9 grudnia 2010 roku o sygnaturze II AKa 397/10 znamiona wykroczenia z art. 79 pkt 2 ustawy o dowodach osobistych polegającego na zatrzymaniu cudzego dowodu osobistego nie są wypełnione, jeżeli wejście w posiadanie dowodu nastąpiło za akceptacją i przyzwoleniem osoby uprawnionej.

h) Sytuacja osób niepełnosprawnych

Budynek został wyposażony w udogodnienia dla osób z niepełnosprawnością, jak np. dźwig osobowy, odpowiednio szerokie drzwi, podłokietniki i uchwyty w sanitariatach, poręcze na korytarzach. Jednakże w ocenie Mechanizmu wskazane byłoby jeszcze lepsze dostosowanie budynku ZOL.

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji zaplanowanych modernizacji czy też w miarę posiadanych już środków, warto, w ocenie wizytujących, dokonać zmian poprawiających dostosowania. Podjęte w tej kwestii działania powinny uwzględniać poniższe standardy:

- 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 bezzakłóceniewą 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, którzy 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 KMP za optymalne dla odpowiedniego dostosowania wizytowanych przez nich placówek.

5. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają właścicielce **Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego Pielęgniarski Dom Opieki Złota Ostoja w Czosnowie**:

1. wyjaśnienie zgłoszeń dotyczących przymusowego podawania leków pacjentom;
2. przy przyjęciu pacjenta ubezwłasnowolnionego weryfikowanie, czy opiekun prawny uzyskał zgodę sądu na umieszczenie podopiecznego w Zakładzie;
3. zachowanie większej dbałości o stan higieniczny pacjentów
4. zweryfikowanie czy wpisy w wykazie wykonanych świadczeń higienicznych odpowiadają rzeczywistości;
5. rozważenie nawiązania stałej współpracy z psychologiem i opracowanie stosownej oferty psychologicznej;
6. dokonanie zmiany wzoru umowy i wyeliminowanie postanowienia naruszającego prawa pacjentów;
7. przeszkolenie personelu z zakresu komunikacji interpersonalnej w relacji pracownik-pacjent, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;
8. rozważenie możliwości zapewnienia personelowi superwizji;
9. rozważenie zainstalowania instalacji przyzywowej w sanitariatach;
10. rozważenie zorganizowania w ZOL społeczności;
11. rozważenie poszerzenia oferty terapii zajęciowej;
12. odbieranie zgody pacjenta lub opiekuna prawnego pacjenta ubezwłasnowolnionego na przechowywanie dowodu osobistego;

13. uzupełnienie tablicy informacyjnej o dane teleadresowe Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Obywatelskich (w tym numeru bezpłatnej infolinii 0 800 676 676) oraz wybranych organizacji pozarządowych;
14. dążenie do jeszcze lepszego przystosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością.