

KMP.573.5.2018.RK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Warszawie, ul. Mehoffera 72/74
(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), dalej OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 28-29 marca 2018 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Mechanizm) wizytował Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, zlokalizowany w Warszawie, przy ul. Mehoffera 72/74 (dalej: ZOL, Zakład, placówka).

W skład delegacji KMPT wchodził: Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego), Tomasz Górecki (psycholog) oraz Rafał Kulas (prawnik).

W wizytacji uczestniczyła również Joanna Klara Żuchowska (doktor nauk medycznych, specjalista chorób wewnętrznych II stopnia, dalej: ekspert KMPT), która przygotowała ekspertyzę na potrzeby niniejszego raportu.

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób pozbawionych wolności, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków osób pozbawionych wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W czasie wizyty wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono wstępną rozmowę z Alicją Dąbrowską (członkiem zarządu Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp. z o.o.) i Anną Horawą (pełnomocnik zarządu ds. jakości i sprawozdawczości),

- dokonano oglądu pomieszczeń placówki, w tym sal pacjentów, sanitariatów, jadalni, dyżurek pielęgniarskich, gabinetów lekarskich, sal rehabilitacji i dziennego pobytu,
- przeprowadzono rozmowy z personelem, pacjentami i osobami odwiedzającymi,
- przeprowadzono indywidualne rozmowy z pacjentami, w warunkach zapewniających poufność rozmowy,
- dokonano analizy dokumentacji dostępnej na miejscu, w tym m.in. raportów pielęgniarskich, zeszytu odwiedzin, indywidualnej dokumentacji pacjentów,
- wykonano dokumentację fotograficzną pomieszczeń Zakładu i wybranej dokumentacji.

W czasie rozmowy podsumowującej wizytę przedstawiciele KMPT poinformowali Annę Horawę (pełnomocnik zarządu ds. jakości i sprawozdawczości) i Jolantę Bańską (koordynator ds. pielęgniarstwa i epidemiologii) o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności oraz wysłuchali ich uwag i wyjaśnień. Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki.

W przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu pacjentów w ZOL, traktowanie, realizacja praw pacjentów do: informacji, kontaktów ze światem zewnętrznym, ochrony zdrowia i usług opiekuńczych, terapeutycznych, kulturalno-oświatowych, poszanowanie prawa do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie ZOL do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, kwalifikacje personelu.

W niniejszym raporcie uwzględniono obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia zapobiegania torturom i innym formom złego traktowania pacjentów. Raport wskazuje również mocne strony placówki, wyróżniające ją na tle dotychczas wizytowanych przez KMPT.

2. Ogólna charakterystyka ZOL

Placówka prowadzona jest przez spółkę prawa handlowego - Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (KRS: 0000456064). Przeznaczona jest dla 450 pacjentów.

Do Zakładu przyjmowane są osoby po leczeniu szpitalnym, a także osoby chore przewlekłe, niewymagające hospitalizacji, jednakże ze względu na stan zdrowia nie mogące egzystować w warunkach domowych, wymagające opieki lekarskiej, całodobowej opieki

pielęgniarskiej, jak również rehabilitacji. Warunkiem przyjęcia jest m.in. bardzo niska ocena wg. skali Barthel (40 punktów lub mniej). Nie są przyjmowane osoby z zaawansowaną chorobą nowotworową, a także osoby, u których jedynym wskazaniem jest trudna sytuacja socjalna. Podstawą skierowania jest dokumentacja według wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Czas pobytu w ZOL nie jest ograniczony. Pacjent zostaje wypisany, jeśli udaje się uzyskać ewidentną poprawę, ocenianą m.in. wg skali Barthel. Niejednokrotnie czas konieczny do wystąpienia poprawy jest bardzo długi, trwający nawet do kilkunastu miesięcy.

Placówka posiada również 2 miejsca komercyjne. Praktyką jest jednak, że gdy tylko zwolni się miejsce, dalszy pobyt pacjenta finansowany jest przez NFZ.

W dniach wizyty delegacji KMPT w ZOL przebywało 460 pacjentów, w tym 23 osoby ubezwłasnowolnione i 68 osób umieszczonych na mocy postanowienia sądu. Wiek pacjentów był bardzo zróżnicowany (od 26 do 104 lat). Średni wiek pacjentów wynosił 75 lat.

ZOL składał się z 7 oddziałów, zlokalizowanych w 5 pawilonach. Oddziały nr I-III zlokalizowane były w jednym budynku. Oddziały nr IV-VII zlokalizowane były w odrębnych budynkach.

3. Mocne strony placówki

Za mocne strony placówki KMPT uznał:

- dokumentowanie w formie fotograficznej odleżyn pacjentów przed przyjęciem ich do ZOL oraz ich profilaktykę i leczenie. Każdy przyjmowany pacjent zostaje obejrzany przez pielęgniarkę pod kątem oceny ryzyka powstania odleżyn. Jeśli takie ryzyko istnieje, bądź pacjent posiada odleżyny, założona zostaje karta obserwacji i zleceń. **Odleżyny są dokumentowane w formie fotograficznej (z datą wykonania zdjęcia).** Fotografie przechowywane są na dysku komputerowym. **Zdjęcia wykonywane są co miesiąc, co pozwala na ocenę poprawy stanu pacjenta.** Do historii chorób pacjenta wklejane są plakietki, obrazujące wielkość i rozległość odleżyn. Z kolei przy kierowaniu pacjentów do szpitala, lekarz ZOL zaznacza w dokumentacji, czy istnieje ryzyko powstania odleżyn oraz czy nie ma żadnych zmian. Wszystkie przypadki powstawania odleżyn omawiane są na comiesięcznych zebraniach komisji ds. profilaktyki;

- kompleksową opiekę psychologiczną pacjentów. W ZOL zatrudniony jest 8-osobowy zespół psychologów. Psycholog rozmawia z każdym przyjmowanym pacjentem i jego opiekunem i w zależności od potrzeb, dobierane są formy pomocy, w tym terapia indywidualna. Jak ustaliła delegacja, każdy pacjent placówki ma kontakt z psychologiem minimum 2 razy w miesiącu;
- aktywizację mieszkańców, w tym szczególnie osób leżących. Niezależnie od farmakoterapii, opieki pielęgniarskiej i rehabilitacji personel dąży do jak największej aktywizacji pacjentów poprzez zachęcanie ich do udziału w różnorodnych formach terapii zajęciowej, np. zajęciach plastycznych, pracach ręcznych, słuchaniu muzyki, konkursach i zabawach, treningu czynności dnia codziennego, imprezach okolicznościowych, w tym uroczystym świętowaniu setnych urodzin pacjentów. Poza zajęciami grupowymi prowadzone są również zajęcia przy łóżku osób leżących (np. poprzez słuchanie muzyki i książek czytanych przez terapeutę lub opiekuna). Delegacja KMPT była pod wrażeniem zasobów, przechowywanych w pomieszczeniu służbowym terapeutów zajęciowych: książek (w tym w wersji audio – tzw. audiobooków), gier planszowych, puzzli, materiałów do arteterapii oraz prasy, w tym prasy codziennej;
- bardzo dobre warunki materialne zapewnione pacjentom oddziału VII; oddział zlokalizowany jest w nowoczesnym pawilonie, wybudowanym w 2010 r., zapewniającym pacjentom wysoki standard pobytu. W oddziale większość pokoi stanowią pokoje jednoosobowe, posiadające własną, przestronną łazienkę, dostosowaną do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Pokoje wyposażone są w nowoczesne telewizory (stanowiące własność placówki). W budynku tym mieści się także stołówka, kaplica, duża sala rehabilitacji i sala konferencyjna. Na korytarzu znajdują się czerwone kanapy. Wnętrze udekorowano pracami jednego z pacjentów, listami pochwalnymi oraz roślinnością, co tworzy bardzo przyjemną atmosferę;
- kolorystykę oddziałów I-III: każdy oddział przyozdobiony jest kolorowymi elementami, wybranymi przez członków personelu, co wpływa pozytywnie na estetykę pomieszczeń;

- udostępnianie nowo przyjmowanym pacjentom pisma opisującego w przystępny sposób ich prawa i obowiązki;
- starania o dofinansowanie zakupu urządzenia C-Eye PRO, umożliwiającego komunikowanie się personelu z pacjentami z dysfunkcjami neurologicznymi i zaburzeniami rozwoju.

4. Obszary wymagające poprawy

4.1. Traktowanie pacjentów

Delegacja KMPT nie uzyskała informacji wskazujących, by pacjenci byli traktowani przez personel w nieodpowiedni sposób. Opinie ich samych i osób odwiedzających były bardzo ciepłe i serdeczne. Wizytujący zaobserwowali bardzo dobre relacje między kadłą, a pacjentami.

Podczas oglądu delegacja zwróciła jednak uwagę na sposób zabezpieczenia jednego z pacjentów, w celu uniemożliwienia mu wyrwania rurki z gardła (tzw. PEG-a). Pacjent miał założony na rękę pasek przymocowany do ramy łóżka, rękę zaś owiniętą w opaskę, która miała uniemożliwić mu otarcie skóry, gdy poruszał ręką. Pasek nie był ściśle założony, pacjent mógł poruszać częściowo ręką, gdy jednak próbował sięgnąć w okolice gardła, natrafiał na opór.

Z rozmów z personelem wynikało, że zastosowane rozwiązanie ma służyć wyłącznie zapewnieniu mu bezpieczeństwa. Dokumentacja pacjenta potwierdziła, że w listopadzie 2017 r. pojechał do szpitala w celu wymiany PEG-a. Z rozmów z personelem wynikało, że dokonał jego wyrwania (nie było to jednak szczegółowo odnotowane w dokumentacji). Od tego momentu personel stale stosuje zabezpieczenie.

Fakt zastosowania zabezpieczenia nie był odnotowany w żadnej dokumentacji. Delegacja ustaliła, że pacjent ten był jedynym zabezpieczonym w taki sposób w ZOL.

KMPT widzi potrzebę udoskonalenia praktyki w tym zakresie. Zastosowanie zabezpieczeń, niebędących przymusem bezpośrednim, może być czasami nieuniknione w celu zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa. KMPT pozytywnie ocenia zastosowane w tym wypadku rozwiązania (opaskę na rękę, luźne zapięcie). Aby jednak zapobiec w przyszłości ewentualnym nadużyciom warto, by każde tego typu zabezpieczenie było

zlecone przez lekarza i odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta, z podpisem lekarza. Lekarz powinien określić czas stosowanego zabezpieczenia oraz ocenić stan zdrowia pacjenta po zakończeniu stosowania. Ocena ta powinna być odnotowana w dokumentacji pacjenta. Stan pacjenta powinien być stale monitorowany przez personel medyczny.

W ocenie KMPT optymalnym rozwiązaniem byłoby również opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi niestandardowych form opieki. W procedurze takiej należałoby w sposób zindywidualizowany wskazać przyczyny uzasadniające nietypowy sposób postępowania z pacjentem, a także dokładnie określić poszczególne podejmowane przez personel działania i użyty w ich trakcie sprzęt. W opracowywaniu powyższych procedur powinny brać udział osoby dysponujące fachową wiedzą, tj. lekarz, lekarz psychiatra, rehabilitant.

Celem takiego rozwiązania jest stworzenie gwarancji, że czynności te będą wykonywane w sposób profesjonalny i bezpieczny dla mieszkańców oraz z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu. Procedura pozwoli też ujednolicić praktykę personelu w tym zakresie. Z rozmów z kadrą wynikało bowiem, że personel z poszczególnych oddziałów nie wymienia się informacjami, jak radzić sobie w trudnych sytuacjach.

Prewencyjnie warto też przypomnieć, że wszelkie zabezpieczenia powinny być stosowane proporcjonalnie do sytuacji, z poszanowaniem godności człowieka i w sposób powodujący jak najmniejszą dolegliwość.

W dwóch pokojach pacjentów zlokalizowanych na parterze oddziału VII (pokoje nr 37B i 38B) delegacja ujawniła kamery. Z informacji udzielonej przez personel placówki wynikało, że monitoring działa tylko w jednym z nich. Na drzwiach pokoju znajdowała się tabliczka *obiekt monitorowany*. Zapis przechowywany jest przez 2 tygodnie.

Powodem zainstalowania monitoringu były zarzuty kierowane przez członków rodziny dotyczące jakości opieki. Rozwiązanie takie, jak przyznał sam personel, nie rozwiązuje problemu, gdyż zarzuty mogą pojawić się po upływie 2 tygodni, gdy nagrania zostaną już skasowane.

W ocenie KMPT instalowanie kamer w pokojach pacjentów stanowi zbyt daleko idącą ingerencję w ich prywatność, poczucie intymności i godności. Dodatkowo nie znajduje uzasadnienia w świetle obowiązujących przepisów prawnych. KMPT zaleca demontaż monitoringu w pokojach pacjentów.

4.2. Warunki bytowe

Z uwagi na fakt, że oddziały zlokalizowane są w różnych budynkach, warunki materialne są bardzo zróżnicowane. Najwyższy standard zapewniono pacjentom oddziału VII, co zostało podkreślone w rozdziale 3 raportu. W pozostałych oddziałach warunki należy uznać za dobre i bardzo dobre. Niemniej jednak na oddziałach IV-VI wizytujący dostrzegli pęknięte ściany w pokojach i korytarzach oraz starsze meble.

Delegacja KMPT została poinformowana o planach remontowych. W lipcu 2018 r. miała rozpocząć się budowa nowego pawilonu mieszkalnego. W związku z czym oddziały IV-V przeznaczone są do wyburzenia. Nowy obiekt ma zapewniać pacjentom bardzo wysoki standard pomieszczeń i pełne dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Budowa obiektu ma potrwać około roku. W 2018 r. zaplanowana jest również gruntowna modernizacja oddziału VI.

KMPT zaleca kontynuowanie powyższych działań remontowych i modernizacyjnych.

4.3. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

W celu pełnego dostosowania ZOL do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji realizowanych remontów i modernizacji, warto zastosować następujące standardy, poprawiające jakość dostosowania:

- szerokość drzwi nie mniejsza niż 90 cm,
- progi do wysokości 2 cm (pożądany byłby brak progów),
- wysokość klamek, włączników światła, przycisków itp. – 90-120 cm,
- przestrzeń manewrowa – 150 cm x 150 cm,
- w sanitariatach – brodzik nie posiadający progu lub do 2 cm wysokości,
- wysokość muszli ustępowej powinna oscylować między 45 a 55 cm,
- poręcz przy muszli ustępowej zainstalowana w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy, na wysokości 70-85 cm (mierzone od wierzchu górnej poręczy),
- umywalka na wysokości 85 cm – górna krawędź i 70 cm – dolna krawędź z możliwością podjazdu wózkiem,
- lustro w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądane byłoby lustro umożliwiające ich pochylanie),
- stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych,

- uchwyt do papieru umieszczony na wysokości do 120 cm,
- w jadalni wysokość stołu powinna oscylować między 67-80 cm (miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm),
- tablice informacyjne powinny znajdować się na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górną krawędź),
- nachylenie pochylni powinno wynosić maksymalnie 6%.

Powyższe standardy zostały opracowane we współpracy z Fundacją Polska Bez Barier i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

KMPT podkreśla, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475), osoby niepełnosprawne mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Ponadto Polska w dniu 6 września 2012 r. ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169). Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Zarówno wymieniona Karta, jak i Konwencja dotyczą również osób pozbawionych wolności oraz środowiska stworzonego w miejscu ich osadzenia.

KMPT zaleca dostosowanie ZOL do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, zgodnie z przedstawionymi standardami, podczas planowanych modernizacji i remontów placówki.

4.4. Personel

Z udostępnionych KMPT informacji wynika, że personel posiada odpowiednie do wykonywanych zadań kwalifikacje i doświadczenie zawodowe. Ponadto doskonalili on swoje umiejętności w formie szkoleń. Przykładowo w 2017 r. pielęgniarki, opiekunowie medyczni i opiekunowie osób starszych (łącznie 41 osób) zostali przeszkoleni w zakresie komunikacji z trudnym pacjentem.

Z uwagi na specyfikę pracy w placówce, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami i innymi osobami (w tym agresję pensjonariuszy) oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony

praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

KMPT zaleca też rozważenie zorganizowania psychologom regularnych superwizji, pozwalających na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych. Taka forma konsultacji może również przyczynić się do zapobieżenia wypaleniu zawodowemu i podniesienia jakości pracy psychologa.

5. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca **Prezesowi Zarządu Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie:**

- 1) Stosowanie zabezpieczeń pacjentów, niebędących przymusem bezpośrednim, wyłącznie na zlecenie lekarza. Zlecenie z podpisem lekarza powinno określać powody, czas stosowania i być odnotowane w dokumentacji pacjenta. Stan pacjenta powinien być stale monitorowany przez personel medyczny. Lekarz powinien określić czas stosowanego zabezpieczenia oraz ocenić stan zdrowia pacjenta po zakończeniu stosowania zabezpieczenia. Ocena ta powinna być odnotowana w dokumentacji pacjenta (zob. pkt. 4.1. raportu);
- 2) Opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z pacjentami wymagającymi niestandardowych form opieki (zob. pkt. 4.1. raportu);
- 3) Demontaż monitoringu w pokojach pacjentów (zob. pkt. 4.1. raportu);
- 4) Kontynuowanie działań remontowych i modernizacyjnych (zob. pkt. 4.2. raportu);
- 5) Dostosowanie ZOL do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, zgodnie z przedstawionymi standardami, podczas planowanych modernizacji i remontów placówki (zob. pkt. 4.3. raportu);
- 6) Zorganizowanie personelowi szkoleń i warsztatów z zakresu: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania (zob. pkt. 4.4. raportu);

7) Rozważenie zorganizowania psychologom regularnych superwizji (zob. pkt. 4.4. raportu).