



**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Warszawa, 05-01-2022 r.

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.573.15.2021.AN

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Placówki Całodobowej Opieki Rodzinny Dom Pomocy „Siedlisko”
w Landzmierzu (ul. Gałczyńskiego 55)**

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 23-24 listopada 2021 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm) wizytował Placówkę Całodobowej Opieki Rodzinny Dom Pomocy „Siedlisko” w Landzmierzu (gmina Cisek), ul. Gałczyńskiego 55 (dalej: placówka, dom opieki, PCO).

W skład delegacji KMPT wchodziły: Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz Justyna Zarecka (politolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, by wzmocnić, jeśli to niezbędne, ich ochronę przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawić rekomendacje właściwym władzom w celu poprawy

traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, w zgodzie z odpowiednimi standardami organizacji międzynarodowych.

Wizytacja miała także na celu sprawdzenie przygotowania placówki na zagrożenie związane z pandemią koronawirusa.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki, udzielonej przez właścicielkę – Monikę Zinko;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki, w tym: pokoi, sanitariatów, pokoju dziennego wraz z jadalnią, wyposażenia i terenu rekreacyjnego;
- przeprowadzeniu poufnych rozmów z mieszkańcami;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

Zespół wizytujący dokonał oceny: legalności pobytu mieszkańców w PCO, traktowania pensjonariuszy przez personel, zapewnionych im warunków bytowych, dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, dostępu mieszkańców do opieki zdrowotnej, terapii i usług opiekuńczych, prawa do informacji i do kontaktów ze światem zewnętrznym oraz swobody praktyk religijnych. Przeanalizowano także stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Ponadto po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe dokumenty związane z funkcjonowaniem placówki.

Członkom zespołu wizytującego umożliwiono dostęp do wszystkich pomieszczeń i wykonanie niezbędnych czynności, zgodnie z mandatem określonym w OPCAT.

Niniejszy raport wskazuje problem systemowy, wymagający zmiany obowiązującego prawa (pkt 4) oraz obszary, które wymagają wzmocnienia z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt 5).

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. mieszkaniec, pracownik placówki, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że *żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaze, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.*

3. Ogólna charakterystyka placówki

Placówka działa od 2018 r. na podstawie Decyzji Wojewody Opolskiego nr 7/2018 (PSiZ.I.9423. 21.2017.AC) z dnia 21 lutego 2018 r. wydanej na czas nieokreślony. Podmiotem prowadzącym jest Rodzinny Dom Pomocy „Siedlisko” Monika Zinko Landzmierni, ul. Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego 55, 47-253 Cisek (NIP 9191113440, REGON 362421698).

Rodzinny Dom Pomocy przeznaczony jest dla 8 osób, kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku oraz przewlekle chorych. W dniu wizytacji w placówce przebywało 8 mieszkańców (3 mężczyzn oraz 5 kobiet), żadna z osób nie była ubezwłasnowolniona.

Placówka znajduje się na parterze budynku wolnostojącego. Jest ona dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną. Mieszkańcy zakwaterowani są w pokojach 1 lub 3 osobowych. Do dyspozycji mają dwie ogólnodostępne łazienki. Pokoje sypialne są odpowiednio wyposażone oraz posiadają wymagany metraż.

Rodzinny Dom Pomocy otoczony jest ogrodem, z którego mieszkańcy mogą korzystać w dowolnym momencie. Przy budynku znajduje się także przestronny taras.

Miesięczny koszt pobytu mieszkańca wynosi obecnie 3.200 zł., do którego należy także doliczyć koszty leków oraz pieluchomajtek, w przypadku przekroczenia miesięcznego limitu wskazanego przez NFZ. Zgodnie z przekazanymi przez kierownictwo placówki informacjami, w najbliższym czasie koszt pobytu mieszkańca w placówce podniesiony zostanie do ok. 3600 zł. Na opiekunach mieszkańców będzie także spoczywał obowiązek zapewnienia leków. Mieszkańcy jak również ich najbliżsi zostali już poinformowani o planowanej zmianie ceny. Zostaną także przygotowane odpowiednie aneksy do umów.

Planowana jest również rozbudowa budynku, która ma się zakończyć na przełomie sierpnia i września 2022 r. Docelowo limit zostanie podniesiony do 12 pensjonariuszy. Po przebudowie dom opieki będzie oferował pobyt w pokojach 1 lub 2-osobowych.

4. Problem systemowy – legalność pobytu w placówce osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a których stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy

Umowa o sprawowanie opieki nad pensjonariuszem w Rodzinnym Domu Pomocy zawierana jest między właścicielką – Moniką Zinko, a opiekunem faktycznym pensjonariusza. Umowa dotyczy zarówno umieszczenia mieszkańca w placówce, warunków i zasad pobytu oraz obowiązków leżących po stronie opiekuna i placówki. Do umowy dołączone jest także zobowiązanie do uiszczania opłat za pobyt w domu opieki, które podpisywane jest przez opiekunów faktycznych pensjonariuszy. Na wzorze umowy znajduje się także pole na podpis pensjonariusza, pod którym zawarto informację „nie jest wymagany do ważności umowy”. Analiza dokumentacji przeprowadzona przez przedstawicielki KMPT wykazała, że jedynie w kilku przypadkach na umowach pojawił się podpis mieszkańca, zazwyczaj umowa parafowana jest przez opiekuna faktycznego (członkowie rodzin) oraz właścicielkę.

Podkreślić należy, iż w dokumentacji mieszkańców brak było również oświadczeń woli pobytu pensjonariuszy w placówce. Jest to szczególnie istotne ze względu na fakt, iż w domu opieki w dniu wizytacji nie przebywały osoby ubezwłasnowolnione, a umowy o sprawowanie opieki parafowane były w większości przypadków jedynie przez opiekunów faktycznych mieszkańców.

W ocenie KMPT powyższy problem ma charakter systemowy, wymagający stworzenia odpowiednich przepisów prawnych, które zapewnią ochronę praw osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wykluczającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji.

Krajowy Mechanizm podkreśla, że działający w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób legitymowani w świetle obowiązujących przepisów do podejmowania decyzji w sprawie umieszczenia jej w placówce całodobowej opieki, nawet jeśli osoba taka znajduje się w złym stanie psychofizycznym i sama nie jest w stanie złożyć podpisu pod umową o świadczenie usług lub oświadczeniem woli pobytu.

Brak odpowiednich rozwiązań systemowych rodzi sytuację, w której umowa podpisana jest przez opiekuna faktycznego, który nie posiada upoważnienia do jej podpisania w imieniu mieszkańca. Brak podpisu strony pod umową dekompletuje jej elementy konieczne (do których w przypadku umów pisemnych należy podpis – art. 78 § 1 kodeksu cywilnego). Co prowadzi do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w domu opieki.

Placówkom całodobowej opieki nie można czynić zarzutu, że przyjmują osoby wymagające opieki mimo braku formalnego umocowania wnioskodawców. Czynią to bowiem mając na względzie dobro pensjonariusza. Nie można jednak tracić z pola widzenia, że jest to sytuacja niezgodna z prawem. Chodzi bowiem o podejmowanie przez osobę nieuprawnioną decyzji

w sprawie wolności innej osoby. Taka sytuacja pozwala na podejmowanie przez jedną osobę arbitralnych decyzji w stosunku do drugiej osoby – słabszej i uzależnionej od pomocy innych. Tym bardziej, że umieszczenie w tego typu placówkach wiąże się ze znacznym ograniczeniem wolności i samodecydowania o swoim losie. Nie można wykluczyć, że w skrajnych przypadkach decyzja taka podjęta będzie z naruszeniem interesu pensjonariusza, np. w celu uzyskania dostępu do jego mieszkania. Zawieranie umów przez opiekunów faktycznych pozostawia poza kontrolą jakiegokolwiek podmiotu (jak ma to miejsce np. w przypadku sądowej kontroli opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej) działania podejmowane przez osoby bliskie pensjonariuszy w ich imieniu. Istotna jest również kwestia odpowiedzialności cywilnej i karnej za decyzje o umieszczeniu pensjonariusza w placówce, co może mieć zastosowanie w postępowaniu sądowym wszczętym przez samego pensjonariusza lub innych członków jego rodziny.

Pożądane byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. poprzez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹, czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym². Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Warto w tym miejscu wskazać, że także Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) zwrócił uwagę na przedmiotową kwestię w swoim raporcie z wizyty w Polsce w 2009 r. Jak zauważa CPT należy podjąć kroki, aby mieszkańcy niezdolni do wyrażenia ważnej zgody na umieszczenie ich w placówce, nieposiadający opiekuna (rozumianego jako opiekuna prawnego) i niemający możliwości opuszczenia placówki, byli zgłaszani do właściwego sądu³.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Kontakt ze światem zewnętrznym

Tylko jeden z ośmiorga mieszkańców przebywających w domu opieki w chwili wizytacji był w stanie samodzielnie opuszczać placówkę. Pozostałe osoby ze względu na stan zdrowia oraz

¹ Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j.: Dz.U. z 2021 r., poz. 790).

² Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 685).

³ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, § 166.

poziom świadomości wychodziły poza teren Rodzinnego Domu Pomocy jedynie w asyście pracowników lub członków rodzin.

W dokumentacji pensjonariuszy nie znajdowały się jednak zaświadczenia lekarskie, które uzasadniałyby możliwość ograniczania samodzielnego opuszczania terenu placówki mieszkańcom, którym nie pozwala na to stan zdrowia. Zaświadczenie takie powinno być wydane na czas określony, nie dłuższy jednak niż 6 miesięcy⁴.

Krajowy Mechanizm zaleca uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki o zaświadczenia lekarskie wskazane w art. 68 ust. 2a-2h *Ustawy o pomocy społecznej* oraz ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego.

5.2. Mechanizmy skargowe

Z uzyskanych informacji wynika, że wszelkie uwagi od mieszkańców jak również osób odwiedzających, przyjmowane są ustnie przez pracowników lub kierownika placówki i na bieżąco rozwiązywane. W chwili rozpoczęcia wizytacji w placówce nie znajdował się zeszyt skarg i wniosków. Zespół wizytujący w czasie trwania wizytacji został poinformowany o jego założeniu. W celu ulepszenia dostępu pensjonariuszy do mechanizmów skargowych, KMPT rekomenduje poinformowanie zarówno mieszkańców i ich opiekunów prawnych i faktycznych o utworzeniu zeszytu skarg i wniosków. Informacje o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru, powinny być przekazywane w sposób zrozumiały dla odbiorców, zarówno ustnie jak i pisemnie.

W domu opieki brakowało także danych teleadresowych instytucji zajmujących się ochroną praw człowieka, do których można złożyć skargę na funkcjonowanie tego typu placówek. Krajowy Mechanizm zaleca wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, do których dostęp mają zarówno mieszkańcy, jak i osoby odwiedzające (np. tablice informacyjne na korytarzach, przy wejściu do placówki) danych teleadresowych instytucji, do których mieszkaniowców lub inna osoba mogłaby się zwrócić w przypadku naruszenia praw mieszkańca. Takimi instytucjami mogą być przykładowo: Rzecznik Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676), Rzecznik Praw Pacjenta, Wydział Polityki Społecznej Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu, organizacje pozarządowe (np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka).

Warto w tym miejscu wskazać, że CPT w swoim rocznym sprawozdaniu z 2017 r. przedstawił standardy odnoszące się do mechanizmów skargowych, które warto brać pod uwagę

⁴ Zob. art. 68 ust. 2a-2h *Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (t. j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 2268).

w procesie zarządzania placówką⁵. CPT podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur, niezależnie od rodzaju miejsca pozbawienia wolności (w tym w domach opieki). Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między pensjonariuszami, a personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji. Dlatego też mieszkańcy placówki powinni mieć zagwarantowany bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)⁶.

CPT zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem w oficjalnym języku zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców⁷. Podkreśla również, że brak skarg nie koniecznie powinien być uznawany za pozytywne zjawisko. Przeciwnie, może on świadczyć o niebezpiecznej sytuacji w placówce lub braku zaufania do systemu skarg⁸.

5.3. Opieka medyczna, psychologiczna i psychiatryczna

Opiekę medyczną nad mieszkańcami sprawuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zatrudniony w pobliskiej przychodni, do której zapisani są wszyscy pensjonariusze. Konsultacje realizowane są w formie teleporad lub jeżeli istnieje taka potrzeba lekarz przyjeżdża do domu opieki. W nagłych przypadkach pracownicy wzywają Zespół Ratownictwa Medycznego. Wizyty u lekarzy specjalistów realizowane są w ramach NFZ lub odpłatnie w jednej z klinik w Kędzierzynie-Koźlu. Transport realizowany jest przez rodziny pensjonariuszy lub w wyjątkowych okolicznościach przez pracowników domu opieki.

Mieszkańcy mają zapewnioną całodobową opiekę zespołu pielęgniarsko-opiekuńczego. W placówce zatrudnione są dwie pielęgniarki, jedna w ramach umowy zlecenia oraz właścicielka w ramach kontraktu. Obie pełnią dyżury na zmianę w godzinach nocnych oraz w weekendy.

⁵ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

⁶ Tamże, par. 79.

⁷ Tamże, par. 83.

⁸ Tamże, par. 91.

Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, iż właścicielka placówki, mieszka na piętrze budynku, w którym znajduje się dom opieki, tym samym w dowolnym momencie oraz wedle potrzeby udziela pomocy mieszkańcom. Pensjonariusze znajdują się także pod opieką pielęgniarki środowiskowej, która w placówce świadczy usługi cztery razy w tygodniu.

Nowi pensjonariusze nie są konsultowani przy przyjęciu lub bezpośrednio po nim przez lekarza. Konsultacji takiej poddawane są tylko osoby ze wskazaniem medycznym. Ogląd ciała wykonywany jest przez pielęgniarkę zarówno przy przyjęciu (etapowy) jak i podczas wieczornej kąpieli pierwszego dnia. Obserwacje z oglądu zapisywane są w indywidualnych kartach obserwacji dziennych, które prowadzone są elektronicznie.

KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za podstawową i minimalną gwarancję chroniącą te osoby przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce. Z kolei świadomość ujawnienia ewentualnych śladów przemocy i ich udokumentowania może zadziałać odstrasżająco na osoby rozważające użycie przemocy wobec mieszkańców⁹.

Badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania tortur. Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) podkreśla, że badanie powinno odbywać się w warunkach poufności (obecny powinien być wyłącznie personel medyczny) i być ukierunkowane na zdiagnozowanie ewentualnych przypadków tortur i złego traktowania¹⁰.

KMPT widzi też potrzebę przeszkolenia personelu z Protokołu stambulskiego, tj. oficjalnego podręcznika ONZ dotyczącego diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zawiera on wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą przemocy (w tym tortur) oraz wytyczne, jak należy zgłaszać takie przypadki odpowiednim organom. Dokument ten dostępny jest w polskiej wersji językowej i odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur¹¹. Stanowi więc istotny element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne, wzmacniające potencjał personelu.

⁹ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 16 marzec 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 45-48; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61; Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpień 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport SPT z wizyty w Szwecji, 10 wrzesień 2008 r., CAT/OP/SWE/1, § 62-64; Drugie Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf (92) 3, § 36-38; Raport CPT z wizyty w Polsce, 25 czerwiec 2014 r., CPT/Inf (2014) 21, § 26, 30; Raport CPT z wizyty w Turcji, CPT/Inf (2009) 17, § 53; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016) 25, § 167.

¹⁰ Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61.

¹¹ Dokument dostępny na stronie Biura RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulskipodr%C4%99cznik-skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego> (dostęp: 04.12.2021 r.)

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet ONZ Przeciwko Torturom (CAT)¹², Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)¹³, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur¹⁴ i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)¹⁵.

Pensjonariusze nie mają zagwarantowanej opieki psychologicznej, jeżeli obserwowany jest spadek nastroju u mieszkańców rozmowy przeprowadza personel, który nie ma przygotowania merytorycznego w tym zakresie.

Podkreślenia wymaga fakt, że sam pobyt w placówce całodobowej opieki, zmiana otoczenia, długotrwałe rozstanie z bliskimi jak również brak akceptacji dla zmian psychicznych oraz fizycznych, które towarzyszą procesowi starzenia się, mogą wywoływać negatywne skutki dla zdrowia psychicznego mieszkańców. Osoby starsze dość często borykają się z depresją, a jedynie wykwalifikowany psycholog potrafi rozpoznać i zbadać pierwsze jej symptomy jak również oszacować ryzyko rozwoju choroby oraz przewidzieć zachowanie mieszkańca. Psycholog może także stanowić wsparcie dla pracowników oraz rodzin pensjonariuszy.

Mieszkańcy nie są także objęci regularnymi konsultacjami psychiatrycznymi. Przed pandemią koronawirusa lekarz psychiatra zgodnie z zapotrzebowaniem, odpłatnie konsultował pensjonariuszy w domu opieki. Obecnie konsultacje te realizowane są w formie teleporad.

Zapewnienie regularnych konsultacji psychiatrycznych jest szczególnie istotne ze względu na fakt, iż w placówce przebywają osoby z chorobą Alzheimera oraz zespołami otępiennymi. Stosowana przy tego typu schorzeniach farmakoterapia bazuje na lekach z grupy psychotropów oraz środków silnie oddziałujących na ośrodkowy układ nerwowy. W opinii Krajowego Mechanizmu osoby takie powinny być regularnie konsultowane przez specjalistów w celu oceny efektywności zalecanej terapii oraz jeżeli zaistnieje taka potrzeba niezbędnej i niezwłocznej modyfikacji zaordynowanego leczenia.

Także SPT wskazuje na istotę zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej osobom przebywającym m. in. w placówkach opiekuńczych. Regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób pozbawionych wolności ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje się, aby władze uwzględniły rutynowe badania

¹² Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

¹³ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

¹⁴ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

¹⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

w zakresie zdrowia psychicznego podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu zatrzymania (rozumianym także jako dom opieki). W opinii SPT, Państwo powinno uwzględniać oceny zdrowia psychicznego w codziennych kontrolach przeprowadzanych przez odpowiednio wyszkolony personel. Ponadto powinno zapewnić szybki dostęp do usług i programów zdrowia psychicznego, w tym dostępu do psychiatrii, po skierowaniu przez personel lub samodzielny wniosek zatrzymanego (w tym także pensjonariusza domu opieki)¹⁶.

Krajowy Mechanizm zaleca nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki.

KMPT zaleca także zapewnienie regularnych konsultacji psychiatrycznych wszystkim mieszkańcom.

Niepokój przedstawicieli KMPT wzbudził także fakt, iż niektórzy z pensjonariuszy przyjmują leki w postaci rozkruszonej. Zgodnie z wyjaśnieniami kierownika placówki, o fakcie problemów z połykaniem medykamentów i potrzebie ich kruszenia każdorazowo informowany jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który przepisując kolejne leki zastępuje je odpowiednikami w innej postaci niż tabletki lub kapsułki. Jednak w żadnej z teczek medycznych mieszkańców nie znalazło się zalecenie lekarskie do rozkruszania leków dla konkretnych pensjonariuszy.

KMPT pragnie podkreślić, iż zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego¹⁷, rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobrotu pacjenta w odpowiedniej ilości, zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

KMPT zaleca bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania medykamentów w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej.

5.4. Terapia zajęciowa

Pensjonariusze nie mają zapewnionej profesjonalnej terapii zajęciowej. Personel domu opieki stara się organizować czas wolny mieszkańców jedynie wówczas gdy nie koliduje to

¹⁶ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 30 i 32.

¹⁷ Zob. Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Prawa%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20dom%C3%B3w%20pomocy%20spo%C5%82ecznej%20%202016.pdf>, s. 109-111.

z innymi czynnościami opiekuńczymi. Wówczas pensjonariusze rysują, układają puzzle, wykonują drobne ćwiczenia manualne lub czytają. W ciepłe dni mieszkańcy chętnie wychodzą do ogrodu, gdzie mogą zbierać maliny, zrywać kwiaty oraz podziwiać koty i ozdobne kury, które znajdują się w części gospodarczej przyległej do ogrodu placówki. W domu opieki celebrowane są także wszystkie święta i uroczystości takie jak urodziny czy imieniny.

W ocenie KMPT, mieszkańcy powinni mieć zapewnioną profesjonalną terapię zajęciową, która pomogłaby w aktywizacji fizycznej, psychicznej jak również intelektualnej pensjonariuszy. Obecne formy spędzania czasu wolnego przez pensjonariuszy nie stanowią bowiem oddziaływań terapeutycznych. Należy podkreślić, że terapia zajęciowa powinna być prowadzona w sposób przemyślany oraz udokumentowany, aby umożliwić ocenę efektywności podjętych oddziaływań.

5.5. Niestandardowe formy zabezpieczeń przed upadkiem

Z uzyskanych w trakcie wizytacji informacji wynika, iż wobec jednej z mieszkańek sporadycznie stosowane są niestandardowe formy zabezpieczeń przed zsunieniem się z wózka geriatrycznego oraz upadkiem. Zabezpieczenie w postaci podtrzymania bawełnianym prześcieradłem stosowane jest zwłaszcza w porach posiłku. Prześcieradło przepasywane jest na brzuchu mieszkanki oraz przywiązywane do wózka. Zgodnie z zapewnieniami personelu, procedura ta stosowana jest sporadycznie, a prześcieradło zostało wybrane ze względu na materiał z jakiego jest wykonane, jako alternatywa dla dołączonego do wózka mieszkanki atestowanego pasa podtrzymującego. W ocenie pracowników jest on wykonany ze zbyt sztywnego i ostrego na końcach materiału, który może powodować dyskomfort u pensjonariuszki.

Stosowana przez personel placówki metoda, formalnie nie jest przymusem bezpośrednim, ale istnieje ryzyko, że może ingerować w wolność jednostki. W procesie opiekuńczym istnieją jednak sytuacje, gdzie stosowanie środków zabezpieczających jest niezbędne dla ochrony zdrowia mieszkańca. W związku z tym ich stosowaniu musi towarzyszyć szereg gwarancji o charakterze proceduralnym i materialnym. Z punktu widzenia art. 31 ust. 3 Konstytucji gwarancje te powinny być określone w ustawie. Stosowanie tego typu procedur bez odpowiedniej podstawy prawnej stanowi działanie nielegalne, mogące wypełniać znamiona czynów zabronionych (naruszenie nietykalności cielesnej czy bezprawne pozbawienie wolności).

Na potrzebę uregulowania w ustawie stosowanych przez personel opiekuńczy niestandardowych form zabezpieczeń mieszkańców wskazała również Komisja Ekspertów

Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur¹⁸. Zgodnie z jej rekomendacją w placówce, w której stosowane są tego typu zabezpieczenia powinna zostać opracowana szczegółowa procedura regulująca sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi stosowania tego typu środków. Każdorazowo decyzja powinna być poparta opinią lekarza. Wykorzystywane powinny być jedynie zabezpieczenia posiadające odpowiednie atesty bezpieczeństwa i dostosowane do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami. Natomiast przebieg procedury szczegółowo opisany i udokumentowany.

5.6. Rejestry i dokumentacja

W placówce nigdy nie był stosowany przymus bezpośredni, nie występowały także zdarzenia nadzwyczajne takie jak akty agresji lub autoagresji u mieszkańców. Z tego też powodu w domu opieki nie jest prowadzony rejestr stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz zdarzeń nadzwyczajnych. Brak tego typu sytuacji spowodowany jest zapewne tym, iż jednym z kluczowych czynników uniemożliwiających przyjęcie nowego pensjonariusza do placówki jest jego agresywne zachowanie oraz poważne zaburzenia psychiczne. Aby uniknąć tego typu sytuacji wprowadzono także 7-dniowy okres adaptacyjny, w którym oceniane jest funkcjonowanie nowego mieszkańca, jak również proces jego aklimatyzacji w nowym miejscu.

Krajowy Mechanizm przypomina jednak, iż zgodnie z art. 68a Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (t. j.: Dz.U. z 2021 r., poz. 2268), „*podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku jest obowiązany m. in. do prowadzenia ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka*”.

W placówce do czasu wizytacji nie stosowano także rejestru wejść i wyjść. Dokument taki funkcjonował jedynie w czasie pandemii koronawirusa do czasu zniesienia obostrzeń dotyczących domów opieki. W trakcie wizytacji przedstawicielki Krajowego Mechanizmu zostały poinformowane o ponownym jego założeniu.

KMPT zaleca także utworzenie rejestru zdarzeń nadzwyczajnych, w którym mogłyby się znaleźć szczegółowe informacje dotyczące ewentualnych aktów agresji lub autoagresji. Dobrze prowadzone rejestry stanowią ważne zabezpieczenie przed torturami, niehumanitarnym i poniżającym traktowaniem, na co zwraca uwagę SPT¹⁹.

¹⁸ Opinia Komisji Ekspertów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z dnia 29 sierpnia 2019 r. Zob. również raport KMPT z wizytacji Rodzinnego Domu Opieki „Staś” w Gnojniku, KMP.573.10.2021.

¹⁹ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt. 2, paragrafy 49-52.

Niepokój przedstawicielk Krajowego Mechanizmu, wzbudził także jeden z zapisów zawartych w Umowie o sprawowanie opieki. W §2 ust. 2 lit. d, zawarto informację, iż „dom nie zobowiązuje się do odpowiedzialności za pieniądze i wartościowe przedmioty pozostawione Pensjonariuszowi”. Trzeba podkreślić, że postanowienie takie zostało uznane przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) w opracowaniu *Domy opieki –Badanie wzorców umownych stosowanych w placówkach świadczących usługi w zakresie zapewnienia opieki osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku*²⁰, za niedozwolone. Obowiązkiem domu opieki jest bowiem, w ocenie UOKiK, stworzenie możliwości zapewnienia bezpieczeństwa rzeczy osobistych. KMPT zwraca uwagę, że w wizytowanej placówce dostępny jest depozyt (sejf) jak również w zapisach Regulaminu wskazano, iż „świadczenie podstawowych czynności wspomagających wobec mieszkańca polega m.in. na zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych”. Tym samym stan faktyczny jak i zapisy regulaminu stoją w sprzeczności z §2 ust. 2 lit. d Umowy o świadczenie opieki.

Krajowy Mechanizm, zaleca wyeliminowanie wadliwego zapisu z treści Umowy o świadczenie opieki. Należy bowiem podkreślić, że zgodnie z kodeksem cywilnym, jeśli umowa, którą konsument już podpisał, zawiera niedozwolone postanowienia, to nie wiążą one konsumenta z mocy prawa.

Przedstawicielki KMPT w jednej z teczek osobowych mieszkańców ujawniły dowód osobisty pensjonariuszki, co mogło być spowodowane niedawną hospitalizacją kobiety. Wskazana dokumentacja nie zawierała jednak zgody danej osoby na pozostawienie dowodu w placówce.

Krajowy Mechanizm zaleca każdorazowe odbieranie pisemnej zgody mieszkańca lub jego opiekuna prawnego na pozostawienie w dokumentacji/depozycie placówki dowodu osobistego pensjonariusza. W przeciwnym razie naruszone mogą zostać przepisy *Ustawy o dowodach osobistych* z dnia 6 sierpnia 2010 r. (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 816).

5.7. Pracownicy

Opiekę w systemie zmianowym zapewniają opiekunki, które pełnią dyżury w godzinach 7:35-14:35 oraz 12:00-20:00. W momencie wizytacji zatrudnione były dwie panie. Jedna w ramach całego etatu, a druga na ¼ etatu. Druga z pań, zgodnie z zapewnieniami kierownictwa placówki od stycznia lub lutego 2022 r. będzie pracować w ramach pełnego etatu, bowiem placówka rozwiązała umowę z jedną z opiekunek, która zatrudniona była na cały etat tuż przed rozpoczęciem wizytacji KMPT.

²⁰Zob, https://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12351, [dostęp:10.12.2021].

Krajowy Mechanizm, pragnie przypomnieć, iż kierownicy placówek całodobowej opieki zostali zobowiązani do dostosowania liczby zatrudnionego personelu jak również jego wykształcenia i posiadanych kwalifikacji do wymogów określonych w znowelizowanej ustawie o pomocy społecznej²¹.

Zgodnie z wymogami wskazanego aktu prawnego usługi opiekuńcze wykonywać będą mogły jedynie osoby posiadające kwalifikacje niezbędne do wykonywania zawodu: lekarza, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, opiekuna w domu pomocy społecznej, opiekuna osoby starszej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, opiekuna medycznego albo osoby posiadające udokumentowane co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe polegające na świadczeniu usług opiekuńczych osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy²². Placówki całodobowej opieki, które rozpoczęły swoją działalność przed dniem 1 stycznia 2020 r., powinny spełnić wskazany wymóg do dnia 1 czerwca 2023 r.²³. Do tego dnia kierownictwo domów opieki będzie także zobowiązane zatrudnić odpowiednią liczbę wskazanego powyżej personelu w wymiarze nie mniej niż 1/3 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę przebywającą w placówce. Należy mieć na uwadze, iż osoba fizyczna prowadząca placówkę, spełniająca przytoczone powyżej kwalifikacje zaliczać się będzie w wymiarze 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy. Wprowadzony zostanie także minimalny poziom zatrudnienia w wymiarze 4,5 pełnego wymiaru czasu pracy²⁴.

Ze względu na planowaną rozbudowę oraz zwiększenie limitu przyjmowanych mieszkańców, kierownictwo placówki powinno zwrócić szczególną uwagę na kwestię dostosowania liczby zatrudnionego personelu. W ocenie KMPT obecny poziom zatrudnienia opiekunek (łącznie w wymiarze 1 i ¼ etatu) jest niewystarczający dla zapewnienia całodobowej opieki 8 pensjonariuszy.

Z udostępnionych KMPT informacji wynika, że personel posiada odpowiednie do wykonywanych zadań kwalifikacje i doświadczenie zawodowe. W opinii KMPT niepokojącym zjawiskiem jest natomiast brak regularnych szkoleń dla personelu.

Z uwagi na specyfikę pracy w placówce, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by stworzyć katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów

²¹ Art. 68a pkt 4-5 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (t. j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 2268).

²² Tamże, art. 68a pkt 4.

²³ Art. 2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2021 r. *o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* (t.j.: Dz. U. poz. 803).

²⁴ Tamże, art. 2.

m. in. dotyczących: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pensjonariuszem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.

KMPT rekomenduje również zorganizowanie personelowi superwizji, która pozwoli na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co może również zapobiec wypaleniu zawodowemu. Superwizja powinna być prowadzona przez zewnętrznego eksperta.

CPT podkreśla, że z uwagi na trudny charakter pracy, personel oddziałowy w domu opieki (pielęgniarka, salowa) powinien otrzymywać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu uniknięcia wypalenia oraz zachowania wysokich standardów opieki²⁵.

Ponadto zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy²⁶.

6. Przygotowanie placówki na zagrożenie związane z pandemią COVID-19

Placówka została dobrze przygotowana na zagrożenie związane z pandemią koronawirusa. Od początku pandemii nie odnotowano żadnego zakażenia wśród mieszkańców oraz pracowników. W czasie obowiązywania największych obostrzeń dla placówek opiekuńczych oraz domów pomocy społecznej, w placówce wprowadzono zakaz odwiedzin oraz realizacji przepustek. Kontakt ze światem zewnętrznym realizowany był za pośrednictwem telefonów komórkowych mieszkańców, telefonu stacjonarnego jak również za pośrednictwem komunikatorów internetowych. Bezpośredni kontakt z zachowaniem ścisłego reżimu sanitarnego umożliwiany był jedynie najbliższym osób w stanie terminalnym. Pracownicy domu opieki zrezygnowali także z zatrudnienia w innych miejscach. W okresie letnim odwiedziny realizowane były w ogrodzie lub na tarasie placówki z zachowaniem odpowiedniego dystansu jak również obowiązkiem zakrywania ust i nosa.

Pracownicy i pensjonariusze po terenie domu opieki poruszają się bez maseczek ochronnych. Regularnie mierzona jest temperatura ciała mieszkańców. Przed przyjęciem nowego pensjonariusza rodzina zobowiązana jest do przedłożenia negatywnego testu na obecność koronawirusa, wykonanego nie wcześniej niż dwa dni przed planowanym przyjęciem.

²⁵ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 17. Zobacz również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, par. 149.

²⁶ Zob. art. 34 rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 19 lutego 2014 r.

Obecnie wszyscy mieszkańcy jak i pracownicy są zaszczepieni przeciwko COVID-19. Szczepienia realizowane były w placówce za zgodą pensjonariuszy. Informacje o planowanych szczepieniach przekazywane były także opiekunom faktycznym mieszkańców.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają:

Kierownikowi Rodzinnego Domu Pomocy w Landzmierzu ul. Gałczyńskiego 55:

1. wyeliminowanie wadliwego zapisu z treści Umowy o świadczenie opieki, dotyczącego braku zobowiązania domu opieki do odpowiedzialności za środki pieniężne oraz przedmioty wartościowe pozostawione pensjonariuszom;
2. każdorazowe odbieranie pisemnej zgody mieszkańca lub jego opiekuna prawnego na pozostawienie w dokumentacji/depozycie placówki dowodu osobistego pensjonariusza;
3. uzupełnienie teczek osobowych mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki ze względów zdrowotnych o zaświadczenia lekarskie;
4. poinformowanie zarówno mieszkańców i ich opiekunów prawnych i faktycznych o utworzeniu zeszytu skarg i wniosków jak również informowanie o prawie, sposobie składania skarg i wniosków oraz miejscu przechowywania rejestru w sposób zrozumiały dla odbiorców;
5. wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych, danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka;
6. przeprowadzanie niezależnego, wstępnego badania lekarskiego przy przyjęciu każdego nowego pensjonariusza;
7. dokumentowanie obrażeń mieszkańców zgodnie z Protokołem Stambulskim za pomocą tzw. „map ciała”, które powinny być dołączane do dokumentacji medycznej mieszkańca;
8. nawiązanie współpracy z wykwalifikowanym i doświadczonym psychologiem, który stanowiłby odpowiednie wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
9. zapewnienie regularnych konsultacji psychiatrycznych wszystkim mieszkańcom placówki;
10. bieżące uzupełnianie dokumentacji pensjonariuszy o zalecenia lekarzy dotyczące podawania leków w formie rozkruszonej;

11. nawiązanie współpracy z terapeutą zajęciowym;
12. stosowanie wobec pensjonariuszy atestowanych zabezpieczeń, przed upadkiem lub zsunieniem się dla osób w podeszłym wieku lub z niepełnosprawnościami, wyłącznie na zlecenie lekarza oraz odnotowywanie tego faktu w dokumentacji mieszkańca;
13. utworzenie ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka;
14. utworzenie rejestru zdarzeń nadzwyczajnych;
15. systematyczne wspieranie rozwoju zawodowego personelu poprzez oferowanie specjalistycznych szkoleń;
16. zorganizowanie personelowi superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta.

Ponadto, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zwracają się do właścicielki placówki Rodzinny Dom Pomocy „Siedlisko” w Landzmierzu, o informację dotyczącą aktualnego stanu zatrudnienia opiekunek i wymiaru ich czasu pracy.

Opracowała: Aleksandra Nowicka

Marcin Kusy
Zastępca Dyrektora Zespołu
/-podpisano elektronicznie/