



Warszawa, 19-01-2024 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Krajowy Mechanizm Prewencji**

**KMP.573.13.2023.MD**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji  
Placówki Całodobowej Opieki pn. „DARDOM” w Markach k. Warszawy**

**1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur**

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)<sup>1</sup>. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji)<sup>2</sup>. Podpisując OPCAT, Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

<sup>2</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

<sup>3</sup> Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2023 r. poz. 1058).

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem<sup>4</sup>.

Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”<sup>5</sup>.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego<sup>6</sup>. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane<sup>7</sup>.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>8</sup>.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>9</sup>. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia

---

<sup>4</sup> Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

<sup>5</sup> Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

<sup>6</sup> Zob. art. 20 OPCAT.

<sup>7</sup> Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

<sup>8</sup> Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., Część II – Jak pracuje KMPT?.

<sup>9</sup> Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 6. Zobacz również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, New York and Geneva 2018, s. 4-6.

tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ<sup>10</sup> oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu zidentyfikują ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

## **2. Zakaz represji**

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

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

Przedstawicielki Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowały kierownictwo placówki o bezwzględnym zakazie rozpytywania zarówno pracowników, jak również mieszkańców placówki, o treść rozmów indywidualnych oraz niedopuszczalności stosowania jakichkolwiek represji wobec osób, które zgodziły się rozmawiać z przedstawicielkami Krajowego Mechanizmu. **Pomimo to w drugim dniu**

---

<sup>10</sup> Zob. art. 19 lit. b OPCAT.

**wizytacji przedstawicielki KMPT otrzymały informację, że mieszkańcy byli wypytywani o treść rozmów, pytania, jakie padały w ich trakcie, oraz informacje, jakie przekazali mieszkańcy i pracownicy.** W świetle wspomnianego powyżej przepisu OPCAT takie postępowanie jest bezwzględnie niedopuszczalne.

### **3. Uwagi wstępne na temat wizytacji**

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 9-10 października 2023 r. przedstawicielki Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadziły wizytację Placówki Całodobowej Opieki „DARDOM” Dariusz Sitek w Markach (ul. Ząbkowska 55).

W skład zespołu wizytującego wchodziły: Magdalena Dzedzic (prawniczka), Oliwia Rybczyńska (prawniczka), Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz Klaudia Kamińska (prawnik).

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

Przeprowadzone czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania placówki, przekazanych przez Agnieszkę Sitek – kierowniczkę placówki;
- dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pacjentów placówki, w tym m.in.: pokoi pacjentów, sanitariatów, miejsc przeznaczonych do użytku wspólnego, a także terenu zewnętrznego placówki;

- przeprowadzeniu rozmów indywidualnych z pacjentami i pracownikami placówki, bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność;
- analizie dostępnej na miejscu dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie pacjentów przez personel placówki, kwalifikacje zawodowe personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, swoboda praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W ramach niniejszego raportu opisano problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania (rozdział 6) oraz omówiono najważniejsze obszary, które wymagają poprawy z punktu widzenia prewencji tortur, niehumanitarnego i poniżającego traktowania (rozdział 7). Dodatkowo, z uwagi na skalę naruszeń praw mieszkańców, w rozdziale 5 przedstawiono ustalenia pracowników Wydziału Rodziny i Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, którzy przeprowadzili kontrolę placówki już po zakończeniu wizytacji KMPT, 27 października 2023 r.

**W tym miejscu należy podkreślić, że szczególny niepokój budzi fakt świadomości kierownictwa placówki, iż jej działalność jest sprzeczna z przepisami prawa oraz standardami, jakimi należałoby kierować się w celu zapewnienia mieszkańcom bezpieczeństwa i prawidłowej opieki.** Kierowniczka placówki wprost informowała przedstawicielki KMPT o stwierdzonych wcześniej przez Urząd Wojewódzki nieprawidłowościach, wskazując, że wymagania stawiane placówce są nierealistyczne i nie powinny być egzekwowane. Opisane w niniejszym raporcie naruszenia praw mieszkańców, do jakich dochodziło w placówce, miały zatem miejsce za wiedzą i zgodą kierownictwa placówki.

#### **4. Ogólna charakterystyka placówki**

Placówka całodobowej opieki prowadzona jest w ramach działalności gospodarczej przez Dariusza Sitka i działa na podstawie zezwolenia Wojewody Mazowieckiego nr 12/2011 wydanego 3 czerwca 2011 r. na czas nieokreślony.

Placówka przeznaczona jest dla osób z niepełnosprawnością oraz osób w podeszłym wieku, a jej pojemność zgodnie z zezwoleniem wynosi 35 miejsc.

Zgodnie z informacją przekazaną przez kierownictwo placówki opłata miesięczna za pobyt w placówce wynosi od 3000 do 3500 złotych miesięcznie.

## **5. Ustalenia pracowników Urzędu Wojewódzkiego**

Dnia 27 października 2023 r., tj. po zakończeniu wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, przeprowadzona została kontrola Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, do którego wpłynęła informacja, że na poddaszu budynku przebywają kolejne osoby, o których nie są informowane osoby prowadzące kontrole w placówce. Pracownicy Wydziału Rodziny i Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego potwierdzili te informacje i ustalili, że w chwili rozpoczęcia czynności kontrolnych w placówce przebywało 69 osób z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorych, w podeszłym wieku, wymagających całodobowej opieki. Tym samym doszło do samowolnego, **niemalże dwukrotnego przekroczenia liczby miejsc** w stosunku do liczby, na jaką zostało wydane zezwolenie.

Wbrew informacjom udzielanym w trakcie wcześniejszych kontroli przedstawicielkom Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur oraz pracownikom Urzędu Wojewódzkiego, na poddaszu znajdowało się 25 osób w podeszłym wieku, z niepełnosprawnością ruchową, w większości z ograniczonym kontaktem lub bez kontaktu słowno-logicznego, osoby słabe fizycznie.

Osoby zamieszkujące poddasze przebywały w warunkach zagrażających ich zdrowiu i życiu.

Z informacji przekazanej przez Urząd Wojewódzki wynika, że „mieszkańcy poddasza byli zaniedbani higienicznie, a w pomieszczeniach panował fetor i zaduch, dodatkowo

spotęgowany brakiem dostępu do świeżego powietrza. Tylko w jednym pomieszczeniu było pełnowymiarowe okno, w dwóch – nie było okien, w pozostałych były okna o niewielkiej powierzchni, typu lufcik. Pomieszczenia były niedoświetlone i pozbawione dostępu do stałego źródła prądu i światła.

Okna były zamknięte, zasłonięte brudnymi, zniszczonymi prześcieradłami i innymi tkaninami. Pomieszczenia były niedoświetlone, pozbawione dostępu do stałego źródła prądu i światła, tj. lamp sufitowych czy ściennych. Światło było dystrybuowane poprzez kabel siłowy podłączony do niezabezpieczonych przewodów i do żarówek.

Pomieszczenia, w których przebywali mieszkańcy, wyposażone były w łóżka polowe z cienkimi materacami oraz w same materace.

Pościel na łóżkach była bardzo brudna, poplamiona, nieświeża, pomięta, niekompletna. Oprócz łóżek i materacy, pomieszczenia były wyposażone w: jeden zniszczony stolik, kilka krzesel, telewizor. Na poddaszu znajdowało się jedno wydzielone pomieszczenie sanitarne bez drzwi, wyposażone w jedną toaletę, prysznic, umywalkę i pralkę. Ponadto, w jednym z pomieszczeń, w którym zgromadzeni byli mieszkańcy stała przenośna toaleta krzeselkowa. Z mieszkańcami na poddaszu przebywały dwie opiekunki. Warunki na poddaszu inspektorzy uznali za nieludzkie. Umieszczenie w nich osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych, zależnych uznano za traktowanie poniżające, urągające godności, pozbawiające wolności. Poziom oferowanych usług nie zapewniał standardu. Nosił znamiona znęcania się nad osobami zależnymi oraz stosowania przemocy psychicznej wobec nich”.

Z uwagi na zagrożenie zdrowia i życia mieszkańców, a także skrajnie niegodne warunki, podjęto decyzję o interwencyjnym przeniesieniu mieszkańców do innych placówek. Ostatecznie część z nich zrezygnowała z przewiezienia, a dwoje mieszkańców zostało zabranych przez członków rodziny, którzy rozwiązali umowę z placówką w trybie natychmiastowym.

**Biorąc pod uwagę całokształt zgromadzonych informacji oraz skalę nieprawidłowości, wszczęte zostało postępowanie o cofnięcie zezwolenia na prowadzenie placówki. Jednocześnie złożono zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa polegającego na narażeniu mieszkańców placówki przez podmiot prowadzący placówkę, kierownika placówki oraz personel na utratę zdrowia i życia, a także na stosowaniu przemocy psychicznej i znęcaniu się nad mieszkańcami poddasza.**

## **6. Problemy systemowe**

### **6.1. Legalność pobytu w placówce osób nieubezpieczonych, których stan w momencie przyjęcia nie pozwalał na zawarcie umowy**

Podstawą pobytu mieszkańca w placówce jest umowa podpisywana pomiędzy przedstawicielem placówki a mieszkańcem bądź inną osobą przy jednoczesnym wyrażeniu przez mieszkańca zgody na pobyt w placówce. Żadne z powyższych rozwiązań nie budzi zastrzeżeń z prawnego punktu widzenia. Nie ma bowiem przeciwskażeń, aby osoba trzecia przyjęła na siebie zobowiązanie ponoszenia kosztów związanych z pobytem mieszkańca w placówce. Jeśli mieszkaniec jest w stanie wyrazić i wyraża dobrowolną zgodę na pobyt w placówce, oświadczenie stanowiące załącznik do umowy należy uznać za wystarczające.

**Przedstawiciele KMPT powzięli jednak wątpliwość co do autentyczności części podpisów złożonych w umowach lub innych dokumentach zgromadzonych w placówce.** W kilku przypadkach wzór podpisu odbiegał od wzoru, który widoczny był w kopii dowodu osobistego przechowywanej w dokumentacji, a podobny był do charakteru pisma członka rodziny lub innej osoby bliskiej, która składała oświadczenia w innych dokumentach.

W jednym przypadku wątpliwość dotyczyła podpisu mieszkanki, której stan zdrowia wskazywał, że w dacie złożenia podpisu nie byłaby w stanie dokonać prawidłowej oceny sytuacji, w jakiej się znajduje, a w związku z tym wyrazić świadomej zgody oraz



podpisać się. W dokumentacji tej mieszkanki znajdowało się zaświadczenie lekarskie, w którym powołano się na konsultacje dokonywane na przestrzeni kilku poprzednich dni i wskazano m.in.: „W mowie spontanicznej pojawia się potwierdzenie i przeczenie nie zawsze adekwatne do stanu faktycznego oraz słowa posiłkowe”, „Nazywanie, czytanie i pisanie zniesione”, „U pacjentki utrzymuje się afazja mieszana znacznego stopnia”. Zaświadczenie wystawione zostało w dniu poprzedzającym podpisanie umowy.

Kierowniczka placówki nie była w stanie wyjaśnić wątpliwości przedstawicieli Krajowego Mechanizmu. Po przedstawieniu jej wątpliwości w zakresie autentyczności podpisu mieszkanki, u której rozpoznano afazję, i porównaniu treści dokumentacji medycznej z oświadczeniem, pod którym złożony został podpis, kierowniczka placówki wyraziła zaskoczenie, że podjęta została próba weryfikacji autentyczności podpisów, gdyż jej zdaniem należałoby poprzestać na tym, że podpis znajduje się pod wymaganym oświadczeniem. Pytana o procedurę podpisania umowy wyjaśniła, że mieszkańcy z rodziną udają się do wyznaczonego pokoju mieszkalnego i tam podpisują wszelkie dokumenty, dlatego kierowniczka nie ma wiedzy na temat tego, kto faktycznie składa podpis pod dokumentem.

Nie ma oczywiście przeszkód formalnych, by osoby, pomiędzy którymi dochodzi do zawarcia umowy, złożyły swoje oświadczenia w różnym miejscu i czasie. W praktyce jednak należałoby zadać pytanie, dlaczego wątpliwości osób kierujących placówką nie wzbudził fakt, że dotarło do nich pisemne oświadczenie woli rzekomo złożone przez osobę, u której zaburzony jest kontakt logiczno-słowny, a po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną mieszkanki można uzyskać potwierdzenie, że nie jest ona także w stanie czytać i pisać.

**Rzecznik Praw Obywatelskich, działając na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich, przekazał ustalenia przedstawicielek Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur właściwej prokuraturze rejonowej.**

Problem umieszczania w placówkach opiekuńczych osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a jednocześnie ich stan nie pozwala im na samodzielne i świadome wyrażenie zgody, ma charakter systemowy. Brak jest bowiem odpowiednich przepisów prawnych, które zapewniłyby ochronę praw osób, które nie są formalnie ubezwłasnowolnione, ale znajdują się w stanie wyłączającym możliwość rozeznania sytuacji, świadomego wyrażenia woli i podejmowania decyzji.

KMPT podkreśla, że podmioty działające w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są legitymowane 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). To zaś prowadzi do braku podstawy do umieszczenia mieszkańca w domu opieki.

Taka sytuacja pozwala na podejmowanie przez jedną osobę arbitralnych decyzji w stosunku do drugiej osoby – słabszej i uzależnionej od pomocy innych. Tymczasem 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.

Pożądanym byłoby więc uregulowanie tej kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach, np. przez wprowadzenie rozwiązań analogicznych do zgody zastępczej

sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego, wyrażanej w trybie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>11</sup> czy zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym<sup>12</sup>. Postanowienie właściwego sądu opiekuńczego pozwoliłoby na istotne wzmocnienie ochrony osób przyjmowanych do takich placówek, które to osoby obecnie pozostają często zupełnie bez wpływu na swoją przyszłość.

Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 r. wystosował w tej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej<sup>13</sup>. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy MRiPS oraz Ministerstwem Sprawiedliwości<sup>14</sup>. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu RPO oraz KMPT.

Warto w tym miejscu wskazać, że także Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej: CPT) zwrócił uwagę na tę kwestię w swoim raporcie z wizyty w Polsce w 2009 r. Jak zauważył 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 sądu<sup>15</sup>.

**W opinii KMPT konieczne jest zatem weryfikowanie przez personel, czy zgoda mieszkańca nieubezważonego wyrażona została świadomie, czy jest on w kontakcie logiczno-słownym i jest zdolny do oceny swojej sytuacji.**

## **6.2. Opieka psychologiczna**

---

<sup>11</sup> Zob. art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 ze zm.).

<sup>12</sup> Zob. art. 22 i 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r. poz. 2123).

<sup>13</sup> Zob. Wystąpienie Generalne RPO z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.KK.

<sup>14</sup> Zob. Pismo Sekretarza Stanu w MRiPS z 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP.

<sup>15</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, p. 166.

Obowiązujące przepisy nie zobowiązują osób prowadzących placówki całodobowej opieki do zatrudniania psychologa. W wizytowanej placówce również nie był on zatrudniony.

Zdaniem KMPT filarem należytej opieki nad mieszkańcami placówek opiekuńczych powinno być zapewnienie im stałego i nieskrępowanego dostępu do psychologa. Wsparcie psychologiczne jest szczególnie istotne zwłaszcza w początkowym okresie pobytu, całkowitej zmiany otoczenia, kiedy to u osoby w podeszłym wieku może pojawić się poczucie zagubienia, skłonność do stanów depresyjnych, zamykanie się w sobie lub niechęć do nawiązywania kontaktów. Osoba taka może doświadczać wtedy silnego oporu wewnętrznego – nie potrafi pogodzić się ze swoim losem, czemu towarzyszą silne emocje. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z pensjonariuszem systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych przez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką pensjonariuszy trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość pensjonariusza, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i najbliższymi mieszkańców. W sytuacjach odmowy współpracy ze strony pensjonariusza psycholog mógłby natomiast formułować zalecenia odnośnie do sposobu postępowania pozostałego personelu z danym mieszkańcem.

Podkreślenia wymaga, iż osoby w podeszłym wieku konfrontują się z kwestią schyłku życia, dokonują podsumowania swojego życia. W takich sytuacjach może pojawić się lęk przed śmiercią, samotnością, doświadczenie opuszczenia przez najbliższych. Problem ten dotyczy również osób przewlekle somatycznie chorych, szczególnie w przypadku osób nieuleczalnie chorych.

Brak reakcji i udzielenia adekwatnej pomocy osobie w kryzysie, która de facto pozbawiona zostaje wolności w placówce całodobowej opieki, a dodatkowo jest pozostawiona sama sobie, bez odpowiedniej opieki w podstawowych kwestiach

życiowych i w obszarze potrzeb społecznych, może prowadzić do nieludzkiego traktowania.

**Z uwagi na powyższe KMPT stoi na stanowisku, że niezbędne jest zatrudnienie w placówce psychologa, w wymiarze adekwatnym do liczby osób przebywających w placówce, nie mniejszym jednak niż 0,5 etatu.**

## **7. Obszary wymagające poprawy**

W niniejszym rozdziale przedstawione zostały ustalenia przedstawicielek Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poczynione w trakcie wizytacji w dniach 9-10 października 2023 r.

### **7.1. Przeludnienie**

Poza kontrolą przeprowadzoną 27 października 2023 r., placówka kontrolowana była przez Urząd Wojewódzki także w lipcu oraz wrześniu 2023 r. W trakcie obu kontroli potwierdzono samowolne zwiększenie liczby miejsc, ponad limit wskazany w zezwoleniu (tj. 35 miejsc).

W czasie wizytacji KMPT w placówce przebywać miało, zgodnie z oświadczeniem kierowniczkii placówki, 39 osób. Kierowniczka przekazała, że w czasie kontroli Urzędu Wojewódzkiego w placówce przebywało więcej osób, ale czyni starania, aby doprowadzić do zgodności z limitem wskazanym w zezwoleniu.

Kierowniczka placówki poinformowała, że mieszkańcy zakwaterowani są wyłącznie w pokojach znajdujących się na parterze, pierwszym oraz drugim piętrze. Należy zauważyć, że zwiększenie liczby osób przebywających w placówce nie tylko stanowi naruszenie w wymiarze formalnym, ale doprowadziło do pogorszenia warunków bytowych (zob. rozdział 6.3) oraz utrudniło i tak już ograniczony dostęp do personelu w związku z niewystarczającą liczbą pracowników (zob. rozdział 6.4).

Po zakończeniu wizytacji, w związku z ustaleniami pracowników Urzędu Wojewódzkiego dokonanymi 27 października 2023 r., KMPT pozostaje w kontakcie

z Mazowieckim Urzędem Wojewódzkim, w którym prowadzone jest postępowanie dotyczące cofnięcia zezwolenia na prowadzenie placówki.

Z informacji udzielonych przez pracowniczkę Urzędu Wojewódzkiego wynika, że po interwencji Urzędu Wojewódzkiego 27 października 2023 r. liczba mieszkańców obniżona została do limitu wynikającego z zezwolenia.

## **7.2. Traktowanie**

W trakcie rozmów indywidualnych przedstawicielki KMPT otrzymały sygnały, że zdarzają się sytuacje, gdy personel placówki w niewłaściwy sposób odnosi się do mieszkańców (zgłoszono przypadki używania przez pracowników wulgarnych słów oraz krzyczenia na mieszkańców).

**W związku z powyższym Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zauważa potrzebę przypomnienia pracownikom o konieczności traktowania mieszkańców z szacunkiem, komunikowania się w sposób opanowany niezależnie od okoliczności i zachowania mieszkańców, a także o bezwzględnym zakazie używania wulgarnych określeń.**

W kontekście sposobu traktowania mieszkańców należy podkreślić, że z uwagi na wiek, stan zdrowia czy niepełnosprawność mieszkańców tego typu placówek są oni w znacznym stopniu zależni od pomocy osób trzecich, wymagają szczególnych warunków bytowych, opieki medycznej i innych usług, których niezapewnienie może prowadzić do nieludzkiego bądź poniżającego traktowania. Opisane poniżej nieprawidłowości, dla zachowania przejrzystości raportu, podzielone zostały na odrębne rozdziały, niemniej większość z nich wpływa także ostatecznie na sposób traktowania mieszkańców w placówce.

## **7.3. Warunki bytowe**

Warunki bytowe zaobserwowane w trakcie wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur nie spełniały standardów wynikających z ustawy o pomocy społecznej (dalej: u.p.s.)<sup>16</sup>.

Według informacji przekazanej przez kierowniczkę placówki na rozmowie wstępnej, mieszkańcy rozlokowani mieli być w pokojach dwu- i trzyosobowych.

W trakcie oglądu przedstawicielki KMPT odnotowały, że w kilku pokojach znajdowały się cztery łóżka, w tym niskie łóżka-dostawki.

Stosowanie tego typu rozwiązań jest niedopuszczalne nie tylko ze względu na znacznie obniżony komfort, zwłaszcza że mieszkańcy większą część doby spędzają w łóżku.

Należy wziąć także pod uwagę, że nawet osoba, która byłaby w stanie samodzielnie zejść ze standardowego łóżka, nie będzie w stanie wstać z tak nisko położonego materaca, co pozbawia ją de facto możliwości samodzielnego poruszania się, prowadzi do postępującego zaniku sprawności fizycznej oraz zwiększania zależności od innych osób. Skazywanie osób starszych, zależnych od pomocy osób trzecich, na funkcjonowanie w takich warunkach stanowi w ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poniżające traktowanie.

Ustawodawca dopuścił tworzenie czteroosobowych pokoi jedynie w przypadku, gdy pokój taki zajmują wyłącznie osoby leżące<sup>17</sup>. Tymczasem w placówce w pokojach czteroosobowych kwaterowane były zarówno osoby leżące, jak i poruszające się samodzielnie. Ponadto powierzchnia w przeliczeniu na jedną osobę zakwaterowaną w pokoju wieloosobowym nie może być mniejsza niż 6 m kwadratowych<sup>18</sup>. Pomiar wykonany przez przedstawicielki KMPT wskazał, że ten standard również nie został spełniony.

W trakcie wizytacji odbywał się remont elewacji budynku. W ocenie wizytujących prac remontowych wymaga także wnętrze placówki, w szczególności pokoje mieszkańców.

---

<sup>16</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 ze zm.).

<sup>17</sup> Zob. art. 68 ust. 4a u.p.s.

<sup>18</sup> Zob. art. 68 ust. 4 pkt 2 lit. b-c u.p.s.

Pomieszczenia te były bowiem w sposób widoczny wyeksploatowane i ponure. Zniszczenia widoczne były m.in. na ścianach, listwach przypodłogowych, łózkach. Meble w pokojach były zdekompletowane, o różnych wymiarach, wyglądzie i stopniu zużycia. W trakcie wizytacji wyczuwalny był także nieprzyjemny zapach, który wskazywać może na niewystarczającą dbałość o czystość w placówce.

W części okien w pokojach mieszkańców wymontowane zostały klamki. Należy zauważyć, że taka praktyka w niedopuszczalny sposób ogranicza mieszkańcom swobodny dostęp do świeżego powietrza, w szczególności osobom, które ze względu na obniżoną mobilność nie mają możliwości częstego przebywania na zewnątrz. Ponadto brak możliwości samodzielnego otwarcia okna może negatywnie wpływać na samopoczucie mieszkańców, stwarzając poczucie izolacji i zależności od pracowników nawet w tak podstawowym zakresie.

W pokojach nie była zainstalowana instalacja przyzywowa. W ocenie KMPT instalacja alarmowo-przyzywowa powinna być dostępna we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez mieszkańców (zarówno w salach chorych, jak i toaletach). W rozmowach z przedstawicielkami KMPT mieszkańcy potwierdzali, że często zdarzają się sytuacje, w których nie mają możliwości poproszenia o pomoc nikogo z personelu, zmuszeni są więc do przedłużającego się oczekiwania lub proszenia o pomoc bardziej sprawnych mieszkańców.

**Biorąc pod uwagę podeszły wiek mieszkańców oraz pogarszający się stan ich zdrowia, brak możliwości zasygnalizowania potrzeby uzyskania pomocy, w szczególności przy znacznych niedoborach kadrowych, może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia mieszkańców.**

**Z uwagi na powyższe konieczne jest co najmniej:**

- **doprowadzenie do zgodności liczby osób zakwaterowanych w poszczególnych pomieszczeniach do wymogów określonych w art. 68 ust. 4 pkt 3 oraz 4a u.p.s.;**



- **wyposażenie wszystkich pokoi w łóżka standardowe lub rehabilitacyjne, a w przypadku osób leżących wyposażenie łóżek także w materac przeciwoleżynowy;**
- **zamontowanie we wszystkich oknach klamek umożliwiających samodzielne otwieranie przez mieszkańców okna w pokojach mieszkalnych;**
- **wyposażenie mieszkańców co najmniej w przenośne przyciski lub zamontowanie w pobliżu łóżek oraz w toaletach instalacji przywoławczej, umożliwiającej osobie leżącej wezwanie personelu w razie potrzeby.**

#### **7.4. Personel**

W wizytowanej placówce nie jest spełniony wynikający z u.p.s. standard liczby opiekunów i pracowników medycznych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Zgodnie z art. 68a pkt 5 wskazanej ustawy pracownicy, o których mowa powyżej, powinni świadczyć pracę w placówce na podstawie umowy o pracę lub innej umowy „w wymiarze nie mniej niż 1/3 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę przebywającą w placówce, nie mniej niż w wymiarze 4,5 pełnego wymiaru czasu pracy, z tym że czas pracy osoby fizycznej prowadzącej placówkę, spełniającej warunki, o których mowa w pkt 4, zalicza się w wymiarze 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy”.

W placówce na stanowiskach opiekuna oraz pielęgniarki zatrudnionych jest łącznie 10 osób, w tym dwie na podstawie umowy cywilnoprawnej. Spośród 8 osób zatrudnionych w ramach umowy o pracę trzy zatrudnione były w wymiarze pół etatu.

Poza wymienionymi powyżej osobami kwalifikacje do pracy opiekuna posiada także właściciel placówki, prowadzący ją w formie jednoosobowej działalności gospodarczej. Zgodnie z przelicznikiem wskazanym w u.p.s., czas pracy takiej osoby zaliczyć należy jako 1/2 etatu.

Obecnie łączny wymiar czasu pracy wszystkich osób, które zgodnie z oświadczeniem kierowniczką placówki miałyby świadczyć pracę w placówce, wynosił 9. Przy założeniu,

że w placówce powinno przebywać jedynie 35 osób, wskaźnik ten powinien wynosić 11,55.

Powyższe obliczenia dokonane zostały na podstawie analizy umów przedstawionych przez pracowniczkę koordynującą działanie placówki, natomiast z ustaleń przedstawicielek KMPT wynika, że z wysokim prawdopodobieństwem faktyczna dostępność części osób w placówce jest zdecydowanie mniejsza.

Kierowniczka placówki, udzielając wyjaśnień przedstawicielkom Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, wskazywała m.in., że „osiągnięcie liczby pracowników, jaka jest wymagana w ustawie, jest niemożliwe” oraz „mąż zrobił kurs opiekuna, aby liczyć się do personelu”. Takie działania, co wprost potwierdzała kierowniczka placówki, dokonywane są dla formalności, ponieważ jej zdaniem wymagania stawiane placówkom opiekuńczym są „nierealistyczne”. Ponownie należy podkreślić, że w placówce nie spełniono nawet minimalnego wskaźnika liczby personelu, przyjmując obłożenie zgodne z zezwoleniem Wojewody, tj. 35 osób. Tymczasem, jak wskazano powyżej, w placówce dochodziło do niemal dwukrotnego przekroczenia liczby mieszkańców.

W placówce nie były zatrudniane osoby, których zadaniem byłoby wyłącznie utrzymywanie czystości, w związku z tym część czasu pracy opiekunów i opiekunek obejmuje także wykonanie czynności niezwiązanych z opieką nad pensjonariuszami. Ponadto dwie osoby łączą zadania opiekuna/opiekunki z zadaniami na innych stanowiskach, które również nie są związane bezpośrednio z pracą z mieszkańcami.

W trakcie wizytacji nie udało się ustalić, w jakim wymiarze godzinowym świadczą pracę osoby zatrudnione na umowę cywilnoprawną, gdyż oświadczenia pracowników i osoby koordynującej działanie placówki nie były precyzyjne, a praca nie jest planowana w formie grafiku.

Poza brakiem ustalonego z góry grafiku pracy w placówce rozbieżne były także deklarowane godziny pracy poszczególnych osób świadczących opiekę w placówce.

Ustalenia poczynione w trakcie wizytacji prowadzą do wniosku, że nie jest ustalony lub nie zawsze jest przestrzegany zakres godzin objętych zmianą konkretnych pracowników, a w konsekwencji w danym dniu w placówce może być dostępna różna liczba pracowników, w zależności od dyspozycyjności poszczególnych osób.

W ostatnim dniu wizytacji w placówce nie była obecna osoba pracująca w kuchni, w związku z czym zadania związane z przygotowaniem posiłku wykonywały osoby, które – jak przyznały – nie przeszły odpowiednich badań sanitarno-epidemiologicznych. Powyższa sytuacja wynikała z błędnego rozplanowania obecności poszczególnych pracowników w placówce, co potwierdza, że brak opracowywania grafiku pracy prowadzi do powstawania chaosu, który ostatecznie ma negatywny wpływ na mieszkańców placówki.

Przedstawicielki KMPT uzyskały także informację, że pracę częściowo w charakterze opiekuna świadczyć miał jeden z mieszkańców. Mężczyzna wcześniej przebywał w placówce jako mieszkaniec, natomiast w trakcie wizytacji miał nie mieć już formalnie takiego statusu, choć nadal zamieszkiwał na terenie placówki. Do jego obowiązków należeć miały głównie zadania administracyjne. Przedstawicielki KMPT odebrały jednak sygnały świadczące o tym, że bierze on udział również w czynnościach higienicznych oraz w pracach w kuchni pomimo braku wymaganego orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych.

**Istotny niedobór pracowników, powierzanie pracy osobom nieposiadającym wymaganych uprawnień, brak jasnego podziału pracy oraz chaos organizacyjny wynikający m.in. z braku ustalonego grafiku pracy stanowi zagrożenie dla realizacji nawet najbardziej podstawowych potrzeb życiowych mieszkańców placówki.**

**Zagwarantowanie funkcjonowania placówki w zgodzie z minimalnymi wymaganiami wynikającymi z u.p.s. bezwzględnie wymaga:**

- **zatrudnienia odpowiedniej liczby pracowników posiadających wymagane kwalifikacje oraz badania (orzeczenia) niezbędne do wykonywania powierzanych im zadań;**
- **precyzyjnego określenia stałych godzin obejmujących poszczególne dyżury oraz liczbę osób świadczących pracę w trakcie każdego z dyżurów, aby zapewnić pensjonariuszom adekwatną opiekę w ciągu dnia i w nocy;**
- **przyjęcia praktyki opracowywania miesięcznego grafiku pracy poszczególnych osób świadczących pracę w placówce – z określeniem, w jakim dniu oraz w jakich godzinach w każdym miesiącu każda z osób świadczyć będzie pracę w placówce;**
- **precyzyjnego określenia zakresu obowiązków każdego z pracowników, a w przypadku łączenia obowiązków wynikających z różnych stanowisk – wskazania, w jakich godzinach powinny być wykonywane określone obowiązki, aby zapewnić mieszkańcom wystarczającą opiekę w ciągu dnia i w nocy;**

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

Mieszkańcy wizytowanej placówki nie mieli prawa samodzielnego opuszczania placówki. Kierowniczką placówki poinformowała przedstawicielki Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, że jej zdaniem większość mieszkańców nie powinna samodzielnie wychodzić poza teren Domu, a w praktyce zakaz ten dotyczy wszystkich. Jak sama stwierdziła, nie była świadoma, iż możliwość ograniczenia swobodnego opuszczania placówki, tryb, w jakim następuje takie ograniczenie, oraz związane z nim obowiązki osób kierujących placówką uregulowane zostały w ustawie o pomocy społecznej.

Delegacji KMPT przedstawiona została teczka opisana słowem „przepustki”, w której znajdowały się wypełnione druki dla osób, które uzyskały zgodę na opuszczenie placówki. Odnotowywana była w nich data i godzina opuszczenia oraz powrotu do

placówki, a także cel wyjścia. Poniżej przewidziano miejsce na podpis osoby, którą określono jako „opiekun prawny”. Ponownie wskazuje to na niezrozumienie sytuacji prawnej mieszkańców. Należy przypomnieć, że pojęcie to może odnosić się wyłącznie do osób ubezwłasnowolnionych, ponieważ osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych nie posiada opiekuna prawnego.

Paradoksalnie, pomimo oświadczenia kierowniczkii placówki, z którego wynikało, że nie ma ona wiedzy o treści art. 68 ust. 2a u.p.s., na drukach wypełnianych przy udzielaniu przepustek znajdowała się pełna treść tego przepisu: „W przypadku gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca tą placówką może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tę osobę terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia”.

Oznacza to, że osoby koordynujące udzielanie przepustek miały świadomość bezprawności swojego działania, znały bowiem treść przywołanego przepisu, a jednocześnie wobec żadnej z osób nie wydano zaświadczenia, o którym mowa w art. 68 ust. 2a u.p.s.

Wobec wątpliwości zgłoszonych w tej kwestii przez kierowniczkę PCO Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur pragnie przypomnieć, że kwestia ograniczenia możliwości opuszczania placówki, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej, jest niezależna od ubezwłasnowolnienia, które wywołuje skutki wyłącznie w obszarze czynności prawnych, nie zaś faktycznych. Do wydania zaświadczenia ograniczającego możliwość samodzielnego opuszczania placówki wobec osoby ubezwłasnowolnionej konieczne jest zaistnienie wszystkich przesłanek, o których mowa w art. 68 ust. 2a u.p.s., analogicznie jak w przypadku osób nieubezwłasnowolnionych.

Co więcej, w przypadku wydania takiego zaświadczenia osoba ubezwłasnowolniona ma prawo samodzielnie wystąpić do sądu opiekuńczego z wnioskiem o uchylenie ograniczenia.

Powyższe informacje zostały przekazane kierownicze placówki także w trakcie trwania wizytacji.

Należy podkreślić, że możliwość ograniczenia samodzielnego opuszczania placówki wprowadzona w art. 68 ust. 2a u.p.s. stanowi wyjątek od przysługującego każdej osobie prawa do wolności osobistej, wyrażonego w art. 41 ust. 1 Konstytucji RP. Jak wskazano w tym przepisie, ograniczenie tej wolności może nastąpić „tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie”.

W analizowanej w placówce dokumentacji znajdowała się także pisemna prośba jednej z mieszkank, datowana na 18 grudnia 2021 r., o treści: „Uprzejmie zgłaszam w dniach 23-27.12.2021 r. proszę o przepustkę, gdyż w okresie świątecznym będę u syna”. W oświadczeniu wskazano także dane syna oraz dokładny adres jego zamieszkania. Pod oświadczeniem mieszkanki znajdowała się adnotacja o treści: „W związku z pandemią nie wyrażam zgody” oraz podpis. Osoba, która podpisała się pod tym oświadczeniem, w czasie wizytacji nie znajdowała się na liście pracowników przedstawionej przez kierowniczkę placówki.

W innym przypadku w teczce mieszkańca znajdował się spisany odręcznie dokument, w którym wpisano m.in.: „Dla (...) nie ma odwiedzin. Prawo odwiedzin mają dzieci (...) oraz żona (...)”. Oświadczenie podpisane zostało przez syna i córkę mężczyzny. Z informacji udzielonej przedstawicielkom Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur wynikało, że życzenie wyrażone we wspomnianym wyżej piśmie było respektowane przez pracowników i właścicieli placówki.

Dokumentacja indywidualna tego mężczyzny była jedną z kilku, które wzbudziły wątpliwości przedstawicielek KMPT w zakresie legalności pobytu w placówce (zob. rozdział 5.7 raportu). Całokształt informacji zgromadzonych w tej sprawie daje uzasadnione podejrzenie, że pisemna zgoda na pobyt w placówce nie została podpisana przez osobę, której dane wskazano w oświadczeniu, a jednocześnie osoby

nieuprawnione wydały dyspozycję, która do czasu wizytacji KMPT była respektowana, aby ograniczyć mężczyźni kontakt z osobami spoza placówki.

Delegacja KMPT ustaliła ponadto, co potwierdzone zostało także przez kierowniczkę placówki, że mieszkańcom wieczorami odbierane są ich prywatne telefony komórkowe, które zwracane są kolejnego dnia rano. Przyczyną wprowadzenia tej praktyki miały być, jak wynika z wyjaśnień personelu, przypadki nieuzasadnionego wzywania pogotowia ratunkowego przez mieszkańców.

Powyższe ustalenia wskazują na całkowity brak zrozumienia sytuacji prawnej mieszkańców oraz brak podmiotowego traktowania tych osób. Należy z całą mocą podkreślić, że fakt przyjęcia osoby do placówki całodobowej opieki nie pozbawia jej prawa do decydowania o sobie. Pracownicy placówki nie powinni być angażowani w konflikty interpersonalne, które mogą być przyczyną prób ograniczania mieszkańcom kontaktu z osobami spoza placówki. Pożądane byłoby zatem przypomnienie pracownikom, że tego typu życzenia członków rodzin czy innych osób bliskich nie powinny być respektowane.

Jedynym przypadkiem, w którym dopuszczalne jest czasowe (!) ograniczenie tego rodzaju, jest sytuacja, w której dochodzi do spełnienia przesłanek wskazanych w art. 68 ust. 2a u.p.s. W żadnym przypadku nie jest natomiast dopuszczalne ograniczanie mieszkańcowi prawa do opuszczania placówki pod opieką czy kontaktowania się z innymi osobami.

Przesłanką zezwalającą na ograniczenie możliwości opuszczenia placówki nie był również stan epidemii, jaki obowiązywał w 2021 r. Odrębną kwestią była wówczas możliwość objęcia osoby kwarantanną bądź izolacją, aczkolwiek opisana sytuacja nie odnosiła się do tych przypadków. Zakazanie mieszkanca opuszczenia placówki było zatem bezprawne. Sam termin „przepustka” w kontekście placówki całodobowej opieki sugeruje, że mieszkańcy mają obowiązek uzyskania zgody na jej opuszczenie, a takie stwierdzenie nie znajduje uzasadnienia w przepisach prawa.

Fakt zamieszkiwania w placówce całodobowej opieki nie może również prowadzić do pozbawienia lub ograniczenia prawa do korzystania z rzeczy osobistych zgodnie ze swoją wolą. Odbieranie mieszkańcom (nawet czasowe) należących do nich telefonów komórkowych jest działaniem niezgodnym z prawem i stanowi ograniczenie w kontakcie ze światem zewnętrznym.

**Biorąc pod uwagę ustalenia przedstawione w niniejszym rozdziale, konieczne jest:**

- **poinformowanie pracowników o niedopuszczalności ograniczenia mieszkańcom możliwości opuszczania placówki, poza przypadkami, o których mowa w art. 68 ust. 2a u.p.s.;**
- **zaprzestanie ograniczania mieszkańcom kontaktu z innymi osobami oraz przypomnienie pracownikom, że prawo do decydowania w tym zakresie przysługuje wyłącznie mieszkańcom;**
- **zniesienie praktyki odbierania mieszkańcom ich prywatnych telefonów komórkowych.**

#### **7.6. Opieka medyczna i dokumentowanie obrażeń**

Zgodnie z informacją przekazaną przez kierowniczkę placówki i pozostały personel, w placówce zatrudniona jest jedna osoba na stanowisku pielęgniarki. Wykształceniem pielęgniarskim legitymuje się także kierowniczka wizytowanego Domu, lecz z ustaleń delegacji KMPT wynika, że co do zasady zadania pielęgniarki wykonywane są tylko przez pierwszą z wymienionych wyżej osób. Obserwacje poczynione w trakcie wizytacji wskazują jednakże, że osoba ta wykonuje także czynności związane z codzienną opieką nad mieszkańcami, w związku z czym nie realizuje zadań medycznych w wymiarze godzinowym odpowiadającym pełnemu etatowi.

Dokonanie precyzyjnych ustaleń w tym zakresie nie było możliwe z uwagi na brak grafiku pracy oraz rozbieżność oświadczeń poszczególnych pracowników placówki. W placówce nie są prowadzone także rejestry, w których odnotowywane byłyby



czynności pielęgniarskie (zob. rozdział 5.9), co również uniemożliwia ocenę realnej dostępności pielęgniarki w placówce.

Lekarz dostępny jest raz w tygodniu, natomiast wpisy w dokumentacji mieszkańców wskazywały, że poszczególne osoby konsultowane są raz w miesiącu. Spostrzeżenia lekarza spisywane są na czystej kartce papieru, ponieważ nie wprowadzono żadnych formularzy, w których należałoby odnosić się kompleksowo do poszczególnych obszarów zdrowia czy odnotowywać konkretne parametry. W analizowanej dokumentacji odnotowano przypadki, gdy na przestrzeni pięciu miesięcy na kartce powielane były wpisy o treści: „Stan ogólny dobry. Osłuchowo płuca i serce bez zmian”.

KMPT zauważa, że zgodnie z art. 68a pkt 1 lit. d u.p.s. dokumentacja medyczna powinna obejmować m.in. zalecenia lekarskie oraz świadczeń zdrowotnych na terenie placówki, ze wskazaniem daty i zakresu tych świadczeń. Niezależnie zatem od tego, czy lekarz prowadzi w przychodni odrębną dokumentację pacjentów, odpowiednie zalecenia związane z udzielanymi w placówce świadczeniami medycznymi powinny być odzwierciedlone także w dokumentacji przechowywanej w placówce. Jest to znaczące zarówno dla pracy pielęgniarki, która na co dzień ma kontakt z mieszkańcami, jak i wszelkich innych osób wykonujących zawody medyczne, które mogą konsultować mieszkańców na terenie placówki lub poza nią.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur w każdej wizytacji standardowo zwraca uwagę na sposób oceny stanu skóry mieszkańca i odnotowywania ewentualnych obrażeń, mogących świadczyć o tym, że osoba przebywająca w placówce mogła być poddana niewłaściwemu traktowaniu. W wizytowanej placówce nie były stosowane formularze do oznaczania obrażeń, zawierające mapy/schematy ciała, które byłyby pomocne, by precyzyjnie oznaczyć ujawnione na ciele pacjenta obrażenia (zasinienia, krwiaki, odleżyny, rozcięcia itp.) lub blizny.

Stosowanie map ciała rekomendowane jest przede wszystkim w przygotowanym przez ONZ Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego

okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół stambulski)<sup>19</sup>. Zawiera on ponadto praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów, w zakresie metod tortur, ich objawów, sposobów identyfikacji, realizacji badania medycznego i dokumentowania śladów przemocy.

Skupia się również na barierach psychologicznych mogących pojawić się w relacjach z ofiarami oraz kwestiach etycznych (w tym etyce lekarskiej). Stosowanie Protokołu stambulskiego zalecane jest państwom będącym sygnatariuszami OPCAT (w tym Polsce) przez Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Tortur (dalej: SPT)<sup>20</sup>.

Poza opisywaniem i oznaczaniem obrażeń pożądanym jest także ich fotografowanie i przechowywanie zdjęć w dokumentacji medycznej (za zgodą pacjentów). Krajowy Mechanizm pragnie zaznaczyć, iż dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

**W związku z powyższym Krajowy Mechanizm zaleca dokumentowanie obrażeń pacjentów za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej pacjenta, a także przeszkolenie personelu z treści Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do wskazówek w nim zawartych.**

## **7.7. Dokumentacja i rejestry**

---

<sup>19</sup> Dokument dostępny jest na stronie:

[https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol\\_Rev2\\_EN.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf).

<sup>20</sup> Zob. Raporty SPT z wizyt w Peru, CAT/OP/PER/1, p. 20; w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, p. 46-48; w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, p. 38-39.

W trakcie każdej wizytacji przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zwracają się z prośbą o przedstawienie dokumentacji indywidualnej mieszkańców (w tym dokumentacji medycznej) oraz rejestrów prowadzonych w placówce.

Jak wskazano powyżej, w trakcie analizy dokumentacji indywidualnej zauważono, że zaświadczenia lub pliki z wynikami badań przechowywane były w ogólnej dokumentacji mieszkańców, do której dostęp mają nie tylko pracownicy medyczni. Może prowadzić to do naruszenia tajemnicy w zakresie danych wrażliwych, jakimi są dane medyczne mieszkańca.

W wizytowanej placówce prowadzone były: księga wyjść, rejestr przepustek, a także rejestr skarg i wniosków. Nie był prowadzony natomiast rejestr zastosowania środków przymusu bezpośredniego, choć obowiązuje do tego art. 68a u.p.s., a także książki raportów czynności pielęgniarских, raportów dziennych/nocnych czy rejestr zdarzeń nadzwyczajnych<sup>21</sup>.

KMPT zwraca uwagę na fakt, że odpowiednio prowadzony rejestr stanowi jedno ze skutecznych narzędzi monitorowania, czy osoby odpowiedzialne za opiekę i pomoc pensjonariuszom prawidłowo wykonują swoje obowiązki. Książki raportów pielęgniarских oraz raporty dzienne i nocne pozwalają także na kontrolowanie stanu zdrowia czy potrzeb poszczególnych mieszkańców w dłuższej perspektywie, co w efekcie pozytywnie wpływa na ich bezpieczeństwo oraz samopoczucie. Rzetelne prowadzenie rejestrów wskazuje również na transparentność działania placówki oraz ułatwia pracę osobom sprawującym nadzór i kontrolę nad placówką.

Wykorzystywanie rejestrów w działalności placówek opiekuńczych rekomenduje także SPT, podkreślając, że stanowi ono także czynnik zabezpieczający przed torturami i innymi formami niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Od 1 stycznia 2024 r. prowadzenie rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych jest obowiązkiem podmiotów prowadzących placówki całodobowej opieki (zob. art. 68aa u.p.s.).

<sup>22</sup> Zob. Raport SPT z wizyty w Ukrainie, CAT/OP/UKR/1, pkt 2, p. 49-52.

W wizytowanej placówce nie opracowano procedur regulujących sposób postępowania personelu np. w przypadku zachowań agresywnych pensjonariuszy, zdarzeń niepożądanych, autoagresji. Wprowadzenie jednolitego standardu postępowania pozwala na uniknięcie błędnych decyzji, które mogą mieć negatywny wpływ nie tylko na bezpieczeństwo mieszkańców placówki, lecz także ich pracowników. Ustalenie spójnego sposobu działania ma szczególne znaczenie zwłaszcza w sytuacjach, gdy pracownik zmuszony jest do działania w sytuacji nieprzewidzianej, w stresie lub współpracować z pobudzonym mieszkańcem.

**Z uwagi na powyższe Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje:**

- **wyodrębnienie indywidualnej dokumentacji medycznej dla każdego z mieszkańców i przechowywanie wszelkiej dokumentacji – zarówno sprzed pobytu w placówce, jak i wytworzonej już po przyjęciu mieszkańca – w miejscu, do którego dostęp będzie miał wyłącznie personel medyczny;**
- **utworzenie rejestru przymusu bezpośredniego, w którym odnotowywane będą przypadki jego zastosowania przez osoby uprawnione;**
- **stworzenie i regularne prowadzenie książki raportów pielęgniarskich oraz książek raportów nocnych/dziennych (prowadzonych przez personel opiekuńczy);**
- **opracowanie procedur postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych, w szczególności w przypadku śmierci mieszkańca, autoagresji czy zgłoszenia przemocy.**

#### **7.8. Rozkruszanie leków**

Przedstawicielki Krajowego Mechanizmu otrzymały informację, że gdy pensjonariusze nie są w stanie samodzielnie połączyć medykamentów, są one rozkruszane, a decyzja w tym zakresie nie jest konsultowana z lekarzem. Niektórym pensjonariuszom medykamenty podawane są bez ich wiedzy w pokarmach.

KMPT pragnie podkreślić, że zgodnie z opinią pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego<sup>23</sup>, rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwioobiegu 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.

Krajowy Mechanizm odrzuca także praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez mieszkańca. Każdy mieszkaniec ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Ponadto musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli nie będzie miał takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia nie będzie chciał przyjąć leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez stosowania farmakoterapii, i pozostając w mylnym przekonaniu, że nie przyjął leku.

#### **Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje:**

- **bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania leków w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem;**
- **odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków, bez wiedzy pensjonariusza.**

#### **7.9. Organizacja czasu wolnego**

Zgodnie z art. 68 ust. 3 pkt 2 u.p.s., usługi opiekuńcze świadczone w placówce obejmować powinny m.in. organizację czasu wolnego. Tymczasem kierowniczka

---

<sup>23</sup> 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, s. 109-111. Raport dostępny na stronie internetowej BRPO <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/raport-kmpt-prawa-mieszkanow-domow-pomocy-spoecznej>.

placówki otwarcie wskazywała, że prowadzony przez nią Dom nie zapewnia tego typu usług, ponieważ „świadczy usługi jedynie w podstawowym zakresie”, co ponownie wskazuje na niezrozumienie roli, jaką powinna spełniać placówka tego rodzaju, a także szczególnych potrzeb osób starszych, które w niej przebywają. Organizacja czasu wolnego nie stanowi dodatkowego obszaru działalności placówek opiekuńczych; ustawodawca zaliczył ją do niezbędnego minimum w zakresie opieki nad osobami z niepełnosprawnością, przewlekłe chorymi lub osobami w podeszłym wieku.

Wobec stanowiska przedstawionego przez kierownictwo placówki należy przypomnieć, że wspomniana „organizacja czasu wolnego” stanowi niezwykle istotny obszar mający wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne mieszkańców. Brak odpowiednio zaplanowanej i przeprowadzonej terapii zajęciowej i innych aktywności dostosowanych do potrzeb mieszkańców prowadzi bowiem do znacznego obniżenia kompetencji intelektualnych i społecznych, apatii i pogorszenia zdrowia psychicznego. Z obserwacji poczynionych w trakcie wizytacji wynikało, że większość mieszkańców pozostawiona była sama sobie, a mieszkańcy, którzy nie poruszają się samodzielnie, niemal cały czas spędzali w łóżkach.

Jak wskazano wcześniej, biorąc pod uwagę szczególne potrzeby osób starszych wynikające m.in. z ich stanu zdrowia i związanej z tym nierzadko znacznie obniżonej samodzielności, pozostawienie mieszkańców samym sobie i niezapewnienie im odpowiedniej opieki może prowadzić do nieludzkiego i poniżającego traktowania.

W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur konieczne jest zapewnienie mieszkańcom dostępu do aktywności, które nakierowane będą na opóźnianie postępującego z wiekiem obniżania się kompetencji intelektualnych i społecznych oraz sprawności fizycznej.

Szczególnie ważne jest zorganizowanie tego typu spotkań osobom o znacznie ograniczonej mobilności oraz osobom leżącym, które z uwagi na swój stan zdrowia nie

są w stanie zapewnić sobie odpowiedniej aktywności, a ich kontakt z otoczeniem jest najbardziej ograniczony.

Terapia zajęciowa, uwzględniając indywidualne możliwości poszczególnych mieszkańców, powinna obejmować m.in.: rozwiązywanie zadań logicznych czy pamięciowych, wykonywanie ćwiczeń manualnych, słuchanie muzyki, śpiewanie, spotkania społeczności, omawianie bieżących wydarzeń, a także ćwiczenia ruchowe (adekwatne do stanu zdrowia mieszkańca). Istotne jest również możliwie częste przebywanie na świeżym powietrzu, a w miarę możliwości także spacer. Tego typu aktywność, poza oczywistymi korzyściami w aspekcie zdrowia fizycznego, pobudza także do pracy intelektualnej przez doświadczanie zmieniającego się otoczenia.

Na znaczenie odpowiedniej organizacji czasu wolnego dla mieszkańców placówek opiekuńczych zwraca uwagę także CPT, wskazując, że za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia<sup>24</sup>.

**Mając na uwadze treść art. 68 ust. 3 pkt 2 u.p.s., Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje:**

- **zatrudnienie w wymiarze pełnego etatu osoby legitymującej się stosownymi kwalifikacjami oraz doświadczeniem, do której zadań należeć będzie prowadzenie z mieszkańcami grupowej lub indywidualnej terapii zajęciowej;**
- **zapewnienie osobom leżącym terapii przyłóżkowej, dostosowanej do ich stanu zdrowia.**

#### **7.10. System szkolenia oraz supervizja**

W wizytowanej placówce nie oferowano personelowi cyklicznych szkoleń.

Zdecydowana większość personelu legitymowała się jedynie szkoleniem wstępnym uprawniającym do sprawowania opieki nad osobami starszymi i z

---

<sup>24</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, p. 171 oraz Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, p. 174.

niepełnosprawnością. Wszystkie te szkolenia zorganizowane zostały w lipcu 2020 r. Ponadto delegacji KMPT przedstawiono po jednym zaświadczeniu z 2004, 2014 oraz 2021 r. Warto w tym miejscu odnotować, że placówka świadczy usługi od ponad 20 lat. Wśród zaświadczeń okazanych przedstawicielkom Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur znajdował się dokument potwierdzający odbycie kursu z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Kurs przeprowadzony został w formie samokształcenia kierowanego.

KMPT stoi na stanowisku, że tego typu szkolenia przynajmniej w części obejmować powinny zajęcia praktyczne, pozwalające na przećwiczenie i utrwalenie umiejętności, które pracownik miał okazję zdobyć w trakcie kursu teoretycznego.

Ponadto, z uwagi na specyfikę pracy w domu opieki, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pensjonariuszami i innymi osobami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca organizowanie dla pracowników cyklicznych szkoleń i warsztatów. Tematyka takich szkoleń powinna obejmować nie tylko zagadnienia związane z opieką nad osobami starszymi oraz osobami z niepełnosprawnościami, ale również sposoby radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontakt z trudnym pensjonariuszem, dialog motywacyjny, interwencje kryzysowe oraz międzynarodowe standardy w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowane 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 opieki<sup>25</sup>.

Ponadto, zgodnie z rekomendacją Komitetu Ministrów Rady Europy, opiekunowie osób starszych powinni zostać odpowiednio przeszkoleni oraz otrzymać wsparcie, umożliwiające im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy<sup>26</sup>.

**W związku z powyższym Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur rekomenduje:**

- **zapewnienie pracownikom cyklicznych i różnorodnych szkoleń z zakresu opieki nad osobami starszymi oraz z niepełnosprawnością, 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;**
- **zorganizowanie dla personelu opiekuńczego oraz medycznego stałej superwizji grupowej lub indywidualnej prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.**

## **8. Zalecenia**

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, przedstawicielki Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają właścicielowi Placówki Całodobowej Opieki pn. „DARDOM” w Markach k. Warszawy:

---

<sup>25</sup> 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. Zob. również raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2017 r., CPT/Inf (2018) 15, p. 149.

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

1. przypomnienie pracownikom o konieczności traktowania mieszkańców z szacunkiem, komunikowania się w sposób opanowany niezależnie od okoliczności i zachowania mieszkańców, a także o bezwzględnym zakazie używania wulgarnych określeń;
2. doprowadzenie do zgodności liczby osób zakwaterowanych w poszczególnych pomieszczeniach do wymogów określonych w art. 68 ust. 4 pkt 3 oraz 4a u.p.s.;
3. zatrudnienie odpowiedniej liczby pracowników posiadających wymagane kwalifikacje oraz badania (orzeczenia) niezbędne do wykonywania powierzanych im zadań;
4. weryfikowanie przez personel, czy zgoda mieszkańca nieubezważonego na pobyt w placówce wyrażona została świadomie, czy jest on w kontakcie logiczno-słownym i jest zdolny do oceny swojej sytuacji;
5. precyzyjne określenie stałych godzin obejmujących poszczególne dyżury oraz liczbę osób świadczących pracę w trakcie każdego z dyżurów, aby zapewnić pensjonariuszom adekwatną opiekę w ciągu dnia i w nocy;
6. przyjęcie praktyki opracowywania miesięcznego grafiku pracy poszczególnych osób świadczących pracę w placówce, z określeniem, w jakim dniu oraz w jakich godzinach w każdym miesiącu każda z osób świadcząca będzie pracą w placówce;
7. precyzyjne określenie zakresu obowiązków każdego z pracowników, a w przypadku łączenia obowiązków wynikających z różnych stanowisk – wskazanie, w jakich godzinach powinny być wykonywane określone obowiązki, aby zapewnić mieszkańcom wystarczającą opiekę w ciągu dnia i w nocy;
8. wyposażenie wszystkich pokoi w łóżka standardowe lub rehabilitacyjne, a w przypadku osób leżących wyposażenie łóżek także w materac przeciwodleżynowy;
9. zamontowanie we wszystkich oknach klamek umożliwiających samodzielne otwieranie przez mieszkańców okna w pokojach mieszkalnych;

10. wyposażenie mieszkańców co najmniej w przenośne przyciski lub zamontowanie w pobliżu łóżek instalacji przywoławczej umożliwiające osobie leżącej wezwanie personelu w razie potrzeby;
11. przypomnienie pracownikom placówki, że ograniczenie mieszkańcowi możliwości samodzielnego opuszczania placówki może nastąpić wyłącznie na zasadach i w trybie określonym w art. 68 ust. 2a-2h u.p.s.;
12. zatrudnienie w wymiarze pełnego etatu osoby legitymującej się stosownymi kwalifikacjami oraz doświadczeniem, do której zadań należeć będzie prowadzenie z mieszkańcami grupowej lub indywidualnej terapii zajęciowej;
13. zapewnienie osobom leżącym terapii przyłóżkowej, dostosowanej do ich stanu zdrowia;
14. dokumentowanie obrażeń pacjentów za pomocą specjalnego formularza do oznaczania obrażeń, zawierającego mapy ciała do umiejscowienia urazów, który wraz z dokumentacją fotograficzną powinien zostać włączony do dokumentacji medycznej pacjenta, a także przeszkolenie personelu z treści Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do wskazówek w nim zawartych;
15. wyodrębnienie indywidualnej dokumentacji medycznej dla każdego z mieszkańców i przechowywanie wszelkiej dokumentacji – zarówno sprzed pobytu w placówce, jak i wytworzonej już po przyjęciu mieszkańca – w miejscu, do którego dostęp będzie miał wyłącznie personel medyczny;
16. utworzenie rejestru przymusu bezpośredniego, w którym odnotowywane będą przypadki jego zastosowania przez osoby uprawnione;
17. stworzenie i regularne prowadzenie książki raportów pielęgniarskich oraz książek raportów nocnych/dziennych (prowadzonych przez personel opiekuńczy);
18. opracowanie procedur postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych, w szczególności w przypadku śmierci mieszkańca, autoagresji czy zgłoszenia przemocy;

19. zapewnienie pracownikom cyklicznych i różnorodnych szkoleń z zakresu opieki nad osobami starszymi oraz z niepełnosprawnością, 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;
20. zorganizowanie dla personelu opiekuńczego oraz medycznego stałej superwizji grupowej lub indywidualnej prowadzonej przez zewnętrznego eksperta;
21. bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pensjonariuszy o zalecenia lekarskie dotyczące podawania leków w postaci rozkruszonej i każdorazowe konsultowanie takiej potrzeby z lekarzem;
22. odstąpienie od praktyki podawania rozkruszonych leków, bez wiedzy pensjonariusza.

Opracowanie: Magdalena Laskowska

Za Zespół podpisuje:

Marcin Kusy

Zastępca Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/