



Warszawa, 08-05-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.573.1.2025.RKU

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji placówki całodobowej opieki – Prywatnego Domu Opieki
„Nadzieja” s.c. w Warszawie**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. 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)¹.
2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.
3. 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 przyzwoleniem⁴. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub

¹ 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 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).

² Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), zob. <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

³ Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264).

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji 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 wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁰.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiejkolwiek sankcji

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2023 r., Część II – Metodologia i zakres prac KMPT.

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 6. Zob. 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, Nowy Jork i Genewa 2018, s. 4-6.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

lub uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniach 29–30 stycznia 2025 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację placówki całodobowej opieki – Prywatnego Domu Opieki „Nadzieja” s.c. w Warszawie przy al. Bzów 16 (dalej: placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Karolina Sobocińska (prawnik), Renata Kłyż-Urbańska (prawnik, kryminalistyk).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z Haliną Marzec – Dyrektorem placówki, dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu zewnętrznego, przeprowadziły poufne rozmowy z mieszkańcami i personelem. Ponadto zespół wizytujący dokonał oglądu zapisu z monitoringu znajdującego się w placówce. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi Dyrektorowi placówki w czasie rozmowy podsumowującej.

12. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy przekazanej dokumentacji oraz pisemnych informacji.

13. Raport sygnalizuje problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt IV) oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V).

III. Charakterystyka placówki

14. Placówka działa na podstawie decyzji Wojewody Mazowieckiego¹³, zezwalającej na prowadzenie działalności gospodarczej na czas nieokreślony w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku. Placówka wpisana jest do Rejestru prowadzonego przez Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie pod pozycją 57¹⁴. Powyższe informacje znajdują się na tablicach informacyjnych zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz budynku placówki.

15. Placówka prowadzona jest przez spółkę cywilną. Wspólnikami spółki są Halina Marzec oraz Krzysztof Marzec.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

¹³ Decyzja nr 8/2011 z dnia 20 kwietnia 2011 r., znak sprawy WPS.II.MŚ/9050/25/10.

¹⁴ Zob. <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/rejestr-placowek-zapewniajacych-calodobowa-opieke-osobom-niepelnosprawnym-przewlekle-chorym-lub-osobom-w-podeszlym-wieku-w-tym-prowadzonych-na-podstawie-przepisow-o-dzialalnosci-gospodarczej>.

16. PCO przeznaczona jest dla 45 osób, kobiet i mężczyzn. W czasie wizytacji przebywało w niej 46 osób w wieku od 70 do 95 lat. Jedna osoba była hospitalizowana. Wśród mieszkańców była jedna osoba ubezwłasnowolniona całkowicie.

17. Mieszkańcy zakwaterowani są w wolnostojącym domu, na parterze i pierwszej kondygnacji. Na każdym piętrze znajdują się łazienki z toaletami oraz pokoje dziennego pobytu. Na parterze dodatkowo zorganizowano pomieszczenie do odwiedzin mieszkańców. Na ostatniej kondygnacji budynku znajduje się natomiast poddasze użytkowe z pomieszczeniami do prania i suszenia, łazienką dla personelu oraz pomieszczeniem technicznym. W budynku jest również winda.

IV. Problemy systemowe

18. **[Legalność pobytu osób, które nie są ubezwłasnowolnione, a którym stan zdrowia nie pozwala na zawarcie umowy].** Z informacji uzyskanych od Dyrektora placówki wynika, że stan zdrowia i poziom świadomości niektórych osób ubiegających się o przyjęcie do placówki (które nie są jednocześnie ubezwłasnowolnione) może nie pozwalać na złożenie skutecznego oświadczenia woli co do pobytu w placówce i podpisanie niezbędnych dokumentów przy przyjęciu. Formalności z tym związane dopełniane są w takiej sytuacji przez rodziny tych osób.

19. KMPT wskazuje, że podmioty działające w imieniu osoby, która nie jest ubezwłasnowolniona (opiekunowie faktyczni), nie są w żaden sposób 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. Istniejąca luka prawna i brak zabezpieczeń stwarzają ryzyko arbitralności decyzji osób podpisujących umowy.

20. Rzecznik Praw Obywatelskich na początku 2022 r. wystosował w tej sprawie wystąpienie generalne do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej¹⁵. Z uzyskanej odpowiedzi wynika, że wskazany problem wymaga pogłębionych konsultacji pomiędzy tym resortem oraz Ministerstwem Sprawiedliwości¹⁶. Sprawa nadal pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika.

21. **[Stosowanie niestandardowych form zabezpieczeń mieszkańców].** W placówce stosowane są niestandardowe formy zabezpieczenia mieszkańców. Niektóre osoby mają zakładane na noc specjalne stroje, tzw. pajace. Dodatkowo

¹⁵ Zob. Wystąpienie RPO do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 25 stycznia 2022 r., KMP.573.1.2022.

¹⁶ Zob. Pismo Sekretarza Stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej z 25 lutego 2022 r., DPS-I.070.11.2022.AP, zamieszczone na stronie internetowej Biura RPO:
<https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-domy-opieki-niezdolni-do-wyrazenia-woli-mrips-odpowiedz>.

niektórzy mieszkańcy poruszający się na wózkach są stabilizowani i zabezpieczani przed upadkiem za pomocą bandaży. Powyższe stwierdzono na podstawie oglądu zapisu monitoringu, z którym zapoznały się przedstawicielki KMPT podczas wizytacji.

22. O stosowaniu niestandardowych form zabezpieczenia nie decydował lekarz, nie było ono w żaden sposób odnotowywane w dokumentacji medycznej. Kierownictwo placówki nie opracowało także formalnych pisemnych wytycznych w tym zakresie.

23. Nieatestowane pasy stabilizacyjne, szelki, apaszki, bandaże lub inne przedmioty, które mają utrudnić lub uniemożliwić mieszkańcom zsunięcie się z łóżka lub wózka, formalnie nie są przymusem bezpośrednim, ale ingerują w wolność jednostki, a tym samym mogą zwiększać ryzyko nadużyć w stosunku do mieszkańców. Stosowanie tego rodzaju zabezpieczeń powinno być uregulowane na poziomie ustawowym i zawierać gwarancje o charakterze proceduralnym i materialnym¹⁷.

24. **W przypadku konieczności zastosowania niestandardowych form zabezpieczeń KMPT zaleca:**

a. opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia;

b. stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza;

c. wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami.

25. **[Monitoring wizyjny].** Kwestia stosowania monitoringu wizyjnego w placówkach całodobowej opieki pozostaje prawnie nieuregulowana. Z jednej strony rozwiązanie to służy poprawie bezpieczeństwa mieszkańców, z drugiej strony może stanowić formę ingerencji w prywatność mieszkańców, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności tego rodzaju nadzoru istotne jest, żeby ograniczenie to spełniało przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia.

26. W placówce zainstalowano monitoring wizyjny (bez możliwości rejestrowania dźwięku), który obejmował zarówno części wspólne, teren zewnętrzny, jak i pokoje mieszkańców. Wewnątrz budynku, w ciągach komunikacyjnych, znajduje się pisemna informacja o monitorowaniu pokoi mieszkańców. Ponadto informacja o monitoringu zawarta jest w Regulaminie placówki. Dostęp do podglądu z monitoringu ma kierownictwo placówki i pielęgniarki w dyżurce. Z przeglądu nagrań z monitoringu wizytowanej placówki wynikało, że w pokojach mieszkańców są

¹⁷ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., s. 112; zob. także Wystąpienie generalne RPO z 13 czerwca 2022 r., KMP.573.9.2022.

wykonywane przez personel czynności higieniczne, m.in. zmiana pieluch.

Na odtworzonym obrazie nie były maskowane miejsca intymne mieszkańców, nie byli oni również zasłaniany parawanem przed wzrokiem innych mieszkańców zajmujących ten sam pokój.

27. KMPT rekomenduje wprowadzenie odpowiednich rozwiązań technicznych w systemie przekazywania obrazu z monitoringu, zapewniających maskowanie intymnych miejsc ciała mieszkańców podczas wykonywania czynności higienicznych, a także zasłanianie osób poddawanych tym czynnościom parawanami w pokojach wieloosobowych.

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

28. W wizytowanej placówce umowa o świadczenie usług opiekuńczych zawierana jest dwustronnie pomiędzy spółką a osobą z niepełnosprawnością, przewlekłe chorą lub w podeszłym wieku, zwaną w umowie „Pensjonariuszem” albo „Pensjonariuszką”. Analiza dokumentacji mieszkańców przebywających w placówce wskazała natomiast różne praktyki w zawieraniu umów i podpisywaniu oświadczeń. Niektóre umowy i oświadczenia w ogóle nie były podpisane. Inne były podpisane przez członków rodziny mieszkańca, pomimo tego, że na oświadczeniu wyrażającym zgodę na pobyt widnieje podpis osoby przyjmowanej do placówki – przy jednoczesnym dołączeniu przez Dyrektora placówki pisemnej informacji o złym stanie psychofizycznym tej osoby, który uniemożliwia złożenie podpisu. Jeszcze inne umowy i oświadczenia były podpisywane przez członków rodziny, którzy nie są przedstawicielami ustawowymi mieszkańców. W udostępnionej wizytującym dokumentacji nie znajdowały się również pełnomocnictwa, orzeczenia sądów w przedmiocie ubezwłasnowolnienia całkowitego, zgód wydawanych przedstawicielom ustawowym na umieszczenie osób ubezwłasnowolnionych na pobyt w placówce całodobowej opieki oraz zaświadczenia lekarskie zawierające informacje o stanie psychofizycznym osoby przyjmowanej do placówki. Informacje na temat braku możliwości podpisania dokumentów przez pensjonariuszy z powodu stanu psychofizycznego pochodziły od Dyrektora placówki, która nie jest lekarzem.

29. KMPT przypomina, że zawieranie umów pomiędzy właścicielem placówki a opiekunami faktycznymi prowadzi do braku podstawy prawnej przyjęcia danej osoby

do placówki. Ponadto brak podpisu strony pod umową dekompletuje jej elementy konieczne¹⁸.

30. Wymóg posiadania w dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie postanowienia sądu o ubezwłasnowolnieniu oraz zgody sądu opiekuńczego na umieszczenie w placówce całodobowej opieki wynika natomiast z art. 68a pkt 1 lit. f oraz art. 68c ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹⁹ (dalej: u.p.s.). Brak powyższego prowadzi do umieszczenia mieszkańca w placówce bez podstawy prawnej.

31. Należy także wskazać, że osobą uprawnioną do oceny stanu zdrowia jest lekarz²⁰.

32. **KMPT rekomenduje:**

a. uzupełnienie umów o świadczenie usług opiekuńczych o podpisy mieszkańców, którzy są w stanie złożyć świadome oświadczenie woli w tym zakresie, oraz uwzględnienie w formularzu umów możliwości zawarcia umowy również przez przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej,

b. umożliwienie osobom, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu, złożenia tuszowego odcisku palca²¹, w pozostałych przypadkach należy uzyskać orzeczenie sądu opiekuńczego²²,

c. uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o postanowienia sądu opiekuńczego, a także o zezwolenie sądu opiekuńczego na umieszczenie mieszkańców w placówce, oraz weryfikowanie przy przyjęciu nowych mieszkańców, czy przedstawiciele ustawowi posiadają taką dokumentację,

d. zapewnienie, by informacje o ewentualnym braku możliwości podpisania przez mieszkańców oświadczeń o wyrażeniu świadomej zgody na pobyt w placówce były zamieszczane przez uprawnione do tego osoby, tj. lekarzy w oparciu o przeprowadzone badania medyczne.

¹⁸ W przypadku umów pisemnych należy do nich m.in. podpis; zob. art. 78 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061).

¹⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.

²⁰ Zob. art. 2 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287).

²¹ Zgodnie z art. 79 Kodeksu cywilnego osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.

²² Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2011) 20, par. 166.

B. Warunki bytowe

33. W czerwcu 2024 r. placówka kontrolowana była przez przedstawicieli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego. W trakcie kontroli wskazano na samowolne zwiększenie liczby miejsc ponad limit wskazany w zezwoleniu (tj. 51 miejsc). W czasie wizytacji KMPT w placówce przebywać miało, zgodnie z oświadczeniem Dyrektora placówki, 45 osób. Po analizie dokumentacji znajdującej się w placówce okazało się, że osób jest 46. Dodatkowo jedna osoba przebywała w szpitalu. Należy zauważyć, że zwiększenie liczby osób przebywających w placówce nie tylko stanowi naruszenie w wymiarze formalnym, ale może prowadzić do pogorszenia warunków bytowych mieszkańców. Powoduje też konieczność zapewnienia odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu, co – jak wynikało z rozmowy z Dyrektorem placówki – stanowiło największy problem organizacyjny.

34. **KMPT zaleca przestrzeganie limitów miejsc ustalonych decyzją Wojewody.**

35. Podczas oglądu przedstawicielki KMPT ustaliły, że w placówce funkcjonuje jeden pokój 4-osobowy, wbrew zapewnieniom Dyrektora placówki, że w budynku pokoje są wyłącznie 2- i 3-osobowe. Pokój ten nie był zamieszkiwany wyłącznie przez osoby leżące²³. W placówce z dawnego gabinetu pielęgniarskiego wyodrębniono także izolatkę dla dwóch osób. Pomieszczenie to nie spełniało wymagań, o których mowa w art. 68 ust. 4 pkt 3 lit. c u.p.s. Pomiar metrażu wybranych pokoi wykonany przez przedstawicielki KMPT wykazał również, że standard określony w art. 68 ust. 4 pkt 3 lit. a, b, d u.p.s. nie został w nich spełniony. Stosowanie tego typu rozwiązań może ograniczać nieskrępowane poruszanie się i obniżać komfort życia mieszkańców.

36. **KMPT zaleca doprowadzenie do zgodności liczby osób zakwaterowanych w poszczególnych pomieszczeniach oraz zachowanie właściwego metrażu, zgodnie z wymogami art. 68 ust. 4 pkt 3 u.p.s.**

37. W pokojach mieszkańców są zamontowane instalacje przyzywowe. W trakcie oglądu placówki okazało się jednak, że nie są one sprawne. W toaletach nie było takich instalacji. Z uwagi na podeszły wiek mieszkańców oraz pogarszający się stan ich zdrowia, brak możliwości zasygnalizowania potrzeby uzyskania pomocy, w szczególności przy niedoborach kadrowych, może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia mieszkańców.

²³ Zgodnie z art. 68 ust. 4a u.p.s., jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące, może być on czteroosobowy, a jego powierzchnia nie może być mniejsza niż 6 m² na osobę. Pokój uznaje się za spełniający wymaganą normę, jeśli odstępstwo od wymaganej powierzchni nie jest większe niż 5%.

38. KMPT zaleca naprawienie instalacji przyzywowej oraz jej montaż we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają mieszkańcy.

39. Delegacja KMPT zaobserwowała, że w jednej z łazienek przeznaczonych dla mieszkańców, znajdującej się na parterze budynku, ulokowano produkty spożywcze, m.in. zamknięte opakowania makaronu, mąki, mleka. Tuż obok tych produktów znajdowała się szafka z detergentami. Produkty te były przeznaczone do żywienia mieszkańców. Taki sposób przechowywania żywności budzi zastrzeżenia KMPT. Łazienka niewątpliwie nie jest pomieszczeniem do tego przeznaczonym. Panuje tam duża wilgotność i często dochodzi do zmian temperatury, co może powodować psucie żywności, a tym samym prowadzić do zatrucia.

40. KMPT rekomenduje przechowywanie żywności w miejscach do tego przeznaczonych, zgodnie z przepisami sanitarnymi dotyczącymi zakładów żywienia zbiorowego.

41. W trakcie wizytacji przedstawicielki KMPT zwróciły uwagę, że nie wszystkie łazienki dostosowane są do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Tylko w jednej łazience wysokość brodzika umożliwia swobodne wejście pod prysznic.

42. Zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych²⁴ osoby te powinny mieć zapewnione m.in. różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

43. W celu dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami warto, przy planowaniu remontów i modernizacji, mieć na względzie poniższe standardy²⁵:

- szerokość drzwi umożliwiające wjazd wózkiem – min. 90 cm;
- wysokość włączników światła i przycisków sygnalizacji przyzywowej – 90-120 cm;
- schody powinny mieć oznaczenia kontrastowe (na dolnych i górnych stopniach) oraz oznaczenia przed biegiem stopni, co pozwoli na korzystanie z nich osobom niedowidzącym; to samo dotyczy oznaczeń przed każdym biegiem pochylni;

²⁴ Przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowaną przez Polskę 6 września 2012 r.

²⁵ Wymienione standardy ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie z zasadami planowania dostępności, i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla mieszkańców, które zapewnią im swobodne poruszanie się po terenie placówki oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów. Szerzej omawiane kwestie opisane zostały w raporcie tematycznym KMPT dostępnym na stronie RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnosciafizyczna-i-sensoryczna-raport-z>.

- czcionki we wszystkich pismach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być większe, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące;
- poręcze przy schodach oraz przy pochylniach powinny mieć wysokość 90 cm (górna) i 75 cm (dolna), nadto prawidłowy rozstaw poręczy pochylni powinien wynosić 1–1,1 m;
- pochylnie wiodące do budynków mieszkalnych powinny mieć – w zależności od ich wysokości – kąt nachylenia, który nie przekracza 6% (przy wysokości powyżej 50 cm) i który nie przekracza 8% (przy wysokości poniżej 50 cm);
- w łazienkach wszystkie krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiającą uruchomienie ich osobom ze słabszymi rękami, wysokość muszli ustępowej: 45–50 cm, poręcze powinny być w odległości 40 cm od osi muszli i umieszczone na wysokości: 70–85 cm, wysokość brodzika pod prysznicem do 2 cm, górna krawędź umywalki powinna być umieszczona na wysokości 85 cm, dolna krawędź lustra powinna zaczynać się od poziomu umywalki (by skorzystała z niego również osoba siedząca na wózku inwalidzkim), a górna – sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić swobodę manewrowania wózkiem (przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że rozwiązania te powinny również dotyczyć umywarek w pokojach mieszkańców poruszających się na wózkach inwalidzkich, a przestrzeń manewrowa jest ważna we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają te osoby;
- klamki okienne w pokojach mieszkańców powinny być zamontowane tak, aby dosięgnęła ich osoba siedząca na wózku inwalidzkim lub niskiego wzrostu, dotyczy to również wszelkich przycisków, kontaktów, skrzynek wrzutowych na skargi i wnioski, dozowników, wieszaków, z których korzystają osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich, itp. Powinny one być na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi.

44. **KMPT rekomenduje dostosowanie infrastruktury placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.**

C. Personel

45. Z informacji przekazanych przez Dyrektora placówki wynikało, że placówka boryka się z problemem zatrudnienia personelu, głównie opiekunek. W okresie wizytacji w placówce pracowało łącznie 18 osób: 4 pielęgniarki (trzy na umowę zlecenie, jedna w ramach umowy o pracę), 6 osób na stanowisku pomocy pielęgniarki (umowa o pracę), 7 osób na stanowisku opiekuna osoby starszej (umowa o pracę),

jedna osoba na stanowisku kucharki (umowa o pracę). Nie wszyscy pracownicy świadczyli pracę w pełnym wymiarze.

46. Dyrekcja placówki, na prośbę Krajowego Mechanizmu, udzieliła informacji o kwalifikacjach osób zatrudnionych w placówce, jednak nadesłała dokumenty dotyczące kwalifikacji zawodowych jedynie czterech osób spośród personelu: trzech pielęgniarek świadczących zlecenie i przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego z języka ukraińskiego dokumenty jednej osoby wykonującej pracę na stanowisku pomocy pielęgniarki. Kwalifikacje pozostałego personelu nie zostały wykazane za pomocą dokumentów. W ocenie KMPT niedobór pracowników oraz ryzyko powierzania pracy osobom nieposiadającym wymaganych uprawnień może stanowić zagrożenie dla realizacji potrzeb mieszkańców placówki i ich bezpieczeństwa.

47. **KMPT rekomenduje zatrudnienie odpowiedniej liczby pracowników posiadających kwalifikacje niezbędne do wykonywania powierzanych im zadań.**

48. Pracownicy placówki nie są również systematycznie szkoleni. Z udostępnionej przedstawicielkom dokumentacji wynikało, że niektórzy pracownicy w 2024 r. odbyli jedno szkolenie pn. „Transfer podopiecznych łóżko – wózek, łóżko – łazienka”. KMPT od lat podkreśla, że odpowiednio dobrany i wyszkolony personel jest kluczowy dla ochrony mieszkańców przed torturami oraz niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem. O potrzebie szkoleń personelu wypowiada się m.in. CPT oraz Komitet Ministrów Rady Europy²⁶.

49. **KMPT rekomenduje zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu m.in.: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym mieszkańcem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania, jak również rozważenie zorganizowania personelowi regularnej superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.**

D. Kontakt ze światem zewnętrznym

50. Z informacji udzielonych przez Dyrektora placówki wynikało, że co do zasady mieszkańcy nie mogą samodzielnie opuszczać terenu placówki. Nie ma natomiast przeszkód, aby pod opieką rodziny czy też personelu mieszkaniac wyszedł

²⁶ Zob. 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, par. 149 oraz art. 34 Rekomendacji w sprawie promocji praw osób starszych, CM/Rec (2014) 2, przyjętych przez Komitet Ministrów Rady Europy 19 lutego 2014 r.

poza jej teren. Informacje na temat zasad ograniczania mieszkańcom swobodnego opuszczania placówki zawarte są w § 5 Regulaminu.

51. W okazanej przedstawicielkom KMPT dokumentacji zaświadczenie lekarskie, które uzasadniałoby możliwość ograniczenia samodzielnego opuszczania terenu placówki ze względu na stan zdrowia, znajdowało się w dokumentacji tylko jednego mieszkańca. Dodatkowo wydane ono było bezterminowo, co jest sprzeczne z art. 68 ust. 2a i 2b u.p.s., a także informacjami zawartymi w Regulaminie placówki. Zaświadczenie, o którym mowa wyżej, powinno być wydane na czas określony, nie dłuższy jednak niż 6 miesięcy. Do obowiązków osoby kierującej placówką należy także przekazanie informacji o ograniczeniu samodzielnych wyjść poza teren domu opieki do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka²⁷.

52. **KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego.**

53. W placówce nie był także prowadzony rejestr wyjść mieszkańców poza teren placówki, pomimo zawarcia takiego zapisu w Regulaminie placówki (§ 4 ust. 13). Informacje o wyjściach znajdowały się natomiast w raportach pielęgniarских. Rejestr wyjść pełni ważną funkcję w systemie prewencji złego traktowania. Pozwala na udokumentowanie m.in., kiedy i pod czyją opieką mieszkaniiec opuścił placówkę oraz kiedy i w jakim stanie do niej powrócił.

54. **Krajowy Mechanizm zaleca założenie rejestru wyjść mieszkańców poza teren placówki, zgodnie z zapisami zawartymi w Regulaminie placówki.**

E. Prawo do ochrony zdrowia

55. Z dokumentacji udostępnionej przedstawicielkom KMPT wynika, że trzech mieszkańców miało podawane leki w formie rozkruszonej. Informacja taka zawarta była w karcie zaleceń, jednak nie była w żaden sposób oznaczona podpisem lekarza.

56. KMPT od lat odnotowuje podczas wizytacji prewencyjnych praktykę rozkruszania leków przed ich podaniem. Szczegółowo argumenty przemawiające za podawaniem leku w formie rozkruszonej jedynie na zlecenie lekarza oraz właściwym dokumentowaniem tego faktu przedstawione zostały w raporcie rocznym KMPT²⁸.

²³ Zob. art. 68 ust. 2b i 2e u.p.s.

²⁸ Zob. Raport RPO z działalności w Polsce KMPT w 2023 r., s. 104.

57. **KMPT rekomenduje uzupełnienie dokumentacji medycznej mieszkańców o zalecenia lekarza dotyczące podawania leków w formie rozkruszonej oraz opatrzenie ich podpisem lekarza.**

58. Podczas przyjęcia nowego mieszkańca do placówki obecna jest pielęgniarka, która zbiera wywiad oraz dokonuje oglądu ciała w celu odnotowania odleżyn, zmian skórnych, obrażeń. Widoczne urazy oraz zmiany chorobowe opisywane są w dokumentacji medycznej. Kierownictwu placówki oraz personelowi medycznemu nie jest natomiast znany podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania – Protokół stambulski²⁹, który zawiera m.in. specjalne formularze z obrysem sylwetki ludzkiej do zamieszczania informacji o zdiagnozowanych obrażeniach i urazach, tzw. mapy ciała. Sposób dokumentowania obrażeń należy wzbogacić o dokumentację fotograficzną, która powinna być uzupełnieniem dokumentacji medycznej pacjenta (dokumentacja fotograficzna powinna być zawsze sporządzona za zgodą pacjenta)³⁰.

59. KMPT podkreśla, że niezależne badanie lekarskie i właściwe dokumentowanie urazów stwierdzonych podczas badania uważane jest za minimalną gwarancję chroniącą mieszkańców przed torturami i przemocą. Taka praktyka chroni również personel przed fałszywymi zarzutami, że obrażenia powstały podczas pobytu w placówce.

60. **KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą map ciała. Formularze te, wraz ze zdjęciami urazów (wykonywanymi za zgodą pacjenta), powinny zostać włączone do dokumentacji medycznej mieszkańców i zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.**

61. **KMPT zaleca również przeszkolenie personelu z treści Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.**

62. Placówka współpracuje tylko z jednym lekarzem specjalistą z zakresu medycyny rodzinnej. W przypadku konieczności zasięgnięcia porady innego specjalisty ww. lekarz wystawia odpowiednie skierowanie. Zapewnienie dalszego leczenia specjalistycznego spoczywa na osobach bliskich mieszkańca. Zgodnie z art. 68 u.p.s. placówki całodobowej opieki mają obowiązek zapewnić usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, w tym pielęgnacji w czasie choroby. Placówka zapewnia ponadto

²⁹ Zaktualizowana wersja podręcznika w języku polskim dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

³⁰ Zob. Raport CPT z wizyty przeprowadzonej w Polsce w dniach 5-17 czerwca 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, par. 78.

niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych, co Krajowy Mechanizm rozumie również jako pomoc w załatwianiu spraw zdrowotnych.

63. KMPT zaleca zapewnienie mieszkańcom, w ramach usług świadczonych w placówce, wsparcia w uzyskaniu dostępu do zleconej diagnostyki i leczenia specjalistycznego.

F. Aktywizacja mieszkańców i kontakt z psychologiem

64. Wizytowana placówka nie zapewnia mieszkańcom kontaktu z psychologiem, ani podczas przyjęcia, ani jako wsparcia psychologicznego w toku pobytu, co w ocenie KMPT jest niezbędne.

65. Na zasadność zapewnienia odpowiedniej opieki psychologicznej osobom przebywającym m.in. w placówkach opiekuńczych wskazuje SPT, podkreślając, że regularne monitorowanie psychologicznego samopoczucia osób przebywających w placówkach ma fundamentalne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka złego traktowania. W związku z tym rekomenduje się, aby władze uwzględniły rutynowe badania w zakresie zdrowia psychicznego podczas badań lekarskich po umieszczeniu w miejscu detencji (rozumianym także jako dom opieki)³¹.

66. **KMPT zaleca nawiązanie współpracy z psychologiem, który stanowiłby wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki.**

67. Mieszkańcy wizytowanej placówki nie są również objęci opieką profesjonalnego terapeuty zajęciowego. Co prawda w placówce odbywają się codziennie rehabilitacja grupowa i indywidualna, jednak są one dostępne za dodatkową opłatą. Poza tą aktywnością mieszkańcy zdecydowaną większość czasu spędzają głównie na oglądaniu telewizji. Jak wskazała Dyrektor placówki, w poprzednich latach była prowadzona terapia zajęciowa, jednak z uwagi na schorzenia mieszkańców nie odnosiła ona rezultatów. Tymczasem z obserwacji przedstawicieli KMPT wynika, że większość mieszkańców mogłaby uczestniczyć w specjalnie dobranych terapiach zajęciowych, np. muzykoterapii, biblioterapii, stymulacji sensorycznej. Zgodnie z art. 68 ust. 2 u.p.s., sposób świadczenia usług powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa. Terapia zajęciowa jest powszechnie wykorzystywana m.in. w zakładach opiekuńczo-leczniczych, gdzie przebywają również ciężko chorzy pacjenci.

68. W ocenie KMPT mieszkańcy powinni mieć zapewnioną terapię zajęciową, która pomogłaby w ich aktywizacji fizycznej, psychicznej, jak również intelektualnej. Obecne formy spędzania czasu wolnego przez mieszkańców nie stanowią oddziaływań terapeutycznych. Należy podkreślić, że terapia zajęciowa powinna być prowadzona w sposób przemyślany, stosownie do możliwości i stanu zdrowia mieszkańców, oraz udokumentowana, aby umożliwić ocenę efektywności podjętych oddziaływań.

³¹ Zob. Raport SPT z wizyty na Ukrainie w 2016 r., CAT/OP/UKR/3, par. 30 i 32.

69. Jak zauważa CPT, proces opieki nad mieszkańcami tego typu placówek powinien obejmować terapię zajęciową, rehabilitację, jak również zajęcia o charakterze rekreacyjnym. W ocenie Komitetu szczególną uwagę należy zwrócić na opracowanie indywidualnego planu dla każdego mieszkańca, który będzie miał na celu utrzymanie umiejętności osobistych i społecznych, w tym mobilności, a tym samym poprawę jakości życia i ich dobrostanu³². Jak podkreśla CPT, za minimum uznać należy zagwarantowanie pensjonariuszowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia.

70. **KMPT zaleca zatrudnienie terapeuty zajęciowego.**

G. Prawo do informacji

71. KMPT każdorazowo zwraca uwagę, czy placówka w ogólnodostępnych miejscach (np. korytarzach) zamieszcza informacje o instytucjach stojących na straży praw człowieka oraz o przyjętej procedurze skargowej. Możliwość kontaktu z takimi instytucjami przez osobę przebywającą w placówce lub np. odwiedzających ją krewnych stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem. Analogiczne zabezpieczenie stanowi również jasna i ogólnodostępna informacja dotycząca mechanizmu skargowego funkcjonującego w konkretnej placówce.

72. W trakcie wizytacji w placówce znajdował się w ogólnodostępnym miejscu wykaz instytucji stojących na straży praw człowieka, nie zawierał jednak danych teleadresowych tych instytucji. KMPT przypomina, że znowelizowane przepisy ustawy o pomocy społecznej³³ zobowiązały właścicieli placówek do utworzenia takiego wykazu z koniecznością zamieszczenia przy nich danych teleadresowych.

73. **KMPT zaleca uzupełnienie informacji o instytucjach stojących na straży praw człowieka o ich dane kontaktowe.**

74. W trakcie każdej wizytacji przedstawiciele KMPT zwracają się również z prośbą o przedstawienie im przyjętych w danej instytucji procedur. W wizytowanej placówce nie było opracowanych 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,

³² Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, par. 171.

³³ Zob. art. 68a u.p.s.

gdy pracownik zmuszony jest do działania w niecodziennych okolicznościach, w stresie czy w kontakcie z pobudzonym mieszkańcem.

75. KMPT rekomenduje opracowanie procedur postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych, w szczególności w przypadku śmierci mieszkańca, zachowań agresywnych, w tym autoagresji, czy wobec zgłoszenia przemocy.

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca spółce Prywatny Dom Opieki „Nadzieja” s.c. w Warszawie przy al. Bzów 16:

1. W przypadku konieczności zastosowania niestandardowych form zabezpieczeń: opracowanie procedury szczegółowo regulującej sposób postępowania z mieszkańcami wymagającymi specjalnego zabezpieczenia, stosowanie środków zabezpieczających wyłącznie za zgodą lekarza, wykorzystywanie do zabezpieczenia mieszkańca wyłącznie produktów specjalistycznych, przeznaczonych do opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
2. Wprowadzenie odpowiednich rozwiązań technicznych w systemie przekazywania obrazu z monitoringu, zapewniających maskowanie intymnych miejsc ciała mieszkańców podczas wykonywania czynności higienicznych, jak i zasłanianie osób poddawanych tym czynnościom parawanami w pokojach wieloosobowych;
3. Uzupełnienie umów o świadczenie usług opiekuńczych o podpisy mieszkańców, którzy są w stanie złożyć świadome oświadczenie woli w tym zakresie, oraz uwzględnienie w formularzu umów możliwości zawarcia umowy również przez przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej;
4. Umożliwienie osobom, które mogą wyrazić zgodę, lecz nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu, złożenie tuszowego odcisku palca; w pozostałych przypadkach należy uzyskać orzeczenia sądu opiekuńczego;
5. Uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o postanowienia sądu opiekuńczego, a także o zezwolenie sądu opiekuńczego na umieszczenie mieszkańców w placówce, oraz weryfikowanie przy przyjęciu nowych mieszkańców, czy przedstawiciele ustawowi posiadają taką dokumentację;
6. Zapewnienie, by informacje o ewentualnym braku możliwości podpisania przez mieszkańców oświadczeń o wyrażeniu świadomej zgody na pobyt w placówce

- były zamieszczane przez uprawnione do tego osoby, tj. lekarzy w oparciu o przeprowadzone badania medyczne;
7. Przestrzeganie limitów miejsc ustalonych decyzją Wojewody;
 8. Doprowadzenie do zgodności liczby osób zakwaterowanych w poszczególnych pomieszczeniach oraz zachowanie właściwego metrażu, zgodnie z wymogami art. 68 ust. 4 pkt 3 u.p.s.;
 9. Naprawienie instalacji przyzywowej oraz jej montaż we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają mieszkańcy;
 10. Przechowywanie żywności w miejscach do tego przeznaczonych, zgodnie z przepisami sanitarnymi dotyczącymi zakładów żywienia zbiorowego;
 11. Dostosowanie infrastruktury placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
 12. Zatrudnienie odpowiedniej liczby pracowników posiadających kwalifikacje niezbędne do wykonywania powierzanych im zadań;
 13. Zapewnienie pracownikom szkoleń z zakresu m.in.: sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym mieszkańcem, dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania, jak również rozważenie zorganizowania personelowi regularnej superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta;
 14. Uzupełnienie dokumentacji mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej, ograniczanie tego typu wyjść jedynie w oparciu o przepisy wskazanego aktu prawnego oraz przekazywanie stosownych informacji do sądu opiekuńczego;
 15. Założenie rejestru wyjść mieszkańców poza teren placówki, zgodnie z zapisami zawartymi w Regulaminie placówki;
 16. Uzupełnienie dokumentacji medycznej mieszkańców o zalecenia lekarza dotyczące podawania leków w formie rozkruszonej, wraz z podpisem lekarza;
 17. Dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą map ciała; formularze te, wraz ze zdjęciami urazów (wykonywanymi za zgodą pacjenta), powinny zostać włączone do dokumentacji medycznej mieszkańców i zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych;
 18. Przeszkolenie personelu z treści Protokołu stambulskiego oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych;

19. Zapewnienie mieszkańcom, w ramach usług świadczonych w placówce, wsparcia w uzyskaniu dostępu do zleconej diagnostyki i leczenia specjalistycznego;
20. Nawiązanie współpracy z psychologiem, który stanowiłby wsparcie dla mieszkańców, ich rodzin oraz personelu placówki;
21. Zatrudnienie terapeuty zajęciowego;
22. Uzupełnienie informacji o instytucjach stojących na straży praw człowieka o ich dane kontaktowe;
23. Opracowanie procedur postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych, w szczególności w przypadku śmierci mieszkańca, zachowań agresywnych, w tym autoagresji, czy wobec zgłoszenia przemocy.

Opracowała: Renata Kłyż-Urbańska

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/