



Warszawa, 11-08-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT.573.11.2025.RKU

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji placówki całodobowej opieki Jesień Podlasia w Nurcu**

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

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 ze zm.), dalej jako: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

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

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.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

II. Wprowadzenie

9. W dniach 11–13 czerwca 2025 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację placówki całodobowej opieki JESIEN PODLASIA s.c. D. Kot, A. Cylwik, Nurzec 1, 17-111 Boćki (dalej: placówka, PCO).

10. W skład zespołu wizytacyjnego weszły: Anna Grabowska (socjolożka), Karina Balicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Renata Kłyż-Urbańska (prawnik, kryminalistyk).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z panem Adamem Cylwikiem, jednym ze współników prowadzących placówkę oraz panią Joanną Cylwik – jego pełnomocniczką, a jednocześnie dyrektorką PCO sprawującą codzienny nadzór nad placówką.

12. Ponadto przedstawicielki KMPT w ramach czynności wizytacyjnych dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń i terenu zewnętrznego, przeprowadziły poufne rozmowy z mieszkańcami i personelem, zapoznały się z dokumentacją. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi dyrektorce w czasie rozmowy podsumowującej.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy zebranych informacji.

14. Niniejszy 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 Podlaskiego. Zezwolenie wydano 6 lutego 2020 r., na czas nieokreślony, na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę dla osób niepełnosprawnych lub osób w podeszłym wieku. Placówka wpisana jest do rejestru pod pozycją 46¹³.

15. Wojewoda w decyzji zezwalającej na prowadzenie placówki określił liczbę miejsc przeznaczonych dla mieszkańców na 48 osób. W czasie wizytacji w PCO przebywało łącznie 59 osób, kobiet i mężczyzn, w tym 8 osób ubezwłasnowolnionych całkowicie i jedna ubezwłasnowolniona częściowo.

¹³ Zob. [Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku](#).

16. W placówce przebywali mieszkańcy z różnymi schorzeniami. Niektórzy mieli amputowane kończyny, kilka osób poruszało się na wózkach, jeden z mieszkańców był cewnikowany. U części zdiagnozowane były zaburzenia psychiczne.

17. W aktualnie zawieranych umowach odpłatność za pobyt wynosi 3500 zł miesięcznie. Z informacji uzyskanych od osób zarządzających placówką wynikało, że w cenie tej zawarty jest cały koszt pobytu, zakup leków, pieluch, środków czystości, wyżywienia.

18. Mieszkańcy zakwaterowani są w dwupiętrowym budynku, na parterze oraz na pierwszej kondygnacji. Na każdym piętrze znajdują się łazienki z toaletami oraz pokoje dziennego pobytu. Na parterze jest również pralnia, pomieszczenie do suszenia prania, pokój socjalny dla opiekunów, miejsce wyznaczone do palenia wyrobów tytoniowych. Kuchnia oraz miejsce do przechowywania dokumentacji i leków mieszkańców znajdują się w części prywatnej, w której mieszka dyrektorka placówki. W budynku jest także winda. W czasie wizytacji była ona sprawna. Mieszkańcy nie mogą jednak korzystać z niej swobodnie. Służy ona głównie personelowi.

19. Placówka nie jest objęta monitoringiem wizyjnym, pomimo informacji znajdującej się na drzwiach zewnętrznych budynku.

IV. Problemy systemowe

20. **[Pełnienie funkcji opiekunów prawnych przez pracowników placówki]** W trakcie wizytacji przedstawicielki KMPT ustaliły, że dyrektorka placówki jest jednocześnie opiekunem prawnym i kuratorem dla trzech mieszkańców. Zdaniem KMPT takie rozwiązanie nie jest optymalne dla zabezpieczenia interesów osób ubezwłasnowolnionych. Przede wszystkim głównym zadaniem opiekuna prawnego i kuratora powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. W sytuacji, gdy osoba zarządzająca placówką jest jednocześnie przedstawicielem ustawowym osób przebywających w PCO, zachodzi ryzyko konfliktu interesów. Dyrektorowi placówki, który jest odpowiedzialny za mieszkańców, ich bezpieczeństwo, zapewnienie odpowiednich warunków materialnych oraz zarządzanie środkami finansowymi może być trudno zachować obiektywizm podczas pełnienia ww. funkcji. Wątpliwości co do godzenia tych ról mają również sami pracownicy domów pomocy społecznej i ośrodków pomocy społecznej¹⁴. Europejski Komitet ds. Zapobiegania

¹⁴ Zob. odpowiedź Dyrektora Departamentu Spraw Rodzinnych i Nieletnich w Ministerstwie Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2025 r. na wystąpienie generalne Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie IV.7024.44.2024; dostępne na stronie RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-opiekunowie-osob-ubezwlasnowolnionych-brak-kandydatow-ms>.

Torturom (dalej: CPT) rekomenduje w takich sytuacjach, aby władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów¹⁵.

21. **[Kontakt z psychologiem]** Obowiązujące przepisy nie zobowiązują osób prowadzących placówki całodobowej opieki do zatrudniania psychologa.

W wizytowanej placówce również nie zatrudniano osoby pełniącej tę funkcję.

22. Zdaniem KMPT filarem należytej opieki nad mieszkańcami placówek opiekuńczych, w szczególności przejawiającymi zaburzenia psychiczne, powinno być zapewnienie im stałego i nieskrępowanego dostępu do psychologa. Wsparcie psychologiczne jest szczególnie istotne również w początkowym okresie pobytu, kiedy następuje całkowita zmiana otoczenia osoby przyjmowanej do placówki. Może pojawić się wtedy poczucie zagubienia, skłonność do stanów depresyjnych, zamykanie się w sobie lub niechęć do nawiązywania kontaktów. Rola psychologa pracującego systematycznie z mieszkańcem w tym okresie jest nie do przecenienia. Psycholog powinien pomagać także w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych, objąć wzmożoną opieką mieszkańców mających trudności w relacjach społecznych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, prowadzić współpracę z rodzinami i bliskimi mieszkańców. Psycholog może także formułować na potrzeby personelu zalecenia odnośnie do sposobu postępowania z danym mieszkańcem.

23. **KMPT zaleca rozważenie zatrudnienia psychologa w wymiarze adekwatnym do liczby osób przebywających w placówce.**

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

24. W decyzji Wojewody Podlaskiego zezwalającej na prowadzenie placówki określono limit miejsc na 48 mieszkańców. Przedstawicielki KMPT ustaliły, że w czasie wizytacji w placówce przebywało 59 osób. Samowolne zwiększenie liczby osób przebywających w placówce nie tylko stanowi naruszenie w wymiarze formalnym, lecz prowadzi wprost do pogorszenia warunków bytowych mieszkańców. Takie działania powodują ponadto konieczność zatrudnienia odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu, czego w wizytowanej placówce nie zapewniono.

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

¹⁵ Zob. Raport CPT z wizytacji na Łotwie w 2017 r., CPT/Inf (2017)16, par. 157; zob. również Standardy CPT przedstawione w dokumencie pn. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 32.

26. Przedstawicielkom KMPT przekazano do analizy dokumentację 56 mieszkańców. Dokumentacja pozostałych 3 osób nie została przygotowana i przedstawiona delegacji KMPT w okresie jej pobytu w placówce.

27. Z ustaleń przedstawielek KMPT wynika, że większość mieszkańców to ludzie starsi leczący się przewlekle oraz mający zdiagnozowane zaburzenia psychiczne. W decyzji Wojewody zezwalającej na prowadzenie placówki określono natomiast, że jest ona właściwa dla osób z niepełnosprawnościami lub osób w podeszłym wieku. Krajowy Mechanizm powziął tym samym wątpliwość, czy placówka może świadczyć usługi opiekuńcze wszystkim przebywającym w niej mieszkańcom, w szczególności przewlekle chorym, w tym osobom ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi.

28. **KMPT zwraca się do Wojewody Podlaskiego z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy placówka całodobowej opieki Jesień Podlasia w Nurcu może świadczyć usługi opiekuńcze osobom przewlekle chorym, ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi, a także czy powyższa kwestia była weryfikowana przez urzędników Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku podczas dotychczasowych kontroli placówki.**

29. W okazanej dokumentacji przedstawicielki KMPT dostrzegły również, że w przypadku mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie brak było postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce. Wymóg taki określa wprost art. 68a pkt 1 lit. f ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dalej: u.o.p.s.)¹⁶.

30. **KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o wskazane wyżej postanowienia sądu opiekuńczego oraz weryfikowanie przy przyjęciu nowych mieszkańców, czy opiekunowie prawni dysponują takim orzeczeniem.**

31. W dokumentacji jednego z mieszkańców znajdowały się dwie różne umowy. Opatrzone były tą samą datą, różniły się natomiast wysokością kwot odpłatności za pobyt, a także podpisem mieszkańca. W przypadku umowy zawartej przez jeszcze inną osobę brak było w ogóle oznaczenia kwotowego odpłatności za pobyt. Budzi to liczne wątpliwości, m.in. co do autentyczności umów, zakresu usług, zasad pobytu poszczególnych mieszkańców w placówce.

32. **KMPT rekomenduje prowadzenie dokumentacji indywidualnej mieszkańców w sposób rzetelny, zgodny z przepisami prawa.**

¹⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 1283.

B. Traktowanie

33. Delegacja KMPT odebrała pojedyncze sygnały o niewłaściwym zachowaniu personelu, który miał przeklinać, krzyczeć na mieszkańców i publicznie wygłaszać komentarze na temat ich schorzeń bądź przejawianych zachowań.

34. KMPT wskazuje, że tego typu zachowanie personelu jest niedopuszczalne. Mieszkańcy placówki to osoby mocno schorowane, bezbronne i szczególnie narażone na ryzyko złego traktowania. Personel placówki powinien być tego świadomy i odpowiednio przygotowany do pracy.

35. **KMPT podkreśla konieczność zwracania się z szacunkiem do osób przebywających w placówce i komunikowania się w sposób opanowany, pozbawiony wulgaryzmów, bez względu na okoliczności i zachowania mieszkańców, oraz rekomenduje podjęcie działań przez osoby zarządzające placówką zmierzających do wyeliminowania tych zjawisk i przeciwdziałania im.**

C. Prawo do ochrony zdrowia

36. Wszyscy mieszkańcy placówki są zapisani do przychodni podstawowej opieki zdrowotnej w Boćkach. Świadczenia są im udzielane w ramach NFZ. Mieszkańcy z zaburzeniami psychicznymi są natomiast zawożeni do przychodni w Bielsku Podlaskim. W przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia do mieszkańców wzywany jest Zespół Ratownictwa Medycznego.

37. Mieszkańcy, którzy są przyjmowani do placówki, nie są rutynowo poddawani badaniu lekarskiemu. Kontakt z lekarzem odbywa się w sytuacji pogorszenia ich stanu zdrowia. Wówczas albo są oni zawożeni przez personel do przychodni, albo lekarz z przychodni przyjeżdża do placówki.

38. Stan higieniczny, w momencie zarówno przyjęcia nowego mieszkańca do placówki, jak i powrotu do PCO z przepustek, sprawdzają opiekunki. Personel zaznacza w zeszycie raportów występowanie ewentualnych zaniedbań higienicznych, urazów, odleżyn, zmian skórnych. Placówka nie prowadzi dokumentacji fotograficznej nieprawidłowości zaobserwowanych na ciele mieszkańców, nie korzysta z tzw. map ciała zawartych w Protokole stambulskim¹⁷. Pracownikom i osobom zarządzającym placówką nie jest znany ten dokument.

¹⁷ Podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania; 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>.

39. KMPT zwraca uwagę, 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. Na temat sposobu dokumentowania obrażeń wypowiadał się wielokrotnie CPT¹⁸.

40. **KMPT rekomenduje przyjęcie rozwiązania polegającego na przeprowadzaniu badań każdego nowo przyjmowanego mieszkańca przez lekarza albo pielęgniarkę oraz dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnych formularzy, tzw. map ciała, które wraz ze zdjęciami urazów (wykonywanymi za zgodą mieszkańca) powinny być włączone do dokumentacji medycznej mieszkańców i zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.**

41. Za przygotowanie leków dla mieszkańców odpowiada dyrektorka placówki. Wydzielone przez nią leki są następnie podawane mieszkańcom przez opiekunów. Z udostępnionej przedstawicielkom KMPT dokumentacji dotyczącej zatrudnienia nie wynikało, aby personel odpowiedzialny za przygotowanie i podanie lekarstw miał wykształcenie i kwalifikacje właściwe dla zawodu medycznego.

42. KMPT wskazuje, że dla bezpieczeństwa mieszkańców kluczowe jest, by lekarstwa były wydzielane przez osobę mającą odpowiednie kwalifikacje, a następnie podane we właściwy sposób przez osobę je przygotowującą. Samo podanie leku nie jest wystarczające dla zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom. Konieczna jest jego dalsza obserwacja pod kątem reakcji na podane leki i reagowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych¹⁹.

43. **KMPT rekomenduje zatrudnienie odpowiednio wykwalifikowanego personelu medycznego, który będzie odpowiedzialny za rozkładanie i podawanie leków mieszkańcom.**

44. W dokumentacji mieszkańców znajdowały się zeszyty z wypisanymi nazwami lekarstw i ich dawkowaniem. Wpisy nie były jednak opatrzone pieczętą, datą i podpisem lekarza.

¹⁸ Zob. m.in. Raport CPT z wizyty przeprowadzonej w Polsce w dniach 5-17 czerwca 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, par. 78.

¹⁹ Zob. Interpelacja poselska nr 304 z dnia 20 grudnia 2023 r. do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie dokumentu przedłożonego pracownikom domu pomocy społecznej w okolicach Bielska-Białej oraz planowanej polityki nowego rządu w zakresie placówek dedykowanych osobom starszym i chorym oraz odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 5 lutego 2024 r., dostępne na stronie internetowej Sejmu RP: [Interpelacja nr 304 - Sejm Rzeczypospolitej Polskiej](#).

45. Przedstawicielki KMPT ustaliły również, że niektórym mieszkańcom leki wydawane są bez ich wiedzy – kruszone i dodawane do posiłków. Fakt ten nie był odnotowywany w dokumentacji medycznej mieszkańców.

46. KMPT od lat odnotowuje podczas wizytacji prewencyjnych praktykę rozkruszania leków i podawania ich w posiłkach, także bez wiedzy mieszkańców, i zwraca uwagę, że taka praktyka może mieć miejsce jedynie przy wyraźnym zaleceniu lekarza w indywidualnych przypadkach²⁰.

47. Ponadto ukrywanie tego faktu przed mieszkańcem jest niezgodne z jego prawem do posiadania informacji na temat przyjmowanych leków. Systematyczne podawanie leków ukrytych w jedzeniu może prowadzić do mylnego przekonania o swoim stanie zdrowia, a w konsekwencji do odmowy przyjmowania leków podanych w sposób świadomy²¹.

48. KMPT zauważa również, że zgodnie z art. 68a pkt 1 lit. d tiret 2 i 3 u.o.p.s. dokumentacja medyczna powinna obejmować m.in. zalecenia lekarskie oraz ewidencję korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki, ze wskazaniem daty i zakresu tych świadczeń oraz danych świadczeniodawcy udzielającego świadczeń zdrowotnych. 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.

49. **KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji medycznej mieszkańców o zalecenia lekarskie dotyczące nazw przyjmowanych przez nich leków, dawki oraz formy podania, które będą opatrzone pieczęcią, datą i podpisem lekarza.**

50. Wyniki badań medycznych oraz karty pobytów w szpitalu przechowywane były wraz z dokumentacją ogólną mieszkańców. KMPT zwraca uwagę na konieczność prawidłowego zabezpieczenia ww. informacji, jako danych wrażliwych, przed upublicznieniem i dostępem do nich osób nieuprawnionych. Przyjęta w placówce forma przechowywania dokumentacji może godzić w prawo do ochrony danych o stanie zdrowia, które wchodzi w zakres prawa do prywatności (art. 47 i 51 Konstytucji RP).

51. **KMPT rekomenduje wyodrębnienie indywidualnej dokumentacji medycznej każdego mieszkańca – zarówno sprzed pobytu w placówce,**

²⁰ Szczegółowa argumentacja w tym zakresie była wielokrotnie przedstawiana przez KMPT, zob. np. Raport RPO z działalności KMPT w 2023 r., s. 98; zob. też: Raport RPO z działalności KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 109-111.

²¹ Zob. Raport RPO z działalności KMPT „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?”, s. 82-83.

jak i wytworzonej już po przyjęciu mieszkańca – i przechowywanie jej w miejscu, do którego dostęp będzie miał wyłącznie personel medyczny.

52. Z uzyskanych informacji wynikało, że w placówce ustalone są dwie diety – ogólna i cukrzycowa. Wywieszony na tablicy ogłoszeń jadłospis nie uwzględniał takiego rozróżnienia. W dokumentacjach pacjentów również brak było zalecenia lekarza co do sposobu żywienia. Ponadto w pierwszym dniu wizytacji na kolację mieszkańcom serwowany był ryż z soki i herbata. Wizytujące wyraziły wątpliwość, czy jest to pełnowartościowy posiłek oraz czy jest on odpowiedni dla osób chorujących na cukrzycę.

53. KMPT rekomenduje ustalanie jadłospisu w porozumieniu z dietetykiem, w oparciu o indywidualne zalecenia lekarskie dla każdego mieszkańca z rozróżnieniem na poszczególne diety.

54. Zgodnie z art. 68 ust. 1 pkt 1 lit. c u.o.p.s. opieka w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku polega na świadczeniu przez całą dobę usług opiekuńczych zapewniających opiekę higieniczną. Stan higieniczny części mieszkańców budził zastrzeżenia. Niektórzy mieli brudne stopy, nieobcięte paznokcie, zrogowaciały naskórek oraz popękane pięty. Jeden z mieszkańców, który doznał kilka dni przed wizytacją urazu głowy, miał brudny, niezmieniony prawdopodobnie od dłuższego czasu opatrunek.

55. KMPT stanowczo zaleca pilne zapewnienie mieszkańcom właściwej opieki higienicznej.

D. Personel

56. Przedstawicielki KMPT ustaliły, że w placówce zatrudnionych jest łącznie 16 osób, w tym dyrektorka. Wszystkie osoby zatrudnione są na umowę o pracę w wymiarze pełnego etatu. Dwie osoby zatrudnione są na stanowisku kucharki, jedna jest konserwatorem. Do opieki nad 59 mieszkańcami placówka dysponuje zatem 12 opiekunami. Wskaźnik zatrudnienia nie odpowiada wymogom określonym w art. 68a pkt 5 u.o.p.s.²²

57. Większość opiekunów świadczy pracę w systemie 12-godzinny, od godziny 7.00 do godziny 19.00. W porze dziennej dyżur pełni 3–4 opiekunów, w nocy 1–2. Z obserwacji poczynionych przez przedstawicielki KMPT wynikało, że w każdym dniu wizytacji pracę wykonywały te same osoby. Jednocześnie nie przedstawiono grafiku pracy, na podstawie którego możliwa byłaby weryfikacja

²² Dla 59 mieszkańców placówka powinna dysponować etatami w łącznym wymiarze 19,47 (59 x 0,33), a dla 48 – 15,84 (48 x 0,33).

przestrzegania zakresu godzinowego pracy przez poszczególnych pracowników oraz ich dostępności w danym dniu w placówce.

58. Z udostępnionej przedstawicielkom KMPT dokumentacji pracowniczej nie wynikało, aby część opiekunów w chwili podpisywania umowy o pracę posiadała wymagane kwalifikacje albo miała udokumentowane co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe, o którym mowa w art. 68a pkt 4 u.o.p.s. Ponadto do niektórych umów o pracę sporządzane były aneksy dotyczące m.in. zmiany stanowiska pracy. Było tak w przypadku konserwatora i kucharki, którzy na podstawie aneksów do umów otrzymali stanowisko opiekunów. Faktycznie zaś nadal wykonywali zadania na poprzednich stanowiskach pracy.

59. Delegacja KMPT ustaliła dodatkowo, że zakres powierzonych opiekunom zadań był szeroki. Opiekunowie odpowiedzialni byli za nadzór nad mieszkańcami, pomoc w jedzeniu, myciu, zmianę pieluch, podawanie lekarstw, mierzenie ciśnienia i poziomu cukru, pranie, sprzątanie, zmianę pościeli, pomoc w przygotowywaniu posiłków. W ocenie KMPT liczba opiekunów wykonujących pracę w ciągu dnia i nocy nie pozwala na zrealizowanie wszystkich powierzonych im zadań, w szczególności właściwe sprawowanie nadzoru nad mieszkańcami.

60. **KMPT rekomenduje: zatrudnienie odpowiedniej liczby pracowników posiadających wymagane kwalifikacje i doświadczenie niezbędne do wykonywania powierzonych im zadań; opracowanie miesięcznego grafiku pracy; precyzyjne określanie zakresu obowiązków każdego z pracowników, a w przypadku łączenia różnych stanowisk – wskazania, w jakich godzinach powinny być wykonywane obowiązki zarówno w ciągu dnia, jak i nocy.**

61. Pracownicy placówki nie są szkoleni. Poza podstawowymi szkoleniami stanowiskowymi czy też z zakresu BHP – nie istnieje żaden katalog oferowanych personelowi szkoleń czy warsztatów.

62. Z uwagi na trudny charakter pracy, a także sygnały dotyczące niewłaściwego zwracania się przez personel do mieszkańców, w ocenie KMPT pracownicy placówki powinni otrzymać niezbędne wsparcie i doradztwo w celu zachowania wysokich standardów opieki oraz uniknięcia wypalenia zawodowego. Na taką potrzebę w stosunku do pracowników tego typu placówek wskazuje również CPT²³ oraz Komitet Ministrów Rady Europy²⁴.

²³ Zob. Standardy CPT przedstawione w dokumencie pn. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT 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.

²⁴ Zob. Rekomendacje CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 lutego 2014 r. podczas 1192 posiedzenia Komitetu Delegatów Ministrów), rekomendacja 34.

63. **KMPT rekomenduje zorganizowanie personelowi szkoleń dotyczących, m.in. sposobów radzenia sobie ze stresem, z agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym mieszkańcem, jak również dotyczących dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania.**

E. Warunki bytowe

64. W trakcie wizytacji w placówce prowadzony był remont. Objęte nim były niektóre łazienki i pokoje, zarówno na parterze, jak i piętrze budynku. Część remontowanych pomieszczeń nie została zabezpieczona przed dostępem mieszkańców. Znajdowały się w nich narzędzia i materiały budowlane, które mogły stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa mieszkańców. Przedstawicielki KMPT zwróciły dyrektorze placówki uwagę na konieczność właściwego zabezpieczenia remontowanych pomieszczeń.

65. KMPT wskazuje, że za bezpieczeństwo mieszkańców odpowiada personel. W czasie wizytacji obsada placówki nie pozwalała na właściwe sprawowanie nadzoru nad mieszkańcami w czasie prowadzenia prac remontowych. Dodatkowo standard dotyczący warunków bytowych był znacznie obniżony w związku z prowadzonymi pracami. Pomijając hałas i towarzyszące remontowi zabrudzenia, część mieszkańców nie miała w związku z tym zamontowanych drzwi do pokoju, oświetlenia oraz kontaktów. Wyłączona z użytkowania była także łazienka wspólna ze stanowiskami prysznicowymi. Ostatecznie przedstawicielki KMPT zaobserwowały, że za całość prac remontowych w budynku oraz bieżący nadzór techniczny nad nim odpowiedzialna była jedna osoba z personelu. Nie miała ona do pomocy nikogo innego. Taka sytuacja uniemożliwiała sprawne przeprowadzenie remontu, mając na uwadze charakter i zakres koniecznych do przeprowadzenia prac.

66. **KMPT rekomenduje prowadzenie prac remontowych w sposób bezpieczny i jak najmniej uciążliwy dla mieszkańców.**

67. Placówka dysponuje pokojami 1-, 2-, 3- i 4-osobowymi. Pokoje 4-osobowe nie są zamieszkiwane wyłącznie przez osoby leżące. Nie wszystkie pokoje spełniały też standard odpowiedniego metrażu. Pomiar wykonany w kilku pokojach 4-osobowych wynosił 19,68 m², 18,62 m², 17,57 m². Jeden pokój 3 osobowy miał 12,98 m². Powyższe jest nie do pogodzenia z art. 68 ust. 4 pkt 3 i art. 68 ust. 4a u.o.p.s.

68. **KMPT formułuje zalecenie doprowadzenia do odpowiedniej liczby osób zakwaterowanych w poszczególnych pokojach oraz zachowania właściwego metrażu, wynikających z przepisów ustawy o pomocy społecznej.**

69. W placówce było łącznie 10 łazienek. Z powodu remontu w łazience ogólnodostępnej, mieszkańcy mogli korzystać z 9 łazienek. Standardem wynikającym z art. 68 ust. 5 pkt 3 u.o.p.s. jest jedna łazienka dla nie więcej niż pięciorga mieszkańców. Placówka nie spełnia tego standardu.

70. **KMPT zaleca zapewnienie odpowiedniej liczby łazienek w stosunku do faktycznej liczby przebywających w placówce mieszkańców.**

71. Pomimo trwających prac remontowych, większa część pomieszczeń placówki nosiła ślady wyeksploatowania. Przedstawicielki KMPT zaobserwowały m.in. ubytki tynku i farby na ścianach, ubytki płytek, pęknięcia w drzwiach, poluzowane lub zdemonstrowane baterie prysznicowe i poręcze przy sedesach, zdemonstrowane deski sedesowe, poluzowane kontakty i włączniki światła, niezabezpieczone kaloryfery, pękniętą szybę okienną. Personel tłumaczył to działaniami mieszkańców, którzy stale niszczą już naprawioną infrastrukturę placówki.

72. **KMPT rekomenduje dokonywanie systematycznego przeglądu pomieszczeń i urządzeń pod kątem napraw oraz korzystanie ze specjalnych materiałów odpornych na zniszczenia.**

73. Wyposażenie pokoi mieszkalnych było zróżnicowane. Nie wszędzie znajdowała się szafa, stół, krzesła i szafka nocna dla każdej osoby. W większości pokoi meble były zdekompletowane, o różnych wymiarach, wyglądzie i stopniu zużycia. Niektóre materace łóżkowe nie były odpowiednio zabezpieczone przed przemoczeniem. Mieszkańcy nie mają także w większości możliwości zamykania swoich rzeczy osobistych na klucz.

74. W celu zachowania prawa do godnego traktowania każdy mieszkaniec powinien mieć zapewnioną odpowiednią przestrzeń w użytkowanych pomieszczeniach, z dostępem do świeżego powietrza oraz odpowiedniego oświetlenia. W pokojach mieszkańcy powinni mieć zapewnione warunki przypominające domowe wyposażenie, w tym adekwatne do stanu zdrowia i potrzeb łóżko, zamykaną na klucz szafkę, miejsce w szafie oraz stolik i bezpieczne w kontekście ewentualnych upadków krzesła lub fotele²⁵.

75. **KMPT rekomenduje dostosowanie umeblowania pokoi do wymogów określonych w art. 68 ust. 4 pkt 3 u.o.p.s.**

76. W oknach nie było klamek, które umożliwiałyby mieszkańcom swobodne wietrzenie pokoi. Klamkami dysponował personel, który otwierał okna w razie konieczności albo na prośbę mieszkańca. Takie rozwiązanie uzasadnione było obawą

²⁵ Zob. Standardy CPT przedstawione w dokumencie pn. Persons deprived of their liberty in social care establishments, CPT Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, par. 10; zob. też: Ósmy raport generalny CPT z 1998 r., CPT/Inf (98)12, par. 34.

personelu o bezpieczeństwo mieszkańców (pracownicy obawiali się tego, że niektórzy mieszkańcy mogliby wyskoczyć przez okno).

77. **KMPT rekomenduje wprowadzenie bezpiecznych rozwiązań technicznych, które umożliwiłyby mieszkańcom samodzielne wietrzenie pokoi.**

78. W placówce nie ma zainstalowanego systemu alarmowo-przyzywowego. 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 ich zdrowia lub życia.

79. **KMPT zaleca montaż instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają mieszkańcy (pokoje, toalety, łazienki, części wspólne).**

80. Zgodnie z art. 68 ust. 1 pkt 2 lit. c oraz art. 68 ust. 6 pkt 6 u.o.p.s. placówka powinna zapewniać całodobowo usługę polegającą na utrzymaniu czystości i sprzątaniu pomieszczeń, w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz dziennie. W ocenie przedstawicieli KMPT standard ten nie był zapewniony. Podczas oglądu placówki delegacja zaobserwowała zabrudzenia podłóg, ścian, kontaktów, sprzętu AGD znajdującego się w pokojach mieszkańców. Pod niektórymi łózkami znajdowały się kable, brudne kaczki sanitarne, niedopałki papierosów. Zabrudzone były też wózki ortopedyczne.

81. **KMPT zaleca częstsze sprzątanie pomieszczeń i użytkowanego przez mieszkańców sprzętu. Mając na uwadze braki kadrowe, przeciążenie opiekunów zadaniami, a także potrzeby mieszkańców, KMPT rekomenduje zatrudnienie personelu, który zajmowałby się wyłącznie dbaniem o czystość.**

82. W placówce nie wyodrębniono palarni. Jest to kłopotliwe z uwagi na fakt, że większość mieszkańców jest uzależniona od nikotyny. Mieszkańcy palą papierosy w swoich pokojach albo na parterze na końcu korytarza, gdzie zlokalizowane są też pokoje mieszkalne. Powyższe powoduje, że w jadalni, a także w pokojach znajdujących się w pobliżu miejsca palenia wyrobów tytoniowych utrzymuje się nieprzyjemny zapach. Jest to uciążliwe zarówno dla osób, które nie palą papierosów, jak i wszystkich tych, którzy spędzają czas w pokoju dziennym na oglądaniu telewizji albo spożywają posiłki. Zastosowane rozwiązanie naraża też osoby niepalące – zarówno mieszkańców, jak i personel – na negatywne skutki działania dymu tytoniowego.

83. **KMPT zaleca zorganizowanie palarni na terenie placówki.**

84. Nie wszystkie pomieszczenia dostosowane były też do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, m.in. odnotowano wysokie brodziki w prysznicach, brak uchwytów przy sedesach w części toalet.

85. Zgodnie z wymogami Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych²⁶ osoby te powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

86. W celu dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami warto przy planowaniu remontów i modernizacji mieć na względzie standardy ustalone przez przedstawicieli Fundacji Polska Bez Barier i Fundacji Integracja²⁷. Są one uznane przez KMPT za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek, w których przebywają osoby z niepełnosprawnościami.

87. **KMPT rekomenduje pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.**

F. Kontakt ze światem zewnętrznym

88. Przedstawicielki KMPT ustaliły, że część mieszkańców nie może samodzielnie wychodzić poza budynek, z uwagi na ich stan zdrowia lub obawę ucieczki. W przeszłości zdarzały się takie sytuacje. Mieszkańcy korzystają z możliwości wychodzenia poza teren placówki sporadycznie. Brak jest też wystarczającej liczby pracowników, którzy mogłby systematycznie pełnić nadzór nad mieszkańcami podczas pobytu na świeżym powietrzu. Jednocześnie w dokumentacji mieszkańców, którzy nie mogą swobodnie opuszczać budynku, brak było wymaganych przepisami ustawy o pomocy społecznej zaświadczeń lekarskich²⁸.

89. KMPT wskazuje, że wszelkie ograniczenia możliwości opuszczania terenu placówki przez mieszkańców powinny być wprowadzone w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Konieczne jest uzyskanie zaświadczenia od lekarza wydanego na czas określony nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego na zasadność takiego ograniczenia. Zaświadczenie takie musi być załączone do dokumentacji mieszkańca, a o samym fakcie zastosowania takiego rozwiązania musi być poinformowany sąd opiekuńczy, w okręgu którego znajduje się placówka. Dokument doręczany jest osobie przebywającej w placówce, a w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie – także jej przedstawicielowi ustawowemu²⁹.

90. **KMPT zaleca uzupełnienie dokumentacji mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki,**

²⁶ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169).

²⁷ Wymienione standardy zostały szerzej omówione w raporcie tematycznym KMPT dostępnym na stronie RPO: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z>.

²⁸ Zob. art. 68a pkt 1 lit. g, h, l u.o.p.s.

²⁹ Zob. art. 68 ust. 2a-2e u.o.p.s.

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.

G. Aktywizacja mieszkańców

91. Zgodnie z art. 68 ust. 3 pkt 2 u.o.p.s. usługi opiekuńcze świadczone w placówce obejmować powinny m.in. organizację czasu wolnego. Tymczasem mieszkańcy placówki czas wolny spędzają głównie na oglądaniu telewizji i przebywaniu w swoich pokojach. Placówka nie zatrudnia terapeuty zajęciowego, rehabilitanta, nie współpracuje z wolontariuszami.

92. KMPT wskazuje, że 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. Jest to 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, w połączeniu z brakiem możliwości swobodnego wychodzenia na zewnątrz budynku, prowadzi do znacznego obniżenia kompetencji intelektualnych i społecznych, apatii i pogorszenia zdrowia psychicznego.

93. 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 dnia³⁰.

94. **KMPT 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.**

95. W części umów znajdują się postanowienia o zapewnieniu mieszkańcom bezpłatnej rehabilitacji. Placówka nie zatrudnia jednak rehabilitanta. Z uwagi na fakt, że wśród mieszkańców są osoby po amputacji kończyn, poruszające się na wózkach, mające ograniczenia ruchowe – realizowanie wskazanych wyżej postanowień umownych jest niezbędne.

96. **KMPT zaleca pilne nawiązanie współpracy z rehabilitantem.**

³⁰ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, par. 171; Macedonii Północnej, CPT/Inf (2024) 17, par. 199; Albanii, CPT/Inf(2024) 01, par. 217.

H. Procedury

97. W wizytowanej placówce nie opracowano procedur regulujących sposób postępowania personelu, np. w przypadku zachowań agresywnych mieszkańców, zdarzeń niepożądanych, autoagresji, zgonu, wystąpienia wszawicy, odleżyn, sposobu dokumentowania obrażeń, zgłoszenia przemocy. Wprowadzenie jednolitego standardu postępowania pozwala na uniknięcie błędnych decyzji, które mogą mieć negatywny wpływ na bezpieczeństwo nie tylko mieszkańców placówki, lecz także jej pracowników. Ustalenie spójnego sposobu działania ma szczególne znaczenie zwłaszcza wtedy, gdy pracownik zmuszony jest do działania w stresie, w sytuacji nieprzewidzianej, np. kiedy zachodzi potrzeba uspokojenia pobudzonego mieszkańca.

98. **KMPT rekomenduje opracowanie procedur dotyczących sposobu postępowania pracowników w sytuacjach trudnych, w szczególności reagowania na agresję i zgłoszenia przemocy, wystąpienia zdarzeń niepożądanych, w tym zgonów, oraz sposobu dokumentowania obrażeń.**

I. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

99. 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.

100. Na tablicy ogłoszeń w części wspólnej dla mieszkańców znajdowały się: dzienny jadłospis, informacja o godzinach wydawania posiłków, wykaz produktów alergizujących, regulamin organizacyjny placówki, informacje dotyczące zezwolenia Wojewody na prowadzenie placówki wraz z numerem rejestru. Brakowało natomiast numerów alarmowych oraz danych teleadresowych organów, właściwych miejscowo instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych, w szczególności: Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta, państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego, właściwego ze względu na miejsce położenia placówki ośrodka pomocy społecznej, prokuratury rejonowej, sądu opiekuńczego. KMPT przypomina, że znowelizowane przepisy ustawy o pomocy

społecznej³¹ zobowiązały właścicieli placówek do utworzenia takiego wykazu z koniecznością zamieszczenia przy nich danych teleadresowych. Na tablicy nie było także wyeksponowanej informacji o istnieniu zeszytu skarg i wniosków oraz sposobu postępowania w przypadku chęci skorzystania z trybu skargowo-wnioskowego.

101. KMPT zaleca uzupełnienie tablic informacyjnych o numery alarmowe oraz dane teleadresowe organów stojących na straży praw człowieka i instytucji kontrolnych.

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, KMPT zaleca osobie kierującej placówką:

1. przestrzeganie limitów miejsc ustalonych decyzją Wojewody;
2. uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie o postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na pobyt w placówce oraz weryfikowanie przy przyjęciu nowych mieszkańców, czy opiekunowie prawni dysponują takim orzeczeniem;
3. prowadzenie dokumentacji indywidualnej mieszkańców w sposób rzetelny, zgodny z przepisami prawa;
4. zwracanie się przez personel z szacunkiem do osób przebywających w placówce i komunikowanie się w sposób opanowany i pozbawiony wulgaryzmów, bez względu na okoliczności i zachowania mieszkańców, oraz podjęcie działań przez osoby zarządzające placówką zmierzających do wyeliminowania takich postaw;
5. przyjęcie rozwiązania polegającego na przeprowadzaniu badań każdego nowo przyjmowanego mieszkańca przez lekarza albo pielęgniarkę;
6. dokumentowanie obrażeń mieszkańców za pomocą specjalnych formularzy, tzw. map ciała, które wraz ze zdjęciami urazów (wykonywanymi za zgodą mieszkańca) powinny być włączone do dokumentacji medycznej mieszkańców i zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych;
7. zatrudnienie odpowiednio wykwalifikowanego personelu medycznego, który będzie odpowiedzialny za rozkładanie i podawanie leków mieszkańcom;
8. uzupełnienie dokumentacji medycznej mieszkańców o zalecenia lekarskie dotyczące nazw przyjmowanych przez nich lekarstw, dawkowania oraz formy podania, które będą opatrzone pieczęcią, datą i podpisem lekarza;

³¹ Zob. art. 68a pkt 3 u.o.p.s.

9. wyodrębnienie indywidualnej dokumentacji medycznej każdego mieszkańca – zarówno sprzed pobytu w placówce, jak i wytworzonej już po przyjęciu mieszkańca – i przechowywanie jej w miejscu, do którego dostęp będzie miał wyłącznie personel medyczny;
10. ustalanie jadłospisu w porozumieniu z dietetykiem, w oparciu o indywidualne zalecenia lekarskie, z rozróżnieniem na poszczególne diety;
11. pilne zapewnienie mieszkańcom właściwej opieki higienicznej;
12. zatrudnienie odpowiedniej liczby pracowników posiadających wymagane kwalifikacje i doświadczenie niezbędne do wykonywania powierzonych im zadań;
13. opracowanie miesięcznego grafiku pracy personelu;
14. precyzyjne określanie zakresu obowiązków każdego z pracowników, a w przypadku łączenia różnych stanowisk – wskazanie, w jakich godzinach powinny być wykonywane obowiązki zarówno w ciągu dnia, jak i nocy;
15. zorganizowanie personelowi szkoleń dotyczących m.in. sposobów radzenia sobie ze stresem, z agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym mieszkańcem, jak również dotyczących dialogu motywacyjnego, interwencji kryzysowej, międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;
16. prowadzenie prac remontowych w sposób bezpieczny i jak najmniej uciążliwy dla mieszkańców;
17. doprowadzenie do zgodności liczby osób zakwaterowanych w poszczególnych pokojach oraz metrażu z przepisami ustawy o pomocy społecznej;
18. zapewnienie odpowiedniej liczby łazienek w stosunku do faktycznej liczby przebywających w placówce mieszkańców;
19. dokonywanie systematycznego przeglądu pomieszczeń i urządzeń pod kątem napraw oraz korzystanie ze specjalnych materiałów odpornych na zniszczenia;
20. dostosowanie umeblowania pokoi do wymogów określonych w art. 68 ust. 4 pkt 3 u.o.p.s.;
21. wprowadzenie bezpiecznych rozwiązań technicznych, które umożliwiłyby mieszkańcom samodzielne wietrzenie pokoi;
22. montaż instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają mieszkańcy (pokoje, toalety, łazienki, części wspólne);
23. częstsze sprzątanie pomieszczeń i użytkowanego przez mieszkańców sprzętu;
24. zatrudnienie personelu, który zajmowałby się wyłącznie dbaniem o czystość;
25. zorganizowanie wydzielonej palarni na terenie placówki;
26. pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;

27. uzupełnienie dokumentacji mieszkańców, którzy mają ograniczoną możliwość samodzielnego opuszczania terenu placówki, o zaświadczenia lekarskie, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej;
28. ograniczanie wyjść jedynie w oparciu o przepisy obowiązującego prawa oraz przekazywanie informacji dotyczących ograniczeń do sądu opiekuńczego;
29. 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;
30. pilne nawiązanie współpracy z rehabilitantem;
31. opracowanie procedur dotyczących sposobu postępowania pracowników w sytuacjach trudnych, w szczególności reagowania na agresję i zgłoszenia przemocy, wystąpienia zdarzeń niepożądanych, w tym zgonów, oraz sposobu dokumentowania obrażeń;
32. uzupełnienie tablic informacyjnych o numery alarmowe oraz dane teleadresowe organów stojących na straży praw człowieka i instytucji kontrolnych;
33. rozważenie zatrudnienia psychologa – w wymiarze adekwatnym do liczby osób przebywających w placówce.

VII. Informacje dodatkowe

Krajowy Mechanizm zwraca się do Wojewody Podlaskiego o udzielenie odpowiedzi na pytanie zawarte w pkt 28 niniejszego raportu.

Opracowała: Renata Kłyż-Urbańska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/