

Warszawa, dnia 25 stycznia 2018 r.

KMP.573.35.2017.MK

Raport
przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Domu Opieki „Józefina”
w Józefowie

1. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 6-7 grudnia 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Mechanizm), zwizytował Dom Opieki „Józefina”, mieszczący się w Józefowie, przy ul. Sikorskiego 123, dalej: Dom, placówka.

W skład zespołu wizytującego wchodził: Tomasz Górecki (psycholog, psychoterapeuta), Wojciech Sadownik i Marcin Kusy (prawnicy). W wizytacji wzięła również udział dr n. med. Joanna Żuchowska (specjalista chorób wewnętrznych II stopnia) – ekspertka zewnętrzna KMPT z zakresu medycyny. Wyniki jej ekspertyzy zostały włączone w treść niniejszego raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej reprezentantów Mechanizmu było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w placówce, poprzez dokonanie oceny ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

Przeprowadzone czynności polegały na:

- 1) wysłuchaniu informacji o funkcjonowaniu placówki i jej podstawowych problemach, udzielonej przez Elżbietę Nasierowską - Bachanek –kierownika Domu;
- 2) dokonaniu oglądu pomieszczeń przeznaczonych dla pensjonariuszy placówki;

- 3) przeprowadzeniu na osobności indywidualnych rozmów z wybranymi mieszkańcami;
- 4) przeprowadzeniu rozmów z personelem;
- 5) analizie dostępnej na miejscu dokumentacji.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną i pomiary wybranych pomieszczeń. Ponadto po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałe informacje związane z funkcjonowaniem Domu.

Wizytujący w czasie wizyty spotkali się z pełną otwartością i zrozumieniem ze strony kadry zarządzającej i personelu. Członkom zespołu wizytującego umożliwiono dostęp do wszystkich pomieszczeń i wykonanie niezbędnych czynności, zgodnie z mandatem określonym w OPCAT.

2. Ogólna charakterystyka placówki

Wizytowany Dom funkcjonuje w ramach działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku, na podstawie art. 67-69 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2017 r., poz. 1769 j.t.). Zezwolenie na działalność w tym zakresie na czas określony (do 15 stycznia 2023 r.) zostało wydane decyzją Wojewody Mazowieckiego nr 2201/2015, z dnia 31 sierpnia 2015 r.

Informacja o rodzaju posiadanego zezwolenia oraz numer wpisu do rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę były udostępnione w widocznym miejscu w budynku, co jest zgodne z art. 68a pkt 2 ustawy *o pomocy społecznej*.

Do Domu przyjmowane są osoby starsze, a także chore przewlekle bez względu na wiek, potrzebujące całodobowej opieki, częstej kontroli lekarskiej, a przede wszystkim rehabilitacji. Poza pobydami na czas nieokreślony, przyjmowane są osoby na pobyt czasowy, np. po leczeniu szpitalnym. Do placówki nie przyjmuje się osób chorych psychicznie, agresywnych, jak i z chorobą alkoholową.

Placówka dysponuje 96 miejscami dla kobiet i mężczyzn.

3. Mocne strony

Każdy z mieszkańców Domu zaopatrzonej został w zegarek, dzięki któremu umożliwiona jest lokalizacja osoby na terenie placówki. Ponadto urządzenie to umożliwia wezwanie pomocy poprzez jego naciśnięcie. Biorąc pod uwagę stan psychofizyczny pacjentów oraz wielkość placówki, wizytujący oceniają tę praktykę bardzo dobrze.

Wizytowany Dom jest jedyną placówką w Polsce, która po przeszkoleniu lekarzy, pielęgniarek i opiekunek przez szwedzkich trenerów, uzyskała certyfikat Swedish Care International od fundacji Stiftelsen Silviahemmet, założonej przez królową Szwecji Sylwię. Dokument ten poświadcza, iż opieka nad osobami z zespołami otępiennymi jest na bardzo wysokim poziomie i spełnia wszelkie obowiązujące standardy europejskie.

4. Legalność pobytu

W dniu wizytacji w placówce przebywał 1 mieszkaniec ubezwłasnowolniony, w przypadku 2 trwało postępowanie sądowe o ubezwłasnowolnienie.

Dom przyjmuje mieszkańców na ich własny wniosek, a także na podstawie życzenia członków rodziny. Umowa na świadczenie usług, w tym wniosek o przyjęcie do placówki, podpisywana jest zazwyczaj przez kogoś z rodziny umieszczanej osoby. Dzieje się tak ze względu na stan zdrowia kandydata na pensjonariusza, który na ogół wyklucza możliwość zrozumienia treści zapisów umowy.

Warto wskazać, że jeżeli procedura taka dotyczy osoby ubezwłasnowolnionej, podpis pod umową jej dotyczącą powinien złożyć opiekun prawny, legitymujący się zgodą sądu na umieszczenie podopiecznego w placówce. Ta decyzja opiekuna prawnego jest bowiem na tyle istotna z perspektywy prawa do wolności i ważąca na życiu osoby, której dotyczy, że nie może być podejmowana przez niego bez stosownej zgody sądu. W związku z powyższym należy wskazać, że na podstawie z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz. U. z 2017 r., poz. 682 j.t, dalej k.r.o.) w związku z art. 175 k.r.o. opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku ubezwłasnowolnionego. W wyroku z dnia 18 maja 1999 r. Naczelny Sąd Administracyjny (I SA 114/99) sprecyzował, iż umieszczenie w domu pomocy społecznej bez wątplenia należy do tych ważniejszych spraw, wymagających zezwolenia sądu opiekuńczego. Analogiczne stanowisko prezentowane jest również przez przedstawicieli doktryny (J. Ignatowicz w: *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012, s. 1181., T. Smyczyński w: *Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia*, Warszawa 2001, s. 431.). Także Europejski Trybunał Praw Człowieka (dalej ETPC) w sprawie *Kędzior przeciwko Polsce* w wyroku z dnia 16 października 2012 r. stwierdził, iż w sytuacji, gdy umieszczenie osoby w zakładzie opiekuńczym zostało spowodowane przez przedstawiciela ustawowego bez dokonania kontroli jego prawidłowości przez sąd, zachodzi naruszenie art. 5 ust. 4 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., Dz. U. z 1993 r.

Nr 61, poz. 284 ze zm.). Co więcej, art. 38 ust 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego zakłada obowiązek legitymowania się zgodą sądu na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w domach pomocy społecznej.

Kwestię podpisywania umów zawieranych z placówkami przez rodzinę z pominięciem zgody osoby umieszczanej w placówce Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił w wystąpieniu do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej¹, podjętym na tle przypadków nieludzkiego traktowania osób przebywających w placówce w Trzciance. W odpowiedzi Minister zapowiedziała przystąpienie do prac nad zidentyfikowaniem niezbędnych do uregulowania kwestii².

Zdaniem Mechanizmu, przyjmując do Domu mieszkańca ubezwłasnowolnionego, należy zwracać uwagę, czy opiekun prawny posiada dokument potwierdzający sądową kontrolę jego woli w zakresie umieszczenia swego podopiecznego w placówce.

5. Traktowanie mieszkańców przez personel wizytowanej placówki

Przedstawiciele KMPT nie uzyskali sygnałów, które wskazywałyby na niewłaściwy sposób traktowania pensjonariuszy przez personel. Z obserwacji poczynionych w trakcie wizyty wynika, że mieszkańcy swobodnie czują się w placówce, zaś personel zna ich potrzeby i wykazuje się niezbędną w swoim zawodzie cierpliwością i zrozumieniem. W czasie wizyty pomieszczeń wizytujący odebrali wiele pozytywnych opinii na temat kadry, co należy ocenić bardzo dobrze. Życzliwe relacje na linii personel – pensjonariusze sprzyjają budowaniu przyjaznego środowiska i kultury braku akceptacji dla przemocy.

Zgodnie z informacją uzyskaną od kierownika, personel Domu nie stosuje przymusu bezpośredniego. W przypadku konieczności jego zastosowania, wyzwane jest pogotowie ratunkowe. Jednakże w placówce funkcjonuje „Procedura postępowania w przypadku konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego”, która przewiduje możliwość stosowania przytrzymania oraz przymusowego podania leków przez personel medyczny, a zatem zastosowania przymusu bezpośredniego, o którym mowa w art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2017 r., poz. 882 j.t.). Obowiązujące przepisy nie przyznają jednak placówkom zapewniającym całodobową opiekę uprawnień do stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do osób je zamieszkujących.

¹ III.7065.64.2016.LN z dnia 29 kwietnia 2016 r.

² DPS.I.071.3.2016.AP, z dnia 23 maja 2016 r.

Przepis artykułu 68a pkt 1 lit. d ustawy *o pomocy społecznej* zobowiązuje podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku do prowadzenia szczegółowej dokumentacji osób przebywających w placówce, zawierającej informacje dotyczące stanu zdrowia danej osoby, w szczególności ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka. Przepis wskazuje zatem jedynie na potrzebę ewidencjonowania przymusu bezpośredniego. Nie określa on przesłanek jego stosowania, dopuszczalnych form przymusu, środków kontroli i przepisów o charakterze gwarancyjnym dla osób wobec których przymus bezpośredni jest stosowany. Należy zatem przyjąć, iż przepis obliguje do ewidencjonowania przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ale nie stosowanego przez pracowników placówki całodobowej opieki, a przez podmioty uprawnione np. interweniujących funkcjonariuszy Policji, czy też personel pogotowia ratunkowego.

W myśl ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* z kolei stosowanie środków przymusu bezpośredniego poza szpitalem psychiatrycznym, jest dozwolone w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej (art. 18 ust.1 pkt 3, art. 18 ust. 3), domach pomocy społecznej (art. 40 ust. 3) lub przez uprawnione podmioty, np. Policję (art. 40 ust. 2). Ustawodawca w art. 6 pkt 5 ustawy *o pomocy społecznej* za jednostki organizacyjne pomocy społecznej uznał regionalny ośrodek polityki społecznej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, ośrodek pomocy społecznej, dom pomocy społecznej, placówkę specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego, ośrodek wsparcia i ośrodek interwencji kryzysowej, pomijając w tym katalogu placówki zapewniające całodobową opiekę. Wskazane regulacje nie upoważniają zatem podmiotów prowadzących działalność gospodarczą w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku do stosowania przymusu bezpośredniego względem osób, którym mają zapewnić całodobową opiekę.

W sytuacji uzasadniającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, np. gdyby mieszkaniowiec z zaburzeniami psychicznymi zagrażałby życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, czy też gwałtownie niszczyłby lub uszkadzał przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu należy, w opinii Mechanizmu, wezwać pogotowie ratunkowe.

6. Personel

Personel zatrudniony jest w 12-godzinnym systemie zmianowym. W porze dziennej na zmianie dostępne są: opiekunki, pielęgniarki, rehabilitant, pracownik kulturalno-oświatowy. W nocy 2 pielęgniarki i 2 opiekunki.

Zgodnie z otrzymanymi w trakcie wizyty informacjami przeciwko pracownikom Domu nie toczą się postępowania karne związane z niewłaściwym traktowaniem mieszkańców. Kierownik nie miała wiedzy o ewentualnych wyrokach karnych wobec zatrudnionego personelu, w tym orzeczonych środkach karnych, wykluczających możliwość pracy w placówce.

Regularnie, raz w miesiącu, organizowane są wewnątrz szkolenia dla personelu o różnorodnej tematyce, np.: pierwsza pomoc, radzenie sobie ze stresem, postępowanie w sytuacjach kryzysowych, prawa pacjentów. Wizytujący dobrze oceniają praktykę regularnych szkoleń, bowiem zgodnie z Rekomendacją CM/Rec (2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich, przyjętą w dniu 19 lutego 2014 r., *w sprawie promocji praw osób starszych opiekunowie osób starszych powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług. W przypadkach gdy opieka sprawowana jest przez opiekunów nieformalnych w domach osób starszych, to tacy opiekunowie powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie i wsparcie, tak aby umożliwić im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy* (art. 34).

7. Prawo do informacji

W czasie wizytacji na tablicy ogłoszeń dostępne były informacje dotyczące organizacji życia w placówce, zezwolenia na prowadzenie działalności, zasady pobytu pensjonariuszy oraz prawa pacjenta. Dobrze byłoby również aby w ogólnodostępnym miejscu wywieszane były adresy instytucji, do których mogłyby się zwrócić osoby zamieszkujące Dom lub ich rodziny w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy (adresu oraz numeru telefonu Rzecznika Praw Obywatelskich - bezpłatna infolinia 0 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, sędziego rodzinnego, Wydziału Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, wybranych organizacji pozarządowych np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).

Przed podpisaniem umowy osoby zainteresowane mogą zobaczyć Dom i zapoznać się z jego ofertą. Umowę podpisują sami mieszkańcy, a jeżeli stan ich świadomości na to nie pozwala umowa zawierana jest przez rodzinę. W części przypadków zdarza się bowiem, że osoba przyjmowana do placówki nie jest

ubezwłasnowolniona, ale ze względu na swój stan zdrowia nie dysponuje dostatecznym rozeznaniami niezbędnymi do podpisania umowy, a jednocześnie zachodzi konieczność zapewnienia opieki.

8. Prawo własności

Rzeczy osobiste mieszkańcy mogą przechowywać w zapewnionych im szafkach. Pensjonariusze mają możliwość zamykania pokoi na klucz. Administracja Domu nie przechowuje dowodów osobistych mieszkańców.

Mieszkańcy podczas rozmów z wizytującymi nie zgłaszali uwag dotyczących prawa własności.

9. Opieka medyczna

Najczęstszymi schorzeniami wśród mieszkańców są stany po udarach, zespoły otępienne naczyniowe i choroba Alzheimera w różnym stopniu zaawansowania, choroba Parkinsona, stany po złamaniu szyjki kości udowej, niewydolność krążenia, stwardnienie rozsiane. Niejednokrotnie do schorzenia podstawowego dołącza się cukrzyca typu II, która pogarsza stan zdrowia.

Opieka medyczna jest sprawowana przez 3 lekarzy oraz szesnastoosobowy zespół pielęgniarski. Stałą codzienną opiekę lekarską sprawuje kierownik Domu, lekarz specjalista II st. chorób wewnętrznych oraz lekarz neurolog. Lekarz rodzinny z pobliskiej przychodni, do której zapisani są mieszkańcy przebywający w Domu na pobyt stały, wizytuje pacjentów raz w tygodniu, a mając uprawnienia z NFZ wypisuje recepty, zlecenia na pieluchomajtki, jak i badania biochemiczne czy diagnostyczne. Poza tym, nad pacjentami w ciężkim stanie sprawuje dodatkowo opiekę lekarz specjalista medycyny paliatywnej (NFZ).

W godzinach nocnych oraz w dni wolne od pracy, wzywane jest, w razie potrzeby pogotowie.

Każdy z zatrudnionych lekarzy (internista i neurolog) opiekują się wyznaczoną grupą pacjentów. Codziennie organizowany jest obchód pacjentów w asyście pielęgniarki. Wszystkie zlecenia wpisane do indywidualnej karty zleceń, sygnowane są przez lekarza, a ich wykonanie przez pielęgniarkę.

Wszystkie konsultacje specjalistyczne są płatne. Częstymi i koniecznymi są konsultacje psychiatryczne. Zazwyczaj psychiatra konsultuje kilku pacjentów, co znacznie obniża koszty. Zdaniem ekspertki KMPT, bardzo pomocną jest współpraca lekarzy z

psychologiem, który rozmawia z wszystkimi pacjentami, zwłaszcza w pierwszym okresie pobytu, prowadzi terapię, utrzymuje także kontakt z rodzinami itp.

Przy przyjęciu nowego pacjenta, po przeprowadzeniu badania podmiotowego i przedmiotowego założona jest historia choroby, przeprowadzona ocena wg. skali Barthel, zlecone badania biochemiczne, o ile aktualne nie zostały dostarczone. Komplet badań biochemicznych jest powtarzany corocznie u wszystkich pacjentów.

Wszystkie pielęgniarki z długoletnim stażem pracy w zawodzie mają pokończone kursy i szkolenia specjalistyczne w Okręgowej Izbie Pielęgniarskiej (m.in. opieka długoterminowa, szczepienia, zapis i interpretacja EKG, resuscytacja, chirurgia itp.) Kilka pielęgniarek ukończyło studia wyższe.

Pielęgniarki wykonują wszelkie zabiegi sanitarno higieniczne, uczestniczą w obchodach lekarskich, wykonują iniekcje i wlewy dożylnie, pobierają materiał do badań biochemicznych, kontrolują ciśnienia i glikemię, sprawdzają zmiany na skórze pod kątem wystąpienia odleżyn, a w razie ich wystąpienia prowadzą pielęgnację i leczenie, wykonują opatrunki, zakładają cewniki u kobiet itp.

Wszystkie leki pacjentów, w osobnych dla każdego koszyczkach znajdują się w wydzielonym pokoju. Pielęgniarki pracujące z pacjentami nie rozkładają leków, a jedynie je roznoszą. Codziennie pielęgniarka, zajmująca się wyłącznie gospodarką lekami, w oparciu o karty zleceń rozkłada leki dla każdej osoby do znakomicie oznaczonych pudełeczek (dzień tygodnia, pora podania). Poza tym kontroluje ona daty ważności, sprawdza zaopatrzenie w leki, środki opatrunkowe, drobny sprzęt itp. Nie podaje się leków bez zgody pacjenta.

Na wyposażeniu dyżurek znajduje się m.in. defibrylator, koncentrator tlenu, zestaw p-wstrząsowy, ssak elektryczny, aparat EKG, inhalatory, aparaty do ciśnienia, pulsoksymetr, glukometry, wlewy dożylnie, drobny sprzęt, środki opatrunkowe.

W sali rehabilitacyjnej, na parterze, znajduje się m.in. ugię, drabinki, rotory, drobny sprzęt rehabilitacyjny (piłki, wstęgi, drążki itp.). Osobną jest sala do masażu i salka z ultradźwiękami, DD i solluxem. Rehabilitanci, poza zajęciami na sali, gimnastyką grupową, prowadzą przyłózkową rehabilitację. Chodziki, balkoniki, wózki są własnością Domu.

Każdy pacjent ma założoną teczkę, w której znajduje się m.in. historia choroby z dokładnym badaniem wstępnym, kolejnymi obserwacjami. Dołączone są wyniki badań, konsultacje specjalistyczne, karty leczenia szpitalnego, kontrolowane systematycznie karty wg. skali Barthel, ocena psychologa.

Lekarze prowadzą także „zeszyt notatek”, w którym przekazują sobie obserwacje z obchodów u poszczególnych pacjentów. Zdaniem kierownika zeszyt ten jest bardzo przydatny w codziennej pracy, niezależnie od oficjalnej dokumentacji.

Zdaniem ekspertki KMPT bardzo bogata jest dokumentacja pielęgniarska. Poza kartami zleceń, księgą zabiegów, zeszytu ciśnień i glikemii kontrolnych u wszystkich pacjentów, prowadzone są u pacjentów w ciężkim stanie, jak i u osób z PEG dobowe karty obserwacji i bilansu, karty obserwacji pacjenta, karty oceny leczenia odleżyn. Pacjenci chorzy na cukrzycę insulinozależną mają prowadzone codziennie bardzo dokładne karty, podane są poziomy cukru, zlecone dawki insuliny. Również raporty pielęgniarskie bardzo dokładnie relacjonują wszelkie zmiany w stanie zdrowia pacjentów, stany gorączkowe, podane dodatkowo leki itp.

10. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

Samodzielni mieszkańcy mogą opuszczać teren Domu. Wszyscy mają możliwość spędzenia czasu na świeżym powietrzu, na dużym, zagospodarowanym ogrodzie placówki.

Mieszkańcy dysponują prywatnymi telefonami komórkowymi. Placówka zapewnia w standardzie dostęp do Internetu. Odwiedziny mieszkańców odbywają się codziennie, w dowolnych godzinach.

11. Oferta kulturalna

W placówce zatrudnionych jest 5 terapeutów zajęciowych odpowiedzialnych za aktywizację mieszkańców. W tzw. „strefie relaksu” prowadzą oni arteterapię (wyklejanki, wycinanki, rysowanie, wykonywanie ozdób świątecznych itp.). Organizują także muzykoterapię, biblioterapię, gry planszowe, układanie puzzli, a także treningi pamięci. W godzinach rannych odbywa tamże gimnastyka grupowa. W osobnej sali prowadzone są zajęcia kulinarne. W Domu zorganizowana jest niewielka biblioteka, dostępne są kolorowe pisma. Mieszkańcy mają do dyspozycji tzw. kawiarenki, w których mogą się spotykać na pogawędki. Co tydzień wyświetlane są w sali kinowej pełnometrażowe filmy. W dni babci i dziadka odbywają się występy dzieci z przedszkola, pacjenci są także odwiedzani przez członków pobliskich klubów seniora. W ciepłe pogodne dni pacjenci spędzają wiele czasu w ogrodzie, gdzie jest prowadzona część zajęć.

Bardzo uroczyście obchodzone są wszelkie święta.

Ksiądz odprawia w kaplicy nabożeństwa w każdą niedzielę i w pierwsze piątki miesiąca, poza tym odwiedza chorych leżących oraz przychodzi na każde wezwanie.

12. Warunki bytowe

Warunki bytowe zapewnione mieszkańcom są bardzo dobre. Mieszkańcy zakwaterowani są w jednym budynku na dwóch kondygnacjach. Pokoje są 1-2 osobowe, wyposażone w m.in. łóżka typu rehabilitacyjnego z pilotem, szafę ubraniową, szafki, fotele, telewizory, radia. Pokoje są utrzymane w czystości i indywidualnie urządzone. Mieszkańcy mają zapewniony dostęp do sygnalizacji przywoławczej, zlokalizowanej przy łóżkach.

Poza codzienną toaletą, dwa razy w tygodniu odbywa się kąpiel wszystkich pacjentów. Osoby leżące kąpane są na wózkach kąpielowych.

W placówce wydzielona została „Strefa relaksu”, czyli duża sala dziennego pobytu, w której odbywa się większość zajęć aktywizujących mieszkańców. Do strefy tej należą także pracownie terapii zajęciowej. Zorganizowana została również „Strefa piękna”, do której należy salon fryzjerski i kosmetyczny (usługi płatne).

Na pierwszym piętrze, wydzielona została zamknięta strefa wzmożonej opieki, w której przebywają pacjenci z IV stopniem niesprawności, leżący, wymagający ciągłej opieki, przetaczania płynów dożylnie, karmienia dojelitowego, przewijania, odsysania. W części tej mieszkają ponadto chorzy, wprawdzie chodzący, ale z rozwiniętym w pełni zespołem otępiennym, niezorientowani w czasie, miejscu i przestrzeni, z którymi bardzo trudno jest nawiązać kontakt logiczny. Drzwi w tej strefie są zamknięte, otwierane kodem, tak więc pacjenci nie mogą sami wyjść. Przed pokojami osób demencją są tzw. gablotki pamięci, czyli charakterystyczne dla każdego pokoju figurki czy obrazki, ułatwiające znalezienie właściwej drogi. Strefa ta jest stale monitorowana.

Oprócz strefy wzmożonego nadzoru monitoring wizyjny zainstalowany jest na korytarzu i terenie zewnętrznym. Wizytujący nie dostrzegli kamer w sanitariatach. Warto jednak by na terenie placówki, w miejscach widocznych, znalazła się informacja o zainstalowanych kamerach, tak by pensjonariusze i ich bliscy mieli świadomość istnienia monitoringu i miejsc objętych rejestracją obrazu.

W czasie oglądu placówki, poza strefą wzmożonej opieki, prawie wszystkie pokoje były puste. Prawie wszyscy pacjenci, zebrani w strefie relaksu uczestniczyli w obchodach dnia św. Mikołaja, była prelekcja o patronie, rozdawane były też drobne prezenty.

Mieszkańcom zapewniane są cztery posiłki dziennie. Ponadto przed snem podawany jest dodatkowy niewielki posiłek (owoc, jogurt). Niezależnie od stałych posiłków, pacjenci mają zawsze dostępny chleb, masło, dżem, ser, herbatę. Posiłki mieszkańcy zjadają w dużej jadalni, w dwóch turach, zależnie od stopnia konieczności zapewnienia karmienia.

Mieszkańcy nie zgłaszali negatywnych uwag dotyczących zapewnionych im warunków bytowych, a wręcz przeciwnie – podczas oglądu placówki delegacja KMPT spotkała się z wieloma ciepłymi opiniami na temat „domowego” wyżywienia i wysokiego standardu opieki. Z rozmów z pensjonariuszami wynikało też, że wszelkie ich prośby są na bieżąco realizowane.

Budynek dostosowany jest do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. M.in. znajduje się w nim winda, przejścia między pomieszczeniami pozbawione są progów, podłogi wyłożono antypoślizgowym materiałem, przy miskach ustępowych i prysznicach zamontowano uchwyty, pokoje wyposażono w elektryczne łóżka rehabilitacyjne.

Zebrane w podczas wizytacji informacje zostaną poddane analizie pod kątem zdiagnozowania ewentualnych nieprawidłowości i problemów systemowych związanych z działalnością placówek zapewniających całodobową opiekę oraz sformułowania zaleceń do właściwych organów państwowych.