



**RADA FUNDACJI**

Halina Bortnowska-Dąbrowska    Marek Antoni Nowicki  
Jerzy Ciemniński                    Teresa Romer  
Janusz Grzelak                      Mirosław Wyrzykowski  
Michał Nawrocki

**ZARZĄD FUNDACJI**

Prezes:                                Danuta Przywara  
Wiceprezes:                        Maciej Nowicki  
Sekretarz:                            Piotr Kładoczny  
Skarbnik:                             Elżbieta Czyż  
Członek Zarządu: Janina A. Kłosowska

Warszawa, 29 kwietnia 2016 r.

§51/2016/PSP/MSZ

**Szanowna Pani**  
**Elżbieta Rafalska**  
**Minister Rodziny, Pracy**  
**i Polityki Społecznej**  
ul. Nowogrodzka 1/3/5  
00-513 Warszawa

*Szanowna Pani Minister,*

Helsińska Fundacja Praw Człowieka (dalej: „HFPC”) pragnie zwrócić się do Pani Minister z zapytaniem o stanowisko Rządu w przedmiocie efektywności nadzoru nad działalnością prywatnych placówek prowadzących działalność gospodarczą w zakresie całodobowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku. W szczególności interesuje nas kwestia, czy planowane jest podjęcie działań legislacyjnych, monitoringowych lub innych zmierzających do zwiększenia skuteczności kontroli przestrzegania praw osób przebywających w takich placówkach.

Niniejsze wystąpienie motywowane jest w szczególności doniesieniami medialnymi<sup>1</sup> na temat działalności domu opieki dla osób chorych na Alzheimera w Trzciance, z których wynika, że w instytucji tej mogło dochodzić do wielu naruszeń praw osób w niej przebywających. Szczególną uwagę należy zwrócić na doniesienia o nadużywaniu stosowania wobec pacjentów środków przymusu bezpośredniego poprzez ich unieruchamianie za pomocą pasów bezpieczeństwa, jak również niezapewnianie im należytej opieki higienicznej. Pragniemy przy tym zwrócić uwagę, że w ostatnim czasie do HFPC wpłynęła także skarga dotycząca działalności innego prywatnego domu opieki działającego na terenie województwa mazowieckiego, w którym prawdopodobnie dochodziło do naruszeń praw pacjentów i który dodatkowo funkcjonował bez stosownego zezwolenia. W ocenie HFPC, obie te sytuacje mogą świadczyć o tym, że mechanizmy kontroli działalności prywatnych placówek opiekuńczych przewidziane w polskim prawie nie są dostatecznie efektywne.

**Działalność gospodarcza w zakresie całodobowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku**

Zgodnie z art. 67 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2015 r., poz. 163 j.t. z późn. zm.; dalej: u.p.s.) działalność gospodarcza w zakresie całodobowej

<sup>1</sup> <http://uwaga.tvn.pl/reportaze,2671,n/tak-drecza-chorych-z-alzheimerem-koszmar-w-domu-opieki,200663.html> (dostęp: 26 kwietnia 2016 r.).

opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku może być prowadzona wyłącznie na podstawie zezwolenia udzielanego przez wojewodę. Warunki i tryb udzielania takich zezwoleń uregulowane są w u.p.s. oraz wydanym na jej podstawie Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2005 r. w sprawie wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę (Dz. U. Nr 86, poz. 739).

Ponadto, zgodnie z art. 22 pkt 10 u.p.s. kontrola placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, w zakresie standardów usług socjalno-bytowych i przestrzegania praw tych osób należy do zadań wojewody. Wojewoda jest także uprawniony do podejmowania wobec takich placówek czynności nadzorczych określonych w art. 128-130 u.p.s.

### **Obowiązek sprawowania nadzoru przez organy państwa nad poszanowaniem praw osób z niepełnosprawnością w jednostkach prywatnych**

Według art. 30 Konstytucji poszanowanie i ochrona godności ludzkiej jest obowiązkiem władz publicznych, a zapewnienie ochrony praw człowieka zostało w art. 5 ustawy zasadniczej zaliczone do najważniejszych zadań państwa. Także z art. 3 EKPC wynika pozytywny obowiązek państwa w zakresie zapobiegania naruszaniu praw gwarantowanych w tym przepisie, a także do przeprowadzenia w rozsądnym terminie kompleksowego i niezależnego śledztwa, umożliwiającego ustalenie okoliczności faktycznych sprawy i osób winnych niehumanitarnego lub poniżającego traktowania – i to niezależnie od tego, czy osoby takie były funkcjonariuszami publicznymi, czy podmiotami prywatnymi (zob. np. wyrok ETPC z 17 października 2012 r. w sprawie *Bureš przeciwko Czechom*, skarga nr 37679/08). Ponadto, z Konwencji wynika także obowiązek władz państwowych do objęcia nadzorem prywatnych instytucji psychiatrycznych: „Instytucje takie, w szczególności te, w których pacjenci przebywają bez zgody sądu, muszą posiadać nie tylko stosowne zezwolenie, lecz także podlegać kompetentnemu i regularnemu nadzorowi, pod kątem zasadności pozbawienia wolności i leczenia pacjentów w nich przebywających” (wyrok ETPC z 16 czerwca 2005 r. w sprawie *Storck przeciwko Niemcom*, skarga nr 61603/00).

Z tego względu, organy państwa są zobowiązane do podjęcia skutecznych działań zmierzających do kontroli działalności prywatnych całodobowych zakładów opieki. Zdaniem HFPC, z uwagi na możliwość ingerencji przez personel takich placówek w prawa podstawowe pacjentów w nich przebywających, istotne jest, aby kontrola sprawowana przez służby państwowe była efektywna. Oznacza to, że organy państwa powinny być w stanie skutecznie pozyskiwać informacje o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu takich jednostek oraz podejmować odpowiednie środki zmierzające do wyeliminowania wszelkich nadużyć w tym zakresie. W naszej ocenie, szczególną uwagę należy zwrócić na posiadanie przez daną placówkę stosownego zezwolenia wojewody, reguły dotyczące przyjmowania pacjentów, zasady stosowania wobec nich środków przymusu bezpośredniego oraz ogólne warunki higieniczne panujące w takich zakładach.

## **Zasady umieszczania osób w całodobowych placówkach opiekuńczych**

HFPC pragnie podkreślić, że co do zasady umieszczenie w całodobowej placówce opiekuńczej powinno odbywać się za zgodą osoby przyjmowanej. Zgoda taka powinna mieć charakter świadomej, co oznacza, że przed jej udzieleniem osoba powinna być poinformowana o treści i konsekwencjach składanego przez siebie oświadczenia.

W przypadku osób ubezwłasnowolnionych wymagana jest zgoda opiekuna prawnego oraz zgoda sądu opiekuńczego wyrażona w trybie określonym w art. 175 w związku z art. 156 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Przymusowe umieszczenie osoby w różnego rodzaju całodobowych zakładach opieki stanowi pozbawienie wolności w rozumieniu art. 41 ust. 1 Konstytucji, art. 5 ust. 1 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka oraz art. 14 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Z tego względu, może do niego dojść wyłącznie w trybie przewidzianym w ustawie – na podstawie przesłanek zgodnych z zasadą proporcjonalności oraz w postępowaniu gwarantującym osobie umieszczanej odpowiednie prawa proceduralne. Tryb ten, w odniesieniu do przymusowego umieszczenia w domu pomocy społecznej, uregulowany jest w przepisach ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 j.t z późn. zm.; dalej: u.o.z.p.). Zgodnie z art. 39 ust. 1 u.o.z.p. osoba może być przymusowo umieszczona w dps, jeśli wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, jeśli ona sama lub jej przedstawiciel ustawowy nie wyrażają zgody na przyjęcie jej do dps, a brak opieki zagraża życiu tej osoby. Z wnioskiem o przyjęcie do domu pomocy społecznej bez zgody osoby może wystąpić do sądu opiekuńczego organ do spraw pomocy społecznej miejsca zamieszkania tej osoby.

Wszelkie odstępstwa od ww. reguł powinny powodować wyciągnięcie przez organy państwa konsekwencji wobec placówek dopuszczających się naruszeń.

## **Standardy prawne w zakresie stosowania środków unieruchamiających**

Kolejną kwestią, którą powinna objąć kontrola organów państwowych w odniesieniu do działalności prywatnych podmiotów opiekuńczych są zasady stosowania środków przymusu bezpośredniego, do których w świetle art. 3 pkt 6 lit. c ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 j.t z późn. zm.; dalej: u.o.z.p.) zalicza się także „obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych”.

Jak podkreślił w raporcie z lutego 2013 r. Juan Mendez, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania lub karnania, niezasadne stosowanie środków przymusu bezpośredniego, w tym unieruchomienia, wobec pacjentów z niepełnosprawnością umysłową lub psychiczną, może stanowić torturę lub nieludzkie traktowanie w rozumieniu prawa międzynarodowego.<sup>2</sup> Z tego względu, tak na

---

<sup>2</sup> [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf) (dostęp: 26 kwietnia 2016 r.).

szczeblu krajowym, jak i międzynarodowym zostały sformułowane szczegółowe wytyczne mające na celu zapobieganie nadużywaniu stosowania środków przymusu.

### *Standardy międzynarodowe*

Szczegółowe rekomendacje w omawianym zakresie przedstawił w 2012 r. Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej: „CPT”).<sup>3</sup> Według niego, unieruchomienie może być stosowane jedynie jako środek ostateczny i zgodnie z zasadą proporcjonalności, w celu zapobieżenia wyrządzenia przez agresywnego pacjenta szkody samemu sobie lub innym osobom i wyłącznie przez jak najkrótszy możliwie czas. Unieruchomienie nie może być uzasadnione celami medycznymi czy terapeutycznymi i nie może być stosowane jako kara. Niedopuszczalne jest też wykorzystywanie unieruchomienia dla wygody personelu danej instytucji, ani jako substytutu odpowiedniej opieki i leczenia. Każde zastosowanie środków obezwładniających musi odbywać się zgodnie z prawem krajowym i standardami międzynarodowymi. Konieczne jest też istnienie odpowiednich gwarancji prawnych chroniących przed nadużyciami w tym zakresie. Do takich gwarancji można zaliczyć szczegółową regulację prawną dotyczącą dopuszczalności stosowania omawianych środków, jasne przepisy wewnętrzne danej instytucji połączone z informowaniem pacjentów o ich treści, monitorowanie działalności placówek uprawnionych do stosowania przymusu, jak również niezależne mechanizmy kontroli nad wykorzystywaniem środków obezwładniających i rozpatrujące skargi pacjentów na tym tle. Ponadto, wszystkie zakłady zobowiązane są do szczegółowego rejestrowania każdego przypadku zastosowania środków przymusu – zarówno w aktach pacjenta, wobec którego środki takie zastosowano, jak również w specjalnym, odrębnym rejestrze. Rejestracji powinny podlegać w szczególności informacje na temat czasu rozpoczęcia i zaprzestania stosowania unieruchomienia, okoliczności, w jakich doszło do jego zastosowania, przyczyny uzasadniające jego zastosowanie, imię lekarza, który zdecydował lub zatwierdził wykorzystanie środka przymusu, dane personalne pracownika zakładu, który brał udział w unieruchomieniu pacjenta, jak również dane na temat uszkodzeń ciała doznanych przez obezwładnianego pacjenta. O unieruchomieniu może zdecydować (lub zatwierdzić) wyłącznie lekarz po indywidualnej ocenie każdego przypadku.

CPT podkreśla też, że środki unieruchamiające powinny być stosowane umiejętnie i starannie, tak aby nie zagrozić zdrowiu pacjenta i zminimalizować ryzyko doznania przez niego bólu. Personel powinien być w tym zakresie odpowiednio przeszkolony. Ponadto, pacjenci nie powinni być unieruchamiani w obecności innych pacjentów, chyba że wyrażają taką wolę. Unieruchomieni pacjenci powinni być odpowiednio odziani, a także mieć możliwość samodzielnego jedzenia i picia. Zabronione jest wykorzystywanie w celu unieruchomienia pasów z bawełny, jak również kajdanek i łańcuchów. Pasy powinny być delikatne i nie za ciasne, tak aby pacjent mógł bezpiecznie poruszać rękami i nogami oraz by nie doszło do powstania ran i pęcherzy. Unieruchomienie powinno trwać możliwie jak najkrócej (od kilku minut do kilku godzin) i zostać zaprzestane, gdy ustanie przyczyna, dla której zostało zastosowane. Unieruchomienie za pomocą środków mechanicznych połączone

---

<sup>3</sup> <http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/CPT-2012-28-eng.pdf> (dostęp: 26 kwietnia 2016 r.).

z izolacją nie powinno trwać dłużej niż 6 godzin. W szczególnie uzasadnionych przypadkach mogłoby zostać wydłużone za zgodą dwóch lekarzy. Podobne zasady powinny obowiązywać w przypadku, gdy wobec pacjenta ponawia się stosowanie środka przymusu w ciągu 24 godzin od ostatniego unieruchomienia. W przypadku, gdy wobec jednego pacjenta często ponawia się stosowanie przymusu, należy rozważyć zasadność przeniesienia go do bardziej wyspecjalizowanej placówki. Zbyt długie stosowanie unieruchomienia lub stosowanie go niezgodnie z obowiązującymi standardami stanowi w ocenie CPT okrutne traktowanie (ang. *ill-treatment*).

Także w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka („ETPC”) nie ulega wątpliwości, że niezasadne lub przedłużające się stosowanie środków unieruchamiających może prowadzić do naruszenia art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka („EKPC”), zakazującego tortur oraz okrutnego lub poniżającego traktowania. W wyroku z 19 lutego 2015 r. w sprawie *M.S. przeciwko Chorwacji* (skarga nr 75450/12) ETPC stwierdził, że stosowanie przymusu w formie unieruchomienia pacjenta jest dopuszczalne tylko wówczas, gdy nie ma żadnego innego środka, za pomocą którego można byłoby uspokoić agresywnego pacjenta i uchronić go przed wyrządzeniem krzywdy sobie lub innym. Podkreślił przy tym, że zgodnie ze współczesnymi standardami ochrony praw człowieka, środki takie muszą być traktowane jako zupełna ostateczność w celu zapobiegnięcia bezpośredniemu i nieuchronnemu (ang. *immediate and imminent*) wyrządzeniu krzywdy pacjentowi lub innym osobom. Co więcej, stosowanie środków przymusu bezpośredniego musi być skorelowane z istnieniem adekwatnych gwarancji chroniących przed wszelkimi nadużyciami, zapewniać jednostce stosowne mechanizmy ochrony proceduralnej, za pomocą których można będzie ustalić, czy zastosowanie przymusu faktycznie było konieczne, proporcjonalne i czy rzeczywiście nie było mniej inwazyjnych możliwości. Ponadto, środki przymusu nie mogą być stosowane dłużej, niż jest to absolutnie konieczne. W omawianej sprawie ETPC orzekł o naruszeniu art. 3 EKPC, na czym zaważyło m.in. to, że nie wykazano by skarżąca zagrażała sobie lub innym, nie podjęto prób stosowania względem niej łagodniejszych środków, a ponadto skarżąca była unieruchomiona przez stosunkowo długi czas (15 godzin).

#### *Standardy polskie*

Prawo polskie zasadniczo realizuje standard określony przez CPT i EKPC. Zgodnie z art. 18 u.o.z.p. przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi można stosować tylko wtedy, gdy odrębny przepis u.o.z.p. do tego upoważnia albo osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu lub poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i

uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej (w tym – domach pomocy społecznej i placówkach do nich zbliżonych), która nie zatrudnia lekarza, informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego podlega zewnętrznej ocenie lekarskiej.

Dalsze wytyczne w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego względem pacjentów z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną zawiera Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740; dalej: „Rozporządzenie”). W świetle tego aktu prawnego, przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania, ale co do zasady nie dłużej niż 4 godziny. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej czas stosowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie może przekroczyć 8 godzin. Dalsze przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w tych formach jest dopuszczalne jedynie w warunkach szpitalnych. Środki przymusu mogą być stosowane wyłącznie przez osoby odpowiednio poinstruowane. Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia może być stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym, a gdy nie ma takiej możliwości – w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób. Stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka kontroluje nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. W ramach tej kontroli pielęgniarka m.in. sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inne urządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno albo zbyt ciasno; zapewnia krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny, a także informuje lekarza (a gdy jednostka nie zatrudnia lekarzy – informuje Państwowe Ratownictwo Medyczne) o wystąpieniu zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby unieruchomionej. Prawo zobowiązuje także do rejestracji przypadków korzystania ze środków przymusu.

### **Niewłaściwe warunki w placówkach opieki jako przejaw niegodnego traktowania**

Do naruszenia praw osób przebywających w całodobowych instytucjach opieki może dojść także wówczas, gdy warunki panujące w takich placówkach są nieodpowiednie, a także gdy osoby takie nie mają zapewnionej należytej opieki – w tym opieki higienicznej. W wyroku z 17 stycznia 2012 r. w sprawie *Stanev przeciwko Bułgarii* (skarga nr 36760/06) ETPC orzekł, że niewłaściwe warunki panujące w zakładzie psychiatrycznym, polegające na niskiej jakości posiłków, braku należytego ogrzewania, ograniczonego dostępu do kąpieli

(zaledwie jeden raz w tygodniu w zdezelowanej łazience), fatalny stan toalet mogą zostać zakwalifikowane jako „poniżające traktowanie” w rozumieniu art. 3 EKPC. ETPC podkreśla też, że przy ocenie wpływu niewłaściwych warunków w danej placówce czy też sposobu traktowania przez personel na poszanowanie godności pacjentów należy brać pod uwagę również specyficzną sytuację osób z niepełnosprawnością, jako grupy szczególnie narażonej na naruszenia praw człowieka (ang. *vulnerable group*), tym bardziej, że nierzadko osoby takie nie są w stanie jasno zakomunikować swoich odczuć względem danego traktowania, ani skarżyć się na nie (zob. np. wyrok ETPC z 3 kwietnia 2001 r. w sprawie *Keenan przeciwko Zjednoczonemu Królestwu*, skarga nr 27229/95).

Warto podkreślić, że także prawo polskie nakłada na prywatne placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku istotne obowiązki w zakresie zapewnienia pacjentom odpowiedniej opieki higienicznej. Zgodnie z art. 68 u.p.s. opieka w takich placówkach polega m.in. na świadczeniu przez całą dobę usług opiekuńczych zapewniających opiekę higieniczną i usług bytowych zapewniających utrzymanie czystości. Usługi opiekuńcze powinny zapewniać także w miarę potrzeby pomoc w myciu i kąpaniu, a sposób ich świadczenia powinien uwzględniać prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa. U.p.s. zawiera także normy dotyczące rozmiarów i wyposażenia pokoi mieszkalnych w tego typu placówkach. Ponadto, instytucje takie powinny zapewniać pacjentom co najmniej 3 posiłki dziennie, w tym posiłki dietetyczne, zgodnie ze wskazaniem lekarza oraz przerwę między posiłkami nie krótszą niż 4 godziny, przy czym ostatni posiłek nie powinien być podawany wcześniej niż o godzinie 18. Pacjenci muszą mieć także zapewnione odpowiednie środki higieny osobistej. Pomieszczenia muszą być sprzątane nie rzadziej niż raz dziennie.

### Podsumowanie

Mając na uwadze doniosłość omawianej problematyki dla poszanowania praw podstawowych osób starszych oraz osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną, w tym ich godności, HFPC pragnie zwrócić się do Pani Minister o przedstawienie stanowiska rządu w przedmiocie efektywności systemu kontroli prywatnych placówek prowadzących działalność gospodarczą w zakresie całodobowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku. W szczególności, prosimy o udzielenie informacji na temat tego, czy na szczeblu rządowym analizowana była kwestia problemów związanych z funkcjonowaniem tego typu placówek oraz publicznego nadzoru nad ich działalnością, jak również czy planowane jest dokonanie zmian prawnych w tym zakresie.

W imieniu Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka,

*Łpnp wyney secunia,*

*dr Piotr Kładoczny*  
dr Piotr Kładoczny  
Sekretarz Zarządu

Do wiadomości:

1. dr Adam Bodnar, Rzecznik Praw Obywatelskich.
2. Justyna Róża Lewandowska, Dyrektor Krajowego Mechanizmu Prewencji.

