



RADA FUNDACJI

Halina Bortnowska-Dąbrowska Marek Antoni Nowicki
Jerzy Ciemniowski Teresa Romer
Janusz Grzełek 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.

850.../2016/PSP/MSZ

Szanowny Pan
Zdzisław Szipiera
Wojewoda Mazowiecki
pl. Bankowy 3/5
00-950 Warszawa

Szanowny Panie Wojewodo,

Helsińska Fundacja Praw Człowieka (dalej: „HFPC”) pragnie zwrócić się do Pana Wojewody z prośbą o udzielenie informacji na temat wyników czynności kontrolnych podjętych względem domu opieki dla osób chorych na Alzheimera w Trzciance. Z doniesień medialnych¹ wynika, że podległe Panu służby przeprowadziły kontrolę w ww. placówce w dniu 26 kwietnia 2016 r. po relacji telewizyjnej, z której wynikało, że prawa pacjentów w niej przebywających są w rażący sposób naruszane. Ponadto, mając na uwadze, że w dniu 15 kwietnia bieżącego roku HFPC skierowała do Pana Wojewody podobne wystąpienie, dotyczące prowadzonego prawdopodobnie bez stosownego zezwolenia

HFPC pragnie zaapelować do Pana o objęcie wzmożoną kontrolą wszystkich funkcjonujących na terenie województwa mazowieckiego prywatnych placówek prowadzących działalność gospodarczą w zakresie całodobowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku, w celu zapewnienia, że prawa podstawowe osób w nich przebywających są w pełni respektowane.

W programie „UWAGA!” wyemitowanym przez stację TVN w dniu 25 kwietnia 2016 r. zaprezentowano reportaż poświęcony działalności domu opieki dla osób chorych na Alzheimera w Trzciance, wraz z nagraniami przedstawiającymi m.in. wypowiedzi jego personelu i sposób traktowania pacjentów.² Wynikało z niego, 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.

¹<http://www.tvn24.pl/koszmar-w-osrodku-w-trzciance-pierwsze-efekty-materialu-uwagi-tvn,638984,s.html>
(dostęp: 26 kwietnia 2016 r.).

² <http://uwaga.tvn.pl/reportaze,2671,n/tak-drecza-chorych-z-alzheimerem-koszmar-w-domu-opieki,200663.html>
(dostęp: 26 kwietnia 2016 r.).

Standardy prawne w zakresie stosowania środków unieruchamiających

HFPC pragnie podkreślić, że niezasadne stosowanie 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”, może stanowić torturę lub nieludzkie traktowanie w rozumieniu prawa międzynarodowego. Podkreślił to w swoim raporcie z lutego 2013 r. Juan Mendez, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania lub karania.³ Z tego względu, na szczeblu krajowym 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”).⁴ Według niego, unieruchomienie może być stosowane jedynie jako środek ostateczny i zgodnie z zasadą proporcjonalności, w celu zapobiegnięcia 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.

³ http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf (dostęp: 26 kwietnia 2016 r.).

⁴ <http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/CPT-2012-28-eng.pdf> (dostęp: 26 kwietnia 2016 r.).

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 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 uszkodzają 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 podmioty stosujące środki przymusu do rejestracji przypadków korzystania z takich środków.

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 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.) 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 środki higieny osobistej, środki czystości, przybory toaletowe i inne przedmioty niezbędne do higieny osobistej. Pomieszczenia muszą być sprzątane nie rzadziej niż raz dziennie.

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

Zważywszy na powyższe standardy prawa krajowego i międzynarodowego, należy podkreślić, że niewłaściwe traktowanie pacjentów przez personel prywatnych zakładów

opieki może stanowić delikt w znaczeniu prawa cywilnego, jak również wypełniać znamiona przestępstw. Konstatacja ta dotyczy w szczególności przypadków bezprawnego stosowania środków przymusu, co może być zakwalifikowane jako przestępstwo pozbawienia wolności w rozumieniu art. 189 Kodeksu karnego.

HFPC pragnie jednak podkreślić, że sytuacja, w której w prywatnych instytucjach opiekuńczych stosowane są praktyki naruszające prawa pacjentów w nich przebywających, a także urągają ich godności, nie może być rozpatrywana wyłącznie pod kątem indywidualnej odpowiedzialności osób zarządzających taką instytucją oraz personelu w niej zatrudnionego. Zgodnie bowiem z 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 odpowiedzialne za nadzór nad placówkami uprawnionymi do stosowania środków przymusu względem pacjentów z niepełnosprawnością umysłową lub psychiczną są zobowiązane do podjęcia skutecznych działań zmierzających do wyeliminowania wszelkich nadużyć, wyciągnięcia konsekwencji wobec osób naruszających prawo oraz zapewnienia osobom pokrzywdzonym odpowiedniej ochrony ich praw podstawowych. W przypadku prywatnych placówek prowadzących działalność gospodarczą w zakresie całodobowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku, organem takim, z mocy art. 22 pkt 10 u.p.s., jest właśnie wojewoda i to na nim ciąży szczególne obowiązki w tym zakresie. Nieuzasadnione zaniechania w zakresie kontroli działalności prywatnych podmiotów uprawnionych do stosowania przymusu bezpośredniego względem pacjentów, prowadzące do naruszenia ich praw, będą skutkowały współodpowiedzialnością państwa za krzywdy doznane przez jednostki. W konsekwencji takiego niezgodnego z prawem braku aktywności, Skarb Państwa będzie mógł zostać pociągnięty do odpowiedzialności cywilnej przed sądami polskimi, jak również odpowiedzialności międzynarodowej przed ETPC.

Kwestie wymagające szczególnej uwagi podczas dokonywania kontroli

Mając powyższe na uwadze, HFPC pragnie zaapelować do Pana Wojewody o niezwłoczne podjęcie działań kontrolnych względem wszystkich funkcjonujących na terenie

województwa mazowieckiego prywatnych placówek prowadzących działalność gospodarczą w zakresie całodobowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku. W naszej ocenie kontrola taka powinna obejmować przede wszystkim następujące kwestie:

- posiadanie przez osoby prowadzące daną placówkę zezwolenia, o którym mowa w art. 67 ust. 1 u.p.s.;
- zgodność z prawem zasad umieszczania pacjentów w danej placówce, w tym posiadanie przez nią dokumentów zawierających zgodę pacjentów na umieszczenie i przebywanie w nim, a w przypadku osób ubezwłasnowolnionych – zgodę opiekuna prawnego wraz ze zgodą sądu opiekuńczego udzieloną na podstawie art. 175 w związku z art. 156 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- posiadanie przez daną placówkę dokumentów zawierających wyrażoną w sposób świadomy zgodę pacjentów lub ich opiekunów prawnych na otrzymywanie leków;
- stosowanie przez daną placówkę przymusowego podawania leków pacjentom, wraz z ustaleniem rodzaju leków, okoliczności, w jakich przymusowe leczenie ma miejsce, oraz tego, czy istnieje nadzór lekarski nad tym procesem, a także czy przypadki przymusowego podawania leków są ewidencjonowane;
- istnienie nadzoru lekarskiego nad opieką sprawowaną przez daną placówkę (w szczególności, czy dana placówka zatrudnia lekarzy, a jeśli nie, to czy i jak często odbywają się wizyty lekarzy);
- istnienie oraz zgodność z prawem regulaminu obowiązującego na terenie placówki, w szczególności pod kątem wolności i praw pacjentów w nim przebywających; w ocenie HFPC uwagę należy zwrócić przede wszystkim na regulacje dotyczące udzielania przepustek, kontaktowania się z rodziną i przyjaciółmi oraz możliwości stosowania wobec pacjentów kar porządkowych, w tym rodzaj takich kar;
- zgodność z opisanymi powyżej standardami krajowymi i międzynarodowymi przypadków stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów, tj. w szczególności:
 - prawidłowość prowadzenia przez placówkę ewidencji przypadków stosowania na jej terenie przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka (obowiązek wynikający z art. 68a pkt 1 lit. d tiret czwarte u.p.s.);
 - częstotliwość i długość stosowania środków przymusu bezpośredniego, w szczególności środków polegających na unieruchomieniu pacjentów;
 - zasadność stosowania ww. środków przymusu;
 - sposób unieruchamiania pacjentów, w szczególności, czy sposób wykonania pasów unieruchamiających (biorąc pod uwagę np. materiały, z których są wykonane) oraz sposób ich założenia nie powodują nadmiernych niedogodności po stronie pacjentów;
 - posiadanie przez personel odpowiednich kwalifikacji umożliwiających bezpieczne stosowanie przymusu bezpośredniego;
 - istnienie nadzoru lekarskiego nad stosowaniem przymusu bezpośredniego;
 - informowanie pacjentów o przyczynach stosowania środków przymusu
- ogólne warunki higieniczne i sanitarne panujące w placówce;

- możliwość składania przez pacjentów skarg i zażaleń oraz sposób ich rozpatrywania.

Uprzejmie prosimy o poinformowanie nas o fakcie podjęcia czynności kontrolnych, o których mowa w niniejszym piśmie, jak również o ich rezultatach.

Prosimy także o przedstawienie informacji na temat:

- 1) liczby i częstotliwości kontroli podejmowanych przez Wojewodę Mazowieckiego w stosunku do prywatnych placówek prowadzących na terenie województwa mazowieckiego działalność gospodarczą w zakresie całodobowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku na przestrzeni ostatnich 5 lat, z podziałem na poszczególne lata;
- 2) ilości i średniej wysokości kar wymierzonych przez Wojewodę Mazowieckiego placówkom określonym powyżej na podstawie art. 130 u.p.s. na przestrzeni ostatnich 5 lat, z podziałem na poszczególne lata;
- 3) ilości decyzji o cofnięciu określonym powyżej placówkom zezwolenia na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie całodobowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku wydanych przez Wojewodę Mazowieckiego na przestrzeni ostatnich 5 lat, z podziałem na poszczególne lata.

W odniesieniu do czynności już podjętych względem domu opieki dla osób chorych na Alzheimera w Trzciance, prosimy o przekazanie wszelkich protokołów czy sprawozdań z podejmowanych czynności i dokonanych ustaleń lub ich szczegółowy opis, jak również informację o podjętych lub planowanych działaniach nadzorczych, o których mowa w art. 128-130 u.p.s. w stosunku do tej placówki.

W imieniu Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka,

Łępa wprawy neuronlin,



Piotr Kładoczny
dr Piotr Kładoczny
Sekretarz Zarządu

Do wiadomości:

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