

Warszawa, dnia 16 stycznia 2019 r.

KMP.573.17.2018.KK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
Veni, Vidi, Vici w Grębiszewie
(wyciąg)**

1. Wstęp

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 jako: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 15-16 października 2018 r. do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Veni, Vidi, Vici znajdującego się w Grębiszewie przy ul. Rozwojowej 79 (dalej jako: ZOL, zakład, placówka) udali się przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej jako: KMPT, Mechanizm): Klaudia Kamińska, Marcin Kusy (prawnicy) Aleksandra Osińska (psycholog). W przeprowadzonych czynnościach uczestniczyła również dr n. med. Joanna Klara Żuchowska – ekspert KMPT, której opinia w niezbędnym zakresie została włączona do treści raportu.

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzanie sposobu traktowania osób przebywających w placówce, by wzmocnić, jeśli to niezbędne, ich ochronę przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawić rekomendacje właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W czasie wizytacji pracownicy KMPT wykonali następujące czynności:

- przeprowadzili rozmowę wstępną z Pawłem Kosteckim – dyrektorem placówki oraz Anna Orłowską – pielęgniarką oddziałową,
- dokonali oglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać pensjonariusze placówki, w tym m.in: pokoi, sanitariatów, sal rehabilitacji,
- przeprowadzili rozmowy indywidualne z pacjentami, w warunkach wykluczających obecność osób trzecich,
- sprawdzili dostosowanie zakładu do potrzeb osób z niepełnosprawnościami,
- dokonali analizy dokumentacji dostępnej na miejscu, w tym m.in. książki raportów pielęgniarskich oraz akt osobowych pacjentów,
- wykonali dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur poinformowali dyrektora placówki oraz pielęgniarkę oddziałową o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki.

Podczas wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali oceny: legalności pobytu pacjentów w ZOL, traktowania pacjentów przez personel, zapewnionych im warunków bytowych, dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, realizacji prawa pacjentów do ochrony zdrowia, terapii i usług opiekuńczych, prawa do informacji i do kontaktów ze światem zewnętrznym oraz swobody praktyk religijnych, a także przeanalizowali stan zatrudnienia i kwalifikacje personelu.

W niniejszym materiale uwzględniono te kwestie, w których przedstawiciele KMPT stwierdzili nieprawidłowości oraz problem o charakterze systemowym. Raport zawiera również mocne strony dostrzeżone przez osoby wizytujące.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. pensjonariusze, pracownicy jednostki) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaze, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Charakterystyka placówki

Wizytowany ZOL zgodnie z informacjami przedstawionymi w księdze rejestrowej (Nr księgi 000000185610) dysponuje 79 łózkami. W dniu wizytacji w placówce przebywało 42 pensjonariuszy. Zakład prowadzony jest przez firmę EKWOS. Mieści się na pierwszym piętrze budynku. Na parterze znajduje się Centrum Rehabilitacyjne finansowane przez ZUS.

Zgodnie z Regulaminem Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego celem Zakładu jest objęcie całodobową opieką osób niewymagających hospitalizacji, po przebytej ostrej fazie leczenia szpitalnego, z ukończonym okresem diagnozy, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, które ze względu na stan zdrowia wymagają kontynuacji leczenia farmakologicznego, szeroko rozumianej pielęgnacji, opieki i podstawowej rehabilitacji w zakresie usprawniania.

Z przekazanych informacji na dzień 15 października 2018 r. liczba pacjentów poruszających się na wózkach wynosiła 16, za pomocą balkonika - 2, przy pomocy kul łokciowych - 3. Pacjentów leżących było 5, natomiast poruszających się samodzielnie 13. W czasie wizytacji 3 osoby były hospitalizowane. W trakcie wizytacji w placówce nie przebywała żadna osoba ubezwłasnowolniona.

4. Mocne strony

Placówka dysponuje bogatym zapleczem do rehabilitacji pacjentów. W bardzo dobrze wyposażonym Centrum Rehabilitacji zajmującym kilka sal znajdują się m.in. 3 ugule, stacjonarne rowery, bieżnia, orbitrek, drabinki, dużo drobnego sprzętu (piłki, wstęgi, drążki itp.). Jest także krioterapia, laser, pole magnetyczne, ultradźwięki, hydroterapia, fango, sollux, wykonywane są masaże, prowadzona gimnastyka indywidualna.

Ponadto, placówka dysponuje rozległym terenem zielonym, na którym znajduje się zewnętrzna wanna z hydromasażem. Dodatkowo na terenie placówki mieści się mały zwierzyniec, gdzie hodowane są m.in. konie.

KMPT podkreśla, iż wszystkie praktyki mające na celu poprawę sytuacji osób przebywających w placówce zasługują na aprobatę.

5. Problem systemowy

Przedstawiciele ustalili, iż w wizytowanej placówce stosowany jest monitoring wizyjny. Kamery swoim zasięgiem obejmują ciągi komunikacyjne oraz teren na zewnątrz.

Instalowanie kamer w tego typu placówkach może stanowić ingerencję w prywatność pensjonariuszy, pracowników oraz innych osób znajdujących się na terenie obserwowanego budynku. Dla legalności stosowania tego typu nadzoru istotne jest, aby spełniała ona przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym wymóg ustawowej formy ograniczenia.

Dlatego też sprawa właściwego ustawowego uregulowania niniejszej kwestii jest monitorowana przez KMPT.

Ponadto, Mechanizm wskazuje, że na tablicach informacyjnych powinna znaleźć się informacja o monitoringu znajdującym się na terenie placówki, tak aby była ona widoczna dla pacjentów, jak i osób odwiedzających.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1 Prawo do informacji i mechanizm skargowy

W trakcie wszystkich wizytacji przedstawiciele KMPT każdorazowo zwracają uwagę, czy wizytowana placówka udostępnia informację o instytucjach stojących na straży praw człowieka. Możliwość kontaktu z taką instytucją przez osobę przebywającą w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub inną osobę, stanowi dodatkową gwarancję zabezpieczającą przed niewłaściwym traktowaniem.

W trakcie oglądu placówki zwrócono uwagę, że w ogólnodostępnym miejscu wywieszane były dane teleadresowe Rzecznika Praw Pacjenta. Informacje te należałoby uzupełnić o dane teleadresowe Rzecznika Praw Obywatelskich, a także organizacji pozarządowych, takich jak np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka.

W ocenie osób wizytujących wątpliwości budzi dostęp pacjentów i ich rodzin do mechanizmów skargowych. Na terenie placówki nie ma bowiem żadnych informacji o możliwościach złożenia skargi.

Należy zaznaczyć, że wszyscy obywatele, a w szczególności ci, którzy pozostają pod opieką innych ze względu na swój stan somatyczny, mają prawo do otrzymania zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych dla nich kwestiach: przysługujących im prawach, o procedurach obowiązujących w instytucji, w której przebywają, o sposobie składania skarg. Dostęp do takich informacji zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną

rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy.

Niezwykle ważne jest więc, aby w każdym miejscu odosobnienia funkcjonował wewnętrzny mechanizm składania skarg. Oczywiście, składający skargę powinni mieć możliwość bezpośredniego zwrócenia się do zewnętrznych organów właściwych do rozpatrywania skarg. Skargi z kolei powinny być rozpatrywane szybko i rzetelnie, na podstawie przejrzystej procedury, która chroni daną osobę przed możliwym zastraszeniem lub represjami¹.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej oraz pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie zakładu, ulotek i filmów informacyjnych)².

Komitet zwraca również uwagę na potrzebę zapewnienia większej dostępności do skarg dla grup szczególnie wrażliwych: osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnościami, nieletnich, osób z zaburzeniami psychospołecznymi i/lub uczącymi się lub osób mających problemy ze zrozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem oficjalnego języka zainteresowanego kraju, w tym cudzoziemców³.

Na terenie ZOL dostępna jest Karta Praw Pacjenta, która w swojej treści wskazuje szereg praw przysługujących pacjentom. Należy zaznaczyć, że jako podstawę prawną tych praw wskazana jest w niektórych fragmentach ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, która to została uchylona 1 lipca 2011 przez art. 220 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 160). Wobec powyższego KMPT zaleca udostępnianie zaktualizowanej i nowej Karty dostępnej m.in. w postaci infografiki na stronie Rzecznika Praw Pacjenta.

6.2 Opieka psychologiczna

Wizytowana placówka nie zatrudnia psychologa. Z jego usług można skorzystać tylko odpłatnie. Istnieje możliwość konsultacji na miejscu, bez konieczności wyjazdu, gdyż psycholog pracuje w Centrum Rehabilitacji.

¹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 68-91.

² Tamże, § 79.

³ Tamże, § 83.

Należy mieć na uwadze, że do zakładów opiekuńczo-leczniczych często trafiają osoby wymagające dużego wsparcia psychologicznego w celu przywrócenia prawidłowych mechanizmów funkcjonowania oraz pokonania trudności adaptacyjnych w nowym miejscu. Osoby takie nie potrafią pogodzić się ze swoim losem, czemu często towarzyszą silne emocje. Nie ulega wątpliwości, że rola psychologa pracującego z takimi pacjentami systematycznie w tym okresie jest nie do przecenienia. Priorytet stanowi przywrócenie pacjenta do równowagi psychicznej, co pozwala następnie na podejmowanie adekwatnych do stanu konkretnej osoby działań opiekuńczych. Psycholog powinien także pomagać w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych poprzez prawidłowe zdiagnozowanie przyczyny konfliktu, obejmować wzmożoną opieką pensjonariuszy trudnych, pomagać w przezwyciężaniu negatywnego nastroju i nastawienia, diagnozować osobowość pacjenta, jak również prowadzić współpracę z rodzinami i najbliższymi pacjentów. W sytuacjach odmowy współpracy ze strony pensjonariusza psycholog mógłby natomiast formułować zalecenia odnośnie sposobu postępowania pozostałego personelu z danym pensjonariuszem.

Ponadto, w ocenie przedstawicieli Mechanizmu, stała obecność psychologa przyczyniłaby się również do integracji społeczności pensjonariuszy, poprawy relacji z personelem oraz zwiększenia motywacji do udziału w proponowanych przez placówkę zajęciach. Podkreślenia wymaga również, iż osoby w podeszłym wieku coraz częściej konfrontują się z kwestią schyłku życia, dokonują podsumowania swojego życia. W takich sytuacjach może pojawić się lęk przed śmiercią, samotnością, doświadczenie opuszczenia przez najbliższych. Problem ten dotyczy również osób przewlekle somatycznie chorych, szczególnie w przypadku osób nieuleczalnie chorych.

Mając powyższe na uwadze, KMPT rekomenduje zatrudnienie na stałe w placówce psychologa.

6.3 Traktowanie

W trakcie analizy dokumentacji zwrócono uwagę, że niektóre oświadczenia dotyczące jednej osoby zawierają dwa różniące się podpisy. Natomiast w niektórych nie ma podpisu osoby, której oświadczenie to bezpośrednio dotyczy, ale przy miejscu przeznaczonym na podpis znajduje się informacja, że inna osoba podpisała dokument z jej upoważnienia. W dokumentacji pacjentów nie znajdowały się natomiast upoważnienia dla osób trzecich do podejmowania innych czynności aniżeli prawo dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta, jego dokumentacji medycznej oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Warto podkreślić, iż w przypadku, gdy dana osoba może zrozumieć swoją sytuację i pozostaje w logicznym kontakcie, należy zapewnić jej możliwość złożenia osobistego podpisu pod oświadczeniem jej dotyczącym. Dotyczy to wszystkich spraw, w których jedynie pacjent może i powinien zająć stanowisko (np. oświadczyć, czy faktycznie zapoznał się ze swoimi prawami i obowiązkami lub dysponować swoim wizerunkiem). W przypadku kiedy dany pacjent ze względu na swój stan zdrowia nie jest w stanie złożyć osobiście podpisu, należałoby umieścić informację o przyczynach braku możliwości samodzielnego złożenia podpisu.

W czasie rozmów z mieszkańcami przedstawiciele KMPT ustalili, że są oni traktowani w odpowiedni sposób. Delegacja KMPT zwróciła jednak uwagę, że personel nie zawsze używa w stosunku do pacjenta formy zwrotu grzecznościowego *Pan/Pani*. Pracownicy KMPT zalecają wyeliminowanie nieprawidłowości w sposobie traktowania mieszkańców przez personel placówki. W relacjach z pensjonariuszami rekomenduje się używania grzecznościowej formy *Pan/Pani*, chyba, że pacjent zaproponuje dobrowolnie inną formę.

6.4 Prawo do informacji o stosowanej farmakoterapii

Zagadnieniem pozostającym każdorazowo w zainteresowaniu Mechanizmu jest realizacja prawa pacjentów do informacji odnośnie stosowanej wobec nich farmakoterapii. Z informacji uzyskanych przez wizytujących wynika, iż zdarzało się, że w sytuacji w której pacjent odmawiał i nie chciał przyjąć leków, leki te podawano potajemnie - rozkruszone czy rozpuszczone w jedzeniu.

KMPT neguje praktykę kruszenia i rozpuszczania leków w posiłkach i podawania ich podstępem, w przypadku odmowy ich przyjęcia przez pacjenta. Zaznaczyć należy, iż każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa. Pacjent musi mieć świadomość, czy i jaka forma farmakoterapii jest wobec niego stosowana. Jeśli nie będą mieli takiej świadomości, to w przyszłości może dojść do sytuacji, w której pomimo wzburzenia nie będą chcieli przyjąć leku, pamiętając, że poprzedni zły stan zdrowia udało się polepszyć bez przyjmowania leku (nie wiedząc, że lek podano im wówczas podstępem). Przedstawiciele KMPT zalecają zatem zaprzestanie praktyki podawania mieszkańcom leków podstępem oraz odnotowywanie faktu odmowy przyjęcia medykamentów w książce raportów pielęgniarskich.

Podkreślić również należy, że rozkruszanie leków nie daje nigdy gwarancji, że substancja czynna w nim zawarta dostanie się do krwiobiegu pacjenta w odpowiedniej ilości zapewniając właściwe działanie leku. Niektóre preparaty o modyfikowanym uwalnianiu umożliwiają stopniowe, rozłożone w czasie uwalnianie substancji leczniczej. Rozdrobnienie leku może ten efekt zniwelować.

Mechanizm nie zgłasza zastrzeżeń w sytuacji, gdy zgodnie z zaleceniem lekarskim podawany lek jest rozkruszany z tego powodu, że pacjent nie jest w stanie lub ma problem z połknięciem leku. W takich sytuacjach jednak podanie leku ma miejsce przy pełnej świadomości pacjenta oraz nie odbywa się w sposób wykluczający jego wolę.

6.5 Stosowanie i dokumentowanie przymusu bezpośredniego

W trakcie analizy dokumentacji ujawniono, że w stosunku do jednego z pacjentów ze względu na znaczne pobudzenie ruchowe oraz towarzyszący temu niepokój zastosowano przymus bezpośredni i na zlecenie lekarza podano ampułkę Haloperidolu.

Analiza dokumentacji lekarskiej przez eksperta KMPT wykazała, iż osoba, wobec której zastosowano przymus bezpośredni, była leczona psychiatrycznie.

Mając powyższe na uwadze, należy przypomnieć, iż zgodnie z art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 1878) formami przymusu bezpośredniego jest przytrzymanie (doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej), przymusowe zastosowanie leków (doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby - bez jej zgody), unieruchomienie (obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych) oraz izolacja (umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu). Przypomnieć należy również, że wyłącznie na tej podstawie personel ZOL-u może stosować przymus bezpośredni.

Ponadto, podkreślić należy iż przymus bezpośredni powinien być dokumentowany zgodnie z rozporządzeniem 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). W wizytowanej placówce nie było jednakże rejestru zastosowania przymusu bezpośredniego.

Biorąc pod uwagę fakt, iż w wizytowanym ZOL-u mogą przebywać osoby z zaburzeniami psychicznymi, zdaniem przedstawicieli Mechanizmu, konieczne jest przeprowadzenie szkoleń z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego dla wszystkich osób upoważnionych do jego stosowania oraz wdrożenie właściwych zasad i procedur stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego. Należy zaznaczyć, że dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem.

6.5 Warunki bytowe

W obszarze zapewnienia odpowiednich warunków bytowych przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na fakt, iż nie każde łóżko miało zapewniony dostęp z trzech stron. Jest to sprzeczne z § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739), zgodnie z którym, *łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.*

KMPT rekomenduje zatem wprowadzenie zmian zgodnych z obowiązującym porządkiem prawnym.

6.6 Instalacja przyzywowa

W trakcie wizytacji zauważono, że pokoje nie są wyposażone w instalację przyzywową. Z uzyskanych informacji wynika, że wybranym osobom, które zdaniem personelu ZOL najbardziej tego potrzebują ze względu na stan zdrowia, wydawane są przenośne pagery. W ocenie reprezentantów KMPT instalacja alarmowo-przyzywowa powinna być dostępna we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów (zarówno w salach chorych, jak i toaletach). Ponieważ zgodnie z relacją dyrektora nie można z przyczyn technicznych założyć systemu przyzywowego, dobrym rozwiązaniem byłoby wyposażenie wszystkich mieszkańców w łatwe w obsłudze pagery, aby wezwać w razie potrzeby opiekunkę czy pielęgniarkę, zwłaszcza w nocy.

Podkreślić należy, iż instalacja przywoławcza umożliwi szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów. Należy mieć na uwadze, iż zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych⁴ osoby te powinny mieć zapewnione różne formy pomocy osób, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia.

6.7 Sytuacja osób z niepełnosprawnościami

Budynek jest częściowy dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Jednakże, jak zwróciły uwagę osoby wizytujące, łazienki znajdujące się w pokoju nie są

⁴ Przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.

przystosowane do potrzeb osób niesprawnych ruchowo. Brodziki mają bardzo wysoki próg, a obok nie ma uchwyty czy poręczy. Jak zauważyła ekspert KMPT w przypadku braku możliwości przeprowadzenia modernizacji wszystkich łazienek, ułatwieniem byłoby założenie w brodzikach uchwyty i przymocowanych do ściany krzesełek oraz założenie nakładek na sedesy i przymocowanie z obu jego stron ruchomych poręczy. Ponadto, delegacja podkreśla, iż wokół budynku nie w każdym miejscu jest równa powierzchnia, co może sprawiać trudności osobom poruszającym się na wózkach.

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o następujących zasadach, poprawiających jakość dostosowania:

- a) szerokość drzwi nie mniejsza niż 90 cm,
- b) progi do wysokości 2 cm (pożądany byłby brak progów),
- c) wysokość klamek, włączników światel, przycisków itp.- 90-120 cm,
- d) przestrzeń manewrowa – 150 cm x 150 cm,
- e) w sanitariatach - brodzik nie posiadający progu lub do 2 cm wysokości,
- f) wysokość muszli ustępowej powinna oscylować między 45 a 55 cm,
- g) poręcz przy muszli ustępowej zainstalowana w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy, na wysokości 70-85 cm (mierzone od wierzchu górnej poręczy),
- h) umywalka na wysokości 85 cm – górna krawędź i 70 cm – dolna krawędź z możliwością podjazdu wózkiem,
- i) lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądanym byłoby lustro umożliwiające ich pochylanie),
- j) stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych,
- k) uchwyt do papieru umieszczony na wysokości do 120 cm,
- l) w jadalni wysokość stołu powinna wynosić od 67 do 80 cm (miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm),
- m) tablice informacyjne powinny znajdować się na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górna krawędź).

Powyższe standardy zostały opracowane we współpracy z Fundacją Polska Bez Barier i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele KMPT podkreślają, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 roku przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475), osoby niepełnosprawne mają prawo do życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Nadto

Polska w dniu 6 września 2012 roku ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169). Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. W związku z powyższym przedstawiciele KMPT rekomendują dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie ze wskazanymi wyżej standardami, podczas najbliższego remontu placówki.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele KMPT zalecają właścicielowi Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Veni, Vidi, Vici w Grębiszewie:

1. uzupełnienie tablic informacyjnych o adresy instytucji stojących na straży praw człowieka oraz organizacji pozarządowych,
2. stworzenie procedury skargowej dla pacjentów,
3. zatrudnienie psychologa,
4. odbieranie od mieszkańców podpisów pod wszelkimi oświadczeniami ich dotyczącymi, jeżeli są w stanie zrozumieć ich treść i wyrazić swoją wolę oraz w przypadku braku takiej możliwości – upowszechnienie praktyki odnotowywania przyczyny nieuzyskania podpisu pod oświadczeniem,
5. przypomnienie pracownikom o konieczności używania grzecznościowej formy *Pan/Pani*, chyba, że pacjent zaproponuje dobrowolnie inną formę,
6. udzielanie mieszkańcom wszelkich informacji odnośnie stosowanej wobec nich farmakoterapii, a także niepodawanie leków bez wiedzy pacjenta,
7. przeprowadzenie szkolenia dla personelu z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego,
8. stworzenie rejestru stosowania przymusu bezpośredniego,
9. zapewnienie dostępności do łóżek pacjenta z trzech stron, stosownie do przepisów prawa,
10. zapewnienie każdemu pacjentowi dostępu do systemu instalacji przywoławczej,
11. zapewnienie pełniejszej dostępności miejsc i urządzeń placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji zaplanowanych remontów i modernizacji ZOL, zgodnie ze standardami zawartymi w pkt 6.7.