



**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Warszawa, 17-02-2022 r.

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.574.1.2021.JZ

**Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Miejskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie**

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) zwanego dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 6 października 2021 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (zwany dalej: KMPT) przeprowadził wizytację Działu Opieki nad Osobami Nietrzeźwymi w Miejskim Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie przy ul. Rozrywka 1 (zwany dalej: MCPU, izbą, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodziły: Klaudia Kamińska (prawnik) oraz Justyna Zarecka (politolożka, specjalistka w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzanie sposobu traktowania pacjentów przebywających w placówce, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków osób

pozbawionych wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W ramach wizytacji dokonano następujących czynności:

- przeprowadzono rozmowę wstępną z Adamem Chrapisińskim – Dyrektorem MCPU;
- dokonano oglądu placówki m.in. sal pacjentów, sanitariatów, pokoju lekarskiego, pomieszczeń, w których stosowane są środki przymusu bezpośredniego;
- przeprowadzono rozmowy z pracownikami pełniącymi dyżur w dniu wizytacji;
- dokonano analizy dokumentacji dostępnej w placówce.

W trakcie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację i informacje związane z funkcjonowaniem placówki a także przeanalizowano wybrane nagrania monitoringu wizyjnego.

Podczas wizytacji w przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają zagadnienia związane z legalnością pobytu pacjentów w placówce, ich traktowaniem, prawem do informacji, ochroną zdrowia, a także warunki bytowe i dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W raporcie wskazano obszary, które wymagają poprawy a także dobre praktyki i mocne strony, które wyróżniają placówkę na tle innych tego typu.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. pacjenci, personel, osoby doprowadzające) 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 nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Charakterystyka jednostki

Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie jest wyodrębnioną jednostką organizacyjną Gminy Miejskiej Kraków. Do zadań realizowanych przez MCPU należy m.in. realizacja zadań izby wytrzeźwień na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości

i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz aktów wykonawczych¹. Za realizację tego działania w strukturze MCPU odpowiada Dział Opieki Nad Osobami Nietrzeźwymi.

Do placówki trafiają osoby dowieszone przez funkcjonariuszy Policji lub strażników Staży Miejskiej z terenu miasta Krakowa oraz 19 gmin, z którymi zostało podpisane porozumienie na świadczenie tego typu usługi. Opłata za pobyt wynosi 326 zł, którą można uiścić na miejscu płacąc kartą płatniczą, co nie jest standardem we wszystkich tego typu placówkach.

Izba może przyjąć ok. 50 osób - zależy to od bieżącego zapotrzebowania na miejsca dla konkretnych grup - kobiety, mężczyźni i osoby poniżej 18 roku życia rozmieszczane są w odrębnych salach. Na terenie placówki wyznaczono także dwa pomieszczenia pełniące funkcję ogrzewalni.

Od początku 2021 r. do dnia wizytacji w izbie zostało umieszczonych 5497 osób: 596 kobiet i 4901 mężczyzn, w tym 6 nieletnich i 308 cudzoziemców. W trakcie wizytacji w placówce przebywało 7 osób do wytrzeźwienia.

4. Dobre praktyki i mocne strony

Placówka zapewnia bardzo dobre warunki bytowe. Wszystkie sale dla pacjentów są odpowiednio wentylowane, istnieje także możliwość regulacji temperatury w pomieszczeniach. Wysokość temperatury jest odnotowywana na każdej zmianie i wpisywana do dokumentacji elektronicznej. W trakcie wizytacji w pomieszczeniach było czysto, nie było nieprzyjemnego zapachu.

Aby zapewnić wysoki standard pobytu, placówka co roku na ok. 2-3 dni jest wyłączana z użytku w celu wykonania prac remontowych m.in. odnowienia ścian. W tym czasie osoby do wytrzeźwienia umieszczane są w policyjnym Pomieszczeniu dla Osób Zatrzymanych przy ul. Mogilskiej w Krakowie. Za bardzo dobrą praktykę należy uznać, że w tym czasie do PdOZ oddelegowany jest lekarz na co dzień dyżurujący w izbie wytrzeźwień, zatem osoby pod wpływem alkoholu są pod stałą opieką lekarską. Podczas wyłączenia izby z użytku w czerwcu 2021 r. 16 osób zostało umieszczonych pod nadzorem Policji.

Z mocną stroną placówki należy uznać szczegółowe rejestry prowadzone w formie elektronicznej. Zawierają m.in. zestawienie pacjentów przekazanych do szpitali, wraz ze wskazaniem przyczyn czy informacje o osobach przekazanych funkcjonariuszom Policji, wraz z oznaczeniem właściwego komisariatu. Warto podkreślić, że dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem na co zwraca

¹ § 3 pkt 8 Statutu Miejskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie stanowiący Załącznik do Uchwały Nr LXVI/1653/17 Rady Miasta Krakowa z dnia 15 marca 2017 r.

uwagę SPT - Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu².

Za dobrą praktykę wizytujące uznały również przekazywanie osobom, które już wytrzeźwiały czystej odzieży, w tym kurtek czy butów. Często zdarza się bowiem, że osoby doprowadzane do placówki są w zdekompletowanej odzieży, a dzięki zgromadzonym artykułom nie muszą opuszczać izby np. boso lub bez koszuli. Zdaniem przedstawicieli KMPT wspomniana praktyka stanowi wyraz poszanowania godności osób umieszczonych w placówce.

W Miejskim Centrum Profilaktyki Uzależnień działa także całodobowy telefon zaufania, pod którym można uzyskać pomoc terapeuty uzależnień. Osoby opuszczające placówkę są informowane, że mogą porozmawiać z osobą, która pełni tam dyżur.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Monitoring wizyjny

Wątpliwości KMPT wzbudziły naganiania monitoringu przekazane przez placówkę do analizy w Biurze RPO, które zostały losowo wybrane przez wizytujące. Materiały dotyczyły pobytu mężczyzny i kobiety z dwóch różnych dni we wrześniu 2021 r. W obu przypadkach stosowany był przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia. Na żadnym z przekazanych nagrań nie ma znaczników daty i godziny, jedynie opis nazwy monitorowanego pomieszczenia. W związku z tym należy stwierdzić, iż monitoring nie spełnia swojej roli – nie sposób bowiem analizować nagrania, bez osadzenia ich w czasie, co dobitnie uwidoczniła jedna z badanych spraw.

Ogromne wątpliwości KMPT wzbudziła analiza nagrań monitoringu z pobytu w placówce mężczyzny przyjętego 24 września 2021 r. Jak wskazano w protokole sporządzonym przez Policję, mężczyzna został doprowadzony do izby o godz. 3.00, z karty ewidencyjnej wynikało zaś, że został zwolniony o godz. 15.25. W karcie obserwacji zachowań podczas stosowania środka przymusu bezpośredniego odnotowano, że mężczyzna był unieruchomiony od godz. 4.05 do 8.00. Zgodnie z informacją na karcie ewidencyjnej, podczas pobytu na pasach mężczyźnie podano też Haloperidol. Tymczasem samo nagranie z sali gdzie mężczyzna był unieruchomiony trwało - zamiast wskazanych w dokumentacji 4 godzin - jedynie 1 godzinę 13 minut i 25 sekund. Nagranie obejmowało zarówno zapięcie w pasy, kontrole personelu, jak i zwolnienie z pasów. Jednakże kontrole, które powinny odbywać się co 15 minut miały miejsce w następujących minutach nagrania: 6:09; 6:26; 9:02; 10:11; 12:53; 13:55; 15:45; 17:30; 24:06; 36:02; 41:20; 50:03; 52:06; 1:00:42; 1:10:02; 1:10:57. Zabrakło zatem momentów nagrań pomiędzy kontrolami personelu. Nie

² Raport SPT z wizyty na Ukrainie, CAT/OP/UKR/1 § 49-52.

można też stwierdzić, kiedy podany został Haloperidol. Jeszcze więcej wątpliwości wzbudził materiał z pobytu mężczyzny na wieloosobowej sali. Jak wynikało z dokumentacji mężczyzna powinien tam przebywać ok. 7 godzin tymczasem nagranie z tego pobytu trwało jedynie nieco ponad 17 minut. Jego analiza wskazała, że również zabrakło co najmniej kilku środkowych fragmentów nagrania np. w 1:10 z obrazu zniknął mężczyzna siedzący na łóżku w rogu sali, a w pomieszczeniu nagle pojawił się pracownik rozkładający prześcieradła na łóżkach, natomiast w 3:36 nagrania w sali, gdzie śpi mężczyzna nagle w kącie sanitarnym pojawiła się osoba sprzątająca. Przedstawiciele KMPT z tym większym zdziwieniem przyjęli przekazaną formę monitoringu, bowiem drugi analizowany materiał – choć bez stosownych znaczników czasu – zawierał pełny zapis z pobytu kobiety w placówce.

KMPT prosi o wyjaśnienie, dlaczego i w jaki sposób doszło do modyfikacji wskazanego materiału. Jednocześnie KMPT zaleca, aby nagrania monitoringu z każdej kamery obligatoryjnie zostały uzupełnione o znacznik czasu - wskazanie dat i godzin. Standard ten wynika z obowiązującej od 2016 r. normy w zakresie rejestracji monitoringu wizyjnego PN-EN 62676-1-1:2014-06³.

5.2. Traktowanie

Poza wskazanymi problemami technicznymi w zakresie monitoringu duże wątpliwości KMPT wzbudziło zachowanie personelu placówki zarejestrowane na analizowanych nagraniach z pobytu mężczyzny. W karcie ewidencyjnej doprowadzonego, w pkt. III. *Zastosowane zabiegi i środki przymusu bezpośredniego*, odnotowano: „Pacjent agresywny, szarpie się i wrywa, ubliża pracownikom MCPU oraz doprowadzającym go policjantom. W trakcie (nieczytelne) usiłował uderzyć opiekunów. Zastosowano unieruchomienie od godz. 4.05”. Tymczasem na przekazanym KMPT nagraniu zarejestrowane zostało jedynie, jak mężczyzna z kajdankami założonymi na ręce trzymane z tyłu został doprowadzony przez policjantkę i policjanta chwytem transportowym do stanowiska depozytariuszek w MCPU, które było oddzielone od reszty korytarza ladą i przesłoną pleksi. Policjantka położyła na ladzie rzeczy mężczyzny m.in. telefon i portfel. Mężczyzna został przejęty przez dwóch opiekunów z MCPU – nadal był skuty kajdankami, dodatkowo opiekunowie przytrzymywali go. Na nagraniu nie można było dostrzec, aby mężczyzna próbował się wyszarpywać. Był spokojny, a momentami płaczliwy. Najprawdopodobniej był o coś pytany -

³ Jak wskazuje G. Matuszek: „Norma określa wymagania dotyczące programu do odtwarzania materiału, który powinien posiadać następujące funkcje: możliwość zapisywania materiału, ewentualne jego drukowanie ze wskazanym czasem i datą nagrania; (...) system powinien czytelnie wskazywać czas, datę i inne informacje dotyczące nagrania.” Zob. G. Matuszek; *Monitoring wizyjny – ujęcie prawne i technologiczne. Współczesność i perspektywy*; Zeszyty Naukowe SGSP 2020, Nr 73/1/2020.

mówił wskazując głową w kierunku stojących obok funkcjonariuszy. W pewnym momencie, opiekunowie trzymając za skute dłonie i barki mężczyzny wyprostowali i unieśli jego ręce ku górze, co spowodowało pochylenie mężczyzny i uderzenie przez niego głową w przesłonę z pleksi przy stanowisku depozytariuszki. Było to bardzo nagłe, mężczyzna nie wyszarpywał się wówczas, nie przejawiał fizycznej agresji. Opiekunowie trzymając skute kajdankami ręce mężczyzny z dużą siłą wyginali też jego dłonie. Dodatkowo jeden z opiekunów chwycił mężczyzną dłonią w okolicy zuchwy, bardzo silnie ściskając. Mężczyzna próbował mówić i odchylić głowę, aby uwolnić się z tego uścisku. Ostatecznie zatrzymany, pozostając cały czas z rękami skutymi z tyłu, został poprowadzony przez opiekunów w głąb korytarza.

Jak wynika z analizy nagrania z innej kamery, mężczyzna został doprowadzony do pomieszczenia, gdzie stosowane jest unieruchomienie. Tam posadzono go na łóżku – dwóch opiekunów nadal trzymało go za ręce, które pozostawały dodatkowo skute kajdankami. Kolejna osoba próbowała zapiąć pasami nogi mężczyzny, w tym celu na chwilę usiadła na jego nogach. Następnie pojawił się kolejny pracownik i we dwóch zapinali w pasy nogi mężczyzny. Tego fragmentu nie widać jednak zbyt dobrze na kamerze, bowiem łóżko stało zbyt blisko wejścia do sali. Łóżko wraz z przypiętym mężczyzną zostało przesunięte w obszar bardziej dostępny dla kamery w 7:37 nagrania. Po zapięciu nóg, funkcjonariusz podszedł do opiekunów zabezpieczających ręce i rozkuł kajdanki. Policjant pozostał w pomieszczeniu i przyglądał się przeprowadzaniu unieruchomienia. Pracownicy z dużą siłą dociskali głowę mężczyzny do materaca. Gdy pacjent usiłował się poruszyć, pracownik zabezpieczający jego głowę z całą siłą zaczął uciskać go dwoma rękami w okolicy ucha. Dodatkowo gdy dwóch opiekunów zapinało górne pasy stanowiące zabezpieczenie tułowia, jeden z pracowników zabezpieczając głowę wykonywał obrotowe ruchy ręką, przypominające np. wkręcanie śruby. Ruchy te wykonywane były w okolicy głowy lub lewego obojczyka mężczyzny – nie można tego jednoznacznie stwierdzić, bowiem stojący z prawej strony opiekun zasłaniał ten obszar. Gdy pacjent został już całkiem przypięty opiekunowie ściągnęli mu buty i wszyscy opuścili pomieszczenie. Na nagraniu nie widać więc, w którym momencie mężczyźnie został podany wspomniany Haloperidol.

Jak już wskazano w niniejszym raporcie - nagranie to posiadało liczne braki czasowe. Warto jednak podkreślić, że - na przekazanych do analizy nagraniach - mężczyzna przez cały czas był spokojny. Co więcej, z *Karty obserwacji zachowań osoby podczas stosowania środka przymusu w postaci unieruchomienia*, gdzie odnotowywano zachowanie mężczyzny co 15 min wynikało, że podczas 4 godzin pobytu na pasach mężczyzna był „spokojny (spął)” a w dwóch przypadkach dodatkowo „mamrotał”. W tym kontekście należy przypomnieć, że zgodnie z art. 42 ust. 11 ustawy

z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁴: *przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania. Za niezasadne należy zatem uznać trzymanie w pasach mężczyzny, który był spokojny przez cały czas stosowania unieruchomienia.*

Wątpliwości KMPT wzbudziła też sama decyzja o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. Jak już bowiem wskazano, z dostępnego nagrania nie wynikało, aby mężczyzna był agresywny. Na nagraniu nie było zarejestrowanej próby uderzenia pracownika MCPU, która została odnotowana w dokumentacji. Nawet jeśli pacjent przejawiał agresję werbalną, czego nie można stwierdzić z powodu braku ścieżki audio, to nie powinno to prowadzić do zastosowania unieruchomienia. Należy bowiem pamiętać, że środki przymusu bezpośredniego nie mogą być używane w celu ukarania za dane zachowanie, a mają jedynie służyć zabezpieczeniu w sytuacji, gdy osoba przyjęta stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innej osoby, lub niszczy przedmioty znajdujące się w otoczeniu.

Ponadto podkreślenia wymaga, że zgodnie z art. 42 ust. 6 wskazanej ustawy: *stosuje się taką formę przymusu bezpośredniego, która jest możliwie najmniej uciążliwa dla osoby, wobec której przymus ten ma być zastosowany. Przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. Tym samym niedopuszczalne jest stosowanie chwytów czy ucisków, które mogą sprawiać pacjentom dodatkowy ból jak m.in. opisane chwytanie za żuchwę, gdy mężczyzna jest skuty kajdankami i przytrzymywany przez dwóch opiekunów czy ewentualne okrężne dociskanie ręki w okolicy głowy/obojczyka pacjenta. W opinii KMPT w analizowanej sytuacji pracownicy nadużyli wobec pacjenta siły fizycznej, nie dochowując tym samym wyżej wskazanej zasady.*

KMPT zaleca przypomnienie pracownikom MCPU o zasadach stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz przeprowadzenie dodatkowego szkolenia z humanitarnego stosowania tego typu środków. W opinii KMPT niezbędne jest także wprowadzenie mechanizmu nadzoru nad stosowaniem środków przymusu bezpośredniego. Jest to szczególnie istotne, bowiem nawet z analizy postępowań skargowych prowadzonych w MCPU w latach 2020-2021 (5 skarg) wynika, że sprawy wyjaśniane są przede wszystkim w oparciu o analizę dokumentacji oraz wyjaśnienia pracowników⁵. W odpowiedziach dla skarżących nie ma natomiast informacji o dodatkowej analizie nagrań z monitoringu pod kątem wyjaśnienia skarg. Tymczasem powinien być to jeden z kluczowych elementów służących rzetelnej realizacji prawa do skargi.

⁴ Dz.U. z 2021 r., poz. 1119.

⁵ Tylko w przypadku jednej ze skarg, jednak na wyraźną prośbę samego skarżącego, MCPU przekazało w odpowiedzi także nagrania monitoringu z pobytu pacjenta.

Obecnie bieżący podgląd z monitoringu całej placówki jest dostępny w gabinecie dyrektora MCPU oraz u kierownika zmiany, natomiast opiekunowie mają dostęp do podglądu z sal i korytarzy. Nie ma jednak praktyki, aby każdorazowo dokonywać analizy zapisów monitoringu wizyjnego w przypadku zastosowania środków przymusu bezpośredniego na terenie izby oraz doprowadzenia osoby nietrzeźwej. Warto zauważyć, że tego rodzaju rozwiązanie stosowane jest m.in. izbie wytrzeźwień Stołecznego Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie⁶. Nagrania ze stosowania środków przymusu bezpośredniego są tam analizowane przez wyznaczonego pracownika, który sporządza dyrektorowi sprawozdanie. Ocenie podlega zachowanie personelu izby wytrzeźwień i funkcjonariuszy służb mundurowych, doprowadzających osoby nietrzeźwe. Właściwe wykorzystanie takiego rozwiązania może pozwolić nie tylko na odnotowywanie ewentualnych nieprawidłowości, ale może także odegrać istotną rolę w doskonaleniu zawodowym pracowników. Bieżąca analiza tego typu sprawozdań, a następnie ich omawianie z personelem może także podnieść jakość świadczonych usług.

KMPT zaleca wdrożenie takiego rozwiązania w MCPU w Krakowie oraz informowanie skarżących o dokonaniu analizy nagrań monitoringu z ich pobytu w izbie.

5.3. Dokumentowanie obrażeń

Co do zasady, każda osoba przyjmowana do placówki jest poddawana badaniu lekarskiemu. Ewentualne obrażenia ujawnione przy przyjęciu są odnotowywane w dokumentacji w tzw. Karcie medycznej. Zawiera ona m.in. opis stanu zdrowia pacjenta ze schematem ludzkiego ciała ukazanego z przodu i z tyłu, na którym można oznaczać widocznie urazy i obrażenia. Wprowadzenie tego rozwiązania należy ocenić pozytywnie. Wątpliwości KMPT budzi jednak sposób jego realizacji.

W analizowanej dokumentacji pacjenta w protokole doprowadzenia sporządzonym przez policję wskazano: „Mężczyzna posiada obrażenia w postaci zasinienia pod lewym okiem i zadrapanie oraz zasinienie w okolicy ucha i szyi”. Natomiast w jego Karcie medycznej w punkcie „Obrażenia” wpisano jedynie „bz”, natomiast schematy ciała zostały przekreślone a w opisie dodano jedynie: „bez uwag”. Warto zauważyć, że na nagraniach z pobytu tego mężczyzny w izbie wyraźnie widać było, że miał on duże zaczerwienienie pod lewym okiem.

KMPT zaleca, aby dokumentacja medyczna była sporządzana rzetelnie i kompleksowo. Ponadto sposób dokumentowania obrażeń należy wzbogacić o dokumentację fotograficzną, która powinna być uzupełnieniem dokumentacji medycznej pacjenta.

⁶ Por. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Izby Wytrzeźwień Stołecznego Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie z 18 maja 2020 r.; sygn. KMP.574.1.2020.RK.

Powyższą praktykę rekomenduje Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)⁷. Dokumentowanie obrażeń stanowi bowiem podstawową gwarancję prewencji tortur i niehumanicznego, poniżającego traktowania oraz karania. W tym zakresie personel medyczny miejsc detencji może i powinien wnieść znaczący wkład w zapobieganie temu zjawisku poprzez systematyczne rejestrowanie obrażeń zaobserwowanych u nowo przybyłych osób oraz optymalne dokumentowanie urazów nabytych podczas pobytu w placówce⁸.

W ocenie KMPT personel medyczny placówki, powinien również zostać przeszkolony z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego⁹. Z przeprowadzonych rozmów wynika bowiem, że personel nie zna tego dokumentu, nie ma wiedzy w zakresie metod tortur, ich objawów i sposobów diagnozowania oraz potrzebuje w tym zakresie merytorycznego wsparcia, w tym fachowego szkolenia.

Protokół stambulski to oficjalny podręcznik ONZ, utworzony przez grupę ekspertów, który zawiera praktyczne informacje, adresowane między innymi do personelu medycznego i psychologów. Omawia m.in. najczęściej spotykane metody tortur, ich objawy, sposoby identyfikacji i dokumentacji. Skupia się również na barierach psychologicznych mogących pojawić się w relacjach z ofiarami oraz kwestiach etycznych (w tym etyce lekarskiej). Stanowi więc kluczowy element zapobiegawczy i cenne narzędzie edukacyjne.

W ocenie przedstawicieli KMPT forma dokumentowania obrażeń określona w Protokole Stambulskim jest konieczna we wszystkich miejscach detencji. Celem badania jest bowiem nie tylko ustalenie stanu zdrowia danej osoby, ale również ujawnienie i odpowiednie udokumentowanie wszelkich śladów mogących świadczyć o poddaniu jej przemocy. Brak udokumentowania może prowadzić do sytuacji, gdy osobie pozbawionej wolności bardzo trudno będzie udowodnić fakt niewłaściwego traktowania np. ze strony doprowadzających ją do placówki osób. Przedstawiciele personelu medycznego, jako osoby dysponujące specjalistyczną wiedzą oraz w wielu wypadkach mające bezpośredni kontakt z potencjalną ofiarą przemocy, powinni wykazać zatem szczególne zainteresowanie w zakresie występujących u pacjentów dolegliwości i śladów na ciele.

⁷ Zob. Raport CPT z wizyty przeprowadzonej w Polsce, w dniach 5-17 czerwca 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, par. 78. Zobacz również Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, opublikowany w 2013 r., CPT/Inf (2013) 29, par. 74.

⁸ Zob. Uwagi CPT dotyczące dokumentowania obrażeń i roli personelu medycznego w prewencji tortur, wyrażone w Dwudziestym Trzecim Raporcie Generalnym CPT, CPT/Inf (2013) 29, par. 71 i nast. Zobacz również raport CPT z wizyty przeprowadzonej w Polsce, w dniach 11-22 maja 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, par. 80 oraz raport CPT z wizyty przeprowadzonej w Finlandii, w dniach 22 września – 2 października 2014 r., CPT/Inf (2015) 25, par. 80.

⁹ Zob. *Protokół stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanicznego lub poniżającego traktowania albo karania*; Biuro Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka; Professional Training Series No. 8/Rev.1.; Nowy Jork i Genewa 2004.

Stosowanie Protokołu Stambulskiego rekomendują międzynarodowe instytucje ONZ i Rady Europy działające w obszarze prewencji tortur i praw człowieka: Komitet Przeciwko Torturom ONZ (CAT)¹⁰, Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT)¹¹, Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur¹² i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)¹³.

Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur podkreśla, że personel odpowiedzialny za badania lekarskie powinien odbyć specjalne szkolenie w zakresie identyfikacji i dokumentowania oznak tortur oraz złego traktowania, zgodnie z Protokołem stambulskim¹⁴.

5.4. Personel

Jak wynika z informacji przekazanej przez Dyrektora MCPU, w latach 2020-2021 nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne przeciwko pracownikom, nie prowadzono także postępowań sądowych przeciwko placówce i członkom personelu. W 2021 roku pracownicy Działu Opieki Nad Osobami Nietrzeźwymi odbyli obowiązkowe szkolenia z zakresu: udzielania pierwszej pomocy, stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych.

W tym kontekście należy jednak powrócić do opisanego w pkt 5.2. przypadku zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjenta, gdzie w opinii KMPT doszło do nadużycia siły fizycznej przez personel placówki. Jak wskazuje Sprawozdawca ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania *cały personel, który może być zaangażowany w działania obejmujące użycie siły, powinien zostać przeszkolony w celu uniknięcia nadużycia siły*¹⁵.

Dlatego też z uwagi na specyfikę pracy z osobami pod wpływem alkoholu, występowanie sytuacji trudnych we wzajemnych relacjach (w tym agresję pacjentów) oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca by oferowane kadrze szkolenia obejmowały swoją tematyką: prawa człowieka i humanitarne traktowanie pacjentów, kontakt z trudnym pacjentem, deeskalację konfliktów, a także sposoby radzenia sobie ze stresem i agresją,

¹⁰ Committee Against Torture (CAT). Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, par. 27-28.

¹¹ Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT). Zob. Raporty z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, par. 55.

¹² Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

¹³ Zob. Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2019) 35, par. 20 i przypis nr 11; Raport CPT z wizyty w Gruzji, CPT/Inf (2019)16, par. 80.

¹⁴ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, par. 77 (e).

¹⁵ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

problematykę wypalenia zawodowego oraz metody przeciwdziałania temu zjawisku. W opinii KMPT, odpowiednio dobrany i wykwalifikowany personel stanowi skuteczną gwarancję ochrony pacjentów przed niewłaściwym traktowaniem.

5.5. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur. Otrzymanie przez osobę pozbawioną wolności zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych kwestiach, np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy. W sposób szczególny dotyczy to sytuacji cudzoziemców, którzy nie znają praw i procedur obowiązujących w Polsce.

Jak wynika z danych przekazanych KMPT, w 2021 roku (do dnia wizytacji) w MCPU przyjęto 308 obcokrajowców. Zdecydowaną większość stanowili obywatele Ukrainy, zdarzali się jednak także mieszkańcy m.in. Meksyku, Kolumbii, USA, Turcji, Indii czy Norwegii. Pracownicy izby wskazywali, że w większości przypadków kontakt z obcokrajowcami odbywał się w języku angielskim, w niektórych przypadkach istniała potrzeba skorzystania z internetowego tłumacza.

Co warto pozytywnie ocenić, w placówce znajdowały się tablice informacyjne – po angielsku i niemiecku, gdzie ujęto najważniejsze informacje: jakiego typu jest to placówka, jakie służby odpowiadają za doprowadzenie do izby i kiedy będzie ją można opuścić. Wskazano również, że pomieszczenia są monitorowane a stan zdrowia nadzorowany przez lekarza. Ponadto zaznaczono, że podczas pobytu można otrzymać wodę do spożycia, podano ile wynosi opłata za pobyt oraz odnotowano, że przedmioty osoby doprowadzonej do izby zostały zabezpieczone i będą do odebrania z depozytu po wytrzeźwieniu. Warto jednak, aby te informacje były dostępne także w języku rosyjskim. Komunikaty te powinny też zostać uzupełnione o dane na temat procedury skargowej. Tego typu informacje (o możliwości złożenia zażalenia do sądu, terminie rozpatrywania skarg przez dyrektora MCPU oraz dane teleadresowe Biura RPO) zostały co prawda przedstawione na tablicy umieszczonej w przedsionku, gdzie osoby oczekują na przyjęcie do placówki, jednakże sporządzono je jedynie w języku polskim.

W tym kontekście należy też zwrócić uwagę na sporządzanie dokumentacji dotyczącej pobytu w placówce obcokrajowców. W analizowanych kartach ewidencyjnych brak było jakiegokolwiek wzmianki o tym, w jakim języku nastąpiła komunikacja z doprowadzonym cudzoziemcem, co więcej nawet w punkcie *Rozmowa dotycząca szkodliwości spożywania alkoholu oraz motywująca do podjęcia leczenia odwykowego* odnotowywano np. „przekazano informację

pisemną” – bez wskazania w jakim języku. Ponadto karty depozytowe podpisywane przez obcokrajowców były sporządzone jedynie w języku polskim, podobnie jak rachunki za pobyt – jedyną informacją na rachunku w języku obcym była adnotacja o numerze konta: „For foreign transfers”.

KMPT zaleca uzupełnienie tablic informacyjnych o komunikaty w języku rosyjskim oraz dodanie na tablicach dla obcokrajowców informacji o możliwości składania skarg. W przypadku składania przez cudzoziemców wszelkich podpisów w dokumentacji (np. podczas przekazywania depozytu) winna znajdować się informacja o zapoznaniu z treścią dokumentu w języku zrozumiałym dla podpisującego lub informacja o stopniu znajomości języka polskiego przez osobę doprowadzoną do placówki.

5.6. Warunki bytowe

Co do zasady, KMPT bardzo pozytywnie ocenił warunki panujące w placówce. Izba posiadała udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami, była wyposażona w odzież zastępczą i środki higieniczne dla kobiet. Jednak jak wynikało z analizy nagrań monitoringu, w izbie nie było praktyki wydawania pacjentom jednorazowego obuwia na czas po bytu - po placówce przemieszczali się boso lub w skarpetkach. KMPT zaleca wydawanie jednorazowych kłapek na czas pobytu w placówce, jeśli osoba pozostaje bez własnego obuwia.

Wątpliwości wizytujących wzbudziły nieprzesłonięte toalety w wieloosobowych salach dla nietrzeźwych mężczyzn – kotary znajdowały się jedynie w salach wydzielonych na ogrzewalnie, natomiast kobiety umieszczano są w pokojach bez sanitariatów, do których doprowadzano je dopiero po zgłoszeniu prośby pracownikom. Jak wskazywał jeden z pracowników, rozwiązanie to miało służyć zapewnieniu większego bezpieczeństwa pacjentów poprzez stałą możliwość obserwacji ich zachowania za pomocą monitoringu. Jednakże, jak wynikało z analizy wybranych nagrań, kąpiki sanitarne właściwie nie były objęte zasięgiem monitoringu np. w górnym rogu nagrania widać było jedynie stopy osoby korzystającej z toalety. Tym samym monitoring nie spełnia swojej roli w tym zakresie, a przede wszystkim takie rozwiązanie nie zapewnia minimum intymności, ani prywatności osobom korzystającym z toalet znajdujących się w salach wieloosobowych.

Ponadto wątpliwości przedstawicielki KMPT wzbudził sposób stosowania monitoringu w tzw. sali sanitarnej, gdzie trafiają pacjenci będący w złym stanie higienicznym. W pomieszczeniu tym znajduje się zarówno toaleta jak i prysznic, jednakże maskowanie obrazu dotyczy jedynie fragmentu toalety. Tymczasem zgodnie z art. 42 ust. 13 ustawy z dnia 26 października 1982 r.

o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹⁶: *obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych do celów sanitarnohigienicznych jest przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych*. Obowiązek maskowania dotyczy zatem także obszarów, w ramach których pacjenci korzystają z pryszniców.

KMPT nie ma wątpliwości co do tego, że monitorowanie pomieszczeń MCPU przyczynia się do podniesienia poziomu bezpieczeństwa osób przebywających na jego terenie oraz zapobiega zaistnieniu wypadków nadzwyczajnych. Jednak nie można zapominać, że jednocześnie wiąże się to z ograniczeniem konstytucyjnie chronionego prawa do prywatności określonego w art. 47 Konstytucji RP, a także w art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności¹⁷. Monitorowanie pacjentów podczas kąpieli czy wykonywania czynności fizjologicznych stanowi ingerencję w sferę intymności i godności ludzkiej. Takim naruszeniem prawa do prywatności jest również umożliwienie obserwowania wykonywania czynności fizjologicznych przez inne osoby znajdujące w danym pokoju. M.in. na tę kwestię zwracał uwagę Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie *Peers przeciwko Grecji* (wyrok z dnia 19 kwietnia 2001 r., skarga nr 28524/95) wskazując, że korzystanie z otwartego kąpieliska sanitarnego w sytuacji, gdy w celi przebywa więcej niż jeden osadzony godziło w ludzką godność, co należy uznać za poniżające traktowanie w rozumieniu art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

KMPT zaleca przesłonięcie kącików sanitarnych we wszystkich salach, gdzie przebywają osoby do wytrzeźwienia, a także wyznaczenie dodatkowego obszaru maskowania monitoringu w sali sanitarnohigienicznej.

6. Przygotowanie jednostki na zagrożenie związane z pandemią COVID-19

Jak wskazywał dyrektor MCPU, placówka była przygotowana na pracę w warunkach pandemii. Zapewniono odpowiednią ilość środków dezynfekujących i ochrony indywidualnej. Zakupione zostały także ozonatory. Nie było konieczności zamykania izby ze względu na zachorowania personelu.

W związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-Cov-2 w 2020 r. w MCPU wprowadzone zostały następujące procedury:

- udzielania wsparcia osobom bezdomnym w Dziale Opieki nad Nietrzeźwymi;

¹⁶ Tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r., poz. 1119.

¹⁷ Dz. U. z 1993 r. Nr 61 poz. 284.

- postępowania w przypadku objęcia kwarantanną osób w kryzysie bezdomności (wyłącznie na podstawie decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie) oraz w związku z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS -CoV-2;
- wykonywania zabiegów higieniczno-sanitarnych dla osób objętych kwarantanną spowodowaną wirusem SARS-CoV-2.

Zarówno analiza wybranych nagrań z monitoringu, jak i obserwacje wizytujących potwierdziły, że w placówce przestrzegany był reżim sanitarny.

Fakt, że na terenie MCPU funkcjonuje ogrzewalnia sprawił, że pracownicy izby mogli zaszczepić się już w I turze Narodowego Programu Szczepień. Jak wskazywał dyrektor placówki ok. 98% pracowników placówki przyjęło szczepionkę przeciwko Covid-19.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do *Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają:

I. Dyrektorowi Miejskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie:

1. przypomnienie pracownikom MCPU o zasadach stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz przeprowadzenie dodatkowego szkolenia z humanitarnego stosowania tego typu środków;
2. wprowadzenie mechanizmu nadzoru nad stosowaniem środków przymusu bezpośredniego;
3. informowanie skarżących, że w toku prowadzonych czynności przeanalizowano nagrania monitoringu z ich pobytów w placówce;
4. pouczenie personelu medycznego o konieczności skrupulatnego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów oraz przeszkolenie z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego;
5. uzupełnienie oferty szkoleniowej dla pracowników MCPU o tematykę z zakresu: praw człowieka i humanitarnego traktowania pacjentów, kontaktu z trudnym pacjentem, deeskalacji konfliktów, a także sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku;
6. uzupełnienie tablic informacyjnych o komunikaty w języku rosyjskim oraz dodanie na tablicach dla obcokrajowców informacji o możliwości składania skarg;

7. odnotowywanie w dokumentacji obcokrajowców informacji o stopniu znajomości języka polskiego lub wskazaniu w jakim języku osoba doprowadzona do placówki została poinformowana o swoich prawach;
8. wydawanie z jednorazowych kłapek na czas pobytu w placówce, jeśli osoba pozostaje bez własnego obuwia;
9. przesłonięcie kąteków sanitarnych we wszystkich salach, gdzie przebywają osoby do wytrzeźwienia;
10. wyznaczenie dodatkowego obszaru maskowania monitoringu w sali sanitarnohigienicznej;
11. uzupełnienie systemu monitoringu o znaczniki dat i czasu.

Ponadto na podstawie art. 20 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania* oraz art. 1 ust. 4 i art. 13 ust.1 pkt 2 *ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich*¹⁸, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur proszą Dyrektora MPCU o wyjaśnienie, dlaczego i w jaki sposób doszło do modyfikacji wskazanych w raporcie nagrań monitoringu wizyjnego.

Sporządziła: Justyna Zarecka

Za Zespół :

Przemysław Kazimirski
Dyrektor Zespołu
/-podpisano elektronicznie/

¹⁸ Tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 627.