



Warszawa, 31-07-2023 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Krajowy Mechanizm Prewencji**

**KMP.574.1.2023.JZ**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji  
Zakładu Diagnostyczno-Obserwacyjnego  
Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi**

**1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur**

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)<sup>1</sup>. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT, Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim : Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

<sup>2</sup> Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2023 r., poz. 1058; dalej: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich; ustawa o RPO).

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem<sup>3</sup>. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”<sup>4</sup>.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego<sup>5</sup>. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane<sup>6</sup>.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>7</sup>.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>8</sup>. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ<sup>9</sup> oraz zalecenia organów międzynarodowych.

---

<sup>3</sup> Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

<sup>4</sup> Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

<sup>5</sup> Zob. art. 20 OPCAT.

<sup>6</sup> Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

<sup>7</sup> Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

<sup>8</sup> Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt. 6. Zobacz również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, New York and Geneva 2018, s. 4-6.

<sup>9</sup> Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

## **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 od tego, 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 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. Uwagi wstępne na temat wizytacji**

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 27 kwietnia 2023 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili wizytację Zakładu Diagnostyczno-Obszerwacyjnego Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej (zwany dalej: Zakładem, ZDO lub placówką), znajdujący się przy ul. Przybyszewskiego 253 w Łodzi. W skład delegacji KMPT wchodził: dr Justyna Józwiak (socjolożka), Łukasz Bębenista (prawnik) oraz Justyna Zarecka (politolożka, specjalistka ds. bezpieczeństwa wewnętrznego).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania pacjentów przebywających w placówce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawienie 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.

Przeprowadzone w ramach wizytacji czynności polegały na:

- wysłuchaniu informacji na temat funkcjonowania placówki przedstawionych przez kierownika ZDO Artura Rybkę;
- przeprowadzeniu rozmów z pracownikami pełniącymi dyżur w dniu wizytacji;
- oglądzie placówki m.in. sal pacjentów, sanitariatów, gabinetu lekarskiego, pomieszczeń, w których realizowane jest przyjęcie pacjentów;
- obserwacji przyjęcia jednego z pacjentów;
- zapoznaniu się z dokumentacją pacjentów przebywających w czasie wizytacji w ZDO oraz z rejestrem osób przyjętych do placówki.

W czasie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację i informacje związane z funkcjonowaniem ZDO, 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, oraz inne zagadnienia niezwiązane bezpośrednio z traktowaniem pacjentów w placówce.

#### **4. Utrudnienia w realizacji mandatu KMPT**

Podczas wizytacji ZDO przedstawiciele KMPT wskazali, że chcieliby się zapoznać z dokumentacją dotyczącą m.in. zastosowania środków przymusu bezpośredniego, aktami cudzoziemców, archiwalnymi nagraniami monitoringu. Kierownik ZDO wskazał jednak, że ze względu na przyjętą w placówce procedurę archiwizacji dokumentacji indywidualne akta pacjentów – innych niż przebywający w placówce danego dnia, a zatem te, które były w szczególnym zainteresowaniu wizytujących – zostały już przekazane do głównej siedziby Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi przy ul. Niciarnianej (dalej: MCTiPZ, Centrum).

W związku z tym przedstawiciele KMPT poprosili kierownika ZDO o uprzedzenie pracowników Centrum o tym, że po zakończeniu czynności wizytacyjnych przy ul. Przybyszewskiego będą kontynuować je w siedzibie MCTiPZ przy ul. Niciarnianej. Kierownik ZDO przekazał wizytującym, aby na miejscu zwrócili się do zastępcy

dyrektora MCTiPZ ds. niemedycznych. Wykonał także zdjęcia wykazu dokumentacji oraz wytypowanych przez wizytujących numerów kart pacjentów, które miał przesłać pracownikom Centrum, aby usprawnić przeprowadzenie wizytacji. Ten etap wizytacji przebiegł w dobrej atmosferze, a wizytatorzy nie napotkali żadnych trudności ze strony personelu ZDO. Czynności wizytacyjne w ZDO zakończyły się po godzinie 12.

Około godziny 13 wizytatorzy przybyli do siedziby Centrum przy ul. Niciarnianej i skierowali się do zastępcy dyrektora. W spotkaniu z przedstawicielami KMPT wzięli udział: zastępca dyrektora MCTiPZ ds. medycznych, zastępca dyrektora MCTiPZ ds. niemedycznych oraz kierownik działu organizacji. Wizytatorzy przedstawili swoje legitymacje służbowe oraz imienne upoważnienia wystawione przez Rzecznika Praw Obywatelskich, które zawierają m.in. wskazanie podstaw prawnych działania KMPT. Przedstawiciele Centrum przyznali wówczas w rozmowie, że pamiętają ostatnią wizytację KMPT w ZDO<sup>10</sup>, która odbyła się w 2018 r., w tym dwie osoby z ówczesnego składu wizytacyjnego. Mimo to podali w wątpliwość uprawnienia Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, twierdząc, że dokumentacja prowadzona w placówce jest dokumentacją medyczną, do której ich zdaniem KMPT nie ma dostępu. Odmówili także dostępu do nagrań z monitoringu wizyjnego.

Kierownictwo MCTiPZ nie przyjęło argumentów i wyjaśnień, które delegacja KMPT starała się przedstawić na miejscu, wskazując, że uprawnienia KMPT wynikają bezpośrednio z OPCAT, jak i ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich. Ostatecznie kierownictwo MCTiPZ zwróciło się do radcy prawnego zatrudnionego w placówce z prośbą o opinię, czy KMPT może mieć dostęp do żądanych dokumentów i nagrań. W tym czasie nie podjęto żadnych działań mających na celu przygotowanie akt pacjentów i innych dokumentów, o które występowali wizytatorzy, tak aby w przypadku pozytywnej opinii radcy prawnego od razu udostępnić je wizytującym. Przedstawiciele Centrum podkreślali jedynie, że będzie to czasochłonne i że nie uda się udostępnić wszystkich wskazanych akt, mimo iż wizytujący wybrali dokumentację dotyczącą osób przebywających w ZDO tylko w ciągu ostatniego miesiąca. Jednocześnie przedstawiciele Centrum nieustannie zwracali uwagę, że administracja placówki pracuje jedynie do godziny 15.00, sugerując, że z pewnością wizytatorzy nie zdążą zapoznać się ze wskazaną dokumentacją.

---

<sup>10</sup> Zob. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Zakładu Diagnostyczno-Obserwacyjnego Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi, sygn. KMP.574.4.2018.JZ; <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/kmp/1533632400-wizytacja-kmpt-w-zak%C5%82adzie-diagnostycznoobserwacyjnym-miejskiego-centrum-terapii-i-profilaktyki> [dostęp: 20 czerwca 2023 r.].

Ponadto w trakcie oczekiwania na zajęcie stanowiska przez radcę prawnego placówki kierownictwo MCTiPZ podawało w wątpliwość upoważnienia wydane przez Rzecznika Praw Obywatelskich, wskazując, że są zbyt ogólne. Przedstawiciele Centrum kilkakrotnie pozwalali sobie również na formułowanie opinii, że domaganie się przez przedstawicieli RPO dostępu do wskazanych materiałów jest „absurdalne”. Takie podejście wywoływało niepotrzebne napięcie i nie służyło idei współpracy i dialogu, które przyświecają realizacji OPCAT.

Po 1,5 godziny oczekiwania, gdy zbliżał się koniec czasu pracy administracji MCTiPZ, przekazano wizytującym informację, że w opinii radcy prawnego Centrum przedstawicielom KMPT (co wizytatorzy podkreślali od początku sporu), przysługuje prawo dostępu zarówno do kart historii chorób pacjentów, jak i nagrań z monitoringu. Jednakże biorąc pod uwagę, że żadne z dokumentów, o które prosili wizytujący, nie były przygotowane, a kierownictwo Centrum podkreślało, że odnalezienie wskazanej dokumentacji wymaga czasu, zaplanowane przez wizytujących czynności nie zostały zrealizowane na miejscu. Przedstawiciele KMPT zdecydowali o pozostawieniu pisemnych wniosków o przesłanie do Biura RPO wybranych historii chorób pacjentów i kilkunastu nagrań z monitoringu.

**Tym samym postawa zaprezentowana przez kierownictwo MCTiPZ i konieczność oczekiwania przez wizytatorów na przedstawienie stanowiska przez radcę prawnego jednostki skutkowały utrudnieniami w realizacji zadań Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur i naruszeniem przepisów OPCAT.**

O utrudnieniach w realizacji mandatu KMPT przez przedstawicieli Centrum Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich poinformował 8 maja 2023 r. Prezydent Miasta Łodzi<sup>11</sup>, jednocześnie zwracając się o podjęcie działań mających na celu przeciwdziałanie tego typu sytuacjom w przyszłości. W odpowiedzi Wiceprezydent Miasta Łodzi przeprosił w imieniu nadzorowanego podmiotu leczniczego za utrudnienia w przeprowadzeniu wizytacji i zadeklarował chęć pełnej współpracy w zakresie kolejnych działań podejmowanych przez KMPT<sup>12</sup>. Ponadto poinformował, że Miasto Łódź podjęło działania nadzorcze wobec MCTiPZ.

---

<sup>11</sup> Sygn. KMP.574.1.2023.JZ.

<sup>12</sup> Pismo z dnia 31 maja 2023 r., sygn. DZSP-ZSS-III.8023.31.2023.

## 5. Charakterystyka jednostki

Zakład Diagnostyczno-Obserwacyjny jest jednostką organizacyjną Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi. Centrum jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej i działa w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>13</sup>. Zasady funkcjonowania Zakładu określone zostały w Statucie Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi stanowiącym załącznik do uchwały nr XLII/1311/21 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 12 maja 2021 r. w sprawie nadania statutu Miejskiemu Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi<sup>14</sup> oraz w Regulaminie Organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 04/2021 z dnia 29 marca 2021 r. Dyrektora Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi w sprawie zmian i wprowadzenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego (dalej: Regulamin).

Zgodnie z § 3 ust. 3 Regulaminu, Centrum realizuje i zabezpiecza dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi<sup>15</sup>. W praktyce do placówki doprowadzane są osoby w celu wytrzeźwienia (przez policję lub straż miejską), tak jak ma to miejsce w przypadku osób umieszczanych w izbach wytrzeźwień. Pacjenci mogą również sami zgłosić się na hospitalizację w ZDO. Do placówki przyjmowane są osoby z terenu Łodzi oraz z Brzezin (na mocy porozumienia).

W Zakładzie Diagnostyczno-Obserwacyjnym ma miejsce hospitalizacja krótkoterminowa. Wykonywane są działania w warunkach stacjonarnych wobec osób będących w stanie intoksykacji alkoholowej, obejmujące: zabiegi sanitarno-higieniczne, medyczną kontrolę trzeźwienia, przerywanie ciągów alkoholowych, postępowanie ukierunkowane na identyfikację cech uzależnienia oraz wczesne wykrywanie współistniejących schorzeń u osób z problemem alkoholowym. Wszystkie te usługi są świadczone bezpłatnie.

Zgodnie z Regulaminem, lekarz może odmówić przyjęcia osoby do ZDO:

- gdy stan zdrowia pacjenta stanowi przeciwwskazanie do hospitalizacji w ZDO i wymaga skierowania go do innej specjalistycznej placówki służby zdrowia;

---

<sup>13</sup> Dz.U. z 2023 r., poz. 991.

<sup>14</sup> Dz. Urz. Woj. Łódzkiego z 2021 r., poz. 2529.

<sup>15</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 165.

- gdy pacjent jest agresywny, nie wyraża zgody na badanie alkometrem lub jest w konflikcie z prawem;
- gdy brak jest wolnych miejsc;
- w innych sytuacjach, które w ocenie lekarza dyżurnego wykluczają możliwość przyjęcia pacjenta do wytrzeźwienia.

Obecnie placówka funkcjonuje w budynku oddanym do użytku 1 kwietnia 2021 r. Pokoje są jednoosobowe. Jak wskazał kierownik ZDO, wyznaczono 33 miejsca dla mężczyzn i 6 dla kobiet. Rocznie przyjmowanych jest ok. 12 tys. pacjentów, z czego ok. 200-300 osób zgłasza się na własną prośbę. W grudniu 2022 r. stwierdzono zgon jednego pacjenta. Ponadto w Sądzie Okręgowym w Łodzi toczy się postępowanie sądowe przeciwko Centrum z powództwa cywilnego o odszkodowanie (sygn. XII C 872/20).

## **6. Obszary wymagające poprawy**

### **6.1. Legalność pobytu**

Podczas wizytacji przedstawiciele KMPT obserwowali przyjęcie pacjenta przywiezionego przez funkcjonariuszy z ogniwa patrolowo-interwencyjnego V Komisariatu Policji Komendy Miejskiej Policji w Łodzi. W protokole doprowadzenia w celu wytrzeźwienia wpisany został adres zamieszkania mężczyzny, ustalony na podstawie posiadanego prawa jazdy. W rubryce dotyczącej powodów zatrzymania wskazano, że mężczyzna leżał na przystanku autobusowym: „wyczuwalna woń alkoholu. Nie był w stanie poruszać się o własnych siłach i utrzymać równowagi”. Jednocześnie funkcjonariusz zaznaczył, że „odstąpiono od doprowadzenia do miejsca zamieszkania lub pobytu z powodu braku informacji na temat miejsca zamieszkania lub pobytu”. Funkcjonariusze nie udzielili jasnej informacji, dlaczego nie podjęto próby odwiezienia mężczyzny pod wskazany w dokumencie adres zamieszkania.

W tym kontekście należy przypomnieć, że zgodnie z art. 40 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w protokole doprowadzenia, sporządzający go funkcjonariusz powinien odnotować: „opis zachowania osoby doprowadzonej do izby wytrzeźwień lub placówki albo jednostki Policji w czasie interwencji i transportu, z uwzględnieniem okoliczności uniemożliwiających doprowadzenie do miejsca zamieszkania lub pobytu”.

KMPT zwraca się do Komendanta Miejskiego Policji w Łodzi o przypomnienie funkcjonariuszom doprowadzającym pacjentów do ZDO o konieczności wskazywania



okoliczności uniemożliwiających doprowadzenie osoby pod wpływem alkoholu do miejsca zamieszkania lub pobytu.

## **6.2. Warunki bytowe i zapewnienie dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami**

Mimo iż ZDO funkcjonuje od 1 kwietnia 2021 r. w nowo wybudowanym budynku, to warunki w placówce, w szczególności w poszczególnych salach pacjentów, były niezadowalające. Każda jednoosobowa sala posiadała jedynie betonową półkę, na której kładziony był zmywalny materac. Ściany nie były jednak pokryte łatwo zmywalną farbą lub innym tego typu tworzywem, przez co widoczne były liczne ubytki i wytarcia – w szczególności na półkach, gdzie leżały materace. Ściany pokoi również były odrapane. W kilku pokojach instalacja przyzywowa była oderwana lub nie działała.

Dodatkowo każda sala wyposażona była w niewielki kącik sanitarny – całkowicie niezabudowany, gdzie znajdowała się jedynie toaleta typu tureckiego („kucana”). Nie było natomiast umywalki. Kąciki umieszczone były bezpośrednio przy wejściu do sal, w związku z czym, w przypadku korzystania z toalety, pacjent byłby widoczny przez wizjer podczas wykonywania czynności fizjologicznych. Co więcej, obszar ten był także co najmniej w połowie widoczny na nagraniach monitoringu. Tymczasem zgodnie z art. 42 ust. 13 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi: „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”. W pokojach nie było natomiast informacji, że w placówce można skorzystać z oddzielnej toalety.

W placówce były dostępne łazienki z prysznicem i toaletami – tak w części damskiej, jak i męskiej. Te pomieszczenia były w dobrym stanie. Uwagę wizytujących wzbudził jednak fakt, że w toalecie w części damskiej znajdowały się przedmioty należące do pracowników placówki.

W związku z tym KPMT zwraca się o informację, gdzie wyznaczono toaletę dla personelu i z której toalety mogą korzystać jedynie kobiety doprowadzone w celu wytrzeźwienia.

Co więcej, KMPT zaleca dostosowanie monitoringu wizyjnego do standardu określonego w przepisach prawa, a także umieszczenie we wszystkich salach pacjentów informacji o możliwości skorzystania z toalety poza pokojem. Niezbędne

jest także dokonywanie bieżących przeglądów wyposażenia sal w celu stwierdzenia usterek, które powinny być jak najszybciej usuwane, oraz odświeżenie sal pacjentów<sup>16</sup>.

W kontekście omówionych nieprawidłowości warto zauważyć, że okrutne, nieludzkie lub poniżające traktowanie może przybierać różne formy, z których wiele jest często niezamierzonych, lecz stanowi rezultat błędów organizacyjnych i niewystarczających środków. Zdaniem przedstawicieli KMPT przetrzymywanie pacjentów w złych warunkach bytowych, niezapewniających minimum poczucia intymności, może być uznane za poniżające traktowanie.

W kontekście zapewnienia dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami warto wskazać, że jedynie w wyodrębnionych łazienkach znajdowały się pewne udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami, np. poruszających się na wózkach. Należy jednak zauważyć, że w jednej z łazienek uchwyt uchylony został zamocowany nie bezpośrednio przy toalecie, lecz przy znajdującej się w pewnej odległości umywalce – co więcej, pomiędzy uchwytem a toaletą stała pralka, która uniemożliwiała osobie poruszającej się na wózku skorzystanie z tego rodzaju udogodnienia. Natomiast sale pacjentów nie były wyposażone w żadne udogodnienia, a ich powierzchnia – w znacznej części przeznaczona na półkę z materacem – nie zapewniała odpowiedniej przestrzeni manewrowej dla wózka. Dodatkowo sygnalizacja przyzywowa była umieszczona na takiej wysokości, która utrudniałaby swobodne korzystanie z niej osobie z niepełnosprawnością ruchową.

Tymczasem zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt b i c ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami<sup>17</sup> (dalej: ustawa o dostępności), „minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami obejmują: instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych; zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy”. Ponadto w § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych

---

<sup>16</sup> Na przykład Izba Wytrzeźwień w Krakowie raz w roku przechodzi gruntowny remont, dzięki czemu panujące w niej warunki bytowe należy ocenić jako bardzo dobre. Na czas remontu opieka nad osobami do wytrzeźwienia sprawowana jest w wyznaczonym PdOZ Policji, gdzie dyżuruje lekarz na co dzień pracujący w izbie wytrzeźwień. Por. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/kmpt/wizytacja-kmpt-w-miejskim-centrum-profilaktyki-uzaleznien-w-krakowie> [dostęp: 10 lipca 2023 r.].

<sup>17</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 2240.

przez jednostkę samorządu terytorialnego<sup>18</sup> (dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia) jasno wskazano, że „pomieszczenia izby wytrzeźwień lub placówki udostępnione osobom doprowadzonym lub przyjętym są wyposażone w urządzenia dla osób niepełnosprawnych ruchowo”. W ocenie KMPT, w wizytowanej placówce standardy te nie były zapewnione.

Jest to szczególnie niepokojące, bowiem – jak zapewniano podczas wizytacji KMPT w 2018 r. – nowa siedziba miała być budowana specjalnie z myślą o utworzeniu w niej właśnie ZDO, co dawało możliwość zaprojektowania w pełni dostępnej placówki. Co istotne, w swoim poprzednim raporcie Krajowy Mechanizm podkreślał, jak ważne jest, aby placówka była w pełni dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wskazał przy tym na szczegółowe standardy, które należy brać pod uwagę przy projektowaniu dostępnych przestrzeni<sup>19</sup>.

Warto też zwrócić uwagę na orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, zgodnie z którym przetrzymywanie osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności w warunkach, w których grozi jej powstanie odleżyn, ponieważ łóżko jest zbyt twarde lub niedostępne i nie jest ona w stanie pójść do toalety ani utrzymać czystości bez większych trudności, stanowi poniżające traktowanie w rozumieniu art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności<sup>20</sup>.

W związku z powyższym KMPT zwraca się o informację, w jakim zakresie zrealizowano zalecenia dotyczące dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, wskazane w raporcie z poprzedniej wizytacji KMPT, oraz wyjaśnienie, czy projekt budynku był konsultowany pod kątem uniwersalnego projektowania, a jeśli tak, to jakie rozwiązania zostały w tym zakresie wdrożone.

Ponadto KMPT zwraca się do Dyrektora Centrum o przesłanie planu działania na rzecz poprawy zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, który zgodnie z art. 14 ust. 5 ustawy o dostępności powinien być zamieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej lub stronie internetowej Centrum. W chwili sporządzania raportu na stronie BIP Centrum w zakładce „Deklaracja dostępności” nie

---

<sup>18</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 2075.

<sup>19</sup> Standardy zostały opracowane przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier. Zob. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Zakładu Diagnostyczno-Obszerwacyjnego Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi w 2018 r., sygn. KMP.574.4.2018.JZ, pkt 4.3.

<sup>20</sup> Por. wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 10 lipca 2001 r. w sprawie Price przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 33394/96.

było tego dokumentu<sup>21</sup>. Dostępny był jedynie „Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego”, opisujący stan na dzień 1 stycznia 2021 r., a więc jeszcze przed przeniesieniem ZDO do nowej siedziby.

### **6.3. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego**

Szereg wątpliwości wizytujących wzbudziły kwestie dotyczące stosowania środków przymusu bezpośredniego (dalej: śpb). Po pierwsze, w wizytowanej placówce nie prowadzono odrębnego rejestru środków przymusu bezpośredniego. Przypadki ich stosowania odnotowywane były jedynie w kartach pacjentów oraz w księdze ewidencji pacjentów. Jednakże w tym drugim przypadku księga ta została doraźnie dostosowana do potrzeb placówki – w miejscu, gdzie oryginalnie było miejsce do wpisywania nazwy dokumentu uprawniającego do bezpłatnych świadczeń medycznych, wpisano odręcznie: „Przemoc”. Jak okazało się już po dostaniu materiałów do analizy w Biurze RPO, w rubryce tej zaznaczano zarówno „pasy” – świadczące o stosowaniu unieruchomienia, jak i jedynie literę „P”, która oznaczać miała objęcie pacjenta Gminnym Programem Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie. Zatem w jednej kolumnie oznaczano dwie całkiem odmienne kategorie zdarzeń. Nie prowadzono osobnego rejestru i nie poddawano szczegółowej analizie przypadków zastosowania środków przymusu bezpośredniego.

Istnienie takiego rejestru jest niezwykle ważne z punktu widzenia ochrony praw osób zatrzymanych przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem albo karaniem. KMPT zaleca, aby stworzony został odrębny rejestr stosowania środków przymusu bezpośredniego, w którym odnotowywane będą informacje takie jak:

- rodzaj, data, godzina zastosowania oraz zakończenia stosowania środka przymusu bezpośredniego;
- imię i nazwisko pacjenta, wobec którego zastosowano śpb;
- imiona oraz nazwiska osób, które brały udział w zastosowaniu śpb;
- przyczyna zastosowania śpb.

Stworzenie przejrzystego rejestru pozwoli na analizę prawidłowości stosowania środków przymusu bezpośredniego zarówno kierownictwu ZDO, jak i wszelkim organom kontrolnym. Odnotowywanie faktu zastosowania środka przymusu bezpośredniego wyłącznie w kartach zdrowia pacjentów Europejski Komitet ds.

---

<sup>21</sup> [https://www.nbip.pl/mopitu/?n\\_id=335&id=169](https://www.nbip.pl/mopitu/?n_id=335&id=169) [dostęp: 11 lipca 2023 r.].

Zapobiegania Torturom (CPT) uznał za niewystarczające już w 2000 r., zalecając wówczas polskim izbom wytrzeźwień prowadzenie odrębnych rejestrów<sup>22</sup>. Warto zauważyć, że tego typu rejestr był prowadzony w izbie wytrzeźwień w Krakowie, a po wizytacjach KMPT rozwiązanie to zostało również wprowadzone w placówkach pełniących funkcję izb wytrzeźwień we Wrocławiu i Lublinie.

Poważne wątpliwości wizytujących wzbudziły również same protokoły z zastosowania przymusu bezpośredniego w ZDO. To wewnętrzny dokument stworzony na potrzeby Centrum. W placówce nie funkcjonował bowiem wzór karty ewidencyjnej określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego<sup>23</sup>, zgodnie z którą należy odnotować zarówno unieruchomienie, izolację, jak i przymusowe podanie produktu leczniczego i przytrzymanie, a także przyczyny ich zastosowania, opis reakcji podczas stosowania i po zaprzestaniu stosowania środka przymusu bezpośredniego, godzinę zastosowania i godzinę zakończenia. W protokołach używanych w ZDO w punkcie I wymieniono jedynie:

- a) rodzaj zastosowanego środka przymusu bezpośredniego – umieszczenie w izolatce z zastosowaniem pasów unieruchamiających;
- b) przymus zastosowany za pomocą funkcjonariuszy dowożących.

Protokoły te nie uwzględniały więc środków przymusu w postaci przytrzymania czy przymusowego podania leków przez personel ZDO. W związku z brakiem rzetelnie prowadzonego rejestru środków przymusu bezpośredniego nie można jednoznacznie stwierdzić, czy tego rodzaju środki nie są w ogóle stosowane, czy jedynie nie są odnotowywane, co stanowiłoby rażące naruszenie przepisów prawa.

Ponadto we wskazanych protokołach, w punkcie: „Powód zastosowania przymusu bezpośredniego”, wymienione zostały następujące kwestie:

- a) tendencje samobójcze,
- b) tendencje do samouszkodzeń,
- c) niesubordynacja (niestosowanie się do poleceń),
- d) wulgarne zachowanie,
- e) agresja w stosunku do pracowników MCTiPZ,

---

<sup>22</sup> Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2000 roku, CPT/Inf (2002) 9, § 183.

<sup>23</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 2075.

- f) agresja w stosunku do innych osób trzeźwiejących,
- g) niszczenie wyposażenia MCTiPZ,
- h) czy był/a prowokowany/a przez osoby dowożące,
- i) czy był/a prowokowany/a przez pracowników MCTiPZ.

Tymczasem zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, „wobec osoby przyjętej albo wobec osoby zatrzymanej w jednostce Policji, która stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innej osoby, lub niszczy przedmioty znajdujące się w otoczeniu, może być zastosowany przymus bezpośredni”. **Niedopuszczalne jest zatem stosowanie jakichkolwiek środków przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjentów, którzy są jedynie wulgarni i nie stosują się do poleceń. Niezrozumiałe jest także ujęcie w tej kategorii kwestii prowokowania ze strony dowożących czy pracowników Centrum – tego rodzaju zachowania są całkowicie niedopuszczalne i mogą stanowić przejaw nieludzkiego i poniżającego traktowania. W żadnym wypadku nie mogą być powodem zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta.** Jeśli do tego typu zachowań dochodzi, powinno być to odnotowane w notatce służbowej przekazanej do wiadomości bezpośredniego przełożonego osoby dowożącej/pracownika Centrum i powinno skutkować podjęciem odpowiednich czynności wyjaśniających lub nawet dyscyplinarnych, nie zaś odwetem w postaci środka przymusu bezpośredniego zastosowanego wobec pacjenta.

Wątpliwości delegacji wzbudził także dokument „Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych i rodzaje udzielanych świadczeń w poszczególnych jednostkach i komórkach organizacyjnych Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. Rafała Chylińskiego”, stanowiący załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego Centrum wprowadzony Zarządzeniem nr 04/2021 z dnia 29 marca 2021 r. W punkcie III ust. 6 lit. c przywołanego dokumentu wskazano: „Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi (myśli samobójcze, próby samobójcze) przebywają w pojedynczych salach oraz ze względów bezpieczeństwa pozostają jedynie w bieliźnie i podlegają wzmożonemu monitoringowi”.

Należy wskazać, że nakaz pozostawiania jedynie w białym może naruszać art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności<sup>24</sup>, który przewiduje między innymi ochronę fizycznej i psychicznej integralności człowieka oraz poszanowanie dla jego życia prywatnego. Ingerencja w to prawo dopuszczalna jest jedynie w przypadkach przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi m.in. na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia. Tymczasem żadne przepisy prawa krajowego, w tym nawet dotyczące placówek świadczących opiekę psychiatryczną, nie przewidują konieczności pozostawiania przez pacjenta jedynie w białym. Warto natomiast zauważyć, że zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia „osobie przyjętej do izby wytrzeźwień lub placówki zapewnia się na czas pobytu odzież zastępczą, jeżeli jej odzież nie nadaje się do użytku lub jeżeli używanie tej odzieży jest niedopuszczalne ze względów higienicznych”.

Zatem zobowiązanie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi do pozostawiania jedynie w białym należy uznać za rozwiązanie zbyt daleko idące i niezgodne z obowiązującym stanem prawnym. Środki bezpieczeństwa wkraczające tak dalece w wolność i prywatność człowieka (w tym przypadku rozbieranie się) powinny być przewidziane w akcie prawa powszechnie obowiązującego, i to rangi ustawy. W przypadku, gdy istnieje ryzyko dla życia i zdrowia pacjenta ze względu na możliwość wykorzystania elementów posiadanego ubrania, pacjent powinien otrzymać odzież zastępczą pozbawioną niebezpiecznych elementów, jak sznurówki, paski itp. – dokładnie tak, jak ma to miejsce w przypadku, gdy odzież pacjenta nie nadaje się do użytku lub jeżeli używanie tej odzieży jest niedopuszczalne ze względów higienicznych, co wynika wprost z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia. KMPT zaleca zmianę przywoływanej procedury we wskazanym zakresie.

W wyniku utrudnień w dostępie do dokumentacji opisanych w niniejszym raporcie oraz niejasnych zapisów dotyczących stosowania środków przymusu bezpośredniego, które znajdowały się w księdze ewidencji pacjentów, w Biurze RPO przeanalizowane zostały nagrania monitoringu dotyczące jedynie dwóch przypadków

---

<sup>24</sup> Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, (Dz.U. z 1993 r., nr 61, poz. 284).

unieruchomienia pacjentów za pomocą pasów<sup>25</sup>. Oba nagrania wzbudziły wątpliwości wizytujących. Na nagraniach zarejestrowano jedynie pobyt w sali do unieruchomienia. W obu przypadkach, tak jak wynika to z przytoczonych powyżej przepisów wewnętrznych, mężczyźni ubrani byli jedynie w bieliznę.

W przypadku pierwszego mężczyzny, w unieruchomieniu początkowo brało udział jedynie dwóch pracowników. Pacjent stał tyłem do łóżka, pracownicy – stojąc po obu stronach łóżka – trzymali go za ręce, po czym mężczyzna stojący po prawej stronie pacjenta pchnął go na łóżko. W tym czasie nikt nie zabezpieczał głowy upadającego pacjenta, co było szczególnie niebezpieczne, bowiem łóżko do stosowania unieruchomienia posiadało metalową barierkę u wezłowia łóżka. Głowa pacjenta znalazła się na materacu w niewielkiej odległości od wskazanej barierki. Dopiero gdy mężczyzna leżał na materacu, dołączyło kolejnych dwoje pracowników, którzy brali udział w zapinaniu pasów.

Zgodnie z protokołem z zastosowania przymusu bezpośredniego pacjent został umieszczony w pasach o godzinie 19.45, a następnie w równych piętnastominutowych odstępach był obserwowany przez personel, zaś z pomieszczenia został zwolniony o godzinie 23.00. Tymczasem analiza monitoringu wykazała iż do pomieszczenia mężczyzna został wprowadzony o 19.52, a 2 minuty później personel opuścił salę – mężczyzna był już zapięty w pasy. Obserwacja pacjenta polegała głównie na uchyleniu drzwi przez pracowników i rozmowie z pacjentem na odległość. Odbывало się to w nieregularnych odstępach czasu – czasem częstszych niż 15 min. Jednakże osobisty kontakt z pacjentem – podejście do niego – miał miejsce jedynie o: godz. 20:41 (mężczyzna dmuchał do torby ustnikiem), 20:45 (mężczyzna uwolnił jedną stopę z pasów i została ponownie zabezpieczona), 21:21 (pracownik podszedł do pacjenta); 21:36 (podanie wody); 22:08 (podanie wody). Pomiędzy ostatnim podaniem wody a uwolnieniem pacjenta o godz. 22.54, a więc przez blisko 50 min, drzwi do sali nie były otwierane. W tym czasie mężczyzna był już spokojny.

W przypadku drugiego pacjenta na nagraniu widać, że mężczyzna dobrowolnie wszedł do sali i stanął w jej rogu (godz. 0:32). Pacjent prowadził rozmowę z pracownikiem izby, który najprawdopodobniej chciał go namówić do dobrowolnego położenia się na łóżku i zapięcia w pasy. W tym czasie do pomieszczenia weszło kolejnych dwóch pracowników placówki. Ponieważ łóżko nie było na stałe

---

<sup>25</sup> Wizytujący wybierali nagrania, kierując się kolumną „Przemoc” w księdze ewidencji. Z wybranych 14 pozycji jedynie 2 okazały się unieruchomieniem, pozostałe zaś oznaczały jedynie objęcie programem przeciwdziałania przemocy w rodzinie.



przymocowane do podłoża, pacjent chwycił je i częściowo podniósł. Doszło do szarpaniny. Jeden z pracowników trzymał mężczyznę za jedną rękę, drugi usiłował zmusić mężczyznę do puszczenia łóżka. W pewnym momencie widać, że pracownik wykonywał uderzenia ręką, jednak ze względu na rozmieszczenie osób, trudno ocenić, co było celem uderzeń. Do pomieszczenia weszła jeszcze kobieta. Jeden z pracowników złapał mężczyznę wyciągniętą ręką za szyję (stojąc przed nim przodem), w tym czasie łóżko cały czas się przesuwało. Ze względu na niewielkie wymiary pomieszczenia i przesuujące się łóżko, po którym musieli chodzić sami pracownicy, mieli oni widoczne trudności z zastosowaniem środków przymusu. W końcu jeden z mężczyzn zastosował obchwyty szyi, inny w tym czasie usiłował podnieść nogi pacjenta. Pacjent cały czas się szarpał i próbował wyrwać. Ostatecznie z udziałem 5 osób, o godzinie 0:41, mężczyźni zostały założone pasy.

Podobnie jak w przypadku pierwszego pacjenta, kontrola stanu unieruchomionego mężczyzny ograniczała się do rozmowy z nim przez pracownika stojącego w drzwiach pomieszczenia. Miało to miejsce w godzinach: 1.01; 1.05; 1.29; 1.35-1.39; 1.49 (dodatkowo podanie wody); 2.11; 2.44; 2.57; 4.00; 5.30 (dodatkowo mężczyzna dmuchał do torby ustnikiem); 6.55; 7.18; 7.20 (dodatkowo mężczyzna dmuchał do torby ustnikiem); 8.00. Mężczyzna został zwolniony z unieruchomienia o godz. 8.22. Tymczasem zgodnie z protokołem zastosowania przymusu bezpośredniego mężczyzna pomiędzy 00.35 a 8.15 miał być dokładnie co piętnaście minut, a zatem 31 razy poddawany obserwacji przez personel. Wyraźnie widać zatem, że nagrania monitoringu nie potwierdzają zapisów dokumentacji.

Wymóg kontroli przez pracowników stanu zdrowia osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji, nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby oraz niezwłocznie po zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego, wynika wprost z art. 42 ust. 10 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Należy jednak zauważyć, że został on doprecyzowany w przywoływanym już rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W § 11 ust. 1 wskazanego aktu określono, że pracownik „ocenia prawidłowość unieruchomienia, w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła lub kaftan bezpieczeństwa nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno, a w przypadku izolacji sprawdza, czy osoba, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie izolacji, nie ma uszkodzeń ciała spowodowanych swoim zachowaniem”. **Tymczasem z obu analizowanych nagrań monitoringu wynika, że dokumentacja nie pokrywała się z rzeczywistymi godzinami kontroli, a co więcej, kontrola ta nie przebiegała w odpowiedni sposób, gwarantujący**

**bezpieczeństwo stosowania środków przymusu bezpośredniego. Niemożliwe jest bowiem prawidłowe ocenienie stanu pacjenta, w tym prawidłowości założonych pasów, jedynie w oparciu o rozmowę na odległość lub za pośrednictwem monitoringu wizyjnego.**

Co więcej, w pkt III ust. 4 protokołów z zastosowania przymusu bezpośredniego (w każdym z nich) wskazano, że „istniała konieczność przedłużenia pobytu w izolatce ponad 2 godz.” Na formularzach nie wskazano w ogóle możliwości przedłużenia samego unieruchomienia. Natomiast w każdym z tych przypadków jako powód przedłużenia stosowania przymusu (już bez rozgraniczenia na izolację lub unieruchomienie) wpisano jedynie „niesubordynację”. Tymczasem, jak już wskazano w niniejszym raporcie, nie może być to powód zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Ponadto, zgodnie z art. 42 ust. 11 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, „przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania”. Należy też zauważyć, że zgodnie z art. 42 ust. 9 wskazanej ustawy „przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji może być stosowany nie dłużej niż 4 godziny. W razie potrzeby stosowanie przymusu bezpośredniego w tych formach może być przedłużone na następne okresy, nie dłuższe niż 6-godzinne”.

Tymczasem w przypadku mężczyzny unieruchomionego prawie 8 godzin protokoły z zastosowania przymusu bezpośredniego są dwa. Pierwszy obejmuje godziny od 0.35 do 5.00, gdzie jedynie wskazano: „konieczność pobytu w izolatce powyżej 2 godzin”, a zatem wzór protokołu nie uwzględnia w ogóle przedłużenia śpb w postaci unieruchomienia, a ponadto nie ma wymaganej ustawowo informacji o przedłużeniu powyżej 4 godzin. Drugi protokół obejmuje godziny od 5.15 do 8.25 i również zawiera jedynie informację o przedłużeniu izolacji powyżej 2 godzin. Co szczególnie niepokojące, z nagrania wynikało, że od ok. 4.00 rano mężczyzna znacznie się uspokoił, a wizyty personelu były u niego sporadyczne, co pozwala podać w wątpliwość zasadność dalszego stosowania unieruchomienia.

Wizytujący zdają sobie sprawę, że stosowanie środków przymusu jest konieczne w celu zapewnienia bezpieczeństwa samego pacjenta lub innych osób, lecz czynność ta musi być przeprowadzona w odpowiedni, zgodny z przepisami prawa sposób i poddana stałemu nadzorowi. Należy mieć też na względzie, że stosowanie długotrwałego unieruchomienia czy izolacji jest czynnością ingerującą bezpośrednio w wolność człowieka oraz jego poczucie godności. W tym kontekście należy przypomnieć, że Europejski Trybunał Praw Człowieka, rozpatrując sprawę Wiktoro

przeciwko Polsce<sup>26</sup>, za poniżające traktowanie uznał siłowe rozebranie pacjentki izby wytrzeźwień, a następnie stosowanie wobec niej unieruchomienia przez 10 godzin. Trybunał zauważył, że agresywne zachowanie jednostki w stanie nietrzeźwym może wymagać użycia pasów bezpieczeństwa, lecz pod oczywistym warunkiem, że systematycznie sprawdza się stan tak unieruchomionej jednostki. ETPCZ zaznaczył, że w omawianej sprawie nie podano żadnego wyjaśnienia potrzeby unieruchomienia skarżącej na tak długi czas. Podkreślił przy tym, że długotrwałe unieruchomienie skarżącej musiało być dla niej źródłem wielkiego stresu i dyskomfortu fizycznego. Poziom cierpienia, na jaki została narażona, nie mógł zostać uznany za zgodny ze standardami wytyczonymi przez art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka.

Warto też zwrócić uwagę, że CPT opracował zbiór zasad, dzięki którym przymus bezpośredni można uczynić mniej dolegliwym dla pacjenta. Zgodnie z nimi stosowanie przymusu powinno być traktowane jako środek ostateczny. Po ustaniu sytuacji powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania. Pacjenci poddani środkom przymusu powinni być odpowiednio ubrani i, w miarę możliwości, móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym. Czas stosowania środków przymusu mechanicznego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw ich zastosowania. Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał, i przywrócenie relacji lekarz-pacjent<sup>27</sup>.

Od wielu lat KMPT zwraca też uwagę, że w stosowaniu unieruchomienia powinno brać udział minimum 5 osób, tak aby w bezpieczny sposób zabezpieczyć wszystkie kończyny i głowę osoby unieruchamianej<sup>28</sup>. Jak wynika z omówionej analizy nagrań monitoringu, w przypadku mniejszej liczby osób jest trudniej o zapewnienie odpowiedniego bezpieczeństwa, zarówno pobudzonej osobie, jak i osobom unieruchamiającym. Niepokojące jest również to, że łóżka do stosowania unieruchomienia nie są na stałe przytwierdzone do podłoża; na analizowanym

---

<sup>26</sup> Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 31 marca 2009 r. w sprawie Wiktoro przeciwko Polsce, skarga nr 141612/02.

<sup>27</sup> Zob.: Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

<sup>28</sup> Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2017, Warszawa 2018, s. 137-138.

nagraniu widoczne było, że przy niewystarczającej liczbie personelu pacjent mógł swobodnie podnieść łóżko, a tym samym w skrajnych sytuacjach nie można wykluczyć, że mógłby uderzyć nim kogoś z personelu.

W związku z powyższym KMPT zaleca stosowanie środków przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności:

- 1) dokumentowanie wszystkich rodzajów zastosowanych środków przymusu, zgodnie z zasadami wskazanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia;
- 2) stosowanie środków przymusu jedynie w przypadkach określonych w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
- 3) rzetelne, zgodne z zapisami monitoringu wizyjnego, prowadzenie dokumentacji z zastosowania środków przymusu bezpośredniego;
- 4) dokonywanie rzetelnego, osobistego i regularnego – co 15 min. – sprawdzania stanu fizycznego pacjentów, wobec których stosowane są środki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji;
- 5) przestrzeganie przepisów prawa w zakresie podejmowania decyzji o przedłużeniu stosowania środków przymusu;
- 6) zmianę dokumentacji z zastosowania środków przymusu, której efektem będzie uwzględnienie wszystkich wskazanych zagadnień.

W opinii KMPT niezbędne jest także wprowadzenie mechanizmu nadzoru nad stosowaniem środków przymusu bezpośredniego. Warto zauważyć, że tego rodzaju rozwiązanie stosowane jest m.in. w Izbie Wytrzeźwień Stołecznego Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie<sup>29</sup>. 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 ponadto podnieść jakość świadczonych usług.

### **Ze względu na rozbieżności pomiędzy nagraniami monitoringu a dokumentacją medyczną, a także liczne uchybienia i brak prowadzenia**

---

<sup>29</sup> 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.

**dokumentacji zgodnie z zasadami określonymi ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, jak i przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia, KMPT zwraca się do Rzecznika Praw Pacjenta o przeprowadzenie kompleksowej kontroli dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego w Zakładzie Diagnostyczno-Obserwacyjnym Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi.**

#### **6.4. 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 funkcję prewencyjną w zapobieganiu przemocy.

W poczekalni wizytowanej placówki, w której osoba doprowadzona oczekuje na przyjęcie do ZDO, znajdowała się jedynie informacja o możliwości skontaktowania się z Rzecznikiem Praw Pacjenta. Nie było jednak danych teleadresowych innych podmiotów, do których można zgłosić skargę dotyczącą pobytu w ZDO, m.in. Dyrektora Centrum, infolinii Rzecznika Praw Obywatelskich czy właściwego sądu, do którego można skierować zażalenie na zasadność i legalność doprowadzenia do ZDO, jak również na decyzję o zatrzymaniu i prawidłowość jego przebiegu. Również w samych pomieszczeniach ZDO i na korytarzach nie było informacji o podstawowych prawach osób przebywających w placówce. Z analizy dokumentacji nie wynikało też, aby pacjenci otrzymywali tego typu informację pisemną.

KMPT zaleca, by w widocznych miejscach umieścić dane teleadresowe wskazanych powyżej instytucji. Ułatwi to dostęp do mechanizmów skargowych zarówno dla pacjentów, jak i innych osób pojawiających się w placówce (np. bliskich osób przebywających w ZDO), co będzie miało duży walor zapobiegawczy. CPT podkreśla, że efektywnie działające mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur. Państwa europejskie powinny więc zapewnić bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi, który będzie dostępny we wszystkich miejscach zatrzymań<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Zob. Standardy CPT dotyczące mechanizmów skargowych, znajdujące się w Dwudziestym Siódmym Raportie Generalnym, CPT/Inf (2018) 4, par. 68-91.

Ponadto warto stworzyć i umieścić w placówce tablice z krótkimi informacjami na temat zasad pobytu w ZDO i praw pacjentów. Tego typu rozwiązania dostępne były m.in. w izbach wytrzeźwień we Wrocławiu<sup>31</sup> i Krakowie<sup>32</sup>.

Podczas każdej wizytacji KMPT szczególną uwagę poświęca zapewnieniu skutecznego prawa do informacji cudzoziemcom pozbawionym wolności, którzy nie zawsze mają wiedzę na temat przysługujących im praw. Jak ustalono w trakcie wizytacji, zwykle personel stara się komunikować z cudzoziemcami po angielsku lub rosyjsku. Natomiast wszelkie dokumenty – karty depozytu, protokoły, ale także oświadczenia (np. o odmowie przewiezienia do szpitala na konsultację psychiatryczną) – sporządzane były jedynie w języku polskim. W analizowanych dokumentach dotyczących pobytu cudzoziemców nie było informacji na temat tego, w jakim języku odbywała się komunikacja lub w jakim stopniu pacjent znał język polski.

Poinformowanie zatrzymanego o przysługujących mu prawach jest fundamentalnym uprawnieniem osoby pozbawionej wolności. Jeżeli nie ma pewności co do tego, czy osoba była w stanie zrozumieć treść pouczenia, nie można mówić o realizacji takiego uprawnienia.

W związku z powyższym KMPT rekomenduje, aby każda osoba przyjmowana do placówki była informowana o swoich prawach i obowiązkach w języku dla niej zrozumiałym; można to uczynić poprzez przygotowanie krótkiej informacji o zasadach pobytu w placówce w kilku językach obcych, w których komunikują się cudzoziemcy najczęściej trafiający do placówki. Podobnie 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. Można także opracować wzór karty depozytowej w kilku najczęściej spotykanych językach obcych.

## **6.5. Dokumentowanie obrażeń**

Jak wynika z analizy dokumentacji, podczas badania lekarskiego bardzo wnikliwie zaznaczano w historii choroby wszelkie informacje na temat stanu zdrowia pacjenta, ewentualnie posiadanych obrażeń, założonych opatrunków. W przypadku

---

<sup>31</sup> Por. Raport KMPT z wizytacji Izby Wytrzeźwień Wrocławskiego Ośrodka Pomocy Osobom Nietrzeźwym (WrOPON) w 2022 r., sygn. KMP.574.2.2021.

<sup>32</sup> Por. Raport KMPT z wizytacji Miejskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie w 2021 r., sygn. KMP.574.1.2021.

obrażeń dodatkowo dołączano kartę oględzin lekarskich zawierającą schemat ludzkiej sylwetki z przodu i z tyłu, gdzie zaznaczano obrażenia stwierdzone w trakcie badania pacjenta. Należy to ocenić jako dobrą praktykę z punktu widzenia skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania. Tego typu rozwiązanie jest jednym z kluczowych elementów prawidłowego dokumentowania tortur, który szczegółowo został opisany w Protokole Stambulskim, czyli Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. W 2022 r. dokument ten został zaktualizowany i zawiera m.in. mapy poszczególnych części ciała, co jeszcze bardziej ułatwia właściwe dokumentowanie ewentualnych obrażeń<sup>33</sup>.

W dokumencie tym znajdują się, skierowane do lekarzy i psychologów, informacje pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była torturowana, oraz wskazówki, jak należy zgłaszać takie przypadki sądom lub organom śledczym. Pomimo iż Protokół stambulski nie ma charakteru wiążącego, prawo międzynarodowe zobowiązuje rządy do badania i dokumentowania przypadków tortur i innych form znęcania się, a także karania osób za nie odpowiedzialnych, w sposób wszechstronny, efektywny, bezzwłoczny i obiektywny<sup>34</sup>.

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, w której 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 dolegliwościami i śladami występującymi u pacjentów.

---

<sup>33</sup> Najnowsza wersja w języku angielskim jest dostępna pod adresem:

<https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0> [dostęp: 10 lipca 2023 r.].

<sup>34</sup> Zob. Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 10 grudnia 1984 r. (Dz.U. z 1989 r., nr 63 poz. 378).

W związku z powyższym wizytujący zalecają stosowanie map ciała zawartych w zaktualizowanym Protokole stambulskim. Ważne jest również przeszkolenie personelu z praktycznego stosowania tego dokumentu. Na konieczność przeprowadzenia tego rodzaju szkolenia zwraca też uwagę Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karan<sup>35</sup>.

Ponadto sposób dokumentowania obrażeń należy wzbogacić o dokumentację fotograficzną, która powinna być uzupełnieniem dokumentacji medycznej pacjenta (dokumentacja fotograficzna powinna być zawsze sporządzana za zgodą pacjenta). Powyższą praktykę rekomenduje Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT)<sup>36</sup>.

## 6.6. Personel

Jak wynika z informacji na temat personelu przesłanej do Biura RPO, w ZDO stan zatrudnienia w kwietniu 2023 r. wyglądał następująco: 4 salowe, 2 pielęgniarki, 4 ratowników medycznych, 9 sanitariuszy oraz kierownik ZDO, będący lekarzem. Z wykazu wynikało, że na podstawie kontraktu z placówką współpracowało 3 lekarzy. Jak ustalili wizytujący, kierownik pracował zarówno w ramach etatu, jak i kontraktu. W dniu wizytacji był dostępny na dyżurze jako lekarz – od godz. 19 do godz. 7 rano, następnie od 7 do 14.45 wykonywał obowiązki kierownika ZDO, po czym od godz. 19 do godz. 7 znów miał pełnić dyżur lekarski.

W związku z powyższym KMPT zwraca się o przesłanie kopii imiennych grafików dyżurów lekarskich i kierownika ZDO za okres styczeń – kwiecień 2023 r.

W tym kontekście warto bowiem zauważyć, że już w 2017 r. Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił uwagę na brak istnienia maksymalnych norm czasu pracy personelu medycznego. W wystąpieniu do Ministra Zdrowia<sup>37</sup> wskazał wówczas, że ze względu na powszechną wieloletowość i łączenie etatu z umowami cywilnymi u pracujących medyków zasadne jest określenie maksymalnych norm czasu pracy w danym okresie rozliczeniowym, bez względu na formę prawną jej świadczenia.

---

<sup>35</sup> Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karan<sup>35</sup>, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

<sup>36</sup> Zob. Raport CPT z wizyty przeprowadzonej w Polsce, w dniach 5-17 czerwca 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, par. 78. Zob. również Dwudziesty Trzeci Raport Generalny CPT, opublikowany w 2013 r., CPT/Inf (2013) 29, par. 74.

<sup>37</sup> Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-apeluje-do-ministra-zdrowia-o-maksymalne-normy-czasu-pracy-dla-personelu-medycznego> [dostęp: 11 lipca 2023 r.].



W ostatnim czasie także Najwyższa Izba Kontroli<sup>38</sup> zwróciła uwagę na nieprawidłowości polegające na nadmiernie długim czasie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. W swoim opracowaniu podkreśliła, że choć lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych nie dotyczą gwarantowane w Kodeksie pracy i w ustawie o działalności leczniczej minimalne normy odpoczynku, nie oznacza to, że ich możliwości psychofizyczne są większe niż lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Przekroczenie dopuszczalnego czasu pracy rodzi bowiem ryzyko dla życia i zdrowia. Stanowisko NIK poparł w pełni Rzecznik Praw Obywatelskich i zwrócił się do Ministra Zdrowia o zajęcie stanowiska w kwestii możliwości podjęcia stosownych działań legislacyjnych w tym zakresie<sup>39</sup>.

Z informacji pisemnej przekazanej przez Centrum wynika, że wszyscy pracownicy odbyli szkolenia z zakresu: profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych; stosowania przymusu bezpośredniego; kwalifikowanej pierwszej pomocy przedlekarskiej; BHP.

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, warto, by oferowane kadrze szkolenia obejmowały swoją tematyką: prawa człowieka i humanitarne traktowanie pacjentów, a także sposoby radzenia sobie ze stresem i agresją, problematykę wypalenia zawodowego oraz metody przeciwdziałania temu zjawisku. Należy bowiem pamiętać, że bez stworzenia odpowiedniego systemu wsparcia dla personelu ZDO i możliwości jego dalszego rozwoju zawodowego, świadczenie na wysokim poziomie kompleksowej pomocy osobom w kryzysie alkoholowym będzie utrudnione.

KMPT zaleca także zorganizowanie dla pracowników ZDO regularnych superwizji przeprowadzanych przez zewnętrznego eksperta. Takie spotkania mają na celu rozładowanie napięć powstałych w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych oraz polepszenie relacji pomiędzy personelem, co w rezultacie może mieć pozytywny wpływ na jakość ich pracy i poziom sprawowanej opieki nad osobami doprowadzonymi w celu wytrzeźwienia.

---

<sup>38</sup> Informacja o wynikach kontroli „Funkcjonowanie szpitali powiatowych” z dnia 1 czerwca 2023 r., sygn. P/22/048.

<sup>39</sup> Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-nik-lekarze-praca-brak-odpoczynku-mz-odpowiedz> [dostęp: 12 lipca 2023 r.].

## 6.7. Depozyt

Wizytujący obserwowali przyjęcie do placówki nowego pacjenta przywiezionego przez funkcjonariuszy Policji. Pacjent miał przy sobie m.in. prawo jazdy, telefon, reklamówkę z chlebem, wędliną oraz butelką alkoholu. Pracownik ZDO zabezpieczył rzeczy pacjenta do depozytu oraz spisał protokół z przyjęcia depozytu. Pod dokumentem podpisał się także policjant dowożący pacjenta. W protokole wskazano jedynie: kurtka, prawo jazdy (podano numer), karta bankomatowa (podano 4 ostatnie cyfry), telefon komórkowy (podano model oraz informację o uszkodzeniu), torba – biała z prowiantem. W tym ostatnim przypadku nie wskazano już, co dokładnie znajdowało się w torbie. Jak ustalili wizytujący, praktyką w ZDO jest, że w tego typu przypadkach jedzenie jest oddawane, jednak alkohol jest zabierany, a następnie utylizowany.

Przedstawiciele KMPT zdają sobie sprawę, że odbieranie alkoholu ma zminimalizować ryzyko ponownego wprowadzenia się w stan upojenia alkoholowego przez osobę opuszczającą placówkę i jest podyktowane ochroną zdrowia i życia pacjenta. Należy jednak zauważyć, że konfiskata i niszczenie alkoholu budzą wątpliwości w kontekście konstytucyjnej ochrony prawa własności. Co szczególnie ważne, w art. 64 ust. 3 Konstytucji wskazano, że „własność może być ograniczona tylko w drodze ustawy i tylko w zakresie, w jakim nie narusza ona istoty prawa własności”. Tymczasem w przywoływanej już wielokrotnie ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawodawca nie przyznał pracownikom izb wytrzeźwień uprawnień do rekwirowania wyrobów alkoholowych. W art. 41 wskazanej ustawy określono jedynie, że osobie przyjętej albo zatrzymanej w jednostce Policji odbiera się środki pieniężne lub inne przedmioty i przekazuje do depozytu. Szczegółowe zasady odbierania i ewidencjonowania przedmiotów w depozycie określono w § 2–4 rozporządzenia Ministra Zdrowia. Wskazany akt również nie dopuszcza rekwirowania jakiegokolwiek elementu wchodzącego w skład depozytu.

W związku z powyższym KMPT zaleca odstąpienie od praktyki utylizacji alkoholu pacjentów opuszczających placówkę. Ponadto należy pamiętać, aby protokoły z przyjęcia depozytu były skrupulatnie wypełniane, z dokładnym wskazaniem, jakie przedmioty zostały zabezpieczone.

W wizytowanej placówce przedmioty wartościowe przechowywane były w workach umieszczonych w szafie depozytowej w dyżurce pielęgniarskiej. Pozostałe

przedmioty, jak np. części odzieży, umieszczane były w metalowych, niezamykanych szafkach. Znajdowały się one w osobnym monitorowanym pomieszczeniu. Podczas oglądu na jednej z półek w tym pomieszczeniu wizytujący dostrzegli niezabezpieczony nóż. Najprawdopodobniej był to element depozytu, którego jeden z pacjentów nie odebrał, jednak personel nie był w stanie udzielić wizytującym wyjaśnień w tym zakresie.

W związku z powyższym KMPT zaleca ściślejszy nadzór kierownictwa placówki nad procedurą przyjmowania i wydawania depozytów.

## **7. Ustalenia niezwiązane z traktowaniem pacjentów w placówce**

### **7.1. Niewłaściwe traktowanie zatrzymanych przez Policję**

Zadaniem Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur jest nie tylko zbadanie sposobu traktowania osób przebywających w danej placówce, ale również w miarę dostępnych możliwości zebranie innych informacji na temat sytuacji osób pozbawionych wolności, w tym m.in. sposobu traktowania osób zatrzymanych przez Policję. W tym kontekście należy wskazać, że ZDO jest podmiotem, w którym przeprowadzane są badania osób zatrzymanych przez Policję na terenie Miasta Łodzi.

Jak ustalili wizytujący w czasie rozmów z personelem placówki, osoby, które miały trafić do ZDO, mogły być czasem niewłaściwie traktowane przez doprowadzających funkcjonariuszy, np. niektórzy policjanci mieli „rzucić zatrzymanymi niczym workiem ziemniaków”. Tymczasem należy zauważyć, że zgodnie z Zasadami etyki zawodowej policjanta, określonymi w załączniku do zarządzenia nr 805 Komendanta Głównego Policji z dnia 31 grudnia 2003 r.<sup>40</sup>, policjant we wszystkich swoich działaniach ma obowiązek poszanowania godności ludzkiej oraz przestrzegania i ochrony praw człowieka, a jego postępowanie w kontaktach z ludźmi powinna cechować życzliwość oraz bezstronność wykluczająca uprzedzenia rasowe, narodowościowe, wyznaniowe, polityczne, światopoglądowe lub wynikające z innych przyczyn.

KMPT zaleca Komendantowi Miejskiemu Policji przypomnienie podległym funkcjonariuszom o konieczności bezwzględnego przestrzegania obowiązku traktowania osób zatrzymanych w sposób respektujący ich godność, zgodnie z zasadami etyki zawodowej policjanta.

---

<sup>40</sup> Dz. Urz. KGP z 2004 r. Nr 1, poz. 3.

Powszechnym problemem jest też automatyzm w stosowaniu kajdanek, które niejednokrotnie są bardzo mocno zapięte, co pozostawia otarcia na rękach zatrzymanych. Warto w tym kontekście zaznaczyć, że – w świetle standardów międzynarodowych – stosowanie wszelkich środków bezpieczeństwa (w tym kajdanek) powinno być oparte na indywidualnej ocenie ryzyka, realizowanej na podstawie jasnych i określonych proceduralnie kryteriów. Kajdanki i inne instrumenty przymusu powinny być stosowane tylko wtedy, gdy nie jest dostępna lżejsza forma kontroli rzeczywistego ryzyka. Kajdanki nie powinny być zbyt ciasno zapięte (może to wywoływać urazy mechaniczne) i należy je stosować tylko tak długo, jak jest to absolutnie niezbędne. Kajdanki nie powinny być stosowane z uwagi na status osoby pozbawionej wolności ani też jako środek dyscyplinujący<sup>41</sup>. Profilaktyczne stosowanie kajdanek w czasie transportu krytykuje również CPT, wskazując, że kajdanki nie powinny być stosowane jako zasada w czasie transportu (najlepiej, by konwojowani byli przewożeni w bezpiecznych furgonetkach, co eliminuje konieczność zakładania kajdanek podczas podróży)<sup>42</sup>.

## 7.2. Zgon pacjenta

W dniu 11 grudnia 2022 r. doszło do zgonu pacjenta. Jak wynika z notatki służbowej, mężczyzna został dzień wcześniej przewieziony przez karetkę do szpitala im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi z powodu urazu twarzoczaszki powstałego w wyniku pobicia.

Jak wynika z karty odmowy przyjęcia do szpitala, w wywiadzie z pacjentem, który przeprowadzono na szpitalnym oddziale ratunkowym, ustalono, że pamiętał on okoliczności pobicia (nie zostały one jednak szerzej opisane przez lekarza). Mężczyźnie wykonano m.in. badania krwi, RTG klatki piersiowej, TK głowy i kręgosłupa szyjnego, USG brzucha. Przeprowadzono także konsultację szczękowo-twarzową. Lekarz wskazał: „Pacjent przyjęty na Izbę SOR z powodu pobicia w dniu dzisiejszym. Pacjent pod wpływem alkoholu. Utrudniony kontakt z pacjentem. W wywiadzie: epilepsja, leków nie przyjmuje, alergię neguje. Pacjent neguje utratę przytomności. (...) W chwili

---

<sup>41</sup> Zob. Raport SPT z wizyty w Chile, CAT/OP/CHL/1, § 44-46; Raport SPT z wizyty w Rumunii, CAT/OP/ROU/1, § 104-105; Raporty SPT z wizyt na Ukrainie: CAT/OP/UKR/3, § 84; CAT/OP/UKR/1, § 12 i 132; Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/1, § 110-112; Raport SPT z wizyty w Brazylii, CAT/OP/BRA/3, § 16.

<sup>42</sup> Zob. Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, pkt. 3. Security measures; Raport CPT z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2007) 40, § 101; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (2006) 28, § 23; Raport CPT z wizyty na Węgrzech, CPT/Inf (2006) 20, § 126; Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 53.

obecnej brak wskazań do hospitalizacji na Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. Pacjent wstępnie zakwalifikowany do zabiegu w trybie planowym przyspieszonym. Proszę o wydanie skierowania do Poradni Chirurgii Szczękowo-twarzowej celem kwalifikacji pacjenta do zabiegu i wyznaczenie terminu". W zaleceniach wpisano natomiast: „Pacjent skonsultowany przez chirurga szczękowo-twarzowego. Przesłany transportem medycznym ze skierowaniami i receptami do MCTiPZ”.

W notatce służbowej pracownika ZDO wskazano, że „wykonano ścisłe zalecenie co do postępowania poszpitalnego. Zgodnie z decyzją lekarza konsultującego, pacjent nie wymagał aktualnie leczenia w warunkach szpitalnych. Z uwagi na upojenie alkoholowe został skierowany celem trzeźwienia do ZDO. Został przyjęty 11.12. o godz. 0.53, alkohol 0,98 mg/l. Do gabinetu wszedł na własnych nogach bez problemu. Dolegliwości, może poza niewielkim bólem żuchwy, nie zgłaszał. (...) Pacjent został umieszczony w sali, poinformowany o rannym wypisie. Podczas dwukrotnych rutynowych obchodów wykonywanych przez sanitariuszy stan pacjenta nie budził żadnych zastrzeżeń ze strony personelu. Ok. godz. 6.40-7.00 zostałam poinformowana o tym, że pacjent leży na podłodze i nie oddycha, co za chwilę potwierdziłam. Podjęte zostały czynności reanimacyjne w sposób typowy. Niezwłocznie wezwałam karetkę „S” do reanimacji. Zespół przyjechał po niedługim okresie oczekiwania. Do chwili przybycia cały czas wykonywane były czynności reanimacyjne. Lekarz Zespołu WSRM stwierdził zgon przed przybyciem Zespołu, nie wykluczył działania osób trzecich. Zapoznał się z dokumentacją szpitalną. Podobnie uczynił również coroner (...). Zawiadomiono KP oraz poinformowano kierownika”.

Na karcie informacyjnej wystawionej przez lekarza WSRM wskazano zaś: „Zgon przed przybyciem ZRM „S”, godz. stw. 7.15. Nie wykluczono działania osób trzecich. Na miejsce zdarzenia wezwano Policję. Przyczyny śmierci nieznane”. W karcie informacyjnej wystawionej przez coronera odnotowane zostało: „Zgon przed przybyciem lekarza. Złamanie kości żuchwy oraz obrzęk i rozległe zasinienia okolicy żuchwowej. Nie wykluczono udziału osób trzecich”.

W związku z powyższym KMPT zwraca się do Komendanta Miejskiego Policji o udzielenie informacji na temat opisanego zdarzenia z 11 grudnia 2022 r., w szczególności przedstawienie ustaleń dokonanych w toku prowadzonego postępowania, w tym wskazanie ostatecznego rozstrzygnięcia lub przewidywanego terminu zakończenia postępowania.

## 8. Zalecenia

**W ocenie wizytujących skala nieprawidłowości oraz istnienie wielu obszarów ryzyka w wizytowanej placówce może prowadzić do poniżającego traktowania pacjentów.**

W związku z tym, 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 Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi:**

- 1) stosowanie środków przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności:
  - a) dokumentowanie wszystkich rodzajów zastosowanych środków przymusu, zgodnie z wytycznymi wskazanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia;
  - b) stosowanie środków przymusu jedynie w przypadkach określonych w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
  - c) rzetelne, zgodne z zapisami monitoringu wizyjnego, prowadzenie dokumentacji z zastosowania środków przymusu bezpośredniego;
  - d) dokonywanie rzetelnego, osobistego i regularnego – co 15 min. – sprawdzania stanu fizycznego pacjentów, wobec których stosowane są środki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji;
  - e) przestrzeganie przepisów prawa w zakresie podejmowania decyzji o przedłużeniu stosowania środków przymusu;
  - f) zmianę dokumentacji z zastosowania środków przymusu uwzględniającą wszystkie wskazane zagadnienia;
- 2) odstąpienie od praktyki pozostawiania przez pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jedynie w bieliźnie;
- 3) wprowadzenie rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego;
- 4) przymocowanie do podłoża łóżek przeznaczonych do stosowania unieruchomienia;

- 5) stosowanie unieruchomienia przy udziale 5 członków personelu, tak aby w bezpieczny sposób zabezpieczyć wszystkie kończyny i głowę osoby unieruchamianej;
- 6) wprowadzenie mechanizmu nadzoru nad stosowaniem środków przymusu bezpośredniego opartego na analizie monitoringu i sporządzonej dokumentacji;
- 7) dokonanie przeglądu wyposażenia sal pacjentów w celu stwierdzenia usterek, które powinny być jak najszybciej usunięte, oraz odświeżenie sal pacjentów;
- 8) wprowadzenie maskowania stref monitoringu wizyjnego obejmujących toalety umieszczone w salach pacjentów oraz umieszczenie we wszystkich salach informacji o możliwości skorzystania z toalety poza pokojem;
- 9) umieszczenie w ogólnodostępnym miejscu danych teleadresowych instytucji, do których można złożyć skargę (Dyrektora MCTiPZ, infolinii Rzecznika Praw Obywatelskich, właściwego sądu);
- 10) opracowanie i umieszczenie w placówce tablic z krótkimi informacjami na temat zasad pobytu w ZDO i praw pacjentów;
- 11) informowanie cudzoziemców trafiających do placówki o prawach i obowiązkach w języku dla nich zrozumiałym i odnotowywanie, w jakim języku odbywała się komunikacja, lub wskazanie stopnia znajomości języka polskiego;
- 12) opracowanie wzoru karty depozytowej w kilku najczęściej spotykanych językach obcych;
- 13) stosowanie map ciała zawartych w Protokole stambulskim;
- 14) utrwalanie obrażeń osób zatrzymanych do wytrzeźwienia za pomocą zdjęć, które należy przechowywać w dokumentacji medycznej pacjentów;
- 15) zapewnienie personelowi szkoleń z zakresu praw człowieka i humanitarnego traktowania pacjentów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego;
- 16) zorganizowanie dla pracowników ZDO regularnych superwizji przeprowadzanych przez zewnętrznego eksperta;
- 17) odstąpienie od praktyki rekwirowania alkoholu pacjentom opuszczającym placówkę;
- 18) wypełnianie protokołów z przyjęcia depozytu w rzetelny sposób, z dokładnym wskazaniem, jakie przedmioty zostały zabezpieczone;
- 19) nadzór kierownictwa placówki nad procedurą przyjmowania i wydawania depozytów.

Na podstawie art. 20 OPCAT przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zwracają się o odpowiedzi na kwestie wskazane w pkt 6.2.

## **II. Komendantowi Miejskiemu Policji w Łodzi:**

- 1) przypomnienie funkcjonariuszom o konieczności uwzględniania w protokołach doprowadzenia osób do wytrzeźwienia informacji na temat okoliczności uniemożliwiających doprowadzenie do miejsca zamieszkania lub pobytu osoby nietrzeźwej, w przypadku gdy ustalono miejsce zamieszkania osoby doprowadzanej;
- 2) przypomnienie podległym funkcjonariuszom o konieczności bezwzględnego przestrzegania obowiązku traktowania osób zatrzymanych w sposób respektujący ich godność, zgodnie z zasadami etyki zawodowej policjanta.

Na podstawie art. 20 OPCAT przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zwracają się o udzielenie informacji na temat opisanego zdarzenia z 11 grudnia 2022 r., w szczególności przedstawienie ustaleń dokonanych w toku prowadzonego postępowania, w tym wskazanie ostatecznego rozstrzygnięcia lub przewidywanego terminu zakończenia postępowania.

## **III. Prezydent Miasta Łodzi:**

- 1) udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji zaleceń wydanych Dyrektorowi MCTiPZ w Łodzi.

**Ponadto na podstawie art. 1 ust. 4 w zw. z art. 12 ust. 2 ustawy o RPO, KMPT zwraca się do Rzecznika Praw Pacjenta o przeprowadzenie kompleksowej kontroli dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego w Zakładzie Diagnostyczno-Obserwacyjnym Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi.**

Raport opracowała: Justyna Zarecka



Za Zespół:

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/