



Warszawa, 10-01-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.574.3.2024.KB

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Szczecińskiego Centrum Uzależnień SCPU przy ul. J.H. Dąbrowskiego 22/23**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. 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)¹.

2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.

3. 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

¹ 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).

² Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

³ Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264).

organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. 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”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji 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 wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁰.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiegokolwiek sankcji lub

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 6. Zob. 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, Nowy Jork i Genewa 2018, s. 4-6.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniach 13–14 sierpnia 2024 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację w Szczecińskim Centrum Profilaktyki Uzależnień (SCPU), znajdującym się przy ul. Jana Henryka Dąbrowskiego 22/23 (dalej: Ośrodek, Izba, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Klaudia Kamińska, Magdalena Laskowska, Karolina Sobocińska (prawnicy) i Karina Balicka (kryminolog).

11. Przedstawiciele KMPT na początku swojej wizyty odnotowali utrudnienia w realizacji swojego mandatu. Po przybyciu na miejsce wizytujący zostali poinformowani o nieobecności Dyrektora placówki i braku możliwości rozpoczęcia czynności pod jej nieobecność. Przedstawiciele KMPT musieli oczekiwać na przyjazd Dyrektora Izby, co opóźniło rozpoczęcie wizytacji o 25 minut. Dalsza część wizytacji przebiegła już bez utrudnień. KMPT podkreśla, że ma nieograniczony dostęp do wszystkich miejsc pozbawienia wolności i dostęp ten powinien być zapewniony niezwłocznie, niezależnie od obecności na miejscu osoby kierującej placówką. Krajowy Mechanizm ufa, że w przyszłości tego typu incydenty nie będą miały miejsca.

12. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z pracownikami Izby na temat funkcjonowania placówki, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki, w tym m.in.: pomieszczeń, w których prowadzone są czynności związane z przyjęciem osoby do Ośrodka, sal dla osób przyjętych, sanitariatów, magazynów, gabinetu lekarskiego, pokoju socjalnego dla personelu i depozytu. Delegacja przeprowadziła również poufne rozmowy z osobami pozbawionymi wolności i pracownikami oraz zapoznała się z prowadzoną na miejscu dokumentacją.

13. Na koniec wizytacji delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi Dyrektorowi placówki Adriannie Brzeźniak-Misiuro oraz Kierownik Annie Michalak, w czasie rozmowy podsumowującej.

14. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez Dyrektora dokumentacji, informacji pisemnych i nagrań wideo z użycia środków przymusu bezpośredniego.

15. Niniejszy raport sygnalizuje obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania (pkt IV).

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

III. Charakterystyka placówki

16. Szczecińskie Centrum Uzależnień realizuje zadania Izby wytrzeźwień dla Gminy Miasto Szczecin i 29 gmin ościennych. Placówka nie prowadzi detoksykacji. Przy SCPU działa ogrzewalnia, gdzie osoby nietrzeźwe mają zapewnioną możliwość ogrzania się, wymiany odzieży bądź spożycia gorącego posiłku. Opłata za pobyt w Izbie wynosi 437 zł¹³. Placówka dysponuje 24 miejscami. W Izbie znajdują się 8 sal wieloosobowych oraz 2 sale jednoosobowe służące do wykonywania unieruchomienia z użyciem pasów. Osobno zapewniane są pomieszczenia dla kobiet, mężczyzn oraz dla osób do lat 18.

17. W 2023 roku z Ośrodka skorzystały 4183 osoby, w tym 3604 mężczyzn, 573 kobiety oraz 6 małoletnich. W roku 2023 oraz do dnia wizytacji w roku 2024 nie odnotowano zgonów.

18. Placówka zatrudnia 6 opiekunów, 7 depozytariuszek oraz 10 osób zatrudnionych na stanowisku porządkowych (2 kobiety, 8 mężczyzn).

19. W momencie rozpoczęcia wizytacji w placówce przebywało 4 mężczyzn. Stan ten zmieniał się w trakcie wizytacji (nastąpiły przyjęcia osób nietrzeźwych oraz zwolniono 2 osoby).

IV. Obszary wymagające poprawy

A. Dokumentowanie obrażeń

20. Co do zasady, każda osoba przyjęta do izby wytrzeźwień jest poddawana badaniu lekarskiemu. Ewentualne obrażenia ujawniane przy przyjęciu są odnotowywane w dokumentacji w tzw. karcie badania osoby doprowadzonej. W placówce stosowane są mapy ciała, jednak należy uznać, że jest to praktyka raczej incydentalna niż stosowana obligatoryjnie. Z analizy dokumentacji pacjentów wynika bowiem, że nie zawsze obrażenia, które są opisywane przez lekarza w karcie badania osoby doprowadzonej, nanoszone są również na schematy ludzkiego ciała. W trakcie wizytacji w placówce przebywał pacjent posiadający obrażenia (siniaki), które nie były opisane w dokumentacji medycznej i zaznaczone na mapie ciała.

21. Delegacja KMPT zwróciła również uwagę, że sposób dokumentowania obrażeń należy wzbogacić o dokumentację fotograficzną, która powinna być

¹³ Zob. Uchwała Nr III/48/24 Rady Miasta Szczecin z dnia 18 czerwca 2024 r. w sprawie wysokości opłaty za pobyt w Szczecińskim Centrum Profilaktyki Uzależnień.

uzupełnieniem dokumentacji medycznej pacjenta (dokumentacja fotograficzna powinna być zawsze sporządzona za zgodą pacjenta)¹⁴.

22. Krajowy Mechanizm pragnie zaznaczyć, że dla celów dowodowych konieczne jest, by na zdjęciu widoczna była twarz osoby fotografowanej, a przy obrażeniu znajdowała się linijka lub inny przyrząd pozwalający określić rozmiar obrażenia. Tak wykonane fotografie powinny być przechowywane w dokumentacji medycznej, odpowiednio zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

23. **KMPT zaleca pouczenie personelu medycznego o konieczności skrupulatnego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów (posiadane ewentualne obrażenia powinny być opisywane i nanoszone na schematy ludzkiego ciała oraz fotografowane).**

24. Krajowy Mechanizm rekomenduje również przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego¹⁵ oraz stosowanie się do zawartych w nim wytycznych.

25. Publikacja ta pozostaje nieznana pracownikom, mimo że odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur. Znajomość Protokołu stambulskiego pomoże pracownikom w wykrywaniu i dokumentowaniu przypadków poniżającego traktowania, co wzmocni ich potencjał zawodowy. Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomenduje Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom¹⁶.

26. **Krajowy Mechanizm zaleca przeszkolenie pracowników z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego.**

27. Analiza nagrań z monitoringu, które zostały udostępnione KMPT, wykazała, że wywiad oraz badanie lekarskie przeprowadzane są w pomieszczeniu służącym do przebierania się pacjenta po przekazaniu rzeczy osobistych do depozytu. Wywiad lekarski jest realizowany w obecności pracowników placówki oraz doprowadzających funkcjonariuszy Policji. Pacjent jest jedynie pobieżnie oglądany przez lekarza – ogląd obejmuje te części ciała, które nie są przykryte przez elementy garderoby.

28. W ocenie Krajowego Mechanizmu tak przeprowadzone badanie nie spełnia swojej zapobiegawczej funkcji. W takich warunkach nie ma bowiem możliwości

¹⁴ Zob. Raport CPT z wizyty przeprowadzonej w Polsce, w dniach 5-17 czerwca 2013 r., CPT/Inf (2014) 21, § 78.

¹⁵ Zob. Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Professional Training Series No. 8/Rev.2, Nowy Jork i Genewa 2022. Polska wersja językowa dostępna jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

¹⁶ Zob. Raporty SPT z wizyt: w Portugalii, przeprowadzonej w dniach 1-10 maja 2018 r., CAT/OP/PRT/1, § 63 oraz w Polsce, przeprowadzonej w dniach 9-18 lipca 2018 r., CAT/OP/PRT/1, § 55.

wykrycia i udokumentowania oznak tortur i niewłaściwego traktowania przez funkcjonariuszy. Dodatkowo ich obecność w momencie badania lekarskiego nie pozwala na przekazanie tego typu informacji przez pacjenta w sposób swobodny personelowi medycznemu, bez obawy poniesienia negatywnych konsekwencji.

29. KMPT rekomenduje przeprowadzanie badania medycznego pacjentów w gabinecie lekarskim, z poszanowaniem intymności, godności i poufności osoby badanej.

B. Środki przymusu bezpośredniego

30. Analiza nagrań z monitoringu obejmowała pobyt 3 osób przyjętych w lipcu i sierpniu 2024 r., wobec których zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia z użyciem pasów.

31. Jeden z mężczyzn został doprowadzony przez funkcjonariuszy Policji do placówki w kajdankach zapiętych z tyłu. Nie miał obuwia ani górnej części garderoby, pozostawał jedynie w krótkich spodenkach. Przez cały czas pobytu w Izbie nie otrzymał odzieży zastępczej. Wobec pacjenta zastosowano unieruchomienie przy użyciu pasów. Mężczyzna został ułożony w pozycji na brzuchu. Po krótkiej chwili wymiotował. Pomimo wielokrotnych kontroli stanu pacjenta przez cały czas trwania unieruchomienia żaden z pracowników nie posprzątał wymiocin. Mężczyzna leżał w pasach przez 7 godzin.

32. Kamera zarejestrowała także sytuację, gdy inny mężczyzna został doprowadzony przez funkcjonariuszy Policji w kajdankach zapiętych z tyłu, które zostały mu zdjęte w momencie zdawania depozytu. Na nagraniu widać, jak coś wykrzykuje do pracowników Izby i do funkcjonariuszy. Przy zastosowaniu chwytów transportowych zostaje doprowadzony do holu, gdzie odbywa się wizyta lekarska. Zachowanie pacjenta nie ulega zmianie. Naprzemiennie wstaje z kozetki, siada, żywo gestykuje i coś wykrzykuje w kierunku pracowników Izby. W odpowiedzi na zaistniałą sytuację pracownicy stosują wobec pacjenta chwilowe przytrzymanie. Przypatrujący się funkcjonariusze podejmują decyzję o ponownym zastosowaniu kajdanek. Pacjent zostaje zaprowadzony do Sali, gdzie stosowany jest przymus bezpośredni, i unieruchomiony na 3 godziny w pozycji na brzuchu. Podobnie jak miało to miejsce w pierwszym opisanym przypadku, czynność ta odbywa się przy udziale funkcjonariuszy Policji.

33. Zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹⁷ niedopuszczalne jest stosowanie jakiegokolwiek przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjentów, którzy są jedynie wulgarni i nie stosują się do poleceń. Analiza nagrań z monitoringu wykazała, że przymus bezpośredni był stosowany wobec pacjentów, którzy nie stosowali się do poleceń pracowników, a także wchodzili z nimi w dyskusje. Stosowane przymusu bezpośredniego w takiej sytuacji ma charakter dyscyplinowania. Takie sytuacje mogą prowadzić do naruszenia zakazu tortur oraz niehumanitarnego i poniżającego traktowania.

34. KMPT zaleca przypomnienie pracownikom Izby o zasadach stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz przeprowadzenie dodatkowego szkolenia z humanitarnego stosowania tego typu środków.

35. KMPT stoi na stanowisku, że rola funkcjonariuszy doprowadzających powinna się kończyć w momencie przyjęcia osoby do placówki. Tym bardziej nie powinni oni brać udziału w zastosowaniu wobec pacjentów przymusu bezpośredniego na terenie placówki, m.in. unieruchomienia przy użyciu pasów.

36. W opinii KMPT niezbędne jest także wprowadzenie mechanizmu nadzoru nad stosowaniem przymusu bezpośredniego. W placówce nie ma praktyki, aby każdorazowo dokonywać analizy zapisów monitoringu wizyjnego w przypadku zastosowania tych środków na terenie placówki oraz doprowadzenia osoby nietrzeźwej. Warto zauważyć, że tego rodzaju rozwiązanie stosowane jest m.in. w izbie wytrzeźwień Stołecznego Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie¹⁸. Nagrania ze stosowania środków przymusu są tam analizowane przez wyznaczonego pracownika, który sporządza dyrektorowi sprawozdanie. Ocenie podlega zachowanie personelu Izby wytrzeźwień oraz funkcjonariuszy doprowadzających osoby nietrzeźwe. Właściwe wykorzystanie takiego rozwiązania może pozwolić nie tylko na odnotowanie ewentualnych nieprawidłowości, lecz 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.

37. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego jest konieczne w celu zapewnienia bezpieczeństwa samego pacjenta lub innych osób, lecz czynność ta musi być przeprowadzona w odpowiedni, zgodny z przepisami sposób i poddana stałemu nadzorowi. Należy mieć na względzie, że stosowanie długotrwałego unieruchomienia

¹⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 2151.

¹⁸ Zob. Raport KMPT z wizytacji Izby Wytrzeźwień Stołecznego Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie z 18 maja 2020 r., sygn. KMP.574.1.2020.RK.

lub izolacji jest czynnością ingerującą bezpośrednio w wolność człowieka oraz jego poczucie godności.

38. KMPT rekomenduje wdrożenie mechanizmów kontroli nad stosowanym przymusem bezpośrednim w placówce.

39. W Izbie znajdował się rejestr przymusu bezpośredniego. W ocenie KMPT istnienie takiego rejestru jest niezwykle ważne z punktu widzenia ochrony praw osób zatrzymanych przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem albo karaniem. W wizytowanej placówce wystąpiły jednak błędy w jego prowadzeniu. Brakowało części wpisów, dokumentacja indywidualna nie była spójna z ogólnym rejestrem, znajdowały się tam wpisy o użyciu przymusu bezpośredniego wobec osób, które już opuściły placówkę. Uwagę zwraca również wybieranie w systemie, z którego pochodził wydruk z zastosowania przymusu bezpośredniego, opcji „inne”. Ustawa wymienia enumeratywnie konkretne środki, których stosowanie jest w izbach wytrzeźwień dozwolone, i tylko takie powinny być wpisywane w rejestrze. Określenie „inne” wprowadza wątpliwość co do tego, który środek został faktycznie zastosowany. Niejasności w tym zakresie nie udało się także wyjaśnić w trakcie wizytacji, co wskazuje, że ani pracownicy, ani Dyrektor nie był w stanie ustalić przebiegu czynności wobec pacjenta. W samym rejestrze brakowało także w niektórych przypadkach wpisów dotyczących okoliczności np. zakończenia stosowanego środka.

40. W kartach ewidencyjnych osób, wobec których stosowano środki przymusu bezpośredniego, w niektórych przypadkach bardzo ogólnikowo opisywano przyczyny jego zastosowania, np. „agresja”. Należy zwrócić szczególną uwagę na możliwie precyzyjne opisywanie zachowań będących przyczyną stosowania przymusu bezpośredniego, pożądane jest więc doprecyzowanie tego typu sformułowań.

41. KMPT rekomenduje wyeliminowanie opisanych nieprawidłowości. Dokumentacja dotycząca przymusu bezpośredniego powinna być rzetelna, kompletna i spójna. Należy też wdrożyć wewnętrzne mechanizmy nadzoru nad jej prowadzeniem, by w przyszłości uniknąć wyżej wymienionych deficytów.

C. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

42. 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, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy.

43. W sposób szczególny dotyczy to cudzoziemców, którzy nie znają praw i procedur obowiązujących w Polsce. Zarówno z uzyskanych informacji, jak i analizy dokumentacji prowadzonej w placówce wynika, że do Izby trafiają obcokrajowcy (najczęściej narodowości ukraińskiej). Placówka nie dysponuje tłumaczeniami podstawowych dokumentów (spisem depozytu, zgodą na badanie na zawartość alkoholu w organizmie, pouczeniem o zażaleniu do sądu co do zasadności i legalności doprowadzenia) związanych z pobytem w Izbie na języki obce.

44. W analizowanej dokumentacji cudzoziemców, którzy przebywali w placówce, nie było informacji na temat tego, w jakim języku pracownicy porozumiewali się z doprowadzonym lub w jakim stopniu pacjent znał język polski i rozumiał treść podpisywanych dokumentów.

45. **KMPT rekomenduje, aby każda osoba przyjmowana do placówki była informowana o swoich prawach, obowiązkach oraz podpisywanych dokumentach w języku dla niej zrozumiałym.**

46. Wskazane jest przygotowanie informacji o zasadach pobytu w placówce, a także prawach doprowadzonego w kilku językach obcych, w których komunikują się osoby trafiające najczęściej do placówki (m.in. ukraińskim, rosyjskim, angielskim). W dokumentacji obcokrajowców należy odnotowywać stopień komunikatywności w języku polskim oraz w jakim języku nastąpiło poinformowanie o przysługujących prawach.

47. KMPT zwróciło również uwagę na brak informacji dotyczących zewnętrznych mechanizmów skargowych, w szczególności danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka. Z analizy dokumentacji nie wynikało też, aby pacjenci otrzymywali tego typu informację pisemnie.

48. Znaczenie prawa do informacji i możliwości składania skarg podkreślają też standardy międzynarodowe oraz rekomendacje SPT i CPT¹⁹. Efektywne 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.

49. **W celu zwiększenia skuteczności dostępu do mechanizmów skargowych KMPT rekomenduje, by w ogólnodostępnym miejscu na terenie placówki wyeksponować dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka (zwłaszcza Rzecznika Praw Obywatelskich i wybranych organizacji**

¹⁹ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 68-91.

pozarządowych, np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka) oraz właściwego miejscowo sądu i prokuratury).

D. Personel

50. Podczas wizytacji przedstawiciele KMPT poprosili o możliwość porozmawiania z opiekunem zmiany zatrudnionym w placówce. Na rozmowę przyszła osoba, która faktycznie tego dnia pełniła takie obowiązki i wykonywała czynności z osobami nietrzeźwymi. Na liście pracowników osoba ta oznaczona była natomiast jako zatrudniona na stanowisku „porządkowy”.

51. Analiza akt pracowniczych tej osoby wykazała, że:

- pracownik został zobowiązany do obsługi osób nietrzeźwych oraz stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjenta agresywnego na polecenie lekarza;
- w jego skierowaniu na badania lekarskie wskazano bezpośredni kontakt, w tym stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób nietrzeźwych;
- pozytywna opinia psychologiczna dotyczyła pracy na stanowisku porządkowego;
- pracownik ten ukończył szkolenie z zakresu bezpiecznego używania środków przymusu bezpośredniego;
- w dokumentacji pracownika nie znajdowało się potwierdzenie, że posiada on wykształcenie średnie lub wyższe, co dla osób zatrudnionych na stanowisku opiekuna wymagane jest przez rozporządzenie²⁰.

52. Należy zauważyć, że to nie formalna nazwa stanowiska, lecz zakres faktycznie wykonywanych obowiązków powinien przesądzać o tym, na jakim stanowisku zatrudniona jest dana osoba. W tym przypadku na podstawie wykonywanych obowiązków uznać należy, że pracownik był de facto opiekunem i powinien legitymować się co najmniej średnim wykształceniem. Praktyka powierzenia porządkowemu czynności opiekuńczych, przy jednoczesnym braku zmiany nazwy stanowiska pracy i dostosowania kwalifikacji do wymagań określonych w przepisach, uznać należy za obejście przepisów prawa.

53. Art. 42³ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi stanowi, że „w izbie wytrzeźwień oraz w placówce zatrudnia się osoby posiadające kwalifikacje odpowiednie do zajmowanego stanowiska oraz posiadające zdolność psychiczną do pracy w izbie lub placówce, w tym do pracy w warunkach

²⁰ Zob. § 8 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz. U. poz. 1850).

wymagających stosowania przymusu bezpośredniego, stwierdzoną opinią psychologiczną”. Ponadto, na podstawie rozporządzenia w sprawie izb wytrzeźwień, pracownicy zatrudnieni na stanowisku kierownika zmiany, depozytariusza lub opiekuna zmiany zobowiązani są do odbywania corocznych szkoleń m.in. z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego.

54. Zakres obowiązków opiekuna zmiany oraz porządkowego powinien być różny dla tych dwóch stanowisk. Do zadań porządkowego należeć powinny w szczególności prace związane z utrzymaniem czystości w salach Izby, pomieszczeniach ogólnego użytku, dokonywanie zmiany pościeli oraz przeprowadzanie bieżącej dezynfekcji pomieszczeń. Zakres obowiązków opiekuna zmiany dotyczyć powinien m.in. czynności związanych z kontrolowaniem zawartości alkoholu w organizmie osoby doprowadzonej, pomoc lekarzowi dyżurującemu oraz w razie konieczności zastosowanie zgodnie z jego decyzją przymusu bezpośredniego wobec pacjenta agresywnego. Praca opiekuna zmiany wiąże się z większym obciążeniem psychicznym, stąd wymagania na to stanowisko są wyższe (wykształcenie co najmniej średnie, kurs z zakresu bezpiecznego używania przymusu bezpośredniego, brak przeciwwskazań psychologicznych do pracy na tym stanowisku) niż w przypadku porządkowego. Stan wskazany w umowie powinien być zgodny z rzeczywistymi obowiązkami. Fakt zakresu wykonywania pracy bezpośrednio z osobami pozbawionymi wolności ma tutaj kluczowe znaczenie.

55. **KMPT zaleca, aby zakres obowiązków określonych w umowie odpowiadał zajmowanemu przez daną osobę stanowisku oraz aby pracownicy posiadali kwalifikacje wymagane dla danego stanowiska.**

56. Krajowy Mechanizm pragnie w tym miejscu zaakcentować, że ze względu 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 pracownicy powinni odbywać regularne szkolenia. Należy bowiem mieć na względzie, że dobrze wyszkolony personel stanowi skuteczną gwarancję ochrony pacjentów przed niewłaściwym traktowaniem.

57. Jak ustaliła delegacja KMPT, pracownicy Izby odbywają szkolenia z zakresu: udzielania pierwszej pomocy, stosowania środków przymusu bezpośredniego i profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych.

58. **KMPT zaleca, by oferowane kadrze szkolenia obejmowały także: prawa człowieka i humanitarne traktowanie pacjentów, kontakt z trudnym pacjentem, deeskalację konfliktów, sposoby radzenia sobie ze stresem i agresją, problematykę wypalenia zawodowego oraz metody przeciwdziałania temu zjawisku.**

59. Pracownicy Izby są objęci zewnętrzną superwizją. 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. Wskazane jest, aby takie spotkania odbywały się częściej niż kilka razy w roku.

60. **KMPT rekomenduje rozważenie zapewnienie pracownikom Izby częstszych superwizji, prowadzonych przez zewnętrznego eksperta.**

E. Warunki bytowe

61. W trakcie oglądu placówki delegacja KMPT zwróciła uwagę, że wizytowana placówka posiada odzież zastępczą jedynie w postaci koszul oraz jednorazowych ochraniaczy na stopy. Brak było jednorazowych biustonoszy dla kobiet. W trakcie wizytacji zatrzymani mężczyźni pozostawali bez spodni. Pacjentom odbierane było również obuwie, więc pacjenci poruszali się po pomieszczeniach Izby boso.

62. Zgodnie z § 5 pkt 1 rozporządzenia w sprawie izb wytrzeźwień, osobie przyjętej do izby wytrzeźwień zapewnia się na czas pobytu m.in. odzież zastępczą, jeżeli jej odzież nie nadaje się do użytku lub jeżeli używanie tej odzieży jest niedopuszczalne ze względów higienicznych.

63. **KMPT rekomenduje zakupienie jednorazowej bielizny, w tym biustonoszy, i wydawanie jej doprowadzonym osobom w razie konieczności odebrania im ich własnej.**

64. Na czas pobytu w placówce pacjentowi odbierany jest sprzęt ortopedyczny. Przyjęta praktyka wydaje się zdaniem wizytujących nadmiernym środkiem ochronnym. Praktyka ta może niepotrzebnie potęgować stres i dyskomfort wywołany samym faktem izolacji.

65. **KMPT rekomenduje umożliwienie zatrzymanym posiadania przy sobie sprzętu ortopedycznego. Dopiero w sytuacji, gdy z zachowania osoby zatrzymanej wynika, że sprzęt jest wykorzystywany niewłaściwie, wskazane jest zabezpieczenie go w depozycie i odnotowanie tego faktu w dokumentacji.**

V. Inne kwestie

66. Z przeprowadzonych rozmów oraz analizy nagrań monitoringu wynikało, że doprowadzanie pacjentów do izby przez funkcjonariuszy Policji odbywa się co do

zasady w kajdankach, założonych na ręce trzymane z tyłu. Zdejmowane są one w momencie oddawania przedmiotów osobistych do depozytu.

67. 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 mniej dolegliwa forma kontroli rzeczywistego ryzyka. Kajdanki nie powinny być zbyt ciasno związane (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 dyscyplinujący²¹. Profilaktyczne stosowanie kajdanek w czasie transportu krytykuje również CPT, wskazując, że nie powinny być one stosowane jako zasada w czasie transportu (najlepiej, by konwojowani byli przewożeni w bezpiecznych furgonetkach, co eliminuje konieczność zakładania kajdanek podczas podróży)²².

VI. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

1. Dyrektorowi Szczecińskiemu Centrum Profilaktyki Uzależnień SCPU

1. dokumentowanie w formie fotograficznej obrażeń pacjentów za ich zgodą;
2. pouczenie personelu medycznego o konieczności skrupulatnego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów (ewentualne obrażenia powinny być opisywane i nanoszone na schematy ludzkiego ciała);
3. przeprowadzanie badania medycznego pacjentów w gabinecie lekarskim, z poszanowaniem intymności, godności i poufności osoby badanej;
4. przeszkolenie pracowników z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego;
5. przypomnienie pracownikom Izby o zasadach stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz przeprowadzenie dodatkowego szkolenia z humanitarnego stosowania tego typu środków;

²¹ Zob. Raporty SPT: z wizyty w Chile, CAT/OP/CHL/1, § 44-46; z wizyty w Rumunii, CAT/OP/ROU/1, § 104-105; z wizyt na Ukrainie: CAT/OP/UKR/3, § 84; CAT/OP/UKR/1, § 12 i 132; z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/1, § 110-112; z wizyty w Brazylii, CAT/OP/BRA/3, § 16.

²² Zob. Transport of detainee, Factsheet, June 2018, CPT/Inf (2018) 24, pkt 3. Security measures; Raporty CPT: z wizyty w Irlandii, CPT/Inf (2007) 40, § 101; z wizyty w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (2006) 28, § 23; z wizyty na Węgrzech, CPT/Inf (2006) 20, § 126; z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 53.

6. wdrożenie mechanizmów kontroli nad stosowanym przymusem bezpośrednim w placówce oraz prowadzeniem rejestru z jego stosowania;
7. odnotowywanie w dokumentacji pacjentów będących cudzoziemcami stopnia komunikatywności w języku polskim oraz w jakim języku nastąpiło poinformowanie o przysługujących prawach; ponadto w przypadku składania przez cudzoziemców podpisów w dokumentacji (np. podczas przekazywania depozytu) zaleca się odnotowanie informacji o zapoznaniu z treścią dokumentu w języku zrozumiałym dla podpisującego;
8. wyeksponowanie danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka (Rzecznika Praw Obywatelskich, wybranych organizacji pozarządowych, np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, oraz właściwego miejscowo sądu i prokuratury);
9. poszerzenie katalogu szkoleń oferowanych personelowi o zagadnienia związane z prawami człowieka i humanitarnym traktowaniem pacjentów, kontaktem z trudnym pacjentem, deeskalacją konfliktów, sposobami radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyką wypalenia zawodowego oraz metodami przeciwdziałania temu zjawisku;
10. rozważenie zapewnienie pracownikom częstszych superwizji prowadzonych przez zewnętrznego eksperta;
11. dokonanie zmian w zakresie obowiązków określonych w umowach pracowników w ten sposób, aby odpowiadały one stanowisku zajmowanemu przez daną osobę oraz aby pracownicy posiadali kwalifikacje wymagane dla danego stanowiska.
12. zakupienie jednorazowej bielizny, w tym biustonoszy, i wydawanie jej doprowadzonym osobom w razie konieczności odebrania im ich własnej;
13. umożliwienie zatrzymanym posiadania przy sobie sprzętu ortopedycznego; dopiero gdy z zachowania osoby zatrzymanej wynika, że sprzęt jest wykorzystywany niewłaściwie, zaleca się zabezpieczenie go w depozycie i odnotowanie tego faktu w dokumentacji.

2. Prezydentowi Miasta Szczecin:

1. zapewnienie Dyrektorowi Szczecińskiemu Centrum Profilaktyki Uzależnień SCPU środków finansowych na realizację tych spośród powyższych zaleceń, które wymagają nakładów finansowych.

Opracowała: Karina Balicka

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/