



Warszawa, 02-01-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.574.4.2024.DK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Izby Wytrzeźwień
Ośrodka Pomocy Osobom Uzależnionym i Ich Rodzinom w Chorzowie**

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 na 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.

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 2022 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.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie KMPT informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniach 13–15 maja 2024 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację w Izbie Wytrzeźwień Ośrodka Pomocy Osobom Uzależnionym i Ich Rodzinom w Chorzowie (dalej: Izba, IW lub placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodził: Paulina Wróbel i Tomasz Żółtek (psychologowie) oraz Dorota Krzysztoń (politolog o specjalizacji prawno-kryminologicznej).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z Mieczysławem Fido – Dyrektorem Ośrodka Pomocy Osobom Uzależnionym i Ich Rodzinom w Chorzowie (dalej: Dyrektor Ośrodka), dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z osobami pozbawionymi wolności oraz pracownikami, zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją i podglądem monitoringu.

12. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi Dyrektorowi Ośrodka i zapoznała się z jego uwagami i wyjaśnieniami.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez Ośrodek dokumentacji, informacji pisemnych i nagrań audio-video z użycia środków przymusu bezpośredniego.

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

III. Charakterystyka placówki

15. Izba Wytrzeźwień w Chorzowie (dalej: IW lub Izba) wchodzi w skład Ośrodka Pomocy Osobom Uzależnionym i Ich Rodzinom (dalej: Ośrodek), będącego jednostką budżetową Miasta Chorzów. Poza samym miastem korzysta z niej 7 okolicznych gmin.

16. Pojemność IW wynosi 35 miejsc, podczas wizytacji przebywały w niej 2 osoby będące w stanie nietrzeźwości.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

IV. Obszary wymagające poprawy

A. Traktowanie

17. Pacjenci Izby, z którymi wizytujący przeprowadzili rozmowy, wskazywali na różnice w ich traktowaniu, w zależności od konkretnego pracownika. Z relacji części rozmówców wynikało, że byli oni traktowani prawidłowo i z odpowiednią troską. Jednak pojawiły się również doniesienia o niewydaniu przykrycia na noc, poniżającym zwracaniu się niektórych pracowników do osób nietrzeźwych, a także o tym, że jeden z pacjentów miał zostać uderzony w reakcji na jego prośbę o wodę.

18. Cały personel powinien otrzymać od kierownictwa Ośrodka stanowczy sygnał, że wszelkie formy niewłaściwego traktowania są zabronione i będą surowo karane. Zachowania te są nieprofesjonalne, rzucają na wizerunek całej placówki i jej pracowników, stymulują stres i agresję, co w dalszej perspektywie ma wpływ na poziom wzajemnych interakcji oraz skuteczność oddziaływań. Kierownictwo Ośrodka powinno podjąć systemową pracę w kierunku budowy odpowiedniej kultury instytucjonalnej, w której przemoc wobec osób doprowadzonych do wytrzeźwienia będzie traktowana jako niedopuszczalny brak profesjonalizmu, a personel będzie zachęcany do aktywnego zgłaszania takich przypadków. Należy też wdrożyć mechanizmy monitorowania pracy personelu i położyć nacisk na szkolenia, ukierunkowane na ochronę praw człowieka, komunikację interpersonalną i deeskalację napięcia w sytuacjach konfliktowych. Kwestia szkoleń zostanie omówiona w dalszej części raportu.

19. **KMPT rekomenduje podjęcie pilnych działań w celu wyeliminowania przypadków niewłaściwego traktowania pacjentów.**

20. Zaniepokojenie KMPT budzi praktyka przedłużania stosowania unieruchomienia pacjenta pasami (mimo jego spokojnego zachowania) oraz wpisywanie nierzetelnych informacji w dokumentacji.

21. Analiza monitoringu dokonana przez przedstawicieli KMPT wykazała, że jeden z pacjentów był unieruchamiany pasami ponad 7 godzin (w dniu 14 maja 2024 r., od godz. 9:25 do godz. 16:51). W tym czasie leżał położony na łóżku, na brzuchu. Z nadesłanej kopii dokumentacji wynikało, że o godz. 13:15 lekarz podjął próbę zwolnienia pacjenta z pasów, ale wobec faktu, że „nadal mamrocze i nie współpracuje potrzeb? (słowo nieczytelne) + dolegliwości nie zgłasza”, wydał decyzję o przedłużeniu tego środka przymusu.

22. Tymczasem nagranie kamery wykazało, że mężczyzna przez okres 7 godzin był spokojny. Lekarz wszedł wprawdzie do pomieszczenia, gdzie pacjent przebywał, ale jedynie uniósł koc, którym przykryty był unieruchomiony pacjent,

a następnie wyszedł z pomieszczenia, nie nawiązując kontaktu z mężczyzną, położonym przez pracowników Izby twarzą w dół.

23. Pacjent w czasie stosowania przymusu był spokojny i ok. godz. 10 najprawdopodobniej zasnął. Ponadto przebywał w tej samej pozycji, na brzuchu, do ok. godz. 15:24, a następnie rozmawiał spokojnie z kolejno wchodzącymi do pokoju pracownikami Izby i był przez nich dopajany (również bez zwolnienia z pasów). Środek przymusu w postaci unieruchomienia stosowany był jeszcze przez kolejną godzinę (zgodnie z dokumentacją w tym czasie rzekomo pacjent wykrzykiwał i do końca stosowania przymusu nie wpisano kodu oznaczającego jego uspokojenie się, co jest nie tylko niezgodne z rzeczywistością, ale i nielogiczne wobec decyzji o zwolnieniu). W sumie mężczyzna ten leżał spokojnie około 7 godzin.

24. KMPT zdaje 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 godności¹³. Może być też formą złego traktowania, a w pewnych przypadkach nawet torturą.

25. Zgodnie z art. 42 ust. 11 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹⁴ (dalej: ustawy), przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.

¹³ 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. Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu. 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. Utrzymywanie środków przymusu mechanicznego przez dłuższy czas może nie mieć żadnego uzasadnienia i mogłoby, zdaniem CPT, być równoznaczne ze złym traktowaniem. 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. Daje to również szansę pacjentowi, wraz z personelem, na znalezienie alternatywnych sposobów utrzymania kontroli nad samym sobą, co może zapobiec przyszłym wybuchom przemocy i kolejnemu zastosowaniu środków przymusu [zob. adekwatne m.in. do izb wytrzeźwień zalecenia dot. środków przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu, CPT/Inf(2017)6].

¹⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 2151.

26. **Krajowy Mechanizm zaleca stosowanie środków przymusu jedynie do czasu ustania potrzeby takiej ingerencji w zachowanie danej osoby, a w przypadku rzeczywistej konieczności przedłużenia jego zastosowania – dochowanie należytej staranności przy podejmowaniu decyzji w tym zakresie.**

27. Krajowy Mechanizm jest zaniepokojony również innymi ujawnionymi praktykami dotyczącymi prowadzonej dokumentacji, stwierdzonymi w konfrontacji z nagraniami z monitoringu wizyjnego: brakiem wskazania pasów jako metody unieruchomienia, stosowaniem izolacji jako środka przymusu w pokoju wieloosobowym oraz wpisywaniem kodów oznaczających, że pacjent „szarpie się w pasach”, „wykrzykuje” lub „mamrocze”, choć monitoring tego nie wykazał. Żaden z dokumentów przedstawionych przedstawicielom Krajowego Mechanizmu nie wskazuje też na uprzedzenie pacjenta o możliwości zastosowania środka przymusu, co jest niezgodne z art. 42 ust. 6 ustawy.

28. Zaznaczyć należy, że kwestia izolacji w tzw. pokojach pasowych w wizytowanej IW, z założenia przeznaczonych dla więcej niż 1 osoby, była przedmiotem analizy również pozostałych nadesłanych filmów z monitoringu tego typu pomieszczeń w izbie i ujawniła praktykę jednoczesnego „izolowania” pacjentów w tym samym pomieszczeniu. Skoro zgodnie z art. 42 ust. 8 pkt 4 ustawy, izolacja polega na umieszczeniu osoby pojedynczo w zamkniętym pokoju, to nie może być miejsca „izolowanie” kogokolwiek w tzw. pokojach pasowych (dwoosobowym lub czteroosobowym), gdzie już wcześniej umieszczono innych pacjentów. Wydaje się, że w dokumentacji wpisywano „izolacja”, błędnie utożsamiając ją z unieruchamianiem.

29. KMPT zwraca uwagę na art. 42 ustawy, w szczególności jego ust. 6, ust. 8 pkt 2 i 4 oraz na wzór dokumentacji Izby, wymagającej podawania kodów oznaczających zachowanie pacjenta i uściślenia, o jaki typ unieruchomienia chodzi („pasy”, „prześcieradło”, „kaftan”, „uchwyt”).

30. Między pacjentami unieruchomionymi na łóżkach pasami nie stosowano będących na stanie Izby parawanów, zapewniających elementarne poczucie intymności pacjentom, wobec których zastosowano środki przymusu bezpośredniego.

31. Analiza dokumentacji (podczas wizytacji) i nadesłanych nagrań z monitoringu wskazuje, że standardową metodą traktowania trudnych pacjentów jest stosowanie wobec nich przede wszystkim siły, tj. przytrzymania i doprowadzenia do tzw. pokoju pasowego, gdzie następnie następuje zastosowanie unieruchomienia w pasach.

32. Zważywszy na art. 42 ust. 6 ustawy¹⁵, rozważenia wymaga, czy zastosowana izolacja, jako środek przymusu bezpośredniego, przy prawidłowym jej stosowaniu, tj. pojedynczo, nie byłaby przynajmniej w części przypadków wystarczająca. Personel skorzystałby również na szkoleniach dotyczących deeskalacji sytuacji trudnych, co w niektórych przypadkach mogłoby zapobiec stosowaniu przymusu w ogóle.

33. 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 unieruchamianej¹⁶. Nagrania z monitoringu świadczą o tym, że standard dotyczący środków przymusu bezpośredniego w zakresie liczby personelu nie jest spełniony.

34. **KMPT rekomenduje:**

- **stosowanie przymusu bezpośredniego wyłącznie w sytuacji, gdy jego użycie jest niezbędne;**
- **stosowanie jak najmniej inwazyjnych środków przymusu, dopasowanych do indywidualnego stanu pacjenta i okoliczności;**
- **stosowanie parawanów przy jednoczesnym unieruchomieniu kilku osób;**
- **stosowanie unieruchomień pacjentów z udziałem 5 pracowników;**
- **stosowanie izolacji w pokojach jednoosobowych;**
- **informowanie pacjenta o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego przed jego zastosowaniem i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji;**
- **rzetelne odnotowywanie w dokumentacji informacji o przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego;**
- **szkolenia pracowników dot. deeskalacji sytuacji trudnych.**

B. Opieka medyczna

35. Dokumentowanie obrażeń w Izbie, według deklaracji Dyrektora Ośrodka, przebiega zgodnie z zapisami Protokołu stambulskiego¹⁷, w zakresie stosowania tzw. „map ciała”. Analiza „kart badania pacjenta” Izby nie potwierdziła powyższego. Z uwagi na fakt, że schematy ludzkiego ciała były niewielkich rozmiarów (ok. 1 cm), nie były one zdadne do wykorzystania w praktyce. Brakowało również dokumentacji fotograficznej

¹⁵ „(...) Stosuje się taką formę przymusu bezpośredniego, która jest możliwie najmniej uciążliwa dla osoby, wobec której przymus ten ma być zastosowany. Przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby”.

¹⁶ Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2017, Warszawa 2018, s. 137-138.

¹⁷ Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>

załączonej do opisu obrażeń. Zastana sytuacja jest powszechna w IW, a tej – niewłaściwej w ocenie Krajowego Mechanizmu praktyce – nie pomaga brak stosownych rozwiązań prawnych. Zdaniem KMPT prawidłowe stosowanie Protokołu stambulskiego stanowi kluczowe narzędzie wykrywania, dokumentowania oraz zgłaszania tortur. Stosowanie zawartych w nim wytycznych rekomendują także Komitet Przeciwko Torturom (CAT)¹⁸, Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)¹⁹ i Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur²⁰.

36. KMPT zaleca stosowanie Protokołu stambulskiego zgodnie z wytycznymi w nim zawartymi, ulepszenie sposobu rejestracji obrażeń przez dostosowanie wydruku schematu ludzkiego ciała do rozmiaru umożliwiającego prawidłowe zaznaczenie na nim obrażeń, a także prowadzenie dokumentacji fotograficznej obrażeń (za zgodą pacjenta).

37. Ogląd nagrań z zastosowania środków przymusu bezpośredniego wskazał, że wpisy w dokumentację przebiegu służby nie odpowiadają rzeczywistości również w obszarze kontroli stanu zdrowia pacjenta, która powinna odbywać się co 15 minut. Pracownicy IW wchodzili do pomieszczenia, w którym był unieruchomiony pacjent, jedynie kilka razy, w czasie jego kilkugodzinnego pobytu w tzw. sali pasowej. W części przypadków uchylali tylko drzwi pokoju, by z progu stwierdzić, czy nie dzieje się z nim nic złego. Nie sposób ocenić, czy leżący pacjent, który pozostaje w unieruchomieniu, wykazuje oznaki życia. W ocenie KMPT taka praktyka stanowi sytuację wysokiego ryzyka. Utrudnia bowiem obiektywną ocenę stanu pacjenta i jego potrzeb. Jest to niezgodne z art. 42 ust. 10 ustawy²¹ oraz z § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek

¹⁸ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpnia 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, p. 27 i 28.

¹⁹ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Mołdawii [CPT/Inf (2020) 27, p. 29], Macedonii Północnej, [CPT/Inf (2021) 8, p. 29], Portugalii [CPT/Inf (2020) 33, p. 71 i 72], Danii [CPT/Inf (2019) 35, p. 20] i Gruzji [CPT/Inf (2019) 16, p. 80].

²⁰ Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 16 lipca 2021 r. [A/76/168, p. 22, 25, 34, 66 pkt g)], z dnia 20 marca 2020 r. [A/HRC/43/49, p. 13, 21] oraz z dnia 20 lipca 2018 r. [A/73/207, p. 77 pkt e)].

²¹ „Pracownik wyznaczony przez dyrektora izby wytrzeźwień lub kierownika placówki (...) jest obowiązany do kontroli 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”.

wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego²² (dalej rozporządzenie MZ²³).

38. KMPT zaleca kontrolowanie co 15 min. stanu zdrowia pacjenta unieruchomionego w pasach w ramach środka przymusu, z wejściem do pokoju, w którym on przebywa, i sprawdzeniem jego funkcji życiowych oraz prawidłowości/zasadności dalszego unieruchomienia.

39. Analiza nagrań monitoringu wykazała, że lekarz podający pacjentowi napój o godz. 15:30 nie odnotował tego faktu w dokumentacji (powinien wskazać kod PP w karcie „kontroli stanu zdrowia”). Nie została też odnotowana jego wcześniejsza decyzja dotycząca dodatkowego unieruchomienia prawego barku pacjenta. Dokumentacja nie zawiera też adnotacji, co uzasadniało tę praktykę.

40. KMPT zaleca wpisywanie przez lekarza do dokumentacji wszelkich istotnych kwestii dotyczących pacjentów, którymi się w tym czasie zajmuje, oraz wszelkich informacji i decyzji dotyczących przymusu bezpośredniego.

C. Kontakt ze światem zewnętrznym

41. Zgodnie z § 11 ust. 2 Regulaminu postępowania z osobami doprowadzonymi i zwalnianymi do/z Izby Wytrzeźwień Ośrodka Pomocy Osobom Uzależnionym i Ich Rodzinom w Chorzowie/Załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora OPOUiR nr 5/2020 (dalej: Regulamin), „osobom przyjętym nie wolno przyjmować odwiedzin ani przesyłek (...)”.

42. Powyższa zasada nie znajduje odzwierciedlenia w przepisach ogólnych. Regulamin Izby nie może regulować spraw zarezerwowanych dla ustawy ani też nie może opisywać odmiennie kwestii unormowanych w ustawach. Nie może – jako akt wewnętrzny placówki – ograniczać praw pacjenta.

43. Ponadto wskazana zasada utrudnia kontakt pacjenta z osobami bliskimi, np. odebrania od nich cieplejszego ubrania czy obuwia potrzebnych do wyjścia z IW, co – mając na uwadze misję Ośrodka – jest niezrozumiałe w przypadku osób niebędących sprawcami przestępstw przeciwko rodzinie. Ogranicza to także kontakt

²² „W trakcie kontroli stanu zdrowia osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni, osoba, o której mowa w art. 42 ust. 10 ustawy, 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”.

²³ Dz. U. z 2022 r. poz. 2075.

pozbawionego wolności z jego pełnomocnikiem, który jest z kolei podstawowym gwarantem zapobiegającym złemu traktowaniu²⁴.

44. Krajowy Mechanizm zaleca skorygowanie treści Regulaminu Izby przez usunięcie przepisów niezgodnych z prawami człowieka i z zasadami konstytucyjnego systemu źródeł prawa.

D. Prawo do informacji

45. Naprzeciwko siedziska dla pacjentów, ulokowanego przy wejściu do IW, gdzie osoba doprowadzona oczekuje na przyjęcie do Izby, znajdowała się tablica informacyjna, m.in. z katalogiem praw pacjenta IW, danymi teleadresowymi Rzecznika Praw Obywatelskich i wybranymi przepisami rozporządzenia MZ.

46. Nie wywieszono tam jednak Regulaminu oraz danych teleadresowych innych podmiotów, do których można zgłosić skargę dotyczącą pobytu w placówce. Dotyczy to m.in. Rzecznika Praw Pacjenta czy właściwego sądu, do którego można skierować zażalenie na zasadność i legalność doprowadzenia do IW, jak również na decyzję o zatrzymaniu i prawidłowość jego przebiegu. Również w samych pokojach nie było Regulaminu i informacji o podstawowych prawach osób przebywających w placówce. Z analizy dokumentacji nie wynikało, aby pacjenci otrzymywali tego typu informację pisemną.

47. Otrzymanie przez osobę pozbawioną wolności zrozumiałych i aktualnych informacji o przysługujących jej prawach, obowiązujących procedurach i 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.

48. KMPT zaleca uzupełnienie tablicy informacyjnej o Regulamin Izby (zmodyfikowany zgodnie z poprzednim punktem raportu), dane teleadresowe innych instytucji, do których mogą zgłaszać się pacjenci, oraz wywieszenie tożsamyh informacji w pokojach dla osób trzeźwiejących.

E. Personel

49. Według relacji Dyrektora Ośrodka, liczba osób podczas dwunastogodzinnej zmiany w placówce, w której jednocześnie może przebywać 35

²⁴ Zob. „Dostęp do adwokata jako środek zapobiegający złemu traktowaniu” CPT/Inf(2011)28-part1 <https://rm.coe.int/16806ccd1e>.

pacjentów, to 3-4 pracowników²⁵. Poza opieką nad osobami pozbawionymi wolności w Izbie wykonują oni równocześnie prace gospodarcze na rzecz całej placówki, np. odśnieżają chodniki czy strzygą trawniki wokół Ośrodka.

50. W świetle uzyskanych przez KMPT wyjaśnień, uzasadnieniem dla tej praktyki jest obawa przed likwidacją IW ze względów finansowych²⁶. Problem związany z zamykaniem IW jest dobrze znany Rzecznikowi Praw Obywatelskich. W tym zakresie, mając na uwadze ważną funkcję prospołeczną IW, Rzecznik na bieżąco monitoruje sytuację związaną z ich likwidacją i podejmuje działania zmierzające do rozwiązania problemu²⁷. Przykładowo w dniach 4–5 grudnia br. w Sejmie RP odbyły się posiedzenia Komisji do spraw Petycji oraz Parlamentarnego Zespołu do spraw Zakończenia Bezdomności, w których uczestniczyła przedstawicielka Biura RPO. Spotkania dotyczyły omawianej tematyki. Efektem ww. posiedzenia było skierowanie do przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia pytania, czy IW mogłyby podlegać temu Resortowi i otrzymać status placówek medycznych, co wiązałoby się z płynniejszym pozyskiwaniem środków na ich funkcjonowanie oraz rozszerzenie personelu medycznego zatrudnionego. Zastanawiano się również, czy nie wprowadzić obligatoryjności prowadzenia IW – obecne przepisy stanowią, że organy powiatu mogą organizować i prowadzić izby wytrzeźwień, ale nie mają takiego obowiązku. Ponadto Komisja do Spraw Petycji podjęła decyzję o skierowaniu m.in. do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji dezyderatu w zakresie oceny kwestii finansowych związanych z funkcjonowaniem IW w jednostkach samorządu terytorialnego²⁸.

51. Zgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia MZ, skład zmiany danej izby wytrzeźwień, w zakresie jej liczebności, to minimum 4 osoby. Jednakże ust. 3 wskazanego aktu prawnego daje swobodę dyrektorowi danej placówki co do decyzji o składzie i liczebności zmiany, z zastrzeżeniem dotyczącym zachowania podstawowego składu osobowego²⁹.

52. Jeżeli zatem w IW może być pozbawionych wolności jednocześnie 35 osób, to niezależnie od obaw dotyczących dalszego funkcjonowania placówki,

²⁵ Zmiany w IW: godz. 7.00-19.00 i godz. 19:00-7:00.

²⁶ Jednocześnie brak izby wytrzeźwień, powoduje, że w części regionów RP, obowiązki opieki nad nietrzeźwymi przerzucane są – niesłusznie w ocenie KMPT – na Policję, o czym wielokrotnie sygnalizowano w raportach rocznych Krajowego Mechanizmu <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-raport-dzialalnosc-kmpt-2022> .

²⁷ Wystąpienie ZRPO Wojciecha Brzozowskiego w sprawie IX.517.1775.2024.

²⁸ https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisje_arch.xsp?unid=11A3BDE658F5EB15C1258BE2004DAC6B [dostęp: 19.12.2024].

²⁹ Musi to być zawsze: kierownik zmiany lub inna osoba wyznaczona jako odpowiedzialna za działalność izby wytrzeźwień lub placówki w trakcie zmiany, depozytariusz, lekarz lub felczer, a także opiekun zmiany. Z tego obowiązku wyłącza się pielęgniarkę lub ratownika medycznego oraz porządkowego.

kierowanie się ustawowym minimum w opisanej sytuacji i dodatkowe obciążanie pracowników zadaniami przypisanym innym zawodom/firmom zewnętrznym, odrywając ich od pracy w samej Izbie, stwarza ryzyko niewłaściwego traktowania pacjentów IW i zagraża ich zdrowiu oraz życiu. Osłabia bowiem nadzór na pacjentami i obniża standard w odniesieniu do stosowania przymusu bezpośredniego. Sytuacja ta determinuje konieczność zapewnienia większej liczby personelu na zmianie.

53. Krajowy Mechanizm zaleca, aby liczba personelu na każdej zmianie odpowiadała zagrożeniu występowania sytuacji nadzwyczajnych, konieczności stosowania środków przymusu bezpośredniego i ewentualnej potrzebie przeprowadzania resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Jednocześnie stan personelu powinien odpowiadać ilości standardowych zadań w tak pojemnej placówce, zapewniając odpowiednio płynną obsługę pacjentów w IW, z dochowaniem wszelkich procedur i z właściwym wypełnianiem dokumentacji włącznie.

54. Pracownicy IW odbywają obowiązkowe szkolenia, zgodne z § 5 rozporządzenia MZ. 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.

55. Rozważenia także wymaga zorganizowanie superwizji dla chętnych pracowników. 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.

56. KMPT zaleca zapewnienie personelowi szkoleń z zakresu praw człowieka i humanitarnego traktowania pacjentów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, a także rozważenie zorganizowania dla chętnych pracowników IW regularnych superwizji, przeprowadzanych przez zewnętrznego eksperta.

F. Warunki bytowe

57. Pomiary metrażu pomieszczeń dokonane podczas wizytacji Krajowego Mechanizmu ujawniają, że część sal dla pacjentów jest zbyt mała³⁰, co powoduje, że niektóre łóżka niemal stykają się ze sobą. Wielkość pomieszczeń jest niezgodna z § 6 ust. 6 rozporządzenia MZ³¹.

58. Budynek IW jest stary, co ma wpływ na stan pokoi dla pacjentów, wymagających remontu z uwagi na zawilgocenia i zacinienia ścian, wykruszone i podziurawione kafelki osłaniające dolną część ścian oraz wytarte linoleum na podłogach. Zapach w części pokoi dla pacjentów jest nieprzyjemny, co ma wprawdzie związek z zaniedbaniem higienicznym osób, które tam wcześniej przebywały, niemniej jednak sprzątanie, dezynfekcja i wietrzenie tych pomieszczeń nie zmienia w opisanym obszarze.

59. Placówka nie spełnia przewidzianych prawem warunków minimalnych dotyczących wyposażenia łazienek dla pacjentów w odpowiednią liczbę stanowisk prysznicowych, umywalek i pisuarów³². Ponadto z 3 umywalek 2 wyłączono dla pracowników i do mycia naczyń, a 1 z 2 pisuarów podczas wizytacji był nieczynny. Reasumując, Izba nie spełnia więc wymogów § 6 ust. 6 rozporządzenia MZ.

60. **Krajowy Mechanizm zaleca pilną modernizację placówki w celu pełnego dostosowania wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia i zapewnienia stosownych standardów bytowych w salach dla pacjentów.**

V. Zalecenia

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

a) **Dyrektorowi Ośrodka Pomocy Osobom Uzależnionym i Ich Rodzinom w Chorzowie:**

1. Podjęcie pilnych działań w celu wyeliminowania przypadków niewłaściwego traktowania pacjentów.
2. Ulepszenie sposobu rejestracji obrażeń przez dostosowanie mapy ciała do rozmiaru umożliwiającego prawidłowe zaznaczanie na nim obrażeń,

³⁰ „Powierzchnia pomieszczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, przypadająca na osobę przyjętą do izby wytrzeźwień lub placówki nie może być mniejsza niż 3 m², a w przypadku pomieszczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, nie mniejsza niż 6 m²”.

³¹ Na identyczny problem wskazano w raporcie z wizytacji tej placówki z 2012 r., sygn. RPO-712437-VII-720.7/12/DK.

³² Tamże.

- a także prowadzenie dokumentacji fotograficznej obrazów (za zgodą pacjenta).
3. Stosowanie zindywidualizowanych środków przymusu, jak najmniej inwazyjnych, dopasowanych do stanu pacjenta i okoliczności.
 4. Stosowanie środków przymusu jedynie do czasu ustania potrzeby takiej ingerencji w zachowanie danej osoby, a w przypadku rzeczywistej konieczności przedłużenia jego zastosowania – dochowanie należytej staranności przy podejmowaniu decyzji w tym zakresie.
 5. Stosowanie izolacji w pokojach jednoosobowych.
 6. Stosowanie parawanów przy jednoczesnym unieruchomieniu kilku osób.
 7. Stosowanie unieruchomienia przy udziale 5 członków personelu, tak aby w bezpieczny sposób zabezpieczyć wszystkie kończyny i głowę osoby unieruchamianej.
 8. Uprzednie informowanie pacjenta/pacjentki o możliwości zastosowania środka przymusu i odnotowywanie tego w dokumentacji jego/jej dotyczącej oraz wskazywanie w dokumentacji z przebiegu stosowania danego środka dokładnych, odpowiadających rzeczywistości informacji.
 9. Kontrolowanie co 15 min. stanu zdrowia pacjenta unieruchomionego w pasach w ramach środka przymusu, z wejściem do pokoju, w którym przebywa, i sprawdzeniem jego funkcji życiowych oraz prawidłowości/zasadności dalszego unieruchomienia.
 10. Wpisywanie przez lekarza do dokumentacji wszelkich istotnych kwestii dotyczących pacjentów, którymi się w tym czasie zajmuje, oraz wszelkich informacji i decyzji dotyczących przymusu bezpośredniego.
 11. Skorygowanie treści Regulaminu Izby przez usunięcie przepisów niezgodnych z prawami człowieka i zasadami konstytucyjnego systemu źródeł prawa; przywrócenie możliwości kontaktu z osobami bliskimi oraz z pełnomocnikiem.
 12. Uzupełnienie tablicy informacyjnej o Regulamin, dane teleadresowe innych instytucji, do których mogą zgłaszać się pacjenci, oraz wywieszenie tożsamyh informacji w pokojach dla osób trzeźwiejących.
 13. Zapewnienie personelowi szkoleń z zakresu praw człowieka i humanitarnego traktowania pacjentów, praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją (w tym deeskalacji agresji) i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu; rozważenie zorganizowania dla chętnych pracowników IW regularnych superwizji przeprowadzanych przez zewnętrznego eksperta.

14. Pilną modernizację placówki w celu pełnego dostosowania wymogów rozporządzenia MZ i zapewnienia stosownych standardów bytowych w salach dla pacjentów.

b) Prezydentowi Miasta Chorzów:

1. Zapewnienie Dyrektorowi Ośrodka Pomocy Osobom Uzależnionym i Ich Rodzinom w Chorzowie środków finansowych na realizację tych spośród powyższych zaleceń, które wymagają nakładów finansowych.

Opracowała: Dorota Krzysztoń

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/