

Warszawa, dnia 26 marca 2018 r.

KMP.574.1.2018.JJ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Działu Opieki nad Osobami Nietrzeźwymi wchodzącego w skład Ośrodka
Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Pile
(wyciąg)**

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 26-27.02.2018 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT) przeprowadził wizytację Działu Opieki nad Osobami Nietrzeźwymi (pełniący funkcję izby wytrzeźwień) wchodzącego w skład Ośrodka Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zlokalizowanego przy ulicy ul. Polnej 3 w Pile (dalej: placówka, Izba). W skład zespołu wizytującego wchodził: dr Justyna Józwiak (socjolog), Klaudia Kamińska (prawnik), Marcin Kusy (prawnik) oraz dr n. med. Joanna Klara Żuchowska – ekspertka KMPT, specjalista chorób wewnętrznych (wyniki jej ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu).

Celem wizytacji KMPT było sprawdzenie stanu przestrzegania praw pacjentów przebywających w placówce oraz dokonanie oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W trakcie wizytacji wykonano następujące czynności:

- 1) przeprowadzono rozmowę wstępną z p. Ewą Hołubiec – dyrektorką Ośrodka;
- 2) dokonano oglądu placówki: sal pacjentów, sanitariatów, gabinetu zabiegowego, pomieszczeń, w których realizowane jest przyjęcie pacjentów;

- 3) przeprowadzono rozmowę indywidualną z pacjentem;
- 4) dokonano analizy dokumentacji dostępnej na miejscu, w tym kart ewidencyjnych pacjentów;
- 5) dokonano analizy monitoringu ze stosowania przymusu bezpośredniego;
- 6) wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele KMPT poinformowali dyrektora Ośrodka o ustaleniach dokonanych w trakcie wizytacji, a także wysłuchali jej uwag i wyjaśnień. Po zakończeniu wizytacji poddano analizie dokumentację i informacje związane z funkcjonowaniem placówki.

Podczas wizytacji w przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają zagadnienia związane z legalnością pobytu pacjentów w placówce, ich traktowaniem, prawem do informacji, ochrony zdrowia, a także warunki bytowe i dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W raporcie wskazano jedynie obszary pozytywnie wyróżniające placówkę oraz takie, w których KMPT stwierdziło nieprawidłowości.

2. Ogólna charakterystyka placówki

Ośrodek Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Pile funkcjonuje od 1999 r. W jego skład wchodzi Dział Profilaktyki i Wczesnej Terapii Uzależnień oraz Dział Opieki nad Osobami Nietrzeźwymi, pełniący funkcję izby wytrzeźwień. Ośrodek finansowany jest z budżetu Miasta Piły. Opłata za pobyt w Izbie wynosi 298,18 zł.

Placówka posiada 18 miejsc dla dorosłych nietrzeźwych mężczyzn i kobiet oraz 2 dodatkowe miejsca dla osób niepełnoletnich. W 2017 r. zostało w niej umieszczonych 3065 osób, w tym 213 kobiet oraz 8 osób niepełnoletnich. W latach 2016-2018 miał miejsce jeden zgon pacjenta, sprawa pozostaje w zainteresowaniu prokuratury (postępowanie w toku).

3. Mocne strony placówki

Przedstawiciele KMPT dostrzegli kilka pozytywnych rozwiązań i dobrych praktyk. W placówce wywieszona jest w dostępnym miejscu adreсы do instytucji stojących na straży praw człowieka, tj. do RPO oraz Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. Sale dla pacjentów sprawiają przyjemne wrażenie (ściany dekoruje fototapeta). Ponadto pacjenci oraz ich rodziny mogą skorzystać z bezpłatnych porad radcy prawnego, który pełni dyżur w Ośrodku raz w tygodniu. W Ośrodku zatrudnieni są także profesjonaliści z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych i dzięki ich obecności pacjenci mogą skorzystać z porad, konsultacji pedagogicznych i terapeutycznych. Pacjenci mają także możliwość zawiadomienia telefonicznego wskazanej przez nie osoby (reguluje to Zarządzenie Dyrektora Ośrodka

Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Pile nr 4/2011). Każdy z pracowników ma obowiązek powiadomienia osoby doprowadzonej do Działu Opieki nad Osobami Nietrzeźwymi o przysługującym jej prawie do zawiadomienia wskazanej przez siebie osoby o pobycie, a następnie przedstawia do podpisu tzw. kartę powiadomienia, którą dołącza się do karty pobytu osoby nietrzeźwej zakładanej po przyjęciu do Izby. Ponadto, ekspertka KMPT – specjalistka chorób wewnętrznych, która brała udział w wizytacji uznała, że dokumentacja lekarska, raporty oraz opisy w kartach pobytu prowadzone są prawidłowo. W dokumentacji medycznej znajdują się tzw. mapy ciała, na których zaznaczone są wszelkie obrażenia, blizny, tatuaże, które lekarz dostrzegł oraz opisał podczas badania pacjenta przy przyjęciu do Izby, co należy ocenić jako dobrą praktykę z punktu widzenia skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, o którym mowa w Protokole Stambulskim.

4. Obszary wymagające poprawy

4.1. Traktowanie

Analiza monitoringu wykazała, że podczas stosowania przymusu bezpośredniego w przypadku jednego z pacjentów, przeprowadzono go chwytem transportowym (chwyt za szyję) ze zwykłej sali do sali z pasami (informacja o zastosowaniu przytrzymania nie została ujęta w karcie ewidencji pacjenta). Następnie został on położony na brzuchu na łóżku wyposażonym w pasy unieruchamiające. Jeden z opiekunów wszedł kolanami na leżącego pacjenta, przygniatał mu plecy, głowę, szyję oraz przydepnął jego stopę, próbując w ten sposób go unieruchomić. Z kolei drugi opiekun usiłował w tym czasie zapiąć pacjentowi ręce i nogi w pasy. W opinii KMPT, wobec tego pacjenta użyto siły fizycznej w sposób nieadekwatny do zaistniałej sytuacji. Techniki stosowania przymusu bezpośredniego powinny być nastawione na minimalne użycie siły dla powstrzymania agresywnych zachowań. Zgodnie z *ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (Dz. U. z 2016 r. poz. 487, tekst jedn.) 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 (art. 42 § 6). W opinii KMPT w analizowanej sytuacji opiekun nadużył wobec pacjenta siły fizycznej, nie dochowując tym samym wyżej wskazanej zasady.

4.2. Warunki bytowe

Pomiar sal zwykłych wykazał, że sale 4-osobowe mają powierzchnię ok. 11,800 m², zaś sale 2-osobowe powierzchnię 5,175 m², co oznacza, że powierzchnia przypadająca na jednego pacjenta jest mniejsza niż 3 m². Dodatkowo w Izbie nie ma wyodrębnionego oddzielnego pomieszczenia dla osób, których zachowanie stwarza poważne zagrożenie dla ich zdrowia lub życia albo zdrowia lub życia innych osób przyjętych do izby wytrzeźwień (pomieszczenie do unieruchomienia, izolatka). Funkcje takiego pomieszczenia pełni jedna z 4-osobowych sal zwykłych. W dniu wizytacji dwa łóżka w tej sali wyposażone były w pasy służące do unieruchomienia. Przedstawiciele KMPT podkreślają, że zgodnie z wymogami powierzchnia sal zwykłych przypadająca na osobę przyjętą do izby wytrzeźwień nie może być mniejsza niż 3 m², a w przypadku pomieszczenia do stosowania unieruchomienia, nie mniejsza niż 6 m² (§ 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego, Dz. U. z 2014 r., poz. 1850).

W trakcie wizytacji toaleta męska nie posiadała drzwi, co powodowało, że mężczyźni korzystający z pisuaru byli widoczni przez osoby znajdujące się na głównym korytarzu Izby. Z wyjaśnień dyrektorki Ośrodka wynika, że jest to sytuacja przejściowa, gdyż drzwi należało zdemontować i naprawić. Niemniej jednak w ocenie przedstawicieli KMPT w takich sytuacjach należałoby zapewnić inną formę odgradzenia łazienki od korytarza (np. zasłonę), która przynajmniej w minimalny sposób zapewniałaby intymność podczas korzystania z toalety.

Ponadto pasy służące do unieruchomienia wymagają wymiany. Obecne są zabrudzone i zniszczone.

4.3. Prawo do informacji

Analiza dokumentacji wykazała, że w ciągu ostatnich miesięcy pacjentami Izby byli także cudzoziemcy (obywatel Gruzji oraz obywatel Ukrainy). Ich protokoły doprowadzenia, karty ewidencji oraz karty depozytowe nie zawierały informacji na temat ewentualnej bariery językowej lub korzystania z pomocy tłumacza. W Karcie ewidencji obywatela Gruzji (nr 379), w rozdziale V pn.: *Rozmowa dotycząca szkodliwości spożywania alkoholu oraz motywująca do podjęcia leczenia odwykowego* napisano jedynie: *kontakt trudny – słaba znajomość języka polskiego*. Ten sam pacjent, jak wynika z powyższej Karty nierozumiejący języka polskiego, podpisał się pod wszystkimi dokumentami, oświadczeniami w języku polskim (pod kartą depozytową, kartą powiadomienia osoby o umieszczeniu w izbie,

wezwanie do uiszczenia opłaty, zgody na badanie na zawartość alkoholu w organizmie, etc.) bez udziału tłumacza.

Przedstawiciele KMPT rekomendowali, aby każda osoba przyjmowana do placówki była poinformowana o swoich prawach i obowiązkach w języku dla siebie zrozumiałym. 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 znajomości języka polskiego przez osobą doprowadzoną do izby.

4.4.Prawo do opieki medycznej

Gabinet zabiegowy wyposażony jest m.in. w defibrylator, aparat EKG, ambu, laryngoskop, rurki intubacyjne, butlę z tlenem, zestawy do kroplówek, strzykawki, igły wenflony, glukometr, aparat do mierzenia ciśnienia. Szafa apteczna nie jest jednak zabezpieczona przed dostępem osób trzecich. Według opinii ekspertki KMPT zaopatrzenie w leki oraz aparaturę diagnostyczną – poza niewielkimi brakami w lekach i sprzęcie (m.in. brak cewników Foleya, worków do moczu, rurki intubacyjne po okresie ważności – jest zgodne z Załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. *w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego*, Dz. U. z 2014 r., poz. 1850).

Karty medyczne pacjentów przechowywane są oddzielnie od kart ewidencyjnych. We wszystkich kartach wpisany jest poziom alkoholu po zbadaniu alkometrem w chwili przyjęcia oraz wstępne badanie lekarskie. Poza tym, na schematach ciała (odrębnych dla kobiet i mężczyzn) zaznaczane są wszelkie obrażenia jak stłuczenia, złamania, rany, krwotoki, oparzenia itp. W części dotyczącej pobytu wpisywane są podane leki, opatrunki, wykonane badania, skierowanie do szpitala. Przy zwalnianiu z placówki wpisana jest ocena stanu zdrowia i kontrolne badanie poziomu alkoholu. We wszystkich przeanalizowanych kartach był podpis i pieczętka lekarza w części dotyczącej zwolnienia z Izby, natomiast w bardzo wielu kartach brakowało sygnowania przez lekarza części dotyczącej pobytu. W niektórych kartach był podpis i pieczętka lekarza pod opisem badania wstępnego.

Według opinii ekspertki KMPT, w związku z różnym czasem i długością dyżurów lekarskich, zarówno badanie wstępne, jak i rubryki dotyczące pobytu oraz zwalniania winny być sygnowane przez lekarza aktualnie pełniącego dyżur. Ponadto, szafka apteczna nie może być otwarta, dostępna dla wszystkich pracowników. Leki silnie działające jak diazepam czy clonazepam w ampułkach winny być w osobnej kasetce, do której klucz ma tylko lekarz.

5. Zalecenia

Na podstawie art. 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania* Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca Dyrektorowi Ośrodka Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Pile:

- 5.1. stosowanie przymusu bezpośredniego bez nadmiernego używania siły fizycznej, w sposób jak najmniej uciążliwy dla osoby, wobec której przymus jest zastosowany, przy zachowaniu szczególnej ostrożności i dbałości o dobro tej osoby;
- 5.2. informowanie cudzoziemców o prawach i obowiązkach w języku dla nich zrozumiałym;
- 5.3. zapewnienie odpowiedniego metrażu powierzchni w salach dla pacjentów;
- 5.4. sygnowanie przez lekarza aktualnie pełniącego dyżur wszelkich badań, zarówno wstępnych, jak i tych w trakcie pobytu oraz zwalniania;
- 5.5. zabezpieczenie szafy aptecznej przed dostępem osób niepożądanych;
- 5.6. przechowywanie leków silnie działających (tj. diazepam, clonazepam w ampułkach) w osobnej kasetce, do której klucz ma tylko lekarz;
- 5.7. wymiany pasów służących do unieruchomienia na nowe.