

Warszawa, 21 sierpnia 2012 r.

RPO-708084-VII-720.7/12/JJ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji w Izbie Wytrzeźwień w Zamościu
(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 z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 30 lipca 2012 r. do Izby Wytrzeźwień w Zamościu (dalej: Izba lub placówka) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (dalej: KMP): Joanna Żuchowska (dr nauk medycznych), Dorota Krzysztoń (kryminolog), Wojciech Sadownik i Marcin Kusy (prawnicy), Justyna Józwiak (politolog w zakresie resocjalizacji).

Celem wizytacji zapobiegawczej Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu sposobu traktowania osób doprowadzonych do wytrzeźwienia, dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem.

W ramach wizytacji:

- przeprowadzono rozmowy na temat funkcjonowania Izby z p. Andrzejem Kargolem - dyrektorem placówki oraz pracownikami pełniącymi dyżur w Izbie podczas wizytacji;

- dokonano oglądu wszystkich pomieszczeń Izby użytkowanych przez pacjentów;
- przeprowadzono rozmowy z dwoma pacjentami (mężczyznami);
- zapoznano się z losowo wybranymi nagraniami z monitoringu z zastosowania przymusu bezpośredniego;
- oceniono stan opieki medycznej oraz zaopatrzenia Izby w aparaturę i leki;
- przejrzano na miejscu dokumentację dotyczącą pacjentów i funkcjonowania Izby m.in.: losowo wybrane karty pacjentów, dokumentację skargową, rejestr osób unieruchomionych, książkę raportów.

Dokonane w oparciu o powyższe czynności ustalenia przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji przekazali dyrektorowi Izby Wytrzeźwień w Zamościu oraz wysłuchali jego uwag i wyjaśnień.

Ponadto po zakończeniu wizytacji przeanalizowano: Regulamin Izby Wytrzeźwień w Zamościu, Zarządzenie Nr 1/04 Dyrektora Izby Wytrzeźwień w Zamościu z dnia 2.04.2004 r. w sprawie wprowadzenia zmian w Regulaminie organizacyjnym Izby Wytrzeźwień w Zamościu, sprawozdanie z wykonania budżetu do Urzędu Miasta Zamość z dnia 10.02.2012 r., Protokół kontroli sanitarnej z dnia 29.03.2012 r., sprawozdanie za 2011 rok, które Izba składa corocznie Ministrowi Zdrowia.

2. Charakterystyka Izby

Izba Wytrzeźwień w Zamościu funkcjonuje od 1997 r. Nadzór nad jej działalnością sprawuje Prezydent Miasta Zamość. Osoby w stanie nietrzeźwości dowożone są z terenu Zamościa oraz 46 gmin, które podpisały stosowne porozumienie o świadczenie tego rodzaju usług. Średnie dzienne obłożenie wynosi ok. 6 – 8 osób. Zwiększony ruch obserwuje się w końcu tygodnia, w okresie świątecznym jak i w porze jesienno-zimowej. W 2011 r. przyjęto do Izby 2878 osób, w tym: 2686 mężczyzn, 167 kobiety, 22 nieletnich chłopców i 3 nieletnie dziewczęta. Natomiast w pierwszym półroczu 2012 r. w Izbie przebywało 1445 osób ogółem, w tym: 1354 mężczyzn, 71 kobiet i 15 nieletnich chłopców.

Opłata za pobyt w placówce wynosi 250 zł. Jeżeli osoba umieszczona dysponuje gotówką, dokonuje się potrącenia należności za pobyt. Ściągalność opłat od pacjentów szacuje się na ok. 20-25%. Sytuacja finansowa placówki ulega stopniowemu pogorszeniu, jednakże w styczniu br. udało się zainstalować monitoring. W 2012 r. planowano również dostosowanie Izby do potrzeb osób z niepełnosprawnością. W chwili obecnej z powodu ograniczonych środków finansowych nie ma możliwości zrealizowania tego planu. KMP uważa jednak, że pomimo tych trudności można, choćby w niewielkim stopniu, poprawić od razu sytuację (np. założyć uchwyty w WC).

W dniu wizytacji w Izbie przebywało 2 pacjentów, z którymi przedstawiciele KMP przeprowadzili indywidualne rozmowy. Czas pobytu tych pacjentów nie trwał dłużej niż 24 godziny.

3. Personel Izby

W skład zespołu dyżurującego wchodzi trzy osoby – depozytariusz (zawsze kobieta), opiekun i lekarz. Ogółem w Izbie zatrudnionych jest: 8 lekarzy, 6 depozytariuszy, 6 opiekunów zmiany, porządkowa oraz pracownicy administracyjni. Większość osób posiada wykształcenie wyższe. Jak wynika z informacji zgromadzonych podczas wizytacji, wszyscy pracownicy, poza lekarzami, posiadają orzeczenia psychologiczne o przydatności do pracy w Izbie. Ponadto, pracownicy Izby corocznie uczestniczą w szkoleniach z zakresu udzielenia pierwszej pomocy, stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych.

Izba nie zatrudnia psychologa. W związku z tym cele określone w § 18 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2004 r. w *sprawie trybu doprowadzania, przyjmowania i zwalniania osób w stanie nietrzeźwości oraz organizacji izb wytrzeźwień i placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostkę samorządu terytorialnego* (Dz. U. z 2004 r. Nr 20, poz. 192, ze zm.), zwanego dalej rozporządzeniem, są realizowane w ograniczonym zakresie. Zgodnie z zapisami zawartymi w Regulaminie Izby Wytrzeźwień w Zamościu, przeprowadzanie rozmów motywacyjnych z osobami opuszczającymi Izbę w zakresie szkodliwości spożywania

alkoholu oraz informowanie o sposobach i możliwościach podjęcia leczenia należy do zadań dyrektora Izby lub osoby przez niego wyznaczonej (§ 31 Regulaminu). W praktyce zadania te wykonuje lekarz podczas zwalniania pacjenta. Rozmowy z osobami opuszczającymi Izbę na temat szkodliwości alkoholu nie dają jednak spodziewanych efektów. W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji, szereg czynności związanych ze zwolnieniem pacjenta z Izby powoduje, że zadania te mogą być pomijane lub realizowane w tzw. „pośpiechu”. Wskazane jest zatem nawiązanie współpracy z psychologiem/terapeutą, dysponującym pełną wiedzą w zakresie leczenia uzależnienia, którego praca skupiałaby się wyłącznie na przeprowadzaniu rozmów profilaktycznych i motywacyjnych z pacjentami Izby, w ramach których mógłby on w wyczerpujący sposób podejmować działania motywujące do leczenia odwykowego i dostarczać pacjentom informacji o możliwości podejmowania profesjonalnej terapii. Należy podkreślić, iż Krajowy Mechanizm Prewencji jest przekonany o słuszności działań związanych z nawiązywaniem współpracy z psychologami lub terapeutami, dysponującymi pełną wiedzą w obszarze leczenia uzależnień. Praca takich osób w Izbach winna być ukierunkowana na jak najczęstszy kontakt z pacjentami i ich rodzinami.

W chwili obecnej profilaktyka przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu oraz jego skutkom, realizowana w Izbie, sprowadza się do udostępniania pacjentom adresów na temat punktów, w których mogą uzyskać pomoc.

4. Prawo do informacji

Strukturę organizacyjną Izby opisuje Regulamin Izby Wytrzeźwień w Zamościu, określający główne cele i zadania placówki. Izba nie posiada natomiast regulaminu przeznaczonego dla osób w niej umieszczanych, który posiadałby krótki spis praw i obowiązków oraz zasad panujących w Izbie i byłby dostępny dla każdego pacjenta. Niewątpliwie świadomość przysługujących praw stanowi jedną z podstawowych gwarancji przeciwko złemu traktowaniu. Mając na uwadze powyższe, Krajowy Mechanizm Prewencji rekomenduje stworzenie regulaminu pobytu zawierającego prawa i obowiązki pacjentów izby oraz zamieszczenie go w miejscach

ogólnodostępnych wraz z listą adresów instytucji, do których mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia tych praw, np. do: Rzecznika Praw Obywatelskich i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Krajowy Mechanizm Prewencji uznał także, że w widocznym miejscu winna znaleźć się informacja na temat możliwości złożenia zażalenia przez osobę doprowadzoną do izby wytrzeźwień, w którym może domagać się zbadania zasadności i legalności doprowadzenia, jak również decyzji o zatrzymaniu oraz prawidłowości ich wykonania. Dyrektor Izby poparł tą rekomendację i po zakończeniu wizytacji informacja taka została wywieszona w dyżurce, w której przyjmowani i zwalniani są pacjenci.

5. Traktowanie

W kwestii traktowania KMP zwrócił uwagę na następujące zagadnienia.

Pierwsza z nich dotyczyła stosowanej w Izbie praktyki każdorazowego rozbierania pacjentów z własnych ubrań. Analizując dokumentację przedstawiciele Mechanizmu trafili na informacje wskazujące na to, że każdy przyjęty do Izby pacjent zanim doprowadzony zostanie do sali, musi wpierw rozebrać się ze swoich ubrań i pozostawić je w depozycie ubraniowym. Jak wyjaśnił dyrektor placówki, praktyka ta spowodowana jest względami higienicznymi i bezpieczeństwa. Paragraf 10 rozporządzenia istotnie mówi o tym, że *Osobom przyjętym do izby lub placówki można wydać na czas pobytu odzież zastępczą*. Nie jest to jednak równoznaczne ze zobowiązaniem każdej osoby przyjmowanej do placówki do rozbierania się lub przebierania się w taką odzież. Tym bardziej, że zatrzymani mężczyźni, którzy byli w Izbie w dniu wizytacji KMP, przebywali w salach wyłącznie w białym, nie otrzymali odzieży zastępczej. Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu, w tego typu przypadkach przypomina, analogicznie do sytuacji rewizji osobistych, że rozkaz rozebrania się powinien wynikać z konieczności zachowania bezpieczeństwa (patrz: wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 31 marca 2009 r. w sprawie Wiktoro przeciwko Polsce, skarga nr 141612/02). Nakaz rozbierania się może naruszać art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych

Wolności, który przewiduje między innymi ochronę fizycznej i psychicznej integralności człowieka oraz poszanowanie dla jego życia prywatnego (*Artykuł 8. 1. Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji. 2. Niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności osób*). Nie ma wątpliwości, iż wymóg poddania się przeszukaniu połączonemu ze zdjęciem odzieży będzie co do zasady stanowił ingerencję na podstawie art. 8 ust. 1 Konwencji oraz będzie wymagał uzasadnienia zgodnie z ustępem drugim, a mianowicie będzie musiał być "przewidziany przez ustawę" oraz "konieczny w demokratycznym społeczeństwie" przez wzgląd na jeden z uzasadnionych prawnie celów wskazanych w tymże ustępie. Zgodnie z ustaloną linią orzecniczą, pojęcie konieczności oznacza, iż przedmiotowa ingerencja odpowiada pilnej potrzebie społecznej oraz w szczególności, iż jest proporcjonalna do prawnie uzasadnionego celu, który w ten sposób jest realizowany (wyrok ETPC z dnia 26 września 2006 r. w sprawie *Wainwright v. Wielka Brytania*, skarga nr 12350/04).

W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji procedura przyjęta w wielu izbach wytrzeźwień, w tym w Izbie w Zamościu, polegająca na każdorazowym zobowiązaniu osób przyjmowanych do placówki do rozbierania z własnej odzieży, jeśli nie zachodzi taka potrzeba, jest nieprawidłowa. Wszelkie środki bezpieczeństwa (w tym przypadku rozbieranie się), wkraczające tak dalece w wolność i prywatność człowieka, powinny być ograniczone do koniecznego minimum i wyjątkowych sytuacji.

Druga kwestia dotyczy zachowania jednego z pracowników Izby (dane osobowe usunięto) - opiekuna zmiany, które przedstawiciele KMP zauważyli podczas wizytacji. Jego sposób zwracania się do pacjentów oraz współpracowników należy uznać za nieprofesjonalny i nieuprzejmy. Możliwe jest, że zachowanie takie było incydentalne. Niemniej jednak spostrzeżenia przedstawicieli KMP pokrywały się z informacjami

uzyskanymi w trakcie indywidualnych rozmów z pacjentami, którzy wskazywali, że zachowanie tego pracownika wobec nich było niegrzeczne, zaś jego reakcja na prośby i pytania pacjentów sprowadzała się do zastraszania zapięciem ich w pasy. Krajowy Mechanizm Prewencji podkreśla, że biorąc pod uwagę trudny charakter pracy w izbach wytrzeźwień, niezwykle istotne jest, aby personel był starannie dobrany, odpowiednio przeszkolony oraz ściśle nadzorowany przez dyrektora Izby, a także dostosowujący się do jego poleceń.

W ciągu ostatnich dwóch lat odnotowano jedną skargę na pobyt w Izbie (2011 r.). Pacjent skarżył się na to, że został uderzony przez pracownika Izby kolanem w twarz, gdy ten kazał mu się rozebrać. W wyniku tego uderzenia złamany został mu nos. W trakcie badania lekarskiego stwierdzono jedynie otarcie naskórka nosa. Dyrektor Izby przeprowadził postępowanie wyjaśniające w trakcie którego ustalił, że obrażenia powstały podczas transportu do Izby, kiedy to pacjent zachowywał się bardzo agresywnie i uderzył głową w ściankę z pleksy zamontowaną w radiowozie. Funkcjonariusze Policji faktycznie taką informację zawarli w dokumentacji Izby (protokół doprowadzenia i karta ewidencyjna pobytu). W związku z powyższym skarga została uznana za bezzasadną.

6. Przymus bezpośredni

Wizytujący dokonali przeglądu nagrań z monitoringu z zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. Analizowane nagrania ujawniły następujące nieprawidłowości:

- zapis monitoringu z umieszczenia w dniu 29.07.2012 r. p. (dane osobowe usunięto) w tzw. izolatce pokazał, że pacjent zapinany był w pasy przez pracownika Izby oraz 6 funkcjonariuszy Policji. Podczas wykonywania tej czynności (o godz. 17.11) jeden z funkcjonariuszy Policji bardzo silnie przyciska kolana pacjenta nogą, wykorzystując przy tym ciężar swojego ciała i zapierając się drugą nogą (zał. 1 i 2). W opinii Krajowego Mechanizmu Prewencji, użyto siły fizycznej w sposób nieadekwatny do zaistniałej sytuacji. Techniki stosowania przymusu bezpośredniego powinny być nastawione na minimalne użycie siły dla powstrzymania agresywnych zachowań. W

opinii KMP w analizowanej sytuacji funkcjonariusz Policji nadużył swojej siły doprowadzając tym samym do tego, że sposób unieruchomienia pacjenta był nieludzkim traktowaniem, mogącym prowadzić do uszkodzeń ciała. Wątpliwości budzi również konieczność uczestniczenia w tym przypadku aż 6 funkcjonariuszy Policji. Zgodnie ze strasburską linią orzecniczą, użycie siły wobec osób pozbawionych wolności za wyjątkiem wypadków, w których jest ono nieodzowne i nie jest nadmierne, a wynika z zachowania danej osoby, stanowi naruszenie art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, ponieważ uderza w poczucie godności (Ribitsch przeciwko Austrii, skarga nr 18896/91, Altay przeciwko Turcji, skarga nr 22279/93, Krastanov przeciwko Bułgarii, skarga nr 50222/99).

- analiza nagrań z monitoringu wykazała ponadto fakt niedokonywania bezpośrednich kontroli stanu fizycznego osoby unieruchomionej co 15 minut. Krajowy Mechanizm Prewencji przypomina, że obowiązek ten wynika z § 11 wyżej wymienionego rozporządzenia. Mechanizm zaleca wyeliminowanie nieprawidłowości w tym zakresie i dokonywanie kontroli nie tylko przez okno czy obraz z monitoringu, ale również poprzez wchodzenie do pokoi po to, by np. sprawdzić, czy pasy, uchwyty, prześcieradła lub kaftan bezpieczeństwa nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno oraz sprawdzić stan pacjenta.

- ponadto, nagranie z monitoringu wykazało nieścisłości związane z godziną zastosowania unieruchomienia pacjenta. Zgodnie z przykładowym zapisem z kamery osoba została umieszczona w tzw. izolatce o godz. 17.06, zaś w dokumentacji placówki odnotowano godz. 17.30. Mając na uwadze, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego jest dalece idącą ingerencją w wolność człowieka, której ramy czasowe są ściśle ograniczone w § 11 pkt 1b rozporządzenia (stosowanie przymusu polegającego na unieruchomieniu nie może trwać dłużej niż 4 godziny, w razie potrzeby dłużej), należy przykładac szczególną uwagę do przestrzegania tych przepisów oraz w dokładny sposób je dokumentować.

7. Prawo do ochrony zdrowia

Opiekę lekarską nad pacjentami Izby sprawuje 8 lekarzy. Czterej z nich to specjaliści (internista II st., ginekolog, anestezjolog, radiolog), czterech w trakcie specjalizacji (laryngologia, ortopedia). Wszyscy lekarze mają podpisaną umowę o pracę w niepełnym wymiarze godzin (w sumie 4,5 etatu), w systemie dyżurów 12 lub 24 godzinnych.

Po wykonaniu badania atestowanym alkometrem pacjenci przyjmowani są do Izby. Wynik zostaje dołączany do akt. Jeśli nie ma zgody na to badanie, przyjęcie odbywa się na podstawie obrazu klinicznego. Badania pacjentów odbywają się w ambulatorium, bez obecności osób nie należących do personelu medycznego.

W gabinecie lekarskim, pełniącym również funkcję gabinetu zabiegowego, znajduje się apteczka i aparatura medyczna. Wszystkie leki mają odpowiedni termin ważności. W wyposażeniu jest m.in. butla z tlenem, ssak elektryczny, zestaw reanimacyjny łącznie z ambu, laryngoskopem, defibrylatorem, zestawy do kroplówek, cewniki, glukometr. Nie ma pasków diagnostycznych do wykrywania jakościowego opiatów, amfetaminy czy innych środków tego rodzaju. Przeprowadzona była jeden raz pełna, skuteczna akcja reanimacyjna z zastosowaniem sprzętu reanimacyjnego łącznie z defibrylatorem. Jeśli przywieziona osoba jest w ciężkim stanie ogólnym, wezwane pogotowie ratunkowe przewozi ją do szpitala miejskiego. Współpraca z miejską służbą zdrowia układa się dobrze.

Przy zwalnianiu z Izby wykonywane jest badanie alkometrem po raz wtóry. Pacjent zostaje wypisany, gdy jego stan na to pozwala. Przejrzano 31 wybranych losowo kart pobytu. We wszystkich kartach dołączone były wyniki badania alkometrem przy przyjęciu i opuszczaniu Izby. Wyniki badania lekarskiego potwierdzone są pieczętą i podpisem lekarza. W dwóch kartach odnotowane były otarcia naskórka, zasinienia, ślady urazów, z zaznaczeniem lokalizacji. W żadnej z kart nie odnotowano notatek o jakichkolwiek innych odchyleniach w stanie zdrowia. W karcie pacjenta u którego zastosowano przymus bezpośredni, dane dotyczące tego postępowania były nader lakoniczne; podany był jedynie czas stosowania przymusu (6 godzin) bez podania przyczyny, przebiegu, obserwacji. W rozdziale V karty pobytu należy podać

powód zastosowania izolatki, przyczynę przymusu; nie ma jednak szczegółowych rubryk dotyczących monitorowania. Możliwym jest, iż z tego powodu zarówno lekarz jak i personel nie są w pełni świadomi konieczności stałej obserwacji, kontroli co 15 minut, zwalniania okresowo unieruchomienia, zapisywania danych. W ocenie KMP wszystkie przypadki stosowania środków przymusu bezpośredniego powinny być rzetelnie dokumentowane w karcie pacjenta.

8. Warunki bytowe

Przy wejściu do Izby znajduje się niewielki pokój przyjęć, połączony z dyżurką. Tu pacjenci są przyjmowani, oddają i odbierają swój depozyt.

Osoby nietrzeźwe umieszczane są w 2 i 3 – osobowych salach usytuowanych na 2 kondygnacjach (parter, I piętro). Zostały wyznaczone sale dla kobiet, małoletnich oraz osób zaniedbanych pod względem higienicznym, głównie bezdomnych.

Sal dla osób nietrzeźwych wyposażone zostały w jednakowy sposób. W każdej znajdowały się łóżka z materacami pokrytymi tworzywem nieprzemakalnym i łatwo zmywalnym. Ściany pomieszczeń były czyste, bez uszkodzeń. W pokojach zamontowano uchylne okna zabezpieczone od zewnątrz kratą. W dniu wizytacji temperatura pomieszczeń była właściwa. Powierzchnia pomieszczenia przypadająca na osobę była odpowiednia (nie mniejsza niż 3 m²). Każdy z pokoi wyposażony jest w przycisk instalacji przywoławczej, umożliwiający w razie potrzeby wezwanie pracownika Izby. Ponadto, w salach zainstalowano kamery umożliwiające bezdźwiękową transmisję obrazu.

Wyodrębniono także dwuosobowe pomieszczenie przeznaczone dla osób, których zachowanie stwarza poważne zagrożenie dla ich zdrowia lub życia, albo zdrowia i życia innych osób przebywających w Izbie. Wyposażenie tej sali stanowią dwa łóżka zaopatrzone w materace, pokryte materiałem zmywalnym oraz pasy służące do unieruchomienia. Powierzchnia tej sali wynosi 6,6 m² co powoduje, że nie spełnia wymogów, o których mowa w § 20 pkt 1 ust 1 rozporządzenia (powierzchnia w tzw. izolatce przypadająca na osobę nie może być mniejsza niż 6 m²).

Na każdym piętrze do dyspozycji osób doprowadzonych do wytrzeźwienia wyodrębniono łazienki (oddzielne dla mężczyzn i kobiet) wyposażone w umywalkę oraz kabinę WC. W łazienkach znajdują się dozowniki z mydłem i pojemniki na ręczniki jednorazowego użycia (w dniu wizytacji były one puste). Sanitariaty były utrzymane w czystości, ich stan nie budził zastrzeżeń. Na parterze wydzielono łazienkę z prysznicem, w której udzielane są świadczenia higieniczne osobom zaniedbanym.

W skład pomieszczenia natryskowego wchodzi przedsionek, w którym zamontowany jest kran z gumowym węzłem prysznicowym oraz zakratowany natrysk z włącznikiem wody. Krajowy Mechanizm Prewencji poinformował dyrektora Izby, że taka konstrukcja może być wykorzystywana do przymusowego mycia pacjentów, które uznaje się za poniżające traktowanie. W związku z powyższym krata oraz gumowy wąż prysznicowy wymaga natychmiastowego demontażu. Dyrektor Izby po zakończeniu wizytacji poinformował KMP o tym, że w dniu 31.07.2012 r. została zdemontowana w sposób trwały krata w pomieszczeniu natryskowym dla pacjentów. Wykonano również siedzisko bezpieczne dla pacjentów podczas kąpieli, co zostało potwierdzone dokumentacją fotograficzną.

Pacjenci Izby przebierają się oraz zostawiają swoje rzeczy w tzw. rozbieralni, gwarantującej osobie przebierającej się poczucie intymności. Rzeczy wartościowe, które pacjent posiada przy sobie, są rejestrowane i przechowywane w numerowanych workach depozytowych, w szafie pancерnej. Wyznaczono także miejsce do przechowywania ubrań. W drukach depozytowych spisywane są wszystkie rzeczy pacjentów. Zgodnie z § 27 ust. 3 pkt. 8 rozporządzenia, karta ewidencyjna zawiera m.in. uwagi osoby zwalnianej. Przy wyjściu pacjenta z Izby, w części przeznaczonej na uwagi osoby zwalnianej przystawiana jest pieczętka o treści: *„Nie zgłaszam zastrzeżeń co do wydawania dokumentów, depozytu wartościowego i pieniędzy”*. Praktyka ta budzi wątpliwości KMP, ponieważ taka forma nie daje pacjentom możliwości samodzielnego wyrażenia zdania w przypadku, gdy nie zgadzają się z treścią pieczętki, a zastrzeżenia zwalnianych sprowadza do kwestii wydawania dokumentów i depozytu. Dlatego KMP rekomenduje zmianę tej części karty pobytu w taki sposób, aby możliwe było własnoręczne potwierdzenie tego typu deklaracji oraz wpisanie ewentualnych

uwag. Dyrektor Izby w odpowiedzi na tą wątpliwość przedstawiciele KMP powiadomił, że zmieni praktykę placówki w omawianym zakresie i umożliwi osobom zwalnianym własnoręczne potwierdzanie braku uwag lub ich samodzielne przedstawianie.

W Izbie wyodrębnione są magazyny przeznaczone do przechowywania czystej i brudnej bielizny pościelowej.

9. Zalecenia Krajowego Mechanizmu Prewencji

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 zaleca:

1. Dyrektorowi Izby Wytrzeźwień w Zamościu:

- 1.1. dokonywanie bezpośredniej kontroli stanu fizycznego osoby unieruchomionej nie rzadziej niż co 15 minut;
- 1.2. przykładanie szczególnej uwagi do przestrzegania przepisów dotyczących czasu unieruchamiania pacjentów oraz w dokładny sposób dokumentowanie tych czynności zarówno przez lekarza jaki i pozostałych pracowników;
- 1.3. uwzględnienie w dokumentacji medycznej opisów otarć, siniaków, śladów urazów pacjentów;
- 1.4. zaprzestanie praktyki przymusowego rozbierania pacjentów, która może prowadzić do ich poniżającego traktowania oraz uwrażliwić pracowników Izby na postępowanie, z osobami w niej umieszczonymi, z poszanowaniem godności ludzkiej;
- 1.5. zapewnienie odpowiedniego metrażu powierzchni pacjentom unieruchamianym w tzw. izolatce (nie mniej niż 6 m²);
- 1.6. monitorowanie postawy i zachowania pracowników wobec pacjentów, zaznajamiając ich jednocześnie z argumentacją Krajowego Mechanizmu Prewencji wynikającą ze standardów międzynarodowych;

- 1.7. nawiązanie współpracy z psychologiem/terapeutą, który realizowałyby cele określone w § 18 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2004 r. *w sprawie trybu doprowadzania, przyjmowania i zwalniania osób w stanie nietrzeźwości oraz organizacji izb wytrzeźwień i placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostkę samorządu terytorialnego* (Dz. U. z 2004 r. Nr 20, poz. 192, ze zm.);
- 1.8. wyposażenie pomieszczeń Izby w urządzenia dla osób niepełnosprawnych ruchowo. Pomimo niemożności przystosowania Izby dla osób niepełnosprawnych w pełnym wymiarze można, choćby w niewielkim stopniu, poprawić sytuację poprzez np.: założenie uchwytów w WC;
- 1.9. sporządzenie regulaminu (karty praw) Izby Wytrzeźwień w Zamościu, przeznaczonego dla osób w niej przebywających oraz umieszczenie go w dostępnym i widocznym dla pacjentów miejscu;
- 1.10. zamieszczenie w ogólnodostępnym miejscu adresów instytucji, do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia ich praw;
- 1.11. pozyskanie ulotek, broszurek lub innych materiałów dotyczących problemu choroby alkoholowej, możliwości uzyskania porady, kontaktu z poradniami odwykowymi, psychologiem, ośrodkami AA, etc. w celu udostępniania ich zwalnianym pacjentom.

2. Prezydentowi Miasta Zamość:

- 2.1. udzielenie dyrektorowi wizytowanej Izby niezbędnego wsparcia finansowego przy realizacji rekomendacji 1.7 i 1.8.

3. Komendantowi Miejskiemu Policji w Zamościu:

- 3.1. zaprzestanie używania nieadekwatnej do sytuacji siły fizycznej wobec pacjentów Izby oraz przeszkolenie funkcjonariuszy Policji w zakresie właściwego stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Załącznik 1. Zapis z monitoringu z umieszczenia w dniu 29.07.2012 r. pacjenta Izby Wyrzeźwień w Zamościu w tzw. izolatce



Załącznik 2. Zapis z monitoringu z umieszczenia w dniu 29.07.2012 r. pacjenta Izby Wyrzeźwień w Zamościu w tzw. izolatce

