

Warszawa, dnia 9 stycznia 2018 r.

KMP.574.4.2018.JZ

Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Zakładu Diagnostyczno-Obszerwacyjnego
Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi
(wyciąg)

1. Wprowadzenie

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) zwanego dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 7 sierpnia 2018 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (zwany dalej: KMPT lub Mechanizm) przeprowadził wizytację Zakładu Diagnostyczno-Obszerwacyjnego Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi (zwany dalej: Zakładem, ZDO lub placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodził: dr Justyna Józwiak (socjolog), Tomasz Górecki (psycholog, psychoterapeuta) oraz Justyna Zarecka (politolog w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzanie sposobu traktowania pacjentów przebywających w placówce i wzmocnienie, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych. Należy bowiem podkreślić, że bez względu na nazwę placówki i podstawę prawną jej funkcjonowania, ZDO stanowi *de facto* miejsce pozbawienia wolności w rozumieniu art. 4 OPCAT. W związku z tym placówka wpisuje się w mandat KMPT mający na celu sprawdzanie, a jeśli to konieczne wzmocnianie praw wszystkich osób *de facto* pozbawionych wolności.

W ramach wizytacji dokonano następujących czynności:

- przeprowadzono rozmowy z pracownikami pełniącymi dyżur w dniu wizytacji;
- dokonano oglądu placówki, m.in. sal pacjentów, sanitariatów, pomieszczeń, w których realizowane jest przyjęcie pacjentów;
- przeanalizowano zapisy monitoringu;
- przeprowadzono rozmowę indywidualną z pacjentem;
- dokonano analizy dokumentacji dostępnej w Zakładzie oraz w dziale administracji mieszczącym się przy ul. Niciarnianej 41 w Łodzi.

W trakcie wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną oraz użyto dalmierza w celu pomiaru powierzchni niektórych pomieszczeń.

Przedstawiciele KMPT poinformowali o ustaleniach dokonanych w trakcie wizytacji Krzysztofa Kumańskiego – dyrektora Miejskiego Centrum Zdrowia Publicznego i Antoniego Pisarskiego – zastępcę dyrektora, a także wysłuchali ich 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, ochroną zdrowia, a także warunki bytowe i dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W raporcie wskazano jedynie obszary, które wymagają poprawy.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. pacjenci, personel, osoby doprowadzające) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że *żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.*

3. Charakterystyka jednostki

Zakład Diagnostyczno-Obszerwacyjny jest komórką organizacyjną Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi. Centrum jest samodzielny publiczny zakładem opieki zdrowotnej i działa w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.). Zasady funkcjonowania Zakładu określone zostały w Statucie Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi stanowiącym załącznik do uchwały nr LX/1426/17 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 15 listopada 2017 roku w sprawie nadania statutu Miejskiemu Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego z 2017 r. poz. 5140).

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

W praktyce, do placówki doprowadzane są osoby w celu wytrzeźwienia (przez policję lub straż miejską), tak jak ma to miejsce w przypadku osób umieszczanych w izbach wytrzeźwień na mocy przepisów *ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (tekst jedn.: Dz.U. 2016 poz. 487). Należy więc przyjąć, że w Zakładzie przebywają osoby faktycznie pozbawione wolności w rozumieniu art. 4 OPCAT. Pod tym pojęciem kryją się bowiem wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem. W tym ujęciu pozbawienie wolności oznacza 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.

Placówka jest przeznaczona dla 40 osób, z czego 10 miejsc wyznaczono dla kobiet. W 2017 r. w ZDO znalazło się 12 978 osób, w tym 1 642 kobiety i jeden nieletni. Do Zakładu przyjmowani są także pacjenci na własną prośbę. W 2017 r. z tej możliwości skorzystało 12 osób. W latach 2017-2018 miały miejsce dwa zgony pacjentów. Ponadto obecnie toczy się

postępowanie sądowe z powództwa rodziny pacjenta o zadośćuczynienie (data wniesienia powództwa: 2016 r.).

4. Obszary wymagające poprawy

4.1. Legalność pobytu

Przedstawiciele KMPT, analizując protokoły doprowadzenia osób do wytrzeźwienia sporządzone przez funkcjonariuszy Straży Miejskiej w Łodzi odnotowali, że nie zawierają one informacji na temat okoliczności uniemożliwiających doprowadzenie do miejsca zamieszkania lub pobytu osoby nietrzeźwej, w przypadku gdy w protokole zapisano miejsce zamieszkania. Zgodnie z art. 40 *ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r.* (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., Nr 487) osoby w stanie nietrzeźwości, które swoim zachowaniem dają powód do zgorszenia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdując się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do izby wytrzeźwień lub placówki, podmiotu leczniczego albo do miejsca zamieszkania lub pobytu. Z kolei protokół doprowadzenia w celu wytrzeźwienia powinien zawierać m.in. adres zamieszkania lub miejsce pobytu osoby doprowadzonej do izby wytrzeźwień lub placówki albo jednostki Policji, a także opis zachowania osoby doprowadzonej do izby wytrzeźwień lub placówki albo jednostki Policji w czasie interwencji i transportu, z uwzględnieniem okoliczności uniemożliwiających doprowadzenie do miejsca zamieszkania lub pobytu. Tymczasem w niektórych analizowanych w Zakładzie protokołach doprowadzenia osób do wytrzeźwienia, w których znajdował się adres zamieszkania, funkcjonariusze Straży Miejskiej nie wskazywali powodów, które zadecydowały o tym, że nie odwieziono osoby nietrzeźwej do domu, lecz umieszczono w ZDO, pozbawiając ją tym samym wolności na maksymalnie 24 godziny. KMPT przypomina o konieczności uzupełniania tego typu informacji przez Straż Miejską.

4.2. Warunki bytowe

W opinii przedstawicieli KMPT warunki bytowe panujące w ZDO należy określić jako niezadowolające. Z wyjaśnień dyrektora Miejskiego Centrum Zdrowia Publicznego wynika jednak, że trwają prace nad budową nowego obiektu przy ul. Przybyszewskiego 232 w Łodzi, gdzie w sposób kompleksowy będą świadczone usługi dla osób uzależnionych od alkoholu, co

niewątpliwie należy uznać za dobry kierunek zmian. Przedstawiciele KMPT oczekują przedstawienia informacji o aktualnym stanie prac i planowanym terminie ich zakończenia.

W obecnej placówce wątpliwości wizytujących budzą przede wszystkim całkowicie niezabudowane i niczym nie przesłonięte toalety w salach dla nietrzeźwych. W większości pokoi były to toalety typu tureckiego, tylko w kilku salach przeznaczonych dla kobiet zamontowano zwykłe muszle ustępowe. Co istotne, tego typu standard dotyczy także pomieszczeń kilkuosobowych, zatem podczas korzystania z toalety przez jedną z osób, pozostałe mogą bez ograniczeń ją obserwować. W żadnym z tych pomieszczeń nie ma też umywalek.

Ponadto osoby trzeźwiejące otrzymują do sali pięciolitrową butlę z wodą, bez możliwości skorzystania z jednorazowego, plastikowego kubeczka, co wielu z nich bardzo utrudnia przyjmowanie płynów. Jak wynikało z wyjaśnień przedstawionych podczas wizytacji, powodem takich ograniczeń jest możliwość podjęcia próby samobójczej przez pacjentów. Co więcej toalety w salach nie były wyposażone w papier toaletowy, gdyż jak wynikało z wyjaśnień przedstawicieli placówki, istnieje ryzyko zadławienia się papierem przez osoby nietrzeźwe. Należy przy tym zaznaczyć, że wszystkie sale są objęte monitoringiem wizyjnym, zatem wszelkie tego typu obawy wydają się bezzasadne, ponieważ w każdej chwili personel może zareagować, gdy tylko zauważy niepokojące zachowanie pacjenta.

W kwestii monitoringu należy zwrócić uwagę, że nie posiada on możliwości maskowania wybranych fragmentów obrazu, tak aby zasłonić części intymne, co jest szczególnie newralgiczne podczas korzystania z nieosłoniętych toalet w pokojach pacjentów. Zdaniem przedstawicieli KMPT takie rozwiązanie nie zapewnia nawet minimum intymności ani prywatności osobom korzystającym z toalet znajdujących się w poszczególnych salach – zarówno jeśli chodzi o umieszczenie w pokoju kilku osób, jak i o sam fakt monitorowania czynności fizjologicznych, gdy w pokoju znajduje się tylko jeden pacjent.

Monitoring nie działa także na podczerwień, przez co w ciągu nocy w salach włączone jest światło utrudniające spokojny sen. Warto, aby w nowopowstającej placówce istniała możliwość przyciemnienia światła zapewniająca prawidłowe funkcjonowanie monitoringu także w nocy.

Analiza monitoringu wykazała, że jeden z mężczyzn rozbierał się pod okiem kamery do bielizny i na bosą stopę został doprowadzony do pokoju.

Wątpliwości przedstawicieli KMPT wzbudziło także rozmieszczenie kamer w łazience na parterze budynku. Jak wynika z analizy monitoringu obejmuje on swoim zasięgiem nagie osoby wchodzące pod prysznic.

Mechanizm nie ma wątpliwości co do tego, że monitorowanie pomieszczeń Zakładu przyczynia się do polepszenia bezpieczeństwa osobom przebywającym na jego terenie oraz zapobiega zaistnieniu wypadków nadzwyczajnych. Jednak nie można zapominać, że jednocześnie wiąże się to z ograniczeniem konstytucyjnie chronionego prawa do prywatności określonego w art. 47 Konstytucji RP, a także w art. 8 *Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności* (Dz. U. z 1993 r. Nr 61 poz. 284). Monitorowanie pacjentów podczas rozbierania się i wykonywania czynności fizjologicznych stanowi ingerencję w sferę intymności i godności ludzkiej. Takim naruszeniem prawa do prywatności jest również umożliwienie obserwowania wykonywania czynności fizjologicznych przez inne osoby znajdujące w danym pokoju. M.in. na tę kwestię zwracał uwagę Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie *Peers przeciwko Grecji* (wyrok z dnia 19 kwietnia 2001 r., skarga nr 28524/95) wskazując, że korzystanie z otwartego kąpielarni sanitarnego w sytuacji, gdy w celi przebywa więcej niż jeden osadzony, godziło w ludzką godność, co należy uznać za poniżające traktowanie w rozumieniu art. 3 *Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności*.

W kontekście omówionych nieprawidłowości warto zauważyć, że okrutne, nieludzkie lub poniżające traktowanie może przybierać różne formy, z których wiele jest często niezamierzonych, lecz stanowi rezultat błędów organizacyjnych i niewystarczających środków. Zakaz takiego traktowania jest absolutny, co podkreśla Zasada 6 Zbioru zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia¹; dalej: *Zbiór zasad ONZ: wobec żadnej osoby poddanej jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia nie będą stosowane tortury ani też okrutne, nieludzkie bądź poniżające traktowanie lub karanie i żadne okoliczności nie mogą być przywoływane jako usprawiedliwienie tortur lub okrutnego, nieludzkiego bądź poniżającego traktowania albo karania. Zakaz okrutnego, nieludzkiego bądź poniżającego traktowania lub karania powinien być interpretowany w taki sposób, by zapewnić najszerszą możliwą ochronę przed nadużyciami o charakterze zarówno fizycznym, jak i psychicznym. Zdaniem przedstawicieli KMPT przetrzymywanie człowieka bez podstawowych środków higienicznych, w złych warunkach bytowych, niezapewniających minimum poczucia intymności, może być uznane za poniżające traktowanie.*

W ocenie KMPT do czasu przeniesienia placówki do nowej siedziby należy przesłonić toalety w pokojach w sposób umożliwiający zachowanie minimum intymności osobie tam umieszczonej, warto także zawiesić w każdej z sal informacje o możliwości skorzystania

¹ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 43/173 z dnia 9 grudnia 1988 r.

z toalety poza pokojem. Ponadto przedstawiciele KMPT zalecają przesłonięcie kamery monitoringu w łazience lub stosowanie parawanu, który umożliwi osłonięcie pacjentów w trakcie rozbierania i wchodzenia pod prysznic, a także wydawanie pacjentom papieru toaletowego, jednorazowych kubeczków do picia oraz jednorazowych kłapek, jeśli osoba pozostaje bez własnego obuwia.

Wizytujący zwrócili również uwagę, że prysznice zarówno w części damskiej, jak i męskiej wydają się być rzadko używane – dwa z nich zostały zamienione na składziki. Ponadto obok jednej z kabin znajdowała się słuchawka prysznicowa, której mogły używać osoby z personelu wobec osób w stanie nietrzeźwości. Jak wynikało z wyjaśnień pracowników dzieje się tak, gdy osoba ma zostać przetransportowana do szpitala, a sama nie jest w stanie wykonać czynności higienicznych. W tym miejscu warto jednak zwrócić uwagę, że już w 1996 roku podczas wizyty w Polsce, Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej: CPT, Komitet) wyrażał zaniepokojenie faktem, że tego typu instalacja może być wykorzystywana w niewłaściwy sposób, np. do polewania zimną wodą w celu uspokojenia nietrzeźwej osoby. Zdaniem CPT taka praktyka może zostać uznana za poniżającą. Zwrócono także uwagę, że osoby w stanie intoksykacji mają tendencję do tracenia ciepłoty ciała, w związku z czym tego typu praktyka jest także niewłaściwa z medycznego punktu widzenia. W tym zakresie KMPT podtrzymuje wskazane wówczas zalecenie CPT, że tego typu rozwiązań nie wolno dłużej praktykować².

Wizytujący zwrócili również uwagę na warunki dotyczące stosowania środków przymusu bezpośredniego. Jedno z trzech wyodrębnionych w ZDO pomieszczeń przeznaczonych dla osób stwarzających poważne zagrożenie dla ich zdrowia lub życia albo zdrowia lub życia innych osób przebywających w placówce (nr 2 na I piętrze; przeznaczone do unieruchomienia kobiet) miało mniej niż 4 m². Warto przy tym zwrócić uwagę, że w izbach wytrzeźwień minimalny standard w tym zakresie został wskazany w § 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., Nr 1850); dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia. Zgodnie z tym przepisem powierzchnia takiego pomieszczenia nie może być mniejsza niż 6m². W tym kontekście należy zauważyć, że wyznaczone w ZDO sale do izolacji pełnią analogiczną rolę, jak te określone w ww. przepisie rozporządzenia Ministra Zdrowia. W związku z tym należałoby zapewnić, aby standard dotyczący minimalnej powierzchni pokoju był taki, jak ten określony w rozporządzeniu.

² Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (98) 13, § 187.

Ponadto biorąc pod uwagę, że w stosowaniu unieruchomienia powinno brać udział minimum 5 osób, tak aby w bezpieczny sposób zabezpieczyć wszystkie kończyny i głowę osoby unieruchamianej, to w obecnych warunkach ZDO zapewnienie bezpieczeństwa zarówno pobudzonej osobie, jak i osobom unieruchamiającym na tak małej przestrzeni jest praktycznie niemożliwe. Niepokojące jest również to, że łóżka do stosowania unieruchomienia nie są na stałe przytwierdzone do podłoża, co przy dużym pobudzeniu unieruchomionej osoby stanowi dla niej zagrożenie.

Przedstawiciele KMPT zalecają zatem zapewnienie, aby wszystkie sale przeznaczone do stosowania środków przymusu bezpośredniego miały powierzchnię umożliwiającą jego bezpieczne wykonywanie, analogiczną do minimalnego standardu określonego w przywoływanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia, a także aby łóżka do stosowania unieruchomienia były na stałe przymocowane do podłoża, co zapobiegłoby np. ich przewróceniu wraz z unieruchomioną osobą.

4.3. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Pomieszczenia ZDO nie są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 roku przez Sejm RP *Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych* (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475) osoby niepełnosprawne mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Ponadto w dniu 6 września 2012 roku Polska ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych *Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169) zobowiązującą do umożliwienia osobom niepełnosprawnym niezależnego życia i pełnego udziału we wszystkich jego sferach. Oba wymienione dokumenty mają zastosowanie również w odniesieniu do osób pozbawionych wolności oraz środowiska stworzonego w miejscu ich detencji. Wobec powyższego, wszelkie instytucje państwowe winny podejmować działania ukierunkowane na urzeczywistnienie praw osób z niepełnosprawnością.

Omawiając potrzebę dostosowania wszelkich miejsc pozbawienia wolności do potrzeb osób niepełnosprawnych warto także zwrócić uwagę na wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu z dnia 10 lipca 2001 r. w sprawie *Price przeciwko Wielkiej Brytanii* (skarga numer 33394/96). W sprawie tej Trybunał stwierdził naruszenie art. 3 *Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności* przez osadzenie poruszającej się na wózku inwalidzkim kobiety w celi policyjnej zupełnie niedostosowanej do jej potrzeb. Z uwagi

na warunki panujące w miejscu osadzenia skarżąca cierpiała z powodu panującego zimna, zmuszona była spać w wózku inwalidzkim, nie mogła skorzystać ze zbyt wysoko zainstalowanej toalety, a wykonanie innych czynności higienicznych wymagało od niej bardzo dużego wysiłku. Zatrzymana miała również problemy z wezwaniem pomocy z uwagi na znajdujący się poza jej zasięgiem włącznik instalacji przywoławczej.

Należy zauważyć, że ZDO jest budynkiem użyteczności publicznej, w związku z tym powinien spełniać standardy określone w *rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 roku w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie* (Dz. U. z 2002 r. Nr 75, poz. 690 z późn. zm.), w tym przepisy dotyczące dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową. Tego typu wymóg wynika także z § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Wobec powyższego przedstawiciele KMPT zalecają uwzględnienie kwestii przystosowania ZDO do potrzeb osób mających trudności w poruszaniu się. Nie można bowiem wykluczyć, że wśród pacjentów placówki będą osoby z niepełnosprawnością. Pomocne w tym zakresie mogą być poniższe standardy:

- 1) zapewnienie przestrzeni manewrowej dla wózka inwalidzkiego 150 cm x 150 cm,
- 2) umiejscowienie włączników światła, kontaktów, klamek, dozowników mydła, wieszaków na papier na wysokości: 90-120 cm,
- 3) wysokość muszli ustępowej: 45-50 cm,
- 4) zamontowanie poręczy w odległości 40 cm od osi muszli, umieszczonej na wysokości: 70-85 cm,
- 5) zastosowanie w miejscu kurków, baterii umywalkowych dostępnych dla osób ze słabszymi rękami (dłuższych).

Wymienione zasady ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji *Polska bez barier*, zgodnie ze standardami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla pacjentów z niepełnosprawnością fizyczną, które zapewnią im samodzielne korzystanie z sanitariatów. Przedstawiciele KMPT zalecają, aby nowopowstająca placówka była w pełni dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością, natomiast w obecnie funkcjonującym ZDO wskazane jest dostosowanie co najmniej jednego z pokoi, jak i jednej toalety do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

4.4. Opieka medyczna

Jak wynika z analizy dokumentacji, w niektórych kartach pacjentów znajdowały się tzw. mapy ciała, na których zaznaczone są wszelkie obrażenia, blizny, tatuaże, które lekarz dostrzegł oraz opisał podczas badania pacjenta przy przyjęciu do Zakładu, co należy ocenić jako dobrą praktykę z punktu widzenia skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania. Zdaniem przedstawicieli KMPT tego typu schematy powinny być dołączane do dokumentacji wszystkich pacjentów placówki. Są one dostępne w *Protokole Stambulskim*, czyli *Podręczniku skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*³.

W dokumencie tym znajdują się, skierowane do lekarzy i psychologów, informacje pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była torturowana oraz wskazówki, jak należy zgłaszać takie przypadki sądom lub organom śledczym. Pomimo, iż Protokół Stambulski nie ma charakteru wiążącego, prawo międzynarodowe zobowiązuje rządy do badania i dokumentowania przypadków tortur i innych form znęcania się, a także karania osób za nie odpowiedzialnych, w sposób wszechstronny, efektywny, bezzwłoczny i obiektywny. Aby jednak takie ściganie było możliwe, nieodzowne jest udokumentowanie występowania obrażeń przez personel medyczny mający kontakt z osobą pozbawioną wolności. Skuteczna dokumentacja jest bowiem jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami, a Protokół Stambulski stanowi podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania⁴.

W ocenie przedstawicieli KMPT forma dokumentowania obrażeń określona w Protokole Stambulskim jest konieczna we wszystkich miejscach detencji. Celem badania jest bowiem nie tylko ustalenie stanu zdrowia danej osoby, ale również ujawnienie i odpowiednie udokumentowanie wszelkich śladów mogących świadczyć o poddaniu jej przemocy. Brak udokumentowania może prowadzić do sytuacji, że osobie pozbawionej wolności bardzo trudno będzie udowodnić fakt niewłaściwego traktowania np. ze strony doprowadzających ją do placówki osób. Przedstawiciele personelu medycznego, jako osoby dysponujące specjalistyczną wiedzą oraz w wielu wypadkach mające bezpośredni kontakt z potencjalną

³ Dokument jest dostępny pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protokol-stambulski>

⁴ Zob. Raport Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Niehumanitarnemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport z wizyty SPT na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 46-48; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipca 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

ofiara przemocy, powinni wykazać zatem szczególne zainteresowanie w zakresie występujących u pacjentów dolegliwości i śladów na ciele.

W związku z powyższym wizytujący zalecają poddawanie osób przyjmowanych do placówki badaniu lekarskiemu, zmierzającemu do ujawnienia i udokumentowania śladów przemocy bazując na elementach zawartych w Protokole Stambulskim, w tym tzw. mapach ciała. Ważne jest również przeszkolenie personelu z praktycznego stosowania Protokołu Stambulskiego. Na konieczność przeprowadzenia tego rodzaju szkolenia zwraca też uwagę Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania (dalej: Sprawozdawca ONZ)⁵.

Jak wynika z analizy dokumentacji, wielu pacjentów Zakładu przejawia myśli samobójcze, dokonuje aktów autoagresji lub trafia do placówki bezpośrednio po nieudanych próbach samobójczych. Pracownicy ZDO informowali, że w takich przypadkach możliwe jest przeprowadzenie konsultacji psychiatrycznych przez psychiatrów zatrudnionych na Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (detoksykacji) znajdującym się w tym samym budynku. W ocenie KMPT praktyka ta może stanowić gwarancję ochrony zdrowia lub życia zatrzymanych, w szczególności w przypadku postawienia niewłaściwej diagnozy dokonanej przez lekarza nieposiadającego specjalistycznego przygotowania z zakresu psychiatrii. Niestety analiza dokumentacji wykazała, że tego typu konsultacje nie były odnotowywane, np. pomimo wskazania w dokumentacji, że pacjent ma tendencje samobójcze. Przedstawiciele KMPT zalecają, aby w takich przypadkach pacjent miał zapewniony jak najszybszy kontakt z psychiatrą, a informacje na temat przeprowadzenia takiej rozmowy powinny znaleźć w dokumentacji pacjenta. To bowiem niezwykle ważne, aby na jak najwcześniejszym etapie kryzysu psychicznego spowodowanego chorobą alkoholową (w tym kryzysu suicydalnego) zapewnić osobie potrzebującej odpowiednie wsparcie.

4.5. Prawo do informacji

Wizytujący zwrócili uwagę na postępowanie z cudzoziemcami przyjętymi do placówki w stanie nietrzeźwości. Z informacji przekazanych przez pracowników Zakładu i analizy dokumentacji wynika, że w ciągu ostatnich miesięcy pacjentami byli m.in. obywatele Ukrainy. W dokumentach dotyczących ich pobytu w placówce nie odnotowano natomiast informacji na temat ewentualnej bariery językowej lub korzystania z pomocy tłumacza. Jak wynika

⁵ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ONZ ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

z uzyskanych przez KMPT informacji w praktyce często taki kontakt jest bardzo utrudniony. Tymczasem prawo dostępu do informacji w języku zrozumiałym dla osoby *de facto* pozbawionej wolności jest jednym z podstawowych praw, stanowiącym gwarancję przeciwko złemu traktowaniu. W sposób szczególny dotyczy to sytuacji cudzoziemców, którzy nie znają praw i procedur obowiązujących w Polsce.

Mechanizm rekomenduje, aby każda osoba przyjmowana do placówki była informowana o swoich prawach i obowiązkach w języku dla niej zrozumiałym, można to uczynić choćby poprzez przygotowanie krótkiej informacji o zasadach pobytu w placówce w kilku językach obcych, w których komunikują się osoby trafiające najczęściej do placówki. Podobnie w przypadku składania przez cudzoziemców wszelkich podpisów w dokumentacji (np. podczas przekazywania depozytu) winna znajdować się informacja o zapoznaniu z treścią dokumentu w języku zrozumiałym dla podpisującego lub informacja o stopniu znajomości języka polskiego przez osobę doprowadzoną do placówki. W tym kontekście warto skorzystać z dobrych praktyk łódzkiej policji, która współpracuje ze Studium Języków Obcych Uniwersytetu Łódzkiego⁶.

Podczas analizy dokumentacji dotyczącej skarg pacjentów, wizytujący zwrócili również uwagę na wyjaśnienia przedstawione pisemnie przez kierownika ZDO z dnia 2 października 2017 r., w których stwierdził, że „*w trakcie pobytu pacjenta w sali sanitariusz nie ma obowiązku udzielania informacji ani spełniania jego życzeń (czy żądań), interesuje go tylko aktualny stan zdrowia obywatela.*” W tym kontekście należy zaznaczyć, że w świetle standardów SPT⁷ i CPT⁸ podkreślających znaczenie prawa do informacji i możliwości składania skarg, informacja przedstawiona przez pracownika ZDO jest niewłaściwa. Przedstawiciele KMPT zalecają więc uwrażliwienie personelu placówki na tak kluczowe kwestie jak dostęp do informacji i rzetelne przeprowadzanie postępowań wyjaśniających.

Jedną z głównych gwarancji chroniących przed torturami, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem jest prawo do powiadomienia osób bliskich o zatrzymaniu. Ze względu na stan psychofizyczny osób trafiających do Zakładu, nie w każdym przypadku pacjenci są w stanie sami wykonać telefon do osoby najbliższej, czy też przekazać numer kontaktowy przedstawicielowi personelu placówki, jednak taka możliwość powinna istnieć, a pacjenci

⁶ Zob. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Policijnej Izby Dziecka w Łodzi, KMP.574.5.2018.JJ, pkt. 5.3.

⁷ Zob. Raport SPT z wizyty w Peru, 9 sierpień 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 67; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maj 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 43-44; Raport SPT z wizyty w Togo, 28 kwiecień 2016 r., CAT/OP/TGO/1, § 77-78; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 16 marzec 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 35-36.

⁸ Drugie sprawozdanie ogólne, CPT/Inf (92) 3, § 37.

powinni mieć informację na ten temat i wiedzieć, w jaki sposób skorzystać z takiego uprawnienia. Zgodnie z Zasadą 16.1 Zbioru zasad ONZ: *niezwłocznie po zatrzymaniu oraz po każdym przeniesieniu z jednego miejsca aresztowania lub uwięzienia do innego, osoba aresztowana lub uwięziona będzie uprawniona powiadomić, bądź też domagać się od właściwego organu powiadomienia członków jej rodziny lub innych właściwych osób według swojego wyboru, o jej zatrzymaniu, aresztowaniu lub uwięzieniu, bądź o przeniesieniu i o miejscu, w którym jest przetrzymywana.*

W związku z powyższym, w ocenie pracowników KMPT, należałoby umożliwić pacjentom trafiającym do placówki powiadomianie osoby trzeciej o swoim aktualnym miejscu pobytu. Warto zauważyć, że jest to praktykowane w placówkach działających na podobnych zasadach jak ZDO. Tego typu rozwiązanie zastosowano np. w Ośrodku Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Pile⁹.

Ponadto wizytujący zwrócili uwagę, że na tablicy informacyjnej na izbie przyjęć do Zakładu brakowało szczegółowej informacji na temat instytucji stojących na straży praw człowieka, które mogą służyć pomocą osobom pozbawionym wolności, w tym udzielać informacji prawnych. Na tablicy znajdowały się wyłącznie dane teleadresowe Rzecznika Praw Pacjenta. KMPT zaleca więc poszerzenie tego katalogu m.in. o Rzecznika Praw Obywatelskich (z bezpłatną infolinią 800 676 676) oraz Helsińską Fundację Praw Człowieka. Warto bowiem podkreślić, że zgodnie ze stanowiskiem zawartym w standardach CPT¹⁰: *prawa osób pozbawionych wolności nie mają większej wartości, jeśli osoby te nie są świadome ich istnienia.* Mając powyższe na uwadze przedstawiciele KMPT zalecają wywieszenie wskazanych danych na tablicach informacyjnych.

4.6. Personel

Jak wynika z „Informacji na temat zatrudnienia i szkoleń” przekazanej przedstawicielom KMPT: *„MCTiPZ jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej działa w oparciu o przepisy dotyczące działalności leczniczej. Przepisy te nie wymagają od pracowników posiadania opinii psychologicznych oraz przeprowadzania szkoleń wynikających*

⁹ Pacjenci mają 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; por. Raport z Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Działu Opieki nad Osobami Nietrzeźwymi wchodzącego w skład Ośrodka Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Pile; KMP.574.1.2018.JJ, pkt. 3.

¹⁰ Dwunaste Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf (2002) 12, § 44.

z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r.” Chodzi o szkolenia dla kierownika zmiany, depozytariusza i opiekuna zmiany w zakresie udzielania pierwszej pomocy, stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych, określonych w § 8 pkt 5 wskazanego rozporządzenia.

Warto jednak zwrócić uwagę, że jak wskazuje Sprawozdawca ONZ *cały personel, który może być zaangażowany w działania obejmujące użycie siły, powinien zostać przeszkolony w celu uniknięcia nadużycia siły*¹¹. Ponadto w opinii KMPT, odpowiednio dobrany i wykwalifikowany personel stanowi skuteczną gwarancję ochrony pacjentów przed niewłaściwym traktowaniem. Może m.in. podjąć skuteczne środki zaradcze, w przypadku stwierdzenia niepokojących zdarzeń (np. poprzez udzielenie pomocy, czy zgłoszenie przełożonym swoich obaw i podejrzeń). Warto więc by posiadał on również umiejętność wyłapywania niepokojących sygnałów natury medycznej, co pozwoli na odpowiedni dobór metod i form opieki. Wizytujący zalecają zatem przeprowadzanie regularnych szkoleń z tematyki wskazanej w przywoływanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia, a także zachęcają personel Zakładu do stałego rozwijania i odnawiania nabytych kwalifikacji zawodowych.

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 także by oferowane kadrze szkolenia obejmowały swoją tematyką: prawa człowieka i humanitarne traktowanie pacjentów, a także sposoby radzenia sobie ze stresem i agresją, problematykę wypalenia zawodowego oraz metody przeciwdziałania temu zjawisku. Należy bowiem pamiętać, że bez stworzenia odpowiedniego systemu wsparcia dla personelu ZDO i możliwości jego dalszego rozwoju zawodowego znacznie trudniej będzie stworzyć placówkę świadczącą kompleksową pomoc osobom w kryzysie alkoholowym.

5. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do *Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają:

¹¹ Zob. Sprawozdanie okresowe specjalnego sprawozdawcy ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania, 20 lipiec 2018 r., A/73/207, § 77 (e).

I. Dyrektorowi Miejskiego Centrum Zdrowia Publicznego:

- 1.1.przesłonięcie toalet w pokojach w sposób zapewniający intymność pacjentów oraz zamieszczenie w każdej z sal informacji o możliwości skorzystania z toalety poza pokojem;
- 1.2.przesłonięcie kamery monitoringu w łazience lub stosowanie parawanu, który umożliwi osłonięcie pacjentów w trakcie rozbierania i wchodzenia pod prysznic;
- 1.3.wydawanie pacjentom papieru toaletowego, jednorazowych kubeczków do picia oraz jednorazowych kłapek, jeśli osoba pozostaje bez własnego obuwia;
- 1.4.zapewnienie, aby wszystkie sale przeznaczone do stosowania środków przymusu bezpośredniego miały powierzchnię umożliwiającą jego bezpieczne wykonywanie, wzorując się w tym zakresie na standardzie minimalnym wyznaczonym w *rozporządzeniu 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., Nr 1850);
- 1.5.przymocowanie do podłoża łóżek przeznaczonych do stosowania unieruchomienia;
- 1.6.zapoznanie personelu z treścią Protokołu Stambulskiego;
- 1.7.poddawanie osób przyjmowanych do placówki badaniu lekarskiemu, zmierzającemu do ujawnienia i udokumentowania śladów tortur wzorując się na elementach zawartych w Protokole Stambulskim oraz właściwe ich dokumentowanie (dołączanie do dokumentacji medycznej tzw. map ciała);
- 1.8.zapewnienie osobom w kryzysie psychicznym, w tym po próbach samobójczych, jak najszybszego kontaktu z psychiatrą oraz odnotowywanie informacji na temat przeprowadzenia takiej rozmowy w dokumentacji pacjenta;
- 1.9.informowanie cudzoziemców trafiających do placówki o prawach i obowiązkach w języku dla nich zrozumiałym;
- 1.10. umożliwienie pacjentom trafiającym do placówki powiadamiania osoby trzeciej o swoim aktualnym miejscu pobytu;
- 1.11. całkowite dostosowanie nowopowstającej placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, a podczas planowanych prac remontowych w obecnej siedzibie ZDO dostosowanie co najmniej jednego z pokoi, jak i jednej toalety do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną;
- 1.12. przeprowadzanie regularnych szkoleń z tematyki wskazanej w *rozporządzeniu 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., Nr 1850), a także doskonalenie zawodowe personelu ukierunkowane na kwestie przestrzegania praw człowieka i humanitarnego traktowania pacjentów, w tym ich prawo do informacji, a ponadto poruszające tematykę radzenia sobie ze stresem i agresją, problematykę wypalenia zawodowego i metody przeciwdziałania temu zjawisku;

- 1.13. umieszczenie w ogólnodostępnym miejscu danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka.

II. Komendantowi Straży Miejskiej w Łodzi:

2.1. uwzględnianie w protokołach doprowadzenia osób do wytrzeźwienia, sporządzanych przez funkcjonariuszy Straży Miejskiej w Łodzi, informacji na temat okoliczności uniemożliwiających doprowadzenie do miejsca zamieszkania lub pobytu osoby nietrzeźwej, w przypadku gdy ustalono miejsce zamieszkania osoby doprowadzanej.