



Warszawa, 31-01-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.574.5.2024.ORG

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Stołecznego Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie
przy ul. Kolskiej 2/4**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹.

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

3. KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa-strony, gdzie

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), zob. <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 ze zm.).

przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia 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, niehumanitarnego 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.

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.

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

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

II. Wprowadzenie

9. W dniach 27–29 maja 2024 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły wizytację Stołecznego Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie przy ul. Kolskiej 2/4 (dalej: ośrodek, izba wytrzeźwień, izba, placówka).

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Katarzyna Kopystyńska (Zastępczyni Dyrektora KMPT), Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa wewnętrznego), Klaudia Kamińska i Oliwia Rybczyńska-Gryguc (prawnicy).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły wstępną rozmowę z Dyrektorem ośrodka Sławomirem Nowickim na temat funkcjonowania placówki, dokonały oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń, w tym m.in.: pomieszczeń, w których prowadzone są czynności związane z przyjęciem osoby do ośrodka, sal dla osób przyjętych, sanitariatów, gabinetu lekarskiego czy depozytu. Delegacja przeprowadziła również poufne rozmowy z osobami pozbawionymi wolności i pracownikami oraz zapoznała się z prowadzoną na miejscu dokumentacją.

12. Na koniec wizytacji delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi Dyrektorowi placówki w czasie rozmowy podsumowującej.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy przekazanej przez Dyrektora dokumentacji, informacji pisemnych i nagrań wideo.

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

III. Charakterystyka placówki

15. Stołeczny Ośrodek dla Osób Nietrzeźwych przy ul. Kolskiej 2/4 w Warszawie składa się z dwóch działów: Dział Izba Wytrzeźwień oraz Dział Przerwywania Ciągów Alkoholowych. Wizytacja KMPT obejmowała wyłącznie izbę wytrzeźwień. Ośrodek realizuje zadania izby wytrzeźwień dla m.st. Warszawy,

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

m. Piaseczna oraz m. Legionowa. Placówka dysponuje 119 miejscami w 18 salach wieloosobowych. Według stanu na dzień wizytacji opłata za pobyt w izbie wynosiła 393 zł.

16. W momencie rozpoczęcia wizytacji w placówce przebywały 23 osoby, a 3 były w trakcie zwalniania.

IV. Obszary wymagające poprawy

A. Traktowanie

17. Przedstawicielki KMPT nie odebrały w czasie wizytacji sygnałów o niewłaściwym traktowaniu osób trzeźwiejących przez personel placówki. Kadra placówki została oceniona co do zasady jako spokojna, pomocna i kulturalna.

18. KMPT pozytywnie ocenia również przyjęcie w Izbie procedury nadzoru nad stosowaniem przymusu bezpośredniego. Nagrania ze stosowania środków przymusu są w placówce analizowane przez wyznaczonego pracownika, który sporządza dyrektorowi sprawozdanie. Ocenie podlega zachowanie personelu Izby wytrzeźwień oraz funkcjonariuszy doprowadzających osoby nietrzeźwe. Zdaniem KMPT właściwe wykorzystanie takiego rozwiązania może nie tylko pozwolić na odnotowanie ewentualnych nieprawidłowości, lecz także odegrać istotną rolę w doskonaleniu zawodowym pracowników. Bieżąca analiza tego typu sprawozdań, a następnie ich omawianie z personelem może także wzmocnić ochronę przed niewłaściwym traktowaniem.

19. Analiza monitoringu dokonana przez KMPT wykazała jednak, że rejestr stosowania środków przymusu bezpośredniego nie zawsze jest rzetelnie wypełniany. Przeanalizowany przypadek wykazał, że przymus bezpośredni był stosowany od godziny 21:30 do godziny 1:00, a następnie od godziny 1:30 do godziny 4:00 nad ranem. Tymczasem według rejestru unieruchomienie rozpoczęło się o godzinie 21:30, a zakończyło się o 23:00.

20. **KMPT rekomenduje wyeliminowanie opisanych nieprawidłowości. Dokumentacja dotycząca przymusu bezpośredniego powinna być rzetelna, kompletna i spójna.**

21. Niepokój przedstawicielek KMPT wzbudziło również nagranie z zastosowania środka przymusu bezpośredniego, na którym jeden z pracowników podczas unieruchamiania pacjenta przyciska go za szyję do łóżka. Chwyty w okolicach szyi zostaje powtórzony kilkakrotnie. Pacjentowi zostaje zarzucone prześcieradło na twarz i jest ono przyciskane do jego twarzy, ograniczając mu tym samym dostęp powietrza. Następnie zostaje on unieruchomiony za pomocą pasów, a jego ręce i nogi – przywiązane za pomocą flizelinowych prześcieradeł.

22. Rozumiejąc dynamizm sytuacji podczas unieruchamiania pacjenta, KMPT pragnie przypomnieć o standardach stosowania środków przymusu bezpośredniego, z powodu ich inwazyjnego charakteru oraz potencjalnej możliwości nadużyć i złego traktowania. Jak wskazuje CPT, „chwytów za szyję i techniki, które mogą blokować drogi oddechowe pacjentów lub powodować ból, powinny być zabronione”¹³. KMPT stanowczo podkreśla, że stosowanie takich chwytów, które pozbawiają pacjenta dostępu do powietrza, jest niedopuszczalne i praktyki takie powinny zostać wyeliminowane. Jest to o tyle niepokojące, że zgodnie z przedstawioną dokumentacją pracownicy przechodzą coroczne szkolenie ze stosowania środków przymusu bezpośredniego.

23. Niepokój KMPT budzi również przywiązywanie pacjenta do łóżka za pomocą jednorazowych prześcieradeł, przy jednoczesnym zastosowaniu pasów. Jak wskazuje CPT: „dla celów mechanicznego środka przymusu należy stosować wyłącznie urządzenia zaprojektowane w celu ograniczania szkodliwych skutków (najlepiej wyściełane pasy z materiału) w celu zminimalizowania ryzyka urazu i/lub bólu u pacjenta”¹⁴. Tym samym, choć unieruchomienie za pomocą prześcieradeł jest dopuszczalne (art. 42 ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹⁵), to przywiązywanie pacjenta do łóżka za pomocą cienkich prześcieradeł może stwarzać pacjentowi dodatkową dolegliwość w postaci otarć oraz bólu.

24. Jeśli chodzi o praktykę zasłaniania twarzy w sposób wskazany wyżej, to KMPT stoi na stanowisku, że taka praktyka jest niedopuszczalna. Przede wszystkim takie użycie prześcieradła i przyciśnięcie go do twarzy pacjenta może pozbawiać go dostępu do powietrza. Ponadto, jak wskazuje Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karan, zakrywanie twarzy u osoby pozbawionej wolności może prowadzić do dezorientacji, stresu, ostrego cierpienia, lęku, pobudzenia lub niepokoju, drażliwości. U osób cierpiących na klaustrofobię może wywołać inne niepożądane reakcje, w tym panikę¹⁶.

¹³ Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf(2017) 6, par. 3.2, dostęp: <https://rm.coe.int/1680953499>.

¹⁴ Tamże, par. 3.3.

¹⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 2151 ze zm.

¹⁶ Załącznik nr 1 do: Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/78/324, 24 sierpnia 2023 r., s. 6, dostęp: <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/a78324-thematic-study-global-trade-weaponsequipment-and-devices-used>.

Na inne konsekwencje zasłonięcia oczu osobie pozbawionej wolności zwracał uwagę Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie Aksoy przeciwko Turcji¹⁷.

25. KMPT zaleca przypomnienie pracownikom Izby o zasadach stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz przeprowadzenie dodatkowego szkolenia z humanitarnego stosowania tego typu środków. KMPT zaleca stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z przytoczonymi w tym rozdziale standardami, w szczególności: wyeliminowanie praktyki zakrywania twarzy prześcieradłem, używanie jedynie odpowiednich pasów podczas unieruchamiania zamiast flizelinowych prześcieradeł oraz stosowanie odpowiednich chwytów, wykluczających uciskanie pacjenta za szyję.

B. Prawo do informacji i mechanizm skargowy

26. Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur. Otrzymanie przez osobę pozbawioną wolności zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych kwestiach, np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni funkcję prewencyjną w zapobieganiu przemocy.

27. W sposób szczególny dotyczy to cudzoziemców, którzy mogą nie znać praw i procedur obowiązujących w Polsce. Zarówno z uzyskanych informacji, jak i analizy dokumentacji prowadzonej w placówce wynika, że do Izby trafiają obcokrajowcy (najczęściej narodowości ukraińskiej, ale również np. z Gruzji oraz Azji). W analizowanej dokumentacji cudzoziemców, którzy przebywali w Izbie, nie było informacji na temat tego, w jakim języku pracownicy porozumiewali się z nimi lub w jakim stopniu znali oni język polski i rozumieli treść podpisywanych dokumentów. Należy także podkreślić, iż dokumentacja związana z pobytem prowadzona jest w języku polskim (np. protokół doprowadzenia, kwit depozytowy), co może świadczyć o tym, że osoby, które nie władały językiem polskim, złożyły swoje podpisy na dokumentacji, nie mając prawdopodobnie świadomości, co podpisują.

28. KMPT rekomenduje każdorazowe odnotowywanie w dokumentacji doprowadzonego cudzoziemca stopnia komunikatywności w języku polskim, a w przypadku braku znajomości języka polskiego – informacji, w jakim języku nastąpiło poinformowanie o przysługujących prawach. Ponadto w przypadku składania przez cudzoziemców wszelkich podpisów (np. podczas przekazywania

¹⁷ Zob. wyrok ETPC z dnia 18 grudnia 1996 r. w sprawie Aksoy przeciwko Turcji, nr skargi 21987/93; Trybunał wskazał, że zawiązanie oczu więźniowi powoduje dezorientację i oznacza, że dana osoba nie może zidentyfikować osób, które źle ją traktowały.

depozytu) w dokumentacji winna znajdować się informacja o zapoznaniu z treścią dokumentu w języku zrozumiałym dla podpisującego. W razie niemożności porozumienia się z doprowadzonym w języku dla niego zrozumiałym należy korzystać z pomocy tłumacza bądź przenośnego translatora.

29. Podczas wizytacji przedstawicielki KMPT uzyskały informację, że w ośrodku nie funkcjonuje regulamin pobytu pacjenta w izbie wytrzeźwień, z którym byliby zapoznawani pacjenci. Zdaniem Dyrektora placówki spowodowane jest to faktem, że osoby przebywające w izbie znajdują się w stanie nietrzeźwości, a zatem i tak nie byłyby w stanie zapoznać się skutecznie z zasadami wynikającymi z regulaminu. Zamiast tego w częściach wspólnych izby, wyznaczających ścieżkę przyjęcia pacjenta, znajdują się tablice z podstawowymi informacjami dotyczącymi praw wynikających z przepisów powszechnie obowiązujących, jak również karta praw i obowiązków osoby w stanie nietrzeźwości. Takie rozwiązanie należy ocenić pozytywnie, niemniej KMPT zauważa, że informacje te prezentowane były jedynie w języku polskim.

30. Wskazane byłoby więc wywieszenie podobnych tablic wraz z ich tłumaczeniem np. na język angielski czy ukraiński, tak aby każdy przebywający w izbie mógł zapoznać się z tym komunikatem. Jest to o tyle istotne, że ok. 30% doprowadzonych do ośrodka to cudzoziemcy. KMPT rekomenduje również wywieszenie karty praw i obowiązków na drzwiach każdej sali dla pacjentów. Takie rozwiązanie dorowadzi do tego, że pacjent będzie mógł zapoznać się z tymi informacjami wtedy, gdy stan jego trzeźwości będzie już na to pozwalał.

31. KMPT zwróciło również uwagę na brak informacji dotyczących zewnętrznych mechanizmów skargowych, w szczególności danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka. Na korytarzu znajdowały się jedynie informacje o możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Obywatelskich za pośrednictwem infolinii. Brakowało jednak informacji, że infolinia ta jest bezpłatna.

32. Znaczenie prawa do informacji i możliwości składania skarg podkreślają też standardy międzynarodowe oraz rekomendacje CPT¹⁸. Efektywne mechanizmy skargowe stanowią fundamentalną gwarancję prewencji tortur. Państwa europejskie powinny więc zapewnić bezpośredni, bezpieczny i poufny dostęp do organów rozpatrujących skargi, który będzie dostępny we wszystkich miejscach zatrzymań.

33. W celu zwiększenia skuteczności dostępu do mechanizmów skargowych KMPT rekomenduje, by w ogólnodostępnym miejscu na terenie

¹⁸ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, par. 68–91.

placówki wyeksponować dane teleadresowe innych instytucji stojących na straży praw człowieka (w tym organizacji pozarządowych, np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka) oraz właściwego miejscowo sądu i prokuratury wraz z tłumaczeniami tych informacji na języki obce (np. ukraiński, rosyjski, angielski).

C. Personel

34. Krajowy Mechanizm pragnie zaakcentować, że ze względu na specyfikę pracy z osobami pod wpływem alkoholu, występowanie sytuacji trudnych we wzajemnych relacjach (w tym agresję pacjentów) oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, pracownicy powinni odbywać regularne szkolenia. Należy bowiem mieć na względzie, że dobrze wyszkolony personel stanowi skuteczną gwarancję ochrony pacjentów przed niewłaściwym traktowaniem.

35. Jak ustaliła delegacja, pracownicy Izby odbywają szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy, stosowania środków przymusu bezpośredniego i podstaw wiedzy na temat choroby alkoholowej.

36. **KMPT zaleca, by oferowane kadrze szkolenia obejmowały także: prawa człowieka i humanitarne traktowanie pacjentów, kontakt z trudnym pacjentem, deeskalację konfliktów, sposoby radzenia sobie ze stresem i agresją, problematykę przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.**

37. **KMPT zaleca również rozważenie zorganizowania superwizji dla chętnych pracowników.** Takie spotkania mają na celu rozładowanie napięć oraz polepszenie relacji pomiędzy personelem, co w rezultacie może mieć pozytywny wpływ na jakość ich pracy i poziom sprawowanej opieki nad osobami powierzonymi ich opiece.

D. Warunki bytowe

38. Niepokój wizytujących wzbudziły niezabudowane i niczym nieprzesłonięte toalety w wieloosobowych salach dla osób nietrzeźwych, co nie zapewniało intymności podczas czynności fizjologicznych i było upokarzające dla pacjentów. W salach łóżka bowiem są tak rozmieszczone, że pacjenci leżący po jednej stronie sali mogą obserwować osobę korzystającą z kącika sanitarnego. **Należy podkreślić, że kwestia ta została już podniesiona podczas wizytacji placówki**

przez KMPT w 2020 r., jednak zalecenie to nie zostało zrealizowane¹⁹. Na kwestię niezabudowanych kąćników sanitarnych zwracał również uwagę ETPC²⁰, stwierdzając naruszenie art. 3 Konwencji (zakaz tortur i innych postaci złego traktowania).

39. Krajowy Mechanizm zdaje sobie sprawę, że motywacją Dyrektora jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu bezpieczeństwa. Niezabudowanie kąćnika sanitarnego ułatwia bowiem monitorowanie pobytu pacjenta w sali, zwłaszcza w kontekście możliwości wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych. Utrzymywanie jednak niezabudowanych kąćników sanitarnych stanowi rażące naruszenie intymności doprowadzonych do wytrzeźwienia. To po stronie ośrodka leży wypracowanie takich środków, które pozwolą na zadbanie o bezpieczeństwo pacjentów, przy jednoczesnym nienaruszaniu ich intymności.

40. **Z uwagi na powyższe KMPT ponownie zaleca przesłonięcie toalet w pokojach dla osób doprowadzonych do wytrzeźwienia, gdyby zaś uznano, że ze względów bezpieczeństwa brak jest takiej możliwości – każdorazowe rozmieszczenie doprowadzonych w pomieszczeniach na tych łóżkach, z których w zasięgu wzroku nie znajduje się toaleta (w takim jednak przypadku należy unikać pełnego zapełnienia pomieszczeń).**

41. Na czas pobytu w placówce pacjentowi odbierane są okulary korekcyjne. Przyjęta praktyka wydaje się zdaniem wizytujących nadmiernym środkiem ochronnym. Praktyka ta może niepotrzebnie potęgować stres i dyskomfort wywołany samym faktem izolacji.

42. **KMPT rekomenduje umożliwienie pacjentom posiadania przy sobie okularów korekcyjnych. Dopiero w sytuacji, gdy z zachowania osoby doprowadzonej do wytrzeźwienia wynika, że sprzęt taki wykorzystywany jest niewłaściwie, w szczególności może zagrażać jej zdrowiu, wskazane jest zabezpieczenie go w depozycie i odnotowanie tego faktu w dokumentacji.**

43. Podczas wizytacji przedstawicielki KMPT otrzymały sygnały, że nie wszyscy doprowadzeni byli poinformowani o możliwości kąpieli, a w niektórych wypadkach byli do niej wręcz zniechęceni. Możliwość skorzystania z prysznicy przez osobę

¹⁹ Zob. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Izby Wytrzeźwień Stołecznego Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie z dnia 18 maja 2020 r., KMP.574.1.2020.RK, dostęp: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/kmp/od-1583140500-do-1583226900-wizytacja-kmpt-w-sto%C5%82ecznym-o%C5%9Brodku-dla-os%C3%B3b-nietrze%C5%BAwych-izbie-wytrze%C5%BAwie%C5%84-w-warszawie-ul-kolska-24>.

²⁰ Zob. wyrok ETPC w sprawie Peers przeciwko Grecji z dnia 19 kwietnia 2001 r., nr skargi 28524/95; Trybunał wskazał, że korzystanie z otwartego kąćnika sanitarnego, 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.

trzeźwiejącą niewątpliwie wpływa na komfort jej pobytu w ośrodku, zwłaszcza że dla niektórych doprowadzonych może być to jedna z nielicznych okazji do skorzystania z kąpeli.

44. W związku z tym KMPT zaleca każdorazowe informowanie doprowadzonych o możliwości kąpeli, gdy ich stan pozwala na zapoznanie się z tą informacją.

45. Podczas analizy nagrań z monitoringu okazało się, że pacjenci poruszają się boso po ośrodku, niektórzy zaś byli pozostawieni w samej bieliźnie. O ile zrozumiałe jest, że czasem obuwie bądź odzież własna pacjenta nie nadaje się do użytku ze względów higienicznych, to nie może dochodzić do sytuacji, w której pacjenci nie mają wydawanego ubrania bądź obuwia zastępczego na czas pobytu. Chodzenie boso po placówce jest nie tylko niehigieniczne, ale również może być niebezpieczne (np. może dojść do skaleczenia), ponieważ buty pacjentom odbierane są już na parterze budynku. Pozbawienie zaś ubrania, zwłaszcza w porze zimowej, stanowi dodatkową dolegliwość podczas pobytu w izbie.

46. W związku z powyższym KMPT zaleca wydawanie pacjentom zastępczego obuwia i ubrania, gdy niemożliwe jest korzystanie przez nich z własnej odzieży.

V. Pobyt nieletnich w izbie

47. Podczas wizytacji ustalono, że nieletni doprowadzani do wytrzeźwienia przez Policję przez cały pobyt w izbie pozostają do dyspozycji Policji. Oznacza to, że mimo niepopelnienia przez nieletniego czynu karalnego osoby te zatrzymywane są „do sprawy”, a po wytrzeźwieniu są odbierane przez Policję i dopiero wtedy zwalniane. Takie postępowanie rodzi wątpliwości KMPT co do przyczyn przyjętej procedury. Należy bowiem zauważyć, że nietrzeźwa osoba małoletnia doprowadzona do izby wytrzeźwień, placówki lub jednostki Policji może być zwolniona, niezwłocznie po udzieleniu jej niezbędnych świadczeń zdrowotnych, na pisemny wniosek rodziców lub opiekunów²¹. W przypadku zaś pozostawiania w dyspozycji Policji zwolnienie może nastąpić dopiero po podjęciu takiej decyzji przez policjantów. Tym samym nietrzeźwy nieletni musi spędzić cały okres trzeźwienia w izbie wytrzeźwień. Należy przy tym zauważyć, że w przypadku pozostawiania przez małoletniego w dyspozycji Policji to na niej ciąży odpowiedzialność poinformowania opiekunów nieletniego oraz sądu rodzinnego o jego zatrzymaniu. W innym wypadku obowiązek ten spada na izbę

²¹ Art. 404 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

wytrzeźwień²². Izba więc co do zasady nie informuje rodziców nieletnich o ich pobycie w ośrodku, zakładając, że jest to obowiązek Policji.

48. W związku z powyższym KMPT zwróci się oddzielnym pismem do Komendy Stołecznej Policji z zapytaniem o praktykę doprowadzania nietrzeźwych małoletnich do izby wytrzeźwień.

²² Art. 40 ust. 12 pkt 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

VI. Inne kwestie

49. Z przeprowadzonych rozmów oraz analizy nagrań monitoringu wynikało, że doprowadzanie pacjentów do izby przez funkcjonariuszy Policji odbywa się co do zasady w kajdankach, założonych na ręce trzymane z tyłu. W jednym z analizowanych przypadków kajdanki zostały zdjęte dopiero po dłuższym czasie oczekiwania w poczekalni. Mężczyzna siedział więc skuty kajdankami z tyłu, mimo że był nadzorowany przez dwóch funkcjonariuszy.

50. W świetle standardów międzynarodowych stosowanie wszelkich środków bezpieczeństwa (w tym kajdanek) powinno być oparte na indywidualnej ocenie ryzyka, realizowanej na podstawie jasnych i określonych proceduralnie kryteriów. Kajdanki i inne instrumenty przymusu powinny być stosowane tylko wtedy, gdy nie jest dostępna mniej dolegliwa forma kontroli rzeczywistego ryzyka. Kajdanki nie powinny być zbyt ciasno związane (może to wywoływać urazy mechaniczne) i należy je stosować tylko tak długo, jak jest to absolutnie niezbędne. Kajdanki nie powinny być stosowane z uwagi na status osoby pozbawionej wolności ani też jako środek dyscyplinujący²³. Profilaktyczne stosowanie kajdanek w czasie transportu krytykuje również CPT, wskazując, że nie powinny być one stosowane jako zasada w czasie transportu (najlepiej, by konwojowani byli przewożeni w bezpiecznych furgonetkach, co eliminuje konieczność zakładania kajdanek podczas podróży)²⁴.

VII. Zalecenia

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

1. Dyrektorowi Stołecznego Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie:

1. wyeliminowanie nieprawidłowości związanych z prowadzoną dokumentacją przymusu bezpośredniego;
2. przypomnienie pracownikom Izby o zasadach stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz przeprowadzenie dodatkowego szkolenia z humanitarnego stosowania tego typu środków;

²³ Zob. Raporty SPT: z wizyty w Chile, CAT/OP/CHL/1, par. 44-46; z wizyty w Rumunii, CAT/OP/ROU/1, par. 104-105; z wizyt na Ukrainie: CAT/OP/UKR/3, par. 84; CAT/OP/UKR/1, par. 12 i 132; z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/1, par. 110-112; z wizyty w Brazylii, CAT/OP/BRA/3, par. 16.

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

3. stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie ze wskazanymi w raporcie KMPT standardami, w szczególności: wyeliminowanie praktyki zakrywania twarzy prześcieradłem, używanie jedynie odpowiednich pasów podczas unieruchamiania (zamiast flizelinowych prześcieradeł) oraz stosowanie odpowiednich chwytów, wykluczających uciskanie pacjenta za szyję;
4. w postępowaniu z cudzoziemcami: każdorazowe odnotowywanie w dokumentacji doprowadzonego cudzoziemca stopnia komunikatywności w języku polskim, a w razie nieznamomości języka polskiego – informacji, w jakim języku nastąpiło poinformowanie o przysługujących prawach; w przypadku składania przez cudzoziemców wszelkich podpisów (np. podczas przekazywania depozytu) odnotowywanie w dokumentacji informacji o zapoznaniu z treścią dokumentu w języku zrozumiałym dla podpisującego, w razie zaś niemożności porozumienia się z doprowadzonym w języku dla niego zrozumiałym korzystanie z pomocy tłumacza bądź przenośnego tłumacza;
5. wywieszenie karty praw i obowiązków oraz innych informacji znajdujących się na korytarzach placówki w tłumaczeniu na języki inne niż polski;
6. wywieszenie karty praw i obowiązków na drzwiach każdej sali dla pacjentów;
7. wyeksponowanie danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka (wybranych organizacji pozarządowych, np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, oraz właściwego miejscowo sądu i prokuratury) wraz z tłumaczeniami na języki obce;
8. poszerzenie katalogu szkoleń oferowanych personelowi o zagadnienia związane z prawami człowieka i humanitarnym traktowaniem pacjentów, kontaktem z trudnym pacjentem, deeskalacją konfliktów, sposobami radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyką wypalenia zawodowego oraz metodami przeciwdziałania temu zjawisku;
9. rozważenie zorganizowania superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta;
10. przesłonięcie toalet w pokojach dla osób doprowadzonych do wytrzeźwienia; w razie uznania, że ze względów bezpieczeństwa brak jest takiej możliwości – każdorazowe rozmieszczenie doprowadzonych w pomieszczeniach na tych łóżkach, z których w zasięgu wzroku nie znajduje się toaleta (a co za tym idzie – unikanie pełnego zapełnienia pomieszczeń);
11. umożliwienie pacjentom posiadania przy sobie okularów korekcyjnych; dopiero w sytuacji, gdy z zachowania pacjenta wynika, że sprzęt taki

- wykorzystywany jest niewłaściwie, wskazane jest zabezpieczenie go w depozycie i odnotowanie tego faktu w dokumentacji;
12. każdorazowe informowanie doprowadzonych o możliwości kąpieli, gdy ich stan pozwala na zapoznanie się z tą informacją;
 13. wydawanie pacjentom zastępczego obuwia i ubrania w sytuacji, gdy niemożliwe jest skorzystanie przez nich z własnej odzieży.

2. Prezydentowi m.st. Warszawy:

1. zapewnienie Stołecznemu Ośrodkowi dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie środków finansowych na realizację tych spośród powyższych zaleceń, które wymagają nakładów finansowych.

Opracowała: Oliwia Rybczyńska-Gryguc

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-podpisano elektronicznie/