



Stołeczny Ośrodek dla Osób Nietrzeźwych

ul. Kolska 2/4, 01-045 Warszawa.
tel. 22 838 84 07, faks 22 636 55 97
sekretariat@sodon.pl, www.sodon.pl

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH	
WPL.	2025 -12- 08
ZAL.	NR

Warszawa, dnia 3 grudnia 2025 r.

DPC.0910. 4m7 .2025.DWI



Pani Katarzyna Kopystyńska
Zastępczyni Dyrektora Zespołu
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
Rzecznika Praw Obywatelskich
Al. Solidarności 77
00-090 Warszawa

Stanowisko Pani Dyrektora

W odpowiedzi na pismo nr KMP.574.4.2025.ORG z 14 listopada 2025 roku, dotyczące rewizytacji przeprowadzonej przez Zespół Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w Stołecznym Ośrodku dla Osób Nietrzeźwych, po zapoznaniu się z raportem pragnę przedstawić cztery spostrzeżenia oraz ustosunkować się do sformułowanych zaleceń.

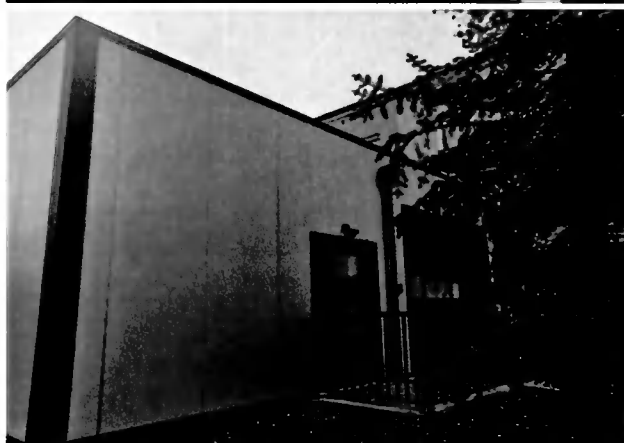
Po pierwsze – kontrole prowadzone przez pracownice KMPT są jedynymi znanymi mi kontrolami działającymi w trybie inkwizycyjnym, tj. raport końcowy z czynności kontrolnych napisany kilka miesięcy po wizycie w jednostce jest pierwszą okazją dla kierownictwa jednostki do zapoznania się z rzekomymi nieprawidłowościami w działaniu tejże. Przypomnę, że raport, który już został przesłany do Prezydenta m.st. Warszawy, Rzecznika Praw Pacjenta, Komendanta Stołecznego Policji, Ministerstwa Zdrowia, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom – nie zawiera pisemnego stanowiska jednostki kontrolowanej w kwestiach podniesionych przez zespół kontrolny - tym bardziej powinien być wyważony w swoich ocenach. Taki tryb nie sprzyja bowiem obiektywizmowi – nawet w sprawach karnych nie feruje się niepodważalnych wyroków bez wysłuchania argumentacji oskarżonego ...

Po drugie – cyt. „...podstawą systemu zapobiegawczego systemu OPCAT jest dialog...” (Raport str. 3 pkt 7). No właśnie. Tymczasem członkinie zespołu kontrolnego traktują swoje spostrzeżenia, oceny i wnioski jako prawdy nie podlegające dyskusji (dialogowi?) i niejako normy prawne, których jednostka kontrolowana ma obowiązek przestrzegać i nie dyskutować. Wszelka polemika z tymi ocenami i wnioskami jest traktowana niemalże jak świętokradztwo. Ze swej strony chciałbym za pośrednictwem Pani Dyrektor przekazać członkiniom zespołu kontrolnego jedną refleksję – sam fakt podpisania umowy o pracę w szanowanym Biurze Rzecznika Praw Obywatelskim nie powoduje nabycia wszechwiedzy i wszechkompetencji, pozwalających negatywnie oceniać działalność kontrolowanych jednostek przy jednoczesnym pomijaniu rzeczowych argumentacji kontrolowanych, wynikających z ich wieloletniego doświadczenia zawodowego w swojej dziedzinie.

Po trzecie – w swoim Raporcie (pkt 20 str. 5) zespół kontrolny słusznie przywołuje zasadę legalizmu wynikającą z art. 7 Konstytucji – zatem uprzejmie proszę o wskazanie podstaw prawnych zaleceń zawartych w raporcie – np. w układzie: zalecenie nr (strona ..) – podstawa prawna: art. ... ustawy z dnia, Dziennik Ustaw .../...

Po czwarte – nie mogę się oprzeć wrażeniu, że Raport z listopada (rewizyta) br. jest pisany z góry założoną tezą, stanowiącą reakcję pracownic KMPT na moją krytyczną odpowiedź (z 25.02 br.) na poprzedni Raport ze stycznia br., w którym to ośmieliłem się poddać w wątpliwość jego obiektywizm i rzetelność.

W mojej ocenie Raport sformułowany przez zespół kontrolny nie odzwierciedla obiektywnego stanu faktycznego jednostki kontrolowanej, tylko wirtualne, hipotetyczne zagrożenia nie mające potwierdzenia w rzeczywistości. Pomija fakt, że na ponad 200.000 osób doprowadzonych do wytrzeźwienia na przestrzeni ostatnich 10 lat, wpłynęło jedynie 79 skarg na działanie Ośrodka, a żadna z tych skarg nie dotyczyła braku posiadania okularów korekcyjnych w czasie trzeźwienia, braku możliwości skorzystania z prysznica, braku intymności podczas korzystania z kąpielni sanitarnego czy też niewydania obuwia zastępczego. Jedynie 3 skargi – na 2069 przypadków - dotyczyły środków przymusu bezpośredniego, tzn. celowości ich zastosowania, a nie nadmiarowości czy przekroczenia granic. Jednocześnie w tym samym czasie pracownicy SOdON uratowali życie 36 osobom – tyle bowiem przeprowadzono udanych reanimacji zakończonych przekazaniem załogom PRM osób z zachowanymi parametrami życiowymi. Takie są fakty. Jako kuriozum postrzegam zaś fakt nie odnotowania w Raporcie wybudowania w międzyczasie wiaty, zaprojektowanej w taki sposób, aby zapewnić osobom doprowadzanym pełną anonimowość, poczucie bezpieczeństwa oraz komfort psychiczny - niezależnie od warunków atmosferycznych (patrz zdjęcia).



Odnośnie zaleceń:

- **niezrealizowanie zalecenia wyeliminowanie nieprawidłowości związanych z prowadzoną dokumentacją przymusu bezpośredniego** - w okresie od maja 2024 do rekontroli na początku lipca 2025 doprowadzono do Działu Wyrzeżeń SOdON **19 759** osób, w raporcie wskazano jedynie dwa przypadki spośród 186 interwencji udokumentowanych do dnia wizytacji. Na tej podstawie sformułowano jednak wniosek o niezrealizowaniu zalecenia w całości (!). W mojej ocenie tak niewielka liczba zastrzeżeń, stanowiąca marginalny odsetek wszystkich interwencji, nie może być uznana za wystarczającą podstawę do tak daleko idącej, negatywnej oceny, zwłaszcza że analiza pozostałej dokumentacji nie potwierdziła występowania innych nieprawidłowości o charakterze systemowym. Chcę również zaznaczyć, że określona przez wizytujących „niejednoznaczność” sposobu ewidencjonowania pobytu pacjenta po wypięciu z pasów jest dla mnie niezrozumiała. W trakcie wizytacji nie zadano żadnych pytań dotyczących tej kwestii ani nie poproszono o dodatkowe wyjaśnienia. Gdyby taka potrzeba została zgłoszona, udzieliłbym pełnych informacji o obowiązujących procedurach, co pozwoliłoby uniknąć nieprecyzyjnych interpretacji, które pojawiły się dopiero na etapie analizy dokumentacji. W związku z powyższym uważam, że wniosek o niezrealizowaniu zalecenia w całości powinien zostać zweryfikowany z uwzględnieniem rzeczywistego zakresu stwierdzonych uchybień oraz okoliczności, w jakich dokonano ich oceny;

- **wyeliminowanie praktyki zakrywania twarzy prześcieradłem** – fakt zakrycia fizeliną twarzy plującego na pracowników pacjenta, stwierdzony podczas pierwszej wizyty KMPT, **był incydentalny**. Brak jakichkolwiek dowodów na stosowanie tej praktyki w obszernych materiałach, o które sami wystąpili wizytujący, potwierdza, że nie jest ona rutynowo stosowana w placówce. Należy podkreślić, że wszystkie opisane w raporcie KMPT zastrzeżenia dotyczące stosowania środków przymusu bezpośredniego, w tym tzw. „autorskich” chwytów obezwładniających, odnoszą się do jednej sytuacji pojedynczego pacjenta. W opisywanym incydencie mieliśmy do czynienia ze zdarzeniem nagłym, gwałtownym i trudnym do przewidzenia. Podczas przyjęcia pacjent, przekładany na wózek inwalidzki, niespodziewanie przechylił się wraz z nim i upadł na podłogę, po czym natychmiast zaatakował pracownika, uderzając go w twarz. Stworzyło to realne, bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa. W tej dynamicznej, chaotycznej i wymagającej natychmiastowego działania sytuacji, podjęto decyzję o zastosowaniu unieruchomienia. Wizytatorzy starali się oddać przebieg tych zdarzeń, jednak ich opis nie oddaje pełnego kontekstu sytuacyjnego: nagłości, gwałtowności reakcji pacjenta ani okoliczności, które determinowały konieczność szybkiej interwencji. Chwyty użyte przez personel miały jeden cel - natychmiastowe opanowanie sytuacji i niedopuszczenie do powstania poważniejszych urazów. Warto pamiętać, że w warunkach nagłego zagrożenia działania interwencyjne mogą wyglądać dla osoby postronnej na potencjalnie ryzykowne, choć w istocie służą ochronie zdrowia i życia zarówno pacjenta, jak i personelu.

W trakcie interwencji, na skutek ułożenia w pozycji na wznak oraz intensywnego pobudzenia, pacjent wymiotował. W dalszym przebiegu działań personel pozostawił pacjenta obok wymiocin i opuścił pomieszczenie. Zachowanie to było niezgodne ze standardami Ośrodka i jako takie spotkało się z jednoznaczną reakcją. Wbrew twierdzeniom autorów raportu opisywane zdarzenie zostało wychwycone w trakcie analizy monitoringu przez pracownika kontrolującego stosowanie ŚPB. Dyrektor zastosował kary przewidziane w kodeksie pracy wobec 2 pracowników w dniu 15.07 2025 r.. Incydent ten został szczegółowo przeanalizowany, a wnioski doprowadziły do wdrożenia działań korygujących, których celem jest zminimalizowanie ryzyka wystąpienia podobnych sytuacji w przyszłości. Jednym z nich była wymiana wózków inwalidzkich na modele bardziej stabilne, przystosowane do przewożenia osób o masie do 250 kg tak, by znacząco ograniczyć możliwość ich przechylenia.

Komentarze członków zespołu kontrolnego, że Dyrektor akceptuje chronienie się przez pracowników przed ekspozycją na choroby zakaźne poprzez zakrycie fizeliną twarzy plującego na nich pacjenta, a

pracownicy (zamiast mieć prawo się bronić) powinni się szczepić, przy jednoczesnej akceptacji takiego zachowania (plucia w twarz) - sa żenujące;

- w odniesieniu do kwestii wspomagania się prześcieradłami podczas unieruchamiania należy zaznaczyć, że ich stosowanie jest dopuszczalne na podstawie art. 42 ust. 8 pkt 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Materiał ten jest używany wyłącznie w sytuacjach nagłych i nie zastępuje pasów, lecz pełni jedynie funkcję tymczasową i uzupełniającą. W żadnym przypadku nie stwierdzono urazów ani dolegliwości bólowych wynikających z ich użycia. Zastosowanie prześcieradła jako dodatkowego elementu zabezpieczenia ma charakter prewencyjny, m.in. w sytuacjach, gdy istnieje ryzyko uszkodzenia właściwych pasów. Raport nie uwzględnia jednak faktu, że standardowe pasy nie zawsze pozwalają na bezpieczne unieruchomienie pacjenta w stanie pobudzenia.

- praktyka przeprowadzania osób do sali pasowej ma charakter wspierający i organizacyjny – umożliwia personelowi ocenę zachowania pacjenta w kontrolowanym środowisku oraz ułatwia bezpieczne podjęcie decyzji o konieczności zastosowania pasów. W wielu przypadkach samo przemieszczenie do sali sprzyja uspokojeniu osoby, dzięki czemu interwencja fizyczna staje się zbędna.

- odnosząc się do zalecenia przeszkolenia kadry SODON w zakresie stosowania Protokołu stambulskiego należy podnieść, iż obowiązujące przepisy nie przewidują takiego obowiązku. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego przewiduje w §8 ust. 5, iż personel izby wytrzeźwień przechodzi corocznie szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy, stosowania środków przymusu bezpośredniego i profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych. Należy podnieść, że wszystkie te obowiązki są w Ośrodku wypełniane. Niezależnie od powyższego należy dostrzec, że **Protokół stambulski nie jest obowiązującym aktem prawnym**, lecz – jak głosi jego tytuł – **podręcznikiem** skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Z noty informacyjnej zamieszczonej na str. 12 Protokołu stambulskiego wynika, że cyt.: „w *Protokole stambulskim określono międzynarodowe standardy prowadzenia skutecznych dochodzeń prawnych i badań medyczno-prawnych w sprawie zarzutów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. (...) „standardy Protokołu stambulskiego służą jako norma oceny dowodów medycznych, jako narzędzie odniesienia dla ekspertów wydających ekspertyzy, jako punkt odniesienia dla oceny skuteczności krajowego ustalania faktów oraz jako środek zadośćuczynienia dla ofiar”*. Z kolei we Wprowadzeniu do Protokołu stambulskiego (str. XXI-XXII) wskazuje się, że cyt.: „*Protokół stambulski jest skutecznym instrumentem przeciwdziałania bezkarności za tortury i niewłaściwe traktowanie, ponieważ zawiera szczegółowe zapisy dotyczące tego, w jaki sposób należy prowadzić skuteczne dochodzenie prawne i badanie kliniczne oraz dokumentację zarzutów dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania, co jest niezbędne do postawienia sprawców przed wymiarem sprawiedliwości. Protokół stambulski zawiera szereg zasad określających minimalne standardy, których państwo musi przestrzegać, aby zapewnić skuteczne badanie i dokumentowanie tortur i niewłaściwego traktowania (...)*”.

Adresatem Protokołu stambulskiego, co wynika wyraźnie z jego tytułu, wstępu i z treści merytorycznej są podmioty prowadzące czynności z zakresu badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (prokuratorzy, prawnicy praktycy, lekarze, komisje śledcze i sądy). Powyższe czynności nie należą do ustawowych kompetencji izb wytrzeźwień: zadaniem personelu SODON jest sprawowanie opieki nad osobami nietrzeźwymi w zakresie ściśle określonym przepisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego. Ww. zakres nie obejmuje diagnozowania i dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

wskazuje jedynie (w art. 40² ust. 1), iż osoba doprowadzona jest poddawana niezwłocznie badaniom lekarskim. Żaden przepis nie upoważnia ani nie zobowiązuje izb wytrzeźwień do prowadzenia zastrzeżonej dla innych instytucji, w tym dla RPO, działalności w zakresie diagnozowania i dokumentowania przypadków tortur lub innych form okrutnego traktowania.

Reasumując, czynienie Ośrodkowi zarzutu, iż nie przeprowadził szkolenia dla pracowników z zakresu Protokołu stambulskiego nie ma oparcia w prawie, a ponadto jest nietrafne z wyżej wskazanych względów merytorycznych. Mimo to uprzejmie informuję, że wydrukowany i oprawiony egzemplarz rzeczowego Protokołu został udostępniony pracownikom SODON do zapoznania.

- **stosowanie odpowiednich chwytów, wykluczających uciskanie pacjenta za szyję** – zalecenie bezpodstawne, wydane bez wskazania jakiegokolwiek przykładu rzekomej praktyki chwytów uciskających za szyję;

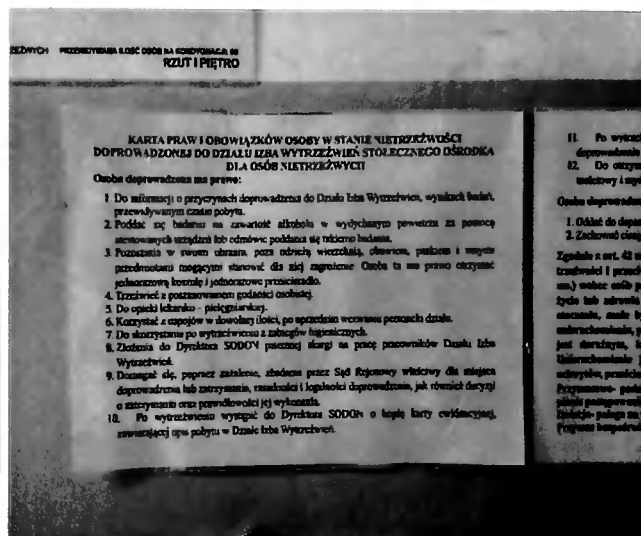
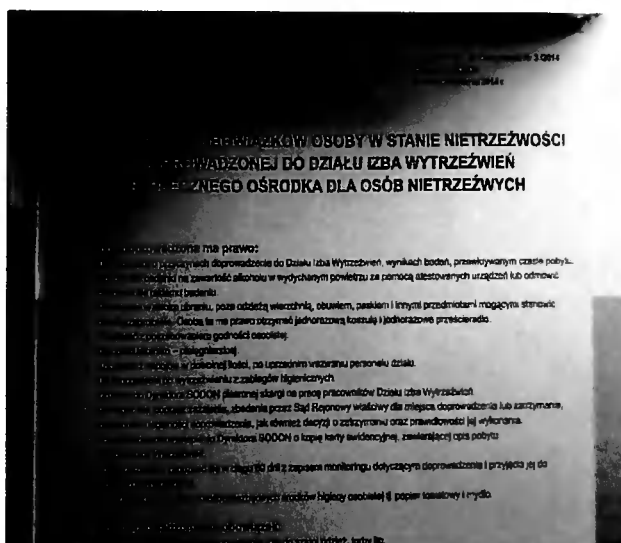
- **założenie zgiętych ramion do tyłu i przełożenie ich za uchwyty wózka** – założenie ramion pacjenta za uchwyty wózka wynikało z faktu, że pacjent był silnie nietrzeźwy i nie kontrolował swoich ruchów. Był to wyłącznie środek transportowy, a nie – jak błędnie określono – „autorski środek przymusu bezpośredniego”. Zastosowano go jedynie w celu zapobieżenia zsunięciu się pacjenta z wózka. W związku z tym brak jest podstaw do traktowania tego sposobu przewozu jako środka przymusu bezpośredniego, ww. sposób transportu nie sprawił przewożonemu żadnych dolegliwości i nie naruszał jego godności.

- **dokumentacja kontaktu z cudzoziemcami** – podtrzymujemy stanowisko, że wzór karty ewidencyjnej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz.U.2022.2075). Ośrodek, będący podmiotem wchodzącym w skład administracji publicznej, ma obowiązek działania na podstawie i w granicach prawa i nie posiada uprawnień do samowolnego modyfikowania szaty graficznej karty ewidencyjnej ani do wprowadzania do jej treści jakichkolwiek dodatkowych zapisów, niewynikających z ww. rozporządzenia.

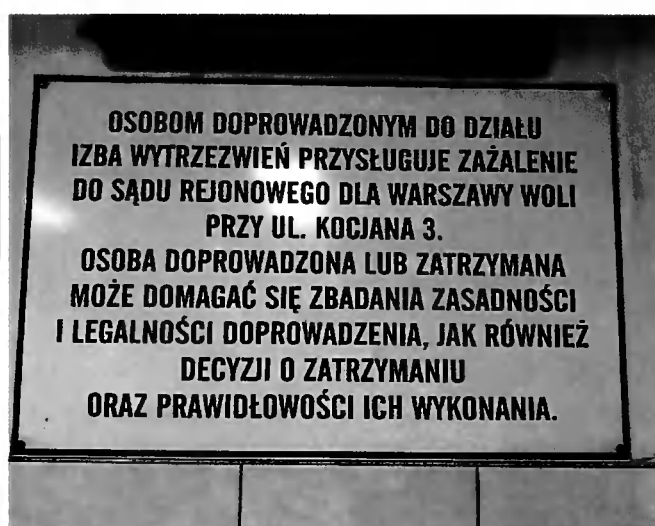
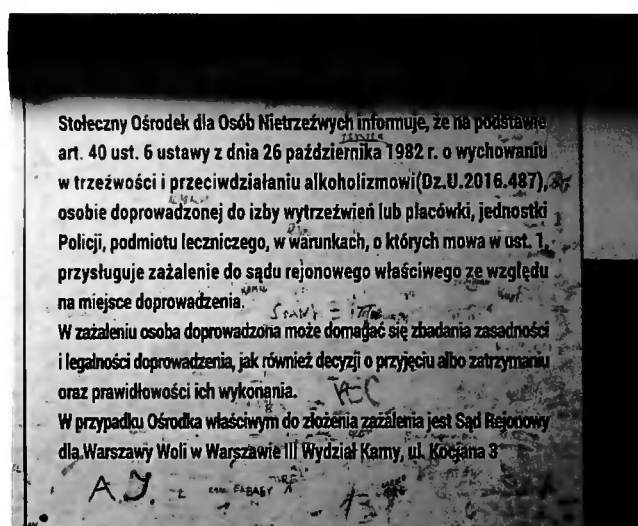
Jednocześnie pragnę zauważyć, że niemal wszyscy cudzoziemcy, którzy doprowadzani są do Ośrodka, przebywają na terenie naszego kraju od dłuższego czasu, porozumiewają się w języku polskim i mają pełną świadomość, gdzie zostali doprowadzeni oraz jakie dokumenty podpisują. Dodatkowo należy wskazać, że osoby odpowiedzialne za wypełnianie karty ewidencyjnej w znakomitej większości znają w stopniu komunikatywnym przynajmniej język angielski, a w swoich codziennych zadaniach wspierani są przez lekarzy lub felczerów pochodzących z terenów dawnego bloku wschodniego, biegle znających język rosyjski lub ukraiński.

- realizacja zalecenia **wywieszenia karty praw i obowiązków oraz innych informacji w tłumaczeniu na inne języki niż język polski** oznacza wyprodukowanie i zawieszenie **74 tablic** (przedstawiciele tyłu narodowości przyjęliśmy do Działu Izba SOdON od czasu poprzedniej wizytacji). Ośrodek nie posiada tylu wolnych ścian, na których można byłoby tyle tablic zawiesić, chyba, żeby miały one rozmiar na tyle mały, że uniemożliwiałoby to zapoznanie się z naniesionym na nie tekstem;

- praktykę wywieszania informacji na drzwiach pokoi pobytowych zastosowaliśmy w SOdON w roku 2012. Wtedy to na wewnętrznej stronie drzwi sal sypialnych umieszczano informacje o prawach przysługujących osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia oraz możliwości skorzystania z kąpieli i toalety poza salą. Wykorzystywaliśmy do tego celu druki wykonane na folii samoprzylepnej. Były one nagminnie zrywane i niszczone przez naszych podopiecznych, używane do zapychania toalet - najczęściej z powodu nudy, ale i ze zwykłej złośliwości. Koszty poniesione na wykonywanie kolejnych druków oraz praktycznie nieustanne odmalowywanie podrapanych drzwi zmusiły nas do zaprzestania wywieszania takich informacji w roku 2014 r. Po podliczeniu kosztów wcześniejszego projektu, skupiliśmy się na montowaniu tablic w dużych rozmiarach z czytelnymi informacjami na ścianach korytarzy i poczekalni, w których przebywają nasi podopieczni.



- zalecenie dotyczące wywieszenia tablic z informacjami o właściwym sądzie, do którego można kierować zażalenia na działalność placówki, zostało w pełni zrealizowane już w 2012 roku. Zaskakujące jest to, że podczas wizytacji nie zostały one zauważone. Można odnieść wrażenie, że uwadze wizytatorów umknął nie tylko fakt ich obecności, lecz także ich funkcjonalne rozmieszczenie, wynikające z praktyki pracy placówki. W konsekwencji w raporcie pojawiła się uwaga, która nie znajduje potwierdzenia w stanie faktycznym, która przy bardziej uważnej obserwacji mogłaby zostać zweryfikowana już na etapie wizytacji. **Dla porządku przypomnę, że na chwilę obecną na terenie Ośrodka jest 19 tablic informujących osoby doprowadzone o ich prawach i obowiązkach, z danymi kontaktowymi Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Rzecznika Praw Obywatelskich, oraz 4 tablice informujące o dostępnych udogodnieniach (np. możliwość kąpieli czy też adresami jadalni i noclegowni).**



- wnioski nt. poziomu szkoleń z zakresu użycia środków przymusu bezpośredniego (zawarte w punkcie 48 Raportu str. 13) są niczym nie uzasadnione; nieprawda jest, że w ich trakcie nie było zajęć praktycznych. Tak sformułowane wnioski wynikają wyłącznie z subiektywnych ocen członków zespołu wizytującego i nie znajdują oparcia w żadnym materiale dowodowym, który potwierdzałby stawiane tezy.

- **zalecenie zastąpienia toalet** – stosowane w naszej placówce rozwiązania architektoniczne wynikają z pierwotnej konstrukcji budynku i ograniczeń technicznych, które nie pozwalają na wprowadzenie pełnych osłon bez naruszenia zasad bezpieczeństwa. Jednocześnie zapewniamy, że placówka stale analizuje możliwości wprowadzenia dodatkowych rozwiązań poprawiających komfort

i intymność pacjentów, o ile nie będą one kolidowały z obowiązkiem zapewnienia stałego nadzoru nad osobami znajdującymi się w stanie zagrażającym ich zdrowiu lub życiu. Wbrew tezie zawartej w raporcie, personel kieruje się zasadą minimalizowania sytuacji, w których pacjenci mogą mieć wgląd na osoby korzystające z toalety. Jednak w przypadku osób w głębokim stanie upojenia alkoholowego, z zaburzeniami świadomości, priorytetem musi pozostać bezpieczeństwo, zarówno samych pacjentów, jak i innych osób przebywających w sali. Jako kierujący placówką w pełni rozumiem znaczenie ochrony intymności, jednak w realiach funkcjonowania izby wytrzeźwień zasada ta musi być każdorazowo konfrontowana z koniecznością zapobiegania zdarzeniom nagłym, takim jak upadki, zakrztuszenia, utrata przytomności czy gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia. W sytuacjach, w których pozwala na to stan osoby doprowadzonej, personel dba o to, aby pacjenci nie byli narażeni na wzajemną ekspozycję podczas korzystania z toalety. Natomiast tam, gdzie nadzór musi być prowadzony w sposób ciągły, możliwość pełnego zapewnienia intymności może być czasowo ograniczona, zawsze jednak wyłącznie z troski o bezpieczeństwo i życie pacjenta. Przypominam jednocześnie, że osoby doprowadzone mają swobodę przemieszczania się w ramach sali pobytovej, zatem nawet pierwotnie położone przez personel Ośrodka na łózkach w oddali - mogą w trakcie pobytu przenieść się na łóżko w pobliżu kącika toaletowego.

Reasumując, podtrzymuję swoje kilkakrotnie przedstawiane stanowisko, że przy dylemacie pomiędzy bezpieczeństwem osób doprowadzonych a rzekomym dyskomfortem zawsze wybiorę bezpieczeństwo;

- **zalecenie posiadania przy sobie okularów korekcyjnych** – interpretacja przepisów dokonana przez prawników będących autorami Raportu, nie znajduje umocowania w zasadach dokonywania wykładni prawa. Raport zawiera twierdzenie, że umożliwienie pacjentom posiadania przy sobie okularów korekcyjnych miałyby wynikać z tego, iż art. 18a ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego cyt.: „nie ma zastosowania do funkcjonowania izb wytrzeźwień, a ponadto odnosi się wyłącznie do sytuacji stosowania środków przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji. W związku z tym Dyrektor Ośrodka nie jest zobowiązany do rutynowego odbierania pacjentom okularów przy przyjęciu, a praktyka ta nie znajduje oparcia w obowiązujących przepisach prawa”. Jednocześnie zaś Raport pomija fakt, iż ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przewiduje w art. 41, iż osobie przyjętej odbiera się środki pieniężne lub inne przedmioty i zatrzymuje do depozytu. Przepis ten przewiduje odebranie wszystkich przedmiotów, bez wyjątku np. w postaci okularów korekcyjnych. Autorzy Raportu zdają się nie rozumieć, że rozbicie okularów przez niekontrolującego swoich zachowań pijanego pacjenta i podcięcie żył lub tętnicy szyjnej sobie lub innej osobie trwa kilka sekund, w związku z czym Dyrektor Ośrodka stanowczo nie godzi się na przyjmowanie tak daleko idącego ryzyka utraty zdrowia lub życia pensjonariuszy Ośrodka. Odbieranie pijanym (a więc nieobliczalnym) pacjentom okularów nie stanowi nadmiernego środka bezpieczeństwa i posiada oparcie prawne w bezwzględnie obowiązującym art. 41 ww. ustawy;

- **zalecenie wydawania odzieży zastępczej** – pacjentom faktycznie udostępnia się obuwie zastępcze w postaci jednorazowych ochraniaczy na buty. Zastrzeżenia KMPT, jakoby ochraniacze „co do zasady nie były wydawane”, nie znajdują potwierdzenia w rzeczywistości. Na dowód należy wskazać choćby zdjęcie nr 3 wskazane w Raporcie, które wyraźnie przedstawia pacjenta posiadającego ochraniacze na stopach, co obala zarzut o ich rutynowym niewydawaniu. Chcę również podkreślić, że obuwie zastępcze, czyli ochraniacze na buty, stanowią zupełnie odrębną kategorię od odzieży zastępczej. Zarzut KMPT, że placówka nie wydaje obuwia lub odzieży, nie rozróżnia tych dwóch kategorii i w konsekwencji prowadzi do błędnej oceny praktyki placówki. Odnosząc się do zarzutu dotyczącego niewydawania odzieży zastępczej, należy podkreślić, że placówka posiada zapasową odzież i udostępnia ją pacjentom w sytuacjach, gdy korzystanie z własnej odzieży jest niemożliwe. Należy jednak uwzględnić, że pacjenci w stanie pobudzenia lub upojenia alkoholowego często odmawiają przyjęcia oferowanej odzieży zastępczej. W takich

przypadkach personel stosuje wszelkie możliwe metody, aby zapewnić komfort i intymność pacjenta, jednak nie może zmusić osoby do przyjęcia odzieży wbrew jej woli.



- **zalecenie montażu instalacji przyzywowej przy łóżku** – odnosząc się do zalecenia Raportu dotyczącego zainstalowania instalacji przyzywowej przy każdym łóżku, należy stwierdzić, że zalecenie to nie znajduje oparcia w obowiązujących przepisach. Mianowicie, § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego przewiduje jedynie, że w pomieszczeniach izby wytrzeźwień zapewnia się m. in. system przywoławczy umożliwiający, w razie potrzeby, wezwanie pracownika izby wytrzeźwień. Brak jest jednak postanowienia wskazującego, iż miałyby to dotyczyć montażu elementów tego systemu przy każdym łóżku. Biorąc pod uwagę skalę zniszczeń, jakie wywołują pacjenci w wyposażeniu sal sypialnych (zauważony przez Zespół Kontrolny choćby w przypadku niszczenia maskowania okien), a także fakt, iż wszystkie sale sypialne są obserwowane 24 godziny na dobę przez wyznaczonych do tego pracowników obsługujących nowoczesne urządzenia monitoringu wizyjnego, proponowany przez RPO montaż elementów instalacji przywoławczej przy każdym łóżku należy uznać za nadmiarowy i nieracjonalny.

- **zalecenie dostępu do ładowarki** – j.w.

- **zalecenie naprawienia stref maskowania okien** – primo – kto niszczył rzeczne maskowanie – pracownicy SOdON? secundo – gdyby o to członkinie zespołu kontrolnego zapytały, to dowiedziałyby się, że wymiana szyb w oknach była przewidziana w budżecie na rok bieżący i została przeprowadzona w dniach 25.08.2025 r. – 26.09.2025 r.;

- w odniesieniu do zalecenia KMPT dotyczącego **informowania pacjentów o możliwości skorzystania z kąpieli** - każda osoba opuszczająca placówkę jest o tym fakcie informowana przez personel w momencie przygotowania do wyjścia. W praktyce pacjenci rzadko decydują się na skorzystanie z tej możliwości i w rozmowach mogą sugerować, jakoby nie byli o niej poinformowani, zapewne dlatego że łatwiej przyznać się do rzekomej niewiedzy niż do własnej niechęci do kąpieli. Tablice informacyjne zostały umieszczone w szatniach, w miejscach widocznych dla pacjentów, gdzie rozbierają się i przygotowują do opuszczenia Ośrodka, dzięki czemu informacja jest dostępna zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej. Chcę także zaznaczyć że wizytatorzy KMPT podczas pobytu w Ośrodku pominęli przy rozmowach osoby w kryzysie bezdomności, które najczęściej korzystają z kąpieli z własnej inicjatywy. Uważam że system informowania, zarówno w formie ustnej, jak i wizualnej (tablice), zapewnia każdemu pacjentowi realną możliwość skorzystania z kąpieli;

- zarzut niezrealizowania zalecenia **rozważenia** zorganizowania zewnętrznej, eksperckiej superwizji jest bezpodstawny: zalecenie **rozważyliśmy** i o rezultacie tegoż powiadomiliśmy w naszym piśmie z dnia 25 lutego br. Wobec wyraźnej nieznamości treści ww. pisma powtórzę, że w praktyce nie ma realnej możliwości skorzystania z takiego rozwiązania w rozumieniu, którego oczekuje KMPT. Na rynku po prostu nie funkcjonuje grupa specjalistów przygotowanych do oceny i doskonalenia pracy w warunkach typowych dla izb wytrzeźwień. Izby wytrzeźwień działają w środowisku o wyjątkowej specyfice, obejmującym elementy interwencji kryzysowej, kontaktu z osobami w stanie głębokiego upojenia alkoholowego, konieczności zapewnienia bezpieczeństwa oraz stosowania środków przymusu bezpośredniego. Izby jednocześnie są jednostkami, które nie należą ani do systemu ochrony zdrowia, ani do struktur służb mundurowych. W efekcie nie istnieje w Polsce żadna grupa ekspertów posiadających doświadczenie i kompetencje adekwatne do pełnego zakresu obowiązków, z jakimi mierzy się personel naszej placówki. Dostępne na rynku formy wsparcia obejmują wyłącznie wycinkowe obszary, takie jak techniki deeskalacji, zagadnienia psychiatrii, uzależnień czy bezpieczeństwa fizycznego, jednak żadne z nich nie odnoszą się do całości warunków pracy w izbie wytrzeźwień ani nie uwzględniają jej specyfiki operacyjnej. W praktyce jako placówka stale podnosimy jakość interwencji: omawiamy rzeczywiste, trudne sytuacje, analizujemy obszary wymagające korekty, dążymy do ograniczania liczby interwencji obarczonych ryzykiem, a w sytuacjach, w których zachodzi konieczność użycia środków przymusu bezpośredniego, każdorazowo weryfikujemy ich zgodność z przepisami i standardami, również tymi wskazywanymi przez KMPT. Należy podkreślić, że rynek nie dysponuje ekspertami specjalizującymi się w pracy z placówkami o takim profilu jak nasza, co czyni realizację zalecenia w formie oczekiwanej przez KMPT obiektywnie niemożliwą.

Z perspektywy osoby kierującej placówką dostrzegam, że wizytatorzy uchwycili jedynie krótkie migawki z pracy Ośrodka, a opisane w Raporcie obserwacje dają fałszywą perspektywę. Nie pokazują bowiem działań wymagających wyczucia miejsca i sytuacji, w którym każdy gest i każdy wybór waży tyle, ile życie i bezpieczeństwo pacjenta. Raport koncentruje się przede wszystkim na kilku negatywnych aspektach, pomijając istotne elementy naszej codziennej pracy. Analizując go, można sformułować wniosek, że wizytatorzy KMPT próbują udowodnić tezę, iż w placówce występują systemowe nieprawidłowości w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego, przestrzegania praw pacjentów i zapewnienia standardów bytowych oraz higienicznych. Każda sytuacja, nawet incydentalna lub wynikająca z wyjątkowej dynamiki zdarzeń, jest przedstawiana w sposób sugerujący, że stanowi część rutynowej praktyki placówki nawet, gdy dowody wskazują na to, że są to jedynie pojedyncze przypadki. Innymi słowy, każdy opisany incydent ma służyć potwierdzeniu tej hipotezy, niezależnie od kontekstu sytuacyjnego czy doświadczenia codziennej pracy personelu.

Jestem świadomy odpowiedzialności, jaka spoczywa na placówce. Wiem, że kompetencje, doświadczenie i zaangażowanie personelu, w połączeniu ze stale aktualizowanymi procedurami i regularnymi szkoleniami, zapewniają bezpieczeństwo, właściwą opiekę i poszanowanie praw

pacjentów – również w sytuacjach wyjątkowo trudnych. Raport KMPT zamierzałem traktować jako źródło wskazówek i inspirację do dalszego doskonalenia procedur. Nie mogę jednak zgodzić się, by pojedyncze incydenty były podstawą twierdzeń o systemowych nieprawidłowościach. W rzeczywistości bezpieczeństwo, jakość opieki i rzetelność działań personelu stanowią fundament funkcjonowania Ośrodka, a większość wskazanych w raporcie obszarów została już uwzględniona w praktyce lub podlega bieżącej analizie i doskonaleniu. **Przypomnę, że od 10 lat wobec Ośrodka nie toczyło się żadne postępowanie prawne dotyczące naruszenia ciała, przekroczenia uprawnień, utraty mienia czy też udziału osób trzecich w przypadku zgonu na terenie Ośrodka. Częstotliwość stosowania środków przymusu w postaci unieruchomienia spadła blisko dwukrotnie – z ponad 310 do 170 rocznie. To są fakty.**

Z poważaniem,

DYREKTOR
Stołecznego Ośrodka
dla Osób Nietrzeźwych

Sławomir Nowicki