



Warszawa, 14.11.2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMPT. 574.4.2025.ORG

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z rewizytacji 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.

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), dalej jako: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

3. KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa-strony, gdzie 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 2023 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 1–3 lipca 2025 r. przedstawicielki KMPT przeprowadziły rewizytację Izby Wytrzeźwień Stołecznego Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych w Warszawie przy ul. Kołskiej 2/4 (dalej także: Ośrodek, Izba, placówka). Wizytacja miała na celu weryfikację stanu realizacji zaleceń wydanych w raporcie po wizytacji przeprowadzonej w placówce w dniach 27–29 maja 2024 r.

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Klaudia Dębowska, Oliwia Rybczyńska-Gryguc (prawnicy) oraz Dorota Krzysztoń (politolożka).

11. W czasie wizytacji przedstawicielki KMPT odbyły rozmowę wstępną z Dyrektorem Ośrodka Sławomirem Nowickim, 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 wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi Dyrektorowi placówki.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawicielki KMPT dokonały analizy przekazanej przez władze Ośrodka dokumentacji, a także nagrań z monitoringu.

III. Charakterystyka placówki

14. Stołeczny Ośrodek dla Osób Nietrzeźwych przy ul. Kołskiej 2/4 w Warszawie składa się z dwóch działów: Dział Izba Wytrzeźwień oraz Dział Przerwywania Ciągów Alkoholowych. Wizytacja KMPT obejmowała wyłącznie Izbę Wytrzeźwień. Dysponuje 119 miejscami w 18 salach wieloosobowych.

15. Ośrodek realizuje zadania izby wytrzeźwień dla m.st. Warszawy, m. Piaseczna oraz m. Legionowa.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

IV. Stan realizacji zaleceń

16. **Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur wyraża głębokie zaniepokojenie faktem, że prawie wszystkie zalecenia wydane po wizytacji placówki w maju 2024 r. zachowują swoją aktualność i nie zostały wdrożone.** Zalecenia KMPT mają charakter zapobiegawczy i mogą pomóc odwiedzanym instytucjom w wypełnianiu ich obowiązku przeciwdziałania torturom i innym formom okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania oraz karania. W ocenie KMPT brak odpowiedniej współpracy w tym zakresie zwiększa ryzyko wystąpienia niewłaściwych zachowań personelu i jest sprzeczny z postanowieniami art. 22 OPCAT¹³. **Poniżej przedstawiono szczegółową analizę realizacji poszczególnych zaleceń wydanych w raporcie po wizytacji placówki w maju 2024 r.**

A. Zalecenie: wyeliminowanie nieprawidłowości związanych z prowadzoną dokumentacją przymusu bezpośredniego.

17. **Zalecenie nierealizowane.** W toku analizy dokumentacji stwierdzono nadal powtarzające się nieprawidłowości w zakresie prowadzenia wpisów dotyczących stosowania środków przymusu bezpośredniego. Krajowy Mechanizm odnotował przypadek niewpisania godziny zakończenia stosowania unieruchomienia. Zwrócono również uwagę na dokumentację dotyczącą sytuacji, w której po zakończeniu stosowania unieruchomienia pacjenci pozostawali nadal w sali wyposażonej w pasy. Pomimo fizycznego wypięcia pacjentów, w ewidencji środków przymusu bezpośredniego odnotowywano cały okres ich pobytu w tej sali jako czas trwania unieruchomienia. Taki sposób dokumentowania uniemożliwia precyzyjne ustalenie rzeczywistego momentu zakończenia stosowania środka oraz rodzi wątpliwości, czy w danym okresie pacjent przebywał w izolacji, czy też sala była traktowana jako zwykła sala pobytu. Brak jednoznaczności w tym zakresie stanowi poważne ryzyko nieprawidłowej kwalifikacji zastosowanych środków oraz utrudnia kontrolę zasadności i proporcjonalności podejmowanych działań.

18. **Krajowy Mechanizm ponownie zaleca rzetelne prowadzenie dokumentacji stosowania przymusu bezpośredniego, zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹⁴.**

¹³ Zgodnie z art. 22 OPCAT: „Odpowiednie władze danego Państwa Strony będą analizować rekomendacje krajowych mechanizmów prewencji oraz nawiązywać z nimi dialog na temat możliwych środków ich realizacji”.

¹⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 2151 ze zm., dalej: ustawa o wychowaniu w trzeźwości.

B. Zalecenie: przypomnienie pracownikom Izby o zasadach stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz przeprowadzenie dodatkowego szkolenia z humanitarnego stosowania tego typu środków.

19. **Zalecenie zrealizowane.** Dyrektor placówki wykazał, że w ośrodku było przeprowadzone szkolenie z zasad stosowania środków przymusu bezpośredniego, a sposób ich stosowania jest regularnie sprawdzany przez wyznaczonego pracownika, który analizuje monitoring i sporządza notatkę z każdego zastosowanego środka przymusu. Jednakże Krajowy Mechanizm wyraża niepokój, że w notatkach dotyczących monitoringu ze zdarzeń, co do których KMPT dysponuje nagraniami, pracownik ten nie dopatrzył się praktycznie żadnych nieprawidłowości. Co więcej, z rozmów przeprowadzonych z personelem i obserwacji KMPT wynika, że personel nie jest w pełni wykwalifikowany w tym zakresie i niekiedy działa intuicyjnie, bez znajomości procedur. W związku z powyższym pożądanym byłoby przeprowadzanie cyklicznych szkoleń ze stosowania środków przymusu przez zewnętrznego eksperta, łączące w sobie treści teoretyczne i praktyczne (zob. pkt 49 niniejszego raportu).

C. Zalecenie: stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie ze wskazanymi w raporcie KMPT standardami, w szczególności:

a. wyeliminowanie praktyki zakrywania twarzy prześcieradłem

20. **Brak możliwości weryfikacji.** Na podstawie przeanalizowanych nagrań z monitoringu nie ujawniono w toku powtórnej wizytacji praktyki zakrywania twarzy prześcieradłem podczas stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. Niepokój KMPT budzi jednak postawa Dyrektora placówki, który nie dostrzega nic niewłaściwego w praktyce zasłaniania twarzy prześcieradłem osobie unieruchomionej i twierdzi, że skoro przepisy nie zabraniają stosowania zasłaniania twarzy flizelinowym prześcieradłem podczas unieruchamiania, to jest to dozwolone¹⁵.

21. **Akceptacja tego typu praktyk przez kadrę kierowniczą jest niepokojąca i stwarza ryzyko utrwalania nieprawidłowych wzorców postępowania wśród personelu.** Nie ma przy tym znaczenia, że zakrywanie twarzy ma na celu ochronę pracowników Izby przed kontaktem z płynami ustrojowymi pacjentów. Krajowy Mechanizm pragnie zauważyć, że zakrywanie twarzy osobie poddawanej przymusowi bezpośredniemu jest zbędne ze względu na możliwe osiągnięcie celu tej czynności dostępnymi prawnie metodami – na przykład przez

¹⁵ Zgodnie z art. 7 Konstytucji RP organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Dlatego też do tych organów, do których zalicza się również organy samorządu terytorialnego, nie stosuje się formuły „co nie jest zakazane, jest dozwolone”, lecz zasadę legalizmu (dozwolone jest tylko to, co prawo wyraźnie przewiduje).

zapewnienie alternatywnych środków ochrony osobistej dla personelu, tj. przyłbic czy szczepień¹⁶. Stosowanie maseczek chirurgicznych, rękawiczek i przyłbic przez personel może zabezpieczyć pracowników przed ekspozycją na zakażenia oraz wyeliminuje praktykę siłowego zasłaniania twarzy pacjentów. Zabezpieczenie przed zakażeniem przenoszonymi przez ślinę nie może odbywać się kosztem bezpieczeństwa pacjentów.

22. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przypomina również, że katalog środków przymusu bezpośredniego ma charakter zamknięty, co oznacza, iż nie dopuszcza się stosowania działań niewymienionych w ustawie.

Rodzaje oraz sposoby użycia środków przymusu zostały w przepisach określone w sposób jednoznaczny i nie mogą być interpretowane rozszerzająco. Zgodnie z art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie. **Skoro przepisy nie przewidują możliwości zakrywania twarzy osoby poddanej unieruchomieniu, praktyka taka jest niedopuszczalna i stanowi naruszenie prawa.**

b. używanie jedynie odpowiednich pasów podczas unieruchamiania (zamiast flizelinowych prześcieradeł)

23. Zalecenie niezrealizowane. Krajowy Mechanizm odnotował dalsze stosowanie – podczas unieruchamiania pacjentów – flizelinowych prześcieradeł oprócz pasów. KMPT ponownie wskazuje, że choć unieruchomienie za pomocą prześcieradeł jest dopuszczalne (art. 42 ust. 8 pkt 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości), to przywiązanie pacjenta do łóżka za pomocą cienkich prześcieradeł może stwarzać pacjentowi dodatkową dolegliwość w postaci otarć oraz bólu. Nie uzasadniono także stosowania łącznie pasów oraz prześcieradeł.

24. Jak wskazuje CPT, w przypadku stosowania mechanicznych środków przymusu należy wykorzystywać wyłącznie urządzenia zaprojektowane w sposób ograniczający ryzyko negatywnych skutków – najlepiej wyściełane pasy wykonane z miękkiego materiału – tak aby zminimalizować ryzyko urazu i/lub bólu pacjenta¹⁷.

25. KMPT ponawia zalecenie używania jedynie odpowiednich pasów podczas unieruchamiania (zamiast flizelinowych prześcieradeł).

¹⁶ Review of the use of spit hoods by the AFP, Australian Federal Police, 2023, s. 20. Dostępne na stronie: <https://www.afp.gov.au/sites/default/files/2023-09/LEX%201561%20-%20Documents.pdf>.

¹⁷ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), [CPT/Inf (2017) 6], par. 3.3.

c. stosowanie odpowiednich chwytów, wykluczających uciskanie pacjenta za szyję

26. **Zalecenie niezrealizowane.** KMPT nadal wyraża wątpliwości dotyczące sposobu stosowania środków przymusu bezpośredniego przez personel Ośrodka. Analiza dostępnych nagrań wskazuje, że środki te nie zawsze są używane w sposób możliwie najmniej dolegliwy, zgodny z zasadą proporcjonalności. Pracownicy wciąż stosują chwyt uciskający pacjentów za szyję. Zauważono również, że przypadki agresji ze strony pacjentów nierzadko wynikają z braku stosowania przez personel skutecznych metod deeskalacji konfliktów, a niekiedy z działań, które mogą wręcz potęgować napięcie i prowadzić do intensyfikacji zachowań agresywnych.

27. Analiza nagrań ujawniła sytuację, w której pacjent przez dłuższy czas przed przyjęciem do sali na terenie Izby pozostawał w spoczynku – leżał na łóżku i spał. Pomimo braku oznak pobudzenia czy zachowań zagrażających sobie lub innym, personel podjął decyzję o przeniesieniu go na wózek ortopedyczny. W trakcie przenoszenia, z uwagi na posturę pacjenta, wózek przechylił się, a pacjent upadł na podłogę. W wyniku tego zdarzenia pacjent gwałtownie się pobudził – zaczął się szarpać, stawiał czynny opór wobec personelu oraz ostatecznie uderzył pracownika Izby. Wobec pacjenta, ze względu na uderzenie członka personelu, zastosowano środek przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia.



Zdjęcie 1: upadek pacjenta z wózka ortopedycznego.

28. Również zastosowanie unieruchomienia wobec pacjenta budzi poważne wątpliwości KMPT. **Podczas stosowania unieruchomienia, na skutek ułożenia**

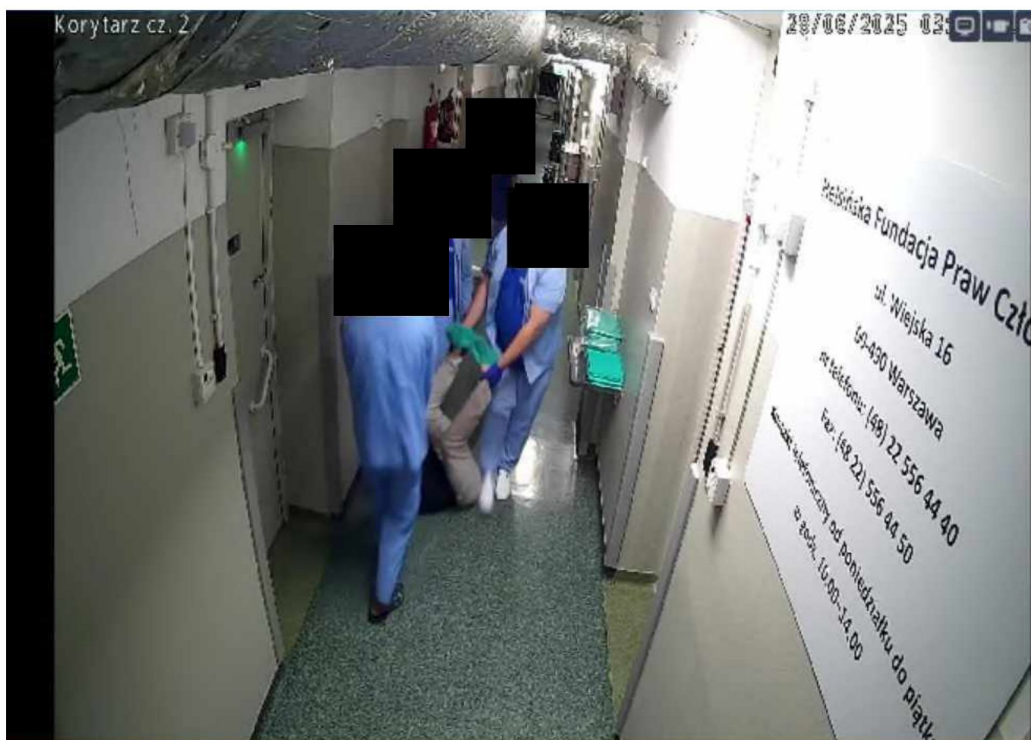
pacjenta w pozycji na wznak oraz uciskania okolic jego szyi, pacjent wymiotuje. Pomimo tego personel kontynuuje unieruchamianie, pozostawia pacjenta w jego wymiocinach i opuszcza pokój pacjenta. Pierwsze sprawdzenie stanu pacjenta następuje po 30 minutach. Pacjent leży w wymiocinach przez kilka godzin, nawet po zwolnieniu go z unieruchomienia.



Zdjęcie 2: uciskanie pacjenta za szyję.

29. Pozostawienie osoby wymiotującej, leżącej na wznak, bez kontrolowania jej stanu zdrowia stanowi poważne niebezpieczeństwo i może doprowadzić do zachłyśnięcia się treścią żołądkową, a w konsekwencji uduszenia. **Ponadto pozostawienie pacjenta we własnych wymiocinach na wiele godzin jest uwłaczające i narusza godność osoby przebywającej w placówce.**

30. Na jednym z nagrań zarejestrowano sytuację, w której pacjent był przemieszczany po podłodze przez ciągnięcie za ręce i nogi. Takie postępowanie należy uznać za całkowicie nieakceptowalne. **Sposób ten naraża pacjenta na urazy fizyczne, w tym otarcia i uszkodzenia kończyn, a także stanowi naruszenie jego godności osobistej.**



Zdjęcie 3: ciągnięcie pacjenta po podłodze za nogi.

31. W innym analizowanym przypadku pacjentka została umieszczona w sali, która służy do unieruchamiania, mimo że nie stosowano wobec niej tego środka przymusu. Łóżko w tej sali wyposażone było w pasy, a pacjentka zaczęła wchodzić pod pasy, powodując dla siebie zagrożenie. Wobec pacjentki zdecydowano się zastosować unieruchomienie. Tym samym przyczyna zastosowania środka przymusu miała swoje początki w niewłaściwym rozmieszczeniu pacjentki w Izbie.

32. Zaznaczyć w tym miejscu należy, że według informacji udzielonej wizytującym, w placówce nie występuje pełne obłożenie, co potwierdza statystyka przyjęć, a zatem nie ma mowy o braku wolnych miejsc w innych salach. Jeśli nawet doszłoby do takiej sytuacji, to należałoby odpiąć pasy z łóżek znajdujących się w salach wykorzystywanych przez osoby, wobec których nie ma uzasadnienia stosowania unieruchomienia.

33. Na innym nagraniu kolejna pacjentka również została umieszczona w sali służącej do unieruchomienia, mimo że nie był (początkowo) stosowany wobec niej środek przymusu bezpośredniego. Pacjentka była spokojna przez kilka godzin. Następnie odczepiła pas znajdujący się przy łóżku i założyła go sobie na szyję, stwarzając dla siebie niebezpieczeństwo. Sytuacja zakończyła się zastosowaniem unieruchomienia wobec pacjentki.

34. Powstaje pytanie, dlaczego – skoro Dyrektor Ośrodka deklaruje przywiązywanie szczególnej wagi do kwestii bezpieczeństwa pacjentów i w tym celu

odbiera im wszelkie potencjalnie niebezpieczne przedmioty (w tym okulary czy klapki) – pacjenci umieszczani są w sali wyposażonej w pasy unieruchamiające, mimo że środki te nie są wobec nich stosowane. Taka praktyka budzi poważne wątpliwości co do jej zasadności i celowości. Ponadto jest praktyką zastraszającą, która może być celowo wykorzystywana jako środek o charakterze dyscyplinującym lub represyjnym.

35. Niepokój budzą również stosowane przez personel Ośrodka chwytty. Na przeanalizowanych nagraniach z monitoringu widać wielokrotne wykręcanie rąk pacjentów, a także **stosowanie nieprzewidzianego w przepisach regulujących użycie środków przymusu – „autorskiego” środka przymusu bezpośredniego w postaci blokowania kończyn za pomocą wózka, przez założenie zgiętych ramion do tyłu i przełożenie ich za uchwyty wózka, jak na zdjęciu poniżej.**



Zdjęcie 4: blokowanie rąk za pomocą wózka ortopedycznego.

36. **Takie niekonwencjonalne środki przymusu bezpośredniego są niedopuszczalne i nie mogą być stosowane.** Ustawa o wychowaniu w trzeźwości wskazuje jedynie na cztery środki przymusu, które mogą być stosowane przez personel izby wytrzeźwień, a katalog ten jest zamknięty. Ponadto stosowanie takich chwytów może powodować u pacjentów ból i dyskomfort oraz stanowić formę okrutnego i poniżającego traktowania albo karania.

37. Zaobserwowane na nagraniach sposoby stosowania środków przymusu bezpośredniego budzą poważny niepokój, zwłaszcza w kontekście braku widocznych zmian w praktyce funkcjonowania Ośrodka po publikacji raportu KMPT z wizytacji w maju 2024 r. Fakt ten wskazuje na niewystarczające wdrożenie wcześniejszych zaleceń oraz brak skutecznego nadzoru nad sposobem wykonywania interwencji wobec osób doprowadzonych do wytrzeźwienia. **Personel powinien otrzymać jednoznaczny sygnał, że stosowanie środków przymusu w sposób nieproporcjonalny i niezgodny z przepisami jest niedopuszczalne.**

38. Krajowy Mechanizm ma świadomość, że praca personelu Ośrodka jest trudna, wymagająca i często wiąże się z koniecznością reagowania w sytuacjach dynamicznych oraz potencjalnie niebezpiecznych. Tym bardziej istotne jest jednak, aby działania podejmowane wobec osób przebywających w placówce pozostawały w zgodzie z obowiązującymi standardami oraz były prowadzone w duchu poszanowania praw człowieka.

D. Zalecenie: w postępowaniu z cudzoziemcami: każdorazowe odnotowywanie w dokumentacji doprowadzonego cudzoziemca stopnia komunikatywności w języku polskim, a w razie nieznajomości 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 translatora.

39. **Zalecenie niezrealizowane.** W przeanalizowanej dokumentacji pacjentów Ośrodka nie znajdowały się informacje na temat tego, w jakim języku pracownicy porozumiewali się z cudzoziemcami lub w jakim stopniu znali oni język polski i rozumieli treść podpisywanych dokumentów.

40. Wobec niezrealizowania zalecenia istotne staje się wskazanie, że podczas rozmowy podsumowującej przeprowadzonej z Dyrektorem Ośrodka po wizytacji placówki w 2024 r. przyjął on argumentację KMPT w tym zakresie i zadeklarował uwzględnianie rekomendacji. **Jednak już w odpowiedzi na raport KMPT zanegował powyższą propozycję, podnosząc, że w Polsce językiem urzędowym jest język polski, a zatem nie ma obowiązku tłumaczenia dokumentacji cudzoziemcom na ich języki ojczyste.**

41. KMPT ponownie podkreśla, że 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.

42. **KMPT ponawia zalecenie.**

E. Zalecenie: wywieszenie karty praw i obowiązków oraz innych informacji znajdujących się na korytarzach placówki w tłumaczeniu na języki inne niż polski.

43. **Zalecenie niezrealizowane, wobec czego KMPT ponawia zalecenie.**

F. Zalecenie: wywieszenie karty praw i obowiązków na drzwiach każdej sali dla pacjentów.

44. **Zalecenie niezrealizowane, wobec czego KMPT ponawia zalecenie.**

G. Zalecenie: 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.

45. **Zalecenie zrealizowane częściowo.** W trakcie rewizytacji placówki na korytarzu Ośrodka odnotowano tablicę z adresem i danymi kontaktowymi Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. Delegacja KMPT docenia zaangażowanie Ośrodka w zakup profesjonalnej tablicy, która jest odpowiednio duża, a przez to tekst dostępny jest ze znacznej odległości (podobna tablica dotyczy informacji na temat Rzecznika Praw Obywatelskich). Nadal jednak nie wywieszono informacji o właściwych miejscowo sądzie i prokuraturze. Ponadto informacje te wciąż nie są dostępne dla osób nieposługujących się językiem polskim.

46. **W związku z powyższym KMPT zaleca uzupełnienie tablic o informacje na temat właściwego sądu i prokuratury, a także stworzenie rozwiązań dla zapewnienia dostępności ww. informacji dla cudzoziemców.**

H. Zalecenie: 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.

47. **Zalecenie zrealizowane częściowo.**

48. Krajowy Mechanizm dostrzega starania personelu w podnoszeniu kwalifikacji przez szkolenia. Jak wynika jednak z obserwacji przedstawicieli KMPT, zakres oferowanego szkolenia dotyczącego stosowania przymusu bezpośredniego nie był wystarczający i powinien być rozszerzony o zajęcia praktyczne. Pracownicy bowiem nie mieli dostatecznej wiedzy na temat tego, jak stosować przymus bezpośredni. Konstatacja ta wynika nie tylko przeanalizowanych nagrań z monitoringu, ale również z rozmów z pracownikami. Stosowane przez nich chwytły, brak deeskalacji agresji i stosowanie „autorskich” form przymusu w postaci blokady kończyn na wózku prowadzi do wniosku, że działania pracowników miewają charakter przypadkowy, zgodny z intuicją, która nie zawsze jest prawidłowa. W związku z tym potrzebują oni profesjonalnego szkolenia, systematycznie odnawianego, podczas którego w sposób praktyczny nauczą się stosować środki przymusu w sposób jak najmniej dolegliwy dla pacjenta. Pożądane byłoby prowadzenie szkolenia przez zewnętrznego eksperta.

49. Zgodnie z deklaracją Dyrekcji Ośrodka przeprowadzono szkolenie wewnętrzne dla personelu ze stosowania Protokołu stambulskiego. Po zapoznaniu się z konspektem szkolenia okazało się jednak, że szkolenie dotyczyło Konwencji stambulskiej, a nie Protokołu stambulskiego. W związku z powyższym KMPT ponownie wyjaśnia, że Protokół stambulski¹⁸ to oficjalny podręcznik ONZ dotyczący diagnozowania oraz dokumentowania przypadków tortur i innych form okrutnego traktowania. Zawiera on wskazówki pozwalające na dokonanie oceny, czy dana osoba była ofiarą przemocy (w tym tortur), oraz wytyczne, jak należy zgłaszać te przypadki odpowiednim organom. Odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu i zwalczaniu tortur.

50. KMPT zaleca szkolenie kadry w zakresie opisanym w pkt 49–50.

I. Zalecenie: rozważenie zorganizowania superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta.

51. Nie wykazano działań w powyższym zakresie, wobec czego KMPT ponawia zalecenie.

J. Zalecenie: 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).

¹⁸ Zob. Protokół Stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Dokument w języku polskim dostępny jest m.in. na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

52. **Zalecenie niezrealizowane.** Podczas oglądu placówki potwierdzono, że toalety w salach nadal pozostają nieosłonięte. Ponadto z przedstawionych do analizy nagrań monitoringu wynika, że wbrew deklaracjom personelu nie przestrzega się rekomendacji KMPT rozmieszczenia pacjentów w taki sposób, by z poziomu łóżka nie mieli oni widoku na pacjentów korzystających z toalety.



Zdjęcie 5: osoba korzystająca z niezabudowanej toalety (wnęka z numerem 22), naprzeciwko umiejscowiony inny pacjent.

53. **W związku z powyższym Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca stworzenie warunków zapewniających intymność podczas czynności fizjologicznych, tak aby osoby umieszczone w Ośrodku nie były zmuszone korzystać z toalety w obecności innych osób oraz nie musiały być obecne podczas korzystania z toalety przez innych.**

K. Zalecenie: 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.

54. **Zalecenie niezrealizowane.** Rekomendacja ta nie spotkała się z akceptacją Dyrektora Ośrodka, który uzasadnił swoje stanowisko koniecznością odbierania pacjentom okularów w oparciu o art. 18a ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁹. Należy jednak podkreślić, że przepis ten

¹⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

nie ma zastosowania do funkcjonowania izb wytrzeźwień²⁰, 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.

55. KMPT ponawia zalecenie.

L. Zalecenie: każdorazowe informowanie doprowadzonych o możliwości kąpieli, gdy ich stan pozwala na zapoznanie się z tą informacją.

56. Zalecenie zrealizowane częściowo. W placówce umieszczono tablicę informującą o możliwości skorzystania z kąpieli. **Krajowy Mechanizm rekomenduje jednak przeniesienie jej w miejsce bardziej widoczne i dostępne dla osób opuszczających placówkę.** Jednocześnie, zgodnie z relacjami osób doprowadzonych do wytrzeźwienia, nie były one świadome, że w placówce można skorzystać z kąpieli, co może wskazywać na niewystarczające informowanie pacjentów o przysługujących im uprawnieniach.

57. Krajowy Mechanizm zaleca także, aby informacja o możliwości skorzystania z kąpieli była przekazywana każdej osobie w sposób ustny w momencie przygotowywania pacjenta do opuszczenia Ośrodka.

M. Zalecenie: wydawanie pacjentom zastępczego obuwia i ubrania w sytuacji, gdy niemożliwe jest skorzystanie przez nich z własnej odzieży.

58. Zalecenie niezrealizowane. Zgodnie z deklaracjami Dyrekcji Ośrodka pacjentom wydawane jest obuwie zastępcze w postaci jednorazowych włókninowych ochraniaczy na buty. Jednak jak wynika z obserwacji składu wizytującego oraz z analizy monitoringu, ochraniacze te co do zasady nie są wydawane. Krajowy Mechanizm pragnie ponadto zauważyć, że nie spełniają one funkcji obuwia i nie chronią np. przed możliwością skaleczenia czy zanieczyszczenia stóp.

²⁰ Jak stanowił § 16 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 października 1996 r. w sprawie trybu doprowadzania osób w stanie nietrzeźwości, organizacji izb wytrzeźwień i zakresu opieki zdrowotnej oraz zasad ustalania opłat związanych z doprowadzeniem i pobytem w izbie wytrzeźwień (Dz. U. Nr 129, poz. 611), „wobec osoby przyjętej do izby, która wykazuje zakłócenia czynności psychicznych, stwarzające zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innej osoby, bądź w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu, może być zastosowany przymus bezpośredni, z zachowaniem odpowiednich zasad określonych w art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego”. Akt ten utracił moc 28 czerwca 2001 r. W aktualnie obowiązujących przepisach dotyczących izb wytrzeźwień nie ma odwołania do stosowania środków przymusu na jej terenie na zasadach określonych ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.

59. Z analizy monitoringu wynika również, że pacjentom nie jest wydawana odzież zastępcza. **Krajowy Mechanizm odnotował sytuacje, podczas których pacjentki w trakcie unieruchomienia pozostawały częściowo rozebrane z uwagi na fakt przybycia do placówki w skąpej odzieży, która odsłaniała ciało (w tym obszary intymne) podczas stosowania pasów.** W takiej sytuacji personel, dysponujący odzieżą zastępczą, mógłby zaproponować pacjentce założenie odzieży, która nie będzie naruszała poczucia intymności pacjentki.



Zdjęcie 6: widoczna bielizna pacjentki podczas unieruchomienia.

60. **W związku z powyższym KMPT ponownie rekomenduje doposażenie placówki w zastępcze obuwie i odzież oraz każdorazowe wydawanie ich pacjentom, gdy niemożliwe jest skorzystanie przez nich z własnej odzieży.**

V. Kwestie niezwiązane z weryfikacją zaleceń

A. Warunki bytowe

61. Izba jest wyposażona w instalację przyzywową, która znajduje się w każdej sali przy drzwiach. Zgodnie z zasadami panującymi w Izbie, doprowadzonym do wytrzeźwienia odbiera się wszystkie przedmioty, w tym również te umożliwiające poruszanie się osobom z niepełnosprawnością ruchu czy wzroku. Zgodnie z deklaracjami personelu takie osoby umieszczane są wtedy na łóżkach najbliższych drzwi, czego jednak nie można uznać za wystarczający sposób zapewnienia, by osoba, która ma trudności z poruszaniem się, miała możliwość wezwania pomocy.

62. **W związku z powyższym KMPT rekomenduje montaż instalacji przyzywowej przy każdym łóżku.**

63. Podczas oglądu placówki w czasie rewizytacji delegacja zauważyła zniszczone maskowanie na oknach w niektórych salach. Powoduje to, że pacjenci podczas pobytu mogą być widoczni dla osób spacerujących w okolicach Izby oraz z okien budynku znajdującego się naprzeciwko Ośrodka.

64. **KMPT rekomenduje pilne naprawienie stref maskowania okien w salach, w celu zapewnienia intymności pacjentom podczas pobytu.**

B. Dostęp do ładowarki

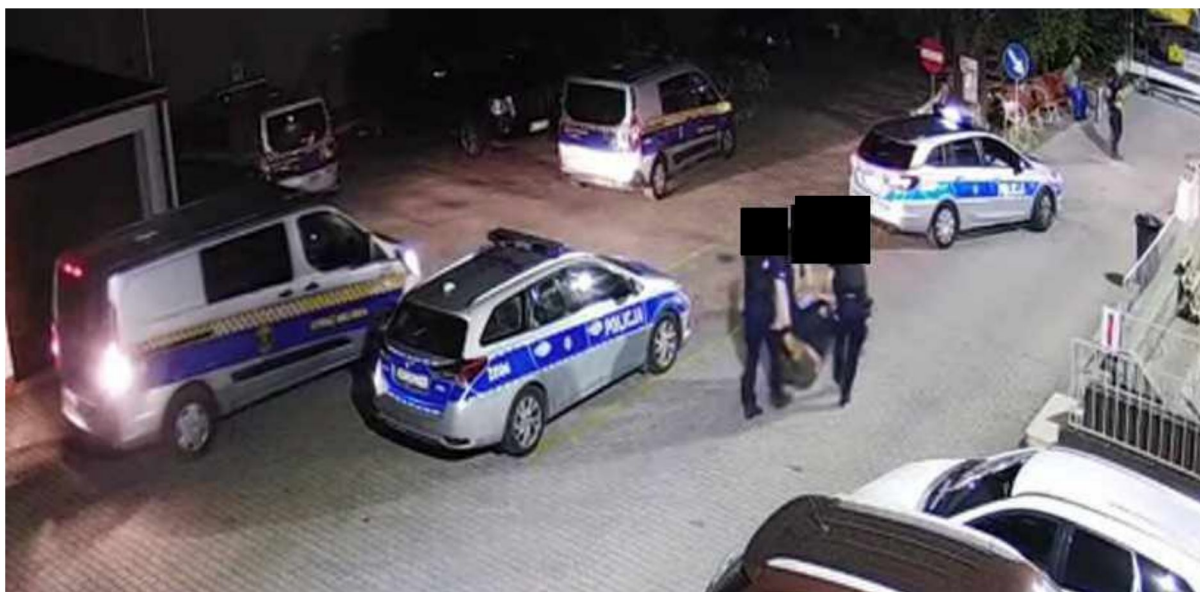
65. Z obserwacji delegacji KMPT wynika, że wiele osób, które kończą swój pobyt w placówce, odbiera w depozycie rozładowany telefon, co uniemożliwia im nawiązanie kontaktu z bliskimi. Jak wynika z rozmów przeprowadzonych z osobami doprowadzonymi do Ośrodka, stanowi to dużą dolegliwość, zwłaszcza gdy telefon stanowi dla nich nie tylko środek komunikacji, lecz również portfel elektroniczny. Tym samym osoby te stają wobec konieczności udania się np. na najbliższą stację paliw i proszenia o naładowanie telefonu, względnie muszą prosić o naładowanie telefonu osoby z personelu placówki.

66. Rozwiązaniem tej sytuacji mogłoby być pozostawienie uniwersalnej ładowarki w pomieszczeniu dla osób opuszczających placówkę (np. obok jadłodzielni). Uniknie to konieczności obciążania pracowników ładowaniem telefonów pacjentów.

67. **KMPT rekomenduje umożliwienie pacjentom naładowania telefonu przed opuszczeniem Izby oraz przekazywanie im stosownej informacji o takiej możliwości.**

C. Postępowanie funkcjonariuszy Policji

68. Niepokój KMPT budzą praktyki funkcjonariuszy Policji stosowane wobec osób doprowadzanych do wytrzeźwienia. Na jednym z nagrań z monitoringu widać, że nie są oni w stanie przetransportować osoby doprowadzonej do budynku Izby. Zamiast użyć wózka bądź łóżka, decydują się przenieść pacjenta chwytem za ręce i nogi, co powoduje, że pacjent upada i jest ciągnięty po ziemi. Jednocześnie jeden z policjantów kopie pacjenta po kostkach. Ostatecznie, po przeciągnięciu pacjenta do wejścia do Izby, funkcjonariusze kładą pacjenta na chodniku, oczekując na przyjęcie.



Zdjęcie 7: Pacjent ciągnięty przez policjantów do Izby.

69. Niepokój KMPT budzi również praktyka rutynowego stosowania wobec osób doprowadzanych kajdanek zakładanych na ręce trzymane z tyłu. Stosowanie tej formy środka przymusu wobec osób znajdujących się pod wpływem alkoholu, o zaburzonej równowadze, stanowi szczególne zagrożenie dla ich bezpieczeństwa.



Zdjęcie 8: pacjentka doprowadzona do wytrzeźwienia prowadzona do sali w kajdankach na ręce trzymane z tyłu.

70. Jednemu z pacjentów kajdanki zostały zdjęte dopiero po godzinie oczekiwania na przyjęcie, mimo że cały okres oczekiwania pacjent spał i nadzór nad nim sprawowało dwóch policjantów.

71. 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 dyscyplinujący²¹. 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)²².

VI. Zalecenia

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

I. Dyrektorowi SOdON:

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;
3. stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie ze wskazanymi w części C niniejszego raportu standardami;
4. w postępowaniu z cudzoziemcami: każdorazowe odnotowywanie w dokumentacji doprowadzonego cudzoziemca stopnia komunikatywności

²¹ 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.

²² 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.

- w języku polskim, a w razie nieznajomości 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 tłumacza lub usługi 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. uzupełnienie tablic o informacje na temat właściwego sądu i prokuratury, a także stworzenie rozwiązań dla zapewnienia dostępności ww. informacji dla cudzoziemców;
 8. zapewnienie pracownikom szkolenia z Protokołu stambulskiego;
 9. zorganizowanie superwizji prowadzonej przez zewnętrznego eksperta;
 10. stworzenie warunków zapewniających intymność podczas czynności fizjologicznych, tak aby osoby umieszczone w Ośrodku nie były zmuszone korzystać z toalety w obecności innych osób oraz nie musiały być obecne podczas korzystania z toalety przez innych;
 11. umożliwienie pacjentom posiadania przy sobie okularów korekcyjnych; dopiero 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 kąpieeli, 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;
 14. pilne naprawienie stref maskowania okien w salach;
 15. montaż instalacji przyzywowej przy każdym łóżku;
 16. umożliwienie pacjentom naładowania telefonu przed opuszczeniem Ośrodka oraz przekazywanie im informacji o takiej możliwości.

II. Prezydentowi m.st. Warszawy:

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

Zastępca Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/