



Warszawa, 04-09-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.574.1.2023.PB

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z rewizytacji Zakładu Diagnostyczno-Obserwacyjnego
Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi**

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 na 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

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).

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 jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, 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.

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 jakiejkolwiek sankcji lub

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 – Metodologia i zakres prac 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.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniu 3 marca 2025 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przeprowadzili rewizytację Zakładu Diagnostyczno-Obserwacyjnego Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej (dalej także: Izba Wytrzeźwień, Izba, IW, placówka), który mieści się przy ul. Przybyszewskiego 253 w Łodzi. Wizytacja miała na celu weryfikację stanu realizacji zaleceń wydanych w raporcie po wizycie przeprowadzonej w placówce w dniu 27 kwietnia 2023 r.¹³

10. W skład zespołu wizytującego wchodziła Anna Grabowska (socjolożka) i Paweł Borkowski (prawnik).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli rozmowę wstępną z dr. n. med. Krzysztofem Kumańskim – Dyrektorem Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi, dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki, przeprowadzili poufne rozmowy z osobami pozbawionymi wolności, zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją i podglądem monitoringu.

12. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez kierownictwo placówki dokumentacji, a także nagrań z monitoringu.

13. Raport obrazuje stopień realizacji zaleceń przedstawionych w raporcie z wizyty w 2023 r. (pkt IV) oraz przedstawia inne ustalenia przedstawicieli Krajowego Mechanizmu, niezwiązane z weryfikacją ww. rekomendacji (pkt V). Ponadto zawiera zalecenia adresowane do odpowiednich władz, których celem jest zmniejszenie ryzyka występowania tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania osób pozbawionych wolności (pkt VI).

III. Charakterystyka placówki

14. Zakład Diagnostyczno-Obserwacyjny jest jednostką organizacyjną Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi. Centrum jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej i działa w oparciu o przepisy

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

¹³ Zob. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Zakładu Diagnostyczno-Obserwacyjnego Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi z 31 lipca 2023 r., KMP.574.1.2023.JZ (dalej jako: raport z pierwszej wizytacji). Raport dostępny jest na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wizytacje-krajowego-mechanizmu-prewencji-raporty>.

ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁴. Centrum realizuje i zabezpiecza dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹⁵. W praktyce do placówki doprowadzane są osoby w celu wytrzeźwienia (przez Policję lub Straż Miejską), tak jak ma to miejsce w przypadku osób umieszczanych w izbach wytrzeźwień.

IV. Stan realizacji zaleceń

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur wyraża **głębokie zaniepokojenie** faktem, że prawie wszystkie zalecenia wydane po wizytacji placówki w kwietniu 2023 r. zachowują swoją aktualność i nie zostały wdrożone (z wyjątkiem jednej rekomendacji, która została częściowo zrealizowana – zob. pkt 38–39 raportu). Zalecenia KMPT mają bowiem 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 Krajowego Mechanizmu **brak odpowiedniej współpracy** w tym zakresie zwiększa ryzyko wystąpienia niewłaściwych zachowań personelu i jest sprzeczny z postanowieniami art. 22 OPCAT¹⁶.

Krajowy Mechanizm jest też głęboko zaniepokojony poczynionymi ustaleniami. Skala ujawnionych nieprawidłowości w odniesieniu do osób zatrzymanych w placówce (opisanych w drugiej części raportu) wskazuje na **pilną konieczność podjęcia działań naprawczych** w odniesieniu do pracy personelu, sposobu sprawowania nadzoru, systemu szkoleń i budowy odpowiedniej kultury instytucjonalnej.

Zalecenie: stosowanie środków przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności:

a) dokumentowanie wszystkich rodzajów zastosowanych środków przymusu, zgodnie z wytycznymi wskazanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia

¹⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 450.

¹⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 2151 (dalej jako: ustawa o wychowaniu w trzeźwości).

¹⁶ 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”.

15. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

16. Aktualne pozostaje również ustalenie zawarte w raporcie z pierwszej wizytacji dotyczące braku funkcjonowania wzoru karty ewidencyjnej, określonego w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego¹⁷. Wspomniana karta przewiduje konieczność odnotowania wszystkich rodzajów przymusu bezpośredniego, które zgodnie z art. 42 ust. 8 ustawy o wychowaniu w trzeźwości można zastosować w izbie wytrzeźwień, a także przyczyny ich zastosowania, opis reakcji podczas stosowania i po zaprzestaniu stosowania środka przymusu bezpośredniego, godzinę zastosowania i godzinę zakończenia.

17. W raporcie z pierwszej wizytacji placówki wskazano, że wskutek braku rzetelnie prowadzonego rejestru przymusu bezpośredniego niemożliwe było stwierdzenie, czy inne niż unieruchomienie formy przymusu bezpośredniego nie są w ogóle stosowane, czy jedynie nie są odnotowywane. Również podczas rewizycji z dokumentacji prowadzonej przez placówkę oraz rejestru przymusu bezpośredniego wynikało, że stosowane jest jedynie unieruchomienie. **Tymczasem dokonana analiza nagrań monitoringu wykazała, że przymus w postaci przytrzymania stosowany jest w wizytowanej Izbie rutynowo i nie jest nigdzie odnotowywany. Ponadto w jednym przypadku na nagraniu uwiecznione zostało przymusowe podanie produktu leczniczego, które również nie znajduje odzwierciedlenia w prowadzonej przez placówkę dokumentacji.**

18. Praktyka taka stanowi naruszenie § 10 rozporządzenia w sprawie izb wytrzeźwień, zgodnie z którym w izbie prowadzi się ewidencję i dokumentację osób doprowadzonych lub przyjętych w formie karty ewidencyjnej. Brak dokumentowania stosowanego przymusu bezpośredniego stanowi również istotny czynnik ryzyka, ponieważ uniemożliwia sprawowanie właściwego nadzoru nad jego zastosowaniem tak przez dyrekcję placówki, jak i organy sprawujące nadzór nad jej działalnością.

b) stosowanie środków przymusu jedynie w przypadkach określonych w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

19. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

¹⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 2075 (dalej jako: rozporządzenie w sprawie izb wytrzeźwień).

20. Analiza dokumentacji ujawniła, że w wizytowanej Izbie nagminnie stosowano przymus bezpośredni, którego przyczyny zastosowania nie znajdowały odzwierciedlenia w przepisach ustawy o wychowaniu w trzeźwości¹⁸. W przypadku zaś, gdy wskazywano – choć nieprecyzyjnie – zachowania, które mogły uzasadniać jego zastosowanie na podstawie art. 42 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, częstokroć wymieniano dodatkowe okoliczności, które nie stanowiły przesłanki użycia przymusu w oparciu o obowiązujące przepisy (np. agresywne lub wulgarne zachowanie oraz dezorganizację pracy personelu).

21. Wśród zaobserwowanych przykładów należy wymienić:

- zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w dn. 28 stycznia 2024 r. na 6 godzin, gdzie jako powód wskazano: „agresywna”;
- zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w dn. 31 stycznia 2024 r. na 30 minut, gdzie jako powód wskazano: „pacjentka niespokojna, pobudzona psycho-ruchowo. Krzyczy, zakłóca i uniemożliwia funkcjonowanie ZDO”;
- zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w dn. 19 stycznia 2025 r. na 3 godziny i 15 minut, gdzie jako powód wskazano: „agresywny, nie stosuje się do poleceń”;
- zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w dn. 19 stycznia 2025 r. na 4 godziny, gdzie jako powód wskazano: „wulgarny, nie reaguje na prośby personelu, pukając w drzwi sali 25 dezorganizuje pracę oddziału”;
- zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w dn. 27 stycznia 2025 r. na 2 godziny, gdzie jako powód wskazano: „agresywny, wulgarny, nie stosuje się do poleceń, zagraża swojemu bezpieczeństwu”;
- zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w dn. 28 lutego 2025 r. na 4 godziny i 40 minut, gdzie jako powód wskazano: „agresywny, wulgarny do personelu, uderza pięściami w drzwi, dezorganizuje pracę oddziału”.

¹⁸ Należy podkreślić, że zgodnie z art. 42 ust. 7 ustawy o wychowaniu w trzeźwości stosowanie przymusu bezpośredniego przewidzianego w innych przepisach jest dopuszczalne jedynie po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie lub gdyby jego zastosowanie było niecelowe. Z uwagi jednak na to, że w wizytowanej Izbie stosowano unieruchomienie, czyli przymus przewidziany przepisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości, a jedynie doszukiwano się innych przesłanek uzasadniających jego zastosowanie (np. dezorganizacji pracy oddziału na wzór przewidzianego w art. 18 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego poważnego zakłócania lub uniemożliwiania funkcjonowania zakładu leczniczego), przepis art. 42 ust. 7 ustawy o wychowaniu w trzeźwości nie znajduje w tym przypadku zastosowania. Ponadto występująca w dokumentacji przesłanka dezorganizacji pracy personelu lub oddziału wcale nie musi oznaczać, że pacjent poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie placówki.

22. Podkreślenia wymaga fakt, że zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości przymus bezpośredni w izbie wytrzeźwień można zastosować jedynie wobec osoby, która stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innej osoby, lub niszczy przedmioty znajdujące się w otoczeniu. Wobec tego w przypadku, gdy w dokumentacji wskazano uderzanie pięściami w drzwi lub zagrożenie dla swojego bezpieczeństwa, należałoby jednocześnie doprecyzować, że w danym przypadku dochodzi do niszczenia przedmiotów znajdujących się w otoczeniu lub że dane zachowanie pacjenta rzeczywiście stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innej osoby.

c) rzetelne, zgodne z zapisami monitoringu wizyjnego, prowadzenie dokumentacji z zastosowania środków przymusu bezpośredniego

23. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

24. Analiza prowadzonej przez placówkę dokumentacji wykazała, że podczas zastosowania unieruchomienia w dn. 31 stycznia 2024 r. między godz. 23:00 a 23:30 w tabeli, w której powinny zostać wskazane dane osoby nadzorującej zastosowanie przymusu bezpośredniego, znajdowała się tylko data i przedział godzinowy, w którym był on stosowany. Brak było jednak informacji o imieniu, nazwisku oraz stanowisku osoby mającej ten nadzór sprawować. Ponadto w karcie oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej znajdowały się jedynie 3 wpisy (z godz. 22:00, 22:15 oraz 22:30), które nie wskazują na dokonanie jakiegokolwiek oceny stanu osoby zatrzymanej, wobec której stosowano unieruchomienie. Wpisy te są również sprzeczne z pozostałą częścią dokumentacji, zgodnie z którą wspomniany przymus stosowano między godz. 23:00 a 23:30. Z innego jeszcze dokumentu (karty obserwacyjnej) wynika z kolei, że kontrola stanu pacjentki miała mieć miejsce w godzinach: 22:27, 23:00, 23:10, 23:20, 23:25, 23:30 oraz 23:35. Z dokumentacji nie wynikało również, aby pacjentka miała zdiagnozowane jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne.

25. W innym przypadku, dotyczącym zastosowania przymusu bezpośredniego w dn. 30 stycznia 2024 r., przymus miał być stosowany od godz. 6:00 do 8:00. W miejscu, gdzie wskazane są dane osoby nadzorującej jego zastosowanie, znajduje się informacja, że osoby odpowiedzialne za nadzór miały sprawować go dopiero od godz. 7:00. Z dokonanych wpisów nie wynika zatem, kto sprawował nadzór nad pacjentem przez pierwszą godzinę trwania unieruchomienia.

26. Ponadto z wpisów w karcie oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej dotyczących unieruchomienia innej pacjentki w dn. 28 stycznia 2024 r. między godz. 4:00 a 10:00 wynika, że **o godz. 4:30 miała ona jednocześnie spać i dezorganizować pracę oddziału, zaś o godz. 4:45 jako jej jedyne zachowanie odnotowano sen. Okoliczność, że zatrzymana spała, nie przeszkodziła personelowi w kontynuacji stosowania unieruchomienia przez następne 5 godzin i 30 minut.**

d) dokonywanie rzetelnego, osobistego i regularnego – co 15 min. – sprawdzania stanu fizycznego pacjentów, wobec których stosowane są środki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji

27. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

e) przestrzeganie przepisów prawa w zakresie podejmowania decyzji o przedłużeniu stosowania środków przymusu

28. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

29. Analiza monitoringu oraz dokumentacji wykazała również przypadki bezpodstawnego przedłużania stosowania unieruchomienia – w tym na czas dłuższy niż 4 godziny¹⁹. Miało to miejsce zarówno w sytuacji, gdy zatrzymany swoim zachowaniem nie dawał podstaw do kontynuowania stosowania wobec niego przymusu, jak i w oparciu o wskazane w dokumentacji okoliczności mające uzasadniać przedłużanie stosowania przymusu, takie jak: „pacjent pobudzony psychoruchowo, krzyczy, dezorganizuje pracę personelu”; „pacjent nadal zachowywał się nieodpowiednio do próśb personelu, wykrzykuje wulgaryzmy”; „agresywna, niespokojna” czy „pacjent nadal wulgarny wobec personelu, krzyczy, ubliża, próbuje uwolnić się z pasów, bez poczucia dystansu wobec personelu”. Ponadto w niniejszym raporcie opisano przypadek, gdy po upływie czterogodzinnego okresu stosowania unieruchomienia nie nastąpiła nawet fizyczna kontrola stanu osoby, wobec której przymus ten stosowano. Z dokumentacji wynika również, że wobec jednej z pacjentek

¹⁹ Zob. art. 42 ust. 9 ustawy o wychowaniu w trzeźwości.

stosowano przymus jeszcze przez ponad 5 godzin po tym, jak w karcie obserwacji jej zachowania dwukrotnie odnotowano, że śpi.

30. **W ocenie KMPT przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego może uzasadniać jedynie dalsze występowanie którejś z przesłanek określonych w art. 42 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości. Przyjęta w wizytowanej Izbie praktyka stanowi rażące naruszenie art. 42 ust. 11 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, zgodnie z którym przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.**

31. **Ponadto, odwołując się do stanowiska wyrażonego przez Europejski Trybunał Praw Człowieka, brak racjonalnego uzasadnienia konieczności długotrwałego umieszczenia osoby zatrzymanej w pasach może prowadzić do naruszenia art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka²⁰. Przedłużające się unieruchomienie może być bowiem powodem bardzo poważnego fizycznego dyskomfortu²¹.**

**f) zmianę dokumentacji z zastosowania środków przymusu
uwzględniającą wszystkie wskazane zagadnienia**

32. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

33. Podkreślenia wymaga fakt, że w wizytowanej placówce stosowane są formularze wskazujące przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego w oparciu o art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²², „karty zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy

²⁰ Zob. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284). Zgodnie z art. 3 Konwencji nikt nie może być poddany torturom ani niehumanicznemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

²¹ M.A. Nowicki, *Wiktorko przeciwko Polsce – wyrok ETPC z dnia 31 marca 2009 r., skarga nr 14612/02*, w: M.A. Nowicki, *Europejski Trybunał Praw Człowieka. Wybór orzeczeń 2009*, LEX/el. 2010.

²² Dz. U. z 2024 r. poz. 917 (dalej jako: u.o.z.p. lub ustawa o ochronie zdrowia psychicznego).

społecznej”²³ oraz „karty oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej”²⁴.

34. Prowadzona w Izbie dokumentacja nie pozwala nawet na odnotowanie zastosowania przymusu bezpośredniego w oparciu o przesłanki przewidziane w art. 42 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości. Powyższa sytuacja może sugerować, że wszystkie osoby, wobec których stosowany jest przymus bezpośredni, są osobami w kryzysie zdrowia psychicznego, zaś wobec pozostałych grup pacjentów przymus w ogóle nie jest stosowany. Z kolei z samej dokumentacji nie wynika, aby każda osoba, wobec której przymus zastosowano, miała zdiagnozowane zaburzenia psychiczne lub chorobę psychiczną. Nie zostały też wskazane żadne przesłanki mające uzasadniać zastosowanie przymusu bezpośredniego w oparciu o inne przepisy niż te zawarte w ustawie o wychowaniu w trzeźwości²⁵.

g) Zalecenie: odstąpienie od praktyki pozostawiania przez pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jedynie w białiznie

35. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

36. Zmianie nie uległa również wskazana w raporcie z pierwszej wizytacji regulacja ust. 6 lit. c załącznika nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi, zgodnie z którą „pacjenci z zaburzeniami psychicznymi (myśli samobójcze, próby samobójcze) przebywają w pojedynczych salach oraz ze względów bezpieczeństwa pozostają jedynie w białiznie i podlegają wzmożonemu monitoringowi”.

37. Z uwagi na prezentowane przez kierownictwo Izby podczas rewizycji stanowisko, zgodnie z którym dopuszczalne jest pozostawianie pacjentów w samej białiznie, ponieważ placówka ma charakter leczniczy, na przypomnienie zasługuje argumentacja zawarta w raporcie z pierwszej wizytacji, zgodnie z którą zaobserwowana praktyka może naruszać art. 8 EKPC. **Żadne przepisy prawa krajowego, w tym nawet dotyczące placówek świadczących opiekę psychiatryczną, nie przewidują konieczności pozostawiania przez pacjenta**

²³ Zob. Załącznik Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2023 r. poz. 731); dalej jako: rozporządzenie w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi.

²⁴ Zob. Załącznik Nr 3 do rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi.

²⁵ Zob. art. 42 ust. 7 ustawy o wychowaniu w trzeźwości.

jedynie w bieliźnie. Warto zauważyć, że zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie izb wytrzeźwień „osobie przyjętej do izby wytrzeźwień lub placówki zapewnia się na czas pobytu odzież zastępczą, jeżeli jej odzież nie nadaje się do użytku lub jeżeli używanie tej odzieży jest niedopuszczalne ze względów higienicznych”.



Zdjęcie 1: pacjent wprowadzany do celi boso i bez górnej części odzieży w obecności sanitariusza.



Zdjęcie 2: pacjent został zamknięty w celi bez spodni, w których przed chwilą stał. Nie wydano mu zastępczej odzieży.

h) Zalecenie: wprowadzenie rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego

38. Zalecenie częściowo zrealizowane.

39. Udostępniony przez placówkę rejestr stosowania przymusu bezpośredniego obejmował jedynie przypadki zastosowania unieruchomienia, podczas gdy wszelkie inne rodzaje przymusu przewidziane w art. 42 ust. 8 ustawy o wychowaniu w trzeźwości (przytrzymanie, przymusowe podanie produktu leczniczego oraz izolacja) nie były w nim odnotowywane. Analiza nagrań monitoringu ujawniła jednak, że zarówno przytrzymanie, jak i przymusowe podanie produktu leczniczego miało miejsce w wizytowanej Izbie.

i) Zalecenie: przymocowanie do podłoża łóżek przeznaczonych do stosowania unieruchomienia

40. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

j) Zalecenie: stosowanie unieruchomienia przy udziale 5 członków personelu, tak aby w bezpieczny sposób zabezpieczyć wszystkie kończyny i głowę osoby unieruchamianej

41. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

k) Zalecenie: wprowadzenie mechanizmu nadzoru nad stosowaniem środków przymusu bezpośredniego opartego na analizie monitoringu i sporządzonej dokumentacji

42. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

43. W raporcie z pierwszej wizytacji wskazano, że mechanizm nadzoru nad stosowaniem przymusu bezpośredniego powinien polegać na dokonywaniu każdorazowej analizy nagrań przez wyznaczonego do tego pracownika, który byłby odpowiedzialny za przedstawienie dyrektorowi odpowiedniego sprawozdania. Ocenie powinno podlegać zachowanie personelu izby wytrzeźwień i funkcjonariuszy służb

mundurowych doprowadzających osoby nietrzeźwe. Zgodnie z udzielonymi wizytującym informacjami w wizytowanej Izbie ma odbywać się weryfikacja nagrań ze stosowania przymusu bezpośredniego, jednak dopiero w sytuacji, gdy pojawiają się wątpliwości odnośnie do jego przebiegu. Skala nieprawidłowości ujawnionych w tym zakresie (pkt V raportu) oraz fakt, że liczne przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego nie znajdują odzwierciedlenia w prowadzonej przez placówkę dokumentacji, nakazuje podać w wątpliwość owe zapewnienia.

l) Zalecenie: dokonanie przeglądu wyposażenia sal pacjentów w celu stwierdzenia usterek, które powinny być jak najszybciej usunięte, oraz odświeżenie sal pacjentów

44. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

m) Zalecenie: wprowadzenie maskowania stref monitoringu wizyjnego obejmujących toalety umieszczone w salach pacjentów oraz umieszczenie we wszystkich salach informacji o możliwości skorzystania z toalety poza pokojem

45. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

46. Analiza monitoringu ujawniła liczne przypadki załatwiania potrzeb fizjologicznych przez pacjentów w całkowicie niezabudowanych niewielkich kąciach sanitarnych typu tureckiego („kucanych”) w ten sposób, że strefy intymne zatrzymanych (kobiet i mężczyzn) były całkowicie widoczne dla osób mających podgląd monitoringu oraz wszelkich osób postronnych, które w tym czasie mogłyby znaleźć się na korytarzu Izby²⁶ (drzwi do pomieszczeń/cel są wyposażone w dosyć duże przeszklenia). Ustalenie to jest szczególnie istotne z uwagi na ujawnienie sytuacji, w której mężczyźni osadzeni byli w żeńskiej części Izby, podczas gdy w jednej z cel przebywała kobieta, która podczas pobytu kilkakrotnie korzystała z kącia sanitarnego. **Ponadto nagranie monitoringu z dn. 28 lutego 2025 r. ok. 22:07:50 ujawniło przypadek, w którym na czas korzystania przez jednego z zatrzymanych²⁷ z kącia sanitarnego pracownik Izby otworzył na oścież drzwi**

²⁶ Zob. raport z pierwszej wizytacji, s. 9.

²⁷ Pacjent ten był w dodatku zmuszony do pozostawania w samej bieliźnie przez cały czas pobytu w Izbie.

celi, sprawiając, że był on widoczny dla osób znajdujących się na korytarzu oraz w innych pomieszczeniach.

47. Podkreślenia wymaga również fakt, że nawet w przypadku wprowadzenia maskowania stref monitoringu wizyjnego obejmującego toalety umieszczone w celach korzystanie z nich w sposób zapewniający prywatność nadal nie będzie możliwe.

48. **W ocenie KMPT opisane powyżej postępowanie pracowników Izby stanowi poniżające traktowanie osób zatrzymanych do wytrzeźwienia, ponieważ naraża je na nadmierne cierpienie psychiczne związane z niemalże całkowitym pozbawieniem ich prywatności. Konieczność pozostawiania w zasięgu wzroku nieokreślonej liczby osób, w tym osób postronnych innej płci, które w każdej chwili mogą zobaczyć pacjenta podczas tak intymnej czynności jak załatwianie potrzeb fizjologicznych, Krajowy Mechanizm uznaje za przejaw upokarzania pacjentów oraz za ingerencję w ich ludzką godność.**

49. **Powyższa sytuacja stanowi również istotny czynnik ryzyka występowania przemocy seksualnej i przemocy związanej z płcią w miejscach pozbawienia wolności (Sexual and Gender-Based Violence – SGBV), ponieważ uznaje się, że mające podtekst seksualny monitorowanie lub podglądanie osób w toaletach stanowi jedną z form takiej przemocy²⁸.**

n) Zalecenie: umieszczenie w ogólnodostępnym miejscu danych teleadresowych instytucji, do których można złożyć skargę (Dyrektora MCTiPZ, infolinii Rzecznika Praw Obywatelskich, właściwego sądu)

50. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

o) Zalecenie: opracowanie i umieszczenie w placówce tablic z krótkimi informacjami na temat zasad pobytu w ZDO i praw pacjentów

51. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

²⁸ Zob. Przemoc seksualna i przemoc związana z płcią w miejscach pozbawienia wolności – zapobieganie i reagowanie. Standardy, rozwiązania, przykłady z regionu OBWE, Publikacja Biura Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka OBWE (ODIHR), s. 27. Dostęp na stronie: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/1/559935.pdf>.

p) Zalecenie: informowanie cudzoziemców trafiających do placówki o prawach i obowiązkach w języku dla nich zrozumiałym i odnotowywanie, w jakim języku odbywała się komunikacja, lub wskazanie stopnia znajomości języka polskiego

52. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

q) Zalecenie: opracowanie wzoru karty depozytowej w kilku najczęściej spotykanych językach obcych

53. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

r) Zalecenie: stosowanie map ciała zawartych w Protokole stambulskim²⁹

54. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

55. W raporcie z wizytacji przeprowadzonej w placówce w kwietniu 2023 r. wskazano, że w przypadku, gdy zatrzymani mieli obrażenia, do ich dokumentacji dołączano kartę oględzin lekarskich zawierającą schemat ludzkiej sylwetki z przodu i z tyłu, gdzie zaznaczano obrażenia stwierdzone w trakcie badania pacjenta. W analizowanej podczas rewizycji dokumentacji pacjentów oraz w przedstawionych do wglądu wzorach wypełnianej w placówce dokumentacji nie znajdowały się wspomniane schematy ludzkiej sylwetki ani tym bardziej mapy ciała zawarte w Protokole stambulskim.

s) Zalecenie: utrwalanie obrażeń osób zatrzymanych do wytrzeźwienia za pomocą zdjęć, które należy przechowywać w dokumentacji medycznej pacjentów

²⁹ Zob. Podręcznik ONZ dotyczący skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

56. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

t) **Zalecenie: zapewnienie personelowi szkoleń z zakresu praw człowieka i humanitarnego traktowania pacjentów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego**

57. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

u) **Zalecenie: zorganizowanie dla pracowników ZDO regularnych supervizji przeprowadzanych przez zewnętrznego eksperta**

58. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

v) **Zalecenie: odstąpienie od praktyki rekwirowania alkoholu pacjentom opuszczającym placówkę**

59. **Brak możliwości weryfikacji zalecenia.**

60. W czasie rewizytacji brak było zatrzymanych, którzy zostali przyjęci do placówki, dysponując własnym alkoholem.

w) **Zalecenie: wypełnianie protokołów z przyjęcia depozytu w rzetelny sposób, z dokładnym wskazaniem, jakie przedmioty zostały zabezpieczone**

61. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie³⁰.

x) **Zalecenie: nadzór kierownictwa placówki nad procedurą przyjmowania i wydawania depozytów**

62. **Zalecenie niezrealizowane**, wobec czego Krajowy Mechanizm ponawia zalecenie.

³⁰ Zob. raport z pierwszej wizytacji, s. 26.

63. W analizowanych kwitach depozytowych brak było jakiejkolwiek informacji o tym, że kierownictwo nadzoruje proces wydawania depozytu. Ponadto analiza nagrań monitoringu wykazała istotne nieprawidłowości w zakresie postępowania z depozytem osób zatrzymanych do wytrzeźwienia (zob. pkt 74 i 82 raportu).

V. Kwestie niezwiązane z weryfikacją zaleceń

A. Tortury, okrutne, nieludzkie i poniżające traktowanie osób zatrzymanych do wytrzeźwienia

64. Analiza nagrań monitoringu dotyczących zastosowania unieruchomienia wobec 5 pacjentów Izby ujawniła **rażące nieprawidłowości** w zakresie stosowania wobec nich przymusu bezpośredniego, traktowania przez personel oraz funkcjonariuszy Policji odpowiedzialnych za doprowadzenie zatrzymanych do Izby.

Zachowania te polegały w głównej mierze na poniżaniu i upokarzaniu pacjentów, kilkukrotnym przeciągnięciu pasa po nagim kroczu podczas unieruchamiania pacjenta, unieruchamianiu pasami osób nagich lub pozostających jedynie w bieliźnie, które pozostawały w unieruchomieniu wystawione na widok osób postronnych, zastraszaniu użyciem przymusu bezpośredniego w charakterze kary oraz na stosowaniu przemocy fizycznej w postaci bicia, pchania (w tym uderzania pacjentem o ścianę), szarpania, wykręcania rąk, ciągnięcia za skórę twarzy oraz wciskania pięścią głowy w materac.

65. **Krajowy Mechanizm jest zaniepokojony skalą i charakterem zaobserwowanych nadużyć, które naruszają prawny zakaz stosowania tortur i innego okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania oraz karania.**

66. Poniżej szczegółowo opisane zostały przypadki 3 pacjentów, których sytuacja była – w ocenie KMPT – szczególnie trudna ze względu na sposób ich potraktowania przez personel placówki.

67. Analiza nagrań monitoringu dotyczących pobytu jednego z zatrzymanych w dniach 28 lutego oraz 1 marca 2025 r. wykazała, że **od momentu przyjęcia do Izby personel znęcał się nad nim fizycznie przez bicie, szarpanie, pchanie, zgniatanie oraz ciągnięcie za skórę twarzy.** W dniu 28 lutego o godz. 23:53:11 zatrzymany, przemieszczając się korytarzem, był szarpany za ubranie przez sanitariusza, a następnie o godz. 23:53:34 zastosowano wobec niego nieodnotowany w dokumentacji przymus bezpośredni w postaci przytrzymania. **W trakcie jego**

stosowania pacjent został pchnięty przez jednego z dwóch biorących udział w czynności członków personelu i rzucony na ziemię, o którą uderzył plecami, podczas gdy jego głowa nie była w żaden sposób zabezpieczona. Gdy pacjent leżał już na ziemi, sanitariusz przyciskał rękę w okolicach jego lewego policzka oraz próbował złapać go otwartą dłońią za głowę od góry. Niepowodzenie podejmowanych prób zakończyło się gwałtownym szarpaniem zatrzymanego za bluzę w okolicach szyi. Stosowanie przymusu zakończyło się interwencją dwóch funkcjonariuszy Policji, którzy o godz. 23:54:04 przy pomocy chwytów transportowych odprowadzili zatrzymanego do celi.

68. **Należy podkreślić, że przez cały czas zatrzymany nie przejawiał żadnych widocznych oznak agresji, nie szarpał się, a podczas pchania, które poprzedzało jego przewrócenie się na ziemię, próbował jedynie utrzymać się na nogach (co w takiej sytuacji uznać należy za naturalny odruch).**

69. Inne nagranie ujawniło, że w dniu 1 marca o godz. 0:07:11 ten sam pacjent wystawił rękę przez otwarte drzwi celi, **po czym został uderzony przez pracownika Izby w głowę³¹ oraz w rękę.** Następnie przeprowadzono go przy pomocy chwytów transportowych do pomieszczenia służącego do unieruchomienia, gdzie rozebranego do połowy zapięto go w pasy na łóżku, które nie zostało w żaden sposób wyczyszczone ani zdezynfekowane po tym, jak jeszcze 28 sekund wcześniej zakończyło się stosowanie na nim unieruchomienia wobec innego zatrzymanego, który leżał na nim nago przez ponad 3 godziny. **O godz. 0:06:35³² najbardziej masywny z biorących udział w czynności członków personelu klęknął z impetem lewym kolaniem na brzuch leżącego na plecach zatrzymanego, dociskając również swoimi rękami jego lewą nogę do łóżka oraz prawą rękę do brzucha powyżej miejsca ucisku wywieranego kolaniem. Sprawiało to, że trzy punkty podparcia pracownika Izby znajdowały się na ciele nieruchomego pacjenta. Po upływie 15 sekund wspomniany pracownik jeszcze mocniej wcisnął kolano w ciało unieruchamianego, sprawiając, że wywierany nacisk był jeszcze większy. Przez kolejne 15 sekund, w czasie których pacjent nie dawał znaku życia, członek personelu wielokrotnie poruszał znajdującym się na jego brzuchu kolaniem, co należy uznać za działanie mające na celu wyłącznie sprawienie mu jeszcze większego bólu.** Po zaprzestaniu uciskania pacjenta kolaniem o godz. 0:07:06 pozostawał on całkowicie nieruchomy i w tym czasie personel kontynuował proces zapinania go w pasy. **Gdy o godz. 0:07:37 unieruchamiany**

³¹ Według znacznika czasu kamery z celi, w której przebywał zatrzymany, uderzenie w głowę miało miejsce o godz. 0:06:21.

³² Według znacznika czasu kamery znajdującej się w pomieszczeniu służącym do unieruchamiania.

podniósł głowę, by coś powiedzieć, został pchnięty pięścią w twarz przez sanitariusza – czynność ta przypominała niezbyt silne uderzenie w podbródek. Dwie sekundy później ten sam sanitariusz chwycił głowę pacjenta i zaczął wypychać mu kciuk w oczodół oraz chwycił z całej siły skórę z lewej strony jego twarzy. Następnie wciskał głowę pacjenta w materac, szarpiąc i zgniatając ją. O godz. 0:07:48 nastąpiło gwałtowne szarpnięcie ściskaną skórą twarzy pacjenta, które spowodowało dynamiczne odchylenie się jego głowy w prawą stronę. W dalszej kolejności ten sam pracownik Izby nadal wciskał pięść w głowę pacjenta na poziomie jego lewego policzka i w ten sposób – ponownie wykorzystując swój ciężar – wypychał ją w łóżko. Nagranie pozwala wyraźnie zaobserwować, jak wskutek dużej siły nacisku pięść pracownika zsuwa się po twarzy unieruchamianego, a sama ręka pracownika wielokrotnie drga i zgina się w nadgarstku. Przez cały ten czas głowa pacjenta wciskana była w materac oburącz – lewą dłońią pracownik dociskał jej tył, a prawą wypychał pięść w jego twarz. Świadcami zajścia było czterech innych członków personelu, w tym ten, który pchnął go podczas stosowania przymusu na korytarzu, oraz ten, który podczas pobytu w celi uderzył go w twarz oraz w rękę.

70. Podobnie jak w innych opisanych w raporcie przypadkach służący do unieruchomienia pas przeciągnięto przez krocze pacjenta, a jego nogi zapięto w pasy w pozycji skrzyżowanej.

71. Krajowy Mechanizm ocenia taką praktykę jako nieprawidłową oraz jako środek nieproporcjonalny dla osiągnięcia celu w postaci unieruchomienia, szczególnie że w wielu przypadkach eskalacja niespokojnego zachowania zatrzymanych następowała dopiero w następstwie zapięcia ich w pasy w opisany powyżej sposób. Postępowanie pracowników Izby stanowi również naruszenie art. 42 ust. 6 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, zgodnie z którym personel ma obowiązek stosować taką formę przymusu bezpośredniego, która jest możliwie najmniej uciążliwa dla osoby, wobec której przymus ten ma być zastosowany. Przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego należy również zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

72. Ponadto z prowadzonego przez placówkę rejestru przymusu bezpośredniego wynika, że unieruchomienie zastosowano, ponieważ pacjent był agresywny, wulgarny w stosunku do personelu, uderzał pięściami w drzwi oraz dezorganizował pracę oddziału. Żadna z tych okoliczności nie została jednak wskazana w obowiązujących przepisach jako przesłanka użycia przymusu bezpośredniego

wobec osoby zatrzymanej do wytrzeźwienia³³. Ponadto przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia, stosowany wobec zatrzymanego między godz. 0:10 a 4:50, naruszał wynikającą z art. 42 ust. 9 ustawy o wychowaniu w trzeźwości zasadę, zgodnie z którą przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji może być stosowany nie dłużej niż 4 godziny. Wydłużenie czasu stosowania przymusu bezpośredniego może nastąpić jedynie w szczególnie uzasadnionych przypadkach, co w omawianej sytuacji nie miało zastosowania, ponieważ już od momentu zapięcia pacjenta w pasy brak było podstawy prawnej do stosowania wobec niego unieruchomienia. **Analiza nagrań monitoringu ujawniła bowiem, że między godz. 0:23:00 a 2:03:20, pomimo dwukrotnego wejścia do celi przez członków personelu o godz. 1:07:45 oraz 1:47:27, zatrzymany nie otworzył oczu ani razu. Z kolei między godz. 2:03:20 a 4:56:05 (rozpięcie z pasów) uczynił to jedynie kilkakrotnie na okres nieprzekraczający kilku sekund³⁴.**



Zdjęcie 3: pacjent szarpany przez sanitariusza za rękaw bluzy.

³³ Nawet w przypadku zakwalifikowania uderzania pięściami w drzwi jako niszczenia przedmiotów znajdujących się w otoczeniu należałoby jasno wskazać, że powodem zastosowania przymusu było właśnie niszczenie mienia Izby.

³⁴ Fizyczna kontrola stanu zapiętego w pasy pacjenta – polegająca co najmniej na otwarciu drzwi celi – miała miejsce jedynie o godz. 0:46:15, 0:01:15, 1:07:45, 1:47:27, 2:03:20, 4:25:51, 4:53:14. Stanowi to potwierdzenie braku realizacji zalecenia wskazanego w pkt d.



Zdjęcie 4: pacjent odbiera depozyt bez górnej części ubrania

73. **W ocenie KMPT zastosowanie przymusu bezpośredniego w obydwu opisanych przypadkach było pozbawione podstaw prawnych. Z kolei przebieg jego zastosowania naruszał zakaz tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania.**

74. Należy również podkreślić, że przez większość czasu pobytu w Izbie zatrzymany zmuszony był przemieszczać się rozebrany do połowy, a możliwość założenia górnej części odzieży uzyskał dopiero podczas odbierania depozytu. Podczas czynności odbioru depozytu pozostawał on nadal nie w pełni ubrany. Ponadto nagrania monitoringu z dnia 1 marca o godz. 5:01:15 wykazały, że po tym, jak dokumenty i przedmioty znajdujące się w foliowym worku z depozytem upadły na ziemię, przeprowadzający czynność sanitariusz, otworzywszy drzwi do poczekalni, kopnął znajdujące się na ziemi przedmioty za wychodzącym zatrzymanym. Chwilę później pacjent wyjął znajdujący się w torebce smartfon z pękniętym ekranem i pokazał to uszkodzenie znajdującej się w poczekalni kobiecie.



Zdjęcie 5: pracownik Izby wciska kolano w brzuch pacjenta podczas zapinania go w pasy.



Zdjęcie 6: pracownik Izby szarpie pacjenta za skórę twarzy.



Zdjęcie 7: pracownik Izby zgniata oburącz głowę pacjenta i wbija prawą pięść w jego twarz.

75. Nagrania monitoringu ze stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, między godz. 20:55:51 w dniu 28 lutego 2025 r. a godz. 0:05:47 w dniu 1 marca 2025 r., ujawniły sytuację, w której **personel Izby prowadził przez korytarz nagiego pacjenta, a następnie rzucił go na materac w celu zapięcia go w pasy. W trakcie tej czynności ratownik medyczny wykręcał jego**

lewą rękę zgiętą w łokciu za plecami w ten sposób, że dłoń znajdowała się powyżej linii barku. Przez ok. minutę (od 20:56:09 do 20:54:43³⁵) najbardziej masywny z czterech biorących udział w unieruchomieniu członków personelu klęczał na plecach pacjenta na poziomie odcinka lędźwiowego kręgosłupa. W tym czasie trwało również wykręcanie rąk oraz dociskanie do materaca głowy unieruchamianego bez żadnych przejawów oporu z jego strony, z widocznymi oznakami bólu, który sprawiał mu te czynności (m.in. zmiana pozycji ciała i zginanie nóg w reakcji na nacisk lub zmianę chwytu). Świadcami unieruchomienia były również dwie pracownice placówki. Opisywane działania personelu zakończyły się puszczeniem kończyn pacjenta, który pozostawał spokojny. Bezpośrednio po niepowodzeniu pierwszej próby zapięcia go w pasy o godz. 20:54:49, według znacznika czasu kamery znajdującej się w celi³⁶, unieruchamiany zostaje dynamicznie pchnięty przez ratownika w kark. Czynność tę, jako niepodyktowaną potrzebą zastosowania przymusu bezpośredniego, uznać należy za przemoc fizyczną, co rzutuje na charakter i cel podejmowanych wcześniej wobec zatrzymanego działań. W dalszej kolejności personel rozpoczyna proces zapinania pacjenta w pasy w pozycji leżącej na plecach oraz o godz. 20:55:04 zostaje mu podany zastrzyk, który nie został odnotowany w dokumentacji jako przymusowe podanie produktu leczniczego.

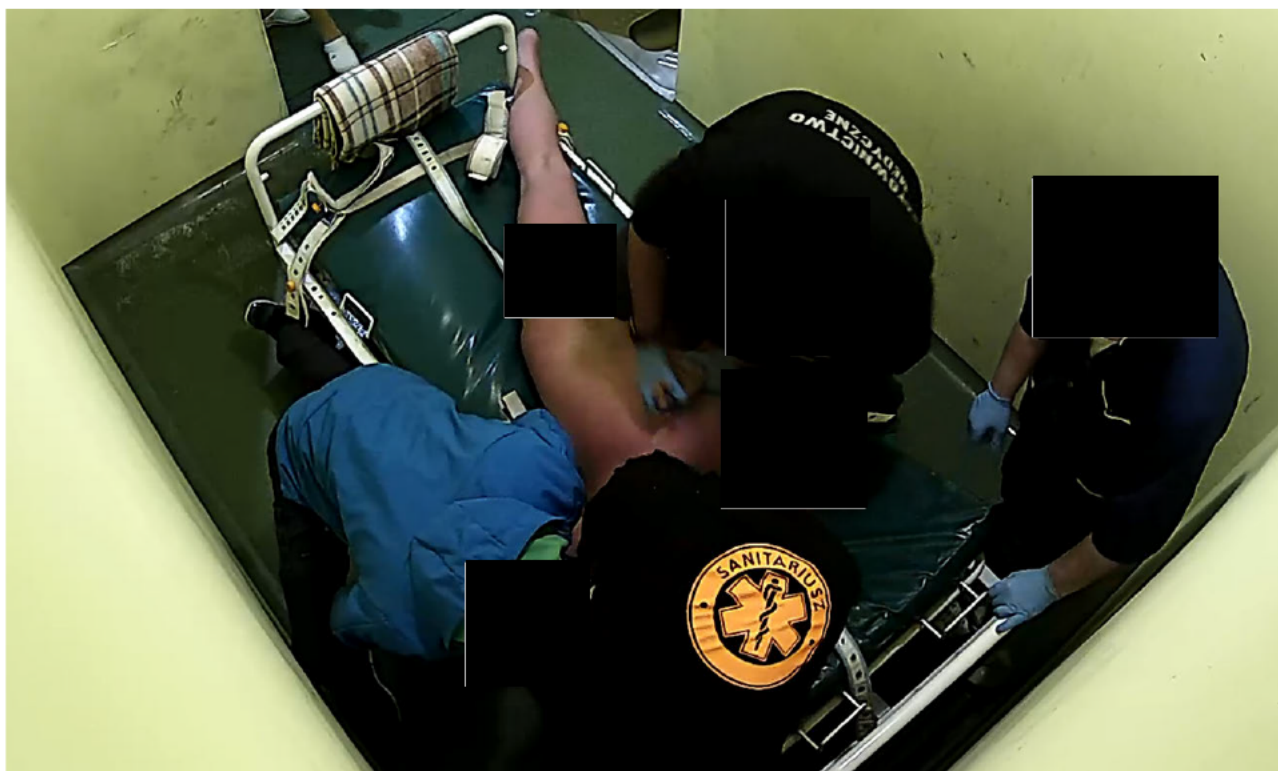
O godz. 20:57:13 przez nagie krocze unieruchamianego zostaje przeciągnięty pas, którym personel wielokrotnie przesuwając, próbując go prawidłowo zaczepić. Każda z tych prób sprawia zatrzymanemu wyraźny ból. Ponadto zatrzymany zostaje zapięty w pasy w ten sposób, że nie leży na całej długości materaca, a jego nogi przez cały czas unieruchomienia pozostają skrzyżowane i nie może ich wyprostować ani zmienić ich pozycji. Należy zauważyć, że do eskalacji zachowania zatrzymanego dochodzi dopiero w następstwie pozostawienia go unieruchomionym.

³⁵ Kamery monitoringu mają błędne znaczniki czasu. Występuje rozbieżność zarówno pomiędzy kamerami znajdującymi się w celach, jak i tymi na korytarzu. Czas widoczny na znaczniku kamery stale przeskakuje o kilka minut wprzód lub wstecz – zob. rozdział D (Znaczniki czasu kamer).

³⁶ Zgodnie ze znacznikiem czasu jednej z kamer znajdujących się w korytarzu o godz. 20:56:41 zatrzymany prowadzony był jeszcze nago przez korytarz.



Zdjęcie 8: pracownik Izby wykręca rękę leżącego na brzuchu i nagiego pacjenta.



Zdjęcie 9: pracownik Izby klęczy na plecach leżącego na brzuchu i nagiego pacjenta.



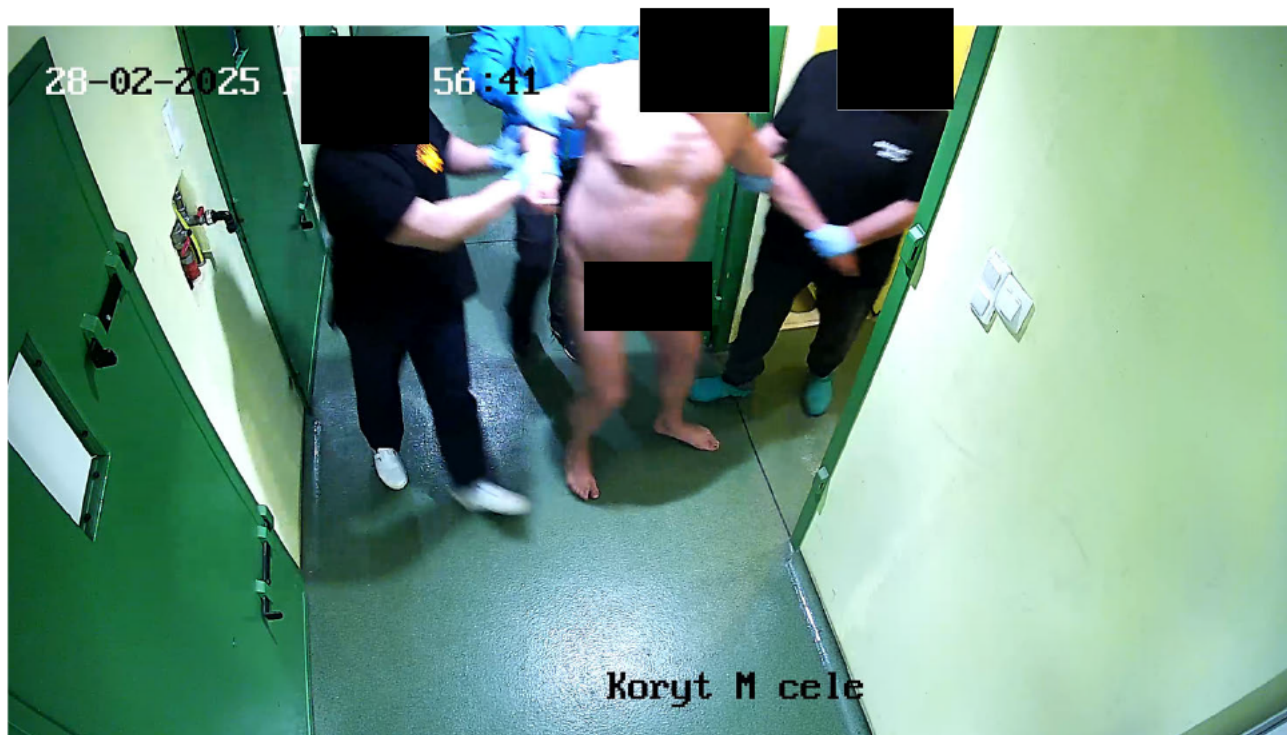
Zdjęcie 10: nagi pacjent leży zapięty w pasy z pasem przeciągniętym przez krocze oraz ze skrzyżowanymi nogami. Spędzi w tej pozycji ponad 3 godziny.

76. Zgodnie z wpisami dokonywanymi w karcie oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej (która stanowi załącznik nr 3 rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, a która stosowana jest każdorazowo w przypadku unieruchomienia pacjenta w wizytowanej Izbie) odnotowano m.in., że między godz. 20:55 a 21 pacjent dezorganizował pracę oddziału – miało to miejsce w momencie, w którym był on zapinany w pasy. Ponadto zgodnie z wpisem dokonany o godz. 21:15 zatrzymany „uderzał głową”. Ogląd monitoringu od godz. 20:55 do 21:30 nie potwierdza, aby takie zachowanie miało w ogóle miejsce. W czasie, którego dotyczy wpis, pacjent podnosi jedynie głowę, żeby coś powiedzieć, a następnie opuszcza ją na miękką materac (jest to jeden z niewielu ruchów, jakie może wykonać) – w jego zachowaniu niedostrzegalna jest jakakolwiek dynamika. Dodatkowo w czasie, w którym nastąpił wpis, nie miała miejsca żadna fizyczna kontrola stanu pacjenta.

77. **Przez ponad 3 godziny zapięcia w pasy nagi pacjent pozostawał całkowicie widoczny dla wszystkich osób przemieszczających się po korytarzu, w tym innych zatrzymanych oraz obecnych w placówce funkcjonariuszy Policji,**

którzy mogli go zobaczyć przez znajdujące się w drzwiach celi okno. W czasie stosowania przymusu bezpośredniego osoby postronne (inni zatrzymani oraz dwaj funkcjonariusze Policji) przeszły obok drzwi celi, w której znajdował się pacjent, około 19 razy. Ponadto o godz. 23:44:24 jeden z prowadzonych po korytarzu zatrzymanych wpatrywał się dłuższą chwilę w okno, za którym widoczny był nagi unieruchomiony.

Niepokój KMPT wzbudził również fakt, że o godz. 22:18:24 dwóch członków personelu celowo doprowadziło innego zatrzymanego do okna celi, w której znajdował się nagi mężczyzna, i kazało mu na niego patrzeć. Takie zachowanie personelu należy ocenić jako próbę zastraszenia pacjenta oraz groźbę, że w przypadku nieposłuszeństwa zostanie on również zapięty nago w pasy³⁷. Powyższa konstatacja pozwala ocenić działania personelu jako całkowicie świadome i celowe, a stosowanie przymusu bezpośredniego jako nieformalną karę mającą na celu zmuszenie pacjentów – również przez sam strach – do zachowania zgodnego z oczekiwaniami pracowników Izby.



Zdjęcie 11: pacjent prowadzony nago przez korytarz Izby przed zastosowaniem unieruchomienia.

³⁷ Wyrażnie świadczą o tym gesty wykonywane przez członków personelu – pokazywanie palcem na unieruchomionego pacjenta znajdującego się za drzwiami.



Zdjęcie 12: dwóch pracowników Izby doprowadza zatrzymanego pod drzwi pomieszczenia, w którym leży w pasach nagi pacjent (1/2).



Zdjęcie 13: dwóch pracowników Izby pokazuje zatrzymanemu nagiego unieruchomionego przez okno w drzwiach celi (2/2).

78. Podkreślenia wymaga fakt, że jako przesłankę zastosowania unieruchomienia wobec pacjenta wskazano: „agresywny, krzyczał uderzając głową o szybę oraz pięściami w drzwi, deklaracja samookaleczenia”, zaś jako uzasadnienie

decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu: „pacjent nadal zachowywał się nieodpowiednio do próśb personelu, wykrzykuje wulgaryzmy”. Z dokumentacji wynika również, że unieruchomienie zaprzestano stosować w chwili, gdy pacjent zgłaszał chęć popełnienia samobójstwa oraz wykrzykiwał.

79. **Niezależnie od braku wskazania konkretnej ustawowej przesłanki zastosowania unieruchomienia wobec pacjenta należy wskazać, że nieodpowiednie zachowanie oraz wykrzykiwanie wulgaryzmów nie uprawnia do stosowania lub kontynuacji stosowania przymusu bezpośredniego wobec zatrzymanego. Decyzja o przedłużeniu stosowania unieruchomienia wobec pacjenta była zatem pozbawiona podstaw prawnych. Dodatkowo jako powód zaprzestania stosowania przymusu bezpośredniego wskazano okoliczność, która właśnie mogła uzasadniać jego zastosowanie, ponieważ mógł on stwarzać zagrożenie dla swojego życia i zdrowia.**

80. Nagrania monitoringu obejmujące czas poprzedzający zastosowanie unieruchomienia ujawniły również, że w dniu 28 lutego między godz. 19:28:36 a 19:30:56 pacjent wielokrotnie uderzał głową o ścianę celi, w której przebywał. Według kamery z korytarza w tym czasie obok pomieszczenia przechodził członek personelu Izby, który nie wykazał najmniejszego zainteresowania tym, co się dzieje w środku. Dopiero o godz. 19:45:37, czyli po ponad 15 minutach od rozpoczęcia uderzania głową o ścianę, pojawił się pracownik Izby, który jednak, sprawdzając stan zatrzymanego, nie otworzył nawet drzwi do celi. Przypomnieć należy, że przymus bezpośredni, którego przesłanką zastosowania było m.in. uderzanie głową o szybę, zastosowano dopiero ok. półtorej godziny po opisywanym zdarzeniu.

81. **W ocenie KMPT rażące zaniechania personelu w zakresie dokonywania kontroli stanu pacjenta oraz zapewnienia mu bezpieczeństwa podczas pobytu w placówce – pomimo dysponowania ciągłym podglądem monitoringu – mogły doprowadzić do zagrożenia jego życia i zdrowia. Przedstawiony opis potwierdza również fakt stosowania w wizytowanej Izbie przymusu bezpośredniego w oderwaniu od prawnych i faktycznych podstaw jego zastosowania.**

82. Ponadto analiza monitoringu dotyczącego pobytu ww. zatrzymanego w placówce wykazała również inne rażące nieprawidłowości związane z jego traktowaniem przez personel. Już podczas przyjęcia do placówki w dniu 28 lutego o godz. 17:31:30 **został on zmuszony do rozebrania się do naga, pośrodku korytarza, w miejscu znajdującym się w zasięgu kilku kamer, które nie zawierały żadnego maskowania stref intymnych.** Dodatkowo czynność ta przeprowadzona była w miejscu, do którego dostęp miały liczne osoby postronne – w przypadku

otwarcia drzwi wejściowych nagi pacjent znalazłby się w zasięgu wzroku każdej z wchodzących placówki osób. Następnie, zgodnie z przyjętą w Izbie praktyką, przebywał on w samej bieliźnie, którą zdjął o godz. 18:27:54.

Od tego czasu pacjent zmuszony był czterokrotnie przemieszczać się całkowicie nago po korytarzu oraz przebywać w pasach przez ponad 3 godziny na widoku wszystkich pozostałych osób przebywających w placówce. Możliwość założenia na siebie jakiegokolwiek ubrania nastąpiła dopiero podczas odbioru ubrań z depozytu w dniu 1 marca o godz. 7:07:35, czyli po upływie ok. 12 godzin i 40 minut.

Dokumenty związane z odbiorem depozytu musiał on również wypełniać nago, pochylony, w obecności dwóch pracowników Izby w tym samym miejscu, w którym odbywała się jego kontrola przy przyjęciu. Niezależnie od niemożliwego do policzenia grona osób, które mogły widzieć zatrzymanego, gdy był czterokrotnie prowadzony nago przez korytarz, osoby postronne (niebędące pracownikami Izby) miały pomieszczenia, w których przebywał, 33 razy (należy przy tej okazji nadmienić, że niektóre z nich zmuszone były przemieszczać się po korytarzu boso i w samej bieliźnie).

Z kolei sami funkcjonariusze Policji minęli te pomieszczenia czterokrotnie (dwóch funkcjonariuszy dwukrotnie oraz jeden funkcjonariusz dwukrotnie), a nagrania monitoringu wykazały, że w niektórych przypadkach patrzyli oni w kierunku okna celi, w której przebywał rozebrany zatrzymany.



Zdjęcie 14: pozostający od 12 godzin i 40 minut nago zatrzymany, pozostając nadal bez ubrań, podpisuje kwit depozytowy. Po prawej drzwi wejściowe do Izby.

83. Nagrania monitoringu ujawniły również, że w trakcie umieszczania zatrzymanego w celi po przyjęciu ok. godz. 17:37 był on przytrzymywany za ręce przez dwóch członków personelu – **co stanowi nieodnotowany przymus bezpośredni w postaci przytrzymania** – po czym został przez jednego z nich pchnięty w głąb celi.



Zdjęcie 15: pacjent zostaje pchnięty przez pracownika Izby podczas umieszczania go w celi.

84. W ocenie KMPT traktowanie zatrzymanego przez personel przez cały okres jego pobytu w Izbie stanowił okrutne, nieludzkie i poniżające traktowanie. Postępowanie personelu miało na celu poniżenie i upokorzenie pacjenta, a fakt zmuszenia go do pozostawiania nago przez 12 godzin i 40 minut, wliczając w to pokazywanie go innym zatrzymanym oraz przeciąganie pasa przez nagie krocze, Krajowy Mechanizm uznaje za dehumanizujące.

85. Krajowy Mechanizm stoi ponadto na stanowisku, że konieczność pozostawiania nago w zasięgu wzroku personelu płci żeńskiej przez wiele godzin, w tym podczas zapinania w pasy, gdy świadkami stosowania przymusu były dwie pracownice Izby, dowodzi wyraźnego braku szacunku wobec pacjenta oraz ingerencji w jego ludzką godność. Takie postępowanie personelu Izby musiało prowadzić do poczucia udręki i bycia gorszym oraz skutkować poniżeniem i upodleniem³⁸.

86. W ocenie KMPT opisana sytuacja stanowi również przemoc seksualną i związaną z płcią (SGBV), ponieważ jedną z jej form jest wymuszona nagość³⁹.

87. Analiza monitoringu dotyczącego pobytu innego zatrzymanego w Izbie w dniach 23 i 24 lutego 2025 r. ujawniła, że **stosowano wobec niego przemoc fizyczną w postaci pchania, szarpania, wykręcania rąk oraz wielokrotnego uderzania nim o ścianę. Został on również zapięty w pasy w samej bieliźnie (wraz z przeciągnięciem pasa przez krocze) oraz zmuszony do rozebrania się do naga pośrodku korytarza w zasięgu wzroku sześciorga pracowników Izby – w tym płci żeńskiej – w pobliżu drzwi wejściowych do placówki, które w każdej chwili mogły się otworzyć.**

88. Podczas przyjęcia do placówki, w dniu 23 lutego o godz. 18:35:56, zatrzymany został zmuszony do rozebrania się do naga w korytarzu, pozostając na widoku osób postronnych w miejscu, które nie zapewniało mu żadnej prywatności, oraz w zasięgu kamer monitoringu niepozwalających na maskowanie miejsc intymnych. Z nagrania monitoringu wynika również, że w czasie, gdy pacjent pozostawał nagi, na korytarzu znajdowała się pracownica Izby, która w każdej chwili

³⁸ Zob. M.A. Nowicki, *Wiktorko przeciwko Polsce...* Choć przytoczona argumentacja Trybunału odnosiła się do polecenia rozebrania się w obecności personelu płci żeńskiej, to znajduje ona zastosowanie przy opisie nieprawidłowości ujawnionych w wizytowanej Izbie. Niezależnie bowiem od braku polecenia rozebrania się do naga, zatrzymanemu uniemożliwiono założenie ubrania, nawet w czasie stosowania wobec niego unieruchomienia. Był on zatem narażony na poczucie poniżenia i upodlenia przez istotnie dłuższy czas, niż ma to miejsce np. podczas kontroli osobistej.

³⁹ Zob. *Przemoc seksualna i przemoc związana z płcią...*, s. 24.

mogła go zobaczyć na żywo lub wchodząc do pomieszczenia, w którym znajdował się podgląd monitoringu. Od tego czasu do momentu opuszczenia placówki musiał on pozostawać w samej bieliźnie. Ponadto w dn. 24 lutego o godz. 14:17:33 pacjent znajdował się w tym samym miejscu na korytarzu, pozostając w samej bieliźnie na oczach innej pracownicy placówki.

89. W dniu 23 lutego o godz. 18:48:45 po opuszczeniu celi nr 25, w której zatrzymany przebywał, **pracownik Izby chwycił go za ręce i pchał, aż ten uderzył plecami o ścianę. O godz. 18:48:53, po ponownym pchnięciu, pacjent uderzył plecami o przeciwległą ścianę, a następnie o godz. 18:48:59 został pchnięty na metalowe drzwi celi, w które z impetem uderzył lewym barkiem. W tym czasie jego ręce trzymane były przez personel i nie mógł się w żaden sposób zasłonić.** W dalszej kolejności, mając założony chwyt transportowy na lewą rękę przez jednego z pracowników oraz będąc trzymanym za prawy nadgarstek przez sanitariusza, pacjent był ciągnięty przez nich w dwie przeciwne strony. **Chwilę później, po wykręceniu ręki, upadł na ziemię, gdy zaś jeden z pracowników puścił jego trzymany oburącz nadgarstek, dłoń pacjenta obróciła się ok. 180 stopni, co wskazuje, w jak bardzo nienaturalnej i bolesnej pozycji była trzymana przez pracownika Izby.** Znajdując się nadal na podłodze, został szarpnięty do góry za obie ręce i wniesiony do pomieszczenia służącego do unieruchomienia. O godz. 18:49:38 został rzucony na łóżko w poprzek w ten sposób, że jego głowa znalazła się poza obrębem materaca i uderzyła o nogę sanitariusza⁴⁰. O godz. 18:50:59 jeden z członków personelu z dużą siłą pociągnął pas znajdujący się między nogami przebywającego w samej bieliźnie zatrzymanego. Po przeciągnięciu pasa przez krocze pacjenta widać, jak jego nogi się zginają, a on sam zaczyna zachowywać się dużo bardziej niespokojnie, tak jakby starał się znaleźć pozycję, w której ucisk pasa na genitalia będzie mniej dokuczliwy. Był on zmuszony pozostawać w takiej pozycji przez 4 godziny i 5 minut.

90. **W ocenie KMPT opisany powyżej przebieg zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia nosi znamiona okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania oraz stanowi naruszenie art. 42 ust. 6 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, zgodnie z którym personel Izby ma obowiązek stosować taką formę przymusu bezpośredniego, która jest możliwie najmniej uciążliwa dla zatrzymanego, zachowując szczególną ostrożność**

⁴⁰ Opis ten stanowi potwierdzenie braku realizacji zalecenia stosowania unieruchomienia przy udziale 5 członków personelu, tak aby w bezpieczny sposób zabezpieczone były wszystkie kończyny i głowa osoby unieruchamianej. Podobna sytuacja została bowiem opisana w uzasadniającej to zalecenie argumentacji zawartej na s. 16 raportu z pierwszej wizytacji.

i dbałość o dobro tej osoby. W analizowanym przypadku przymus był jednak przede wszystkim skoncentrowany na zadawaniu bólu fizycznego zatrzymanemu w celu wymuszenia podporządkowania się oczekiwaniom personelu oraz na jego poniżeniu przez pozostawienie go w samej bieliźnie z przeciągniętym przez krocze pasem w ten sposób, że mogło mu to sprawiać fizyczny ból.



Zdjęcie 16: pozostający w samej bieliźnie pacjent szarpany w dwie przeciwne strony przez członków personelu, podczas gdy jego lewa ręka jest wykręcona.



Zdjęcie 17: pacjent pchany przez pracownika Izby przez korytarz. Podczas tej czynności wielokrotnie uderzy o ścianę oraz o metalowe drzwi celi.



Zdjęcie 18: pacjent szarpany za obie ręce zostaje wniesiony do pomieszczenia służącego do unieruchomienia.



Zdjęcie 19: pacjent uderza z impetem o metalowe drzwi celi, podczas gdy jego ręce są trzymane przez członka personelu i nie może on osłonić głowy.



Zdjęcie 20: pacjent unieruchomiony w samej białźnie z pasem zapiętym na kroczu. Pozostawał on w takiej pozycji przez 4 godziny i 5 minut.



Zdjęcie 21: pacjent w samej bieliźnie w korytarzu na oczach członkini żeńskiego personelu.
Za jego plecami drzwi wejściowe do Izby.



Zdjęcie 22: sanitariusz kopie depozyt, buty i dokumenty opuszczającego placówkę
zatrzymanego.

91. Mając na uwadze wszystkie opisane w powyższym rozdziale nieprawidłowości, poza zaleceniami wskazanymi w pierwszej części raportu **KMPT zaleca również:**

- **podjęcie pilnych działań mających na celu wyeliminowanie przypadków znęcania się, stosowania przemocy fizycznej, zastraszania oraz upokarzania osób zatrzymanych do wytrzeźwienia przez personel Izby;**
- **podjęcie pilnych działań mających na celu wyeliminowanie przypadków stosowania przemocy seksualnej i przemocy związanej z płcią (SGBV);**
- **przypomnienie wszystkim pracownikom Izby o konieczności traktowania osób zatrzymanych z należyтым szacunkiem oraz poszanowaniem ich godności;**
- **zaprzestanie stosowania przymusu bezpośredniego jako nieformalnej kary służącej zastraszaniu pacjentów lub skłonieniu ich do podporządkowania się poleceniom personelu;**
- **stosowanie przymusu bezpośredniego w sposób bezpieczny, profesjonalny i humanitarny oraz jak najmniej uciążliwy dla zatrzymanego, z zachowaniem szczególnej ostrożności i dbałości o jego dobro, a także jedynie do czasu ustania przyczyn jego zastosowania;**
- **wyeliminowanie praktyki polegającej na tym, że osoba zatrzymana zmuszona jest pozostawać nago lub bez tej części odzieży, którą zdjęła podczas pobytu w Izbie, aż do czasu jej opuszczenia;**
- **wyeliminowanie praktyki polegającej na tym, że osoba naga lub pozostająca w samej bieliźnie pozostaje w zasięgu wzroku personelu oraz osób postronnych, w tym innej płci, które mogą ją zobaczyć zarówno przemieszczając się po placówce, jak i na podglądzie monitoringu;**
- **wyeliminowanie praktyki polegającej na tym, że osoba przyjmowana do Izby rozbierana jest do naga w zasięgu wzroku personelu i osób postronnych, w tym innej płci, oraz w miejscu znajdującym się w zasięgu kamer monitoringu, które nie uniemożliwiają przekazywania obrazu obejmującego jej miejsca intymne;**
- **zapewnienie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia osób zatrzymanych przez sprawowanie należytego nadzoru nad ich zachowaniem oraz**

bezzwłoczne reagowanie na podejmowane przez nie próby samouszkodzenia;

- **poprawę programu szkoleń pracowników, które powinny być ukierunkowane na odpowiednią komunikację interpersonalną, deeskalację napięcia w sytuacjach stresu i konfliktu, profesjonalne stosowanie przymusu bezpośredniego, zapobieganie przemocy ze względu na płeć i przemocy seksualnej (SGBV);**
- **poprawę systemu nadzoru nad podległymi pracownikami, wdrożenie mechanizmów monitorowania pracy personelu, wyciąganie konsekwencji służbowych oraz zawiadamianie organów ścigania w przypadku ujawnienia nieprawidłowości, stosownie do obowiązku przewidzianego w art. 304 § 2 Kodeksu postępowania karnego⁴¹.**

B. Traktowanie osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy Policji

92. Nagrania monitoringu z dnia 28 lutego 2025 r. ujawniły również, że funkcjonariusze Policji doprowadzający zatrzymanych do Izby zachowywali się wobec nich w niewłaściwy sposób – zatrzymani byli popychani, szarpani. Ponadto funkcjonariusze wchodzili razem z nimi do toalety, pozbawiając ich elementarnej prywatności.

93. W dniu 28 lutego o godz. 17:10:47 jeden z obecnych w poczekalni Izby funkcjonariuszy Policji chwycił zatrzymanego, niedającego swoim zachowaniem podstaw do użycia siły fizycznej, za kurtkę i rzucił nim na ruchomy fotel służący do transportowania pacjentów po Izbie. Świadkiem zdarzenia był drugi funkcjonariusz Policji, członek zespołu ratownictwa medycznego oraz jedna osoba postronna.

94. Z kolei tego samego dnia o godz. 23:22:12 jeden z doprowadzających innego zatrzymanego funkcjonariuszy szarpnął go za kaptur bluzy, w ten sposób, że bluza wywołała ucisk na jego gardło, gdy przemieszczał się w kierunku znajdującej się w poczekalni Izby tablicy informacyjnej. Podobnie jak w poprzednim wypadku zachowanie zatrzymanego w żaden sposób nie uzasadniało zastosowania wobec niego siły fizycznej. Świadcami opisywanej sytuacji było sześcioro funkcjonariuszy Policji oraz dwie osoby postronne.

95. W ocenie KMPT opisane zachowania funkcjonariuszy Policji spełniają znamiona przemocy fizycznej i nie mogą zostać uznane za zastosowanie środka

⁴¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 46 ze zm.).

przymusu bezpośredniego w postaci siły fizycznej, również z tego powodu, że w obydwu ww. sytuacjach nie zachodziły przesłanki ich użycia.

96. Krajowy Mechanizm zwraca również uwagę na wyrażane w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka stanowisko, zgodnie z którym w odniesieniu do osoby pozbawianej wolności odwoływanie się do siły fizycznej, której zastosowanie nie było ściśle konieczne wobec własnego zachowania tej osoby, stanowi umniejszenie godności ludzkiej i co do zasady jest naruszeniem prawa wskazanego w art. 3 Konwencji⁴². Wszelka ingerencja w godność człowieka uderza w samą istotę Konwencji. Z tego powodu każde zachowanie funkcjonariuszy organów ścigania w stosunku do osoby, które umniejsza jej ludzką godność, stanowi naruszenie wyrażonego w art. 3 zakazu tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Ma to szczególnie zastosowanie do stosowania przymusu fizycznego w stosunku do osoby, gdy nie jest to ściśle konieczne ze względu na jej zachowanie, bez względu na wpływ takiego przymusu na tę osobę⁴³.

97. KMPT zaleca Komendantowi Miejskiemu Policji w Łodzi podjęcie pilnych działań mających na celu wyeliminowanie przypadków stosowania przemocy fizycznej oraz nieuzasadnionej siły fizycznej przez funkcjonariuszy Policji.

98. Krajowy Mechanizm zaleca również przypomnienie funkcjonariuszom Policji o konieczności traktowania osób zatrzymanych z należyтым szacunkiem oraz poszanowaniem ich godności.

99. Analiza nagrań monitoringu ujawniła również liczne przypadki, w których doprowadzający zatrzymanych funkcjonariusze Policji wchodzili razem z nimi do toalety znajdującej się w poczekalni Izby. W niektórych przypadkach drzwi od przedsionka toalety oraz drzwi, za którymi znajdowała się ubikacja, pozostawały uchylone, co czyniło zarówno znajdującego się w sanitariacie policjanta, jak i korzystającego z toalety zatrzymanego widocznym dla osób postronnych, w tym innej płci niż osoba korzystająca z toalety.

100. W ocenie KMPT obecność funkcjonariusza w sanitariacie razem z zatrzymanym stanowi nadmierną ingerencję w jego prywatność i przejaw poniżającego traktowania.

101. KMPT zaleca Komendantowi Miejskiemu Policji w Łodzi umożliwienie osobom zatrzymanym korzystania z toalety bez obecności funkcjonariuszy Policji.

⁴² Zob. Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2.

⁴³ Zob. wyrok ETPC z 16 czerwca 2022 r. w sprawie Skorupa przeciwko Polsce, skarga nr 44153/15.

102. Z obserwacji wizytujących oraz z nagrań monitoringu wynika, że wobec osób doprowadzanych do Izby często stosowane są prewencyjnie środki przymusu bezpośredniego w postaci kajdanek zakładanych na ręce, w tym na ręce trzymane z tyłu.

103. Ponadto w trakcie oczekiwania na wejście do Izby przedstawiciele KMPT byli świadkami sytuacji, w której zatrzymana przez cały czas oczekiwania w poczekalni placówki przebywała w kajdankach założonych na ręce z przodu. Również po zasygnalizowaniu funkcjonariuszom potrzeby skorzystania z toalety (napicia się wody z kranu) nie zostały jej one zdjęte. Należy podkreślić, że przez cały ten czas zatrzymana zachowywała się spokojnie oraz nie prezentowała agresji słownej wobec funkcjonariuszy.

104. Zgodnie z zaleceniami SPT 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 lżejsza forma kontroli rzeczywistego ryzyka, i usuwane tak szybko, jak to możliwe⁴⁴.

105. **KMPT zaleca Komendantowi Miejskiemu Policji w Łodzi stosowanie kajdanek wobec osób zatrzymanych tylko w przypadkach uzasadnionych okolicznościami konkretnego przypadku (np. wskazującymi na możliwość ucieczki zatrzymanego lub na wystąpienie u niego agresji lub samoagresji); gdy użycie kajdanek jest niezbędne, nie powinny być one zapięte zbyt mocno i powinny być zdejmowane tak szybko, jak to możliwe.**

⁴⁴ Zob. Raport SPT z wizyty w Chile, CAT/OP/CHL/1, par. 44-46; Raport SPT z wizyty w Rumunii, CAT/OP/ROU/1, par. 104-105; Raporty SPT z wizyt na Ukrainie: CAT/OP/UKR/3, par. 84; CAT/OP/UKR/1, par. 12.



Zdjęcie 23: funkcjonariusz Policji rzuca zatrzymanym (1/4).



Zdjęcie 24: funkcjonariusz Policji rzuca zatrzymanym (2/4).



Zdjęcie 25: funkcjonariusz Policji rzuca zatrzymanym (3/4).



Zdjęcie 26: funkcjonariusz Policji rzuca zatrzymanym (4/4).



Zdjęcie 27: funkcjonariusz Policji ciągnie zatrzymanego za kaptur na oczach 6 innych funkcjonariuszy oraz 2 osób postronnych.



Zdjęcie 28: funkcjonariusz Policji w toalecie z zatrzymanym (wystająca ręka za drzwiami z napisami WC). Wnętrze toalety pozostaje widoczne dla osób postronnych (w tym dwóch widocznych po prawej stronie funkcjonariuszek).

C. Warunki bytowe

106. Ogląd placówki ujawnił, że w wielu znajdujących się w części męskiej pomieszczeniach dla zatrzymanych nie było okien, tym samym osoby w nich umieszczone nie miały żadnego dostępu do światła dziennego oraz niemożliwe było wietrzenie tych pomieszczeń. W trakcie wizytacji w jednym z takich pomieszczeń przebywał pacjent rozpoznany przez personel jako osoba z zaburzeniami psychicznymi, który pozostawał w samej bieliźnie. Praktykę umieszczania osób w kryzysie zdrowia psychicznego rozebranych do samej bielizny w pomieszczeniach bez okien potwierdziła również analiza nagrań monitoringu.

107. Ujawniona w wizytowanej placówce praktyka stanowi naruszenie § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie izb wytrzeźwień, zgodnie z którym w pomieszczeniach izby wytrzeźwień zapewnia się bezpośredni dostęp światła dziennego.

108. W ocenie KMPT opisana praktyka stanowi przejaw dyskryminacji osób znajdujących się w kryzysie zdrowia psychicznego, ponieważ ich sytuacja jako pacjentów Izby ulega znacznemu różnicowaniu na ich niekorzyść względem pozostałych grup pacjentów jedynie z uwagi na zdiagnozowanie u nich zaburzenia lub choroby psychicznej. Mając na uwadze, że osoby zatrzymane do wytrzeźwienia podlegają całodobowemu nadzorowi przy pomocy kamer monitoringu oraz że personel może w każdej chwili dokonać kontroli ich stanu przez okno znajdujące się w drzwiach celi, odbieranie im wszystkich, poza bielizną, ubrań uznać należy za nieproporcjonalny i nadmierny środek bezpieczeństwa. Nawet bowiem w sytuacji, gdy istnieje podejrzenie podjęcia przez te osoby próby samobójczej, personel dysponuje wystarczającymi narzędziami kontroli ich zachowania – już i tak w istotnym stopniu ingerującymi w ich prywatność. Brak jest również racjonalnych argumentów uzasadniających umieszczanie tej grupy pacjentów w samej bieliźnie w pomieszczeniach bez okien z uwagi na charakter prowadzonych wobec nich oddziaływań leczniczych. Cel pobytu w izbie wytrzeźwień nie różni się bowiem w żaden istotny sposób w odniesieniu do każdej z trafiających do niej grup pacjentów. Przyjęta przez dyrekcję placówki zasada postępowania z osobami w kryzysie zdrowia psychicznego stanowi zatem naruszenie zasady równości oraz zakazu dyskryminacji, wyrażonych w art. 32 Konstytucji RP. Zgodnie z poglądem doktryny różne traktowanie podmiotów podobnych musi mieć charakter racjonalnie uzasadniony oraz pozostawać w związku z zasadami, wartościami i normami

konstytucyjnymi uzasadniającymi ich odmienne traktowanie⁴⁵. Za takie nie można uznać praktyk stanowiących widoczny przejaw braku szacunku do pacjentów, które prowadzą do ich poniżenia i ingerują w ich ludzką godność.

109. Na uwagę w tym zakresie zasługuje również stanowisko CPT⁴⁶, zgodnie z którym przetrzymywanie osób, które znajdują się pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, a które mają również wyraźne problemy ze zdrowiem psychicznym, w placówce niezapewniającej łatwego dostępu do odpowiedniej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, tylko z powodu ich nietrzeźwości, można uznać za wątpliwe z medycznego punktu widzenia⁴⁷.

110. KMPT zaleca nieumieszczanie osób przyjmowanych do Izby w pomieszczeniach niespełniających wymogów przewidzianych w przepisach rozporządzenia w sprawie izb wytrzeźwień oraz zaprzestanie stosowania praktyk skutkujących dyskryminacją osób w kryzysie zdrowia psychicznego.

111. Analiza monitoringu wykazała również, że niektórzy pacjenci przemieszczali się po placówce boso lub w samych skarpetkach, nie mieli jednorazowych ochraniaczy, a buty były im odbierane na czas pozostawania w celach oraz nie mogli z nich korzystać podczas przemieszczania się po Izbie.

112. KMPT zaleca wydawanie jednorazowego obuwia lub ochraniaczy na czas pobytu w placówce, jeśli osoba przyjęta pozostaje bez własnego obuwia.

113. Nagrania monitoringu ujawniły, że tzw. oświetlenie dzienne pozostawało włączone również w nocy.

114. W ocenie KMPT praktyka taka zakłóca spoczynek nocny osób zatrzymanych i jest szkodliwa dla ich zdrowia. Światło w celach, w których przebywają osoby zatrzymane, powinno być wyłączane w nocy, tj. pomiędzy 22:00 a 6:00 rano.

115. Ekspozycja na światło dzienne odgrywa istotną rolę w regulacji rytmu snu i czuwania⁴⁸. Ciągłe zapalone w nocy światło prowadzi do deprywacji snu, której konsekwencje ponosi cały organizm. Zaburzeniu ulegają uwaga, czujność i pamięć, emocje, praca serca, termoregulacja, przemiany metaboliczne, reaktywność i precyzja ruchów. Pojawiają się bóle mięśniowe oraz dysfunkcje układu odpornościowego⁴⁹.

⁴⁵ P. Tuleja, w: P. Czarny, M. Florczak-Wątor, B. Naleziński, P. Radzewicz, P. Tuleja, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2023, art. 32.

⁴⁶ Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej jako: CPT).

⁴⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Estonii w 2023 r., CPT/Inf (2024) 26, par. 28.

⁴⁸ Zob. A. Kawalec, K. Pawlas, *Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowywanie higieny snu*. Problemy Higieny i Epidemiologii, 94(1), 2013, s. 2.

⁴⁹ Zob. J. Orzeł-Gryglewska, *Zaburzenia snu związane z nadmierną ekspozycją na światło*. Polish Journal for Sustainable Development, 21(2), 2017, s. 91-100.

Ponadto nocna ekspozycja na światło powoduje zmniejszenie poziomu melatoniny, co skutkuje kłopotami ze snem oraz eliminuje możliwość zregenerowania i odpoczynku⁵⁰. Z tego powodu w godzinach nocnych w Izbie powinno funkcjonować oświetlenie nocne, a nie dzienne.

116. Zalecenie dostosowania oświetlenia do pory doby i zapewnienie, że światło będzie przynajmniej przygaszone w czasie nocy, formułowane było już kilkakrotnie przez CPT⁵¹.

117. KMPT zaleca dostosowanie oświetlenia do pory doby i zapewnienie, że światło będzie przynajmniej przygaszone w nocy.

118. W wizytowanej Izbie wydaje się wodę w kilkulitrowych baniakach. Nagrania monitoringu ujawniły liczne przypadki, w których przewracały się one lub pacjenci nimi rzucali, a woda rozlewała się po pomieszczeniach i korytarzu. Praktyka ta stanowi naruszenie § 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie izb wytrzeźwień, zgodnie z którym osobie przyjętej do izby wytrzeźwień lub placówki zapewnia się na czas pobytu napoje podawane w naczyniach jednorazowych.

119. KMPT zaleca zapewnienie na czas pobytu każdej osobie przyjętej do izby wytrzeźwień napoi podawanych w naczyniach jednorazowych, zgodnie z § 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie izb wytrzeźwień.

D. Znaczniki czasu kamer

120. Analiza monitoringu ujawniła, że znaczniki czasu kamer znajdujących się w Izbie różniły się w sposób istotny. W wielu przypadkach znacznik czasu tej samej kamery potrafił pokazać w kolejnej sekundzie godzinę o kilka minut wcześniejszą lub późniejszą. Ponadto z analizy przebiegu wydarzeń i sekwencji pojawiania się poszczególnych osób w różnych miejscach Izby wynika, że te same zdarzenia według różnych kamer miały miejsce o różnych godzinach. Przykładowo kamera znajdująca się w pomieszczeniu do stosowania unieruchomienia w żeńskiej części Izby w dn. 20 lutego 2025 r. pokazała, że sekundę po godz. 16:31:09 nastąpiła godz. 16:40:27. Ponadto zgodnie ze znacznikiem czasu tej samej kamery pacjentka została zapięta w pasy tego samego dnia o godz. 16:09:17, podczas gdy według kamery znajdującej się na korytarzu o godz. 16:18:28 była dopiero prowadzona do tego pomieszczenia.

121. W ocenie KMPT rozbieżności w oznaczeniach czasu pokazywanego przez różne kamery znajdujące się w Izbie znacznie utrudniają właściwe określenie czasu,

⁵⁰ Zob. A. Kawalec, K. Pawlas, *Czynniki środowiskowe...*, s. 2.

⁵¹ Zob. Raport CPT z wizyty w Mołdawii, CPT/Inf (2020) 27, par. 36; Raport z wizyty w Słowenii, CPT/Inf (2017) 27, par. 25.

w którym dana czynność miała miejsce. Jest to szczególnie istotne w sytuacji, gdy zachodzi konieczność sprawdzenia, czy nadzór nad osobą unieruchomioną rzeczywiście miał miejsce w godzinach, które zostały wskazane w dokumentacji dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego.

122. Krajowy Mechanizm rekomenduje zsynchronizowanie znaczników czasu wszystkich kamer monitoringu w Izbie.

E. Dokumentacja

123. Analiza dokumentacji wykazała również liczne przypadki, w których dokonywane w dokumentacji wpisy były całkowicie nieczytelne. Przykładowo niemożliwe do rozczytania były takie części dokumentacji, jak: rozpoznanie, zlecenia i podpis lekarza dyżurnego; rozpoznanie kliniczne ostateczne, powikłania i choroby współistniejące; pobyt chorego w oddziale (obserwacje); uwagi o przebiegu choroby i o wynikach leczenia. W niektórych przypadkach nieczytelne były również niektóre wpisy dokonane w polu przeznaczonym na wskazanie uzasadnienia przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego.

124. W ocenie KMPT starannie i czytelnie prowadzona dokumentacja dotycząca pobytu w Izbie stanowi kluczowy punkt odniesienia podczas badania zasadności postępowania z zatrzymanym. Umożliwia ona bowiem organom sprawującym nadzór nad placówką i samemu kierownictwu placówki ustalenie, czy w postępowaniu personelu nie doszło do nieprawidłowości.

125. KMPT zaleca prowadzenie dokumentacji dotyczącej pobytu osób zatrzymanych w Izbie w sposób czytelny oraz z należytą starannością.

VI. Zalecenia

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

I. Dyrektorowi Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej w Łodzi:

1. Podjęcie pilnych działań mających na celu wyeliminowanie przypadków znęcania się, stosowania przemocy fizycznej, zastraszania oraz upokarzania przez personel placówki osób zatrzymanych do wytrzeźwienia;

2. Podjęcie pilnych działań mających na celu wyeliminowanie przypadków stosowania przemocy seksualnej i przemocy związanej z płcią (SGBV);

3. Przypomnienie wszystkim pracownikom o konieczności traktowania osób zatrzymanych z należyтым szacunkiem oraz poszanowaniem ich godności;
4. Zaprzestanie stosowania przymusu bezpośredniego jako nieformalnej kary służącej zastraszeniu pacjentów lub skłonieniu ich do podporządkowania się poleceniom personelu;
5. Stosowanie przymusu bezpośredniego w sposób bezpieczny, profesjonalny i humanitarny oraz jak najmniej uciążliwy dla zatrzymanego, z zachowaniem szczególnej ostrożności i dbałości o jego dobro, a także jedynie do czasu ustania przyczyn jego zastosowania;
6. Wyeliminowanie praktyki polegającej na tym, że osoba zatrzymana zmuszona jest pozostawać nago lub bez tej części odzieży, którą zdjęła podczas pobytu w Izbie, aż do czasu jej opuszczenia;
7. Wyeliminowanie praktyki polegającej na tym, że osoba naga lub pozostająca w samej bieliźnie pozostaje w zasięgu wzroku personelu oraz osób postronnych, w tym innej płci, które mogą ją zobaczyć, zarówno przemieszczając się po placówce, jak i na podglądzie monitoringu;
8. Wyeliminowanie praktyki polegającej na tym, że osoba przyjmowana do Izby rozbierana jest do naga w zasięgu wzroku personelu i osób postronnych, w tym innej płci, oraz w miejscu znajdującym się w zasięgu kamer monitoringu, które nie uniemożliwiają przekazywania obrazu obejmującego jej miejsca intymne;
9. Zapewnienie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia osób zatrzymanych przez sprawowanie należytego nadzoru nad ich zachowaniem oraz bezzwłoczne reagowanie na podejmowane przez nie próby samouszkodzenia;
10. Nieumieszczanie osób przyjmowanych do Izby w pomieszczeniach niespełniających wymogów przewidzianych w przepisach rozporządzenia w sprawie izb wytrzeźwień;
11. Zaprzestanie stosowania praktyk skutkujących dyskryminacją osób w kryzysie zdrowia psychicznego;
12. Wydawanie jednorazowego obuwia lub ochraniaczy na czas pobytu w placówce, jeśli osoba przyjęta pozostaje bez własnego obuwia;
13. Dostosowanie oświetlenia do pory doby i zapewnienie, że światło będzie przynajmniej przygaszone w nocy;
14. Zapewnienie na czas pobytu każdej osobie przyjętej do izby wytrzeźwień napoi podawanych w naczyniach jednorazowych, zgodnie z § 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie izb wytrzeźwień;
15. Zsynchronizowanie znaczników czasu wszystkich kamer monitoringu w Izbie;

16. Prowadzenie dokumentacji dotyczącej pobytu osób zatrzymanych w Izbie w sposób czytelny oraz z należytą starannością;

17. Poprawę programu szkoleń pracowników, które powinny być ukierunkowane na odpowiednią komunikację interpersonalną, deeskalację napięcia w sytuacjach stresu i konfliktu, profesjonalne stosowanie przymusu bezpośredniego, zapobieganie przemocy ze względu na płeć i przemocy seksualnej (SGBV);

18. Poprawę systemu nadzoru nad podległymi pracownikami, wdrożenie mechanizmów monitorowania pracy personelu, wyciąganie konsekwencji służbowych oraz zawiadamianie organów ścigania w przypadku ujawnienia nieprawidłowości;

19. Pełne wdrożenie wszystkich zaleceń KMPT wskazanych w raporcie z wizytacji placówki w kwietniu 2023 r. oraz w pkt IV niniejszego raportu.

II. Komendantowi Miejskiemu Policji w Łodzi:

1. Podjęcie pilnych działań mających na celu wyeliminowanie przypadków stosowania przemocy fizycznej oraz nieuzasadnionej siły fizycznej przez funkcjonariuszy Policji;

2. Przypomnienie funkcjonariuszom Policji o konieczności traktowania osób zatrzymanych z należytym szacunkiem oraz poszanowaniem ich godności;

3. Umożliwienie osobom zatrzymanym korzystania z toalety bez obecności funkcjonariuszy Policji;

4. Stosowanie kajdanek wobec osób zatrzymanych tylko w przypadkach uzasadnionych okolicznościami konkretnego przypadku (np. wskazującymi na możliwość ucieczki zatrzymanego lub na wystąpienie u niego agresji lub samoagresji); gdy użycie kajdanek jest niezbędne, nie powinny być one zapięte zbyt mocno oraz powinny być zdejmowane tak szybko, jak to możliwe.

Opracował: Paweł Borkowski

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/