

Roman Kulma

Efektywność wykonania orzeczeń sądowych o obowiązku podjęcia leczenia odwykowego

Zeszyty Prawnicze 9/2, 329-339

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

KOMUNIKATY

ROMAN KULMA

Instytut Wymiaru Sprawiedliwości

EFEKTYWNOŚĆ WYKONANIA ORZECZEŃ SĄDOWYCH O OBOWIĄZKU PODJĘCIA LECZENIA ODWYKOWEGO*

I. OBOWIĄZEK PODDANIA SIĘ LECZENIU ODWYKOWEMU UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

1. Obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu uzależnienia od alkoholu wynika z ustawy o Wychowaniu w Trzeźwości i Przeciwdziałaniu Alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r.¹ Osoba uzależniona może zostać zobowiązana do podjęcia leczenia, gdy w związku z nadużywaniem alkoholu powoduje rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchyla się od pracy albo systematycznie zakłóca spokój lub porządek publiczny.

Należy odróżnić pojęcie efektywności leczenia uzależnienia od efektywności wykonania orzeczenia sądowego. Orzeczenie sądowe nakłada jedynie obowiązek podjęcia, nie zaś ukończenia terapii, nie określa, zatem jakie skutki ma przynieść wykonanie tego obowiązku.

* Komunikat o wynikach badań aktowych przeprowadzonych w Instytucie Wymiaru Sprawiedliwości

¹ Tekst jednolity Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 ze zm.

Leczeniem odwykowym zajmują się stacjonarne i niestacjonarne zakłady lecznictwa odwykowego.

Orzekanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu należy do sądów rodzinnych (wydziałów rodzinnych i nieletnich sądów rejonowych)².

Podstawowym wymogiem orzeczenia obowiązku leczenia jest przeprowadzenie badań przez biegłych na okoliczność stwierdzenia uzależnienia od alkoholu, potrzeby podjęcia leczenia oraz określenia jego formy. Badanie może być wykonane na etapie zbierania dokumentacji przez komisje rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuraturę. W razie ich nie wykonania, badanie zleca sąd.

Instytucjami uprawnionymi do składania wniosku o orzeczenie obowiązku leczenia są komisje rozwiązywania problemów alkoholowych oraz jednostki prokuratury.

Sąd rodzinny może zobowiązać osobę uzależnioną od alkoholu do podjęcia leczenia odwykowego w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie leczniczym. Osoby kierowane przez sąd przyjmowane są poza kolejnością jednak tylko do wykorzystania limitu 20% wszystkich miejsc przeznaczonych dla pacjentów leczonych z uzależnienia.

Obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo jak wymaga tego cel leczenia jednak nie dłużej niż 2 lata. W czasie wykonywania orzeczenia sąd może je zmienić w zależności od potrzeb. Postanowienie o zmianie orzeczenia wydaje sąd rodzinny na wniosek kuratora bądź zakładu leczącego. Zmiana może jednak dotyczyć wyłącznie rodzaju zakładu leczenia odwykowego.

2. Badaniem efektywności wykonania orzeczenia sądowego, przeprowadzonym w Instytucie Wymiaru Sprawiedliwości, były objęte, dobrane losowo, orzeczenia, które zostały wydane w pierwszej połowie 2006 r. i wykonane do końca pierwszej połowy 2008 r. Celowe wydaje się więc przedstawienie kluczowych informacji o orzeczeniach z tego roku.

² Por. szerzej na ten temat R. SCHMIDT, *Postępowanie sądowe o zobowiązanie osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu*, «Rodzina i Prawo» 2008, nr 7-8, s. 56-83 oraz powołaną tam literaturę.

W 2006 r. wykonywano 53 517 orzeczeń dotyczących obowiązku podjęcia leczenia odwykowego, z czego 29 794 orzeczeń (55,7%) dotyczyło leczenia w zakładzie niestacjonarnym oraz 23 723 (44,3%) – leczenia w zakładzie stacjonarnym.

Spośród wszystkich wykonywanych spraw, w 21 794 (41% ogółu spraw) orzeczono dodatkowo nadzór kuratora. 15 198 (70% nadzorów) prowadzonych było przez kuratorów społecznych.

Tylko od 2004 roku do 2007 nastąpił wzrost postępowań rozpoznawczych o 44%. Liczba postępowań wykonawczych wzrosła zaś o blisko 1/3. W tych latach średnio jedynie 40% uzależnionych udało się umieścić w ośrodku stacjonarnym. Są jednak okręgi (Ostrołęka, Kielce, Krosno), w których w pierwszej połowie 2007 roku jedynie co czwarty uczestnik trafił do zakładu leczniczego a w okręgach wrocławskim, bielsko-bialskim i radomskim – co piąty. Zdecydowanie najniższa efektywność cechuje okręg śląski, w którym jedynie 8% uczestników postępowania sądowego, skierowanych do zakładu stacjonarnego, zostało w nim umieszczonych.

Okres oczekiwania na przyjęcie do ośrodka trwa średnio 6,5 miesiąca³ (dane dla pierwszej połowy 2007 roku). W niektórych okręgach sądowych okres ten wynosi jednak blisko 16 miesięcy jak np. w Kielcach, czy nawet dochodzi do 19, jak np. w Łomży.

Odległe terminy leczenia często uniemożliwiają wykonanie orzeczenia, szczególnie gdy osoba uzależniona nie stawia się w ośrodku, bowiem na wyznaczenie kolejnego terminu może zabraknąć czasu z uwagi na dwuletni okres trwania obowiązku podjęcia leczenia.

3. Niniejszy komunikat przedstawia wybrane wyniki badania skuteczności wykonania orzeczeń sądów rodzinnych dotyczących obowiązku poddania się leczeniu osoby uzależnionej od alkoholu⁴. Badanie dotyczyło 460 akt wykonawczych w sprawach, w których prawomocne orzeczenie było wydane w pierwszej połowie 2006 r.

³ Dane odnoszą się do liczby spraw umorzonych lub podlegających umorzeniu w okresie 1 stycznia – 30 czerwca 2007 r.

⁴ Pełny tekst sprawozdania z badania zawiera tom 7 serii wydawniczej Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości „Prawo w Działaniu”.

II. WYKONANIE ORZECZEŃ O OBOWIĄZKU PODJĘCIA LECZENIA NIESTACJONARNEGO

1. Badanie objęło 269 akt sądowych, w których sąd wydał orzeczenie o zobowiązaniu uczestnika do podjęcia leczenia niestacjonarnego. W 121 sprawach (co stanowiło 45% wszystkich spraw) orzeczono również nadzór kuratora.

2. Jednostki prokuratury złożyły wnioski o zobowiązanie do leczenia w 1/3 tych spraw. Połowa z nich była konsekwencją prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie o popełnienie przestępstwa. Pozostałe sprawy były wszczęte na wniosek komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

3. W celu wykonania orzeczenia obowiązku leczenia w formie ambulatoryjnej sąd pisemnie zobowiązuje osobę uzależnioną do stawienia się w poradni uzależnień lub w innym ośrodku spełniającym w danej miejscowości rolę poradni odwykowej. W niektórych sprawach sąd wyznacza termin, do którego uczestnik musi zgłosić się do poradni aby rozpocząć leczenie, w innych – termin nie był określony. Rzadko sąd nakazywał policji doprowadzenie uczestnika do poradni, ponieważ podjęcie leczenia w tej formie wymaga systematycznego (na ogół dwukrotnego w tygodniu) uczęszczania na spotkania terapeutyczne. Trudno oczekiwać zatem, aby w przypadku unikania leczenia przez osobę uzależnioną policja za każdym razem dowoziła ją do poradni.

Sąd stosuje kontrolę w postaci zobowiązania uczestnika do przedstawienia zaświadczenia o podjętym leczeniu, kieruje pismo z zapytaniem o taką informację do poradni uzależnień, zarządza przeprowadzenie wywiadu środowiskowego bądź ustanawia nadzór kuratora.

4. Niektóre ustalenia poczynione w toku badania akt spraw, w których został orzeczony obowiązek leczenia w formie ambulatoryjnej były następujące:

- Orzeczenia zapadły wobec 27 kobiet (10% spraw) i 242 mężczyzn (90% spraw).
- Wiek uczestników w chwili wydania orzeczenia miał następującą strukturę: 10% uczestników miało do 30 lat (w tym jedynie niecałe 3% osób było w wieku do 25 lat), blisko 20% osób li-

czyło 30 do 40 lat, prawie 1/3 – to osoby w wieku 40 do 50 lat. Największą grupę stanowili uczestnicy w przedziale wiekowym 50-59 lat – ponad 36%. Osób powyżej „sześćdziesiątki” było już niewiele, jednak i tak więcej niż tych do 25 roku życia – 4,5%. Średni wiek wszystkich uczestników w badanych sprawach wynosił 44 lata. Taki sam wiek miał przeciętnie każdy mężczyzna (z uwagi na to, że mężczyźni stanowili 90% uczestników), kobieta zaś – o trzy lata więcej, tj. 47 lat.

- Blisko 20% osób było karanych⁵. Nieco ponad 30% osób deklarowało niekaralność. O pozostałych osobach nie było żadnych informacji w aktach.

Za wykonanie orzeczenia przyjęto stan faktyczny, w którym sąd umorzył postępowanie stwierdzając w uzasadnieniu, że „leczenie zostało podjęte” lub „orzeczenie zostało wykonane”.

Drugą sytuacją, świadczącą o wykonaniu orzeczenia jest informacja w aktach, że uczestnik zapisał się do poradni uzależnień bądź innego zakładu świadczącego takie świadczenia zdrowotne, uczęszczał systematycznie na terapię, a w chwili umorzenia postępowania (z reguły w chwili zakończenia dwuletniego okresu obowiązku podjęcia leczenia) zachowywał abstynencję. Nie miało znaczenia, w którym momencie postępowania wykonawczego, uczestnik podjął leczenie.

- Badanie wykazało, że jedynie co trzeci uczestnik podjął leczenie tzn. zapisał się w poradni uzależnień na terapię. Jednak tylko co dziesiąty wykonał orzeczenie tj. systematycznie uczestniczył w terapii, a w chwili umorzenia sprawy trwał w abstynencji.
- W 21,8% spraw osoby zobowiązane do leczenia podjęły terapię jednak była ona niesystematyczna. W 61% spraw osoby uzależnione w ogóle nie zapisały się na terapię.

⁵ Karalność uczestników ustalona była jedynie na podstawie informacji zawartych w aktach sądowych tj. na podstawie wywiadów środowiskowych przeprowadzanych przez kuratorów sądowych, protokołów posiedzeń lub dokumentacji dołączanej do wniosku składanego przez komisję rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuraturę.

- W blisko 1/4 spraw brakowało informacji o powodach niewykonania orzeczenia.

III. WYKONANIE ORZECZEŃ O OBOWIĄZKU PODJĘCIA LECZENIA STACJONARNEGO

1. Badanie dotyczące wykonania obowiązku leczenia stacjonarnego objęło 191 spraw. W 52 sprawach (co stanowiło nieco ponad 1/4 wszystkich spraw) orzeczono dodatkowo nadzór kuratora.

2. Jednostki prokuratury złożyły wnioski o zobowiązanie do leczenia w 1/3 spraw przy czym niespełna połowa z nich (45%) była konsekwencją prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie o popełnienie przestępstwa. Pozostałe wnioski (2/3 spraw) złożone były przez komisje rozwiązywania problemów alkoholowych.

3. W przypadku leczenia w formie stacjonarnej sąd w pierwszej kolejności występował do ośrodka leczenia uzależnień o wskazanie terminu, w którym uczestnik ma stawić się na leczenie. Termin rozpoczęcia leczenia uzależniony jest od posiadania przez ośrodek wolnych miejsc oraz od tego, kiedy zakończy się trwająca właśnie terapia. Nowy pacjent nie może dołączyć bowiem do już rozpoczętej terapii. Jeżeli leczenie ma być skuteczne musi on brać udział we wszystkich jej elementach czy etapach.

Ustawa wskazuje, że w pierwszej kolejności sąd wzywa uczestnika do stawienia się w wyznaczonym terminie w ośrodku leczniczym a dopiero wtedy, kiedy uczestnik uchyla się od wykonania obowiązku, sąd zarządza przymusowe doprowadzenie przez policję.

4. Badanie dotyczące wykonywania orzeczenia zobowiązującego osobę uzależnioną od alkoholu do leczenia w zakładzie stacjonarnym wykazało, między innymi, co następuje:

- Orzeczenia zapadły wobec 27 kobiet (14% spraw) i 164 mężczyzn (86% spraw).
- Wiek uczestników w chwili wydania orzeczenia miał następującą strukturę: 14% uczestników miało do 30 lat (w tym 5% osób było w wieku do 25 lat), blisko 20% to osoby w wieku 30 do 40 lat, nieco ponad 1/3 stanowiły osoby w wieku 40 do 50 lat i nie-

całe 30% – powyżej 50 lat (w tym 2% osób w wieku 60 i więcej lat). Średnia wieku wszystkich uczestników w badanych sprawach wyniosła 43 lata a zatem była o rok niższa niż w przypadku orzeczeń obowiązku leczenia ambulatoryjnego. Mężczyźni mieli średnio 45 lat, kobiety zaś zdecydowanie mniej – 36.

- 26% osób było karanych. (To o 6 punktów procentowych więcej niż analogiczny odsetek wśród osób skierowanych na leczenie niestacjonarne). Blisko 42% osób deklarowało niekaralność. W stosunku do pozostałych 22% uzależnionych brakowało jakichkolwiek informacji na ten temat.
- W zbadanych sprawach dwuletni okres orzeczonego obowiązku podjęcia leczenia wystarczył na co najwyżej 3 próby wykonania postanowienia. W niektórych sprawach jednak nawet te trzy próby były nieskuteczne, w innych zaś już po pierwszym terminie brakowało czasu na wyznaczenie kolejnego.
- W ponad połowie spraw (54%) udało się umieścić uczestnika w zakładzie leczniczym w celu podjęcia leczenia. Na 101 uczestników, którzy zgłosili się sami na leczenie lub zostali dowiezieni przez policję jedynie 52 (51%) w pełni wykonało postanowienie sądu. Stanowią oni zatem 28% ogółu badanych.
- Pozostałe 49 osób, które fizycznie były w ośrodku, nie ukończyły tego etapu terapii. Ich pobyt w zakładzie leczenia stacjonarnego wynosił średnio 7 dni. Blisko połowa z tej grupy uzależnionych od alkoholu samowolnie opuściła zakład leczniczy w dniu dowiezienia przez policję, a kolejne 7 osób nie wytrzymało dłużej niż 4 dni.
- 35% tych, którzy ukończyli podstawowy (pierwszy) etap terapii, w ciągu najbliższych tygodni po opuszczeniu zakładu ponownie wrócili do nałogu (19 z 52 uczestników).
- Blisko 3/4 osób zobowiązanych do podjęcia leczenia w zakładzie odwykowym stacjonarnym (136 ze 188 badanych⁶) nie wy-

⁶ Spośród 191 badanych spraw, w trzech z nich, akta zawierały jedynie dokumentację

konało orzeczenia. Co czwarty uczestnik (49 osób – 26%) został umieszczony w zakładzie jednak samowolnie go opuścił przed zakończeniem terapii.

- Spośród 44 osób, które dobrowolnie zgłosiły się do zakładu leczniczego, 2/3 zakończyło pomyślnie pierwszy etap terapii. Osoby dowiozione przez policję zakończyły leczenie jedynie w 40%.

IV. WNIOSKI

Przeprowadzone badania wykazały bardzo niską skuteczność wykonania rozpatrywanych orzeczeń sądowych. Niepokojąca jest jednak nie tylko nieskuteczność wykonania orzeczenia ale brak możliwości usprawnienia jego egzekucji. Wprowadzenie bezwzględnego przymusu zbliżyłoby orzekany środek do formy kary a nie można przecież karać za chorobę, za którą uznany jest alkoholizm⁷.

Jak dotąd jedyną metodą, która może pomóc osobie uzależnionej w utrzymaniu abstynencji jest terapia⁸. Podstawą jej skuteczności jest współpraca pacjenta z terapeutą. O ile można byłoby zwiększyć skuteczność fizycznego umieszczenia osoby uzależnionej w zakładzie leczniczym o tyle zmuszenie do współpracy nie jest możliwe. Przymus taki rodzi zresztą efekt odwrotny tzn. opór przez działaniami, które są podejmowane wbrew woli pacjenta⁹.

Okazuje się, zatem że przymus leczenia oraz potrzeba współpracy w związku z prowadzoną terapią wzajemnie się wy-

z postępowania rozpoznawczego dlatego też analiza postępowania wykonawczego przeprowadzona była na 188 sprawach.

⁷ B. WORONOWICZ, *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa 2005.

⁸ M. BĘŁZA, *Alkoholizm – wybrane sposoby pomagania wychodzenia z nalogu*, «Psychologia i rzeczywistość» 2004 nr 1.

⁹ B. TRYJARSKA, „Podstawowe zasady etyczne w psychoterapii, [w:] *Praktyka psychologiczna w świetle standardów etycznych*, red.: J. BRZEZIŃSKI, M. TOEPLITZ-WINIEWSKA, Warszawa 2004, s. 88.

kluczają. Większy nacisk powinien być położony na motywację do podjęcia leczenia.

Analiza możliwości prawnych podejmowania działań budujących motywację wymaga odrębnego rozpatrywania dwóch różnych grup osób uzależnionych. Do pierwszej z nich należą osoby, które popełniły przestępstwo mające jakikolwiek związek z alkoholem, do drugiej zaś osoby, które są uciążliwe społecznie ale nie popełniają przestępstw.

Obecne uregulowania wymagają uzyskania zgody skazanego na nałożenie obowiązku leczenia¹⁰. W żadnym razie obowiązek leczenia nie może mieć formy kary. Rozwiązaniem tej sytuacji mogłoby być wpisanie leczenia odwykowego do środków probacji jako dobrowolny wybór skazanego pomiędzy karą bezwzględnego pozbawienia wolności a warunkowym zawieszeniem kary pozbawienia wolności z obowiązkiem podjęcia leczenia. Znaczenie terminu „podjęcie leczenia” może być kontrowersyjne w związku, z czym właściwsze byłoby sformułowanie „uzyskanie zaświadczenia o odbyciu leczenia w formie i wymiarze ogólnie przyjętym jako najbardziej skuteczne zgodnie z obecną wiedzą medyczną”.

W sytuacji, w której skazany wybrałby alternatywny środek probacyjny, miałby obowiązek podjęcia leczenia. Niewykonanie go niosłoby wtedy zagrożenie wykonania kary pozbawienia wolności.

Środki finansowe, które przeznaczane są na procedurę związaną z orzeczeniem obowiązku leczenia na podstawie ustawy, mogłyby być wykorzystane na zapewnienie wykonania nowych orzeczeń oraz na inne cele związane z działaniami na rzecz motywowania osób uzależnionych, które nie popełniają przestępstw, ale są społecznie uciążliwe.

Biorąc pod uwagę niniejsze badania, zauważyć można różnicę pomiędzy liczbą uzależnionych kończących terapię w zakładzie stacjonarnym, którzy dobrowolnie stawili się w zakładzie oraz tych, którzy zostali dowiezieni przez policję. Różnica w odsetkach jest znaczna

¹⁰ Art. 74 §1 w zw. z art. 72 §1 k.k.

(66 do 40%). Pomimo, że wszyscy skierowani zostali przez sąd, to zdecydowanie większą motywację (w postaci chociażby lęku przed konsekwencjami niewykonania orzeczenia) do leczenia mieli ci, którzy dobrowolnie stawili się w wyznaczonym terminie.

Wynika z tego wniosek, że należałoby przenieść środek ciężkości podejmowanych działań na programy skoncentrowane na motywację i uświadamianie społecznych i medycznych konsekwencji nadużywania alkoholu.

Programy te powinny integrować działania służb takich jak pomoc społeczna, komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, policja, prokuratura. Ważnym elementem tego mechanizmu byłaby policja, która na wniosek innych służb użyteczności publicznej miałaby obowiązek przeprowadzić wywiad środowiskowy oraz wszcząć procedurę niebieskiej karty, gdyby zachodziła taka potrzeba.

Konsekwencją niebieskiej karty byłby dokładniejszy nadzór policji nad rodziną i w razie konieczności wystąpienie do Prokuratury z doniesieniem o przestępstwie, (przede wszystkim o przestępstwie znęcania się nad osobą najbliższą bądź to w formie psychicznej bądź fizycznej), jeżeli znamiona czynu w ten sposób by go kwalifikowały.

Ewentualne zmiany spowodowałyby również potrzebę wzmocnienia roli zeznań osób nie należących do rodziny podejrzanego, dokumentacji z prowadzenia niebieskiej karty oraz dokumentacji z już podjętych działań jako dowodów w sprawie.

W sytuacji, kiedy osoba uzależniona nie popełniłaby przestępstwa, jej chorobą zająć się powinna jednostka samorządu terytorialnego bądź poradnia uzależnień. Niewątpliwie podkreślić należy, że osoby uzależnione często nie widzą swojego problemu i nie chcą współpracować z terapeutą, nie chcą też przyjść z własnej woli do poradni. Dlatego powinien być powołany terapeuta z prawem prowadzenia pracy środowiskowej. Jego działania skupiłyby się na motywacji rodziny osoby uzależnionej do wzięcia udziału w podejmowanych działaniach oraz samego chorego do podjęcia leczenia.

Tym samym wzmożona byłaby pomoc uzależnionemu w jego środowisku lokalnym, co miałoby jeszcze jedną pozytywną funkcję. Zapewniony byłby system ochrony dla osób współuzależnionych, które otrzymywałyby wsparcie już w domu lub najbliższej okolicy a nie w sądzie czy poradni uzależnień oddalonych czasami o dziesiątki kilometrów od miejsca zamieszkania.

Etap pracy środowiskowej połączony z rzetelnie prowadzoną niebieską kartą (zakładaną nie tylko na wniosek osób najbliższych, ale również na wniosek pracownika socjalnego) mógłby być wykorzystany do wstępnej weryfikacji efektów podejmowanych działań oraz obserwacji czy zachowanie osoby uzależnionej nie wyczerpuje znamion czynu niezgodnego z prawem.