

Monika Horna-Cieślak*

Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

1. WPROWADZENIE

Alkoholizm stanowi istotny problem polityki społecznej w Polsce. Uznawany jest za zjawisko patologicznie, wysoce szkodliwe oraz będące źródłem wielu strat społecznych i ekonomicznych. Eksperti szacują, że koszty społeczne i ekonomiczne mające swoje źródło w nadużywaniu oraz uzależnieniu od alkoholu mogą sięgać ok. 40 mld złotych rocznie¹. Specjaliści podają także, że w Polsce ok. 3 mln osób nadużywa alkoholu, a ok. 600–740 tys. jest od niego uzależnionych².

Prowadzone badania wskazują na korelację występującą między szkodliwą konsumpcją alkoholu a m.in. ryzykiem wystąpienia wielu poważnych chorób, bezrobociem, niższym statusem socjoekonomicznymi, wypadkami, przemocą, przestępczością oraz destabilizacją życia rodzinnego³.

Straty wynikające ze szkodliwego spożywania alkoholu są ogromne. Organizacje, instytucje, służby krajowe jak i międzynarodowe mając świadomość wagi tego zjawiska, podejmują szereg działań mających na celu rozwiązanie problemu alkoholowego poprzez poszukiwanie i stosowanie metod profilaktycznych oraz leczniczych.

W Polsce jednym z instrumentów polityki państwa w tym obszarze jest obowiązująca od 1983 r. procedura sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu uregulowana w ustawie z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁴.

Ustawa przewiduje możliwość sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego w sytuacji, gdy osoba nadużywająca alkohol (przesłanka

* Autorka jest adwokatem.

¹ M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Grylewicz, M. Gałązka-Sobotka (red.), *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce*, Warszawa 2013, s. 53.

² J. Moskalewicz, A. Klejna, B. Wojtyniak, *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*, Warszawa 2012, s. 67.

³ Minister Zdrowia, *Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 r.*, s. 25, <https://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/informacje-i-sprawozda/4632,informacje.html> (dostęp: 15.05.2017 r.).

⁴ Dz.U. z 2016 r. poz. 487 ze zm. – dalej u.w.t.p.a.

medyczna) powoduje rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchyla się od pracy albo systematycznie zakłóca spokój lub porządek publiczny (prześlanka społeczna). Nałożony przez sąd obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia. Orzekając o obowiązku poddania się leczeniu, sąd może ustanowić na czas trwania tego obowiązku nadzór kuratora sądowego. Procedura leczenia odwykowego składa się więc z postępowania rozpoznawczego (sąd rozstrzyga o potrzebie zobowiązania osoby uzależnionej do podjęcia leczenia) oraz postępowania wykonawczego (służy zrealizowaniu obowiązku nałożonego przez sąd).

Konstrukcja prawna sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu opiera się na zasadzie ograniczenia dobrowolności leczenia⁵.

Z jednej strony, na podstawie przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, władza publiczna ingeruje w sposób życia osoby uzależnionej od alkoholu, zobowiązując ją do określonego postępowania – poddania się leczeniu. Dodatkowo, w trakcie trwania postępowania rozpoznawczego, osoba uzależniona może być, wbrew swojej woli, doprowadzona przez organ policji na badanie prowadzone przez biegłych, na rozprawę w sądzie, a na etapie postępowania wykonawczego także do placówki leczenia w celu podjęcia kuracji. Ustawa nakłada zatem wobec jednostki bardzo istotne ograniczenia w zakresie praw osobistych, takich jak zdrowie, wolność, godność. Prawa te⁶ chronione są przez art. 30 i 31 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r.⁷ oraz art. 10 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności⁸.

Z drugiej strony, jeżeli osoba uzależniona doprowadzona przez organ policji do zakładu leczenia nie zgadza się na kurację, to zakład leczenia nie ma prawa zastosowania wobec niej żadnej formy przymusu leczenia. Osoby tam pracujące mogą jedynie motywować osobę uzależnioną do podjęcia leczenia, powiadomić sąd o odmowie poddania się kuracji oraz pozwolić jej, w przypadku leczenia stacjonarnego, na opuszczenie zakładu leczenia po uzyskaniu zezwolenia kierownika placówki⁹.

Sądowy obowiązek leczenia nie uchybia więc, co do zasady (wyrażonej w ustawie z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁰ oraz w ustawie z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹¹), generalnej regule uzyskiwania zgody pacjenta na przeprowadzenie badań lub innych świadczeń zdrowotnych¹². Orzeczenie sądu zobowiązujące do poddania się leczeniu nie zastępuje zgody osoby uzależnionej na leczenie. Przez cały czas trwania sądowego obowiązku leczenia sąd stosuje przewidziany prawem przymus doprowadzania osoby uzależnionej do zakładu leczenia, jeśli jednak osoba ta nie wyrazi zgody na kurację, wówczas

⁵ Obserwatorium Instytutu Łukasiewicza, *Czy alkoholika można zmuszać do leczenia?* <http://alkoholipapierosy.pl/czy-alkoholika-mozna-zmuszac-do-leczenia> (dostęp: 16.05.2017 r.).

⁶ Np. postanowienie Sądu Najwyższego (SN) z 9.11.2007 r., V CSK 241/07, LEX nr 361289; uchwała SN z 26.03.1986 r., III CZP 72/85, LEX nr 3203.

⁷ Dz.U. poz. 483 ze zm.

⁸ Dz.U. z 1993 r. poz. 284 ze zm.

⁹ T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2012, s. 116.

¹⁰ Dz.U. z 2017 r. poz. 1318.

¹¹ Dz.U. z 2017 r. poz. 125 ze zm.

¹² *Prawa pacjenta w placówkach Leczenia uzależnienia od alkoholu*, Świat Problemów, <http://www.swiatproblemow.pl/prawa-pacjenta-w-placowkach-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu> (dostęp: 16.05.2017 r.).

postanowienie sądu nie zostanie wykonane. Ustawodawca nie przewidział wobec osoby uzależnionej żadnych sankcji za niezrealizowanie obowiązku leczenia.

W literaturze przedmiotu¹³ podkreśla się, że obowiązek poddania się leczeniu nie ma charakteru przymusu prawnego, a ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie przewiduje żadnych prawnych ani organizacyjnych możliwości „zatrzymania pacjenta w placówce wbrew jego woli, a tym bardziej zmuszenia go do aktywnego uczestnictwa w programie psychoterapii uzależnienia, którego efektywność zależy od motywacji i zaangażowania oraz osobistych decyzji pacjentów”¹⁴.

Problematyka sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu z powodu wątpliwości co do efektywności i skuteczności jej funkcjonowania, a także skali zastosowania wobec licznej grupy obywateli, od wielu lat stanowi przedmiot zainteresowania: Rzecznika Praw Obywatelskich¹⁵, Rzecznika Praw Dziecka¹⁶, Trybunału Konstytucyjnego (TK)¹⁷, interpelacji poselskich¹⁸, badań naukowych¹⁹, kontroli Najwyższej Izby Kontroli²⁰ oraz prac legislacyjnych²¹.

Niniejszy artykuł stanowi kontynuację podjętych już analiz. Praca porusza problematykę postępowania wykonawczego, ale także zagadnienia związane z postępowaniem rozpoznawczym, postępowaniem o zmianę orzeczenia o obowiązku leczenia odwykowego oraz podejmuje próbę oceny sytuacji osoby uzależnionej na końcowym etapie trwania obowiązku leczenia. Realizacji powyższych celów ma służyć prezentacja wyników badań przeprowadzonych w Instytucie Wymiaru Sprawiedliwości w pierwszej połowie 2017 r.²², dotyczących orzekania oraz wykonywania obowiązku leczenia odwykowego.

¹³ Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich prof. Ireny Lipowicz skierowane do Ministra Zdrowia Bartosza Arlukowicza z 23.08.2013 r., RPO-667951-V/IIGM, s. 2, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2011/02/667951/1747559.pdf> (dostęp: 16.05.2017 r.); Obserwatorium Instytutu Łukasiewicza, *Czy alkoholika...; Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Rozwiązywanie problemów alkoholowych w gminie. Informator dla radnych*, Warszawa 2015, s. 7.

¹⁴ Minister Zdrowia, *Sprawozdanie...*, s. 35–36.

¹⁵ Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich prof. Ireny Lipowicz skierowane do Ministra Zdrowia Bartosza Arlukowicza z 23.08.2013 r., RPO-667951-V/IIGM, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2011/02/667951/1747559.pdf> (dostęp: 16.05.2017 r.).

¹⁶ Pismo Rzecznika Praw Dziecka Marka Michalaka do Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła z 23.03.2016 r., ZSR.422.11.2016.MK, <http://brpd.gov.pl/aktualnosci-wystapienia-generalne/pija-bija-leczenia-unikaja> oraz Pismo Rzecznika Praw Dziecka Marka Michalaka do Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła z 17.10.2016 r., ZSR.422.11.2016.MK, <http://brpd.gov.pl/aktualnosci-wystapienia-generalne/opieszalosc-leczenia-uzaleznienniebezpieczna-dla-dzieci> (dostęp: 16.05.2017 r.).

¹⁷ Wyrok TK z 4.07.2006 r., K 43/05, OTK-A 2006/7, poz. 78, Legalis nr 75246 oraz wyrok TK z 8.11.2001 r., P 6/01, LEX nr 50247.

¹⁸ Np. Interpelacja Adama Oldakowskiego do Ministra Zdrowia z 16.01.2017 r., nr 9366, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=4072FF74&view=1> (dostęp: 16.05.2017 r.); interpelacja Anny Nemś do Ministra Zdrowia z 1.12.2016 r., nr 8289, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=04A6AE35&view=1> (dostęp: 16.05.2017 r.).

¹⁹ R. Kulma, *Efektywność wykonania orzeczeń sądowych o obowiązku podjęcia leczenia odwykowego*, „Prawo w Działaniu” 2010/7, s. 255–291. Wyniki analizy przedstawiono w dalszej części niniejszej pracy.

²⁰ Raport Najwyższej Izby Kontroli pt. *Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe*, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10928,vp,13273.pdf> (dostęp: 16.05.2017 r.). Wyniki analizy przedstawiono w dalszej części pracy.

²¹ Ministerstwo Zdrowia w 2009 r. przygotowało projekt ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Projekt ustawy był rezultatem prac wypracowanych w ramach działającego w 2008 r. Zespołu do spraw Poprawy Skuteczności Wykonania Orzeczeń Sądowych przy Ministrze Sprawiedliwości, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pustawy_parpa_07102009.pdf (dostęp: 16.05.2017 r.).

²² Pełny tekst raportu jest dostępny na stronie internetowej Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, <https://www.iws.org.pl/analizy-i-raporty/raporty> (dostęp: 17.05.2017 r.).

2. WYNIKI BADAŃ DOTYCZĄCYCH ORZEKANIA ORAZ WYKONYWANIA OBOWIĄZKU LECZENIA ODWYKOWEGO

2.1. Obraz statystyczny oraz metodologia badawcza

Liczba spraw dotycząca zastosowania obowiązku leczenia odwykowego na przestrzeni lat wynosiła:

Tabela 1 Liczba spraw dotycząca zastosowanie obowiązku leczenia odwykowego w latach 2010–2016						
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
40 137	38 271	41 685	37 596	36 194	32 955	32 413

Źródło: Sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych z zakresu spraw cywilnych z wyłączeniem spraw nieletnich za lata 2010–2015 oraz sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych i nieletnich za rok 2016.

Zaprezentowane w tabeli 1 dane statystyczne wskazują, że liczba postępowań o zastosowanie leczenia odwykowego charakteryzuje się tendencją malejącą, jednakże w skali całego kraju liczba ww. postępowań jest bardzo wysoka.

Dla porównania, w 2016 r.²³ wyższą liczbę postępowań w sprawach rodzinnych można odnotować jedynie w sprawach o zezwolenie na dokonanie czynności przekraczającej zakres zwykłego zarządu majątkiem dziecka (art. 101 § 3 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego²⁴) – 63 215 spraw; orzeczenie alimentów – 54 853 spraw; pozbawienie, ograniczenie władzy rodzicielskiej – 39 954 spraw, zmianę orzeczenia w zakresie alimentów – 35 505 spraw.

Odnosząc się do powyższych danych, należy wskazać, że liczba postępowań dotyczących wykonania obowiązku leczenia odwykowego (wykaz Alk) wynosiła:

Tabela 2 Liczba postępowań wykonawczych wobec osób, co do których orzeczono obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu w latach 2010–2016						
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
61 020	56 200	54 958	55 143	51 273	49 240	44 193

Źródło: Sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych z zakresu spraw cywilnych z wyłączeniem spraw nieletnich za lata 2010–2015 oraz sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych i nieletnich za rok 2016.

Mając na uwadze powyższe ustalenia i niemożność objęcia badaniem wszystkich spraw ze względu na ich dużą liczebność, próba badawcza została przeprowadzona w drodze losowania, w wyniku którego wybrano 22 sądy rejonowe z całej Polski²⁵. Z takiej wylosowanej próby sądów zastosowano proporcjonalny dobór liczby spraw – dla próby 221 spraw.

²³ Sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych i nieletnich za rok 2016.

²⁴ Ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2017 r. poz. 682).

²⁵ Badaniem objęto sprawy prowadzone przez sądy rejonowe w: Bytomiu, Dzierżoniowie, Garwolinie, Gdańsk-Południe w Gdańsku, Grajewie, Iławie, Jasle, Koninie, Lesznie, Łukowie, Nowej Soli, Olecku, Opocznie, Ostrołęce, Przemyślu, Przeworsku, Siedlcach, Sochaczewie, Tarnowskich Górach, Tczewie, Węgrowie, Wołominie.

Głównym celem badawczym było poznanie praktyki orzekania i wykonywania obowiązku leczenia odwykowego na próbie spraw najnowszych oraz już zakończonych. Analiza akt miała być prowadzone w pierwszym półroczu 2017 r. W kontekście powyższych wytycznych, zwrócono się do ww. sądów o nadesłanie wskazanej liczby akt spraw, w których prawomocnie orzeczono o zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu i w których to ww. obowiązek ustał w 2016 r. Sądy poproszone zostały o przesłanie zarówno akt postępowania rozpoznawczego oznaczonych symbolem 228, jak i akt postępowania wykonawczego tych spraw. Z powodu niespełnienia założeń badawczych (np. z powodu przesłania przez sąd akt spraw karnych, w których skazany był zobowiązany do podjęcia leczenia odwykowego na podstawie przepisów ustawy z 6.06.1997 r. – Kodeks karny²⁶ lub ustania obowiązku leczenia w okresie odmiennym od założonego) do badania zakwalifikowano 202 sprawy.

Badania akt dokonała autorka niniejszego artykułu na podstawie przygotowanego przez siebie narzędzia badawczego w postaci kwestionariusza badań akt sądowych.

2.2. Charakterystyka osób, których dotyczyło postępowanie rozpoznawcze oraz wykonawcze²⁷

2.2.1. Płeć i wiek

Zdecydowana liczba spraw dotyczyła orzeczenia i wykonania obowiązku leczenia odwykowego mężczyzn. Ustalono, że 179 postępowań (88,6%) toczyło się wobec nich, a zaledwie 23 postępowania (11,4%) toczyło się wobec kobiet.

Tabela 3 Wiek osób w chwili wydania orzeczenia o obowiązku leczenia				
Wiek w latach	Mężczyźni		Kobiety	
	l. bezwzgl.	procenty	l. bezwzgl.	procenty
do 20 lat	0	0	1	4,3
21 do 30 lat	23	12,9	2	8,7
31 do 40 lat	41	23	7	30,5
41 do 50 lat	47	26,4	6	26,1
51 do 60 lat	46	25,8	6	26,1
61 do 70 lat	17	9,6	1	4,3
71 lat i więcej	4	2,2	0	0
Brak danych	1	0,1	0	0
Ogółem	179	100	23	100

Źródło: opracowanie własne.

Ustalenie wieku osób w dniu wydania orzeczenia o obowiązku leczenia odwykowego było możliwe we wszystkich sprawach dotyczących kobiet. Wiek mężczyzn,

²⁶ Dz.U. z 2017 r. poz. 2204 ze zm.

²⁷ Charakterystyka osób oparta została na analizie danych dostępnych w chwili wydania postanowienia o ustanowieniu obowiązku leczenia.

z powodu braku danych, nie zdołano określić w jednej sprawie. Najmłodsza kobieta miała 18 lat, najstarsza 64, zaś średnia wieku kobiet wynosiła 43,6 lat. Najwięcej kobiet (30,5%) było z przedziału wiekowego 31–40 lat. Najmłodszy mężczyzna miał 21, najstarszy 76 lat, a średnia wieku mężczyzn wynosiła 45,9 lat. Mężczyźni najczęściej mieli 41–50 lat (26,4%), przy czym bardzo wysoki odsetek mężczyzn znajdował się także w przedziale wiekowym 51–60 lat (25,8%).

Średnia wieku wszystkich osób w chwili wydania postanowienia o obowiązku leczenia odwykowego wynosiła 45,7 lat. Uzyskane wyniki wskazują, że postępowanie nie dotyczy osób bardzo młodych czy też starszych, lecz osób znajdujących się w przedziale wiekowym 31–60 lat.

2.2.2. Stan cywilny, sytuacja rodzinna oraz stan zdrowia

Informacje o stanie cywilnym znajdowały się we wszystkich 202 sprawach. Pytanie w tym przedmiocie miało charakter wielokrotnego wyboru, więc uzyskana suma odpowiedzi jest wyższa od liczby przebadanych akt sądowych. W związku z tym np. dana osoba mogła jednocześnie przeżyć śmierć małżonka/małżonki i jednocześnie pozostawać w kolejnym związku małżeńskim. Badane akta dostarczyły informacji, że 104 osoby pozostawały w związku małżeńskim, wobec 36 osób orzeczono rozwód, a wobec 1 osoby – separację. 52 osoby były stanu wolnego (kawaler/panna), 4 osoby doświadczyły śmierci małżonka/małżonki, 25 osób pozostawało w związku konkubenckim, a 13 osób pozostawało w separacji nieformalnej. Przeprowadzone badania wskazują, że znacząca liczba osób nie była osobami samotnymi.

Sytuacja mieszkaniowa osoby, wobec której zastosowano obowiązek leczenia odwykowego, była także analizowana poprzez odpowiedź na pytanie wielokrotnego wyboru. W aktach sądowych w jednej z 202 spraw nie znaleziono odpowiedzi na pytanie, z kim zamieszkiwała osoba uzależniona od alkoholu. Wyniki badania wskazały, że 1 osoba była bezdomna, 10 osób zamieszkiwało samotnie, 80 osób mieszkało z rodzicami/jednym z rodziców. 113 osób prowadziło wspólne gospodarstwo domowe z mężem/zoną/partnerem/partnerką. 108 osób mieszkało z dziećmi, w tym 57 z małoletnimi, a 51 z pełnoletnimi. 33 osoby miały wspólnie miejsce zamieszkania z własnym rodzeństwem, a 34 osoby mieszkały z innymi osobami, w tym np. z innymi krewnymi, byłymi małżonkami. Jak się wydaje, określenie sytuacji mieszkaniowej osoby uzależnionej od alkoholu ma istotne znaczenie w zakresie procesu terapeutycznego, uwidocznia skalę osób współuzależnionych, a także świadczy o poziomie usamodzielnienia danej osoby. Z powyższego wynika też, że uczestnicy postępowania w przeważającej większości spraw zamieszkiwali wspólnie z innymi osobami.

Badając sytuację osobistą osób uzależnionych od alkoholu, szczególnie nacisk zwrócono również na dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym. 202 osoby objęte badaniem posiadały: w 55 przypadkach (27,2%) wyłącznie dzieci małoletnie, w 54 przypadkach (26,7%) wyłącznie dzieci pełnoletnie, a w 31 przypadkach (15,3%) zarówno przynajmniej jedno dziecko małoletnie, jak i przynajmniej jedno dziecko pełnoletnie. W 49 przypadkach (24,3%) osoba uzależniona nie posiadała dzieci, a w 13 przypadkach (6,4%) ww. informacje nie wynikały z akt.

Co szczególnie interesujące, z akt sądowych aż w przypadku 51 osób uzależnionych od alkoholu nie wynikało, w jaki sposób została uregulowana ich władza rodzicielska. Natomiast zaobserwowana ingerencja sądów w sposób wykonywania władzy rodzicielskiej polegała na ustanowieniu nadzoru kuratora sądowego (19 osób – 9,4% badanych osób), umieszczeniu małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo instytucjonalnej pieczy zastępczej (10 osób – 5% badanych osób), pozbawieniu władzy rodzicielskiej (1 osoba – 0,5% badanych osób). Pełna władza rodzicielska przysługiwała 7 osobom (3,5% badanych osób).

Brak zainteresowania sądów sprawowaną władzą rodzicielską, a także niski odsetek spraw, w których doszło do ingerencji w jej zakresie jest niepokojący, gdyż zachowanie osób uzależnionych od alkoholu w sposób szczególnie zagraża dobru dziecka. Dodatkowo, zainteresowanie się przez sąd sytuacją rodzinną mogłoby stanowić kolejny bodziec motywujący osoby uzależnione od alkoholu do zmiany dotychczasowego trybu życia.

Sytuację zdrowotną ustalono wobec 186 osób uzależnionych od alkoholu. Wobec pozostałych 16 osób (7,9%), w aktach postępowań, nie znaleziono informacji na ten temat. 93 osoby uzależnione od alkoholu (46%) deklarowały, że nie mają problemów zdrowotnych. Natomiast kolejne 73 osoby (36,1%) przyznawały, że cierpią wyłącznie na choroby zdrowia fizycznego, a 6 osób (3%) wyłącznie zdrowia psychicznego. Natomiast 14 osób (7%) wskazywało, że cierpi zarówno na choroby zdrowia fizycznego, jak i na choroby zdrowia psychicznego. Co szczególnie istotne – osoby, które deklarowały problemy zdrowotne – wskazywały na poważne schorzenia, takie jak np. choroba nowotworowa, zanik mózdzku, marskość wątroby, epilepsja.

2.2.3. Wykształcenie, źródło utrzymania, sytuacja ekonomiczna

Wykształcenie podstawowe (40 mężczyzn – 22,3%, 7 kobiet – 30,4%) oraz zasadnicze zawodowe (91 mężczyzn – 50,8%, 8 kobiet – 34,8%) zaobserwowano częściej niż wykształcenie wyższe, średnie czy też licencjackie/inżynierskie (łącznie studia lub szkołę średnią ukończyło 28 mężczyzn – 15,7%, 5 kobiet – 21,7%). Żadna kobieta nie ukończyła studiów wyższych. Co szczególnie ważne, odsetek mężczyzn o wykształceniu niższym niż średnie wynosił łącznie 80,3%, kobiet odpowiednio – 69,5%. Przeprowadzone badania prowadzą do wniosku, że procedura sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu dotyczy osób o niższym wykształceniu.

Dokonana analiza prowadzi do wniosku²⁸, że stabilne zatrudnienie w postaci umowy o pracę, stałej umowy zlecenia bądź o dzieło posiada 0% kobiet oraz jedynie 10,6% mężczyzn. Osoby, wobec których orzekany jest obowiązek leczenia odwykowego, charakteryzują się niską przedsiębiorczością – jedynie 9% mężczyzn posiada własną działalność gospodarczą/własne lub wspólne gospodarstwo rolne, przy czym żadna kobieta takiej działalności nie prowadziła.

Mężczyźni podejmują się przede wszystkim prac dorywczych (48,6%), które jak wynika z analizy akt, polegały na pracach budowlanych, sezonowych pracach

²⁸ Pytanie w przedmiocie źródła utrzymania osób zobowiązanych do poddania się leczeniu odwykowemu miało charakter wielokrotnego wyboru.

ogrodniczych, zbieraniu surowców wtórnych. Wysoki odsetek mężczyzn (36,3%) nie podejmuje się żadnych prac oraz korzysta ze wsparcia osób najbliższych (35,2%). Podobnie prezentuje się sytuacja kobiet. Kobiety bardzo często nie podejmowały się pracy (73,9%) lub pozostawały na utrzymaniu osoby bliskiej (60,9%). Zwraca uwagę, że osoby uzależnione od alkoholu cechują się niskim zaangażowaniem zawodowym.

Sytuację materialną osoby uzależnionej od alkoholu i jej rodziny określono wyłącznie na podstawie możliwości zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych. Dokonane ustalenia charakteryzują się więc pewnym uproszczeniem oraz subiektywnością, wynikającą z ograniczonej liczby informacji zawartych w aktach sądowych. Wobec 53 rodzin (26,2%) autorce artykułu trudno było ocenić ich sytuację ekonomiczną. W pozostałych przypadkach dominowały rodziny o sytuacji materialnej określanej jako bardzo trudna/trudna – 79 rodzin (39,1%). Sytuację materialną definiowaną jako przeciętną scharakteryzowano w 25 rodzinach (12,4%), a dobrą/bardzo dobrą w 45 (22,3%).

2.2.4. Spożycie alkoholu, zachowanie po jego konsumpcji, uprzednia karalność

W sposób wysoko niepokojący prezentują się dane uzyskane z analizy akt pod względem zachowania osób po spożyciu alkoholu. Jedynie 29 osób (14,4%) objętych postępowaniem po spożyciu alkoholu zachowuje się w sposób spokojny. Natomiast 170 osób (84%) prezentuje zachowania agresywne. W pozostałych przypadkach informacja ta nie wynikała z akt (3 osoby – 1,6%).

Co szczególnie ważne i wymagające wyraźnego podkreślenia, akta spraw zawierały materiały świadczące o stosowaniu poważnych form przemocy polegających na m.in. groźeniu zabiciem, w tym nożem, wyrzucaniu z domu, popychaniu, szarpaniu, wyzywaniu, poniżaniu, kopaniu, biciu.

Przemoc była stosowana²⁹: przez 48,5% osób wobec małżonka/partnerki; przez 24,8% osób w wobec rodzica/rodziców; przez 15,3% osób wobec małoletnich dzieci; przez 12,4% osób wobec pełnoletnich dzieci; przez 11,5% osób wobec pozostałych krewnych; w odniesieniu do 9,4% osób nie udało się ustalić, wobec kogo z osób bliskich uczestnik postępowania stosuje przemoc; przez 6,4% osób wobec rodzeństwa; przez 4% osób wobec osób trzecich, np. sąsiadów.

Mając na uwadze sposób zachowania osób po spożyciu alkoholu, autorka artykułu zmierzała do określenia, czy wobec osób objętych postępowaniem toczą się bądź toczyły się procedury karne, oraz czy rodzina objęta została procedurą „Niebieskie Karty”.

Procedura „Niebieskie Karty” została uruchomiona wobec 68 osób uzależnionych od alkoholu (33,7%), w przypadku 16 osób (7,9%) procedura ta nie została zastosowana, a w przypadku 118 osób (58,4) informacji tej nie odnaleziono w aktach.

Wobec 32 osób (15,8%), w chwili wydawania postanowienia o zobowiązaniu osoby do leczenia odwykowego, toczyły się postępowania karne, wobec 28 osób (13,9%) postępowanie takie nie toczyło się, a w przypadku 142 osób (70,3%) informacji tej nie można było ustalić.

²⁹ Pytanie dotyczące określenia osób, wobec których stosowana była przemoc, miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu badanych spraw.

Biorąc pod uwagę uprzednią karalność osób objętych postępowaniem, należy wskazać, że w aktach 100 spraw (49,5% badanych akt) znajdowała się informacja o co najmniej jednym prawomocnym wyroku skazującym orzeczonym wobec osoby uzależnionej od alkoholu.

2.2.5. Stosunek rodziny wobec osoby uzależnionej od alkoholu, uzależnienie od alkoholu członków rodziny uczestnika postępowania oraz dotychczasowe formy leczenia podjęte przez osobę uzależnioną

167 rodzin (82,7%) dostrzegało problem alkoholowy uczestnika postępowania, 5 rodzin (2,4%) tego problemu nie zauważało, a w stosunku do 30 rodzin (14,9%) informacji tej nie można było ustalić z analizy akt spraw.

155 rodzin (76,7%) podejmowało działania zmierzające do poprawy sytuacji życiowej czy też zdrowotnej osoby uzależnionej od alkoholu. Jedynie 17 rodzin (8,4%) nie podejmowało w tym obszarze żadnej aktywności. Natomiast w stosunku do 30 rodzin (14,9%) informacji tej nie można było ustalić z analizy akt spraw. Aktywność osób najbliższych najczęściej polegała na poszukiwaniu różnych form pomocy dla osoby uzależnionej. Postawa rodziny wobec problemu alkoholowego ma bardzo duże znaczenie dla powodzenia procesu terapeutycznego danej osoby, dlatego też uzyskane wyniki badań należy uznać za bardzo zadowalające.

W odniesieniu do 85 osób (42,1%) odnaleziono informację o uzależnieniu od alkoholu członków rodziny uczestnika postępowania. W przypadku 71 osób (35,1%) z akt nie wynikało, czy członkowie rodziny byli uzależnieni od alkoholu. Jedynie w stosunku do 46 osób (22,8%) ustalono, że nikt z rodziny nie miał problemu alkoholowego.

Odnosząc się do dotychczasowych, dobrowolnych prób leczenia uczestników postępowania, należy wskazać, że 114 osób (56,4%) podejmowało wcześniej kurację odwykowe, a 65 osób (32,2%) tej aktywności nie wykazywało. Natomiast w stosunku do 23 osób (11,4%) informacji tej nie można było ustalić z analizy akt spraw.

Do leczenia odwykowego było już poprzednio, sądowo, zobowiązanych jedynie 37 osób (18,3%). Wobec 92 osób (45,6%) nie zastosowano omawianego obowiązku, a wobec 73 osób (36,1%) informacji tej nie ustalono na podstawie analizy akt spraw.

2.3. Postępowanie rozpoznawcze

2.3.1. Wszczęcie postępowania sądowego

Postępowanie sądowe, zgodnie z art. 26 ust. 3 u.w.t.p.a.³⁰, może zostać wszczęte wyłącznie z inicjatywy prokuratora albo gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. W analizowanych sprawach najwięcej postępowań rozpoczęło się na skutek wniosku złożonego przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych – 141 spraw (69,8%). Prokurator zainicjował 61 postępowań (30,2%). Dysproporcja ww. wyników stanowi rezultat ustawowych zadań przypisanych prokuraturze oraz gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

³⁰ Art. 26 ust. 3 u.w.t.p.a.: „Sąd wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora. Do wniosku dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego, jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone”.

To priorytetem tej drugiej instytucji jest podejmowanie aktywności zmierzających do zmniejszenia problemu alkoholowego w Polsce.

Osobami zawiadamiającymi³¹ gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych albo prokuraturę o potrzebie wszczęcia procedur sądowych w przeważającej liczbie spraw (109 postępowań – 54% ogółu spraw) byli członkowie rodziny uczestnika postępowania, z czego w 24 przypadkach była to matka, a w 36 – żona. Uzyskane w tym zakresie wyniki badania nie powinny zaskakiwać, ponieważ to osoby najbliższe pozostają w stałym kontakcie z osobą uzależnioną.

Co jednak bardzo istotne, analiza pism kierowanych do prokuratury/gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych przez członków rodziny pozwala sformułować tezę, że osoby najbliższe wiążą z sądową procedurą zobowiązania do leczenia odwykowego bardzo duże nadzieje – oczekują, iż dzięki uruchomieniu procedur sądowych oraz zastosowaniu przymusu leczenia osoba uzależniona zmieni swoje postępowanie.

Dużą aktywnością w zakresie zawiadomienia prokuratury/gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych o potrzebie wszczęcia procedur sądowych charakteryzowała się także policja (36 postępowań – 17,8% ogółu spraw), ośrodki pomocy społecznej (20 postępowań – 9,9% ogółu spraw). Natomiast identyczne zaangażowanie zaobserwowano u kuratorów sądowych oraz grup roboczych/zespołów interdyscyplinarnych (każda z tych instytucji występowała w 14 postępowaniach – 6,9% ogółu spraw). Również w kolejnych 14 postępowaniach (6,9% ogółu spraw) to prokuratora/gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych podejmowały działania z własnej inicjatywy. Podmiotami zawiadamiającymi byli także: same osoby uzależnione (2 postępowania – 1% ogółu spraw), Izba Wytrzeźwień (1 postępowanie – 0,5% ogółu spraw), szkoła (1 postępowanie – 1% ogółu spraw) oraz inne niż ww. podmioty (9 postępowań – 4,5% ogółu spraw). Wśród 4 spraw (2% ogółu spraw) niemożliwe było dokonanie ww. ustaleń.

Jak zostało wskazane powyżej, pisma rozpoczynające postępowanie sądowe mogą pochodzić wyłącznie od podmiotów profesjonalnych oraz wyspecjalizowanych. Niepokojące są więc ustalenia dotyczące braków formalnych wniosków.

Na 141 wniosków pochodzących od gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych aż 66 dokumentów było niekompletnych, czyli blisko połowa (46,8%) tych pism zawierała braki formalne. W przypadku prokuratury braki te zaobserwowano tylko w 2 z 61 pism procesowych. Wnioski sporządzone przez prokuraturę tylko w 3,2% przypadkach należało uzupełnić. Łącznie więc 68 wniosków (33,7%) kierowanych do sądu przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych oraz prokuraturę było niekompletnych. Sądy zobowiązywały wnioskodawców³² najczęściej do: uiszczenia opłaty sądowej – 62 postępowania (30,7% spraw), dołączenia opinii biegłych – 2 postępowania (1% spraw).

Prokuratura oraz gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych kierują do sądu wnioski o zobowiązanie osoby do poddania się leczeniu odwykowemu, po przeprowadzeniu we własnym zakresie postępowania wyjaśniającego oraz po uzyskaniu opinii biegłych sądowych w przedmiocie uzależnienia osoby

³¹ Pytanie dotyczące podmiotów zawiadamiających o konieczności wszczęcia postępowania sądowego miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu badanych spraw.

³² Pytanie dotyczące rodzajów braków formalnych miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu badanych spraw.

od alkoholu³³. Składane do sądu wnioski zostały więc także przeanalizowane pod względem dokumentów dołączonych do pisma inicjującego postępowanie.

Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych do 60 z 141 pism załączała opinie biegłych sądowych (42,6%), a do 138 z 141 pism – inne dokumenty (97,9%) uzyskane w toku prowadzonego we własnym zakresie postępowania np. protokoły posiedzeń, wywiady środowiskowe.

Prokuratura do 27 z 61 wniosków załączała opinie biegłych sądowych (44,3%), a do 58 wniosków załączała inne dokumenty (95,1%) np. protokoły przesłuchań.

Praktykę instytucji w zakresie uzupełnienia wniosków o wszczęcie postępowania sądowego o dodatkowe dokumenty należy ocenić bardzo pozytywnie. Dokumenty te stanowią materiał w sprawie i tym samym odciążają sądy z przeprowadzania postępowania dowodowego. Niepokoi natomiast stosunkowo niski odsetek załączanych opinii biegłych sądowych³⁴ oraz braki formalne pism wszczynających postępowanie sądowe.

2.3.2. Postępowanie przed sądem

W każdej sprawie obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu był orzekany po przeprowadzeniu rozprawy i tym samym nie odnotowano naruszenia art. 29 u.w.t.p.a.³⁵ Analiza akt wykazała bowiem, że w zdecydowanej większości spraw postanowienie sądu zapadało po przeprowadzeniu jednej rozprawy – 135 postępowań (66,8%). W przypadku 46 postępowań (22,8%) odbyły się 2 rozprawy, w przypadku 15 postępowań (7,4%) odbyły się 3 rozprawy, w przypadku 4 postępowań (2%) odnotowano 4 rozprawy. Analiza akt wykazała także, że w pojedynczych przypadkach (0,5%) sąd przeprowadził kolejno 5 lub 6 rozpraw. Większa liczba rozpraw wynikała z niestawiennictwa osoby uzależnionej lub świadków na rozprawę, a także oczekiwania na sporządzenie opinii przez biegłych sądowych.

Z analizy akt sądowych wynika także, że o ile uczestnicy postępowania na ogół biorą udział w rozprawach przed sądem (61,9% pierwszych oraz 49,6% drugich rozpraw), o tyle wnioskodawcy w większości przypadków nie stawiają się na nie (20,3% pierwszych i 12% drugich rozpraw). Ustalenia wykazały także, że zdecydowanie częściej, jako wnioskodawca, uczestniczył w rozprawach prokurator (49,2% pierwszych rozpraw) niż przedstawiciel gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (7,1% pierwszych rozpraw).

Mniejsza aktywność wnioskodawców w zakresie uczestnictwa w rozprawach może wynikać z faktu, że sąd zobowiązywał uczestników postępowania do obowiązkowego stawiennictwa na rozprawę, natomiast wnioskodawców sąd jedynie zawiadamiał o terminie rozprawy.

³³ SN w uzasadnieniu uchwały z 11.09.2013 r., III CZP 52/13, LEX nr 1371626, wskazał, że: „Decyzja o wystąpieniu do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do poddania się leczeniu musi być poprzedzona ustaleniem istnienia przesłanki społecznej (art. 24) w postaci negatywnego postępowania, uzależnienia od alkoholu oraz odmową dobrowolnego poddania się leczeniu (art. 26 ust. 1 u.w.t.p.a.). W tym celu gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych kieruje osobę, której postępowanie dotyczy, na jej wniosek lub z własnej inicjatywy, na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego (art. 25 w związku z art. 24 u.w.t.p.a.)”.

³⁴ W dalszej części pracy zostanie szerzej omówiona problematyka opinii biegłych sądowych, w tym konsekwencje braku tego dokumentu przy wniosku wszczynającym postępowanie sądowe.

³⁵ Art. 29 u.w.t.p.a.: „Orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu zapada po przeprowadzeniu rozprawy, która powinna odbyć się w terminie jednego miesiąca od dnia wpływu wniosku”.

Sądy bardzo rzadko korzystały z możliwości przymusowego doprowadzenia osoby uzależnionej na rozprawę³⁶. Omawianą instytucję sądy zastosowały wyłącznie 11 razy (4% spraw). W 5 postępowaniach instytucję tę wykorzystano 1 raz, a w trzech postępowaniach – 2 razy.

2.3.3. Udział osoby uzależnionej w postępowaniu

Uczestnicy postępowania nie korzystali z pomocy adwokatów lub radców prawnych i nie byli przez nich reprezentowani. We wszystkich sprawach podejmowali samodzielnie czynności, których liczbę odnotowano na znikomym poziomie.

Jedynie 3 osoby (1,5%) złożyły apelację od postanowienia sądu w przedmiocie nałożenia obowiązku przymusowego leczenia, jednakże wszystkie apelacje zostały odrzucone z powodu braków formalnych (jedna apelacja wpłynęła do sądu po terminie, a dwie nie zostały opłacone). Tylko w jednym przypadku został złożony wniosek o uzasadnienie postanowienia sądu.

Dodatkowo, odnotowano znikomą aktywność osób uzależnionych od alkoholu w trakcie trwania procedur sądowych. Aktywność tę analizowano pod względem np. składania pism procesowych, wniosków formalnych. Natomiast udział w rozprawach, w zakresie działalności procesowej, nie był brany pod uwagę. Przy tak określonej aktywności stron ustalono, że 90,6% uczestników postępowania (182 z 202 osób) nie podejmowało żadnej aktywności procesowej. Uczestnicy postępowań, którzy podjęli jakiegokolwiek aktywność dokonali wyłącznie dwóch rodzajów działania³⁷, tj. zgłoszenie wniosków dowodowych – 15 osób (7,4%) oraz złożenie innych pism procesowych – 10 osób (5%).

Uzyskane wyniki wykazały, że 96 osób uzależnionych od alkoholu (47,5%) wyraziły zgodę na podjęcie leczenia odwykowego. Natomiast 52 osoby (27,7%) zdecydowanie odmawiały kuracji. W pozostałych przypadkach (54 osoby – 24,8%), nie było możliwe dokonanie ustaleń w tym zakresie z powodu niestawiennictwa bądź braku zajęcia stanowiska przez osobę uzależnioną. Brak uzyskania przez sąd wypowiedzi uczestnika postępowania na temat konieczności podjęcia leczenia należy ocenić negatywnie. Poznanie stanowiska osoby zainteresowanej w sprawie jej dotyczącej pozwoliłoby z pewnością na wydanie orzeczenia trafniejszego i ułatwiło jego przyszłe wykonanie. Dodatkowo wydaje się, że w sprawie, w której zmierza się do ograniczenia praw i wolności jednostki niezbędne powinno być uzyskanie jej stanowiska.

2.3.4. Opinia biegłych sądowych

Dokonane ustalenia badawcze wykazały, że we wszystkich sprawach została wydana opinia biegłych³⁸. W odniesieniu do 200 z 202 osób wydano jedną opinię, natomiast w odniesieniu do 2 osób (w obu przypadkach postępowania wszczęto na wniosek komisji)

³⁶ Art. 30 ust. 1 u.w.t.p.a.: „W razie nieusprawiedliwionego niestawiennictwa na rozprawę lub uchylania się od zarządzanego poddania się badaniu przez biegłego albo obserwacji w zakładzie leczniczym sąd może zarządzić przymusowe doprowadzenie przez organ Policji”.

³⁷ Pytanie dotyczące czynności podejmowanych przez osobę uzależnioną w postępowaniu miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu badanych spraw.

³⁸ Art. 24 u.w.t.p.a.: „Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego”.

wydano łącznie dwie opinie. Konieczność wydania drugiej opinii wynikała z tego, że sąd orzekający uznał, iż poprzednia opinia mogła się zdezaktualizować bądź też podjął inne uzasadnione wątpliwości. Na marginesie należy także wskazać, że możliwa była sytuacja, w której opinia biegłych nie została dołączona do pierwotnego wniosku wnioskodawcy, jednakże została dołączona później w wyniku wezwania do uzupełnienia braków formalnych. W takiej sytuacji badanie przez biegłych zostało przeprowadzone przed wszczęciem postępowania. Powyższe skutkowało tym, że łącznie biegli sporządzili 204 dokumenty.

W ponad połowie spraw (115 postępowań – 57%) to na sądzie ciążył wyłączny obowiązek przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych. W 85 postępowaniach (42%) dowód z opinii biegłych został przeprowadzony wyłącznie przed wszczęciem postępowania sądowego. W dwóch postępowaniach (1%) opinia była wydana zarówno przed, jak i w trakcie rozpoznania sprawy przez sąd. Opinia biegłych została więc wydana w toku postępowania sądowego 117 razy, a przed wszczęciem postępowania sądowego – 87 razy.

W przypadku postępowań wszczętych na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych badanie uczestnika postępowania odbyło się wyłącznie w trakcie postępowania rozpoznawczego w 82 sprawach (58,1% postępowań zainicjowanych przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych). W przypadku zaś postępowań wszczętych na wniosek prokuratury sąd z własnej inicjatywy przeprowadził omawiany dowód w 33 sprawach (54,1% postępowań rozpoczętych przez prokuraturę).

Zaprezentowane powyżej wyniki skłaniają do poszukiwania odpowiedzi na pytanie, czy niemożność dołączenia przez wnioskodawców opinii biegłych do pisma rozpoczynającego postępowanie sądowe spowodowana była np. niestawiennictwem osoby na kolejne terminy badania, czy też gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych/prokuratura nie podejmowały żadnych aktywności w tym obszarze.

W 38 przypadkach (33%), w których opinia biegłych sądowych nie została przeprowadzona przed wszczęciem postępowania rozpoznawczego, prokurator lub gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych podjęły próby uzyskania opinii biegłych przed złożeniem wniosku do sądu. W pozostałych sprawach wnioskodawcy nie wskazali, czy podjęli jakąkolwiek aktywność w tym obszarze.

Podsumowując powyższą część artykułu, odnoszącą się do momentu przeprowadzania opinii biegłych sądowych, należy wskazać, że zaobserwowana w ponad połowie spraw praktyka polegająca na nieprzekazywaniu sądowi opinii biegłych jest niepokojącą. Niepokojący jest także fakt niewskazywania sądowi, dlaczego opinia nie została sporządzona. Należy przy tym zauważyć, że to wnioskodawca zobowiązany jest do przedstawienia sądowi kompletnego materiału dowodowego, w szczególności w postaci dowodu z opinii biegłych sądowych. Sąd jedynie wyjątkowo powinien zlecać biegłym sporządzenie opinii³⁹. Przenoszenie odpowiedzialności w tym obszarze na sąd skutkuje przedłużeniem postępowania rozpoznawczego.

³⁹ SN w uchwale z 11.09.2013 r., III CZP 52/13, jednoznacznie wskazał, że art. 26 ust. 3 u.w.t.p.a. zobowiązuje podmioty uprawnione do wszczęcia postępowania sądowego do dołączenia do wniosku wszelkiej dokumentacji zebranej w sprawie wraz z opinią biegłych, a w przypadku jej braku wraz ze wzmianką biegłych o okolicznościach uniemożliwiających jej wydanie. Brak dokumentacji pochodzącej od biegłych stanowi brak formalny wniosku o wszczęcie postępowania sądowego i na podstawie art. 130 § 1 w związku z art. 13 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 155 ze zm.) i art. 26 ust. 3 u.w.t.p.a. podlega uzupełnieniu pod rygorem jego zwrotu. Sąd może więc zarządzić badanie przez biegłych jedynie wyjątkowo w sytuacji, gdy biegli stwierdzili brak możliwości wydania opinii.

Analizując 204 opinie biegłych pod kątem wytycznych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 27.12.2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu⁴⁰, zaobserwowano, że wyłącznie jedna opinia⁴¹ dołączona do wniosku o wszczęcie postępowania sądowego nie została sporządzona wspólnie przez dwoje biegłych⁴². W 12 sprawach (5,9% spraw) w badaniu nie brała udziału osoba uzależniona od alkoholu⁴³, a opinie sporządzono wyłącznie na podstawie akt sprawy⁴⁴. Tylko jedna opinia nie zawierała żadnych wniosków dotyczących dalszego leczenia osoby uzależnionej.

Biegli w zdecydowanej większości podejmowali wnioski wyłącznie w zakresie wskazania formy leczenia (90,6% opinii), nie wypowiadając się w ogóle o potrzebie ustanowienia nadzoru kuratora sądowego. Biegli jedynie w 7,9% opinii zarekomendowali, aby leczenie danej osoby odbywało się pod nadzorem kuratora. W jednej ze spraw biegli wyłącznie wskazali, że dana osoba „powinna kontynuować leczenie”, a w drugiej – że osoba z powodu obniżonych sprawności intelektualnych w ogóle nie powinna podjąć leczenia, gdyż nie przyniesie ono rezultatów.

Jak zostało podniesione wyżej, w toku postępowania sądowego zostało wydanych łącznie 117 opinii biegłych. Zebrany w tym obszarze materiał pozwolił na ocenienie procedury przeprowadzania opinii biegłych na zlecenie sądu.

Dokonana analiza umożliwiła określenie czasu, jaki minął od wydania postanowienia sądu w przedmiocie przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych sądowych do czasu wpływu opinii biegłych sądowych do sądu. Ustalenia w tym zakresie dokonano w stosunku do 105 ze 117 opinii, ponieważ w pozostałych sprawach dane te nie wynikały z akt.

Przeprowadzone badania wykazały, że najkrótszy czas oczekiwania na opinie biegłych sądowych wynosił 14 dni, a najdłuższy – 556 dni. Średni czas oczekiwania wynosił 90 dni, a najczęściej oczekiwano na opinie biegłych sądowych 28 dni.

Co istotne oraz niepokojące, opinia biegłych sądowych jedynie w zaledwie 20 postępowaniach (19%) wpłynęła do sądu w terminie 30 dni od wydania postanowienia sądu w przedmiocie przeprowadzenia omawianego dowodu. Ustalenie to ma szczególnie znaczenie, gdy weźmie się pod uwagę fakt, że orzeczenia o ustanowieniu obowiązku leczenia odwykowego, zgodnie z art. 29 u.w.t.p.a., powinno zapaść w ciągu miesiąca od dnia wpływu wniosku do sądu. Bardzo niepokojąca jest również sytuacja, kiedy na opinie biegłych sądowych należy oczekiwać więcej niż 100 dni – powyższe miało miejsce w 27 postępowaniach (25,7%). Dokonane ustalenia prowadzą zatem do wniosku, że przeprowadzenie dowodu z opinii

⁴⁰ Dz.U. poz. 1883 ze zm. – dalej rozporządzenie Ministra Zdrowia.

⁴¹ Na etapie postępowania sądowego uchybienie to zostało zniwelowane poprzez ponowne skierowanie osoby na badanie.

⁴² § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia: „Opinię w przedmiocie uzależnienia od alkoholu wydają wspólnie, po przeprowadzonych badaniach, lekarz psychiatra i psycholog albo lekarz psychiatra i specjalista psychoterapii uzależnień”.

⁴³ Zgodnie z § 4 i § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia: „Biegli, przed wydaniem opinii, zobowiązani są ocenić dane z dostępnej dokumentacji, stan somatyczny i psychiczny na podstawie osobistego badania a także w razie konieczności mogą również zlecić przeprowadzenie badań laboratoryjnych oraz niezbędne konsultacje specjalistyczne i badania diagnostyczne. Jeżeli osoba badana odmawia poddania się badaniu, utrudnia jego przeprowadzenie lub z innych powodów nie jest możliwe ustalenie wniosków diagnostycznych, biegły ogranicza swoje czynności do możliwych w danej sytuacji i wzmiankuje o zaistniałych okolicznościach w sporządzonej opinii”.

⁴⁴ Sytuacje te miały miejsce po bezskutecznym wezwaniu osoby na badanie.

biegłych sądowych, na etapie postępowania rozpoznawczego, wpływa w znaczący sposób na przewlekłość toczących się procedur.

Sądy rzadko korzystały z możliwości zastosowania nakazów doprowadzenia uczestnika postępowania na badanie do biegłych⁴⁵. Rozwiązanie to wykorzystano łącznie 66 razy.

2.3.5. Orzeczenia

Uzyskane wyniki wskazują, że sądy stosują różne rozstrzygnięcia dotyczące form leczenia. Sądy nie ograniczają się do wyboru jedynie leczenia stacjonarnego albo niestacjonarnego, ale zobowiązują także osobę uzależnioną do podjęcia obu tych kuracji. Zobligowanie osoby do podjęcia leczenia w obu tych formach wydaje się zgodne z prawem, gdyż art. 26 u.w.t.p.a. wskazuje, że: „osoby, o których mowa w art. 24, jeżeli uzależnione są do alkoholu, zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym **lub** (wyróż. – M. H.-C.) niestacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego”. Zastosowanie przez ustawodawcę, w przytoczonym przepisie prawnym, alternatywy nierozłącznej (zwykłej) daje sądom możliwość wspólnego orzekania różnych form leczenia.

Sądy w ponad połowie spraw (109 spraw, 53,9%) ustanawiają nadzór kuratora nad obowiązkiem leczenia.

Tabela 4 Postanowienia sądu		
Treść postanowienia	l. bezwzgl.	procenty
Skierowanie na leczenie niestacjonarne oraz ustanowienie nadzoru kuratora	64	31,6
Skierowanie na leczenie niestacjonarne	46	22,8
Skierowanie na leczenie stacjonarne	39	19,3
Skierowania na leczenie stacjonarne oraz ustanowienie nadzoru kuratora	29	14,4
Skierowania na leczenie stacjonarne, przy czym przed podjęciem leczenia stacjonarnego skierowanie na leczenie niestacjonarne. Na cały okres leczenia ustanowiony został nadzór kuratora	12	5,9
Skierowania na leczenie stacjonarne, przy czym przed podjęciem leczenia stacjonarnego skierowanie na leczenie niestacjonarne	8	4
Skierowania na leczenie stacjonarne, przy czym przed podjęciem leczenia stacjonarnego skierowanie na leczenie niestacjonarne. Nadzór kuratora został ustanowiony wyłącznie do momentu rozpoczęcia leczenia stacjonarnego	3	1,5
Leczenie stacjonarne, przy czym przed i po zakończeniu leczenia stacjonarnego skierowanie na leczenie niestacjonarne. Na cały okres leczenia ustanowiony został nadzór kuratora	1	0,5
Ogółem	202	100

Źródło: opracowanie własne.

⁴⁵ Art. 30 ust. 1 u.w.t.p.a.: „W razie nieusprawiedliwionego niestawiennictwa na rozprawę lub uchylania się od zarządzanego poddania się badaniu przez biegłego albo obserwacji w zakładzie leczniczym sąd może zarządzić przymusowe doprowadzenie przez organ Policji”.

Analiza akt wykazała, że w 82 sprawach (40,6%) postanowienie sądu było zgodne ze stanowiskiem osoby uzależnionej, w 66 sprawach (32,7%) postanowienie sądu nie było zgodne ze stanowiskiem osoby uzależnionej, a także, iż w 54 sprawach (26,7%) osoba uzależniona nie zajęła stanowiska w sprawie⁴⁶.

169 orzeczeń (82,8%) uwzględniało wnioski zaprezentowane w opinii biegłych, a 34 postanowienia (16,7%) nie uwzględniały wniosków przedstawionych przez biegłych w opinii sądowej. Jak zostało wskazane wyżej, jedna opinia nie zawierała żadnych wniosków w przedmiocie leczenia osoby uzależnionej.

Orzeczenia o obowiązku leczenia zapadały w analizowanych sprawach najczęściej po 56 dniach (dominanta), a średnio po 158 dniach. Postępowanie rozpoznawcze najkrócej trwało 15 dni, a najdłużej 812 dni. Jedynie w 12 sprawach (5,9% ogółu spraw) postępowanie rozpoznawcze zakończyło się przed upływem 1 miesiąca⁴⁷.

Tabela 5 Czas trwania postępowania rozpoznawczego		
Czas trwania postępowania rozpoznawczego (w dniach)	l. bezwzgl.	procenty
1–30	12	5,9
31–60	32	15,8
61–90	38	18,8
91–120	26	12,9
121–150	22	10,9
151–200	18	8,9
201–300	25	12,4
301–400	19	9,4
401–500	3	1,5
501–812	7	3,5
Ogółem	202	100

Źródło: opracowanie własne.

W analizowanych sprawach na długość trwania postępowania wykonawczego miało wpływ bardzo wiele czynników, tj.: oczekiwanie na przeprowadzenie badania przez biegłych sądowych, niemożność ustalenia miejsca zamieszkania osoby uzależnionej od alkoholu, niestawiennictwo uczestnika postępowania na wyznaczone terminy rozpraw, a także zmiany organizacyjne w sądach.

⁴⁶ Uznano, że zarówno leczenie stacjonarne/niestacjonarne z ustanowionym nadzorem kuratora, jak i leczenie stacjonarne/niestacjonarne bez ustanowionego nadzoru kuratora stanowi jeden rodzaj orzeczenia sądu. Przyjęto także, że jeśli dana osoba godziła się na podjęcie leczenia bez wskazania jego formy, to stanowisko osoby uzależnionej i postanowienie sądu są ze sobą zgodne. Natomiast, jeżeli sąd orzekł dwa obowiązki leczenia, to stwierdzano, że priorytetem sądu było zobowiązanie osoby uzależnionej do podjęcia kuracji stacjonarnej (ustalenie to wynikało z orzeczenia sądu, w którym stwierdzano, że do czasu podjęcia przez osobę uzależnioną leczenie stacjonarnego, osoba ta zobowiązana jest do wykonania obowiązku leczenia niestacjonarnego).

⁴⁷ Zgodnie z art. 29 u.w.t.p.a. orzeczenie o obowiązku leczenia powinno zapaść w ciągu miesiąca od dnia wpływu wniosku do sądu. Termin ten ma charakter instrukcyjny, jednak sądy powinny dążyć do jego zachowania.

2.4. Postępowanie wykonawcze

Na wstępie należy wskazać, że w analizowanych 202 sprawach sądy łącznie zobowiązały osoby uzależnione do wykonania 258 form leczenia⁴⁸. Sądy zobligowały uczestników postępowania do wykonania 123 obowiązków leczenia stacjonarnego (47,6%) oraz 135 obowiązków leczenia niestacjonarnego (52,4%). Przedstawione wyniki wskazują, że obie formy leczenia stosowane są z podobną częstotliwością.

Sądy w 163 sprawach (80,7%) nie dokonały zmiany orzeczonych form leczenia. W 37 sprawach (18,3%) sądy przeformułowały swoje orzeczenia 1 raz, a w dwóch sprawach (1%) – 2 razy. Sądy dokonały więc w 39 sprawach zmiany orzeczonych form leczenia. Jednak łącznie wszystkich zmian form leczenia było 41, gdyż w 2 sprawach, jak zostało wyżej wskazane, sądy dwukrotnie modyfikowały swoje decyzje.

Analiza akt pozwala stwierdzić, że sądy częściej zmieniają formę leczenia niestacjonarnego na formę leczenia stacjonarnego, niż odwrotnie. Decyzje sądów w powyższym zakresie podyktowane są faktem, że osoby uzależnione nie podejmują lub przerywają terapię niestacjonarną i sądy poszukują innych, skuteczniejszych form leczenia.

Tabela 6 Rodzaje zmian orzeczonych obowiązków leczenia		
Sposób zmiany obowiązku leczenia	l. bezwzgl.	procent wszystkich zmian obowiązku leczenia we wszystkich sprawach
Sąd zamienił formę leczenia niestacjonarnego oraz nadzór kuratora na formę leczenia stacjonarnego oraz nadzór kuratora	23	56,1
Sąd zamienił formę leczenia niestacjonarnego na formę leczenia stacjonarnego	8	19,5
Sąd zamienił formę leczenia stacjonarnego na formę leczenia niestacjonarnego	3	7,3
Sąd zamienił formę leczenia stacjonarnego oraz nadzór kuratora na formę leczenia niestacjonarnego oraz nadzór kuratora	2	4,9
Sąd ustanowił nadzór kuratora nad wypełnieniem obowiązku leczenia stacjonarnego	2	4,9
Sąd ustanowił nadzór kuratora nad wypełnieniem obowiązku leczenia niestacjonarnego	2	4,9
Sąd uchylił nadzór kuratora nad wypełnieniem obowiązku leczenia niestacjonarnego	1	2,4
Ogółem	41	100

Źródło: opracowanie własne.

⁴⁸ Łączna liczba obowiązków leczenia nałożonych na osoby uzależnione od alkoholu jest wyższa od liczby przebadanych spraw, ponieważ sądy już przy wydaniu orzeczenia obligowały uczestników postępowania do wykonania kilku obowiązków. Dodatkowo, w trakcie trwania postępowania wykonawczego sądy weryfikowały swoje postanowienia i dokonywały zmiany nałożonego obowiązku leczenia.

Zgodnie z art. 34 ust. 2 u.w.t.p.a. sąd może zmienić postanowienie co do rodzaju zakładu leczenia odwykowego jedynie na wniosek kuratora bądź zakładu leczącego. Analiza akt sprawy wykazała, że zdecydowanie większą aktywnością w omawianym obszarze charakteryzują się kuratorzy sądowi pełniący nadzór nad wykonaniem obowiązku leczenia (22 sprawy, w których orzeczono zmianę formy leczenia – 56,4% tych spraw). Zakłady leczenia wykonały omawiane działanie w 13 sprawach (33,3% spraw, w których orzeczono zmianę formy leczenia). Co szczególnie interesujące, w 4 przypadkach sąd dokonał weryfikacji swojego postanowienia na wniosek kuratora sądowego pełniącego nadzór w innej sprawie np. nad wykonywaniem przez osobę uzależnioną władzy rodzicielskiej.

Aktywność kuratorów w tym zakresie należy uznać za prawidłową praktykę wzmacniającą interdyscyplinarną współpracę na rzecz poprawy sytuacji uczestnika postępowania. Należy jednak zauważyć, że ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie przewiduje możliwości zmiany orzeczenia z urzędu przez sąd albo na wniosek innych podmiotów, niż wskazanych w art. 34 ust. 2 u.w.t.p.a.

Odnosząc się do zagadnienia kuratorów sądowych pełniących nadzór nad wykonaniem obowiązku leczenia, należy wskazać, że w 113 ze 202 postępowań (55,9%) sądy zadecydowały o ustanowieniu nadzoru kuratora, w tym w 80 sprawach (71%), w których nadzór taki ustanowiono, był on pełniony nad wykonaniem obowiązku leczenia niestacjonarnego (por. tabela 7), a w 70 sprawach (62%) nad wykonaniem obowiązku leczenia stacjonarnego (por. tabela 8). Łącznie więc kurator był ustanawiany 150 razy.

Tabela 7 Ustanowienie nadzoru kuratora nad wykonywaniem obowiązku leczenia niestacjonarnego		
Ustanowienie nadzoru kuratora nad wykonaniem obowiązku leczenia niestacjonarnego	l. bezwzgl.	procenty
Tak	80	71
Nie	33	29
Ogółem sprawy, w których ustanowiono nadzór kuratora	113	100

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8 Ustanowienie nadzoru kuratora nad wykonywaniem obowiązku leczenia stacjonarnego		
Ustanowienie nadzoru kuratora nad wykonaniem obowiązku leczenia stacjonarnego	l. bezwzgl.	procenty
Tak	70	62
Nie	43	38
Ogółem sprawy, w których ustanowiono nadzór kuratora	113	100

Źródło: opracowanie własne.

2.4.1. Obowiązek leczenia stacjonarnego

Jak zostało wskazano wyżej, sądy zobligowały uczestników postępowania do wykonania 123 obowiązków leczenia stacjonarnego, z czego nad 70 z nich ustanowiony został nadzór kuratora.

2.4.2. Działanie sądu

Niewątpliwie dla efektywności wykonania obowiązku leczenia odwykowego niebagatelne znaczenie ma zaangażowanie różnych podmiotów oraz instytucji, których aktywność może motywująco oddziaływać na osoby uzależnione od alkoholu w zakresie podjęcia przez nich kuracji odwykowej.

Analizując akta sprawy, szczególną uwagę zwracano na aktywność sądów jako instytucji, które zobowiązywały osobę uzależnioną do wykonania określonego obowiązku. Działalność sądów rozpatrywano pod względem: współpracy z zakładem leczenia, z osobą uzależnioną od alkoholu, z kuratorami sądowymi oraz z innymi instytucjami oraz osobami.

Zaangażowania sądów nie analizowano pod względem kontrolowania akt postępowania wykonawczego na posiedzeniach wykonawczych bez udziału stron albo na tzw. kalendarzu wykonawczym, a wyłącznie pod kątem aktywności kierowanej wobec podmiotów i osób trzecich. Co równie ważne, przedstawione powyżej zagadnienia były analizowane poprzez pytanie wielokrotnego wyboru, więc uzyskana suma odpowiedzi nie będzie równa liczbie orzeczonych obowiązków leczenia stacjonarnego.

Współpraca sądu oraz zakładu leczenia polegała na podejmowaniu łącznie czterech różnych aktywności, które zostały przedstawione w tabeli 9.

Tabela 9 Działania sądu skierowane wobec zakładu leczenia			
Działanie sądu	Liczba spraw	łącna liczba określonego działania	Procenty (123)
Zawiadomienie zakładu leczenia o nałożonym na osobę uzależnioną obowiązku leczenia	120	188	97,6
Zwrócenie się do zakładu leczenia z wnioskiem o wyznaczenie terminu leczenia	116	298	94,3
Zwrócenie się do zakładu leczenia o informacje dot. przebiegu leczenia	39	71	31,7
Poinformowanie zakładu leczenia o ukończeniu postępowania wykonawczego	2	2	1,6

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawione w powyższej tabeli 9 dane wskazują, że działania sądu dotyczyły przede wszystkim zawiadomienia zakładu leczenia o nałożonym obowiązku leczenia (97,6% spraw, w których orzeczono wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego) oraz do ustalenia terminów przyjęcia na kurację (94,3% spraw, w których orzeczono wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego).

Sądy stosunkowo rzadko kontrolowały wykonanie przez osobę uzależnioną obowiązku leczenia – aktywność w tym zakresie odnotowano wyłącznie w 31,7% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego. Powyższe wynikać może z faktu, że zakłady leczenia bardzo często same kierowały korespondencją do sądu, w której informowały o przebiegu i wnioskach z leczenia (por. tabela 10).

Tabela 10 Komunikacja zakładu leczenia z sądem		
Działanie zakładu leczenia	l. bezwzgl.	procenty
Zakład leczenia wysłał pisma do sądu z własnej inicjatywy	51	41,4
Zakład leczenia nie wysłał pism do sądu z własnej inicjatywy	72	58,6
Ogółem	123	100

Źródło: opracowanie własne.

Niepokojące są ustalenia dotyczące nieinformowania podmiotów leczniczych o fakcie ustania/wykonania obowiązku kuracji. Powyższa praktyka jest o tyle niewłaściwa, że sądy bardzo często zwracają się o ustalenie terminów leczenia jednocześnie do kilku podmiotów leczniczych. Brak komunikacji w tym zakresie powoduje więc, że niektóre terminy przyjęcia na leczenia pozostają nadal zarezerwowane mimo posiadania przez sąd wiedzy, iż osoba uzależniona z powodu wykonania już obowiązku leczenia odwykowego w jednej placówce, nie stawia się na kurację w innej.

Odnosząc się do współpracy sądu z osobą uzależnioną od alkoholu, należy wskazać, że działania sądu w tym zakresie dotyczyły łącznie czterech rodzajów aktywności.

Głównie działanie sądu polegało na pisemnym wzywaniu osoby uzależnionej do stawiennictwa w zakładzie leczenia – 64,2% osób, wobec których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego. W odniesieniu do trzech pozostałych form komunikacji sądu z osobą uzależnioną (zwrócenie się do osoby uzależnionej o informacje dotyczące wykonania obowiązku leczenia, przeprowadzenie posiedzeń wykonawczych z udziałem osoby uzależnionej lub osoby uzależnionej i kuratora sądowego) należy wskazać, że były one stosowane przez sąd w stopniu znikomym – jedynie wobec 3,6% osób orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego.

Tabela 11 Działania sądu skierowane wobec osoby uzależnionej od alkoholu			
Działanie sądu	Liczba spraw	łącznie liczba określonego działania	Procenty (123)
Wezwanie osoby uzależnionej do stawiennictwa w zakładzie leczenia	79	105	64,2
Zwrócenie się do osoby uzależnionej o informacje dot. wykonania obowiązku leczenia	2	2	1,6
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem osoby uzależnionej	2	3	1,6
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora i osoby uzależnionej	1	1	1

Źródło: opracowanie własne.

Aktywność sądów skierowana do kuratorów sądowych wyróżnia się większą różnorodnością niż w przypadku działań adresowanych do zakładów leczenia lub osoby uzależnionej od alkoholu. Może to wynikać z faktu, że inne zarządzenia sąd kieruje do Zespołu Kuratorskiej Służby Sądowej (ZKSS), kiedy wykonanie

obowiązku leczenia nadzorował kurator, a inne – kiedy nadzoru kuratora nie zastosowano. Niezależnie jednak od tego, czy w danej sprawie został ustanowiony nadzór kuratora czy też nie, należy podnieść, że sąd w stopniu znikomym podejmuje aktywność skierowaną wobec kuratorów sądowych. Działania sądu adresowane wobec kuratorów sądowych odnotowano jedynie w 18,6% sprawach, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego.

Tabela 12 Działania sądu skierowane do kuratorów sądowych/Zespołu Kuratorskiej Służby Sądowej			
Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (123)
Wydanie zarządzenia o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego	5	6	4
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora	5	21	4
Wydanie zarządzenia o przekazanie teczek nadzoru/aktualnego sprawozdania	5	14	4
Nałożenie obowiązku skutecznego umieszczenia osoby uzależnionej w zakładzie leczenia	2	2	1,6
Wydanie zarządzenia o przeprowadzeniu rozmowy z osobą uzależnioną ostrzegawczej	1	1	1
Wydanie zarządzenia o rozważeniu przez kuratora potrzeby wystąpienia z wnioskiem o zmianę formy leczenia	1	1	1
Wydanie zarządzenia o zajęciu stanowiska w sprawie np. odroczenia wykonania obowiązku leczenia	1	1	1
Upoważnienie przez sąd kuratora do podejmowania w jego imieniu wszelkich czynności zmierzających do wykonania obowiązku leczenia	1	1	1
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora i osoby uzależnionej	1	1	1

Źródło: opracowanie własne.

Ostatnim zagadnieniem dotyczącym udziału sądu w postępowaniu wykonawczym była analiza w zakresie współpracy sądu z innymi instytucjami oraz osobami.

Główna aktywność sądów w tym obszarze polegała na zwracaniu się do policji o przymusowe doprowadzenie osoby uzależnionej do zakładu leczenia (54,4% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego). W pozostałych obszarach współpraca sądów z innymi instytucjami oraz osobami także była ograniczona.

Jedynie w pojedynczych sprawach sądy zwracały się o przekazanie informacji o osobie uzależnionej do policji, OPS oraz innych podmiotów (urzędów stanu cywilnego, zakładów karnych, Izby Wytrzeźwień) – łącznie aktywność sądu w tym zakresie odnotowano w 16,2% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego.

Co również istotne, w żadnej z analizowanych spraw sądy nie podejmowały działań zmierzających do poprawy sytuacji osobistej uczestnika postępowania.

Niewielkie zaangażowanie sądów w uzyskiwaniu informacji o osobie oraz poprawy jej sytuacji można tłumaczyć faktem sprawowania nadzorów kuratorskich nad

uczestnikami postępowania. Należy jednak zauważyć, że kurator pełnił nadzór jedynie w 70 ze 123 postępowań, w których orzeczono wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego.

Tabela 13 Działania sądu skierowane do innych instytucji oraz osób			
Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (123)
Wydanie nakazu doprowadzenia przez policję	67	119	54,4
Zwrócenie się do policji o przekazanie informacji o osobie	9	11	7,3
Zwrócenie się do innych instytucji o przekazanie informacji o osobie	8	12	6,5
Zwrócenie się do OPS o przekazanie informacji o osobie	3	4	2,4
Zwrócenie się do placówek oświatowych o przekazanie informacji o osobie	0	0	0
Współdziałanie z podmiotami na rzecz poprawy sytuacji osoby uzależnionej	0	0	0

Źródło: opracowanie własne.

2.4.3. Wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego

Informacje o wykonaniu obowiązku leczenia stacjonarnego przez osobę uzależnioną od alkoholu można było ustalić wobec 115 ze 123 orzeczonych obowiązków leczenia. Przyjęte zostało, że osoba ukończyła kurację, jeśli w aktach sprawy znajdowała się informacja o pobycie uczestnika w zakładzie leczenia przez cały okres trwania wyznaczonej kuracji.

Osoby uzależnione od alkoholu wykonały 57 orzeczonych obowiązków leczenia stacjonarnego, co stanowi 46,4% tych obowiązków. W pozostałych przypadkach osoba uzależniona nie podjęła leczenia albo je przerwała. W znaczącej większości spraw, w której nie wykonano obowiązku terapii, osoby uzależnione w ogóle nie podejmowały prób leczenia.

Tabela 14 Wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego		
Wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego	l. bezwzgl.	procenty
Osoba uzależniona odbyła cały etap leczenia	57	46,4
Osoba uzależniona odbyła część etapu leczenia	3	2,4
Osoba uzależniona została jedynie umieszczona w zakładzie leczenia i nie podjęła dalszego leczenia	6	4,8
Osoba uzależniona nigdy nie zgłosiła się na leczenie	49	39,8
Nie wynikało z akt	8	6,6
Ogółem	123	100

Źródło: opracowanie własne.

Głównym powodem niepodjęcia leczenia przez osoby uzależnione było niezrealizowanie przez policję nakazu ich doprowadzenia do placówki leczniczej

(25 niewykonanych obowiązków leczenia stacjonarnego – 43,1% tych obowiązków). Jak słusznie wskazuje R. Kulma⁴⁹, nie jest to jednak bezpośrednia przyczyna niewykonania orzeczenia, ponieważ osoby uzależnione ukrywają się przed policją bądź nie wpuszczają jej do mieszkania. Można więc uznać, że w omawianych przypadkach osoby uzależnione po prostu nie chcą podjąć leczenia.

W pozostałych sytuacjach powód niewykonania kuracji ma charakter subiektywny (np. opiekowanie się osobą najbliższą) i ustalany jest na podstawie oświadczeń składanych przez samą osobę uzależnioną m.in. kuratorowi pełniącemu nadzór nad realizacją orzeczenia.

Tabela 15 Przyczyny niewykonania bądź przerwania obowiązku leczenia stacjonarnego ¹⁵		
Powód	l. bezwzgl.	procenty
Nakaz doprowadzenia nie został zrealizowany	25	43,1
Nie wynikało to z akt	10	17,2
Osoba uzależniona pracuje	7	12,1
Osoba uzależniona nie chce podjąć takiej formy leczenia	5	8,6
Termin leczenia nie został wyznaczony	5	8,6
Osoba zmarła	4	6,9
Osoba uzależniona przebywa za granicą	3	5,2
Osoba uzależniona przebywa w zakładzie karnym	3	5,2
Osoba uzależniona uważa, że leczenie jej nie pomoże	3	5,2
Osoba uzależniona ma problemy zdrowotne	3	5,2
Osoba uzależniona opiekuje się osobą najbliższą	3	5,2
Leczenie zostało przerwane przez zakład leczenia z powodu niewłaściwego zachowania pacjenta	2	3,4
Osoba uzależniona nie mogła podjąć leczenia z powodu braku miejsca w zakładzie leczenia	1	1,7
Osoba uzależniona zmieniła miejsce zamieszkania	1	1,7

Źródło: opracowanie własne.

Analizując problematykę wykonania obowiązków leczenia stacjonarnego, zwrócono także uwagę na liczbę ustalanych przez zakład leczenia terminów rozpoczęcia kuracji oraz czas oczekiwania na podjęcie leczenia przez osobę uzależnioną od alkoholu.

Ustalono, że w większości przypadków (46,4% obowiązków wykonania leczenia stacjonarnego) zakłady leczenia ustalały jeden termin przyjęcia na leczenie. Powyższe wynika z faktu, że osoby uzależnione często odbywały kurację za pierwszym razem i nie było konieczne wyznaczanie kolejnych terminów leczenia, a także z faktu ograniczonej liczby miejsc w zakładzie leczenia i niemożności przyjęcia pacjentów ponad określony limit. W ośmiu przypadkach nie udało się w ogóle ustalić terminu rozpoczęcia kuracji dla osoby uzależnionej od alkoholu.

⁴⁹ R. Kulma, *Efektywność...*, s. 286.

⁵⁰ Pytanie dotyczące przyczyn niewykonania bądź przerwania obowiązku leczenia stacjonarnego miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu niewykonanych/przerwanych obowiązków leczenia stacjonarnego.

Tabela 16 Liczba ustalanych przez zakład leczenie terminów rozpoczęcia kuracji		
Liczba	l. bezwzgl.	procenty
1 raz	57	46,4
2 razy	31	25,2
3 razy	15	12,2
4 razy	6	4,9
5–7 razy	6	4,8
Zakład leczenia nie wyznaczył terminu rozpoczęcia kuracji	8	6,5
Ogółem	123	100

Źródło: opracowanie własne.

Odnosząc się do zagadnienia czasu oczekiwania na przyjęcie osoby uzależnionej na kurację do zakładu leczenia, należy wskazać, że im krótszy odstęp czasu od uprawomocnienia się orzeczenia wydanego przez sąd do wyznaczenie terminu leczenia, tym większa możliwość podjęcia kuracji przez osobę uzależnioną. Trzeba bowiem pamiętać, że postępowanie wykonawcze może trwać tylko 2 lata.

Przeprowadzone w tym zakresie badania wskazują, że:

- czas oczekiwania na wyznaczenie I terminu przyjęcia na leczenie wynosił średnio 260 dni, przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 21 dni, a najdłuższy 716 dni;
- najkrótszy czas oczekiwania na wyznaczenie II–VII terminu przyjęcia na leczenie wynosił 7 dni, a najdłuższy 490 dni;
- czas oczekiwania na wyznaczenie III terminu przyjęcia na leczenie wynosił średnio 141 dni, przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 6 dni, a najdłuższy 280 dni;
- czas oczekiwania na wyznaczenie IV terminu przyjęcia na leczenie wynosił średnio 99 dni, przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 27 dni, a najdłuższy 217 dni;
- czas oczekiwania na wyznaczenie V terminu przyjęcia na leczenie wynosił średnio 113 dni, przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 42 dni, a najdłuższy 198 dni;
- czas oczekiwania na wyznaczenie VI terminu przyjęcia na leczenie wynosił średnio 87 dni, przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 70 dni, a najdłuższy 98 dni;
- czas oczekiwania na wyznaczenie VII terminu przyjęcia na leczenie wynosił 65 dni.

Z powyższego wynika, że średni okres oczekiwania na ustalenie terminu przyjęcia na leczenie zmniejsza się wraz z wyznaczaniem kolejnych terminów kuracji. Trzeba też zauważyć, że osoby uzależnione mogą podjąć pierwszą próbę leczenia dopiero średnio po upływie 260 dni (8 miesięcy) po uprawomocnienia się orzeczenia sądu.

Dokonana analiza wykazała także, że sądy częściej niż miało to miejsce w postępowaniu rozpoznawczym, korzystały ze skierowania do policji nakazów doprowadzenia osoby uzależnionej. Sądy zarządzały przymusowe doprowadzenie osoby zobowiązanej

do odbycia kuracji do zakładu leczenia łącznie 118 razy, przy czym na 123 orzeczone obowiązki leczenia stacjonarnego nakaz doprowadzenia był zastosowany w 66 sprawach (53,7%). W 57 sprawach (46,3%) sąd nie zastosował nakazu doprowadzenia.

2.4.4. Obowiązek leczenia niestacjonarnego

We wstępnej części artykułu dotyczącej postępowania wykonawczego zostało wskazane, że sądy zobowiązały uczestników postępowania do wykonania 135 obowiązków leczenia niestacjonarnego, z czego nad 80 z nich został ustanowiony nadzór kuratora.

2.4.5. Działanie sądu

Zaangażowanie sądów w wykonanie obowiązku leczenia niestacjonarnego było rozpatrywane pod względem współpracy z zakładem leczenia, z osobą uzależnioną od alkoholu, z kuratorami sądowymi oraz z innymi instytucjami i osobami.

Analizie poddano jedynie aktywność sądów skierowaną wobec innych podmiotów oraz osób. Poza zakresem badawczym znajdowały się działania sądów zmierzające wyłącznie do kontroli akt postępowania wykonawczego. Omawiane zagadnienia były analizowane przez odpowiedź na pytanie wielokrotnego wyboru.

Odnosząc się do działania sądu wobec zakładu leczenia, należy wskazać, że sądy podejmowały cztery rodzaje działalności.

Największa aktywność sądów dotyczyła zawiadomienia zakładu leczenia o nałożonym na osobę uzależnioną obowiązku poddania się terapii (72,6% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego). W niektórych przypadkach zaobserwowano praktykę polegającą na kierowaniu przez sąd do zakładów leczenia wniosków o wyznaczenie terminów przyjęcia osoby uzależnionej na leczenie.

Tabela 17 Działania sądu skierowane wobec zakładu leczenia			
Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (135)
Zawiadomienie zakładu leczenia o nałożonym na osobę uzależnioną obowiązku leczenia	98	102	72,6
Zwrócenie się do zakładu leczenia o informacje dot. przebiegu leczenia	75	168	55,6
Zwrócenie się do zakładu leczenia z wnioskiem o wyznaczenie terminu przyjęcia na leczenie	9	13	6,7
Poinformowanie zakładu leczenia o ukończeniu postępowania wykonawczego/odroczeniu wykonania obowiązku leczenia	3	3	2,2

Źródło: opracowanie własne.

Należy też zauważyć, że sądy w ponad połowie spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego (55,6%), same występowały do zakładów

leczenia o informacje w przedmiocie przebiegu leczenia. Może to wynikać z faktu, że w przypadku leczenia niestacjonarnego zakłady leczenia rzadko same podejmują inicjatywę poinformowania sądów o przebiegu kuracji. W przypadku leczenia stacjonarnego aktywność zakładów leczenia wynosiła 41,4% orzeczonych obowiązków leczenia stacjonarnego, a w przypadku leczenia niestacjonarnego – zaledwie 7,4% orzeczonych obowiązków. Poczynione ustalenia mogą wynikać z różnic istniejących pomiędzy jedną a drugą formą leczenia.

Działalność sądów w zakresie kontaktu z osobą uzależnioną polegała przede wszystkim na pisemnym wzywaniu osoby uzależnionej do stawiennictwa w zakładzie leczenia i podjęciu terapii – 56,3% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego.

Sądy bardzo rzadko zwracały się do uczestnika postępowania o informacje w przedmiocie wykonania obowiązku leczenia (14% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego) oraz równie rzadko korzystały z możliwości bezpośredniego spotkania z osobą uzależnioną (7,4% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego).

Tabela 18 Działania sądu skierowane wobec osoby uzależnionej od alkoholu			
Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (135)
Wezwanie osoby uzależnionej do stawiennictwa w zakładzie leczenia	76	102	56,3
Zwrócenie się do osoby uzależnionej o informacje dot. wykonania obowiązku leczenia	19	29	14
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem osoby uzależnionej	6	6	4,4
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora i osoby uzależnionej	4	4	3

Źródło: opracowanie własne.

Kolejne ustalenie badawcze dotyczące aktywności sądów wobec kuratorów sądowych wskazuje, że sądy częściej współpracują z kuratorami sądowymi, gdy pełnią oni nadzór nad wykonaniem określonego orzeczenia.

Powyższe wynika bowiem z faktu, że dwie najczęściej podejmowane przez sąd czynności (przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora oraz kierowanie zarządzeń o przekazanie teczek nadzoru/aktualnego sprawozdania) były adresowane do kuratorów pełniących nadzór w danej sprawie.

W pozostałych przypadkach, gdy kurator nie pełnił nadzoru nad wykonaniem obowiązku leczenia, sądy rzadko współpracowały z kuratorami sądowymi.

Analizując współpracę sądów z podmiotami trzecimi, należy wskazać, że sądy jakkolwiek aktywność w tym obszarze podjęły w 44 ze 135 postępowań dotyczących wykonania obowiązku leczenia niestacjonarnego.

Największą aktywność sądów odnotowano w zakresie kierowania do policji nakazów doprowadzenia osoby uzależnionej na leczenie (16,3% osób, wobec których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego).

Tabela 19 Działania sądu skierowane do kuratorów sądowych/Zespołu Kuratorskiej Służby Sądowej			
Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (135)
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora	19	52	14,1
Wydanie zarządzenia o przekazanie teczek nadzoru /aktualnego sprawozdania	14	39	10,4
Wydanie zarządzenia o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego	12	18	8,9
Wydanie zarządzenia o rozważenie wystąpienia z wnioskiem o zmianę formy leczenia	4	4	3
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora i osoby uzależnionej	4	4	3
Wydanie zarządzenia dotyczącego zajęcia przez kuratora stanowiska w określonej sprawie	2	2	1,4

Źródło: opracowanie własne.

Sądy łącznie jedynie wobec 18,5% osób, wobec których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego, podejmowały działania zmierzające do uzyskania informacji o osobie od podmiotów innych niż kurator bądź sam uczestnik postępowania. W żadnej ze spraw sądy nie podejmowały działań zmierzających do poprawy sytuacji osoby uzależnionej.

Tabela 20 Działania sądu skierowane do innych instytucji oraz osób			
Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (135)
Wydanie nakazu doprowadzenia przez policję	22	56	16,3
Zwrócenie się do policji o przekazanie informacji o osobie	10	11	7,4
Zwrócenie się do innych instytucji o przekazanie informacji o osobie	8	8	5,9
Wystąpienie do innych podmiotów z wnioskiem o rozważenie wystąpienia do sądu o zmianę formy leczenia	4	5	3
Zwrócenie się do OPS o przekazanie informacji o osobie	3	3	2,2
Zwrócenie się do placówek oświatowych o przekazanie informacji o osobie	0	0	0
Współdziałanie z podmiotami na rzecz poprawy sytuacji osoby uzależnionej	0	0	0

Źródło: opracowanie własne.

2.4.5. Wykonanie obowiązku leczenia niestacjonarnego

Informacje zawarte w aktach spraw pozwoliły na ustalenie wykonania obowiązku leczenia niestacjonarnego przez osobę uzależnioną od alkoholu wobec 127 ze 135

orzeczonych w tej formie obowiązków. Założono, że uczestnik wykonał postanowienie sądu, jeśli systematycznie uczestniczył w terapii i ukończył bądź kontynuował leczenie w chwili umorzenia postępowania wykonawczego.

Z badań wynika też, że jedynie 24 orzeczone obowiązki leczenia niestacjonarnego zostały wykonane, co stanowi 17,8% tych obowiązków.

Natomiast w pozostałych przypadkach ustalono, że:

- osoba uzależniona uczestniczyła w terapii, ale leczenie przerwała i go nie ukończyła (44 orzeczone obowiązki leczenia niestacjonarnego – 32,5% tych obowiązków);
- osoba uzależniona nie zapisała się na terapię i nie podjęła leczenia (33 orzeczone obowiązki leczenia niestacjonarnego – 24,5% tych obowiązków);
- osoba uzależniona jedynie zapisała się na terapię i nie podjęła dalszego leczenia – (16 orzeczonych obowiązków leczenia niestacjonarnego – 11,9% tych obowiązków);
- osoba uzależniona niesystematycznie uczestniczyła w terapii i leczenie to nadal trwa (10 orzeczonych obowiązków leczenia niestacjonarnego – 7,4% tych obowiązków);
- osoba uzależniona systematycznie uczestniczyła w terapii, ale nie wynikało z akt, czy leczenie to ukończyła bądź kontynuowała do końca trwania postępowania wykonawczego (6 orzeczonych obowiązków leczenia niestacjonarnego – 4,4% tych obowiązków);
- osoba uzależniona uczestniczyła w terapii do końca trwania postępowania wykonawczego, ale z akt nie wynikało, jak przebiegło to leczenie (2 orzeczone obowiązki leczenia niestacjonarnego – 1,5% tych obowiązków).

Najczęstszym powodem niewykonania obowiązku nałożonego przez sąd było przekonanie osób uzależnionych od alkoholu, że leczenie nie przyniesie efektów bądź że nie jest im potrzebne (43 niewykonanych obowiązków leczenia stacjonarnego – 31,8% ogółu tych obowiązków). Bardzo często osoby uzależnione wskazywały także, że nie mogą podjąć leczenia z powodu pracy (17 niewykonanych obowiązków leczenia stacjonarnego – 12,6% ogółu tych obowiązków).

Wszystkie przyczyny niewykonania obowiązku leczenia niestacjonarnego mające charakter subiektywny (jak np. opiekowanie się osobą bliską, brak czasu) zostały ustalone wyłącznie na podstawie deklaracji uczestników postępowania zgłaszanych w toku postępowania wykonawczego.

Sądy na 135 orzeczonych obowiązków leczenia niestacjonarnego zastosowały w 21 (15,6%) przypadkach nakaz doprowadzenia do zakładu leczenia. Sądy nie stosowały nakazów w 114 (84,4%) przypadkach.

Znikome korzystanie przez sądy z przymusowego doprowadzenia osoby uzależnionej na kurację wynika z charakteru tej formy leczenia, która polega na systematycznym uczestnictwie w terapii. Należy jednak zaznaczyć, że najczęściej sądy korzystały z pomocy policji w sytuacji, gdy osoba notorycznie odmawiała podjęcia leczenia.

Tabela 21 Przyczyny niewykonania obowiązku leczenia niestacjonarnego		
Powód	l. bezwzgl.	procenty
Osoba uzależniona uważa, że leczenie nie przyniesie efektów /nie potrzebuje leczenia	43	31,8
Nie wynikało to z akt	26	19,3
Osoba uzależniona pracuje	17	12,6
Osoba uzależniona nie ma środków finansowych na dojazd do zakładu leczenia	8	5,9
Osoba uzależniona przebywa w zakładzie karnym	7	5,2
Osoba uzależniona wyjechała/przebywa za granicą	6	4,4
Osoba uzależniona zmieniła miejsce zamieszkania	6	4,4
Leczenie zostało przerwane przez zakład leczenia z powodu niewłaściwego zachowania pacjenta	5	3,7
Osoba uzależniona opiekuje się osobą najbliższą	5	3,7
Osoba uzależniona jest w złym stanie zdrowia	5	3,7
Osoba uzależniona zmarła	4	3
Brak czasu	2	1,5
Osoba uzależniona nie chce podjąć takiej formy leczenia	2	1,5
Osoba uzależniona nie jest w stanie podać powodu, dlaczego przerwała leczenie	1	0,7

Źródło: opracowanie własne.

2.4.6. Zakończenie postępowania wykonawczego

Zgodnie z art. 34 ust. 1 u.w.t.p.a. obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu może trwać tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia sądu.

Dokonana analiza akt spraw wykazała, że postępowanie wykonawcze najdłużej i najczęściej trwało 2 lata (na potrzeby badania przyjęto, że 2 lata równa się 730 dniom), najkrócej trwało 99 dni, zaś średnio – 693 dni.

Postępowanie wykonawcze:

- w 180 sprawach (89,1%) trwało 701–730 dni;
- w 3 sprawach (1,5%) trwało 601–700 dni;
- w 2 sprawach (1%) trwało 501–600 dni;
- w 5 sprawach (2,5%) trwało 401–500 dni;
- w 6 sprawach (3%) trwało 301–400 dni;
- w 3 sprawach (1,5%) trwało 201–300 dni;
- w 3 sprawach (1,5%) trwało 99–200 dni.

Długość trwania postępowania wykonawczego uzależniona jest od sposobu jego zakończenia. Analizowane 202 postępowania zakończyły się poprzez: umorzenie postępowania wykonawczego w wyniku upływu 2 lat od chwili uprawomocnienia się postanowienia sądu (178 spraw, 88,1%), umorzenie postępowanie wykonawczego z powodu śmierci osoby uzależnionej od alkoholu (12 spraw, 5,9%), ustanie obowiązku

leczenia z powodu osiągnięcia celu leczenia (11 spraw, 5,4%), umorzenie postępowania wykonawczego z powodu niemożności jego kontynuowania (1 sprawa, 0,5%).

Główną przyczyną umorzenia postępowania wykonawczego był wpływ 2 lat od chwili uprawomocnienia się postanowienia sądu w przedmiocie ustanowienia obowiązku leczenia. Postępowania wykonawcze bardzo rzadko kończą się z powodu osiągnięcia celu leczenia. Powyższy wynik wykazuje, że wskazany przez ustawodawcę okres postępowania wykonawczego nie powinien ulec skróceniu.

3. EFEKTYWNOŚĆ SĄDOWEJ PROCEDURY ZOBOWIĄZANIA DO PODDANIA SIĘ LECZENIU ODWYKOWEMU

Dotychczasowa analiza akt wykazała, że osoby uzależnione od alkoholu wykonały:

- 57 orzeczonych obowiązków leczenia stacjonarnego, co stanowi 46,4% tych obowiązków;
- 24 orzeczone obowiązki leczenia niestacjonarnego, co stanowi 17,8% tych obowiązków.

Powyższe prowadzi do wniosku, że z łącznie orzeczonych 258 obowiązków leczenia odwykowego – zarówno w formie stacjonarnej, jak i niestacjonarnej – zostało wykonanych zaledwie 81 postanowień sądu, co stanowi 31,4% wszystkich obowiązków orzeczonych przez sąd.

Przedstawiony wynik nie stanowi jednak wszechstronnej odpowiedzi na pytanie o efektywność sądowej procedury zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu. Należy je bowiem uzupełnić o wyniki badań uzyskanych z analizy sytuacji osoby uzależnionej na końcowym etapie trwania postępowania wykonawczego. Samo ukończenie kuracji nie musi wiązać się z zaprzestaniem bądź ograniczaniem spożywania alkoholu przez osobę uzależnioną.

Analiza sytuacji osoby uzależnionej od alkoholu nie stanowi wyniku subiektywnej oceny autorki, lecz opiera się na danych zawartych w dokumentacji akt sądowych np. w sprawozdaniach końcowych sporządzonych przez kuratorów sądowych pełniących nadzór nad wykonaniem danego obowiązku leczenia.

Przeprowadzone badania pozwoliły ustalić, że:

- w przypadku leczenia stacjonarnego z 57 osób, które ukończyły tę formę kuracji u 15 (26,3%) z nich stwierdzono zaprzestanie bądź ograniczenie spożywania alkoholu;
- w przypadku leczenia niestacjonarnego z 24 osób, które ukończyły tę formy kuracji u 19 (79%) z nich stwierdzono zaprzestanie bądź ograniczenie spożywania alkoholu.

Powyższe prowadzi więc do wniosku, że spośród 81 osób, które wykonały postanowienie sądu, zaprzestanie bądź ograniczenie spożywania alkoholu stwierdzono jedynie u 34 osób, co stanowi 42% osób, które wykonały postanowienie sądu oraz 17% osób, wobec których orzeczono obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu.

Mając na uwadze przedstawione wyniki badań, należy uznać, że efektywność sądowej procedury zobowiązania osoby uzależnionej do poddania leczeniu odwykowemu charakteryzuje się bardzo niską skutecznością i wynosi 13%.

Odnosząc się do powyższego, należy wyraźnie zauważyć, że analiza zaprezentowanych danych nie stanowi wniosku mówiącego o rozwiązaniu problemu alkoholowego na skutek zastosowania sądowej procedury leczenia odwykowego. Zaprzestanie/ograniczenie spożycia alkoholu mogło być spowodowane różnymi czynnikami np. znalezieniem pracy, poprawą sytuacji osobistej co nie jest możliwe do ustalenia na podstawie akt sądowych. Należy także mieć na uwadze złożoność problematyki uzależnienia od alkoholu, która charakteryzuje się powrotem do spożycia alkoholu. Podsumowując, należy podkreślić, że nie jest możliwe określenie na podstawie analizy akt sądowych, czy procedura sądowego zobowiązania do leczenia odwykowego skutkuje zaprzestaniem spożycia alkoholu u osób zobowiązanych do tej formy leczenia.

4. WNIOSKI

Podsumowując przeprowadzoną analizę empiryczną:

- W zakresie charakterystyki osób objętych procedurą sądowego zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego, można wskazać, że: dotyczy ona osób pochodzących z rodzin, w których istniał już problem alkoholowy, o niskim wykształceniu, niemających stabilnego źródła utrzymania, o trudnej/bardzo trudnej sytuacji ekonomicznej, posiadających krewnych, a także własne rodziny prezentujących, po spożyciu alkoholu, zachowania agresywne. Obowiązek leczenia stosowany jest w większości przypadków wobec mężczyzn.
- W zakresie postępowania rozpoznawczego można wskazać, że: w większości przypadków jest ono inicjowane na skutek wniosku złożonego przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych. W większości spraw to na sądzie ciąży obowiązek przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych sądowych. Sądy bardzo rzadko korzystają z przewidzianych prawem nakazów doprowadzenia uczestnika postępowania na rozprawę lub badanie biegłych. W blisko jednej czwartej postępowań sąd nie poznał stanowiska uczestnika postępowania w przedmiocie obowiązku leczenia odwykowego. W zdecydowanej większości spraw, wnioski zawarte w opinii biegłych dotyczące rodzaju obowiązku leczenia pokrywają się z rozstrzygnięciem sądu. Czas trwania postępowania rozpoznawczego jest średnio ok. sześciokrotnie dłuższy od okresu wskazanego w ustawie, co prowadzi do wniosku, że postępowanie to, ze względu na charakter rozpatrywanych spraw, jest zbyt przewlekłe. Głównym powodem przewlekłości postępowania jest wykonywanie dowodu z opinii biegłych sądowych na etapie postępowania rozpoznawczego zamiast na etapie postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez prokuraturę albo gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych.
- W zakresie postępowania wykonawczego można wskazać, że: osoby uzależnione od alkoholu wykonały 46,4% orzeczonych obowiązków leczenia stacjonarnego. Osoby uzależnione od alkoholu wykonały 17,8% orzeczonych obowiązków leczenia niestacjonarnego. Głównym powodem niewykonania obowiązków nałożonych przez sąd było przekonanie

osób uzależnionych od alkoholu, że leczenie nie jest im potrzebne bądź nie przyniesie oczekiwanych rezultatów. Osoby uzależnione od alkoholu mogą podjąć pierwszą próbę leczenia stacjonarnego dopiero średnio po upływie 260 dni (8 miesięcy) po uprawomocnieniu się orzeczenia sądu. Średni okres oczekiwania na ustalenie terminu przyjęcia na leczenie stacjonarne zmniejsza się wraz z wyznaczaniem kolejnych terminów kuracji. Działanie sądu w toku postępowania wykonawczego polega głównie na współpracy z zakładem leczenia (np. ustalanie terminów przyjęcia na leczenie). Sądy rzadko współpracują z kuratorami sądowymi, osobami oraz instytucjami trzecimi oraz rzadko mają bezpośredni kontakt z osobą uzależnioną od alkoholu. Ustalenia tego nie należy traktować jako krytyki pracy sądów, lecz jako potrzebę wszechstronnego uregulowania postępowania wykonawczego w sprawach rodzinnych. W toku postępowania wykonawczego bardzo rzadko stosowano możliwość zmiany orzeczonego obowiązku leczenia. Główną przyczyną umorzenia postępowania wykonawczego był upływ 2 lat od momentu uprawomocnienia się postanowienia sądu.

5. REKOMENDACJE

Ewentualne zmiany prawne dotyczące procedury sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu mogą polegać albo na całkowitej rezygnacji z omawianej instytucji, albo na wprowadzeniu w niej określonych modyfikacji.

Odnosząc się do zmiany prawa polegającej na rezygnacji z procedury sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu, należy zauważyć, że:

- konstrukcja prawna omawianej instytucji jest wewnętrznie sprzeczna. Z jednej strony, osoba uzależniona, na etapie postępowania sądowego, zobowiązana jest wbrew swej woli do poddania się leczeniu odwykowemu, a z drugiej strony – jeżeli osoba uzależniona, na etapie wykonania orzeczonego obowiązku, nie zgadza się na podjęcie kuracji, to zakład leczenia czy też sąd nie mają prawa zmusić osoby uzależnionej do podjęcia i kontynuacji leczenia;
- omawiana instytucja jest sprzeczna z innymi regulacjami prawnymi odnoszącymi się do przymusowego leczenia uzależnień. Za autorami projektu ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przygotowanego w 2009 r.⁵¹ należy wskazać, że „(...) przepisy ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, ze zm.) nie przewidują leczenia przymusowego od uzależnienia od narkotyków (poza osobami małoletnimi – art. 30). Bez wątpienia uzależnienie od narkotyków jest zdecydowanie bardziej destrukcyjne niż alkoholizm; nie bez przyczyny posiadanie alko-

⁵¹ Zob. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pustawy_parpa_07102009.pdf (dostęp: 17.05.2017 r.).

holu nie jest ani przestępstwem, ani wykroczeniem, zaś posiadanie nawet niewielkiej ilości narkotyku stanowi przestępstwo (Rozdział 7 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). Także regulacja art. 74 § 1 Kodeksu karnego (...) przewiduje wymóg zgody skazanego na poddanie się terapii uzależnień (...);

- przeprowadzone badania sygnalizują, że omawiana instytucja ma niewielki wpływ na rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce. Badania przeprowadzone przez autorkę niniejszego raportu wskazują, że efektywność sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu wynosi 13%, badania przeprowadzone przez R. Kulmę wskazują, iż w analizowanych przez autora sprawach jedynie 28% orzeczeń o obowiązku podjęcia leczenia w zakładzie stacjonarnym oraz jedynie 10% orzeczeń o obowiązku podjęcia leczenia w zakładzie niestacjonarnym zostało wykonanych. Kontrola przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli wskazała, że ponad 60% osób zobowiązanych do podjęcia kuracji nie stawilo się na leczenie.

Odnosząc się do zmiany prawa polegającego na wprowadzeniu w procedurze sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu określonych modyfikacji, należy zauważyć, że:

- konieczne jest wprowadzenie zmian w przepisach prawnych mających na celu zwiększenie szybkości procedowania sądów na etapie postępowania rozpoznawczego, w wyniku których:
 - opinie biegłych sądowych w przedmiocie ustalenia uzależnienia danej osoby od alkoholu będą stanowić obligatoryjny załącznik wniosku o wszczęcie postępowania sądowego. Sądy jedynie wyjątkowo, na etapie postępowania rozpoznawczego, powinny zwracać się do biegłych sądowych o przeprowadzenie ww. dowodu,
 - pisma kierowane do sądu przez wnioskodawców, w szczególności gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, będą zawierać mniej braków formalnych,
- niezbędne jest wszechstronne określenie udziału sądów w postępowaniu wykonawczym, w tym sprecyzowanie współpracy sądów z osobami i instytucjami trzecimi, a także osobą uzależnioną od alkoholu. Obecnie obowiązujące regulacje prawne zawierają jedynie pobieżne wytyczne w tym zakresie. Należy więc całkowicie poprzeć stanowisko sędziów rodzinnych wyrażone w uchwale⁵² podjętej na XVII Kongresie Stowarzyszenie Sędziów Rodziny w Polsce, w której postulowano o: „niezwłoczne podjęcie działań zmierzających do nowelizacji Kodeksu postępowania cywilnego przez kompleksowe uregulowanie w nim postępowania wykonawczego, w tym postępowania wykonawczego w sprawach rodzinnych – zwłaszcza z uwagi na aktualną treść Regulaminu urzędowania sądów powszechnych”;

⁵² Zob. <http://www.ssswp.pl/aktualnosci.php?typ=uc&art=150&start=0&cirek=26> (dostęp: 17.05.2017 r.).

- przepisy prawne powinny wskazywać, jak często sądy zobowiązane są do sprawdzania realizacji orzeczonego obowiązku oraz sytuacji osoby uzależnionej i jej rodziny w przypadku, gdy w sprawie nie został ustanowiony nadzór kuratora sądowego;
- przepisy prawne powinny wprost nakładać na sądy oraz kuratorów sądowych obowiązek rozważenia, czy w danej sprawie nie istnieje konieczność zawiadomienia odpowiednich organów oraz służb o potrzebie wszczęcia postępowania karnego, opiekuńczego bądź procedury „Niebieskie Karty”.

Abstract

Monika Horna-Cieślak, Adjudicating and discharging the obligation to undergo addiction treatment under the Act on Education in Sobriety and Prevention of Alcohol Addiction

This article presents the results of empirical research regarding the court procedure of imposing obligatory of addiction treatment, which is regulated in the Act of 26 October 1982 on Education in Sobriety and Prevention of Alcohol Addiction. The Act provides for a court-imposed obligation for alcohol addicts to undergo addiction treatment in either stationary or non-stationary alcohol rehabilitation facility when the person addicted to alcohol (medical criterion) is responsible for breakdown of family life or demoralisation of minors, evades work, or regularly causes nuisance or disturbs public order (social criterion). The obligation to undergo treatment imposed by the court remains valid for as long as necessary, however for no longer than two years after the court order became valid. The court, while imposing the obligation to undergo treatment, may establish a court supervisor for the duration of this obligation. The procedure of alcohol addiction treatment consists of examination proceedings (the court rules on the necessity for the addicted person to undergo obligatory treatment) and enforcement proceedings (performance of the obligation imposed by the court). Taking into account the doubts regarding the efficiency and effectiveness of the above procedure, the author has undertaken comprehensive research in this field.

Keywords: *alcoholism, addiction treatment, procedure of court imposed obligation to undergo addiction treatment, act on upbringing in sobriety and counteracting alcoholism*

Streszczenie

Monika Horna-Cieślak, Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

Niniejszy artykuł prezentuje wyniki badań empirycznych dotyczących procedury sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu uregulowanej w ustawie z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Ustawa przewiduje możliwość sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego w sytuacji, gdy osoba nadużywająca alkohol (przesłanka medyczna) powoduje rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchyla się od pracy albo systematycznie

zakłóca spokój lub porządek publiczny (przesłanka społeczna). Nalożony przez sąd obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia. Orzekając o obowiązku poddania się leczeniu sąd może ustanowić na czas trwania tego obowiązku nadzór kuratora sądowego. Procedura leczenia odwykowego składa się więc z postępowania rozpoznawczego (sąd rozstrzyga o potrzebie zobowiązania osoby uzależnionej do podjęcia leczenia) oraz postępowania wykonawczego (służy zrealizowaniu obowiązku nałożonego przez sąd). Z powodu wątpliwości co do efektywności i skuteczności funkcjonowania wspomianej procedury autorka artykułu podjęła próbę kompleksowego jej zbadania.

Słowa kluczowe: alkoholizm, leczenie odwykowe, procedura sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

Literatura

1. M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Gryglewicz, M. Gałązka-Sobotka (red.), *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce*, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia i Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2013;
2. R. Kulma, *Efektywność wykonania orzeczeń sądowych o obowiązku podjęcia leczenia odwykowego*, Prawo w Działaniu 2010, nr 7;
3. J. Moskalewicz, A. Klejna, B. Wojtyniak, *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012;
4. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, *Rozwiązywanie problemów alkoholowych w gminie. Informator dla radnych*, Warszawa 2015.

Publikacje i dokumenty elektroniczne

5. Minister Zdrowia, *Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 r.*, <https://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/informacje-i-sprawozda/4632,informacje.html>;
6. Najwyższa Izba Kontroli, *Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe*, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10928,vp,13273.pdf>;
7. A. Nemś, Interpelacja poselska do Ministra Zdrowia z dnia 1.12.2016 r., nr 8289, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=04A6AE35&view=1>;
8. Obserwatorium Instytutu Łukasiewicza, *Czy alkoholika można zmuszać do leczenia?* <http://alkoholipapierosy.pl/czy-alkoholika-mozna-zmuszac-do-leczenia/>;
9. A. Ołdakowski, Interpelacja poselska do Ministra Zdrowia z dnia 16.01.2017 r., nr 9366 <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=4072FF74&view=1>;
10. Rzecznik Praw Dziecka, Wystąpienie generalne z dnia 23.03.2016 r., ZSR.422.11.2016.MK, <http://brpd.gov.pl/aktualnosci-wystapienia-generalne/pija-bija-leczenia-unikaja>;
11. Rzecznik Praw Dziecka, Wystąpienie generalne z dnia 17.10.2016 r., ZSR.422.11.2016.MK, <http://brpd.gov.pl/aktualnosci-wystapienia-generalne/opieszalosc-leczenia-uzaleznienniebezpieczna-dla-dzieci>;
12. Rzecznik Praw Obywatelskich, Wystąpienie generalne z dnia 23.08.2013 r., RPO-667951-V/IIGM, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2011/02/667951/1747559.pdf>;
13. Stowarzyszenie Sędziów Rodziny w Polsce, *Uchwała XVII Kongresu Stowarzyszenia Sędziów Rodziny w Polsce z dnia 10 września 2015 r.* <http://www.ssrwp.pl/aktualnosci.php?typ=uc&art=150&start=0&irek=25>;
14. Świat Problemów, *Prawa pacjenta w placówkach Leczenia uzależnienia od alkoholu*, <http://www.swiatproblemow.pl/prawa-pacjenta-w-placowkach-leczenia-uzalezniennia-od-alkoholu/>.