

EFEKTYWNOŚĆ WYKONANIA ORZECZEŃ SĄDOWYCH O OBOWIĄZKU PODJĘCIA LECZENIA ODWYKOWEGO

I. WPROWADZENIE

1. CEL BADANIA I MOTYWY JEGO PODJĘCIA

Ocena efektywności podejmowanych działań w celu skierowania osoby uzależnionej od alkoholu na leczenie odwykowe wymaga kilku wyjaśnień. Przede wszystkim należy oddzielić pojęcie **efektywności leczenia** uzależnienia od **efektywności wykonania orzeczenia sądowego** nakładającego obowiązek podjęcia leczenia. Nie są to pojęcia tożsame, mimo że wprowadzenie możliwości „zmuszenia do leczenia” miało w założeniu podnieść jego skuteczność. Orzeczenie sądowe nakłada jedynie obowiązek podjęcia, nie zaś ukończenia terapii, nie określa zatem, jakie skutki ma przynieść wykonanie tego obowiązku.

W niniejszym opracowaniu zostały przedstawione wyniki badania skuteczności wykonania orzeczeń sądów rodzinnych dotyczących obowiązku poddania się leczeniu osoby uzależnionej od alkoholu. Badanie miało na celu weryfikację przeświadczenia osób związanych bezpośrednio z orzekaniem obowiązku leczenia odwykowego oraz osób wykonujących te orzeczenia, że obowiązek ten niejednokrotnie jest fikcją, ponieważ brakuje środków, aby skutecznie wyegzekwować wykonanie postanowienia sądu. Należało więc ustalić, między innymi, ile orzeczeń sądowych zostaje wykonanych, jakie są główne przyczyny ich niewykonania, jakie czynności podejmuje sąd w celu zmuszenia bądź zmotywowania osoby uzależnionej do podjęcia leczenia oraz czy wysiłki ze strony wymiaru sprawiedliwości są współmierne do osiągniętych efektów.

Badaniem objęto sprawę dotyczące wykonywania obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie stacjonarnym (zamkniętym) i niestacjonarnym (leczenie ambulatoryjne). Wykonanie każdego z wymienionych

obowiązków wymaga innego podejścia, a w konsekwencji oddzielnego badania.

2. PODSTAWY PRAWNE LECZENIA ODWYKOWEGO

Obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu uzależnienia od alkoholu wynika z ustawy z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (zwanej dalej ustawą)¹.

Polskie ustawodawstwo nie przewiduje obowiązku poddania się leczeniu lub zabiegom medycznym bez zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub małoletniej). Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego² wprowadziła również obowiązek uzyskania zgody pacjenta na objęcie go leczeniem psychiatrycznym (art. 22 ust. 1). Odstępstwo od wymogu zgody pacjenta uzasadniają sytuacje, w których pacjent (jego ustawowy przedstawiciel) nie jest w stanie świadomie wyrazić zgody, a jego stan zagraża życiu, grozi ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia (art. 30 i 32 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry³). Wymienione akty prawne wywołują dyskusje na temat etyki nakładania obowiązku leczenia oraz samego leczenia tych osób.

Ustawodawca w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i zapobieganiu alkoholizmowi wymienił jednak okoliczności, które wskazują na potrzebę interwencji. Osoba uzależniona może zostać zobowiązana do podjęcia leczenia, gdy w związku z nadużywaniem alkoholu powoduje rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchyla się od pracy albo systematycznie zakłóca spokój lub porządek publiczny. Można więc przyjąć, że zobowiązanie do podjęcia leczenia jest uzasadnione z uwagi na negatywne konsekwencje społeczne zignorowania wymienionych wyżej sygnałów. Ustawodawca dał temu wyraz w preambule ustawy: „Uznając życie obywateli w trzeźwości za niezbędny warunek moralnego i materialnego dobra narodu [...]”.

Leczeniem odwykowym zajmują się stacjonarne i niestacjonarne zakłady lecznictwa odwykowego. Orzekanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu leży w kompetencji wydziałów rodzinnych sądów

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

² Dz.U. Nr 111, poz. 535 ze zm.

³ Tekst jedn. Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm.

rejonowych⁴. Instytucjami uprawnionymi do składania wniosku o orzeczenie obowiązku leczenia są gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych oraz jednostki prokuratury.

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

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

W celu przeprowadzenia badań diagnostycznych, rozprawy sądowej lub wykonania orzeczenia sąd może wydać nakaz doprowadzenia przez policję. Zgodnie z art. 33 ustawy w niezbędnych wypadkach oraz na czas konieczny do wykonania zarządzenia sądu policja ma prawo do zatrzymania osoby doprowadzanej.

Na czas trwania obowiązku leczenia sąd może ustanowić nadzór kuratora. Sposób jego sprawowania regulowany jest odrębnym aktem — rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z 12 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych⁵.

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

Ze względu na efektywność wykonywania orzeczeń sądowych ważną regulacją prawną jest również rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 6 maja 1983 r. w sprawie regulaminów stacjonarnych zakładów lecznictwa odwykowego oraz domów pomocy społecz-

⁴Zob. szerzej na ten temat: R. Schmidt, *Postępowanie sądowe o zobowiązanie osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu*, „Rodzina i Prawo” 2008, nr 7–8, s. 56–83 oraz powołaną tam literaturę.

⁵Dz.U. Nr 112, poz. 1064.

nej dla osób uzależnionych od alkoholu⁶. Regulamin określa, między innymi, długość pobytu pacjenta w oddziale odwykowym (nie może on być dłuższy niż trzy miesiące, w oddziale detoksykacyjnym zaś 14 dni). Pacjenci nie mogą opuszczać terenu oddziału bez zezwolenia kierownika zakładu, mogą natomiast otrzymać przepustkę na okres nieprzekraczający 3 dni. Osoby, które naruszają postanowienia regulaminu, mogą być — po uprzednim ostrzeżeniu — przeniesione do oddziału innego zakładu.

W regulaminie zostały także określone warunki, w których pracownicy zakładu mogą używać przymusu bezpośredniego wobec pacjentów. Może on być zastosowany wyłącznie wtedy, gdy u pacjenta zostanie stwierdzony stan zagrażający jego życiu lub wtedy, gdy jego stan zagraża zdrowiu lub życiu innych osób. W tych sytuacjach pracownicy zakładu mogą ograniczyć swobodę ruchu pacjenta poprzez przytrzymywanie, założenie kaftana lub pasów bezpieczeństwa.

Pacjenci mogą zostać wypisani z zakładu leczniczego:

- 1) na podstawie wyników leczenia uzasadniających jego zakończenie,
- 2) na żądanie pacjenta w terminie do 24 godzin od chwili zgłoszenia tego żądania kierownikowi oddziału,
- 3) z powodu naruszania przez pacjenta regulaminu oddziału,
- 4) na wniosek rady pacjentów, jeżeli pacjent uporczywie narusza postanowienia samorządu oddziału,
- 5) w razie samowolnego opuszczenia oddziału po upływie 48 godzin.

Przepisów tych nie stosuje się jednak wobec pacjentów, wobec których sąd orzekł obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu⁷. Nakładanie przez sąd obowiązku leczenia spotyka się często z opinią, że godzi ono w podstawowe prawa człowieka. Co do zasady bowiem pacjenci muszą wyrazić zgodę na leczenie, co gwarantują prawa konstytucyjne, a także ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Również Kodeks karny (art. 192) penalizuje wykonywanie zabiegu bez zgody pacjenta.

⁶Dz.U. Nr 25, poz. 115.

⁷Mimo że przepis ten nie stosuje się do podopiecznych sądu, to zdarzały się sprawy, w których zakłady stacjonarne zawiadaniały sąd o wypisie pacjenta z uwagi na jego samowolne oddalenie się lub niepowrót z przepustki.

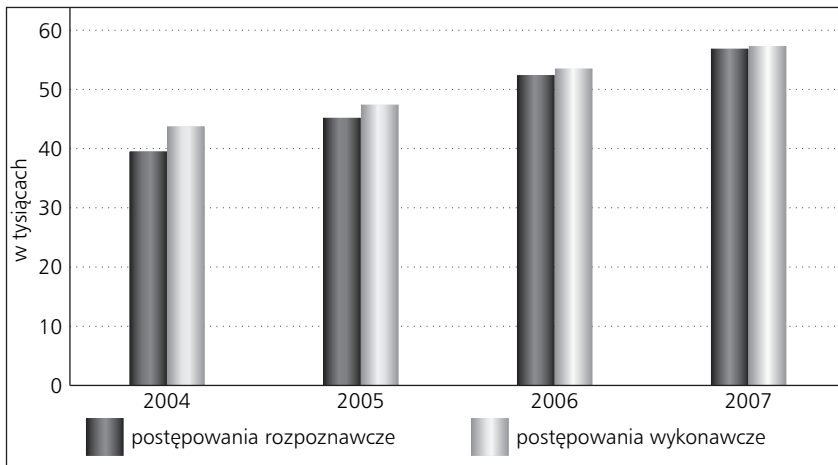
3. EWIDENCJA SPRAW O OBOWIĄZKU PODJĘCIA LECZENIA — DANE STATYSTYCZNE

Podstawą rozpoczęcia badań oraz ustalenia liczby spraw i ich rodzaju były statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości⁸, które pozwalają na wstępną ocenę skuteczności wykonania orzeczeń sądowych dotyczących obowiązku leczenia. Same dane statystyczne są jednak niewystarczające do wskazania przyczyn niewykonywania orzeczeń oraz wyjaśnienia, w jaki sposób sądy interpretują przepisy ustawy.

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

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

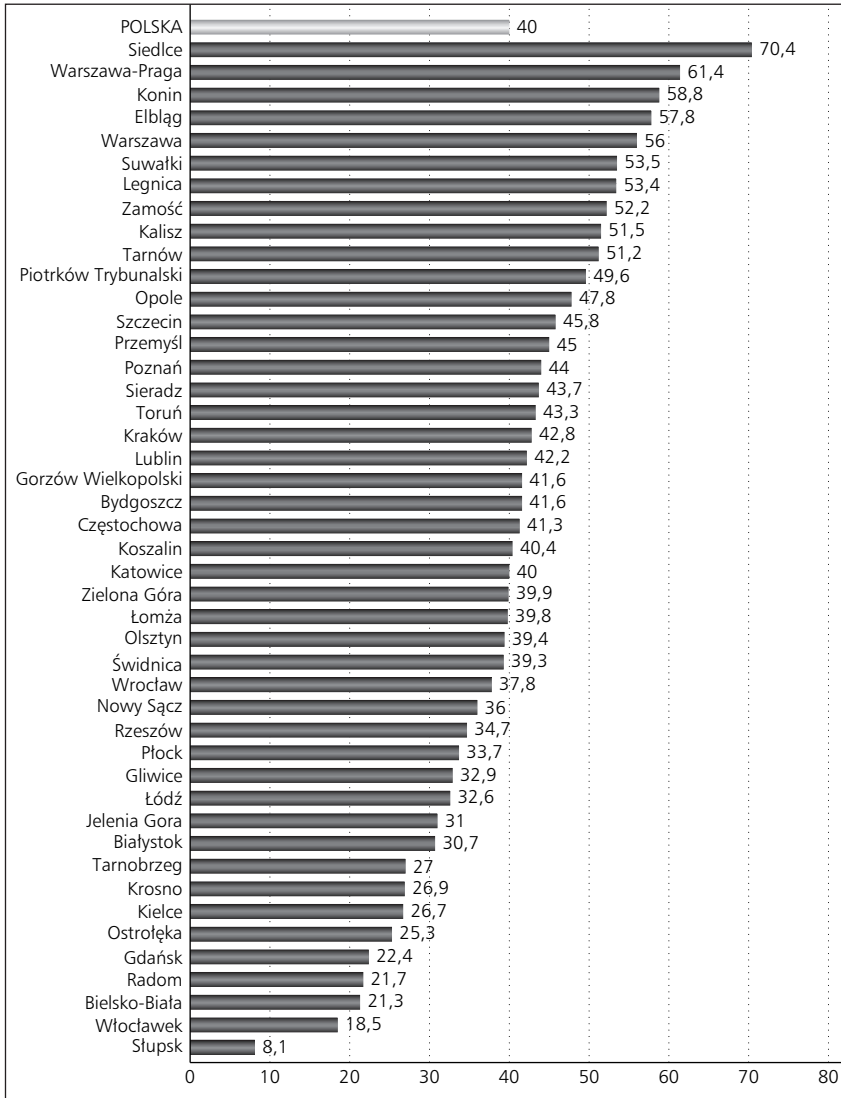
Wykres 1. Sprawy o orzeczenie obowiązku podjęcia leczenia odwykowego



Źródło: Opracowanie własne.

⁸Dane przedstawione w niniejszym opracowaniu były przekazane Instytutowi Wymiaru Sprawiedliwości przez Departament Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości.

Wykres 2. Odsetek spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego (I połowa 2007 r.)



Źródło: Opracowanie własne.

Tylko w latach 2004–2007 nastąpił wzrost postępowań rozpoznawczych o 44%. Liczba postępowań wykonawczych wzrosła zaś o niemal jedną trzecią (wykres 1).

W rozpatrywanych latach średnio jedynie 40% uzależnionych udało się umieścić w ośrodku stacjonarnym. Są jednak okręgi (Ostrołęka, Kielce, Krosno), w których w pierwszej połowie 2007 r. jedynie co czwarty uczestnik trafił do zakładu leczniczego, a w innych (Włocławek, Bielsko-Biała, Radom) — co piąty (wykres 2). Zdecydowanie najniższa efektywność cechuje okręg ślupski, w którym jedynie 8% uczestników postępowania sądowego skierowanych do zakładu stacjonarnego zostało w nim umieszczonych.

Innym problemem związanym z obowiązkiem leczenia stacjonarnego jest długi czas oczekiwania na wyznaczenie terminu leczenia przez ośrodki lecznicze. W niektórych okręgach sądowych okres ten trwa do 16 miesięcy (np. w Kielcach) czy nawet dochodzi do 19 miesięcy (np. w Łomży) (wykres 3). Średni czas oczekiwania (dla całej Polski) wyniósł w pierwszej połowie 2007 r. 6,5 miesiąca⁹. Odległe terminy leczenia często uniemożliwiają wykonanie orzeczenia, szczególnie wtedy, gdy osoba uzależniona nie stawia się w ośrodku, gdyż na wyznaczenie kolejnego terminu może zabraknąć czasu z uwagi na dwuletni okres trwania obowiązku podjęcia leczenia.

II. PRZEDMIOT I METODA BADAŃ

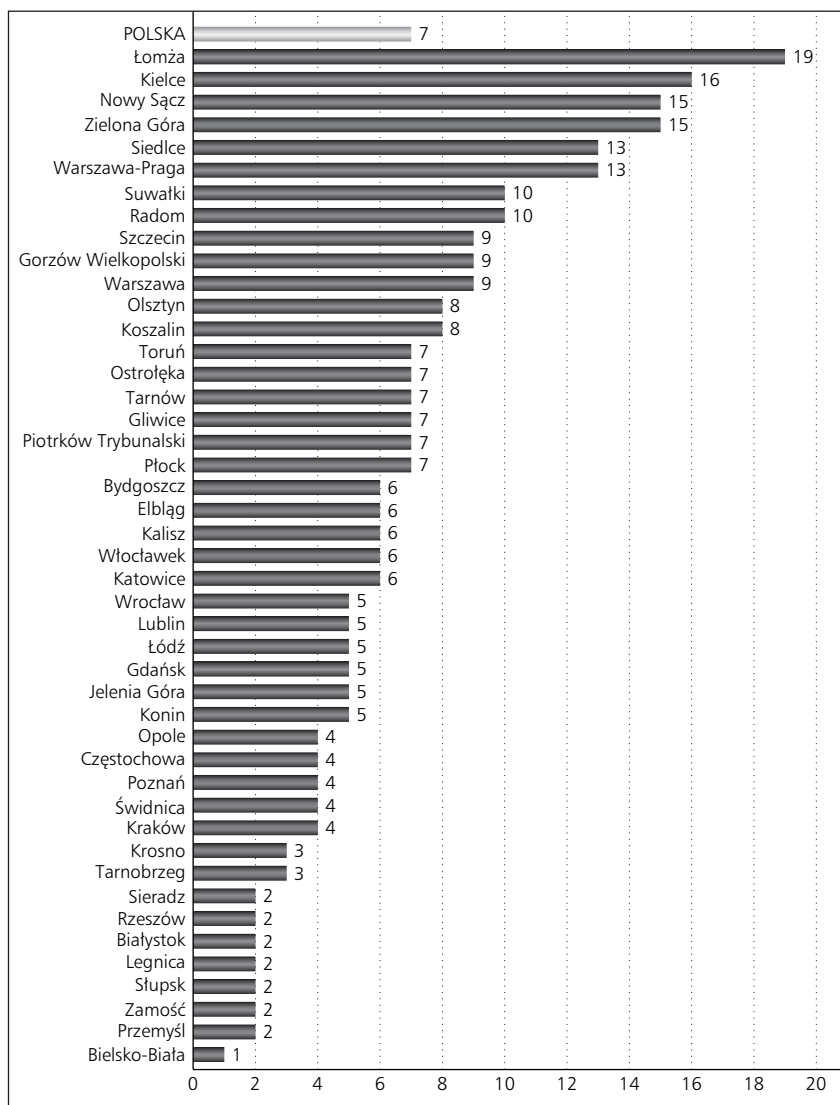
1. PRZEDMIOT BADANIA

Określenie ustawowe „podjęcie leczenia” nie jest jednoznaczne. Może oznaczać zapisanie się na terapię w przypadku obowiązku podjęcia leczenia ambulatoryjnego lub stawienie się w zakładzie stacjonarnym w terminie przez niego wyznaczonym.

Ustalenie okresu trwania obowiązku leczenia dodatkowo zobowiązuje do ukończenia pewnego etapu leczenia. Artykuł 34 ust. 1 ustawy wskazuje, że obowiązek poddania się leczeniu trwa dopóty, dopóki wymaga tego cel leczenia. Wynika z tego zatem, że uczestnik postępowania, chcąc wykonać orzeczenie o obowiązku podjęcia leczenia w formie sta-

⁹ Odsetek odnosi się do liczby spraw umorzonych lub podlegających umorzeniu w okresie 1.01–30.06.2007 r.

Wykres 3. Średnia długość oczekiwania na wyznaczenie terminu leczenia według okręgów sądowych (w miesiącach)



Źródło: Opracowanie własne.

cjonarnej, musi otrzymać wypis z ośrodka stacjonarnego stwierdzający zakończenie tego etapu leczenia¹⁰ lub zakończyć terapię (np. popularną terapię 12 kroków), przy nałożonym obowiązku leczenia w formie ambulatoryjnej. Analiza skuteczności wykonania orzeczeń za pomocą badania akt sądowych wykonawczych uwzględnia zatem tak rozumiane podjęcie leczenia.

2. OPIS DOBORU PRÓBY

Dobór próby badania akt sądowych wykonawczych przebiegał w dwóch etapach. Pierwszym było uzyskanie informacji o liczbie orzeczeń dotyczących obowiązku leczenia wydanych przez sądy w 2006 r. Wybór okresu nie był przypadkowy, lecz wynikał z faktu, że postępowanie wykonawcze może trwać najdłużej 2 lata. Założeniem metodologicznym było zbadanie spraw najnowszych oraz takich, których wykonywanie już się zakończyło. Tylko takie sprawy można było bowiem ocenić pod względem efektywności wykonania orzeczenia. Badanie miało być prowadzone w drugim półroczu 2008 r., a zatem pod uwagę wzięto tylko te orzeczenia, które uprawomocniły się w pierwszym półroczu 2006 r.

W 2006 r. wydano prawomocnie 30 397 orzeczeń, przyjęto więc, że ich liczba w pierwszej połowie roku będzie oscylowała wokół 15 tysięcy. Założono, że należy zbadać co najmniej 3% akt, aby badanie mogło odpowiedzieć na postawione na wstępie pytania.

W drugim etapie doboru próby dokonano wyboru sądów objętych badaniem. W Polsce funkcjonuje 218 wydziałów rodzinnych w sądach rejonowych. Za pomocą losowania prostego, systematycznego wybrano 54 sądy rejonowe¹¹. Założeniem metodologicznym było wylosowanie co najmniej 15% sądów (48 sądów) oraz nadwyżki 6 sądów z uwagi na to, że niektóre sądy z różnych powodów nie udostępniają akt sprawy. Następnie zwrócono się do wydziałów rodzinnych tych sądów o wskazanie sygnatur spraw, w których w pierwszej połowie 2006 r. został orzeczony obowiązek podjęcia leczenia odwykowego. Poproszono również o podział sygnatur ze względu na orzeczony obowiązek leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego.

¹⁰ Leczenie w zakładzie stacjonarnym jest pierwszym etapem leczenia uzależnienia. Ma ono za zadanie uświadomić pacjentowi istnienie problemu oraz potrzebę jego rozwiązania za pomocą długotrwałej (nawet dwuletniej lub dłuższej) terapii.

¹¹ Lista sądów została przedstawiona w aneksie.

Otrzymano 460 akt wykonawczych. W 269 sprawach orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu w formie ambulatoryjnej, a w 191 — w formie stacjonarnej. Badanie aktowe przeprowadzono we wrześniu i październiku 2008 r.

3. SCHEMAT BADANIA I WYKORZYSTANE NARZĘDZIA

Badania aktowe zrealizowano w czterech etapach. Były to: konstrukcja kwestionariuszy ankiet, właściwe badania aktowe wylosowanych akt wykonawczych, utworzenie baz danych na podstawie odpowiedzi z ankiet, jakościowa i ilościowa analiza uzyskanych wyników.

Ponieważ badanie dotyczyło skuteczności dwóch *de facto* różnych typów orzeczeń, dla każdego z nich skonstruowano oddzielne kwestionariusze. Pytania kwestionariuszowe, mimo że inaczej sformułowane, miały ten sam cel: miały wskazać, w jakim zakresie wykonywane są orzeczenia, kto je wykonuje i jakie problemy pojawiają się podczas ich realizacji.

Jeśli chodzi o wykonywanie orzeczeń dotyczących zakładów ambulatoryjnych, to pytania ankiety koncentrowały się na uzyskaniu odpowiedzi, ile osób podjęło leczenie, czy leczenie było systematyczne i jakie środki musiał powziąć sąd, aby osoba uzależniona poddała się leczeniu.

W przypadku wykonywania orzeczeń dotyczących zakładów lecznictwa odwykowego zamkniętego skupiono się również na liczbie wykonanych orzeczeń, możliwości przyjmowania pacjentów przez zakłady stacjonarne, czasie oczekiwania na wolne miejsce w ośrodku oraz na okresie pobytu osoby uzależnionej w ośrodku.

W przypadku obydwu środków badano również długość trwania postępowania rozpoznawczego, koszty badań wykonywanych przez biegłych oraz koszty konwojowania przez policję.

Kwestionariusz ankiety został skonstruowany podczas badania pilotażowego 20 spraw — po 10 z każdego rodzaju orzeczenia.

Na podstawie odpowiedzi uzyskanych po przeprowadzeniu badań aktowych utworzono dwie bazy danych. Odpowiedzi zamknięte i półotwarte zostały zakodowane i wprowadzone do bazy w programie SPSS przeznaczonym do ilościowej analizy statystycznej. Na tym etapie oraz już po wprowadzeniu wszystkich odpowiedzi do komputera przeprowadzono kategoryzację odpowiedzi półotwartych. Odpowiedzi otwarte ankiety zostały przepisane do specjalnie przygotowanego formularza, dzięki któremu można było przeprowadzić ich typologizację.

4. CHARAKTERYSTYKA AKT WYKONAWCZYCH

Badane akta nie były wyłącznie aktami wykonawczymi. Dokumentacja zebrana w jednej obwoluście zawierała materiały dotyczące postępowania rozpoznawczego oraz wykonawczego. W sprawach, w których w trakcie trwania postępowania wykonawczego następowała zmiana orzeczenia, dołączone były drugie akta obejmujące dokumentację z postępowania o zmianę orzeczenia.

Mimo że badanie miało obejmować jedynie sposób wykonania orzeczonego środka, to materiał zebrany w postępowaniu rozpoznawczym był również pomocny, ponieważ wskazywał, kto składał wnioski o zobowiązanie do leczenia, przedstawiał opinie biegłych czy wywiady środowiskowe przeprowadzone przez kuratorów sądowych. W tej części akt znajdowały się nakazy doprowadzenia uczestnika przez policję na badania lub do sądu na rozprawę. Można było także uzyskać informacje dotyczące: kosztów prowadzonych badań i konwojowania, czasu trwania postępowania i czynności podejmowanych przez sąd.

Część wykonawcza akt sądowych różniła się w zależności od tego, jaki rodzaj leczenia zastosował sąd i czy ustanowił nadzór kuratora.

Najmniej dokumentów zawierały akta dotyczące obowiązku podjęcia leczenia w trybie stacjonarnym przy braku ustanowionego nadzoru kuratora. W części wykonawczej postępowania w takiej sprawie znajdowała się jedynie korespondencja między sądem i placówką leczniczą, dotycząca wyznaczenia terminu leczenia i potwierdzenia, czy osoba uzależniona podjęła leczenie. W wielu przypadkach wydawane były nakazy doprowadzenia osoby uzależnionej do szpitala przez policję oraz — zdecydowanie rzadziej — zarządzenia przeprowadzenia przez kuratora wywiadu środowiskowego.

W aktach spraw, w których orzeczono obowiązek poddania się leczeniu w formie stacjonarnej, ale z dodatkowo ustanowionym nadzorem kuratora, oprócz wyżej wymienionych dokumentów znajdują się karty czynności oraz sprawozdania z wywiadów środowiskowych sporządzone przez kuratorów. Dzięki nim można było uzyskać informacje na temat efektów leczenia bądź jego kontynuacji po opuszczeniu szpitala przez osobę uzależnioną.

Dokumentacja dotycząca leczenia ambulatoryjnego bez orzeczonego nadzoru kuratora zawierała korespondencję prowadzoną z poradnią uzależnień w celu uzyskania informacji, czy osoba uzależniona podjęła leczenie, korespondencję z uczestnikiem postępowania w celu zo-

bowiązania go do przedstawienia zaświadczenia o podjętym leczeniu oraz czasami nakazy doprowadzenia przez policję do poradni uzależnień. W aktach tych postępowań znajdują się także sprawozdania z wywiadów środowiskowych sporządzone przez kuratorów oraz protokoły z posiedzeń wykonawczych z udziałem uczestnika postępowania.

Najwięcej dokumentów zawierały akta w tych sprawach, w których orzeczono obowiązek podjęcia leczenia ambulatoryjnego z jednoczesnym ustanowieniem nadzoru kuratora. Dokumentacja takiego postępowania powiększała się o sprawozdania z prowadzonego nadzoru, karty czynności kuratora, korespondencję kuratora z poradnią uzależnień, zaświadczenia o podjętym leczeniu lub inne dokumenty świadczące o działaniach podejmowanych przez kuratorów, w chwili gdy uczestnik postępowania uchylał się od wykonania orzeczenia.

Wszystkie sprawy kończyły się na ogół postanowieniem o umorzeniu postępowania z uwagi na to, że mijały 2 lata od momentu uprawomocnienia się orzeczenia o obowiązku poddania się leczeniu.

W pojedynczych przypadkach można było znaleźć w aktach nietypowe dokumenty, takie jak: zaświadczenie o podjętej pracy za granicą, zaświadczenie o stanie zdrowia osoby uzależnionej, wniosek uczestnika o zmianę terminu rozpoczęcia leczenia.

III. WYKONANIE ORZECZEŃ O OBOWIĄZKU PODJĘCIA LECZENIA NIESTACJONARNEGO

W celu wykonania orzeczenia obowiązku leczenia w formie ambulatoryjnej sąd pisemnie zobowiązuje osobę uzależnioną do stawienia się w poradni uzależnień lub w innym ośrodku spełniającym w danej miejscowości rolę poradni odwykowej. W niektórych sprawach sąd wyznaczył termin, do którego uczestnik musiał zgłosić się do poradni, aby rozpocząć leczenie, w innych termin ten nie był określony. Sąd rzadko nakazywał policji doprowadzenie uczestnika do poradni, ponieważ podjęcie leczenia w tej formie wymaga systematycznego (na ogół dwa razy w tygodniu) uczęszczania na spotkania terapeutyczne. Trudno zatem oczekiwać, aby w przypadku unikania leczenia przez osobę uzależnioną policja za każdym razem dowoziła ją do poradni. Sąd stosuje kontrolę wykonania orzeczenia w postaci zobowiązania uczestnika do przedstawienia zaświadczenia o podjętym leczeniu, kieruje pismo z zapytaniem

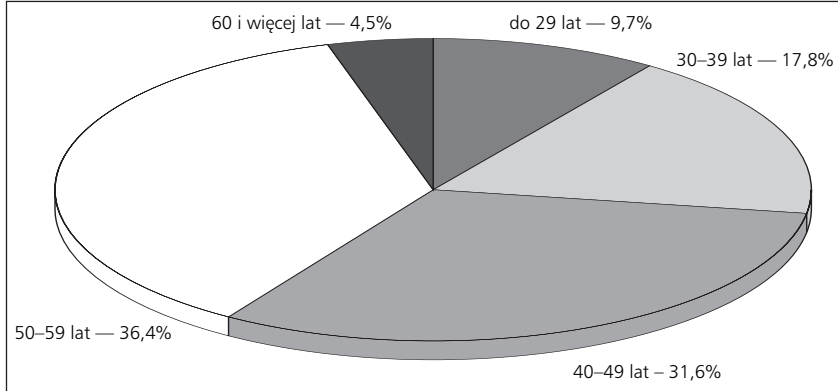
o taką informację do poradni uzależnień, zarządza przeprowadzenie wywiadu środowiskowego bądź ustanawia nadzór kuratora.

1. CHARAKTERYSTYKA SPRAW

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

W badanych sprawach orzeczenia zapadły wobec 27 kobiet (10% spraw) i 242 mężczyzn (90% spraw). Wiek uczestników w chwili wydania orzeczenia miał następującą strukturę: 10% uczestników miało do 30 lat (w tym jedynie niecałe 3% osób w wieku do 25 lat), blisko 20% osób liczyło 30–40 lat, niemal 30% to osoby w wieku 40–50 lat (wykres 4). Największą grupę stanowili uczestnicy w wielu 50–59 lat — ponad 36%. Osób powyżej „sześćdziesiątki” było już niewiele, jednak i tak więcej niż tych do 25. roku życia — 4,5%.

Wykres 4. Zakłady niestacjonarne — wiek uczestników postępowania



Źródło: Opracowanie własne.

Średni wiek wszystkich uczestników w badanych sprawach wynosił 44 lata. Taki sam wiek miał przeciętnie każdy mężczyzna (z uwagi na to, że mężczyźni stanowili 90% uczestników), kobieta zaś o trzy lata więcej, tj. 47 lat.

Z badanych akt wynika, że około 20% osób było karanych¹². Nieco ponad 30% osób deklarowało niekaralność (informacje pochodzą z opinii biegłych, protokołów z rozprawy sądowej lub wywiadów kuratora). O pozostałych osobach nie było żadnych informacji w aktach. Przepęstwa popełnione przez uczestników to: znęcanie się nad osobą najbliższą — 36 osób, prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości — 8 osób, znęcanie się nad osobą najbliższą oraz naruszenie czynności narządu ciała (art. 157 § 2 Kodeksu karnego) — 2 osoby.

Jednostki prokuratury złożyły wnioski o zobowiązanie do leczenia w jednej trzeciej spraw, przy czym jedynie połowa z nich była konsekwencją prowadzonego postępowania przygotowawczego w sprawie o popełnienie przestępstwa. Pozostałe sprawy były wszczęte na wniosek komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

2. DŁUGOŚĆ TRWANIA POSTĘPOWANIA ROZPOZNAWCZEGO

Postępowanie sądowe, tzn. okres od wpisania sprawy do repertorium do wydania nieprawomocnego orzeczenia, trwało średnio trzy miesiące i trzy dni. Rozpiętość tego okresu jest jednak bardzo duża. W 10% spraw postępowanie trwało do miesiąca, od 1 do 2 miesięcy w 20% spraw, od 2 do 4 miesięcy w 48% spraw, od 4 do 6 miesięcy w 15% spraw, a powyżej 6 miesięcy w 7% spraw (w tym w czterech sprawach postępowanie trwało od roku do półtora).

Na długość postępowania składało się wiele czynników. Jednym z nich był czas oczekiwania na przeprowadzenie badań przez biegłych w zakresie uzależnienia od alkoholu.

Badane sprawy można było podzielić na dwie grupy. W pierwszej sąd nie przeprowadzał dowodu z badań biegłych ze względu na to, że było ono wykonane przed wszczęciem sprawy na wniosek komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratury. W drugiej grupie spraw badanie było przeprowadzone podczas postępowania sądowego. Czas trwania całego postępowania wynosił średnio miesiąc i dwa tygodnie w pierwszej grupie oraz cztery miesiące w drugiej grupie spraw.

Czas niezbędny do przeprowadzenia badania i sporządzenia opinii biegłego przedłuża postępowanie. Problemem jest przede wszystkim

¹²Karalność uczestników była ustalona na podstawie informacji zawartych w aktach sądowych, tj. na podstawie wywiadów środowiskowych przeprowadzanych przez kuratorów sądowych, protokołów posiedzeń lub dokumentacji dołączanej do wniosku składanego przez komisję rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuraturę.

niechęć osoby uzależnionej do poddania się badaniu, jedyną zaś konsekwencją zarządzenie wydania nakazu doprowadzenia przez policję. Zawsze jednak sądy zwracały się w pierwszej kolejności do uczestnika celem powiadomienia o terminie badania, a nakaz doprowadzenia przez policję wydawany był dopiero po dwukrotnym niestawieniu się na badanie.

W 184 sprawach (68% ogółu zbadanych spraw) badanie było przeprowadzone w czasie trwania postępowania sądowego. Sąd musiał wydać nakaz doprowadzenia w stosunku do 12% osób: w tym w przypadku 11 osób nakaz był wydany co najmniej trzykrotnie.

Tabela 1. Liczba wydanych nakazów doprowadzenia w postępowaniu rozpoznawczym

Liczba wydanych nakazów doprowadzenia na badanie	Liczba spraw
1	6
2	5
3	4
4	4
7	1
8	2
Ogółem: 22	

Źródło: Opracowanie własne.

Oczywiste jest, że wyższa liczba wydanych nakazów oraz wyznaczenie kolejnych terminów badania skutkuje wydłużeniem czasu trwania postępowania.

Drugim czynnikiem wydłużającym postępowanie było niestawienie uczestników na rozprawie sądowej. Niektóre sądy odraczały rozprawę ze względu na nieobecność osoby, przeciwko której toczyło się postępowanie, inne wydawały orzeczenie końcowe bez jej udziału. Bliższe 10% spraw kończyło się już po pierwszej rozprawie. W tych sprawach opinia biegłych była dołączona do wniosku, świadkowie zaś stawili się na wezwanie sądu. Sąd dysponował zatem pełnym materiałem dowodowym już na pierwszym posiedzeniu i bez względu na to, czy osoba objęta obowiązkiem leczenia była obecna na rozprawie, czy nie, kończył postępowanie, wydając postanowienie. W ponad połowie spraw odbyły się dwa posiedzenia. Na pierwszym sąd zazwyczaj wydawał postanowienie o skierowaniu uczestnika na badanie w celu stwierdzenia uzależnienia,

a na drugim — po otrzymaniu wyników badania — kończył postępowanie orzeczeniem obowiązku podjęcia leczenia odwykowego. W pozostałych sprawach odbyły się trzy (25% spraw) lub cztery rozprawy i więcej (11% spraw). Większa liczba posiedzeń wynikała z niestawiennictwa na rozprawie osoby uzależnionej.

Jedynie w czterech sprawach uczestnicy składali apelację, co wydłużyło postępowanie o 4–6 miesięcy.

3. POSTĘPOWANIE WYKONAWCZE

Postępowanie wykonawcze rozpoczynało zarządzenie sądu o nadaniu sygnatury aktom wykonawczym. Następnie sąd powiadamiał uczestnika o konieczności wykonania orzeczenia. Formularze powiadomień były różne — w zależności od sądu. Część sądów określała termin, do którego osoba uzależniona miała się zapisać do poradni uzależnień, część sądów dodatkowo nakładała obowiązek dostarczenia zaświadczenia o podjęciu leczenia, a niektóre z nich wskazywały również placówkę, do której uczestnik miał się zgłosić. Większość powiadomień zawierała ostrzeżenie, że niewykonanie orzeczenia będzie skutkowało wydaniem nakazu doprowadzenia przez policję. Sąd mógł pozostawić swobodę wyboru poradni uzależnień, jeżeli w okolicy miejsca zamieszkania uczestnika było ich więcej niż jedna, czasami jednak — chcąc ułatwić wykonanie orzeczenia — wskazywał konkretną placówkę. Wskazanie poradni ułatwiało sądowi również kontrolę wykonania obowiązku.

W przypadku wytypowania poradni sąd zwracał się do niej z powiadomieniem o nałożeniu obowiązku leczenia na daną osobę. Niejednokrotnie dołączona była jednocześnie opinia biegłych.

W sprawach, w których nadzór kuratora nie był orzeczony (55% spraw), powyższe czynności były wykonywane zazwyczaj przez sekretariat lub sekcję wykonawczą sądu. W pozostałych sprawach działania zmierzające do wykonania orzeczenia podejmował kurator.

Orzeczenie nadzoru kuratora miało, jak wynika z analizy akt, trzy zalety. Pierwsza z nich to łatwiejsza kontrola wykonania orzeczenia, ponieważ kurator w ramach swoich obowiązków kontaktował się z podopiecznym, jego rodziną oraz poradnią, co dokumentował w sprawozdaniach i kartach czynności. Drugą zaletą były systematyczne spotkania z podopiecznym, podczas których kurator mobilizował i motywował go do podjęcia leczenia. Trzecią zaś to szybka reakcja w postaci składanych wniosków o zmianę orzeczenia bądź wydanie innych

niezbędnych decyzji sądu w sytuacjach, które wymagały takich decyzji.

Kolejnym etapem postępowania wykonawczego była kontrola wykonania orzeczenia. Sąd (bądź kurator) zwracał się do poradni uzależnień (jeżeli była wytypowana konkretna poradnia) o informację, czy uczestnik podjął leczenie. W sprawach, w których osoba uzależniona miała możliwość wyboru placówki, sąd zwracał się do uczestnika o przedstawienie zaświadczenia o podjętym leczeniu lub wydawał zarządzenie o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego przez kuratora. Jeżeli orzeczenie nie zostało wykonane, sąd ponownie zwracał się do uczestnika z pismem, w którym przypominał o nałożonym obowiązku, wyznaczał posiedzenie wykonawcze, na które wzywał uczestnika, lub wydawał nakaz doprowadzenia do poradni przez policję.

Jeżeli podejmowane działania nie przynosiły pożądanego skutku, sąd wszczynał sprawę o zmianę postanowienia w zakresie formy leczenia odwykowego. W celu uzyskania odpowiedzi, czy uczestnik postępowania podjął leczenie odwykowe, sąd zwracał się o taką informację do poradni odwykowej w 37% spraw (tabela 2).

Tabela 2. Korespondencja prowadzona z poradniami uzależnień

Liczba pism do poradni	Liczba spraw	Odsetek badanych spraw
0	169	62,9
1	28	10,4
2	38	14,1
3	8	3,0
4–8	26	9,6
Ogółem:	269	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

W niektórych sprawach sąd zwracał się o informację do poradni kilkakrotnie; łącznie w 269 badanych sprawach zwrócono się o takie informacje 277 razy.

W celu kontroli wykonania orzeczenia przeprowadzono 86 wywiadów środowiskowych. Zarządzenia przeprowadzenia wywiadu wydawane były jedynie w sprawach, w których sąd nie orzekał o ustanowieniu nadzoru kuratora (148 spraw). Akta, w których był prowadzony

nadzór, zawierały aktualne informacje o osobie uzależnionej — łącznie z tymi, które świadczyły o podjętym (bądź niepodjętym) leczeniu. Sprawozdania z nadzorów sprawowanych przez kuratorów rodzinnych były składane systematycznie, z częstotliwością raz na miesiąc, raz na dwa miesiące lub raz na kwartał.

W 15% spraw sąd wydał nakaz doprowadzenia do poradni odwykowej, przy czym w 19 sprawach nakaz był wydany częściej niż raz (tabela 3). W dwóch sprawach czynność ta wykonywana była aż ośmiokrotnie.

Tabela 3. Nakazy doprowadzenia do poradni odwykowej

Liczba wydanych nakazów	Liczba spraw	Odsetek badanych spraw
0	228	84,8
1	22	8,2
2	11	4,1
3	3	1,1
6	3	1,1
8	2	0,7
Ogółem:	269	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

W związku z niewykonywaniem przez osoby uzależnione orzeczeń sąd w co czwartej sprawie wyznaczył posiedzenie wykonawcze. Wzywani byli na nie kuratorzy (w sprawach, w których był orzeczony nadzór kuratora) oraz uczestnicy postępowania.

W 26 sprawach wyznaczono jedno posiedzenie wykonawcze, w pozostałych 50 — takich posiedzeń było od 2 do 8 (tabela 4). Łącznie zatem w badanych sprawach przeprowadzono 209 posiedzeń wykonawczych.

4. EFEKTYWNOŚĆ WYKONANIA ORZECZEŃ

Za wykonanie orzeczenia przyjęto stan faktyczny, w którym sąd umorzył postępowanie, stwierdzając w uzasadnieniu, że „leczenie zostało podjęte” lub „orzeczenie zostało wykonane”. Drugą sytuacją świadczącą o wykonaniu orzeczenia jest informacja w aktach, że uczestnik zapisał się do poradni uzależnień bądź innego zakładu świadczącego takie świadczenia zdrowotne, uczęszczał systematycznie na terapię, a w chwili umorzenia postępowania (z reguły w chwili zakończenia dwuletniego

Tabela 4. Posiedzenia wykonawcze

Liczba posiedzeń wykonawczych	Liczba spraw	Odsetek badanych spraw
0	193	71,7
1	26	9,7
2	13	4,8
3	15	5,6
4–8	22	8,2
Ogółem:	269	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

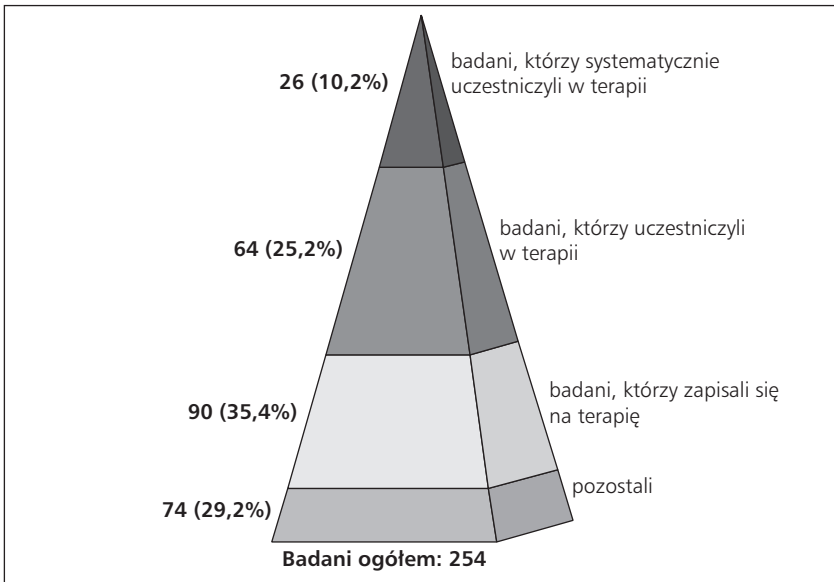
okresu obowiązków podjęcia leczenia) zachowywał abstynencję. Nie miało znaczenia, w którym momencie postępowania wykonawczego uczestnik podjął leczenie. Mogło to nastąpić po miesiącu trwania postępowania wykonawczego, ale również i po półtora roku od uprawomocnienia się orzeczenia. Istotny był efekt w postaci podjętego leczenia i systematycznego uczestniczenia w terapii.

Z przeprowadzonego badania wynika, że jedynie co trzeci uczestnik podjął leczenie, tzn. zapisał się w poradni uzależnień na terapię (wykres 5). Jednak tylko co dziesiąty wykonał orzeczenie, tj. systematycznie uczestniczył w terapii, a w chwili umorzenia sprawy trwał w abstynencji.

W 21,8% spraw osoby zobowiązane do leczenia podjęły terapię, była ona jednak niesystematyczna. Spośród nich część zapisała się, ale nie wzięła udziału nawet w jednym spotkaniu z terapeutą (26 spraw). W 19 sprawach uzależnieni uczestniczyli w terapii w miarę systematycznie (średnio dwa razy w miesiącu opuszczali zajęcia), ale w międzyczasie pili alkohol. W 14 sprawach uzależnieni uczestniczyli w terapii, ale między okresami systematycznego uczestnictwa występowały dłuższe przerwy spowodowane powrotem do nałogu. W 61% spraw osoby uzależnione w ogóle nie zapisały się na terapię.

Najczęstszym powodem niewykonywania orzeczenia było uchylanie się od obowiązku podjęcia leczenia¹³ (99 spraw, tj. 60% tych, w których uczestnicy w ogóle nie trafili do poradni uzależnień).

¹³Badania jednoznacznie wskazują na to, że przyczyną uchylania się od obowiązku jest brak motywacji do leczenia osoby uzależnionej. Nie ma możliwości doprowadzania osoby uzależnionej do poradni uzależnień przez policję, ponieważ terapia polega z reguły na dwukrotnej w tygodniu wizycie w poradni.

Wykres 5. Efektywność wykonania orzeczeń

Źródło: Opracowanie własne.

Inne przyczyny niewykonania orzeczenia nie były liczne i dotyczyły małych grup osób.

Ustalono, że dziewięciu uczestników zmarło, osiem osób wyjechało za granicę do pracy, sześć osób przestało pić alkohol (w tym dwoje po implantacji środka chemicznego), dwie osoby zostały osadzone w areszcie śledczym (tabela 5).

W blisko jednej czwartej spraw brakowało informacji o powodach niewykonania orzeczenia. W aktach tych spraw nie ma innych informacji poza: postanowieniem kończącym postępowanie rozpoznawcze, pismem do poradni uzależnień z prośbą o informację, czy uczestnik podjął leczenie, lub wywiadem środowiskowym kuratora, a następnie postanowieniem kończącym postępowanie wykonawcze. Nie wiadomo, czy sąd podjął takie działania, jak: ponaglenie uczestnika do podjęcia leczenia, pisemne zobowiązanie do dostarczenia zaświadczenia o podjętym leczeniu, wydanie nakazu doprowadzenia do poradni odwykowej, przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego, zmiana orzeczenia na zakład stacjonarny.

Tabela 5. Powody niewykonania orzeczenia

Powody niewykonania orzeczenia	Liczba spraw	Odsetek
Uchylenie się od leczenia	99	60,4
Śmierć uczestnika postępowania	9	5,5
Wyjazd za granicę	8	4,9
Zachowanie abstynencji	4	2,4
Implantacja środka farmakologicznego	2	1,2
Pobyt w areszcie śledczym	2	1,2
Względy zdrowotne	1	0,6
Brak danych	39	23,8
Ogółem	164	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Sąd dysponuje różnymi środkami, które może wykorzystać do zmotywowania uczestnika do podjęcia leczenia. Przy orzekaniu obowiązku podjęcia leczenia odwykowego sąd może ustanowić nadzór kuratora. Badanie wykazało, że ten środek jest zupełnie nieefektywny pod względem zmotywowania uczestników do podjęcia leczenia. W sprawach z orzeczonym nadzorem 9,5% osób podjęło leczenie, w pozostałych sprawach zaś — 11,3%.

Doprowadzenie przez policję także nie wpłynęło na zwiększenie efektywności wykonania orzeczeń. W sprawach, w których sąd nakazał doprowadzenie do poradni odwykowej, 10% osób podjęło leczenie, w pozostałych sprawach — 10,5%.

Co ciekawe, w sprawach, w których sąd nie zastosował ani nadzoru kuratora, ani nie wydał nakazu doprowadzenia, odsetek był porównywalny i wyniósł 10,8.

5. ROZMIARY PODJĘTYCH DZIAŁAŃ

Oszacowanie kosztów postępowania nie jest tak łatwe, jak określenie skali i różnorodności podejmowanych działań. Procedurę skierowania i leczenia osoby skierowanej przez sąd można podzielić na trzy etapy:

1) postępowanie prowadzone przez komisję rozwiązywania problemów alkoholowych lub przez prokuraturę kończące się wnioskiem do sądu,

- 2) postępowanie sądowe rozpoznawcze i wykonawcze,
- 3) leczenie.

Na koszty leczenia wpływają: działania komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratury w części związanej z przygotowaniem dokumentacji dotyczącej osoby uzależnionej, badania prowadzone przez biegłych sądowych, koszty osobowe pracowników sądu: sędziów, kuratorów, administracji sądowej, koszty eksploatacyjne sal sądowych, doprowadzeń przez policję i wreszcie koszty leczenia. Już przy wyliczeniu kosztów leczenia istniałby problem podania wartości usług medycznych związanych z niesystematycznym uczęszczaniem na terapię. Należałoby zatem zliczyć wszystkie wizyty osoby uzależnionej u psychoterapeuty oraz każdą obecność na terapii grupowej. Zdecydowanie łatwiej jest wskazać, ile czynności należało podjąć, aby spośród 269 uczestników postępowania zmotywować 26¹⁴ do podjęcia leczenia, tj. do wykonania orzeczenia.

We wszystkich analizowanych sprawach podjęto następujące czynności: sądy przeprowadziły 674 rozpraw sądowych, biegli sądowi przeprowadzili 268 badań, policja musiała zrealizować 213 nakazów doprowadzenia do sądu, na badania oraz do poradni uzależnień, kuratorzy prowadzili 122 nadzory oraz — oprócz nadzorów — przeprowadzili 132 wywiady środowiskowe, sądy wysłały 278 pism do poradni uzależnień i przeprowadziły 208 posiedzeń wykonawczych. Orzeczenie sądowe wykonało w badanej grupie 26 osób. Można zatem obliczyć, ile czynności należało podjąć, aby skutecznie skierować na leczenie do zakładu otwartego jedną osobę. Obrazuje to wykres 6.

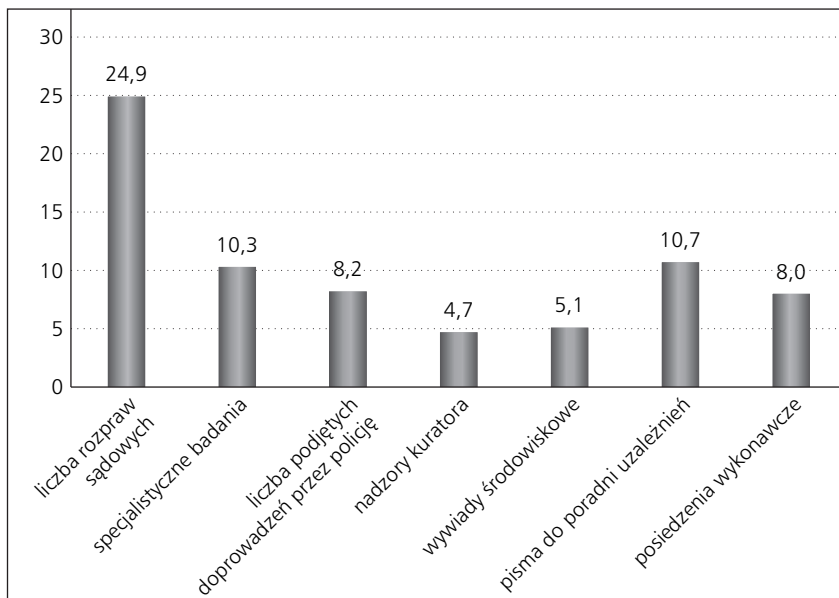
Obliczenie kosztów podjętych działań (przedstawionych graficznie) dałoby odpowiedź, ile kosztuje skuteczne skierowanie jednej osoby na ambulatoryjne leczenie odwykowe.

IV. WYKONANIE ORZECZEŃ O OBOWIĄZKU PODJĘCIA LECZENIA STACJONARNEGO

W przypadku leczenia w formie stacjonarnej sąd występował do ośrodka leczenia uzależnień o wskazanie terminu, w którym uczestnik ma się stawić na leczenie. Termin rozpoczęcia leczenia zależy od wolnych miejsc

¹⁴Tyle właśnie osób, o czym była wyżej mowa, wykonało orzeczenie.

Wykres 6. Podejmowane czynności w postępowaniu sądowym (na jedną osobę, która wykonała postanowienie sądu zobowiązujące do podjęcia leczenia w ośrodku niestacjonarnym)



Źródło: Opracowanie własne.

oraz od tego, kiedy zakończy się trwająca właśnie terapia. Nowy pacjent nie może bowiem dołączyć do już rozpoczętej terapii. Jeżeli leczenie ma być skuteczne, musi on brać udział we wszystkich jej etapach.

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

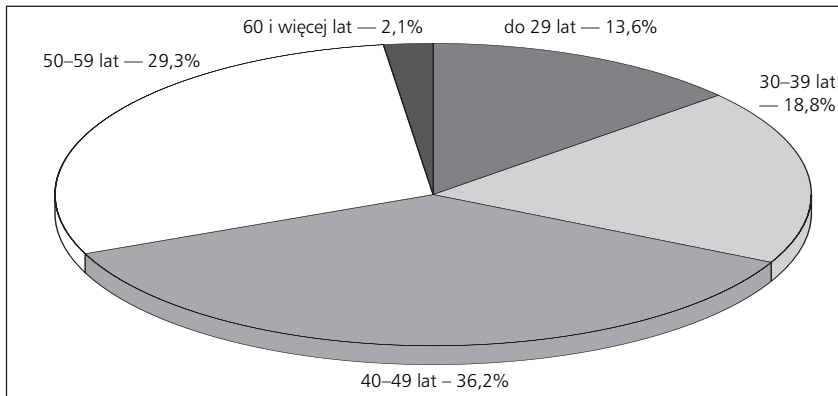
1. CHARAKTERYSTYKA SPRAW

Badanie dotyczące wykonania obowiązku leczenia stacjonarnego objęło 191 spraw. W 52 sprawach (co stanowiło nieco ponad 25% wszystkich spraw) orzeczono dodatkowo nadzór kuratora.

Orzeczenia zapadły wobec 27 kobiet (14% spraw) i 164 mężczyzn (86% spraw). Wiek uczestników w chwili wydania orzeczenia (wykres 7) miał następującą strukturę: 14% uczestników miało do 30 lat (w tym 5%

osób było w wieku do 25 lat), blisko 20% to osoby w wieku 30–40 lat, nieco ponad 30% stanowiły osoby w wieku 40–50 lat i niecałe 30% — powyżej 50 lat (w tym 2% osób w wieku 60 lat i więcej).

Wykres 7. Zakłady stacjonarne — wiek uczestników postępowania



Źródło: Opracowanie własne.

Średnia wieku wszystkich uczestników w badanych sprawach wyniosła 43 lata, a zatem była o rok niższa niż w przypadku orzeczeń obowiązkowego leczenia ambulatoryjnego. Mężczyźni mieli średnio 45 lat, kobiety zaś zdecydowanie mniej — 36.

Z badanych akt wynika, że 26% osób było karanych (to o 6 punktów proc. więcej niż analogiczny odsetek wśród osób skierowanych na leczenie niestacjonarne). Blisko 42% osób deklarowało niekaralność (informacje pochodzące z opinii biegłych, protokołów z rozprawy sądowej lub wywiadów kuratora). W stosunku do pozostałych 22% uzależnionych brakowało jakichkolwiek informacji na ten temat. Przepięstwa, jakie popełnili uczestnicy postępowania, to: znęcanie się nad osobą najbliższą — 26 osób (w tym dwie osoby były skazane jednocześnie za przestępstwo z art. 157 § 1 k.k.), prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości — 10 osób, włamania — 6 osób, groźby karalne — 2 osoby, udział w bójce i pobiciu oraz kradzież — 2 osoby.

Jednostki prokuratury złożyły wnioski o zobowiązanie do leczenia w nieco ponad 30% spraw, przy czym niemal połowa z nich (45%) była konsekwencją prowadzonego postępowania przygotowawczego

w sprawie o popełnienie przestępstwa. Pozostałe wnioski były złożone przez komisje rozwiązywania problemów alkoholowych.

2. DŁUGOŚĆ TRWANIA POSTĘPOWANIA ROZPOZNAWCZEGO

Postępowanie przed sądem, tzn. okres od wpisania sprawy do repertorium do wydania nieprawomocnego orzeczenia, trwało średnio 3 miesiące i 2 tygodnie. Rozpiętość tego okresu jest dosyć duża. Postępowanie trwało: do miesiąca w 8% spraw, od 1 do 2 miesięcy w 19% spraw, od 2 do 4 miesięcy w 51% spraw, od 4 do 6 miesięcy w 10% spraw, a powyżej 6 miesięcy w 11,2% spraw (w tym w siedmiu sprawach postępowanie trwało od roku do półtora). Przyczyny przedłużającego się postępowania są takie same jak w przypadku postępowań zakończonych orzeczeniem obowiązku podjęcia leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego.

Sąd wydał zarządzenie o przeprowadzeniu badań przez biegłych sądowych na okoliczność stwierdzenia uzależnienia od alkoholu wobec dwóch trzecich uczestników. W tych sprawach długość postępowania trwała 4 miesiące, w tych zaś, w których badanie było przeprowadzone na wniosek komisji lub prokuraturę — 2 miesiące i 4 dni.

15% uczestników nie stawilo się na wezwanie biegłych w sprawach, w których badanie było przeprowadzone na zlecenie, sąd musiał zatem wydać nakaz doprowadzenia przez policję. W trzech sprawach policja zrealizowała nakaz za pierwszym razem, w pozostałych 16 sprawach sąd wydał od 2 do 5 takich nakazów, zanim funkcjonariuszom policji udało się dowieźć uczestnika na badanie.

Jedynie co siódma sprawa kończyła się po pierwszym posiedzeniu sądu (tabela 6). Były to sprawy, w których materiał dowodowy był kompletny — oprócz zeznań świadków oraz samego uzależnionego. Po pierwszej zatem rozprawie (jeżeli stawili się uczestnicy) sąd mógł już wydać postanowienie. W co trzeciej sprawie musiały odbyć się dwa posiedzenia sądu, w pozostałych sprawach — było ich od 3 do 7.

3. POSTĘPOWANIE WYKONAWCZE

Analiza postępowań sądowych zakończonych orzeczeniem obowiązku podjęcia leczenia odwykowego w zakładzie stacjonarnym została przeprowadzona na podstawie badania 191 akt sądowych. Trzy akta spraw nie zawierały dokumentacji z postępowania wykonawczego, a jedynie z postępowania rozpoznawczego. W związku z tym wyłączono je z próby.

Tabela 6. Liczba rozpraw sądowych w postępowaniu rozpoznawczym

Liczba rozpraw	Liczba spraw	Odsetek
1	28	14,7
2	72	37,7
3	74	38,8
4	6	3,1
5	2	1,0
6	7	3,7
7	2	1,0
Ogółem:	191	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Wykonanie omawianych orzeczeń wymaga kilku, wydawałoby się nieskomplikowanych, procedur. Przede wszystkim sąd zwraca się do ośrodka leczniczego o wyznaczenie terminu, w którym osoba uzależniona ma się stawić na leczenie. Po ustaleniu terminu sąd zawiadamia o nim uczestnika i nakazuje stawić się w określonym dniu. Jeżeli osoba uzależniona nie wykona orzeczenia w pierwszym wyznaczonym terminie, sąd zwraca się do ośrodka leczniczego o wyznaczenie drugiego terminu, na który sąd może zarządzić doprowadzenie przez policję. Policja doprowadza uczestnika do zakładu leczniczego, a po zakończeniu leczenia sąd umarza postępowanie. Obowiązek podjęcia leczenia może trwać do dwóch lat, sąd ma zatem dużo czasu na przeprowadzenie niezbędnych czynności.

Z analizy wylosowanych spraw wynika jednak, że dwa lata to często okres zbyt krótki. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na brak miejsc w ośrodkach leczniczych. Jest to główny powód wyznaczania odległych terminów. Niekiedy zakłady w ogóle nie wyznaczały terminu leczenia, odpowiadając, że w najbliższym roku wszystkie miejsca są już zajęte.

Zakłady lecznicze wyznaczały pierwszy termin przyjęcia średnio 11 miesięcy po wystąpieniu o to przez sąd; jedynie w co piątej sprawie okres ten był krótszy niż pół roku, natomiast w ponad jednej trzeciej spraw był dłuższy niż rok (tabela 7).

W pominiętych 32 sprawach (co pokazuje tabela 7) z różnych przyczyn nie można było obliczyć analogicznego okresu:

- w dziesięciu sprawach zakład leczniczy nie wyznaczył terminu ze względu na brak miejsc,

Tabela 7. Okres oczekiwania na pierwszy termin leczenia

	Liczba spraw	Odsetek
Do 6 miesięcy	32	20,5
6 do 12 miesięcy	67	43,0
12 do 18 miesięcy	27	17,3
18 do 24 miesięcy	30	19,2
Ogółem	156	100,0
Nie wyznaczono pierwszego terminu rozpoczęcia leczenia	32	17% wszystkich spraw

Źródło: Opracowanie własne.

- w ośmiu sprawach sąd nie wystąpił o wyznaczenie terminu leczenia ze względu na pobyt osoby uzależnionej w zakładzie karnym lub w areszcie śledczym,
- w sześciu sprawach zakłady w ogóle nie odpowiedziały, w związku z czym sąd musiał zwracać się ponownie o wyznaczenie terminu leczenia,
- w dwóch sprawach sąd nie zwracał się do zakładu o termin, ponieważ osoba uzależniona już w trakcie postępowania przed sądem sama zgłosiła się na leczenie do szpitala,
- w czterech sprawach sąd w ogóle nie występował o wyznaczenie terminu, a jedynie pisemnie nakazał uczestnikowi stawić się w zakładzie w celu podjęcia leczenia,
- w dwóch sprawach zakład leczniczy odpowiedział, że osoba uzależniona może stawić się w dowolnym terminie.

W 68 sprawach sąd musiał zwracać się do ośrodka leczenia odwykowego stacjonarnego o ponowne wyznaczenie terminu. Najczęstszą przyczyną było niestawienie się osoby uzależnionej do placówki w wyznaczonym terminie pomimo zobowiązania sądu (tabela 8).

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i zapobieganiu alkoholizmowi stanowi, że w pierwszej kolejności sąd zobowiązuje uczestnika do stawienia się w określonym terminie — pod rygorem wydania nakazu doprowadzenia przez policję. W wielu jednak sądach sędziowie już przy pierwszym terminie zarządzają doprowadzenie, gdyż ośrodek leczniczy wyznacza na ogół¹⁵ konkretną datę rozpoczęcia leczenia i nie chce

¹⁵Dwa zakłady wyznaczały po dwa terminy w odstępie miesiąca, dwa inne zakłady wyznaczały termin, wskazując trzy kolejne dni jako możliwe do dowiezienia uczestnika.

Tabela 8. Powody wyznaczenia drugiego terminu leczenia

Powody:	Liczba spraw	Odsetek
Uczestnik nie zgłosił się do zakładu w wyznaczonym terminie	31	45,6
Uczestnik samowolnie opuścił zakład leczniczy	11	16,2
Zakład nie wyznaczył terminu leczenia	11	16,2
Uczestnik powrócił do nałogu po zakończeniu leczenia w zakładzie	6	8,8
Policja nie zrealizowała nakazu doprowadzenia	6	8,8
Sąd uwzględnił wniosek uczestnika o zmianę terminu rozpoczęcia leczenia	3	4,4
Ogółem	68	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

przyjmować uczestnika po upływie tego terminu¹⁶. Nie byłoby zatem możliwości, aby w tym samym dniu sąd uzyskał informację o niestawieniu się uczestnika zakładzie, wydał nakaz doprowadzenia, a policja go zrealizowała. Biorąc pod uwagę odległe terminy przyjęcia, mogłoby się okazać, że pierwszy termin leczenia byłby jedynym możliwym w całym postępowaniu wykonawczym. W 76 sprawach sąd wydał zatem nakaz doprowadzenia już przy pierwszym terminie.

Drugą pod względem częstości występowania przyczyną konieczności wyznaczenia nowego terminu było samowolne opuszczenie ośrodka oraz brak wyznaczonego pierwszego terminu przez ośrodek. Każda z przyczyn wystąpiła w jedenastu sprawach. W sześciu sprawach osoba zobowiązana do podjęcia leczenia ponownie zaczęła pić alkohol, w sześciu innych sprawach policja nie zastała uczestnika w domu, w związku z czym nie mogła wykonać nakazu doprowadzenia, a w trzech sprawach sąd zgodził się na przesunięcie terminu leczenia na wniosek uczestnika.

Na drugi termin leczenia uczestnik musiał czekać średnio sześć miesięcy, a więc blisko dwukrotnie krócej niż na pierwszy termin. Akta sprawy nie dały odpowiedzi na pytanie, dlaczego wcześniej okres oczekiwania na leczenie był tak długi, a należy zaznaczyć, że przy wyznaczaniu trzeciego terminu okres ten skraca się jeszcze bardziej.

¹⁶Zakłady lecznicze nie chcą przyjmować pacjentów poza wyznaczonym terminem ze względu na programy terapeutyczne, które rozpoczynają się wraz z naborem osób uzależnionych. Terapia takiego „spóźnionego” pacjenta nie byłaby zatem pełna.

Drugi termin został wyznaczony w 60 sprawach. W sześciu sprawach szpital nie wyznaczył daty rozpoczęcia leczenia, ponieważ najbliższe wolne terminy wykraczały poza ustawowy okres dwóch lat obowiązku poddania się leczeniu. W dwóch sprawach ośrodek poinformował, że pacjent może przybyć w dowolnym terminie.

W 16 sprawach (27% spraw, w których zwracano się o wyznaczenie drugiego terminu leczenia) okres oczekiwania wyniósł do 3 miesięcy, w 23 sprawach (38% spraw) — od 3 do 6 miesięcy, w pozostałych zaś 21 sprawach (35% spraw) — od 6 do 12 miesięcy.

W analizowanych 60 sprawach sąd wydał nakaz doprowadzenia w 31 sprawach (50%). Jednak jedynie w 19 z nich (61%) policji udało się doprowadzić uczestnika do ośrodka leczniczego.

W kolejnym etapie analizy akt ustalono, że sąd zwracał się do ośrodków leczniczych o wyznaczenie kolejnego — trzeciego już — terminu leczenia w 22 sprawach¹⁷. Najczęstszym powodem tego było niestawienie się do szpitala (osiem osób), samowolne oddalenie się z ośrodka (sześć osób), niedowiedzenie przez policję (cztery osoby), powrót do nałogu po odbytych poprzednim etapie leczenia (trzy osoby), śmierć (jedna osoba) i nieprzyjęcie na oddział uczestnika przy drugim terminie ze względu na jego nietrzeźwość.

Średni okres oczekiwania na termin leczenia wyniósł już tylko 3 miesiące i 2 tygodnie.

Przy trzecim terminie sąd zarządził doprowadzenie przez policję w 19 sprawach (86% z 22 spraw, w których sąd zwracał się o wyznaczenie trzeciego terminu leczenia). Policja zrealizowała 13 nakazów (68%), w pozostałych sześciu sprawach zaś uczestnicy nie byli obecni w domu w terminie wskazanym przez sąd.

4. EFEKTYWNOŚĆ WYKONANIA ORZECZEŃ

W zbadanych sprawach dwuletni okres orzeczonego obowiązku podjęcia leczenia wystarczył na co najwyżej trzy próby wykonania postanowienia. W niektórych sprawach nawet te trzy próby były nieskuteczne, w innych zaś już po pierwszym terminie brakowało czasu na wyznaczenie kolejnego.

¹⁷W pięciu innych sprawach sąd również powinien zwrócić się o wyznaczenie kolejnego, trzeciego terminu, nie pozwolił jednak na to zbliżający się koniec trwania obowiązku leczenia.

W ponad połowie spraw (54%) udało się umieścić uczestnika w zakładzie leczniczym w celu podjęcia leczenia (tabela 9). Celowo użyto sformułowania „umieścić”, aby podkreślić, że nie jest to jednoznaczne z wykonaniem orzeczenia. Orzeczenie zobowiązuje do podjęcia leczenia w ośrodku stacjonarnym, natomiast obowiązek leczenia trwa tak długo, jak wymaga tego cel leczenia. Przyjęto zatem, że orzeczenie jest wykonane, gdy uczestnik otrzymuje wypis z zakładu leczniczego z zaświadczeniem, że odbył pierwszy etap terapii. Każde takie zaświadczenie zawierało również informację, że dalszym wskazaniem jest kontynuacja terapii w warunkach ambulatoryjnych.

Tabela 9. Uczestnicy umieszczeni w zakładzie leczniczym według wskazanego terminu leczenia

Uczestnicy umieszczeni w zakładzie:	Liczba spraw	Odsetek spraw
w pierwszym terminie	52	27,7
w drugim terminie	30	16,0
w trzecim terminie	7	3,7
w pierwszym i drugim terminie	6	3,2
w pierwszym, drugim i trzecim terminie	6	3,2
w ogóle nieumieszczeni	87	46,3
Ogółem	188	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

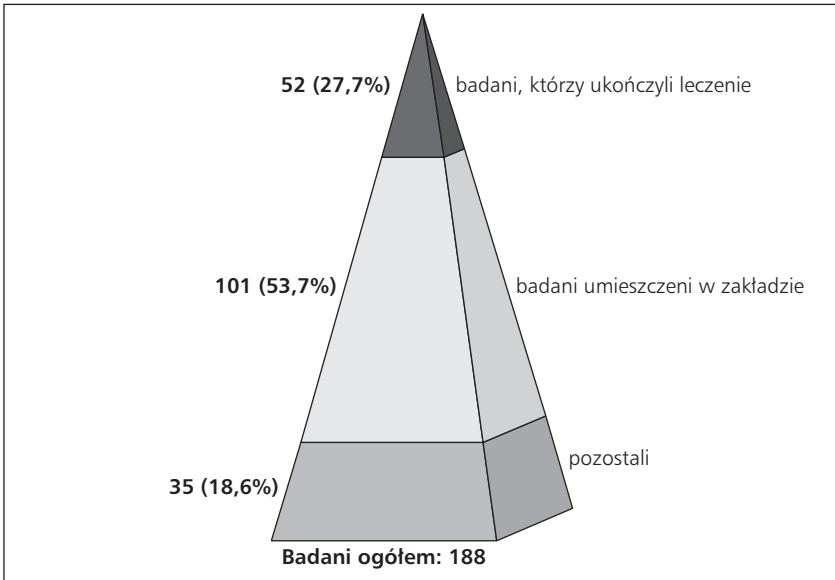
Na podstawie zawartych w aktach zaświadczeń o ukończeniu terapii można stwierdzić, ile osób wykonało orzeczenie.

Na 101 uczestników, którzy zgłosili się sami na leczenie lub zostali dowiezieni przez policję, jedynie 52 (51%) w pełni wykonało postanowienie sądu (wykres 8). Stanowią oni zatem 28% ogółu badanych. Pozostali (49 osób), którzy fizycznie byli w ośrodku, jednakże nie ukończyli tego etapu terapii, przebywali w nim średnio 7 dni, w tym: blisko połowa samowolnie opuściła zakład leczniczy w dniu dowiezienia przez policję, a siedem osób nie wytrzymało dłużej niż 4 dni.

Warto dodać, że w ciągu kilku tygodni po opuszczeniu zakładu do nałogu wróciło 35% osób (19 z 52 uczestników), które ukończyły podstawowy (pierwszy) etap terapii w zakładzie stacjonarnym. Informacje te uzyskano ze sprawozdań kuratorów z zakończenia nadzoru, pism policji dołączonych do akt bądź pism rodzin, które ponownie zwracały się

do sądu o podjęcie działań w tej sprawie. W pozostałych sprawach nie było żadnych informacji na temat utrzymania (bądź nieutrzymania) abstynencji przez osoby uzależnione, które ukończyły leczenie w zakładzie stacjonarnym.

Wykres 8. Efektywność wykonania orzeczeń



Źródło: Opracowanie własne.

5. PRZYCZYNY NIETYKONANIA ORZECZENIA

Należy przyjąć, że blisko 75% osób zobowiązanych do podjęcia leczenia w zakładzie odwykowym stacjonarnym (136 ze 188 badanych) nie wykonało orzeczenia. Co czwarty uczestnik (49 osób — 26%) został umieszczony w zakładzie, jednakże samowolnie go opuścił przed zakończeniem terapii (tabela 10). Osadzenie w zakładzie karnym lub w areszcie śledczym było powodem braku możliwości podjęcia leczenia w przypadku dziewięciu osób (5%). Policja nie zrealizowała nakazu doprowadzenia wobec 29 osób, co stanowiło 13,3%, jedna osoba zmarła, a pozostałe

Tabela 10. Przyczyny niewykonania orzeczenia (struktura)

Przyczyny:	Liczba spraw	Odsetek
Niestawienie się w zakładzie leczniczym	54	38,1
Samowolne opuszczenie zakładu leczniczego	49	34,5
Niezrealizowanie nakazu doprowadzenia	29	20,4
Osadzenie w zakładzie karnym lub areszcie śledczym	9	6,3
Śmierć	1	0,7
Ogółem	136	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

osoby, wobec których sąd nie wydawał nakazu doprowadzenia przez policję, nie zgłosiły się na leczenie.

Należy zaznaczyć, że w sprawach, w których policja nie doprowadziła uczestnika na leczenie, głównym tego powodem było niezastanie go w domu. Sąd zazwyczaj informuje uczestników o terminie wyznaczonym przez zakład, łatwo zatem się ukryć bądź po prostu nie wpuścić policji do mieszkania (domu).

Niestawienie się w szpitalu czy niedowiedzenie przez policję nie jest jednak bezpośrednim powodem niewykonania orzeczenia. Z badań wynika bowiem, że nawet znalezienie się fizyczne uczestnika w szpitalu nie gwarantuje pomyślnego zakończenia tego pierwszego etapu leczenia.

Spośród 44 osób, które dobrowolnie zgłosiły się do zakładu leczniczego, 60% zakończyło pomyślnie pierwszy etap terapii. Osoby dowiezione przez policję zakończyły leczenie jedynie w 40%.

Analizie została również poddana efektywność umieszczenia w zakładzie leczniczym w zależności od zastosowanych środków, którymi dysponuje sąd. Do środków tych zaliczono:

- pismo informujące uczestnika o obowiązku stawienia się w zakładzie leczniczym w wyznaczonym terminie,
- nadzór kuratora,
- nakaz doprowadzenia przez policję,
- jednoczesne zastosowanie nadzoru kuratora oraz wydanie nakazu.

Wysłanie pisma do uczestnika bez podejmowania innych działań skutkuje tym, że około 40% uczestników zgłasza się do zakładu leczniczego (tabela 12).

Tabela 11. Wpływ przymusu na wyniki zakończenia leczenia w zakładzie stacjonarnym

	Osoby, które:		Odsetek
	podjęły leczenie ogółem	zakończyły leczenie w terminie	
Osoby, które dobrowolnie stawily się na leczenie	44	29	65,9
Osoby dowieszone na leczenie przez policję	57	23	40,4
Ogółem	101	52	51,5

Źródło: Opracowanie własne.

Nadzór motywuje nieco ponad połowę podopiecznych kuratora. Dzięki nakazowi doprowadzenia przez policję zaś udaje się umieścić w zakładzie blisko 60% osób uzależnionych. Jednoczesne zastosowanie nadzoru kuratora i nakazu doprowadzenia spowodowało, że do szpitala trafiły cztery osoby na pięć.

Tabela 12. Umieszczenie w zakładzie leczniczym według zastosowanego środka przymusu/motywacji

	Liczba osób, wobec których zastosowano dany środek	Odsetek osób, które zostały umieszczone w zakładzie leczniczym
Pismo informujące	42	42,9
Nadzór kuratora	27	51,9
Nakaz doprowadzenia	85	57,6
Nadzór kuratora i nakaz doprowadzenia	23	78,3
Ogółem*	177	55,9

* Z wyłączeniem osób, które z przyczyn obiektywnych nie mogły być umieszczone w zakładzie (pobyt w areszcie śledczym, śmierć), a co za tym idzie — wykonać orzeczenia.

Źródło: Opracowanie własne.

Jeżeli chodzi o całkowite wykonanie orzeczenia, istnieje różnica w liczbie spraw, w których był lub nie był orzeczony nadzór kuratora. W pierwszej grupie spraw 36% uczestników zakończyło leczenie w zakładzie stacjonarnym, w drugiej zaś — 27%.

V. WNIOSKI

Przeprowadzone badania wykazały **bardzo niską skuteczność** wykonania rozpatrywanych orzeczeń sądowych:

- wykonano jedynie 28% orzeczeń o obowiązku podjęcia leczenia w zakładzie stacjonarnym oraz 10% orzeczeń o obowiązku podjęcia leczenia w zakładzie niestacjonarnym;
- co najmniej jedna trzecia uzależnionych, którzy otrzymali zaświadczenie o zakończeniu leczenia w zakładzie stacjonarnym, już po dwóch tygodniach powróciła do nałogu.

Niepokojąca jest jednak nie tylko nieskuteczność wykonania orzeczenia, ale także brak możliwości usprawnienia jego egzekucji. Wprowadzenie bezwzględniego przymusu zbliżyłoby orzekany środek do formy kary, a nie można przecież karać za chorobę, jaką jest alkoholizm¹⁸.

Jedyną metodą, która może pomóc osobie uzależnionej w utrzymaniu abstynencji, jest terapia¹⁹, a podstawą jej skuteczności jest współpraca pacjenta z terapeutą. O ile można zwiększyć skuteczność fizycznego umieszczenia osoby uzależnionej w zakładzie leczniczym, o tyle zmuszenie do współpracy nie jest możliwe. Przymus taki rodzi zresztą efekt odwrotny — opór przed działaniami podejmowanymi wbrew woli pacjenta²⁰.

Okazuje się zatem, że **przymus leczenia** oraz **potrzeba współpracy w związku z prowadzoną terapią** wzajemnie się wykluczają. Większy nacisk powinien być położony na motywację do podjęcia leczenia.

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

Obecne uregulowania wymagają uzyskania zgody skazanego na nałożenie obowiązku leczenia²¹. W żadnym razie też obowiązek leczenia

¹⁸B. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, Polska Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2005.

¹⁹M. Bełza, *Alkoholizm — wybrane sposoby pomagania wychodzenia z nałogu*, „Psychologia i Rzeczywistość” 2004, nr 1.

²⁰B. Tryjarska, *Podstawowe zasady etyczne w psychoterapii*, w: *Praktyka psychologiczna w świetle standardów etycznych*, pod red. J. Brzezińskiego, M. Toeplitz-Winiewskiej, Warszawa 2004, s. 88.

²¹Art. 74 § 1 w zw. z art. 72 § 1 k.k.

nie może mieć formy kary. Rozwiązaniem tej sytuacji mogłoby być **wpi-sanie leczenia odwykowego do środków probacji jako dobrowolny wybór skazanego między karą bezwzględnego pozbawienia wolności a warunkowym zawieszeniem kary pozbawienia wolności z obowiązkiem podjęcia leczenia**. Znaczenie terminu „podjęcie leczenia” może być kontrowersyjne, w związku z czym właściwsze byłoby sformułowanie: **„uzyskanie zaświadczenia o odbyciu leczenia w formie i wymiarze ogólnie przyjętym jako najbardziej skuteczne zgodnie z obecną wiedzą medyczną”**.

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

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

Nawet na podstawie opisanych badań można zauważyć różnicę między liczbą uzależnionych kończących terapię w zakładzie stacjonarnym, którzy dobrowolnie stawili się w zakładzie, oraz tych, którzy zostali dowiezieni przez policję. Różnica w odsetkach jest znaczna (od 66 do 40). Mimo że wszyscy skierowani zostali przez sąd, to zdecydowanie większą motywację (w postaci chociażby lęku przed konsekwencjami niewykonania orzeczenia) do leczenia mieli ci, którzy dobrowolnie stawili się na wyznaczony termin.

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

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

Konsekwencją niebieskiej karty byłby dokładniejszy nadzór policji nad rodziną i w razie konieczności wystąpienie do prokuratury z doniesieniem o przestępstwie (przede wszystkim o przestępstwie znęcania się

nad osobą najbliższą w formie bądź to psychicznej, bądź fizycznej) jeżeli znamiona czynu w ten sposób by go kwalifikowały.

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

Jeżeli osoba uzależniona nie popełnia przestępstw, jej chorobą powinna się zająć jednostka samorządu terytorialnego bądź poradnia uzależnień. Należy podkreślić, że osoby uzależnione często nie widzą swojego problemu i nie chcą współpracować z terapeutą, nie chcą też z własnej woli przyjść do poradni. Powinien być zatem powołany terapeuta z prawem prowadzenia **pracy środowiskowej**. Jego działania skupiłyby się na motywacji rodziny osoby uzależnionej do wzięcia udziału w podejmowanych działaniach oraz samego chorego do podjęcia leczenia. Tym samym wzmożona byłaby pomoc uzależnionemu w jego środowisku lokalnym, co miałyby jeszcze jedną pozytywną funkcję: zapewniony byłby system ochrony dla osób współuzależnionych, które otrzymywałyby wsparcie już w domu lub najbliższej okolicy, a nie w sądzie czy poradni uzależnień oddalonych czasami o dziesiątki kilometrów od miejsca zamieszkania.

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

ANEKS

WYKAZ WYŁOSOWANYCH SĄDÓW

Sąd Rejonowy	Sąd Okręgowy	Liczba wydziałów rodzinnych	Liczba spraw obejmująca:		
			leczenie ambulatoryjne	leczenie stacjonarne	ogółem
Bartoszyce	Olsztyn	1	20	40	60
Białogard	Koszalin	1	5	9	14
Biała Podlaska	Lublin	1	77	37	114
Brzozów	Krosno	1	29	9	38
Busko-Zdrój	Kielce	1	35	29	64
Bydgoszcz	Bydgoszcz	2	17	13	30

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy z poprzedniej strony

Sąd Rejonowy	Sąd Okręgowy	Liczba wydziałów rodzinnych	Liczba spraw obejmująca:		
			leczenie ambulatoryjne	leczenie stacjonarne	ogółem
Chodzież	Poznań	1	7	5	12
Chorzów	Katowice	1	61	3	64
Częstochowa	Częstochowa	2	271	88	359
Elbląg	Elbląg	1	0	0	0
Głubczyce	Opole	1	5	17	22
Gorlice	Nowy Sącz	1	48	18	66
Gorzów Wielkopolski	Gorzów Wielkopolski	1	0	0	0
Grodzisk Mazowiecki	Warszawa	1	5	16	21
Janów Lubelski	Zamość	1	10	5	15
Jarosław	Przemyśl	1	62	16	78
Jawor	Legnica	1	9	8	17
Kalisz	Kalisz	1	1	3	4
Kamienna Góra	Jelenia Góra	1	8	12	20
Kolbuszowa	Tarnobrzeg	1	8	1	9
Konin	Konin	1	49	24	73
Kraków Nowa Huta	Kraków	1	82	20	102
Leszno	Poznań	1	15	15	30
Leżajsk	Rzeszów	1	14	5	19
Lidzbark Warmiński	Olsztyn	1	11	45	56
Łódź-Widzew	Łódź	1	69	27	96
Łuków	Lublin	1	12	17	29
Malbork	Gdańsk	1	41	19	60
Mysłowice	Katowice	1	15	19	34
Olawa	Wrocław	1	17	22	39
Opatów	Kielce	1	12	4	16
Opole	Opole	1	21	23	44
Pisz	Olsztyn	1	5	4	9
Pleszew	Kalisz	1	28	12	40
Płock	Płock	1	44	30	74
Pułtusk	Ostrołęka	1	8	20	28
Radom	Radom	1	78	48	126
Rawicz	Poznań	1	6	12	18
Rypin	Włocławek	1	8	0	8
Siedlce	Siedlce	1	30	33	63
Słupsk	Słupsk	1	68	62	130
Sokółka	Białystok	1	21	15	36
Starachowice	Kielce	1	20	27	47
Szczecin	Szczecin	1	70	75	145
Świdnica	Świdnica	1	39	33	72
Świebodzin	Zielona Góra	1	28	33	61
Tomaszów Mazowiecki	Piotrków	1	25	23	48
Toruń	Toruń	1	27	44	71
Warszawa Praga-Południe	dla Warszawy-Pragi	1	10	7	17
Warszawa-Wola	Warszawa	1	18	24	42
Wągrowiec	Poznań	1	14	8	22
Wodzisław Śląski	Gliwice	1	10	14	24
Wrocław-Fabryczna	Wrocław	1	65	40	105
Zakopane	Nowy Sącz	1	20	3	23
Ogółem		56	1671	1131	2802