

25 LAT PRZYMUSOWEGO LECZENIA ALKOHOLIKÓW W POLSCE

(25 YEARS OF COMPULSORY TREATMENT OF ALCOHOL ADDICTS IN POLAND)

Author(s): Andrzej Żmudzki and Jacek Morawski

Source: *Psychiatria Polska*, 1983, Vol. XVII, No. 2, pp. 147 - 157

Published by: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich

HASŁA: alkoholizm - przymus leczenia alkoholików w Polsce

KEY WORDS: alcoholism - compulsory treatment of alcohol addicts in Poland

Stable URL:

---

*Andrzej Żmudzki, Jacek Morawski*

## 25 LAT PRZYMUSOWEGO LECZENIA ALKOHOLIKÓW W POLSCE

### 25 YEARS OF COMPULSORY TREATMENT OF ALCOHOL ADDICTS IN POLAND

Z Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie

Kierownik Zakładu: dr med. A. Żmudzki

---

HASŁA: alkoholizm — przymus leczenia alkoholików w Polsce

KEY WORDS. alcoholism — compulsory treatment of alcohol addicts in Poland

---

#### WSTĘP

25 lat temu wprowadzono do polskiego systemu prawnego — ustawą z dnia 27.04.1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu (2) — instytucję przymusowego leczenia alkoholików. Fragmentem podejmowanych obecnie działań na rzecz naprawy mechanizmów życia społeczno-politycznego jest przygotowywanie koncepcji polityki w zakresie alkoholu i poszukiwanie odpowiadających dzisiejszym potrzebom metod przeciwdziałania problemom związanym z alkoholem. Pojawiają się przy tym liczne pytania dotyczące przymusowego leczenia, jego genezy, istoty i społecznych implikacji. Jak do tego doszło, że do systemu lecznictwa wprowadzono tak obcą zasadom etyki i deontologii lekarskiej instytucję przymusowego leczenia? Jaki był kierunek ewolucji przepisów prawnych i praktyki w tym zakresie? Jakie były następstwa wprowadzenia tej instytucji, zwłaszcza w sferze postaw społeczeństwa? Wreszcie, czy przynosi ona rzeczywistą pomoc osobom uzależnionym od alkoholu, ich rodzinie, środowisku?

Opracowanie to nie ma na celu udzielenia odpowiedzi na te pytania. Jego zadaniem jest uporządkowanie kilku informacji i przedstawienie wstępnych przemyśleń mogących zapoczątkować dyskusję, z której odpowiedzi te być może dopiero się wyłonią.

#### PRZYMUSOWE LECZENIE ALKOHOLIKÓW A USTAWODAWSTWO O ALKOHOLU

Przymusowe leczenie alkoholików jest tylko jednym ze środków polityki w zakresie alkoholu. Jest to środek odrzucony przez ustawodawstwo większości krajów. Zgodnie z deontologią lekarską jedną z zasad postępowania lekarskiego jest niedopuszczalność stosowania przymusu i konieczność zgody pacjenta na każdy zabieg leczniczy. Zasada 11 „Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza”, wydanego w 1978 r. przez Polskie Towarzystwo Lekarskie, stanowi: „Podejmując

leczenie lekarz powinien poinformować chorego lub jego opiekuna o rodzaju choroby, na którą cierpi chory, o aktualnym stanie i rokowaniu, a także o zamierzonym postępowaniu leczniczym oraz uzyskać zgodę na to postępowanie" (13). Także prawo, orzecznictwo sądowe i doktryna prawna wypowiedają się przeciwko stosowaniu przymusu w dziedzinie leczniczej (11). Przymusowego leczenia nie daje się więc uzasadnić względami medycznymi i dlatego jako uzasadnienie służyć przesłanki społeczne.

Znalazło to wyraz m.in. w art. 13 ustawy z 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu (3), w którym przesłanka medyczna („alkoholizm nałogowy”) uzupełniona została katalogiem przesłanek społecznych, na który złożyło się powodowanie rozkładu życia rodzinnego, demoralizowanie nieletnich, zagrożenie bezpieczeństwu otoczenia lub systematyczne zakłócanie spokoju lub porządku publicznego. Należy przy tym zaznaczyć, że w tamtym okresie pojęcie „alkoholizmu” używane było w wielu różniących się znaczeniach, ale liczne definicje alkoholizmu opierały się przede wszystkim na dwu elementach: stwierdzeniu nadużywania alkoholu oraz wynikających z tego negatywnych skutków dla samego pijącego lub społeczeństwa. W szczególności sądzono ówczesnie — a była to spuścizna okresu, kiedy do nadużywania alkoholu podchodzono jako do problemu moralnego, która zresztą do dziś tkwi głęboko w świadomości społecznej — że alkoholik staje się prędzej czy później przestępcą, a co najmniej sprawcą wykroczeń lub czynów aspołecznych ze względu na biologiczne mechanizmy uzależnienia od alkoholu. Mogło się wtedy wydawać, że zbudowany został kryminologiczny pomost między medycyną a prawem, że leczenie biologiczne pozwoli znacznie ograniczyć rozmiary i dynamikę zjawiska społecznego, jakim jest przestępczość. Fałszywość tej jednostronnie biologicznej teorii została dawno dowiedziona. W latach pięćdziesiątych koncepcja leczenia przymusowego trafiła także z wielu innych względów na podatny grunt. Zdecydowała o tym przede wszystkim sytuacja społeczna i polityczna w kraju. Teza sformułowana przez Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy, że państwo, jako producent i dostawca alkoholu, uprawia politykę proalkoholową (9), daje się również odnieść do lat czterdziestych.

Już 20 października 1944 r. Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego wydał dekret o zwalczaniu potajemnego gorzelnictwa, uzasadniany koniecznością ochrony zasobów żywnościowych, ale głównie służący zabezpieczeniu interesów skarbu państwa, natomiast ograniczenia dostępności alkoholu z formalnie nadal obowiązującej ustawy przeciwalkoholowej z dnia 16 marca 1931 r. nie były przestrzegane: w całym ustawodawstwie okresu powojennego, a w jeszcze większym stopniu w praktyce, panowała zasada powszechnej dostępności napojów alkoholowych. Zgodnie z tą zasadą pozostawało przesunięcie punktu ciężkości z prewencyjnych „ograniczeń w sprzedaży i spożyciu napojów alkoholowych” (w tytule ustawy z dn. 23 kwietnia 1920 r.)<sup>1)</sup> na „zwalczanie alkoholizmu” (w tytule ustawy z dn. 27 kwietnia 1956 r.). Przesunięcie to stworzyło zapotrzebowanie na nowe instytucje prawne, nie dotyczące kontroli nad alkoholem, takie właśnie jak instytucja przymusowego leczenia alkoholików. Uchwalenie w r. 1956 pierwszej powojennej ustawy o zwalczaniu alkoholizmu nastąpiło w okresie, w którym występowały dwa przeciw-

<sup>1)</sup> w brzmieniu ustalonym nowelą z 27.01.1922 r.

stawne nurty, w tym jeden cechujący się tendencjami penalizacyjnymi i represyjnymi zrodzonymi z potrzeby opanowania narastającego niezadowolenia społecznego. Początkowo rząd planował wydanie dekretu w tej sprawie. Pełny tekst uzasadnienia rządowego projektu dekretu brzmiał: „W części dotyczącej przepisów karnych dekret wprowadza obustrzenie sankcji karnych (art. 7—10). Jest to obecnie konieczne dla wdrożenia dyscypliny społecznej u ludzi podatnych na pijaństwo i chuligaństwo, dla ochrony rodziny i nieletnich i dla skutecznego zabezpieczenia ustanowionych zakazów i ograniczeń” (10, 5).

Ustawa z 1956 r. w porównaniu do formalnie obowiązującej ustawy z 1931 r. wprowadziła liberalizację w zakresie ograniczeń dostępności alkoholu, co oceniamy jako istotny krok wstecz (m.in. dopuściła sprzedaż piwa i wina w pociągach, uchyliła ograniczenia dotyczące godzin sprzedaży alkoholu, obniżyła granicę wieku, powyżej którego dozwolone jest nabywanie i spożywanie alkoholu z 21 do 18 lat, uchyliła zakaz używania alkoholu przez uczniów szkół średnich). Zaostrzyła natomiast kary za sprzedaż alkoholu bez zezwolenia (z 2 tygodni do 2 lat aresztu), wprowadziła przepis mówiący o tym, że stan nietrzeźwości sprawcy przestępstwa jest okolicznością obciążającą przy wymiarze kary, wprowadziła karalność rozpijania nieletniego; wprowadziła również przymusowe leczenie alkoholików.

Rok 1956 był rokiem szczególnym w najnowszej historii naszego kraju. Niektórzy wiązali wtedy z ustawą przeciwalkoholową nadzieje podobne do tych, jakie dzisiaj wyrażają działacze społeczni, zatroskani o zdrowie narodu, mówiąc o potrzebie nowej ustawy. Niestety nadzieje tamte zostały zaprzepaszczone. W roku 1981, też szczególnym, stwierdzenie to brzmi jak przestroga.

Represyjny charakter instytucji przymusowego leczenia alkoholików stawał się coraz wyraźniejszy w miarę jej ewolucji. Ustawa o zwalczaniu alkoholizmu z 1959 r. rozszerzyła, w porównaniu z poprzednią, katalog przesłanek społecznych przymusowego leczenia o „systematyczne zakłócanie spokoju lub porządku publicznego”, a więc otworzyła pole do wykorzystywania tej instytucji przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości<sup>1)</sup>.

Orzecznictwo Sądu Najwyższego, ukazało wyraźnie cel leczenia przymusowego, stanowiąc, że „stosowanie przymusowego leczenia alkoholików nalagowych, przewidziane w art. 13 ustawy z dn. 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu, jest pomyślane głównie w interesie społecznym, w interesie innych osób bliskich i obcych (...). Z przepisu tego nie wynika natomiast podstawa do umieszczenia w zakładzie lecznictwa zamkniętego tylko w interesie samego alkoholika (...)” (8). W ten sposób w określeniu „leczenie przymusowe” zdecydowaną przewagę uzyskał człon „przymusowe”, — w stosunku do którego „leczenie” pełnić miało funkcję służebną, sprowadzającą się w pierwszym rzędzie do izolacji i zabezpieczenia w obrębie zakładu służby zdrowia.

#### PRZYMUSOWE LECZENIE A LECZNICTWO ODWYKOWE

W okresie, na który przypadło wydanie ustawy z 1956 r., uznawano, że leczenie i rehabilitacja alkoholików jest wyłącznie sprawą służby

<sup>1)</sup> por. dane Wydziału Statystyki KG MO (STM--7). W 1971 r. zaprzestano zbierania odpowiednich danych.

zdrowia, stanowi działalność specjalistyczną (dział psychiatrii) i ogranicza się prawie wyłącznie do przedsięwzięć podejmowanych przez placówki specjalistyczne (odwykowe) na swoim terenie. Zwolniono w ten sposób lekarzy ogólnych od wymogu znajomości tych zagadnień i od obowiązku udzielania pomocy swoim pacjentom w rozwiązywaniu ich problemów związanych z alkoholem.

Nie rozporządzano wtedy wyodrębnioną bazą lecznictwa odwykowego. W 1956 roku nie mieliśmy w Polsce ani poradni odwykowych, ani zakładów. W 1956 r. powstało 88, a w roku 1959 było już 289 poradni odwykowych. Pierwszy zakład leczenia odwykowego z 78 łózkami powstał w 1958 r. Fakt, że system lecznictwa odwykowego budowano od podstaw z myślą o realizacji przymusowego leczenia, wprowadzonego ustawą z 1956 r. ma bardzo istotne znaczenie. Postawiono na leczenie przymusowe, przewidziano więc „stosowne” warunki dla takiego sposobu leczenia i warunki te usiłowano stworzyć. Koncentrując się na leczeniu przymusowym niemal całkowicie pominięto warunki i środki potrzebne do udzielania przez służbę zdrowia pomocy i zapewnienia oparcia osobom zgłaszającym się dobrowolnie. Lecznictwo oparte na dobrowolności potraktowano w ustawie marginesowo i nie nadano mu niezbędnego kształtu organizacyjnego.

Wiara, że możliwe jest rozwiązanie problemów związanych z alkoholizmem przede wszystkim przy użyciu przymusu była jednym z czynników, który doprowadził także do pomijania możliwości różnorodnych oddziaływań społecznych zastępujących lub uzupełniających leczenie odwykowe, które mogą być z powodzeniem podejmowane przez osoby i instytucje spoza służby zdrowia. Możliwości takie, których dostarczają stowarzyszenia samopomocy alkoholików, nie tylko nie zostały wykorzystane, ale wręcz przeciwnie utrudniano prowadzenie działalności tego rodzaju tam, gdzie próbowano ją zapoczątkować.

Jedną z podstawowych kwestii, która wymaga wstępnego rozważenia i podjęcia decyzji w okresie poprzedzającym wdrożenie jakiegokolwiek systemu oddziaływań stosującego przymus jest kwestią egzekucji tego przymusu: rozstrzygnięcie kto będzie wymuszać poddanie się narzucenemu postępowaniu i jakie warunki strukturalno-organizacyjne należy mu zapewnić dla sprawnego wywiązywania się z roli egzekutora. W koncepcji przymusowego leczenia, zawartej w ustawie o zwalczaniu alkoholizmu, przyjęte rozwiązanie polegało na powierzeniu egzekucji przymusu przede wszystkim służbie zdrowia — na włączeniu służby zdrowia w proces inicjowania działań przymusowych, orzekania o konieczności zastosowania przymusu i realizowania tych działań własnymi siłami. Przy wydziałach zdrowia i opieki społecznej utworzono komisje społeczno-lekarskie ds. przymusowego leczenia alkoholików, orzekające o zastosowaniu przymusowego leczenia w poradniach odwykowych i kierujące do sądu wnioski o przymusowe leczenie w zakładach zamkniętych. W komisjach tych powierzono znaczącą rolę lekarzowi, nie precyzując jednak równocześnie co należy do jego obowiązków ani nie określając jakie warunki są niezbędne do wypełniania tych obowiązków. Było to jednym z czynników, który w ostatecznym efekcie sprawił, że w aktach komisji nierzadko brak było wyników jakiegokolwiek badania „osoby podejrzanej o alkoholizm” — komisje kierowały na przymusowe leczenie ludzi, co do których nie było wiadomo, czy z medycznego punktu

widzenia są chorzy, a więc czy wymagają leczenia. Także sądy orzekały niejednokrotnie przymusowe leczenie w zakładach zamkniętych bez zasięgnięcia opinii biegłego, mimo że orzecznictwo Sądu Najwyższego wskazuje na niezbedność takiej opinii<sup>1)</sup>. W poradniach odwykowych sprzeczne z etyką lekarską oddziaływania represyjne wynikały raczej z niewłaściwej praktyki, niż przepisów prawnych. Inaczej było w zakładach leczenia odwykowego. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1961 r. „w sprawie regulaminu zakładów lecznictwa zamkniętego dla nałogowych alkoholików” (4) nałożyło na pacjentów obowiązek poddania się badaniom stanu zdrowia oraz leczeniu odwykowemu, którego metody i środki określa lekarz — kierownik zakładu zamkniętego. Jeżeli pacjent czynnie przeciwstawia się zabiegom lub zaleceniom lekarskim, rozporządzenie upoważnia lekarza do zastosowania środków ograniczających swobodę ruchów przez przytrzymanie pacjenta albo założenie mu kaftana bezpieczeństwa lub pasa obezwładniającego. Stosowanie tych drastycznych środków nie zostało poddane kontroli żadnej władzy.

W latach pięćdziesiątych koncepcja leczenia odwykowego opierała się m.in. na nadziei, odpowiadającej stanowi medycyny w tamtym okresie, że uzależnienie od alkoholu, „choroba alkoholowa”, jest taką samą chorobą jak wiele innych i będzie mogła być skutecznie opanowana farmakoterapią. Że alkoholików będzie można wyleczyć za pomocą tabletek lub zastrzyków. Nadzieje te okazały się pienne. Wiemy dzisiaj, że pozytywne efekty osiąga się po włączeniu całego kompleksu sposobów oddziaływania, wśród których środki farmakologiczne odgrywają jedynie rolę pomocniczą; czynnikami decydującymi o powodzeniu są oddziaływania psycho-społeczne, których adresatem jest zarówno sam pacjent i osoby tworzące jego system oparcia, jak i w szersze środowisko, w którym żyje i pracuje. Oddziaływania te są skuteczne tylko wtedy, gdy uda się pozyskać współpracę leczonego (1). Dlatego też wyniki leczenia odwykowego opartego na przymusie są rzadko kiedy współmierne do wysiłków, jakie się w leczenie to wkłada. Wiara w możliwości farmakologicznego leczenia uzależnienia od alkoholu była jednym z czynników, który sprawił, że ustawodawstwo przeciwalkoholowe lat pięćdziesiątych, tworząc podwaliny systemu leczenia nastawionego na przymusową farmakoterapię i funkcjonującego według ściśle medycznych wzorów przyczyniło się wprawdzie do znacznego ilościowego rozwoju placówek lecznictwa odwykowego, ale nie uruchomiło jednocześnie niemedycznych mechanizmów zapewniających właściwą jakość i korzystne efekty opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu.

#### BŁĘDY W PRACY KOMISJI SPOŁECZNO-LEKARSKICH DS. PRZYMUSOWEGO LECZENIA ALKOHOLIKÓW

Analiza działalności komisji społeczno-lekarskich była jednym z zadań krajowego zespołu specjalistycznego w dziedzinie psychiatrii i neurologii w 1980 r. Zasadniczymi badaniami objęto około 300 akt dobra-

<sup>1)</sup> „zawarte w art. 13 ustawy o zwalczaniu alkoholizmu z dnia 10. grudnia 1959 r. pojęcie nałogowego alkoholika jest terminem z zakresu nauk medycznych, a zatem dla stwierdzenia, czy uczestnik postępowania jest nałogowym alkoholikiem niezbędne jest wydanie opinii przez lekarza specjalistę w zakresie leczenia alkoholizmu” III CRN 366/73 z dn. 22.1.1974 r. (6).

nych losowo z 20 komisji działających w 4 województwach. Zbadano ponadto pozostałą dokumentację komisji, zapoznano się z protokołami kontroli przeprowadzonych przez wydziały zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich sprawujących administracyjny nadzór nad komisjami, oraz wynikami prokuratorskich kontroli przestrzegania prawa. W celu lepszego poznania warunków i atmosfery pracy komisji osoby wizytujące przysłuchiwały się rozprawom lub przesłuchaniom i obserwowały przebieg dyżurów oraz badań lekarskich. Dodatkowo przeprowadzono wywiady z sekretarzami i lekarzami wizytowanych komisji.

Badania wykazały szerokie spektrum i znaczne rozpowszechnienie zjawisk negatywnych związanych z działalnością komisji.

Niektóre osoby odpowiedzialne za nadzór administracyjny nad komisjami, jak również członkowie komisji, nie znają podstawowych przepisów regulujących działalność komisji, w tym kodeksu postępowania administracyjnego. Niekiedy instrukcje dla komisji wydawane przez wydziały zdrowia i opieki społecznej zalecają postępowanie, które nie jest zgodne z prawem.

Występują lokalne trudności w kompletowaniu składu komisji, co powoduje, że czasem zasiadają w nich osoby niewłaściwie dobrane lub nieaktywne. Wiele komisji nie ma w swoim składzie prawników. Ponieważ istnieje zakaz zatrudniania w komisji lekarzy poradni odwykowych, dostarczający jeszcze jednego przykładu jak słuszne postulaty przeradzają się w absurdalne rozwiązania, w komisjach zasiadają nierazdoko lekarze nie posiadający wymaganych kwalifikacji.

Niewłaściwe postępowanie diagnostyczne prowadzone w komisjach ma różne rozmiary i charakter. W niektórych komisjach z zasady nie przeprowadza się badań lekarskich osób, w stosunku do których toczy się postępowanie. W innych, np. w takich, w których orzeka dwu lekarzy na zmianę, zdarza się, że jeden lekarz przeprowadza badania, drugi zaś zachowuje się całkowicie biernie, ograniczając swój udział do obecności na posiedzeniu lub do podpisywania zaocznych postanowień komisji.

Oszacowano, że w wyniku błędów działalności lekarskiej w różnych rejonach 25—60% badanych decyzji komisji stanowiły decyzje nieważne, wydane z naruszeniem art. 13 ustawy o zwalczaniu alkoholizmu.

Badania wykazały znaczny niedostatek działalności społeczno-wyjaśniającej, którą komisje powinny prowadzić. Dominującą tendencją jest upodobnianie postępowania przed komisją do postępowania karnego. Tendencja ta łączy się z naruszaniem zasad postępowania administracyjnego.

Są to w szczególności następujące praktyki:

— załatwianie wszystkich wpływających spraw we własnym zakresie za pomocą orzeczenia przymusowego leczenia, bez przestrzegania kompetencji rzeczowej; brak indywidualnego podejścia do spotykanych problemów; brak merytorycznego współdziałania z organami samorządu mieszkańców, komisjami indywidualnej profilaktyki społecznej, sądami społecznymi, organizacjami społecznymi i organami administracji; niedostrzeżenie możliwości uzyskania pomocy ze strony placówek służby zdrowia innych niż poradnie odwykowe oraz placówek opieki społecznej — pochopne wszczynanie postępowania na każdy wniosek zamiast zawsze z urzędu, bez dokonania wstępnej oceny, czy uzasadnione jest przypuszczenie, iż osoba wymieniona we wniosku jest nałogowym alkohikiem w rozumieniu art. 13 ustawy o zwalczaniu alkoholizmu (wiadomo, że pewien odsetek wniosków zawiera doniesienia złośliwe, fałszy-

we lub nieuzasadnione; prowadzi to do niepotrzebnego zbierania wywiadów, wzywania świadków i podejrzanych, straty czasu komisji, pracowników socjalnych i milicji, a w ostatecznym efekcie do wysokich wskaźników umorzeń, sięgających w poszczególnych komisjach od 25 do 49% wszystkich rozpatrywanych spraw);

— proponowanie osobie stojącej przed komisją zobowiązania się do leczenia dobrowolnego pod groźbą zastosowania leczenia przymusowego bez uprzedniego przeprowadzenia pełnego postępowania dowodowego z art. 13 o zwalczaniu alkoholizmu; niewyjaśnienie zainteresowanemu istotnych dla niego prawnych skutków zawieszenia postępowania;

— wydawanie decyzji bez przeprowadzenia rozprawy, podejmowanie decyzji o zastosowaniu przymusowego leczenia przed rozprawą, na której decyzja ta jest tylko ogłaszana;

— stronniczość: angażowanie się komisji po jednej ze stron konfliktu rodzinnego lub społecznego, jaki zazwyczaj towarzyszy kierowaniu skarg do komisji przez osoby prywatne;

— brak rzetelności w zbieraniu dowodów, np. wydawanie decyzji o zastosowaniu przymusowego leczenia w oparciu wyłącznie o: skargę (żony), wywiad MO (przeprowadzony wyłącznie z żoną), wywiad asystenta społecznego (z żoną), zeznanie żony jako świadka; w innych przypadkach stwierdzono „automatyczne” orzekanie przymusowego leczenia na każdy wniosek prokuratora, bez przeprowadzenia postępowania dowodowego;

— utajnianie postępowania dowodowego: uniemożliwianie zainteresowanym wglądu w akta, uczestnictwa w rozprawie, wypowiedzania się co do zebranych dowodów i materiałów; przypadki nieinformowania „alkoholika” kto go obwinia i o co, czasem zaoczne wydawanie orzeczeń;

— nieprawidłowe doreczanie pism: czasami celowe niedoreczanie pism, aby móc obciążyć „alkoholika” winą za niestawiennictwo lub załatwić sprawę zaocznie;

— słownictwo przyjęte z postępowania karnego: „skazany”, „recydywista” itp.

Różnej wagi błędy merytoryczne i formalne stwierdzono we wszystkich badanych postępowaniach.

Jako organ wykonawczy decyzji własnych i sądu ksl ma m.in. prawo administrowania środkami przymusu. Jak wynika z badań, komisje zwykle nie są w stanie podjąć swym obowiązkom egzekucyjnym, zwłaszcza tam, gdzie nie zatrudniono etatowego sekretarza i gdzie nie dopracowano się bieżącej współpracy z milicją obywatelską. Istnieje więc powszechna błędna praktyka przerzucania obowiązków w zakresie egzekwowania orzeczeń na lecznictwo odwykowe i domaganie się od służby zdrowia pełnienia funkcji pomocnika administracji w tym zakresie<sup>1)</sup>.

#### WNIOSKI

Budując w Polsce począwszy od lat 50-tych, prawie od podstaw, system lecznictwa odwykowego i decydując się, że będzie to leczenie oparte o przymus, nie dysponowano doświadczeniami, niezbędnymi dla przewidzenia problemów, jakie się później ujawniły.

Rozmiar i zróżnicowanie tych problemów pozwala dzisiaj mówić z całą powagą o patologizacji instytucji przymusowego leczenia a także —

<sup>1)</sup> Pełne wyniki analizy por. (7).



jak wiadomo z badań prowadzonych w poradniach i zakładach odwykowych — patologizującym wpływie tej instytucji na leczenie odwykowe. Na sytuacji tej zaważyło kilka elementów:

1) przecenianie przymusu jako narzędzia rozwiązywania problemów społecznych. Przymus leczenia stał się czynnikiem określającym kierunek rozwoju leczenia. Tworzono leczenie odwykowe głównie w taki sposób i na tyle, aby zapewnić realizację orzeczeń o przymusowym leczeniu, mimo że bazujące na przymusie sposoby leczenia, jakie mogą być zastosowane w leczeniu odwykowym są niewystarczające. W leczeniu otwartym sprowadzają się do przymusowego doprowadzenia za pośrednictwem MO do poradni w celu przyjęcia lekarstwa: realizacja przymusowego leczenia ogranicza się więc często do współpracy z miłością i kontrolowania, czy pacjent połyka tabletki;

2) koncepcja komisji społeczno-lekarskiej jako organu orzekającego: powierzenie uprawnień do orzekania o ograniczeniu wolności obywatela nie sądomi, a organom administracyjnym o częściowo społecznym charakterze budzi — jak wiadomo — poważne wątpliwości. Istnieje potrzeba niesienia realnej pomocy rodzinom i osobom z problemami alkoholowymi, potrzeba rozwijania w środowiskach lokalnych oddziaływań resocjalizacyjnych i interwencyjnych. Niepostawienie komisjom wyraźnych zadań w tym zakresie spowodowało odrywanie się ich od terenu, w którym działają. Traci w tym układzie uzasadnienie ich obecna liczba i lokalizacja. Brak istotnych alternatyw dla stosowania represji wydaje się być jedną z przyczyn dewiacji w funkcjonowaniu komisji;

3) ograniczenie zadań komisji do orzekania o zastosowaniu leczenia przymusowego;

4) niewystarczające określenie zasad dotyczących przeprowadzania przymusowego badania lekarskiego;

5) stopniowe coraz wyraźniejsze przesuwanie się punktu ciężkości przymusowego leczenia, pomyślanego początkowo jako ochrona rodzin alkoholików, na ochronę porządku publicznego, o czym świadczą wysokie odsetki wniosków pochodzących od organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, a nie dotyczących problemów rodzinnych;

6) niedostateczny nadzór nad działalnością komisji. Odpowiedzialne za tę działalność organy administracji nie prowadziły systematycznej kontroli ich pracy, odpowiedniego instruktażu, nie zadbano o właściwy program szkoleń. Często bierna była rola sądów, które rzadko korzystały z możliwości kontroli pracy komisji przy rozpatrywaniu ich wniosków o zastosowanie przymusowego leczenia w zakładzie leczenia zamkniętego (np. przez konfrontację z opinią biegłego). Prokuratura wykazywała zbyt mało inicjatywy w eliminowaniu naruszania prawa przez komisje. Zasady nadzoru właściwych instancji służby zdrowia nad lekarsko-orzeczniczą działalnością komisji nie zostały nigdy opracowane. W praktyce kontrola lekarskiej działalności komisji często nie była w ogóle prowadzona lub prowadzona była powierzchownie. Nie stworzono również mechanizmów zapewniających właściwy poziom kwalifikacji lekarzy dopuszczanych do pracy w tych komisjach.

Zebrane doświadczenia pozwalają na poddanie pod dyskusję kilku propozycji nowych unormowań prawnych i nowych rozwiązań organizacyjnych.

Przed wszystkim, nawet koncentrując swoją uwagę głównie na leczeniu alkoholików, nie wolno nie zauważyć jednego ze źródeł alkoholizmu, jakim jest nadmierna dostępność napojów alkoholowych<sup>1)</sup>. Dlatego nowa ustawa powinna zapewnić adekwatne do potrzeb, a zarazem skuteczne ograniczenie sprzedaży i spożycia napojów alkoholowych.

Następnie, nowa ustawa powinna tworzyć warunki do rzeczywistego, szerokiego włączenia społeczeństwa w przeciwdziałanie alkoholizmowi, poprzez dopuszczenie nieskrępowanego tworzenia, rozwoju i federacji dobrowolnych stowarzyszeń społecznych, których celem jest krzewienie idei trzeźwości i abstynencji, oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu i udzielenie pomocy ich rodzinom.

W kwestii leczenia, pomocy i opieki dla osób uzależnionych od alkoholu należy postulować, by wejściu w życie ustawy towarzyszył rozwój i stopniowe przekształcanie lecznictwa odwykowego, ze wzbogaceniem terapii o możliwość leczenia w zakładach lecznictwa podstawowego, powszechnym wprowadzaniem pośrednich form leczniczych (oddziały dzienne i nocne) i przeniesieniem głównego ciężaru działalności na lecznictwo otwarte. Konieczne byłoby pojawienie się różnych możliwości prowadzenia rehabilitacji (zakładów i domów pracy chronionej dla uzależnionych od alkoholu, hosteli) oraz instytucji zapewniających stałą opiekę, pomoc i oparcie (domów pomocy społecznej dla uzależnionych od alkoholu, klubów abstynenta, placówek czasowego zakwaterowania i in.).

Preferowanym sposobem postępowania powinno być leczenie oparte na dobrowolności, przypuszczać można jednak, że ze względu na nacisk nieprzygotowanej jeszcze opinii społecznej utrzymana zostanie zasada leczenia określonej kategorii osób uzależnionych od alkoholu wbrew ich woli. W stosunku do obowiązującej obecnie ustawy o zwalczaniu alkoholizmu wprowadzone powinny zostać istotne zmiany w zakresie postępowania prawnego i opieki medycznej nad takimi osobami.

Decyzję o leczeniu osoby uzależnionej wbrew jej woli oddać należałoby wyłącznie w ręce sądu, który rozstrzygałby też, czy leczenie to będzie prowadzone w placówce leczenia stacjonarnego (zamkniętego), czy w innej placówce leczenia odwykowego (poradni, oddziale dziennym lub nocnym).

Ocena przesłanki medycznej (uzależnienie od alkoholu) oraz przygotowanie dla sądu wskazówek odnośnie do potrzeby leczenia odwykowego i rodzaju placówki, w której ma ono być prowadzone, należeć powinna do biegłych z zakresu leczenia odwykowego. Biegli ci rozporządzaliby możliwością poddawania w razie konieczności osób skierowanych do nich krótkotrwałej obserwacji w zakładzie lecznictwa odwykowego.

W miejsce komisji społeczno-lekarskich do spraw przymusowego leczenia alkoholików powinno się powołać przy terenowych organach administracji państwowej stałe komisje społeczne do spraw przeciwdziałania alkoholizmowi, nie mające lekarza w swoim składzie. Do zadań tych komisji należałoby: reagowanie na informacje dotyczące osób nadużywających alkoholu i naruszających swoim postępowaniem zasady współżycia społecznego oraz nawiązanie kontaktu z tymi osobami; nakłonienie ich do udania się do zatrudniającej biegłego placówki lecz-

<sup>1)</sup> Odsetki nadmiernie pijących rosną proporcjonalnie do kwadratu wzrostu średniego spożycia alkoholu (12).

niczej, oceniającej uzależnienie od alkoholu lub stopień tego uzależnienia, dysponującej informacjami o właściwym w stosunku do stanu tej osoby postępowaniu leczniczym oraz możliwością udzielenia pomocy względnie skierowania do właściwego źródła pomocy; iniegowanie w razie potrzeby, po zapoznaniu się z sytuacją życiową takiej osoby, innych form pomocy (ułatwianie zatrudnienia, czasowe zakwaterowanie, świadczenia materialne); współdziałanie ze służbą zdrowia i służbami społecznymi oraz instytucjami prowadzącymi działalność resocjalizacyjną na tym samym obszarze; udzielanie pomocy kuratorom sądowym ustanowionym dla osób poddanych obowiązkowi leczenia odwykowego na podstawie decyzji sądu; przygotowanie materiałów i występowanie z wnioskiem do sądu o poddanie wymagającej tego osoby obowiązkowi leczenia.

Przy orzekaniu o obowiązku poddania się leczeniu sąd ustanawiać powinien kuratora nad osobą leczoną. Byłaby to instytucja, której celem byłoby nie tylko bieżące czuwanie, aby osoba leczona przestrzegała zaleceń w zakresie tego leczenia, lecz także poszerzenie kręgu osób stanowiących oparcie dla pacjenta, stworzenie dodatkowej możliwości wpiływania na środowisko pacjenta i jego sprawy bytowe oraz umożliwienie oceny efektów działalności służby zdrowia.

Dla zapewnienia prawidłowego przebiegu leczenia osób, na które nałożono taki obowiązek, przewidzieć należy możliwość przechodzenia pacjenta z placówki leczniczej jednego typu do placówek innego typu bez potrzeby każdorazowego odwoływania się do decyzji sądu. Podobnie jak dotychczas właściwy byłby nie dłuższy niż dwuletni okres trwania obowiązku poddania się leczeniu. Pozostawić należałoby jednak równocześnie możliwość wcześniejszego zakończenia tego okresu.

Projekt ustawy przewidzieć powinien szersze niż dotychczas stosowanie ubezwłasnowolnienia osób uzależnionych od alkoholu. Warunkiem umożliwiającym takie postępowanie byłoby utworzenie domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu, wymagających całodobowej opieki i zabezpieczenia.

W odniesieniu do osób uzależnionych od alkoholu, które dopuścili się przestępstwa np. przeciwko rodzinie, należałoby zapewnić by odpowiadały one, jak każdy sprawca przestępstwa, na podstawie odrębnych przepisów prawa karnego<sup>1)</sup>. Obecnie istnieją już wszelkie przesłanki do objęcia leczeniem odwykowym na właściwym poziomie skazanych przebywających w zakładach karnych.

Pozostaje problem objęcia oddziaływaniem społecznym około 20—25% osób zachowujących się aspołecznie i nadużywających alkoholu, które ze względu na brak uzależnienia od alkoholu nie kwalifikują się do objęcia ich opieką przez placówki służby zdrowia lub zakłady rehabilitacyjne. Osobami tymi powinny zająć się komisje społeczne, o których była mowa, organizacje społeczne powołane do ochrony porządku, komisje indywidualnej profilaktyki społecznej itp. Program oddziaływania na takie osoby, wymagający pilnego opracowania, wydaje się równie ważny, jak program leczenia osób uzależnionych od alkoholu.

<sup>1)</sup> Kodeks Karny z 1971 r. rozbudował system środków leczniczo-zapobiegawczych, które nie funkcjonowały w czasie uchwalania ustaw o zwalczaniu alkoholizmu z 1956 i 1959 r. Także Kodeks Karny wykonawczy przewiduje leczenie alkoholików podczas odbywania kary.

## PIŚMIENNICTWO

1. Dąbrowski S., Piotrowski A.: Przymusowe leczenie. Problemy alkoholizmu, nr 2, s. 7, 1979 r. — 2. Dziennik Ustaw nr 12, poz. 62, 1956 r. — 3. Dziennik Ustaw nr 69, poz. 434, 1959 r., z późniejszymi zmianami. — 4. Dziennik Ustaw nr 44, poz. 235, 1961 r. — 5. Gugulski S.: Sejm w walce z alkoholizmem, SKP, Warszawa 1977. — 6. Krajewski J., Piasecki K.: Kodeks postępowania cywilnego. Tekst, orzecznictwo, piśmiennictwo. Teza do art. 278 k.p.c., s. 292, Wyd. Prawn. Warszawa 1977. — 7. Morawski J.: Analiza działalności terenowych komisji społeczno-lekarskich d/s przymusowego leczenia alkoholików. Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego (w druku). — 8. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 4 października 1972 r., III CRN, 222/72 OSPiKA, z. 11/73, poz. 220. — 9. Problemy Alkoholizmu, nr 6, s. 1, 1981 r. — 10. Sejm PRL 1952—1956. Protokoły posiedzeń Komisji Pracy i Zdrowia, tom XI, k. 160. — 11. Sośniak M.: Cywilna odpowiedzialność lekarza. Wyd. Prawn., Warszawa 1977. — 12. Wald I., Kulisiewicz T., Morawski J., Bogustawski A.: Raport o problemach polityki w zakresie alkoholizmu. Zespół Ekspertów Stałej Komisji Rady Ministrów do Spraw Walki z Alkoholizmem. Warszawa 1980. — 13. Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza, Polskie Towarzystwo Lekarskie, PZWL, Warszawa 1973.

Otrzymano: 17.10.1981

Adres: 02-057 Warszawa, ul. Filtrów 25