

# AKTUALNOŚCI

## Internacja – prawo czy pozory prawa?

### Detention – law or colours of law?

#### Do Redakcji

W styczniu 2010 roku dyrekcja mojego szpitala otrzymała coś w rodzaju listu pasterskiego od Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia. Komisja odwołuje się do, pochodzących z sądów, informacji o nieprawidłowościach w realizacji postanowień o zastosowaniu środka zabezpieczającego.

Nieprawidłowości te to:

– Przekazywanie sądom nieprawdziwych informacji o braku wolnych miejsc, tworzeniu fikcyjnych kolejek pacjentów, odmawianie przyjmowania pacjentów spoza rejonu szpitala, wykorzystywanie łóżek przeznaczonych na realizację środka zabezpieczającego dla przeprowadzania obserwacji sądowo-psychiatrycznych.

W związku z tym Komisja stwierdza, że mimo rozbudowy bazy szpitalnej realizacja środka zabezpieczającego napotyka na liczne trudności. Zwłaszcza z powodu niedostatecznej ilości łóżek w oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu. Co za tym idzie, „piętrzenie dodatkowych trudności przez zakłady psychiatryczne”:

- wzbudza ogromne kontrowersje w środowiskach prawniczych,
- obraca się przeciwko pacjentom, bo często przedłuża się pobyt w warunkach zakładu karnego.

Wreszcie komisja prosi (później „proszę” zamienia się w „muszą”) o systematyczne, cotygodniowe przysyłanie jej wiarygodnych danych statystycznych dotyczących wykorzystania łóżek detencyjnych.

Jako ostatni w „porządku dziobania” w tych sprawach pozwolę sobie na kilka uwag wobec pisma komisji. Zaczęę od końca.

Cotygodniowa informacja. Dlaczego nie codzienna? Mimo szacunku, jaki żywię

do wybitnych specjalistów tworzących komisję takie żądanie uważam za czysto biurokratyczne. Nie rozwiązując niczego, petryfikuje wadliwy system.

Kontrowersje w środowiskach prawniczych. Bardziej niepokoi mnie to, że sądy wydają postanowienia o zastosowaniu środka zabezpieczającego opierając się na opinii psychiatrycznej, wydanej po jednorazowym badaniu i będącej tylko jednym z dowodów w sprawie, a ignorują korzystne dla podsądnych zeznania świadków. Co najmniej kontrowersyjne jest też wydawanie postanowień o internacji sprawców czynu przeciwko mieniu, co w żadnym przypadku nie może być uznane za czyn o znacznej społecznej szkodliwości. Wskazywał na to profesor Adam Szymusik używając jeszcze pojęcia „poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego” [1]. Jakie praktyczne znaczenie ma obecność obrońcy z urzędu, jeżeli cała, odnotowana w znanych mi aktach sprawy jego aktywność sprowadza się do przypomnienia sądowi, że nie otrzymał wynagrodzenie za „obronę”?

Oczywiste jest, że osoba chora psychicznie, która popełniła czyn zabroniony, nie powinna przebywać w zakładzie karnym. Jednak tylko 30% internowanych pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii popełniło czyn przeciwko życiu [wg 2]. Dlaczego internowano pozostałych?

Niedostateczność bazy łóżkowej. Co i po co rozbudowywać? Moje kilkudziesięcioletnie doświadczenie wskazuje, że co najmniej jedna trzecia internacji jest zbędna. To spostrzeżenie, nie poparte żadnym badaniem, ma jednak oparcie w cytowanych wyżej danych dotyczących internowanych z rozpoznaniem schizofrenii, oraz publikacji członków komisji [3].

Nie znam się na „tworzeniu fikcyjnych kolejek”, ale odmawianie przyjęć na internację spoza rejonu działania danego

szpitala uważam za usprawiedliwioną reakcję obronną. Niezgodność tego z ministerialnym rozporządzeniem nie oznacza niesłuszności. Zdarzało się, że pełniąc funkcję dyrektora szpitala, po zapoznaniu się z aktami sprawy i opinią biegłych (zawsze po jednorazowym badaniu), odmawiałem przyjęcia na internację jeżeli uznałem ją za nieuzasadnioną lub bezcelową. Wywoływało to niekiedy burzę, ale dawało pożądany efekt. Odmawiałem również przyjęcia na internację osób zamieszkałych w odległych od siedziby szpitala województwach. Klóciło się to bowiem ze zdrowym rozsądkiem i założeniami psychiatrii środowiskowej.

Zbyt gorliwe przestrzeganie takich zaleceń jest po prostu nieopłacalne, również dla pacjentów. W ostatnich kilkunastu miesiącach wydałem 3 opinie wnioskujące o uchylenie internacji. Odpowiednio po 2 latach, 2 i 5 miesiącach ich trwania. Średnia więc wynosiła nieco ponad 10 miesięcy. Dwie z tych osób zostały internowane mimo braku psychiatrycznych podstaw do tego. Moja „nadgorliwość” została jednak ukarana. Gdybym po prostu powielił opinie biegłych, które skutkowały tymi internacjami, miałbym nadal tych niewadzących nikomu pacjentów, pochodzących z terenu województwa. A tak na zwolnione miejsce został przyjęty pacjent z miejscowości oddalonej o 300 km od mojego szpitala. Opinię o nim wydali biegli ze szpitala psychiatrycznego oddalonego o 60 km od jego miejsca zamieszkania i siedziby sądu. Mój szpital został sądowi wskazany jako ten o najkrótszej kolejce. Absurdalność tej sytuacji wzmacnia fakt, że pacjent ten dopuścił się czynu przeciwko zdrowiu urojonego prześladowcy, ale miało to miejsce rok przed wydaniem postanowienia o internacji i 1,5 roku przed jego zrealizowaniem. Przez cały ten czas przebywał na wolności, mieszkał obok swego urojonego prześladowcy i żadnych działań przeciwko niemu nie podejmował.

Sądzę, że problem z internacją, czyniący z niej pozór realizacji prawa, polega na tym, że może być ona orzeczona w oparciu o wynik jednorazowego badania psychia-

trycznego. Siłą rzeczy dość zawodowego. Nie ma to większego związku z rzeczywistymi kwalifikacjami biegłych. Często nie jesteśmy w stanie szybko zdiagnozować pierwszy raz hospitalizowanego pacjenta, zmieniamy wstępne rozpoznanie w trakcie hospitalizacji. Trudno oczekiwać, że nawet najbardziej kompetentni biegli unikną pomyłek przy jednorazowym badaniu.

Internacja jest bezterminowym pozbawieniem wolności. Powinna być więc orzekana po obserwacji szpitalnej opiniowanego, a nie w oparciu o jednorazowe badanie. To, w moim przekonaniu, jest łamaniem podstawowych praw obywatelskich. Jeśli co piąta internacja trwa ponad 10 lat [wg 2], to przyjmując można, że znaczna część internowanych o wiele prędzej opuściłaby zakład karny. Jeśli jest w tym wina psychiatrów, to niewielka. Zastosowanie środka zabezpieczającego w oparciu o opinię wydaną po jednorazowym badaniu sprawy, sankcjonuje obowiązujące prawo. Należy je zmienić.

Sądzę, że odpowiednia inicjatywa powinna wyjść właśnie od Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia. Ma ona bowiem najlepszy wgląd w istniejący stan rzeczy i skupia najwybitniejszych specjalistów w dziedzinie psychiatrii sądowej. Słusznie przecież niektórzy jej członkowie, w swoich publikacjach, wskazują, że internacja to ostateczność [3].

Z poważaniem

**Stefan Krzywiński**  
Cibórz 36/2. 66-213 Skąpe

#### Piśmiennictwo

1. Szymusik A. Psychiatria sądowa. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. Psychiatria. Tom 3. Warszawa: PZWL; 1989, s. 426–449.
2. Ruzikowska A, Tarczyńska K, Walczyńska-Leśko A. Internacja – i co dalej. Post. Psychiatrii Neurol. 2009; 3: 307–310.
3. Hajdukiewicz D, Heitzman J. Nieuzasadnione zastosowanie środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym. Psychiatr. Pol. 2006; 4: 649–656.