

Internowanie pacjentów leczących się odwykowo jako skutek określonej wykładni przepisów prawa przez niektóre organy wymiaru sprawiedliwości

The internment of patients undergoing treatment for alcohol addiction as a result of a specific interpretation of legal provisions by some judicial authorities

Kamila Kocańda, Stanisław Głuszek, Rafał Łoś, Beata Matulińska, Agnieszka Zwierzchowska-Łucka, Dariusz Zwierzchowski

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Summary

In the Polish legal system, each medical procedure requires patient's consent. Exemptions from the obligation to obtain such a consent are limited by the legislator to exceptional situations, i.e., when the delay caused by the procedure for obtaining consent would pose a threat to patient's life, serious injury, or serious health impairment. Undergoing addiction treatment is also voluntary. Exceptions to this principle are stipulated by a legal act. People who abuse alcohol and therefore break down family life, demoralize minors, avoid the obligation to meet the needs of their families, or systematically disturb peace or public order, may be obliged to undergo addiction treatment in an inpatient or outpatient treatment centre on condition that they are addicted to alcohol. A patient who fails to report to the medical entity designated by the court to execute the decision on the obligation to undertake addiction treatment may be brought to this entity by the police.

In the context of the obligation to obtain a consent for treatment by a person against whom a court decision containing an obligation in this respect has been issued, there are discrepancies in the application of law provisions. In some medical entities, this results in the forced continuation of addiction treatment by a given patient in hospital, as discharge from the hospital depends on a court order issued in this regard, not on the consent of the patient himself/herself. In other medical entities, patients are not admitted for treatment due to the lack of such a consent, despite the court's obligation in this respect. The article confirms that a specific practice of applying the law, which downgrades the role of the patient's consent in the therapeutic process, has negative consequences for the effectiveness of the therapy.

Słowa kluczowe: leczenie odwykowe, przymus leczenia, alkoholizm, zgoda pacjenta, terapia lub motywacja

Key words: addiction treatment, coercive treatment, alcoholism, patient's consent, therapy or motivation

Wstęp

Nałożenie przez sąd obowiązku poddania się leczeniu stanowi wyjątek od zasady dobrowolności w tym zakresie [1]. Osoba, którą prawomocnie zobowiązano do poddania się odwykowi w stacjonarnym ośrodku terapii uzależnień, nie może opuszczać jego terenu bez zezwolenia jego kierownika [2]. Konsekwencją samowolnego opuszczenia ośrodka przez tę osobę, o którym to fakcie jego kierownik ma obowiązek zawiadomić sąd, jest ponowne doprowadzenie tam przez Policję.

Jak wskazuje się jednak w doktrynie prawa, pacjenta można przymusić wyłącznie do stawiennictwa i obecności w zakładzie leczniczym, a nie w aktywnym leczeniu odwykowym [3]. Orzeczenie o zastosowaniu przymusu takiego leczenia w sposób bardzo wyraźny dotyczy jednostki oraz jej praw związanych z ochroną zdrowia, a także wolności wyboru co do poddania się leczeniu lub zaniechania tegoż, nakładając istotne ograniczenia w zakresie praw osobistych takich jak zdrowie i wolność [4].

Wedle jednego poglądu instytucja prawna sądowego zobowiązania poddania się leczeniu odwykowemu opiera się na zasadzie ograniczenia dobrowolności leczenia, natomiast sądowy obowiązek leczenia nie uchyla generalnej reguły uzyskiwania zgody pacjenta na udzielenie innych świadczeń zdrowotnych [5]. Jeżeli osoba doprowadzona przez organ policji do ośrodka terapii uzależnień nie zgadza się na leczenie odwykowe, to podmiot leczniczy nie ma prawa zastosowania wobec niej żadnej formy przymusu leczenia [5]. W orzecznictwie podkreśla się konieczność dokonywania ścisłej wykładni tych przepisów [6], albowiem osoba uzależniona od alkoholu sama powinna decydować o tym, czy chce się leczyć [7].

Według innego poglądu [8] postanowienie sądu zobowiązujące do podjęcia leczenia zastępuje zgodę pacjenta na leczenie. Tym samym pacjent zostaje przyjęty do podmiotu leczniczego i pozostaje w nim do czasu wydania postanowienia o zmianie formy leczenia lub zawierającego zgodę na opuszczenie podmiotu leczniczego. Należy przy tym podkreślić, że postanowienie sądu, o którym mowa, nakazuje obowiązek podjęcia leczenia przez konkretną osobę. Nie jest to więc zobowiązanie nałożone na placówkę, która przyjmuje pacjenta na terapię. Osoby, na które sąd nakłada obowiązek podjęcia leczenia, nie są w stanie samodzielnie zdecydować w tej sprawie głównie z powodu zaburzenia krytycyzmu, przejawiającego się zaprzeczaniem problemowi z piciem alkoholu.

Metodologia

Na podstawie danych za lata 2010–2020, pozyskanych ze specjalistycznego podmiotu leczniczego w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, dokonano analizy przypadków zastosowanego wobec pacjentów tego szpitala trybów leczenia

odwykowego. Ocenie poddano informacje na temat liczby pacjentów leczących się odwykowo w tym okresie w tym podmiocie leczniczym, porównując liczbę leczonych za ich własną zgodą oraz skierowanych do leczenia na mocy postanowienia sądu. Przedmiotem analizy były dane dotyczące ogólnej liczby leczonych odwykowo w powołanym przedziale czasowym z wyodrębnieniem dwóch kategorii chorych: tych, którzy odbywali leczenie za zgodą własną, oraz takich, co do których postanowienie o przymusowym leczeniu wydał sąd.

Badania

Tabela. Statystyka pacjentów leczonych odwykowo z podziałem na kategorie

L.p.	Rok	Lista postanowień	Postanowienia niezrealizowane na skutek upływu terminu	Postanowienia zrealizowane poprzez przymusowe doprowadzenie do szpitala	Ogólna liczba leczonych odwykowo w danym roku	Liczba leczonych odwykowo w danym roku w oparciu o zgodę własną
1	2010	695	bd	bd	1735	1040
2	2011	698	bd	bd	1687	989
3	2012	701	bd	bd	1601	900
4	2013	686	bd	bd	1846	1160
5	2014	697	bd	bd	1895	1198
6	2015	681	bd	bd	1944	1263
7	2016	698	bd	407	1886	1479
8	2017	705	bd	416	1870	1454
9	2018	767	84	379	1853	1474
10	2019	769	65	412	1771	1359
11	2020	797	89	364	1188	824

bd – brak danych

Analiza

Do 2016 roku szpital nie prowadził danych na temat liczby postanowień sądowych, które zostały zrealizowane w ten sposób, że pacjenta do szpitala psychiatrycznego, na podstawie stosownego zobowiązania, doprowadziła Policja. Począwszy od roku 2016, tego rodzaju statystyka, prowadzona w szpitalu na jego potrzeby własne, umożliwiła uzyskanie informacji na temat liczby pacjentów siłą doprowadzonych do szpitala na leczenie odwykowe względem ogólnej liczby leczonych odwykowo, także za ich własną zgodą. Co istotne, od 2016 roku pacjenci, którzy zostali doprowadzeni na leczenie przez organy ścigania, nie opuścili następnie ośrodka leczenia odwykowego bez postanowienia sądu. Opierając się bowiem na przyjętej praktyce postępowania,

stanowiącej pochodną wykładni przepisów ustawy przez lokalne sądy, uznawano, że osoba, wobec której orzeczono prawomocnie obowiązek leczenia odwykowego, następnie doprowadzona do szpitala przymusowo, nie mogła zostać zwolniona ze szpitala po upływie okresu leczenia odwykowego, albowiem konieczne było uzyskanie postanowienia o zwolnieniu ze szpitala przez sąd, który orzekł o obowiązku leczenia.

We wszystkich przypadkach, które oznaczono jako „zrealizowane” przez przymusowe doprowadzenie do szpitala, a których liczba wynosi w poszczególnych latach odpowiednio: 2016 – 407, 2017 – 416, 2018 – 379, 2019 – 412, a w 2020 – 364, zwolnienie pacjenta ze szpitala po zakończonym leczeniu następowało dopiero na podstawie postanowienia sądu, a nie na podstawie jego woli (wypis na żądanie). Powyższa analiza wskazuje zatem, że na przestrzeni 5 lat pacjenci w liczbie 1978 nie mogli opuścić szpitala do momentu wydania przez sąd w tej materii stosownego postanowienia. W praktyce zatem w przypadkach, o których mowa, z wnioskiem do sądu występował szpital, informując o zakończeniu leczenia pacjenta i wnioskując o wydanie przez sąd zgody na jego zwolnienie, tj. umożliwienie mu opuszczenia szpitala psychiatrycznego, w którym realizowane było wobec niego leczenie odwykowe orzeczone przez sąd.

Wedle stanowiska Sądu Najwyższego oraz instytucji powołanych do przeciwdziałania problemom alkoholowym szpital psychiatryczny, do którego pacjent został przyjęty w trybie zobowiązania, o którym mowa, nie powinien stanowić miejsca przymusowej „detencji”, bowiem tylko leczenie będące przejawem swobodnie podjętej decyzji może przynieść realne efekty [9]. Perspektywa terapeutyczna wskazuje na inne podejście. Model Minnesota [10] leczenia uzależnienia od alkoholu zakłada, że wstępna motywacja do leczenia nie jest warunkiem koniecznym do osiągnięcia pozytywnych wyników, prawie wszyscy pacjenci są w jakiś sposób „przymusowi” oraz że zaprzeczanie chorobie jest symptomem choroby, można więc leczyć pacjentów, którzy negują jej istnienie u siebie i powinno to być także ważną wskazówką dla ich najbliższego otoczenia.

Orzeczony przez sąd obowiązek poddania się osoby uzależnionej od alkoholu leczeniu w stacjonarnym ośrodku leczenia odwykowego wygasa z upływem 2 lat od chwili uprawomocnienia się postanowienia, chyba że przed upływem tego terminu sąd zmienił postanowienie w zakresie rodzaju ośrodka leczenia odwykowego albo orzekł o ustaniu tego obowiązku [11]. Orzeczenie sądu nakładające na osobę uzależnioną od alkoholu obowiązek poddania się leczeniu w stacjonarnym ośrodku lecznictwa odwykowego pociąga za sobą obowiązek pozostawania tej osoby w takim ośrodku przez okres nie dłuższy niż trzy miesiące [11].

W praktyce orzeczniczej sądów jednego z województw przyjmuje się, że prawomocne postanowienie sądu zastępuje zgodę na przyjęcie do szpitala i leczenie [12]. Po przyjęciu pacjenta do szpitala na podstawie orzeczonego wobec niego obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu nie może on samowolnie go opuszczać, a jego zwolnienie możliwe jest dopiero na podstawie decyzji kierownika podmiotu leczniczego, powziętej na mocy postanowienia właściwego sądu [13]. Do osoby uzależnionej od alkoholu, która zdaje sobie sprawę z problemu i chce z nim walczyć, podejmując leczenie dobrowolne, przepisy omawianej ustawy w ogóle nie mają zastosowania.

Natomiast przepisy ustawy przewidujące możliwość zobowiązania pacjenta do leczenia i egzekwowania tego zobowiązania w okresie trwałości postanowienia sądu mają zastosowanie właśnie do osób, które negują potrzebę podjęcia terapii, podczas gdy uznano, że dotyczy ich obowiązek leczenia odwykowego [14].

Wedle stanowiska sądów w jednym z województw kierownik podmiotu lecznictwa stacjonarnego nie może samodzielnie podejmować decyzji w przedmiocie zmiany rodzaju leczenia odwykowego bądź o ustaniu leczenia i wypisaniu pacjenta ze szpitala. Co za tym idzie, każda osoba uzależniona, która zgłosi się samodzielnie lub zostanie doprowadzona na leczenie odwykowe w związku z wydanym wobec niej postanowieniem o zobowiązaniu do podjęcia leczenia, jest przyjmowana do szpitala na leczenie, a może go opuścić dopiero w momencie doręczenia wydanego przez sąd orzeczenia o ustaniu obowiązku leczenia lub zmiany sposobu leczenia na tryb ambulatoryjny. Zdaniem stosujących tego rodzaju wykładnię znajduje to swoje uzasadnienie w celu ustawy czy społecznym oczekiwaniu co do skutków przez nią wywołanych. Nie rodzi bowiem w tym zakresie żadnych wątpliwości cel, dla którego omawiany środek, w postaci zobowiązania do podjęcia leczenia, został wprowadzony. Jest nim przede wszystkim ochrona zdrowia samej osoby uzależnionej od alkoholu oraz ochrona praw i wolności innych osób (w szczególności bliskich osoby chorej) oraz porządku publicznego. Tym samym *ratio legis* ustawy, a także zastosowane w niej środki prawne, na przykład w postaci zakazu opuszczania podmiotu leczniczego lub przymusowe doprowadzenie do podmiotu leczniczego, skłaniają do przychylenia się do stanowiska, że postanowienie sądu zastępuje zgodę na podjęcie leczenia. Warto przy tym zwrócić uwagę na tę okoliczność, że nawet przy przyjęciu stanowiska, że postanowienie sądu zastępuje zgodę na leczenie, specyfika tego leczenia wymaga współpracy między pacjentem a personelem medycznym. W razie braku takiej współpracy ciężko mówić o podjęciu leczenia i wykonywaniu postanowienia sądu. Stąd istotne jest, aby liczba pacjentów leczonych na podstawie postanowienia sądu nie przekraczała 20% ogólnej liczby leczonych w danym oddziale, ze względu na to, że ich stosunek do leczenia mógłby potencjalnie powodować utrudnione leczenie osób zgłaszających się dobrowolnie na leczenie.

Dyskusja

Zgoda na poddanie się leczeniu stanowi potwierdzenie autonomii jednostki w zakresie dysponowania jej dobrami osobistymi [15]. Prawo do wyrażenia zgody nie dotyczy tylko osób mających pełną zdolność do czynności prawnych, lecz także osób, u których ta zdolność jest ograniczona lub nawet wyłączona. Zgodę pacjenta należy zatem rozumieć jako wyrażenie aktu woli poddania się leczeniu [16]. Zgoda pacjenta, aby była legalna, a przez to prawnie skuteczna, musi być wyrażona przez osobę uprawnioną do dysponowania dobrami, w które ingeruje zabieg, świadomie i dobrowolnie, przed leczeniem albo najpóźniej w trakcie leczenia oraz w odpowiedniej formie. W odniesieniu do pacjenta będącego pod wpływem alkoholu, jeżeli jest on zdolny do świadomego wyrażenia zgody, udzielenie świadczenia bez wymaganej zgody jest niedopuszczalne. Sam fakt spożycia alkoholu nie skutkuje utratą zdolności

do wyrażenia zgody na interwencję medyczną lub sprzeciwu w tym zakresie. Zakwalifikowanie pacjenta do odpowiedniej grupy (tzn. zdolnego lub niezdolnego do wyrażenia zgody) należy do lekarza, który udziela pacjentowi pomocy. W razie sporu konflikt ten będzie musiał rozwiązać sąd opiekuńczy. W sytuacji, gdy pacjent na skutek upojenia jest niezdolny do świadomego wyrażenia woli, będzie traktowany analogicznie jak pacjent małoletni lub ubezwłasnowolniony. Dotyczy to stanu wyłączenia lub ograniczenia świadomości na skutek rozmaitych przyczyn, na przykład użycia środków odurzających [17].

W orzecznictwie przyjmuje się, że nie jest dopuszczalne uwolnienie lekarza od odpowiedzialności za działanie bez zgody pacjenta, gdyż oznaczałoby to zignorowanie, mających charakter gwarancyjny, ograniczeń wynikających z tego przepisu [18]. Należy tu wyjaśnić, że wspomniane powyżej działanie lekarza „bez zgody” oznacza wyłącznie sytuację, w której brak jest wyartykułowanego oświadczenia woli uprawnionych podmiotów, nie zaś sytuację, w której wyraziły one swój sprzeciw.

Poddanie się leczeniu odwykowemu jest, co do zasady, dobrowolne. Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju podmiotu leczniczego. Na badanie, o którym mowa, kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych właściwa według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, na jej wniosek lub z własnej inicjatywy. W tym stadium dokonuje się weryfikacji, czy osoba, której postępowanie ma dotyczyć, nadużywa alkoholu i czy jest od niego uzależniona. Brak przesłanki medycznej do leczenia odwykowego już na etapie składania wniosku powoduje, że jest on bezzasadny i niedopuszczalny [19]. Czynności podejmowane w ramach tych kompetencji nie wywołują bowiem samoistnie żadnych zmian w sferze praw i obowiązków wobec ich adresata. Skierowanie na badanie przez biegłego nie jest wiążące dla osoby, której dotyczy, i nie może być w żaden sposób egzekwowane, albowiem brak w tym zakresie środków prawnych [20].

Niewykonanie badania na etapie przedsądowym nie oznacza wszakże, że wobec osoby, która spełnia medyczne oraz społeczne przesłanki leczenia odwykowego, nie zostanie wdrożone postępowanie sądowe. Osoby, o których mowa, jeżeli są uzależnione od alkoholu, można bowiem zobowiązać do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym ośrodku lecznictwa odwykowego. O zastosowaniu tego obowiązku orzeka sąd rejonowy właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, w postępowaniu nieprocesowym. Sąd wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora. Do wniosku dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego, jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone. Opinia biegłego pozostaje aktualna przez cały okres trwania zobowiązania do podjęcia leczenia, chyba że nastąpiła zmiana stanu faktycznego stanowiącego podstawę jej wydania.

Nie ma podstaw prawnych do umieszczania osoby nadużywającej alkoholu w ośrodku lecznictwa odwykowego wyłącznie ze względu na jej interes, jeżeli swoim

zachowaniem nie powoduje rozkładu życia rodzinnego, demoralizacji małoletnich, uchylania się od pracy czy systematycznego zakłócania spokoju i porządku publicznego [21]. Do zastosowania przymusowego leczenia odwykowego nie wystarczy samo stwierdzenie uzależnienia od alkoholu (przesłanka medyczna), lecz konieczne jest również wykazanie, że jest ono powodem negatywnych zjawisk (przesłanka społeczna), które muszą wystąpić, aby sąd mógł orzec o obowiązku poddania się osoby uzależnionej od alkoholu leczeniu odwykowemu [22].

Gdy w stosunku do osoby, której postępowanie dotyczy, brak jest opinii biegłego w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, sąd zarządza poddanie tej osoby odpowiednim badaniom. Sąd może, jeżeli uzna to za niezbędne, zarządzić oddanie badanej osoby pod obserwację w podmiocie leczniczym na czas nie dłuższy niż 2 tygodnie. W wyjątkowych wypadkach, na wniosek tego podmiotu, sąd może termin ten przedłużyć do 6 tygodni. Przed wydaniem postanowienia sąd wysłuchuje osoby, której postępowanie dotyczy. Na postanowienie zarządzające oddanie pod obserwację do ośrodka terapii uzależnienia przysługuje zażalenie. Powyższe stanowi wyjątek od zasady dobrowolności poddania się badaniu, na którego wykonanie, co do zasady, konieczna jest każdoczesna zgoda pacjenta.

W tym miejscu ustawodawca wprowadza wyraźny wyjątek od zasady dobrowolności wyrażenia zgody na badanie, przyjmując, że ma ono przesądzić o aktualności medycznej przesłanki nałożenia na pacjenta obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu. Przedmiotowy wyjątek od zasady dobrowolności leczenia uzasadniony jest w tym wypadku koniecznością zweryfikowania, czy społeczna przesłanka określonego sposobu postępowania, uzasadniająca ingerencję w sferę praw i wolności pacjenta, jest powiązana z przesłanką medyczną, a przez to czy łącznie powodować będą obowiązek poddania pacjenta leczeniu odwykowemu.

W razie zarządzenia przez sąd badania przez biegłego lub oddania pod obserwację w podmiocie leczniczym osoba, której postępowanie dotyczy, obowiązana jest poddać się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz zabiegom niezbędnym do wykonania podstawowych badań laboratoryjnych pod warunkiem, że są dokonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe z zachowaniem wskazań wiedzy medycznej i nie zagrażają zdrowiu tej osoby. W razie uchylania się od zarządzanego poddania się badaniu przez biegłego albo obserwacji w podmiocie leczniczym sąd może zarządzić przymusowe doprowadzenie przez organ Policji.

Zaprzeczenie potrzeby leczenia jest cechą tej choroby. Osoby zgłaszające się do placówek terapii uzależnień i deklarujące chęć leczenia, tzw. pacjenci dobrowolni, najczęściej podejmują decyzję pod wpływem poważnych wydarzeń życiowych i niekoniecznie ma to związek z ich motywacją do leczenia. W badaniu na grupie 435 osób uzależnionych utrzymujących abstynencję [23] zadano pytanie o okoliczności zgłoszenia się na terapię. Najczęściej wymieniano: zagrożenie rozpadem rodziny lub rozpad rodziny, utratę pracy lub zagrożenie utratą pracy, poważne problemy życiowe i prawne, stan zagrożenia życia, zły stan zdrowia, nacisk otoczenia czy brak akceptacji siebie. Z punktu widzenia terapeutycznego pobyt w placówce odwykowej stwarza możliwość uruchomienia procesu zmiany. Pacjenci uzależnieni od alkoholu czy narkotyków często określani są jako oporujący lub niezmotywowani. Zgodnie

z transteoretycznym modelem zmiany Prochaski i DiClemente (TTMZ) nie rozważają zmian w obszarze „Ja i alkohol”. Pozostają więc w 5-etapowym modelu gotowości pacjenta do zmiany w fazie prekontemplacji: „Nie widzę problemu, zatem żadnego nie mam. Nie mam potrzeby nic zmieniać”. Pobyt w placówce odwykowej stwarza możliwość przejścia do drugiej fazy, kontemplacji: „A może mam problem? Może powinienem coś zmienić? Może dobrze byłoby coś zmienić?”. Rozważanie takie może otworzyć drogę do przejścia w kolejne fazy zmian, takie jak: przygotowanie, działanie i podtrzymanie [24].

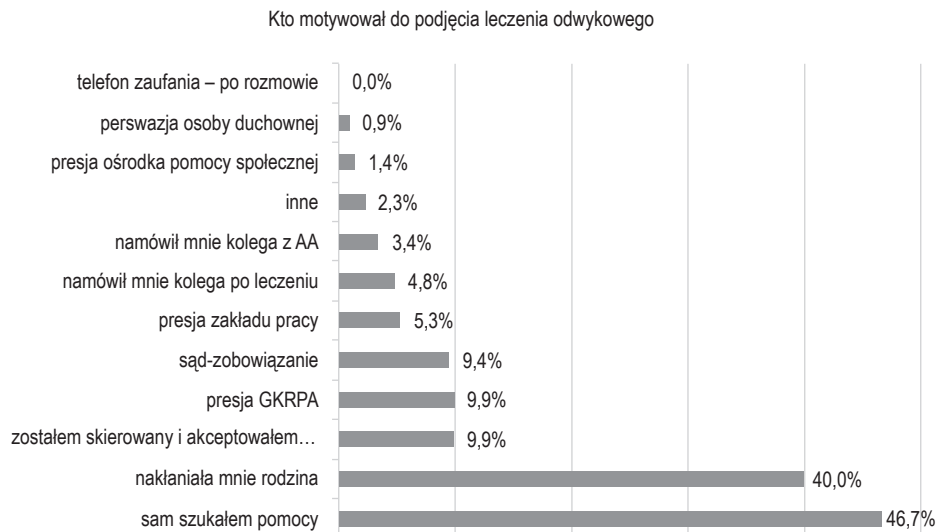
Wnioski

Przeprowadzone badania wskazują na to, że około 10% postanowień o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu nie jest realizowanych ze względu na upływ terminu dwóch lat istnienia zobowiązania. Natomiast wśród osób zobowiązanych do podjęcia leczenia rokrocznie ponad połowa ze zobowiązanych była przymusowo doprowadzana na leczenie. Oznacza to, że większość osób, wobec których wydano postanowienie o zobowiązaniu do podjęcia leczenia, nie jest skłonna do jego dobrowolnego podjęcia. Tym samym w sytuacji przyjęcia poglądu, że niezależnie od postanowienia sądu zobowiązany musiałby wyrazić zgodę na leczenie, większość postanowień byłaby niewykonalna, bez możliwości zastosowania sankcji lub wdrożenia egzekucji. W związku z tym nie zostałby osiągnięty cel ustawy, jakim jest ochrona zdrowia samej osoby uzależnionej od alkoholu oraz ochrona praw i wolności innych osób (w szczególności bliskich osoby chorej) oraz porządku publicznego.

W Unii Europejskiej alkohol, odpowiedzialny za około 195 tysięcy zgonów rocznie [25], jest również przyczyną 9,2% DALY (*disability-adjusted life year* – suma lat utraconych z powodu przedwczesnego zgonu i lat życia z niesprawnością, z uwzględnieniem stopnia niesprawności) – jeden DALY równa się utracie jednego roku zdrowego życia [26]. Dlatego szczególnie ważne wydaje się stwarzanie możliwości do inicjowania przez osoby uzależnione od alkoholu procesu leczenia, również na podstawie procedury zobowiązania do leczenia odwykowego. W przywołanych wcześniej badaniach na grupie 435 osób uzależnionych utrzymujących abstynencję [23] zadano również pytanie o źródła motywacji do podjęcia leczenia odwykowego. Osoby badane miały możliwość udzielenia kilku odpowiedzi na pytanie dotyczące okoliczności rozpoczynania terapii. Obliczenia prezentuje wykres.

Z danych prezentowanych na wykresie wynika, że 46,7% badanych samodzielnie podjęło decyzję o leczeniu odwykowym, a 40% nakłaniała do leczenia rodzina. Tak więc największy odsetek osób badanych uważa, że podjęło terapię z motywacją, którą można by określić jako wewnętrzną. Na podobnym poziomie wśród motywatorów podejmowania leczenia (ok. 10%) znalazły się: skierowanie z akceptacją, presja Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz zobowiązanie sądowe.

Podkreślić należy, że podjęcie leczenia odwykowego nie jest równoznaczne z pragnieniem życia bez alkoholu. Osoba uzależniona od alkoholu ma dosyć konsekwencji picia alkoholu, ale nie chce zrezygnować z alkoholu. Zazwyczaj to konsekwencje picia wymuszają potrzebę, a nawet konieczność rozstania z alkoholem. Jednak plan



Wykres. Źródła motywacji do leczenia odwykowego

na trzeźwe życie powstaje najczęściej podczas leczenia odwykowego, bez którego wizja życia bez picia alkoholu wydaje się niemożliwa do zrealizowania. Wiąże się to z głębokimi przekonaniami powstałymi na podstawie własnych obserwacji i nieprawdziwego obrazu rzeczywistości, w której wszyscy ludzie piją. Życie bez picia alkoholu w świecie, w którym wszyscy piją, wydaje się niemożliwe.

Postanowienie w przedmiocie zobowiązania do podjęcia leczenia osoby uzależnionej od alkoholu stanowi szczególny przypadek przymusu leczenia przewidziany w przepisach prawa. W sytuacji, gdy sąd stwierdzi, że zachodzi sytuacja wyjątkowa, czyli osobę uzależnioną należy poddać przymusowemu leczeniu odwykowemu, to powinien to wykazać, w szczególności podając, obok braku poddania się dobrowolnemu leczeniu, ważne powody społeczne, w tym powodowanie przez osobę uzależnioną rozkładu życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylanie się od pracy, systematyczne zakłócanie spokoju lub porządku publicznego itp. [6]. Przesłanki zobowiązania do poddania się obowiązkowemu leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym ośrodku leczenia odwykowego, polegające na powodowaniu rozkładu życia rodzinnego w związku z nadużywaniem alkoholu, muszą występować w dniu orzekania. „Dzień orzekania” odnosi się zarówno do sądu pierwszej, jak i drugiej instancji [27].

Mając na względzie rezultaty wykładni literalnej oraz systemowej przepisów, które regulują zasady wyrażania zgody na czynności medyczne, należy przyjąć, że prawna możliwość egzekwowania nałożonego przez sąd obowiązku leczenia odwykowego po stwierdzeniu w prawem przepisany trybie, że zachodzą medyczne oraz społeczne przesłanki jego orzeczenia, może prawnie oraz faktycznie dotyczyć jedynie etapu przyjęcia do stacjonarnego lub niestacjonarnego ośrodka leczenia odwykowego. Nie-

wątpliwie samodzielne podjęcie leczenia rokuje znacznie lepsze rezultaty niż leczenie przymusowe, którego potrzebę uczestnik postępowania neguje.

Project financed under the program the Minister of Education and Science called "Regional Initiative of Excellence" in the years 2019-2023, project no. 024/RID/2018/19, amount of financing 11 999 000 PLN.

Piśmiennictwo

1. Postanowienie Sądu Rejonowego w Wieliczce z 30.03.2018 r., IV RNs 3/18, LEX nr 2474302.
2. Art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 165 z późn. zm.).
3. Koszowski M. art. 32. W: Niżnik-Dobosz I, Koszowski M. *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2020.
4. Postanowienie Sądu Okręgowego w Słupsku z 15.03.2013 r., IV Ca 83/13, LEX nr 1622386.
5. Horna-Cieślak M. *Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Prawo w Działaniu 2018; 33: 76–110. Za: Obserwatorium Instytutu Łukasiewicza. *Czy alkoholika można zmuszać do leczenia?* <http://alkoholipapierosy.pl/czy-alkoholika-mozna-zmuszac-do-leczenia> (dostęp: 16.05.2017).
6. Postanowienie Sądu Najwyższego z 10.01.2018 r., I CSK 538/17, LEX nr 2449300.
7. Postanowienie Sądu Najwyższego z 9.11.2007 r., V CSK 241/07, LEX nr 361289.
8. Stanowiska wyrażone w pismach wewnętrznych podmiotu leczniczego, którego dane wykorzystano w przedmiotowych analizach w oparciu o zgodę kierującego podmiotem.
9. Postanowienie Sądu Najwyższego z 9.11.2007 r., V CSK 241/07, LEX nr 361289; Polska Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – pismo z dnia 21.10.20214 r., znak: ANA/1873/DPr/KD/2014.
10. Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z. *Integracyjna psychoterapia uzależnień*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2006.
11. Markiewicz K. *Moment właściwy dla oceny występowania przesłanek do orzeczenia o obowiązkowym leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego*. Polski Proces Cywilny 2013; 3: 400–407.
12. Stanowiska wyrażone w pismach wewnętrznych podmiotu leczniczego, którego dane wykorzystano w przedmiotowych analizach w oparciu o zgodę kierującego podmiotem.
13. Stanowiska wyrażone w pismach wewnętrznych podmiotu leczniczego, którego dane wykorzystano w przedmiotowych analizach w oparciu o zgodę kierującego podmiotem.
14. Postanowienie Sądu Okręgowego w Kielcach z 25.06.2014 r., II Ca 564/14, LEX nr 1622758.
15. Nesterowicz M. *Prawa pacjenta i zadośćuczynienie pieniężne za ich naruszenie w prawie medycznym i cywilnym*. Prawo i Medycyna 2005; 19: 84.
16. Zasady związane z wyrażaniem zgody regulują przepisy art. 32–34 u.z.l., por. także: Augustynowicz A, Wrześniewska-Wal I. *Dopuszczalność prowadzenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego na podstawie upoważnienia ustawowego przy sprzeciwie osoby uprawnionej do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne – analiza wybranych regulacji prawnych*. Prawo i Medycyna 2014; 1: 47.
17. Śliwka M. *Ustalenie woli nieprzytomnego pacjenta*. System Informacji Prawnej LEX Ochrona Zdrowia, nr 103238.

18. Wyrok Sądu Najwyższego z 28.11.2007 r., V KK 81/07, OSNKW 2008, nr 2, poz. 14.
19. Partyk A. *Wymogi formalne wniosku o leczenie odwykowe przeciwalkoholowe. Glosa do uchwały Sądu Najwyższego z dnia 11 września 2013 r.* III CZP 52/13, LEX/el. 2014.
20. Postanowienie NSA z 6.10.2020 r., II GW 24/20, LEX nr 3083800.
21. Postanowienie Sądu Okręgowego w Rzeszowie z 24.01.2014 r., V Ca 163/14, LEX nr 1622293.
22. Postanowienie Sądu Okręgowego w Nowym Sączu z 23.10.2013 r., III CA 642/13, LEX nr 1622939.
23. Zwierzchowski D. *Sytuacja psychospołeczna alkoholików utrzymujących abstynencję*, rozprawa doktorska, Kielce 2017.
24. Kucińska M. *Motywowanie ku zmianie pacjentów uzależnionych*. Warszawa: Ośrodek Terapii Poznawczej COGITO w Warszawie.
25. Anderson P, Baumberg B. *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego*. Warszawa Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA; 2007.
26. *Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. Analiza zagrożeń, promocja zdrowia*, przeł. Basaj A. Warszawa: PARPA; 2003. Za: Murray CJL, Lopez AD. red. *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1996.
27. Postanowienie SN z 18.09.2015 r., I CSK 351/15, LEX nr 1936709.

Adres: Kamila Kocańda
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
e-mail: kamila.kocanda@gmail.com

Otrzymano: 12.01.2022
Zrecenzowano: 21.07.2022
Otrzymano po poprawie: 23.07.2022
Przyjęto do druku: 13.10.2022