

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dopuszcza orzeczenie obowiązku leczenia odwykowego w razie zaistnienia kumulatywnie dwóch przesłanek – medycznej (uzależnienia od alkoholu) i społecznej, wskazującej na postępujące negatywne skutki uzależnienia, najczęściej – na rozkład relacji rodzinnych.

CZY W POLSKIM PRAWIE ISTNIEJE PRZYMUS LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU?

Katarzyna Łukowska

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Sylwester Lewandowski

Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Grudziądzu

Sylwester Lewandowski: Czy w Polsce mamy leczenie przymusowe osób uzależnionych?

Katarzyna Łukowska: Mieliliśmy. Może warto przypomnieć, jaka była geneza instytucji zobowiązania do leczenia. Istotnie w ustawie z 1956 roku o, batalistycznej moim zdaniem nazwie, zwalczaniu alkoholizmu, był zapis mówiący o tym, że *do nałogowych alkoholików, którzy wykazują objawy przewlekłego alkoholizmu i swoim postępowaniem powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizują nieletnich lub zagrażają bezpieczeństwu otoczenia stosuje się leczenie przymusowe w zakładach lecznictwa otwartego i zamkniętego*. Z dzisiejszej perspektywy sformułowanie „nałogowi alkoholicy” brzmi nieadekwatnie i bardzo ocennie, ale były to czasy walki z alkoholizmem, a nie rozwiązywania problemów alkoholowych i taka postawa była dla tej epoki charakterystyczna. Z alkoholizmem i alkoholikami należało walczyć i temu miała służyć ta procedura.

Sylwester Lewandowski: Czy przewidywano wtedy sankcje za niepodjęcie leczenia?

Katarzyna Łukowska: Otóż nie. Ustawa nie wprowadzała żadnych możliwości prawnych ani organizacyjnych zmuszających do leczenia i egzekwujących ten nakaz. Ale i tak w rezultacie ta procedura ograniczała dostęp dla pacjentów dobrowolnych, ponieważ osoby z nakazem przymusu miały pierwszeństwo, a pamiętajmy, że nie było wtedy tak wielu placówek leczenia jak obecnie. Na przełomie lat 50. i 60. na leczenie odwykowe w szpitalach psychiatrycznych było zarezerwowanych zaledwie 500 miejsc, a w całym kraju było 600 psychiatrów. Dla

porównania według Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce jest obecnie ponad 4 tys. lekarzy tej specjalizacji.

W nowelizacji ustawy z 1959 roku dalej utrzymano leczenie przymusowe, ale wprowadzono sposoby jego egzekwowania. Zapisano wprost, że Milicja Obywatelska może przymusowo doprowadzić osobę w sytuacji nieusprawiedliwionego niestawienia się przez nią na badanie przed komisją społeczno-lekarską lub na rozprawę przed sądem albo na leczenie w zakładzie lecznictwa otwartego lub zamkniętego. Zresztą dziś też policja może, ale tylko i wyłącznie na zarządzenie sądu, doprowadzić osobę zobowiązaną na badanie lub do placówki leczenia uzależnień. I po drugie, osoba, która uchylała się od orzeczonego względem niej przymusowego leczenia w zakładzie, podlegała karze aresztu do 3 miesięcy lub karze grzywny do 4500 zł. Dostępność leczenia nie poprawiała się radykalnie; pod koniec lat 60. było 655 łóżek w zakładach odwykowych i ponad 900 w szpitalach psychiatrycznych, a orzeczeń o przymusowym leczeniu wydawano rocznie blisko 4 tys. Zaczęto rozbudowywać tzw. poradnie przeciwalkoholowe, żeby umożliwić leczenie, jednak były to działania pozorowane, ponieważ leczeniem zajmowali się lekarze rejonowi, zwykle przepisując leki typu anticol.

Sylwester Lewandowski: I taka formuła obowiązywała aż do 1982 roku, w którym weszła w życie całkiem nowa ustawa z nową nazwą – ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, która zlikwidowała przymusowe leczenie.

Katarzyna Łukowska: Tak i ustawa jest wynikiem dwóch ścierających się poglądów. Zwolennicy pierwszego uważali, że ze względu na negatywny wpływ uzależnionego na otoczenie i jego zachowanie, należy skorzystać z prawnych instrumentów przymusu, takich jakie stosuje się w przypadku niektórych chorób zakaźnych. Przeciwnicy przymusu zwracali uwagę na to, że procedura nie uwzględnia motywacji do podjęcia leczenia, a to przecież motywacja i współpraca są punktem wyjścia w leczeniu uzależnienia. Dowodzili także, że uzasadnieniem przymusu powinny być tylko względy zdrowotne, a ta procedura jest uruchamiana w związku z tym, jak zachowuje się osoba uzależniona, a to nie jest równoznaczne z zagrożeniem zdrowia publicznego, tak jak w przypadku chorób zakaźnych. Jeśli osoba uzależniona popełnia czyn zabroniony, powinna ponosić odpowiedzialność prawną na zasadach ogólnych przewidzianych w kodeksie karnym lub wykroczeń. Uważali, że sądowe orzeczenie o przymusowym leczeniu stanowi swego rodzaju rezygnację z uruchamiania postępowań karnych lub w sprawie o popełnienie wykroczenia. Poza tym warto podkreślić, że procedura nie jest uruchamiana ze względu na to, że ktoś jest uzależniony, ale dlatego, że swoim zachowaniem powoduje określone szkody. Sądy są w tej sprawie zgodne – dopuszczalnym jest orzeczenie obowiązku leczenia odwykowego w razie zaistnienia kumulatywnie dwóch przesłanek – medycznej (uzależnienia od alkoholu) i społecznej, wskazującej na postępujące negatywne skutki uzależnienia, najczęściej – na rozkład relacji rodzinnych (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2015 r., II CSK 828/14, LEX nr 1677170). Obie przesłanki (medyczna i społeczna) wymagane do zastosowania przymusowego leczenia odwykowego muszą występować w chwili orzekania co do istoty sprawy przez sądy (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 września 2015 r., I CSK 351/15, LEX nr 1936709). Samo stwierdzenie uzależnienia nie stanowi podstawy do skierowania sprawy ani do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, ani potem do sądu, ponieważ ta procedura nie jest uruchamiana z powodu tego, że człowiek jest uzależniony, ale ze względu na szkody, jakie w związku ze swoim piciem wyrządza innym.

Natomiast na pewno ważnym wydarzeniem pozwalającym w ogóle na odstępianie od przymusu, były rozpoczynające się reformy w lecznictwie i wprowa-

dzenie pracy terapeutycznej w miejsce podawania antycolu czy stosowania innych awersyjnych metod.

Sylwester Lewandowski: Mimo że procedura nie zakłada leczenia przymusowego, to pewne elementy przymusu występują w niej. W trakcie postępowania rozpoznawczego osoba uzależniona może być, wbrew swojej woli, doprowadzona na zarządzenie sądu przez organ Policji na badanie prowadzone przez biegłych, na rozprawę w sądzie, a na etapie postępowania wykonawczego także do placówki leczenia. Przez cały czas trwania sądowego obowiązku leczenia sąd może zastosować przewidziany prawem przymus doprowadzania do zakładu leczenia, jeśli jednak osoba uzależniona nie wyrazi zgody na terapię, to postanowienie sądu nie zostanie wykonane.

Katarzyna Łukowska: No właśnie, a placówki leczenia uzależnienia nie pełnią roli aresztów i osoba tam skierowana nie przebywa na oddziale zamkniętym i nawet doprowadzona przez policję może opuścić to miejsce. Osoby tam pracujące mogą jedynie motywować osobę uzależnioną do podjęcia leczenia i muszą powiadomić sąd o przerwaniu leczenia przez daną osobę.

Jest jeszcze jeden element przymusu w tej procedurze. Otóż w opinii KCPU postanowienie sądu w sprawie zobowiązania do leczenia odwykowego zastępuje zgodę pacjenta na leczenie i kierownik placówki odwykowej czy inna osoba przyjmująca go na leczenie nie powinna pytać zobowiązanego o zgodę, mimo generalnej zasady wyrażonej w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która mówi o tym, że do udzielenia świadczenia zdrowotnego konieczna jest zgoda pacjenta. Ale dotyczy to w tym przypadku konkretnego świadczenia medycznego lub przeprowadzenia badania, a nie zgody na przyjęcie do placówki, bo tę zastąpiło postanowienie sądu. W tej sytuacji ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi stanowi wyjątek od ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, do którego należy się stosować. Sądowe postanowienie oznacza dla osoby zobowiązanej obowiązek poddania się leczeniu w wyznaczonym przez sąd terminie i trybie i we wskazanej placówce, a jeśli zobowiązany nie stawia się na leczenie lub nie będzie go kontynuował, to sąd może zarządzić doprowadzenie go przez organ Policji. Monika Horna-Cieślak w swoich badaniach z 2017 roku¹ ustaliła, że sądy bardzo rzadko korzystały z możliwości przymusowego doprowadzenia

osoby uzależnionej na rozprawę, zastosowały ją w 4% ogółu spraw.

Sylwester Lewandowski: Najwyższa Izba Kontroli (NIK) zwraca uwagę na to, że od zgłoszenia gminnej komisji osoby nadużywającej alkoholu do skierowania do sądu wniosku o zobowiązanie jej do poddania się leczeniu mija średnio 266 dni i że zbyt długo trwa motywowanie do podjęcia dobrowolnego leczenia, chociaż przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości nie powierzają komisjom wprost zadania polegającego na motywowaniu zgłoszonych osób do podjęcia leczenia. Czyli według NIK gminne komisje nie powinny prowadzić rozmów w kierunku zmotywowania klientów do podjęcia dobrowolnego leczenia?

Katarzyna Łukowska: Po pierwsze, choć istotnie ustawa nie mówi wprost o motywowaniu, to można uznać, że w ramach podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu (art. 41 ust. 3 ustawy) możliwa jest rozmowa motywująca. Jest to finalnie tańsze, bo dalsza procedura nie obciąża systemu wymiaru sprawiedliwości, w tym ewentualnych kosztów nadzorów kuratorskich i co istotniejsze powodzenie leczenia jest bardziej prawdopodobne, jeśli pacjent zgłosi się dobrowolnie.

A co do informacji o liczbie dni między rozpoczęciem procedury a skierowaniem wniosku do sądu, to średnia arytmetyczna nie jest parametrem, który dostatecznie obrazuje rzeczywistość. Bo to sugeruje, że w losowo wybranej gminie ta procedura mniej więcej właśnie tyle trwa – 266 dni. Nic bardziej mylnego. To tak, jak z pomiarem zarobków: średnie wynagrodzenie 170 osób zatrudnionych w danej firmie wynosi 2600 zł, ale duża część z nich zarabia mniej, a duża więcej. Dlatego lepszym pomiarem od średniej jest mediana, czyli wartość środkowa danych uporządkowanych od najmniejszej do największej. W tej danej firmie może ona wynosić 2000 zł, a nie tyle co średnia 2600 zł.

Procedura trwa zbyt długo. Ale nie tylko w gminnych komisjach, również w sądach. Kontrola NIK wykazała, że postępowanie sądowe trwa średnio 177 dni. I na pewno wpływa na to dostępność biegłych. Horna-Cieślak w swoich badaniach dokonała analizy czasu, jaki minął od wydania postanowienia sądu w przedmiocie przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych sądowych do czasu wpływu opinii biegłych sądowych do sądu. Ustalenia wykazały, że średni czas oczekiwania na

opinie biegłych sądowych wynosił 90 dni, najkrótszy 14 dni; najdłuższy 556 dni, a najczęściej oczekiwano na opinie biegłych sądowych 28 dni.

I jest jedna perspektywa, moim zdaniem najistotniejsza – jakie działania były podejmowane w czasie tych 266 dni, czyli blisko 9 miesięcy. Może klient nie zgłaszał się i zgodnie z regulaminami kierowano zaproszenie dwa albo trzy razy, może w danej gminie jest długi czas oczekiwania na badanie przez biegłych. W tej sprawie najwięcej powiedziałyby badania jakościowe.

Sylwester Lewandowski: A co sądzisz o takim komentarzu NIK: „Na niską skuteczność i przewlekłość realizacji procedury kluczowy wpływ mają działania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. W założeniu ich zadania mają polegać na przyjmowaniu wniosków i sprawdzaniu, czy osoba nadużywająca alkoholu spełnia przesłanki społeczne do leczenia, a następnie występowanie do biegłego o wydanie opinii dotyczącej uzależnienia i skierowanie wniosku do sądu. Wykonywanie tego rodzaju zadań nie wymaga dużo czasu ani szczególnych kompetencji, poza wymogiem odbycia podstawowego przeszkolenia”.

Katarzyna Łukowska: Uważam, że to jest nieuprawnione uproszczenie. Gminna komisja musi zweryfikować występowanie przesłanek zarówno medycznych, czyli uzależnienia, jak i chociaż jednej przesłanki społecznej, czyli musi porozmawiać z wnioskodawcą i przynajmniej starać się zaprosić na spotkanie osobę, której to postępowanie dotyczy. Niektóre gminne komisje, i jest w tym sens, biorąc pod uwagę dynamikę motywacji, zapraszają jeszcze osobę zobowiązywaną po otrzymaniu opinii biegłych, ponieważ jeśli potwierdza ona problem alkoholowy, to może właśnie kolejna rozmowa z odniesieniem się do tej opinii zmotywuje człowieka do podjęcia leczenia. NIK sugeruje też, że motywowanie „wymaga (...) profesjonalnego przygotowania w dziedzinie terapii uzależnień, tymczasem tylko w co trzeciej ze skontrolowanych komisji przynajmniej jeden z jej członków był specjalistą z tej dziedziny. Otóż kompetencje motywujące mogą zdobyć nie tylko terapeuci uzależnienia, których przygotowanie do zawodu trwa bardzo długo i jest kosztowne, ale także członkowie gminnych komisji po odbyciu odpowiednich szkoleń. Jako KCPU, a wcześniej PARPA, uruchomiliśmy dużo projektów szkoleniowych przygotowujących do rozmów z osobami zobowiązanymi z wyko-

rzystaniem dialogu motywującego. Ale to nie może być 8-godzinne szkolenie, ale co najmniej 20-godzinne, i to w formie warsztatowej. A kiedy pracujemy z ludźmi, to kompetencje trzeba doskonalić. NPZ na lata 2021–2025 jako jedno z zadań dla samorządów wskazuje szkolenie kadr, o szkoleniu mówi również ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w ramach zadań gminnych programów, tak więc warto, żeby samorzady same organizowały tego rodzaju szkolenia. Tym bardziej, że umiejętności motywowania przydają się w różnych zawodach i funkcjach, nie tylko gminnym komisjom, ale także pracownikom socjalnym, asystentom rodzinnym, członkom grup diagnostyczno-pomocowych itp.

Sylwester Lewandowski: Jaka może być przyszłość procedury? Ministerstwo Sprawiedliwości kilka lat temu postulowało jej likwidację, uzasadniając to niską efektywnością oraz wysokimi kosztami.

Katarzyna Łukowska: Ministerstwo dysponuje tylko kawałkiem procedury, tym który dociera do sądu. Natomiast z naszych danych z gmin z ankiet KCPU G1 z 2023 roku wynika, że z ogólnej liczby blisko 68 tys. osób z problemem alkoholowym, z którymi gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych przeprowadziły rozmowy, wobec niespełna 27% (ponad 18 tys.) wystąpiły do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego. Oczywiście część z tych wniosków na pewno jest bezzasadna, biegły nie potwierdza uzależnienia albo nie występuje przesłanka społeczna, ale na pewno są też osoby, które podejmują leczenie po takiej interwencji z zewnątrz. Poza tym procedura to okazja do kontaktu z rodziną i uruchomienia dla niej pomocy lub interwencji, jeśli przy okazji rozmowy okaże się, że dochodzi tam do przemocy. Picie alkoholu zwiększa prawdopodobieństwo stosowania przemocy, ale bliscy osób uzależnionych często uruchamiają procedurę zobowiązania do leczenia, zamiast zgłosić przemoc, co rozpoczyna procedurę „Niebieskie Karty”, ponieważ mają przekonanie, że zatrzymanie picia zagwarantuje zaprzestanie stosowania przemocy. Tymczasem wiemy, że samo leczenie uzależnienia i nawet jego ukończenie, i nawet utrzymywanie abstynencji nie zagwarantuje zmiany zachowania i zatrzymania przemocy. Z tych samych ankiet, które już tutaj cytowałam, wynika, że gminne komisje przeprowadziły rozmowy z blisko 41 tys. członków rodzin przy okazji tej procedury. To

ogromna szansa do zainicjowania pomocy, oczywiście przy założeniu, że gminne komisje dopytają o sytuację w rodzinie, o dzieci i o bezpieczeństwo w kontekście przemocy. I właśnie tej aktywności gminnych komisji i pomocy udzielanej rodzinom Ministerstwo Sprawiedliwości nie może widzieć, bo na ten poziom te dane nie docierają.

Natomiast nie tylko Ministerstwo zwraca uwagę na niską efektywność. NIK w swojej kontroli, która objęła 31 urzędów gmin, 10 podmiotów leczniczych i 22 sądy rejonowe na terenie czterech województw: pomorskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego ujawnił takie dane:

- ponad 60% zobowiązanych do leczenia nie stawilo się na leczenie;
- 30% osób przyjętych na obowiązkową terapię (na poziomie podstawowym) nie ukończyło jej;
- połowa zobowiązanych była ponownie kierowana przez sąd na leczenie.

Sylwester Lewandowski: PARPA w 2007 roku zapytała samorzady, co sądzą o procedurze i z tego, co pamiętam, większość była przeciwna jej likwidacji. Ale słycać głosy, że gminne komisje zarabiają na rozmowach motywujących, więc nie są obiektywne.

Katarzyna Łukowska: Fakt otrzymywania wynagrodzenia nie pozbawia ludzi możliwości wyrażania swojej opinii. Zebraliśmy dane z 2209 samorządów lokalnych i 54% badanych postulowało modyfikację procedury, 22% chciało jej utrzymania w obecnym kształcie, a tylko niecałe 4% jej likwidacji. Nie chcę zakładać, że jedyną motywacją za jej utrzymaniem jest otrzymywane wynagrodzenie, ponieważ respondenci zapytani o korzyści z istnienia takiej procedury, wskazywali najczęściej zmobilizowanie uzależnionego do podjęcia leczenia (32,6%) oraz właśnie pomoc rodzinie i szanse na poprawę jej sytuacji (27,7%). O wszystkich podmiotach zaangażowanych w realizację procedury można powiedzieć, że zarabiają, np. podmioty lecznicze za świadczenia, ale także i oni, bo wśród nich też robiliśmy taką ankietę, opowiadali się za modyfikacją procedury, a nie za całkowitą likwidacją.

Sylwester Lewandowski: Ostatnia nowelizacja procedury miała miejsce po raporcie NIK, czyli w 2018 roku. Zamieniono wtedy przesłankę uchylenie się od pracy na niezaspokajanie potrzeb rodziny i uregulowano kwestie przekazywania danych osobowych. Czy to wystarczy? Czy może konieczne są kolejne modyfikacje?

Katarzyna Łukowska: Moim zdaniem tak. Ta procedura jest bardzo powierzchownie uregulowana i moim zdaniem zostawia za dużo niejasności, zwłaszcza na poziomie gminnych komisji. Nie postuluję może aż takich szczegółowych regulacji jak przy procedurze „Niebieskie Karty”, ale warto byłoby zapisać np. ile razy zapraszać osobę uzależnioną, jeśli ta się nie stawia, żeby nie przedłużać postępowania, wpisać wprost rozmowy motywujące, wymagać, żeby prowadziły je osoby odpowiednio do tego przeszkolone. W ustawie jest już zapis, który mówi o tym, że w skład gminnej komisji powinny wchodzić osoby przeszkolone w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, ale to jest niewystarczające wymaganie, biorąc pod uwagę kompetencje, jakie są potrzebne do rozmowy i motywowania. Nieprzygotowana osoba może swoją postawą i sposobem rozmawiania zaszkodzić klientowi i jego rodzinie, np. wzmacniać opór: „Czy nie widzi pan, że jest alkoholiczkiem, naprawdę niech się pan ogarnie” albo wzbudzać poczucie winy: „Ma pani małe dzieci, powinna pani już wcześniej szukać pomocy, przecież dzieci widzą pijanego ojca i jak pani myśli, jak to na nich wpływa”? Poza tym może należałoby uregulować liczbę osób, które powinny rozmawiać z osobą zobowiązaną. Do motywowania muszą być odpowiednie warunki, ważne jest nawiązanie dobrego, nieoceniającego kontaktu, a to nie jest możliwe, kiedy z klientem rozmawia kilkusobowa gminna komisja. Moim zdaniem ustawowe określenie „podjęcie leczenia” nie jest jednoznaczne. Czy to oznacza, że wystarczy zapisać się na terapię, odbyć pierwsze rozmowy konsultacyjne w poradni czy stawić się w zakładzie stacjonarnym w terminie przez niego wyznaczonym. To też wymaga doprecyzowania.

Po integracji problemów rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii warto byłoby, jeśli procedura zostanie utrzymana, zmodyfikować ją w takim kierunku, żeby obejmowała także osoby uzależnione od innych substancji psychoaktywnych. Bo w tej chwili jest nierówność w traktowaniu uzależnienia, a z drugiej strony i jedni, i drudzy mogą leczyć się w tych samych placówkach, zatem rodzaj udzielonej pomocy nie różnicuje tych dwóch grup klientów.

Sylwester Lewandowski: Kiedy spotykam się z gminnymi komisjami, to zgłaszają one postulat, żeby w związku z połączeniem dwóch gminnych progra-

mów w jeden (w 2002 roku) i integracją obszarów alkoholowego i narkotykowego, zmienić nazwę gminnej komisji na gminną komisję rozwiązywania problemów uzależnień.

Katarzyna Łukowska: I może warto zmienić nazwę z komisji na grupy? Zespoły? W 1956 roku na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej były powoływane komisje społeczno-lekarskie do spraw przymusowego leczenia alkoholików i może warto odejść od takiego urzędowego języka. W procedurze „Niebieskie Karty” mamy grupy diagnostyczno-pomocowe. Moim zdaniem brzmi to lepiej niż komisje.

Sylwester Lewandowski: Czy w procedurze powinniśmy wrócić do jakichś sankcji za niepodjęcie leczenia?

Katarzyna Łukowska: W dyskusji nad nowelizacją najczęściej pojawia się zawsze postulat, żeby wprowadzić jakieś sankcje. Ale jakie? W 1959 roku mieliśmy areszt i karę grzywny. Niektórzy chcą odebrania świadczeń socjalnych, jeśli dana osoba nie podejmie leczenia, ale ta sankcja dotyczyłaby tylko tych, którzy korzystają z tej formy pomocy. Wszelkie kary finansowe, w tym także odebranie zasiłków, to w istocie konsekwencje dla rodziny i ja jestem im stanowczo przeciwna. Inne pomysły na wprowadzenie pewnego rodzaju sankcji to zobowiązanie do przepracowania określonej liczby godzin na rzecz społeczności lokalnej, ale to jest orzekane w drodze postępowania karnego, więc wymagałoby to istotnej zmiany prawnej, ponieważ osoba zobowiązana do leczenia nie jest skazana.

Sylwester Lewandowski: NIK zwracała także uwagę na to, że gminne komisje, które są stroną postępowania, nie chodzą do sądu.

Katarzyna Łukowska: Potwierdziła to w swoich analizach Horna-Cieślak. Wnioskodawcy w większości przypadków nie stawiali się na rozprawy (20,3% pierwszych rozpraw, 12% drugich rozpraw). I zdecydowanie częściej, jako wnioskodawca, w rozprawach uczestniczył prokurator (49,2% przypadków pierwszych rozpraw) niż przedstawiciel gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (7,1% przypadków pierwszych rozpraw). Mała aktywność gminnej komisji jest prawdopodobnie związana z tym, że sąd zobowiązywał uczestników postępowania do obowiązkowego stawienia na rozprawę, natomiast gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych sąd jedynie zawiadamiał o terminie rozprawy. I druga moja hipoteza to brak wystarczającego przygotowania gminnych

komisji w zakresie występowania przed sądem i mała świadomość tego, do czego mają prawo.

Sylwester Lewandowski: Uczestnictwo w postępowaniu sądowym, a wiem to, bo sam jestem członkiem miejskiej komisji, daje możliwość bieżącego reagowania na argumenty, które podaje osoba zobowiązana lub powołani przez nią świadkowie. W trakcie postępowania sądowego można także zgłaszać swoje wnioski dowodowe.

Katarzyna Łukowska: Może skoro rozmawiamy o procedurze, a ty masz doświadczenie z uczestnictwa w postępowaniu sądowym, opowiesz trochę o tym, jak to wygląda. Tym bardziej, że właśnie gminne komisje zbyt rzadko do sądów chodzą.

Sylwester Lewandowski: Chętnie, może uda się zachęcić gminy do większej aktywności w tym zakresie. Nasza komisja do wniosku do sądu dołącza stosowne imienne pełnomocnictwo wystawione przez Prezydenta Grudziądza i na jego podstawie sąd ustala, czy wskazana w nim osoba ze strony komisji stawiała się do sądu. Następnie jako wnioskodawca, jeśli to ja idę do sądu, odczytuję, o co wnoszę w imieniu komisji, czyli o objęcie leczeniem odwykowym. Nie czytam całego uzasadnienia wniosku, sąd je zna, czytam tylko to, o co wnoszę.

Sąd przesłuchuje świadków. Najczęściej są to członkowie rodziny, ale bywają też pracownicy socjalni, dzielnicowi, ktoś z sąsiadów. Mogą to być też biegli. Swoich świadków może też powołać uczestnik, który ma być zobowiązany do leczenia. Sąd zapewnia świadkom swobodę wypowiedzi na temat ich wiedzy w przedmiocie uzależnienia uczestnika. Strony mogą zadawać świadkom pytania, to bardzo istotne, żeby dobrze znać dokumenty i zeznania świadków. Zdarza się bowiem, że pod wpływem emocji świadkowie zapominają powiedzieć o czymś ważnym, o czym mówili na spotkaniu z komisją i ja jako strona mogę o to dopytać. Są to pytania tzw. uzupełniające. Pytania wyjaśniające mają na celu sprecyzowanie wypowiedzi zbyt ogólnikowej, a pytania kontrolujące służą do sprawdzenia prawdomówności świadka lub uczestnika. Zadają też pytania świadkom zobowiązanego. Zwykle ta druga strona powołuje świadków, którzy mogą zeznać, że klient nie nadużywa alkoholu. Często okazuje się, że są to świadkowie mało wiarygodni. Wystarczy, że zadam pytanie, jak długo znają się ze zobowiązanym, jak często się spotykają, co świadek wie o sytuacji

rodzinnej zobowiązanego i okazuje się, że to bardzo powierzchowna znajomość i świadek nie może posiadać wiarygodnych informacji na temat, czy problem z alkoholem jest, czy go nie ma. Po prostu okazuje się, że prawie wcale nie zna sytuacji zobowiązanego. Zaznaczam, że sąd może uchylić pytanie strony, jeśli uzna, że jest ono bez związku ze sprawą lub odpowiedź jest nieistotna dla sprawy. Sędzia też jest aktywny, też dopytuje świadków na podstawie informacji, które sądowi przekazuje komisja z rozmów podczas posiedzeń odbytych w czasie procedury motywowania uczestnika do podjęcia leczenia odwykowego. To pokazuje, że nasze wnioski do sądu i dokumentacja muszą być bardzo rzetelne i konkretne. My zapisujemy w protokołach z rozmów zeznania świadków niemal słowo w słowo, nie dokonujemy własnych interpretacji.

Katarzyna Łukowska: Ile czasu zwykle trwa taka rozprawa?

Sylwester Lewandowski: Trzeba sobie zarezerwować od 0,5 godz. do nawet 1,5 godz. Sąd, jeśli strony nie składają wniosków dowodowych, wydaje postanowienie na pierwszym posiedzeniu. Po zakończeniu przewodu dowodowego strony muszą opuścić salę rozpraw i czekać na decyzję sądu przed salą. Myślę, że to może być dla niektórych trochę stresujące, czekać przed salą razem ze zobowiązanym. Sąd potrzebuje kilkanaście minut na przygotowanie postanowienia, po czym wzywa strony na salę i ogłasza treść rozstrzygnięcia, które wysłuchujemy, stojąc we wcześniej zajmowanych miejscach.

Katarzyna Łukowska: Powinam wrócić do swojego pomysłu z czasów PARPA, żeby przygotować film instruktażowy dla członków gminnych komisji, jak się zachować w sądzie.

Sylwester Lewandowski: Chętnie się włączę w taki projekt. Pani Dyrektor, dziękuję za rozmowę. A czytelników z gminnych komisji zachęcam do doskonalenia swoich kompetencji w zakresie rozmów motywujących z osobami zobowiązanymi do leczenia.

Przypisy

¹ M. Horna-Cieślak, „Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi”, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2017.