

**INSTYTUT WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI**

**Monika Horna-Cieślak**

***Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia  
odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości  
i przeciwdziałaniu alkoholizmowi***

**Warszawa 2017**



## Spis treści

1. Wprowadzenie .....	1
2. Geneza ustanowienia regulacji prawnych w przedmiocie leczenia osób uzależnionych od alkoholu.....	6
2.1. Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu.....	6
2.2. Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu.....	7
2.3. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi .....	8
3. Obowiązujące regulacje prawne w przedmiocie zastosowania obowiązku leczenia odwykowego .....	10
3.1. Wszczęcie postępowania sądowego .....	11
3.2. Postępowanie przed sądem .....	12
3.2.1. Ustawowe przesłanki wymagane do orzeczenia obowiązku leczenia odwykowego – przesłanka medyczna.....	13
3.2.2. Ustawowe przesłanki wymagane do orzeczenia obowiązku leczenia odwykowego – przesłanka społeczna .....	15
3.3. Orzeczenia .....	18
4. Obowiązujące regulacje prawne w przedmiocie wykonania obowiązku leczenia odwykowego.....	20
4.1. Czynności podejmowane przez sąd .....	21
4.1.1. Czynności podejmowane przez sąd we wstępnej fazie postępowania wykonawczego.....	22
4.1.2. Czynności podejmowane przez sąd w dalszej fazie postępowania wykonawczego.....	23
4.2. Czynności podejmowane przez kuratorów sądowych .....	27
5. Ocena leczenia odwykowego w perspektywie dotychczasowych badań akt sądowych oraz innych analiz .....	30
5.1. Badania aktowe.....	30
5.2. Kontrola Najwyższej Izby Kontroli .....	31
6. Badanie aktowe spraw dotyczących orzekania oraz wykonywania obowiązku leczenia odwykowego.....	34
6.1. Obraz statystyczny oraz metodologia badawcza.....	34
6.2. Charakterystyka osób, których dotyczyło postępowanie rozpoznawcze oraz wykonawcze .....	36
6.2.1. Płeć i wiek .....	37
6.2.2. Stan cywilny, sytuacja rodzinna oraz stan zdrowia .....	38
6.2.3. Wykształcenie, źródło utrzymania, sytuacja ekonomiczna.....	41

6.2.4. Spożycie alkoholu, zachowanie po jego konsumpcji, uprzednia karalność .....	44
6.2.5. Stosunek rodziny wobec osoby uzależnionej od alkoholu, uzależnienie od alkoholu członków rodziny uczestnika postępowania oraz dotychczasowe formy leczenia podjęte przez osobę uzależnioną.....	48
6.2.6. Podsumowanie.....	50
6.3. Postępowanie rozpoznawcze .....	50
6.3.1. Wszczęcie postępowania sądowego.....	51
6.3.2. Postępowanie przed sądem .....	55
6.3.2.1. Udział osoby uzależnionej w postępowaniu .....	57
6.3.2.2. Opinia biegłych sądowych.....	59
6.3.2.3. Orzeczenia.....	64
6.3.3. Podsumowanie.....	68
6.4. Postępowanie wykonawcze.....	69
6.4.1. Obowiązek leczenia stacjonarnego.....	73
6.4.1.1. Działanie sądu .....	73
6.4.1.2. Wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego.....	78
6.4.2. Obowiązek leczenia niestacjonarnego .....	83
6.4.2.1. Działanie sądu .....	84
6.4.2.2. Wykonanie obowiązku leczenia niestacjonarnego .....	88
6.4.3. Nadzór kuratora sądowego .....	91
6.4.4. Zakończenie postępowania wykonawczego .....	101
6.4.5. Podsumowanie.....	102
7. Efektywność sądowej procedury zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu .....	105
8. Wnioski i rekomendacje.....	107

## 1. Wprowadzenie

Alkoholizm stanowi szczególny problem polityki społecznej w Polsce. Uznawany jest za zjawisko patologiczne, wysoce szkodliwe oraz będące źródłem wielu strat społecznych i ekonomicznych. Ekspertki szacują, że koszty społeczne i ekonomiczne mające swoje źródło w nadużywaniu oraz uzależnieniu od alkoholu mogą sięgać około 40 miliardów złotych rocznie<sup>1</sup>. Specjaliści podają także, że w Polsce ok. 3 miliony osób nadużywa alkoholu, a ok. 600-740 tysięcy jest od niego uzależnionych<sup>2</sup>.

Prowadzone badania wskazują na korelację występującą pomiędzy szkodliwą konsumpcją alkoholu a m.in. ryzykiem wystąpienia wielu poważnych chorób, bezrobociem, niższym statusem socjoekonomicznymi, wypadkami, przemocą, przestępczością oraz destabilizacją życia rodzinnego<sup>3</sup>.

Straty wynikające ze szkodliwego spożywania alkoholu są ogromne. Organizacje, instytucje, służby krajowe jak i międzynarodowe, posiadając świadomość wagi tego zjawiska, podejmują szereg działań mających na celu rozwiązanie problemu alkoholowego poprzez stosowanie oraz poszukiwanie metod profilaktycznych oraz leczniczych.

W Polsce jednym z instrumentów polityki państwa w tym obszarze jest obowiązująca od 1983 roku procedura sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu uregulowana w ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi<sup>4</sup>.

Ustawa przewiduje możliwość **sądowego zobowiązania** osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie

---

<sup>1</sup> M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Gryglewicz, M. Gałązka-Sobotka (red.), *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce*, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia i Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2013, s. 53.

<sup>2</sup> J. Mosakiewicz, A. Klejna, B. Wojtyniak, *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 67.

<sup>3</sup> *Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 r.*, s. 25.

<sup>4</sup> Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 487 ze zm., dalej cyt. także jako u.w.t.p.a.

lecznictwa odwykowego w sytuacji, gdy osoba nadużywająca alkohol powoduje rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchyla się od pracy albo systematycznie zakłóca spokój lub porządek publiczny. Nałożony przez sąd obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia. Procedura leczenia odwykowego składa się z postępowania rozpoznawczego (sąd rozstrzyga o potrzebie zobowiązania osoby uzależnionej do podjęcia leczenia) oraz postępowania wykonawczego (służy zrealizowaniu obowiązku nałożonego przez sąd).

Konstrukcja prawna **sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu** opiera się na zasadzie ograniczenia dobrowolności leczenia<sup>5</sup>.

Z jednej strony, na podstawie przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, władza publiczna ingeruje w sposób życia osoby uzależnionej od alkoholu, zobowiązując ją do określonego postępowania - poddania się leczeniu. Dodatkowo w trakcie trwania postępowania rozpoznawczego osoba uzależniona może być, wbrew swojej woli, doprowadzona przez organ Policji na badanie prowadzone przez biegłych, na rozprawę w sądzie a na etapie postępowania wykonawczego także do placówki leczenia celem podjęcia kuracji. Ustawa nakłada zatem wobec jednostki bardzo istotne ograniczenia w zakresie praw osobistych, takich jak zdrowie, wolność, godność. Prawa te chronione są przez art. 30 i 31 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.<sup>6</sup> oraz art. 10 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności<sup>78</sup>.

Z drugiej strony, jeżeli osoba uzależniona doprowadzona przez organ Policji do zakładu leczenia nie zgadza się na kurację, zakład leczenia nie ma prawa zastosowania wobec niej żadnej formy przymusu leczenia. Osoby tam pracujące mogą jedynie motywować osobę uzależnioną do podjęcia leczenia, powiadomić sąd

---

<sup>5</sup> Obserwatorium Instytutu Łukasiewicza, *Czy alkoholika można zmuszać do leczenia?* <http://alkoholipapierosy.pl/czy-alkoholika-mozna-zmuszac-do-leczenia>

<sup>6</sup> Tekst jedn. Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>7</sup> Tekst jedn. Dz. U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284 ze zm.

<sup>8</sup> Np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 241/07, LEX/el. Nr 361289, uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 1986 roku, III CZP 72/85, LEX/el. Nr 3203.

o odmowie poddania się kuracji oraz pozwolić jej, w przypadku leczenia stacjonarnego, na opuszczenie zakładu leczenia po uzyskaniu zezwolenia kierownika placówki<sup>9</sup>.

Sądowy obowiązek leczenia nie uchybia więc, co do zasady, wyrażonej w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>10</sup> oraz ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty<sup>11</sup> generalnej regule uzyskiwania zgody pacjenta na przeprowadzenie badań lub innych świadczeń zdrowotnych<sup>12</sup>. Orzeczenie sądu zobowiązujące do poddania się leczeniu nie zastępuje zgody osoby uzależnionej na leczenie. Przez cały czas trwania sądowego obowiązku leczenia sąd stosuje przewidziany prawem przymus doprowadzania do zakładu leczenia, jeśli jednak osoba uzależniona nie wyrazi zgody na kurację, postanowienie sądu nie zostanie wykonane. Ustawodawca nie przewidział wobec osoby uzależnionej żadnych sankcji za niezrealizowanie obowiązku leczenia.

W literaturze przedmiotu<sup>13</sup> podkreśla się, że obowiązek poddania się leczeniu nie ma charakteru przymusu prawnego a ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie przewiduje żadnych możliwości prawnych ani organizacyjnych „zatrzymania pacjenta w placówce wbrew jego woli, a tym bardziej zmuszenia go do aktywnego uczestnictwa w programie psychoterapii uzależnienia, którego efektywność zależy od motywacji i zaangażowania oraz osobistych decyzji pacjentów”<sup>14</sup>.

Problematyka sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu z powodu wątpliwości co do efektywności i skuteczności jej funkcjonowania a także

---

<sup>9</sup> T. Brzeziński: *Etyka lekarska*, Warszawa, 2012, s. 116.

<sup>10</sup> Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318.

<sup>11</sup> Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 125 ze zm.

<sup>12</sup> *Prawa pacjenta w placówkach Leczenia uzależnienia od alkoholu*, Świat Problemów, <http://www.swiatproblemow.pl/prawa-pacjenta-w-placowkach-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu/>

<sup>13</sup> Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich prof. Ireny Lipowicz skierowane do Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza z dnia 23.08.2013 r. RPO-667951-V/IIIGM, s. 2 <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2011/02/667951/1747559.pdf>; Obserwatorium Instytutu Łukasiewicza, *Czy alkoholika można zmuszać do leczenia?* <http://alkoholipapierosy.pl/czy-alkoholika-mozna-zmuszac-do-leczenia/>; Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, *Rozwiązywanie problemów alkoholowych w gminie. Informator dla radnych*, Warszawa 2015, s. 7.

<sup>14</sup> *Sprawozdanie z wykonania ustawy....*, op. cit., s. 35-36.

skali zastosowania wobec licznej grupy obywateli od wielu lat stanowi przedmiot zainteresowania Rzecznika Praw Obywatelskich<sup>15</sup>, Rzecznika Praw Dziecka<sup>16</sup>, Trybunału Konstytucyjnego<sup>17</sup>, interpelacji poselskich<sup>18</sup>, badań naukowych<sup>19</sup>, kontroli Najwyższej Izby Kontroli<sup>20</sup> oraz prac legislacyjnych<sup>21</sup>.

Niniejszy raport stanowi kontynuację podjętych już analiz poprzez próbę kompleksowego i obszernego zbadania wspomnianej procedury. W odróżnieniu od wcześniejszych badań, niniejsza praca w sposób szczegółowy porusza nie tylko problematykę postępowania wykonawczego, ale także zagadnienia związane z postępowaniem rozpoznawczym, postępowaniem o zmianę orzeczenia o obowiązku leczenia odwykowego oraz podejmuje próbę oceny sytuacji osoby uzależnionej na końcowym etapie trwania obowiązku leczenia. Celem raportu jest także zbadanie efektywności funkcjonowania nadzorów kuratorskich orzekanych na czas trwania obowiązku leczenia a także opinii biegłych wydawanych na potrzeby toczącego się postępowania. Realizacji powyższych celów służyć ma analiza teoretyczna niezbędnych przepisów prawa oraz prezentacja wyników badania

---

<sup>15</sup> Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich prof. Ireny Lipowicz skierowane do Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza z dnia 23.08.2013 r., RPO-667951-V/IIGM, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2011/02/667951/1747559.pdf>

<sup>16</sup> Pismo Rzecznika Praw Dziecka Marka Michalaka do Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła z dnia 23.03.2016 r., ZSR.422.11.2016.MK, <http://brpd.gov.pl/aktualnosci-wystapienia-generalne/pija-bija-leczenia-unikaja> oraz Pismo Rzecznika Praw Dziecka Marka Michalaka do Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła z dnia 17.10.2016 r., ZSR.422.11.2016.MK, <http://brpd.gov.pl/aktualnosci-wystapienia-generalne/opieszalosc-leczenia-uzaleznien-niebezpieczna-dla-dzieci>

<sup>17</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 lipca 2006 r., K 43/05, OTK-A 2006 r. nr 7, poz. 78, Legalis/el. Nr 75246 oraz wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia z dnia 8 listopada 2001 r., P 6/01, LEX/el. Nr 50247.

<sup>18</sup> Np. interpelacja Adama Ołdakowskiego do Ministra Zdrowia z dnia 16.01.2017 r. nr 9366 <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=4072FF74&view=1>, interpelacja Anny Nemś do Ministra Zdrowia z dnia 01.12.016 r. nr 8289, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=04A6AE35&view=1>

<sup>19</sup> R. Kulma, *Efektywność wykonania orzeczeń sądowych o obowiązku podjęcia leczenia odwykowego*, Prawo w Działaniu, Nr 2010/7, s. 255-291. Wyniki analizy zostają przedstawione w dalszej części pracy.

<sup>20</sup> Raport Najwyższej Izby Kontroli pn. *Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe*, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10928,vp,13273.pdf>. Wyniki analizy zostają przedstawione w dalszej części pracy.

<sup>21</sup> Ministerstwo Zdrowia w 2009 roku przygotowało projekt ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Projekt ustawy był rezultatem prac wypracowanych w ramach działającego w 2008 roku Zespołu do spraw Poprawy Skuteczności Wykonania Orzeczeń Sądowych przy Ministrze Sprawiedliwości, [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/pustawy\\_parpa\\_07102009.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pustawy_parpa_07102009.pdf)



aktowego dotyczącego orzekania oraz wykonywania obowiązku leczenia odwykowego.

## 2. Geneza ustanowienia regulacji prawnych w przedmiocie leczenia osób uzależnionych od alkoholu

### 2.1. Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu

Regulacje prawne przewidujące leczenie osób uzależnionych od alkoholu zostały wprowadzone do polskiego porządku prawnego ustawą z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu<sup>22</sup>. Miały one stanowić jedno ze skutecznych rozwiązań zwalczania alkoholizmu wpływającego szkodliwie na zdrowie, pracę i dobrobyt ludności oraz powodującego wzrost przestępczości<sup>23</sup>. Instytucja ta miał więc na celu ochronę zdrowia samej osoby uzależnionej od alkoholu oraz ochronę praw i wolności innych osób i porządku publicznego<sup>24</sup>.

Art. 6 wspomianej ustawy stanowił, że leczenie przymusowe w zakładach lecznictwa otwartego i zamkniętego stosuje się do nałogowych alkoholików, którzy wykazują objawy przewlekłego alkoholizmu i swoim postępowaniem powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizują nieletnich lub zagrażają bezpieczeństwu otoczenia. O zastosowaniu przymusowego leczenia w zakładach lecznictwa otwartego orzekały komisje społeczno-lekarskie przy prezydiach powiatowych (miejskich, dzielnicowych) rad narodowych a o zastosowaniu przymusowego leczenia w zakładach lecznictwa zamkniętego orzekał na wniosek komisji społeczno-lekarskiej sąd powiatowy w postępowaniu niespornym, właściwy według miejsca zamieszkania alkoholika.

Regulacje prawne wyraźnie eksponowały, że leczenie nie ma charakteru dobrowolnego a oparte jest na przymusie prawnym. Ustawa, w art. 6, wprost wskazywała, że „do nałogowych alkoholików (...) stosuje się leczenie przymusowe”<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup> Tekst. jedn. Dz. U. Nr. 12, poz. 62.

<sup>23</sup> Treść preambuły ustawy z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu.

<sup>24</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 241/07, LEX/el. Nr 361289.

<sup>25</sup> A. Ratajczak, *Dobrowolność i obowiązek zamiast przymusu w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu (na marginesie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi)*, Acta

Ustawa nie wprowadzała jednak żadnych możliwości prawnych ani organizacyjnych pozwalających na wyegzekwowanie przymusu leczenia. Konsekwencją przyjęcia przez regulacje prawne priorytetu leczenia przymusowego było, jak podaje A. Ratajczak<sup>26</sup>, utrudnienie podjęcia leczenia osobom chcącym leczyć się dobrowolnie. Osoby te mogły rozpocząć kurację tylko w miarę zwalniania miejsc przez osoby leczone przymusowo.

## **2.2. Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu**

Kolejna regulacja tj. ustawa z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu<sup>27</sup> nadal akcentowała, że leczenie osób uzależnionych od alkoholu stanowi przymus prawny<sup>28</sup> orzekany w zbliżony sposób do rozwiązań przyjętych na gruncie ustawy z 1956 roku. Ustawa wprowadziła jednak istotne zmiany w zakresie jego wyegzekwowania.

Po pierwsze, art. 17 ustawy przewidywał możliwość zastosowania przymusowego doprowadzenia osoby za pośrednictwem Milicji Obywatelskiej, 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. Po drugie, art. 32 stanowił, że osoba, która uchyla się od orzeczonego względem niej przymusowego leczenia w zakładzie lecznictwa otwartego lub zamkniętego, podlegała karze aresztu do 3 miesięcy lub karze grzywny do 4500 zł.

---

Universitatis Wratislaviensis, Prawo CXXV, Wrocław 1985, s. 154 oraz B. Jaworska-Dębska, *Spór wokół modelu polskiej regulacji alkoholowej. Zagadnienia administracyjnoprawne*, Łódź 1995 r., s.142.

<sup>26</sup> Tamże, s. 153.

<sup>27</sup> Tekst jedn. Dz. U. Nr 69, poz. 434 ze zm.

<sup>28</sup> Art. 13 ustawy wprost wskazywała, że „do nałogowych alkoholików (...) stosuje się leczenie przymusowe”.

### 2.3. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

Obecnie obowiązujący model leczenia osoby uzależnionej od alkoholu wprowadzony na mocy ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi stanowi wyniki dyskusji nad omówionymi powyżej rozwiązaniami.

Jak podaje B. Jaworska-Dębska<sup>29</sup> regulacje z lat pięćdziesiątych wywołały mieszane oceny. Spotykały się one z uznaniem środowiska antyalkoholowego reprezentowanego przez społeczne ruchy trzeźwościowe, ale także dezaprobatą terapeutów oraz przedstawicieli nauki. Wśród głosów krytycznych, które miały na celu ulepszenie procedury leczenia a nie jej zdyskredytowanie, podkreślano przede wszystkim, że system nie uwzględnia woli, motywacji osoby uzależnionej do podjęcia i kontynuowania leczenia w sytuacji, gdy to właśnie motywacja i współpraca osoby uzależnionej gwarantuje skuteczne rezultaty a nie przymus leczenia<sup>30</sup>.

W konsekwencji „zwiększenia humanizacji procesu leczenia, uwzględnienia ustaleń medycyny a także doświadczenia innych krajów”<sup>31,32</sup> wprowadzone zostały nowe regulacje prawne. Ustawa z 1982 r. wyeksponowała zasadę swobody podjęcia leczenia odwykowego, wskazując, w art. 21 ust. 2, że poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne a wyjątki od tej zasady określa ustawa. Dodatkowo leczenie przymusowe orzekane przez sąd lub komisje społeczno-lekarskie zastąpiono możliwością sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu, co znalazło odzwierciedlenie w art. 26<sup>33</sup>. Ustawa zlikwidowała także sankcję kary aresztu bądź grzywny w przypadku uchylania się od wykonania orzeczonego przymusu leczenia, a przymus może być

---

<sup>29</sup> B. Jaworska-Dębska, *Spór wokół modelu...*, op. cit. s. 142-144.

<sup>30</sup> A. Ratajczak, *Dobrowolność...*, op. cit., s. 153.

<sup>31</sup> B. Jaworska-Dębska, *Spór wokół modelu...*, op. cit. s.144.

<sup>32</sup> Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 1984 r., III CZP 17/84, LEX/el. Nr 3000.

<sup>33</sup> Art. 26 ust. 1 u.w.t.p.a. stanowi, że „Osoby, o których mowa w art. 24, jeżeli uzależnione są od alkoholu, zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego”.

stosowany wyłącznie w zakresie doprowadzenia osoby na badanie przez biegłych, na rozprawę w sądzie i do zakładu stacjonarnego bądź niestacjonarnego w celu rozpoczęcia leczenia. Ustawa wprowadziła także nowe rozwiązania proceduralne związane z orzekaniem obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, które to zostaną przedstawione w dalszej części pracy.

### **3. Obowiązujące regulacje prawne w przedmiocie zastosowania obowiązku leczenia odwykowego**

Jak zostało już wspomniane, procedura leczenia odwykowego składa się z postępowania rozpoznawczego oraz postępowania wykonawczego.

Postępowanie rozpoznawcze „ma na celu ustalenie, czy w stosunku do osoby, której postępowanie dotyczy, istnieją ustawowe przesłanki do poddania jej obowiązkowi leczenia, a wypadku istnienia takich podstaw, czy leczenie to powinno mieć miejsce w stacjonarnym czy niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego<sup>34</sup>”.

Postępowanie to rejestrowane jest w repertorium RNs i prowadzone jest przez sąd rejonowy, wydział rodzinny i nieletnich<sup>35</sup>, właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby uzależnionej od alkoholu<sup>36</sup>.

Sprawy w przedmiocie zastosowania obowiązku leczenia odwykowego należą do kategorii spraw z zakresu prawa osobowego<sup>37</sup> i rozpoznawane są w trybie postępowania nieprocesowego. Przepisami właściwymi do zastosowania w tym przedmiocie są regulacje ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego<sup>38</sup>, tj. przepisy ogólne o postępowaniu nieprocesowym, regulacje dotyczące postępowania w sprawach z zakresu prawa osobowego a także na mocy art. 13 § 2 k.p.c. odpowiednie przepisy dotyczące postępowania procesowego. Przepisami szczególnymi są natomiast przepisy rozdziału 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi<sup>39</sup> a także inne akty wykonawcze<sup>40</sup>.

---

<sup>34</sup> Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 1984 r., III CZP 17/84, LEX/el. Nr 3000.

<sup>35</sup> Art. 12 § 1a pkt 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku Prawo o ustroju sądów powszechnych (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r., Nr 98, poz. 1070 ze zm.).

<sup>36</sup> Art. 26 ust. 2 u.w.t.p.a.

<sup>37</sup> Np. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 11 września 2013 r., III CZP 52/13, LEX/el. Nr 1371626.

<sup>38</sup> Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1822 ze zm., dalej cyt. jako k.p.c.

<sup>39</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2009 r. IV CSK 210/09, OSNC 2010 nr 4, poz. 59, Legalis/el. Nr 188459.

<sup>40</sup> Np. rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych (tekst jedn. Dz. U. poz. 2316 ze zm.).

### 3.1. Wszczęcie postępowania sądowego

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w art. 26 ust. 3 *expressis verbis* wymienia organy mogące wystąpić z wnioskiem do sądu o zastosowanie obowiązku leczenia odwykowego. Legitymację czynną do złożenia ww. wniosku posiada wyłącznie prokurator oraz gminna komisja rozwiązywania problemu alkoholowych<sup>41</sup>. Wspomniane podmioty, przed skierowaniem wniosku do sądu, zobowiązane są do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w zakresie zasadności jego inicjonowania<sup>42</sup>.

Konsekwencją przyjętych rozwiązań prawnych jest uniemożliwienie wszczęcia postępowania z urzędu przez sam sąd<sup>43</sup> ani także na skutek wniosku pochodzącego bezpośrednio od innych podmiotów np. członków rodziny osoby uzależnionej od alkoholu<sup>44</sup>.

---

<sup>41</sup> Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 4 lipca 2006 roku, K 43/05, OTK-A 2006 nr 7, poz. 78, *Legalis/el.* Nr 75246, wskazał, że wymienione w ustawie podmioty publiczne są w stanie obiektywnie ocenić istniejącą sytuację pod kątem potrzeby zainicjonowania postępowania sądowego. Natomiast inne podmioty, w tym szczególności członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu, często pozbawione są tego obiektywizmu. Ich działanie mogłoby przyczynić się do pogłębienia albo powstania konfliktów sprzecznych z celem ustawy.

<sup>42</sup> Sąd Okręgowy w Białymstoku w postanowieniu z dnia 27 czerwca 2014 r., II Ca 411/14, *LEX/el.* Nr 1622621, wskazuje, że „Decyzja o wystąpieniu do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do poddania się leczeniu musi być poprzedzona ustaleniem nie tylko dotyczącym uzależnienia danej osoby od alkoholu oraz pochodzącą od takiej osoby odmową dobrowolnego poddania się leczeniu (art. 26 ust. 1 u.w.t.p.a.), ale też i ustaleniem dotyczącym istnienia przesłanki społecznej (art. 24 u.w.t.p.a.) w postaci negatywnego postępowania (czyli ustaleniem, czy postępowanie określonej osoby, uzależnionej od alkoholu, prowadzi do negatywnych następstw wymienionych w art. 24 u.w.t.p.a.). Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały z dnia 11 września 2013 r., akt III CZP 52/13, *LEX/el.* Nr 1371626, wskazał, że „Decyzja o wystąpieniu do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do poddania się leczeniu musi być poprzedzona ustaleniem istnienia przesłanki społecznej (art. 24) w postaci negatywnego postępowania, uzależnieniem od alkoholu oraz odmową dobrowolnego poddania się leczeniu (art. 26 ust. 1 u.w.t.p.a.). W tym celu gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych kieruje osobę, której postępowanie dotyczy, na jej wniosek lub z własnej inicjatywy, na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego (art. 25 w związku z art. 24 u.w.t.p.a.).”

<sup>43</sup> W myśl art. 506 k.p.c. „sąd wszczyna postępowanie nieprocesowe na wniosek; w wypadkach wskazanych w ustawie sąd może wszcząć postępowanie także z urzędu.” Brak odpowiedniego przepisu powoduje więc, że postępowanie może zostać wszczęte wyłącznie na wniosek.

<sup>44</sup> Zgodnie z § 250 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych, „wniosek o wszczęcie postępowania, złożony przez osobę nieuprawnioną, przewodniczący wydziału przesyła prokuratorowi i gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, a w razie ustnego zgłoszenia wniosku, przesłaniu podlega notatka służbowa”.

Powyższe rozwiązania powodują, że:

- uczestnikami postępowania są wyłącznie wnioskodawca i osoba, której postępowanie dotyczy, ponieważ w myśl art. 510 § 1 k.p.c. nie ma innych osób, których praw dotyczyłby wynik postępowania. Jedynie na mocy art. 60 k.p.c. w zw. z art. 13 § 2 k.p.c., do postępowania, które zostało wszczęte wyłącznie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, może przyłączyć się prokurator;
- ciężar udowodnienia, że uczestnik postępowania powinien zostać zobowiązany do poddania się leczeniu odwykowemu, w myśl art. 6 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny<sup>45</sup> i art. 232 zdanie pierwsze k.p.c., spoczywa na wnioskodawcy<sup>46</sup>.

### 3.2. Postępowanie przed sądem

Wydanie orzeczenia o poddaniu osoby leczeniu odwykowemu z jednej strony stanowi przejaw ograniczenia jej praw i wolności, a z drugiej strony chroni społeczeństwo oraz samą osobę uzależnioną przed jej niewłaściwym zachowaniem.

Z tego powodu postępowanie sądowe musi zostać przeprowadzone w sposób szczególnie wnikliwy, opierać się na prawidłowo dokonanych ustaleniach faktycznych, a także realizować postulat szybkości procedowania<sup>47</sup>.

Ustawodawca zdecydował więc, że orzeczenie w sprawie może zapaść wyłącznie po przeprowadzeniu rozprawy, która to powinna odbyć się w ciągu jednego miesiąca od dnia wpływu wniosku do sądu. Wskazany termin ma charakter instrukcyjny i jego przekroczenie nie powoduje żadnych negatywnych konsekwencji prawnych, jednak sąd, mając na uwadze specyfikę postępowania, powinien dążyć do jego zachowania.

---

<sup>45</sup> Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 459 ze zm..

<sup>46</sup> Postanowienie Sąd Okręgowy w Białymstoku z dnia 27 czerwca 2014 r., II Ca 411/14, LEX/el. Nr 1622621.

<sup>47</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1963 r., III CR 268/63, OSNCP, 1964 nr 12, poz. 259; uchwała Sądu Najwyższego z dnia 11 września 2013 r., III CZP 52/13, LEX/el. Nr 1371626; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 2013 r., CSK 82/13, LEX/el. Nr 1554852.



Sąd o terminie rozprawy zawiadamia wnioskodawcę, osobę, której postępowania dotyczy, tj. osobę nadużywającą alkoholu, a także może wezwać świadków w celu ich przesłuchania. Nieusprawiedliwione niestawiennictwo osoby, której postępowanie dotyczy, może nie stanowić przeszkody do rozpoznania sprawy, ale jeśli sąd uzna odmiennie, na mocy art. 30 u.w.t.p.a., może zastosować jej przymusowe doprowadzenie za pośrednictwem organu Policji.

W toku tak prowadzonego postępowania sąd ustala czy zaistniały ustawowe przesłanki wymagane do orzeczenia obowiązku leczenia odwykowego. Przesłanki te wymienione zostały w art. 24 u.w.t.p.a. i zgodne z ugruntowanym stanowiskiem<sup>48</sup> dzielą się na przesłankę medyczną oraz przesłanki społeczne.

### **3.2.1. Ustawowe przesłanki wymagane do orzeczenia obowiązku leczenia odwykowego – przesłanka medyczna**

Przesłanka medyczna polega na zweryfikowaniu, czy osoba, wobec której toczy się postępowanie, uzależniona jest od alkoholu. Ustalenia w tym przedmiocie, zgodnie z art. 24 u.w.t.p.a. a także § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu<sup>49</sup>, dokonuje wspólnie dwóch biegłych, lekarz psychiatra i psycholog albo lekarz psychiatra i specjalista psychoterapii uzależnień.

Biegli, przed wydaniem opinii, zobowiązani są ocenić dane z dostępnej dokumentacji, stan somatyczny i psychiczny na podstawie osobistego badania a także w razie konieczności mogą również zlecić przeprowadzenie badań laboratoryjnych oraz niezbędne konsultacje specjalistyczne i badania diagnostyczne<sup>50</sup>. Jeżeli osoba badana odmawia poddania się badaniu, utrudnia jego przeprowadzenie lub z innych powodów nie jest możliwe ustalenie wniosków diagnostycznych, biegły ogranicza

---

<sup>48</sup> Zob. np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 września 2015 r., I CSK 351/15, LEX/el. Nr 193670; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 241/07, LEX/el. Nr 361289; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 listopada 2012 r., III CSK 17/12, LEX/el. Nr 1293962.

<sup>49</sup> Tekst jedn. Dz.U. Nr 250, poz. 1883 ze zm., dalej cyt. jako rozporządzenie Ministra Zdrowia.

<sup>50</sup> § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia.

swoje czynności do możliwych w danej sytuacji i wzmiankuje o zaistniałych okolicznościach w sporządzonej opinii<sup>51</sup>.

W wyniku przeprowadzonych czynności biegli stwierdzają bądź negują wystąpienie zespołu uzależnienia od alkoholu będącego jednostką chorobową zdefiniowaną w 10 edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10). Według tychże kryteriów zespół uzależnienia od alkoholu oznaczony kodem: F 10.2 można zdiagnozować przy występowaniu przynajmniej trzech z następujących objawów, w okresie przynajmniej jednego miesiąca lub w ciągu ostatniego roku w kilkukrotnych okresach krótszych niż miesiąc:

- Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia ("głód alkoholowy").
- Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z pićm (upośledzenie zdolności powstrzymywania się od picia, trudności w zakończeniu picia, trudności w ograniczaniu ilości wypijanego alkoholu).
- Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drzenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci majaczenie drzenne) lub używanie alkoholu w celu uwolnienia się od objawów abstynencyjnych.
- Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu, potrzeba spożywania zwiększonych dawek dla osiągnięcia oczekiwanego efektu.
- Koncentracja życia wokół picia kosztem zainteresowań i obowiązków.
- Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia<sup>52</sup>.

Biegli, w myśl stanowiska przedstawionego przez Sąd Najwyższy<sup>53</sup>, sporządzają omówioną powyżej opinię na zlecenie prokuratora albo gminnej komisji

---

<sup>51</sup> § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia.

<sup>52</sup> <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/uzaleznienie>; M. Frąckowiak, M. Motyka, *Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2015, 96 (2), s. 315-317.

<sup>53</sup> Uchwała z dnia 11 września 2013 r., III CZP 52/13, LEX/el. Nr 1371626.

rozwiązywania problemów alkoholowych przed wszczęciem postępowania sądowego bądź wyjątkowo na zlecenie sądu w trakcie trwania postępowania rozpoznawczego.

Sąd Najwyższy we wspomnianym orzeczeniu jednoznacznie wskazał, że art. 26 ust. 3 u.w.t.p.a. zobowiązuje podmioty uprawnione do wszczęcia postępowania sądowego do dołączenia do wniosku wszelkiej dokumentacji zebranej w sprawie wraz z opinią biegłych, a w przypadku jej braku wraz ze wzmianką biegłych o okolicznościach uniemożliwiających jej wydanie. Brak dokumentacji pochodzącej od biegłych stanowi brak formalny wniosku<sup>54</sup> o wszczęcie postępowania sądowego i na podstawie art. 130 § 1 w związku z art. 13 § 2 k.p.c. i art. 26 ust. 3 u.w.t.p.a. podlega uzupełnieniu pod rygorem jego zwrotu. Sąd może więc zarządzić badanie przez biegłych jedynie wyjątkowo, w sytuacji, gdy biegli stwierdzili brak możliwości wydania opinii.

Przytoczone stanowisko Sądu Najwyższego jest szczególnie ważne w kontekście obowiązującego do 7 lipca 2015 roku § 246 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych<sup>55</sup>, który wskazywał, że jeżeli do wniosku o orzeczenie obowiązku leczenia nie została dołączona opinia biegłego, przewodniczący posiedzenia, przed wyznaczeniem rozprawy, zarządzał poddanie osoby odpowiednim badaniom.

### **3.2.2. Ustawowe przesłanki wymagane do orzeczenia obowiązku leczenia odwykowego – przesłanka społeczna**

Przesłanka społeczna odnosi się do nagannych sposobów zachowania, wymienionych enumeratywnie w art. 24 u.w.t.p.a., polegających na powodowaniu rozkładu życia rodzinnego, demoralizacji małoletnich, uchylaniu się od pracy, systematycznym zakłócaniu spokoju lub porządku publicznego.

Niewłaściwe postępowanie dotyka więc bezpieczeństwa i porządku publicznego albo narusza prawa i wolności innych osób. Przytoczona zachowania nie mogą odnosić

---

<sup>54</sup> Wniosek pochodzący od gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych podlega także opłacie sądowej. Brak dokonania opłaty powoduje zwrot pisma do wnioskodawcy.

<sup>55</sup> Tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 259.

się zatem do interesu osoby uzależnionej a wyłącznie do mniejszej (rodzina) lub większej (sąsiedzi) społeczności. Uznaje się, że przesłanka społeczna zostaje spełniona, jeżeli osoba swoim postępowaniem wypełnia choćby jedno z wymienionych w art. 24 u.w.t.p.a. negatywnych zachowań, a zachowanie to pozostaje w związku z uzależnieniem od alkoholu<sup>56</sup>.

Pierwsza społeczna przesłanka, wymieniona w art. 24 u.w.t.p.a., odnosi się do powodowania rozkładu życia rodzinnego. W piśmiennictwie przyjmuje się, że przesłanka ta zbliżona jest do rozkładu pożycia małżeńskiego, będącego podstawą do orzeczenia rozvodu na gruncie prawa rodzinnego. Uwzględniając wszelkie różnice występujące między obiema przesłankami uznaje się, że rozkład życia rodzinnego polega na rozluźnieniu więzi rodzinnych w stopniu uniemożliwiającym pełnienie przez rodzinę jej podstawowych funkcji<sup>57</sup>. W orzecznictwie zwraca się także uwagę na fakt, że:

- definicję rozkładu życia rodzinnego wypełniałoby takie zachowanie uczestnika postępowania, które polegałoby na stosowaniu przemocy wobec członków rodziny, odmawianiu im pomocy czy innym zaniedbywaniu rodziny<sup>58</sup>;
- w przypadku braku innych dowodów nie można uznać, że samo występowanie między uczestnikiem postępowania a jego żoną konfliktów na tle nadużywania przez niego alkoholu stanowić może podstawę do uznania, że spełniona została przesłanka rozkładu życia rodzinnego<sup>59</sup>.

Druga społeczna przesłanka odnosi się do demoralizacji małoletnich, czyli osób poniżej 18 roku życia. W piśmiennictwie<sup>60</sup> wskazuje się, że może ona polegać na dawaniu małoletniemu złego przykładu albo nakłanianiu go do postępowania w sposób sprzeczny z zasadami współżycia społecznego. Demoralizacja małoletnich

---

<sup>56</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 listopada 2012 r., III CSK 17/12, LEX/el. Nr 1293962; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 241/07, LEX/el. Nr 361289.

<sup>57</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 241/07, LEX/el. Nr 361289.

<sup>58</sup> Postanowienie Sądu Okręgowego w Rzeszowie z dnia 24 stycznia 2014 roku, V Ca 163/14, LEX/el. Nr 1622293.

<sup>59</sup> Postanowienie Sądu Okręgowego w Świdnicy z dnia 11 marca 2014 r., II Ca 967/13, LEX/el. Nr 1622464.

<sup>60</sup> B. Jaworska-Dębska, *Spór wokół modelu ...*, op. cit. s.147.

może mieć miejsce w sytuacjach rodzinnych oraz pozarodzinnych. Z orzecznictwa wynika, że:

- „*samo spożywanie alkoholu przez uczestnika postępowania nie przesądza o tym, że takie zachowanie powoduje demoralizację małoletnich*”<sup>61</sup>;
- ukrywanie się wnuków przed uczestnikiem postępowania, kiedy jest on pijany, świadczy o demoralizowaniu małoletnich<sup>62</sup>;
- uczestnik postępowania „*przychodząc do domu pod wpływem alkoholu, zachowując się w sposób wulgarny, niewątpliwie demoralizuje młodsze rodzeństwo dając im niewłaściwe wzorce zachowania*”<sup>63</sup>.

Trzecią społeczną przesłankę stanowi uchylanie się od pracy. Na wstępie należy zauważyć, że ani Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 22 lipca 1952 r.<sup>64</sup> ani obecnie obowiązująca Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej nie przewidują przymusu pracy. Przesłanka ta została jednak wprowadzona, ponieważ uznano, że uzależnienie od alkoholu najczęściej prowadzi do zaniedbywania obowiązków w pracy i w konsekwencji przyczynia się do porzucenia bądź utraty zatrudnienia<sup>65</sup>.

Ostatnia społeczna przesłanka polega na systematycznym zakłócaniu spokoju lub porządku publicznego. Jest ona interpretowana w myśl art. 51 ustawy z dnia 20 maja 1971 roku Kodeks wykroczeń<sup>66</sup>. Odwołując się przez analogię do doktryny prawa wykroczeń, przez „*zakłócanie spokoju*” należy rozumieć takie postępowanie, które powoduje „*zakłócenie stanu równowagi psychicznej ludzi, a przynajmniej jednej osoby, z możliwością oddziaływania na innych ludzi*”<sup>67</sup> a przez „*zakłócanie porządku*

---

<sup>61</sup> Postanowienie Sądu Rejonowego w Człuchowie z dnia 28 września 2016 r., III RNs 32/16, LEX/el. Nr 2146080.

<sup>62</sup> Postanowienie Sądu Okręgowego w Kielcach z dnia 25 czerwca 2014 r., II Ca 564/14, LEX/el. Nr 1622758.

<sup>63</sup> Postanowienie Sądu Rejonowego w Krośnie z dnia 26 sierpnia 2016 r., III RNs 177/16, LEX/el. Nr 2243287

<sup>64</sup> Tekst jedn. Dz. U. z 1976 Nr 7, poz. 36 ze zm.

<sup>65</sup> A. Ratajczak, *Dobrowolność...*, op. cit., s. 155.

<sup>66</sup> Tekst jedn. Dz. U z 2015 r., poz. 1094 ze zm.; B. Jaworska-Dębska, *Spór wokół modelu...*, op. cit. s. 148.

<sup>67</sup> T. Bojarski (red.), *Kodeks wykroczeń. Komentarz*, wyd. V, WK 2015.

*publicznego*” należy rozumieć takie postępowanie, które „polega na naruszeniu reguł funkcjonujących w danym środowisku<sup>68</sup>”. Przesłanka zakłócenia spokoju lub porządku publicznego musi posiadać cechy uporczywości, powtarzalności.

### **3.3. Orzeczenia**

Sąd, po przeprowadzeniu postępowania, ustala, czy zostały kumulatywnie spełnione obie przesłanki wymagane do orzeczenia obowiązku leczenia odwykowego, zarówno medyczna (uzależnienia od alkoholu), jak i społeczna (występowanie przynajmniej jednego z nagannych zachowań wymienionych w art. 24 u.w.t.p.a.). Jeżeli żadna przesłanka nie została spełniona, albo została spełniona tylko jedna z dwóch wymaganych przesłanek, sąd podejmuje decyzję o oddaleniu wniosku. Natomiast jeśli sąd uzna, że zaistniały jednocześnie obie przesłanki, wyda on orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

Sąd, wydając orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu, zobligowany jest do określenia, czy leczenie to powinno odbywać się w stacjonarnym czy niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego. Ustalenia w tym zakresie czynią m.in. biegli sporządzający, omówioną już powyżej, opinię w przedmiocie uzależnienia od alkoholu. To, jaką formę leczenia wybierze sąd, uwarunkowane jest m.in. stopniem uzależnienia danej osoby od alkoholu, jej motywacją do podjęcia określonego leczenia a także możliwościami osobistymi np. związanymi z wykonywaną pracą.

Co bardzo istotne, sąd w wydanym przez siebie orzeczeniu nie określa czasu trwania obowiązku leczenia. Zgodnie z art. 34 u.w.t.p.a. obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia. Faktyczny czas trwania leczenia uzależniony jest więc każdorazowo od konkretnego przypadku, z zastrzeżeniem jednak, że nie może on przekroczyć okresu 2 lat.

---

<sup>68</sup> T. Bojarski (red.), *Kodeks wykroczeń ...*, op. cit.

Sąd może zdecydować, że wobec osoby, którą zobowiązał do poddania się leczeniu odwykowemu, ustanawia nadzór kuratora. Orzeczenie w tym przedmiocie nie jest obligatoryjne i sąd w zależności od okoliczności danej sprawy decyduje o możliwości zastosowaniu tej instytucji. Nadzór kuratora, jak wynika z art. 31 u.w.t.p.a., ustanawiany jest na czas trwania obowiązku leczenia.

Omówione powyżej decyzje sądu stanowią poszczególne elementy orzeczenia kończącego sprawę zapadającego w formie postanowienia, od którego przysługuje apelacja do sądu odwoławczego a także kasacja do Sądu Najwyższego

#### **4. Obowiązujące regulacje prawne w przedmiocie wykonania obowiązku leczenia odwykowego**

Postępowanie wykonawcze stanowi drugi etap procedury leczenia odwykowego. Podstawą jego wszczęcia jest prawomocne postanowienie sądu w przedmiocie obowiązku leczenia odwykowego.

Jego celem jest doprowadzenie do wykonania postanowienia sądu wydanego w postępowaniu rozpoznawczym, które obliguje osobę uzależnioną wyłącznie do „poddania się leczeniu” w stacjonarnym bądź niestacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego. Jak słusznie wskazuje R. Kulma<sup>69</sup> „orzeczenie sądowe nie określa zatem wprost jakie skutki ma przynieść wykonanie tego obowiązku”.

Z analizy m.in. art. 34 u.w.t.p.a. wskazującego, że leczenie trwa tak długo, jak wymaga tego cel leczenia, a także przedmiotowego orzecznictwa wynika, że obowiązek leczenia zostaje wykonany, jeżeli przyniosło ono pozytywne rezultaty<sup>70</sup>. Przez pojęcie „pozytywnych rezultatów leczenia” należy rozumieć:

- systematycznie uczestniczenie przez osobę uzależnioną w terapii prowadzonej przez niestacjonarny zakład leczenia albo ukończenie przez osobę uzależnioną terapii organizowanej przez niestacjonarny bądź stacjonarny zakład leczenia;
- utrzymywanie przez osobę uzależnioną stabilnej abstynencji;
- zdobycie przez osobę uzależnioną świadomości uzależnienia od alkoholu<sup>71</sup>;

---

<sup>69</sup> R. Kulma, *Efektywność ...*, op. cit., s.255.

<sup>70</sup> Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały z dnia 22 czerwca 1984 r., III CZP 17/84, LEX/el. Nr 3000, wskazał, że: „Osiągnięcie celów leczenia, polegające na uzyskaniu pozytywnych wyników tego leczenia, będzie uzasadniać orzeczenie przez sąd o ustaniu obowiązku leczenia przed upływem okresu dwuletniego, o którym mowa w art. 34 ust. 1 ustawy”.

<sup>71</sup> Sąd Rejonowy w Krośnie w uzasadnieniu postanowienia z dnia 23 listopada 2016 r., III RNs 192/16, LEX/el. Nr 2292792 wskazał, że zmiana zakładu leczenia niestacjonarnego na stacjonarny uzasadniona jest faktem, iż stosowany dotąd system leczenia okazał się nieskuteczny i nie przyniósł oczekiwanych efektów w postaci stabilnej abstynencji. Sąd podkreślił, że uczestniczka bagatelizuje fakt wypicia jednego czy dwóch piw, nie przyjmuje do wiadomości argumentów o konieczności systematycznego uczęszczania na terapię, nie uświadamia sobie w pełni swojej choroby



## 4.1. Czynności podejmowane przez sąd

Przepisami właściwymi określającymi działanie sądu w postępowaniu wykonawczym są przede wszystkim regulacje prawne zawarte w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości *Regulamin urzędowania sądów powszechnych*. W związku z tym, że w badanych sprawach postępowanie wykonawcze trwało na przestrzeni 2014 r.–2016 r., w niniejszej części raportu przedstawione zostaną obowiązujące w tym czasie trzy brzmienia *Regulaminu urzędowania sądów powszechnych*<sup>72</sup>. Osia analizy teoretycznej jest obecnie<sup>73</sup> obowiązujący *Regulamin urzędowania sądów powszechnych* uzupełniany o odniesienia do poprzednich regulacji prawnych.

Pozostałymi przepisami prawnymi mającymi znaczenie dla omawianej tematyki są przepisy szczególne, tj. przepisy rozdziału 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi a także przepisy zawarte w zarządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 grudnia 2003 r. w sprawie organizacji i zakresu działania sekretariatów sądowych oraz innych działów administracji sądowej<sup>74</sup> oraz w innych aktach wykonawczych<sup>75</sup>.

---

i uzależnienia od alkoholu. Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 23 listopada 1999 r., II CKN 580/98, LEX/el. Nr 1232192, podniósł, że zasadne było orzeczenie zmiany obowiązku leczenia odwykowego prowadzonego w zakładzie niestacjonarnym na obowiązek leczenia w zakładzie stacjonarnym w sytuacji, gdy osoba uzależniona zgłosiła się do Poradni zaledwie pięciokrotnie, nadużywa alkoholu oraz urządza awantury. Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 26 marca 1986 roku, III CZP 72/85, LEX/el. Nr 3203 wskazał, że sąd nie może orzec o ustaniu obowiązku leczenia przed całkowitym wyleczeniem osoby zobowiązanej, chyba że zachodzą szczególne okoliczności, których ustawodawca nie przewidział.

<sup>72</sup> Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych, Dz. U. poz. 2316 ze zm., rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 czerwca 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych, Dz. U. poz. 925, rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych, tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 259.

<sup>73</sup> Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych, Dz. U. poz. 2316 ze zm.

<sup>74</sup> Dz.Urz.MS z 2003 r. Nr 5, poz. 22 ze zm., cyt. dalej jako zarządzenie Ministra Sprawiedliwości.

<sup>75</sup> Np. rozporządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami, w stosunku do których orzeczonej został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu (Dz. U. Nr 25, poz. 110, cyt. dalej jako rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości dot. nadzorów kuratorskich w sprawach leczenia odwykowego).

Czynności związane z przebiegiem postępowania wykonawczego, zgodnie z obecnie obowiązującym Regulaminem urzędowania sądów powszechnych<sup>76</sup>, podejmowane są przez sędziego lub asesora sądowego, chyba że określone czynności zastrzeżone zostały wyłącznie dla sądu.

Pojęcie „czynności wykonawczych” podejmowanych przez sąd rozwinięte zostało w § 317 zarządzenia Ministra Sprawiedliwości:

*„przez (...) rodzaj czynności wykonawczej należy rozumieć zamieszczenie informacji o (...) treści czynności podjętych przez sąd zarówno we wstępnej fazie postępowania wykonawczego (np. o wezwaniu do dobrowolnego stawienia się w niestacjonarnym zakładzie leczniczym, o powierzeniu nadzoru kuratorowi sądowemu), jak i w fazach dalszych tego postępowania (informacje o wysłaniu polecenia przymusowego doprowadzenia do zakładu leczniczego osoby uchylającej się od wykonania obowiązku stawienia się w określonym zakładzie, o wysłanych ponagleniach pod adresem kuratora sądowego, któremu powierzono sprawowanie nadzoru, itp.).”*

#### **4.1.1. Czynności podejmowane przez sąd we wstępnej fazie postępowania wykonawczego**

Postępowanie wykonawcze rozpoczyna się od organizacyjnych działań polegających na ewidencji spraw, w których prawomocnie orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu. W wykazie „Alk” dokonuje się wpisu nazwiska i imienia osób uzależnionych od alkoholu. Wykaz numeru "Alk" umieszcza się również na okładce akt prowadzonych pod sygnaturą RNs<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup> § 256 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych. Problematyka czynności podejmowanych w postępowaniu wykonawczym odmiennie uregulowana została w poprzednich wersjach rozporządzenia. Zgodnie z § 256 rozporządzenia Ministra z dnia 23 lutego 2007 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych oraz § 234 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra z dnia 25 czerwca 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych, czynności wykonawcze podejmowane były przez prezesa sądu albo upoważnionego przez niego przewodniczącego wydziału oraz sędziego rodzinnego, z wyjątkiem czynności zastrzeżonych dla sądu.

<sup>77</sup> § 314 ust. 1 i 2 oraz § 307 zarządzenia Ministra Sprawiedliwości.

Po wszczęciu postępowania wykonawczego, jeżeli w danej sprawie nadzór nad wykonaniem obowiązku leczenia odwykowego został powierzony kuratorowi sądowemu, prawomocny odpis postanowienia sądu zostaje przekazany do zespołu kuratorskiej służby sądowej w celu jego wykonania<sup>78</sup>. Sąd oprócz zaznajomienia kuratora z treścią orzeczenia powinien udzielić mu informacji i wskazówek niezbędnych do prawidłowego wykonywania nadzoru, zwłaszcza wynikających z zebranej dokumentacji i opinii biegłego<sup>79</sup>. Osobie, wobec której został orzeczony nadzór kuratora, zostaje przekazana informacja o osobie pełniącej tę funkcję<sup>80</sup>.

Jeżeli osoba zobowiązana do poddania się leczeniu odwykowemu odbywa karę pozbawienia wolności, sąd przesyła odpis prawomocnego postanowienia właściwemu dyrektorowi zakładu karnego<sup>81</sup>.

Kolejnym działaniem sądu jest ustalenie we właściwym stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego terminu, w którym osoba uzależniona od alkoholu powinna stawić się na leczenie<sup>82</sup>.

Po ustaleniu daty przyjęcia na leczenie, sąd kieruje do osoby uzależnionej od alkoholu wezwanie do dobrowolnego stawienia się w oznaczonym dniu we wskazanym zakładzie lecznictwa odwykowego w celu poddania się leczeniu, z zagrożeniem zastosowania przymusu w wypadku uchylania się od wykonania tego obowiązku<sup>83</sup>.

#### **4.1.2. Czynności podejmowane przez sąd w dalszej fazie postępowania wykonawczego**

Jeżeli osoba uzależniona od alkoholu uchyla się od poddania się leczeniu, w tym nie stawia się w określonym w wezwaniu dniu w zakładzie lecznictwa odwykowego albo

---

<sup>78</sup> § 261 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r.

<sup>79</sup> § 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie nadzorów kuratorskich.

<sup>80</sup> § 259 ust. 2 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r.

<sup>81</sup> § 251 ust. 2 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r.

<sup>82</sup> § 265 ust. 1 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r.

<sup>83</sup> § 265 ust. 1 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r. oraz art. 32 ust. 1 u.w.t.p.a.

bez zezwolenia kierownika opuszcza teren stacjonarnego zakładu leczenia odwykowego, w takiej sytuacji sąd zobowiązany jest zarządzić przymusowe jej doprowadzenie przez organ Policji<sup>84</sup>.

Redakcja art. 32 ust. 3 u.w.t.p.a. poprzez użycie zwrotu „sąd zarządza przymusowe doprowadzenie” nakłada na sąd obowiązek a nie możliwość stosowania instytucji przymusowego doprowadzenia. Wydanie zarządzenia o przymusowym doprowadzeniu osoby uzależnionej do zakładu leczenia nie powinno mieć charakteru jednorazowego a powinno być stosowane w każdym razie, gdy spełnione zostaną ustawowe przesłanki.

Instytucja przymusowego doprowadzenia osoby uzależnionej od alkoholu do zakładu leczenia odwykowego stanowi podstawowe działanie sądu zmierzające do zrealizowania prawomocnego orzeczenia.

Do innych działań podejmowanych w postępowaniu wykonawczym należą również:

- organizowanie posiedzeń wykonawczych<sup>85</sup>;
- organizowanie posiedzeń wykonawczych z udziałem, w szczególności osoby objętej nadzorem, kuratora sprawującego nadzór, innych osób, których obecność sędziego lub asesora sądowego uzna za niezbędną<sup>86</sup>;
- podejmowanie przez sąd rodzinny, sędziego, asesora sądowego współpracy z kuratorem zawodowym, a za jego pośrednictwem z kuratorem społecznym<sup>87</sup>;
- podejmowanie przez sąd rodzinny, sędziego, asesora sądowego współpracy z organami, instytucjami i organizacjami społecznymi zajmującymi się

---

<sup>84</sup> Art. 32 u.w.t.p.a.

<sup>85</sup> § 257 ust. 1 Regulamin urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulacja ta obowiązywała także na gruncie § 235 ust. 1 rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 czerwca 2015 roku Regulamin urzędowania sądów powszechnych.

<sup>86</sup> § 257 ust. 1 Regulamin urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulacja ta obowiązywała także na gruncie § 235 ust. 1 rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 czerwca 2015 roku Regulamin urzędowania sądów powszechnych.

<sup>87</sup> § 220 Regulamin urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulacja ta obowiązywała także na gruncie poprzednich dwóch *Regulaminów urzędowania sądów powszechnych*.

na danym terenie problematyką rodziny, dzieci i młodzieży, sprawami oświaty i wychowania oraz zdrowia<sup>88</sup>;

- wydawanie poleceń osobie uzależnionej, wobec której ustanowiony został nadzór kuratora, dotyczących takiego postępowania w okresie nadzoru, które może się przyczynić do skrócenia czasu trwania obowiązku poddania się leczeniu<sup>89</sup>.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 roku Regulamin urzędowania sądów powszechnych wskazywał ponadto, że:

- sędzia może w drodze wywiadu środowiskowego, zarządzić zebranie wiadomości o sytuacji rodzinnej oraz o zachowaniu się podopiecznego po wydaniu orzeczenia<sup>90</sup>;
- sędzia rodzinny wszczyna postępowanie z urzędu lub zawiadamia o potrzebie wszczęcia postępowania prokuratora albo właściwą instytucję lub organizację społeczną w sytuacji, gdy okoliczności wskażą na potrzebę uregulowania innych problemów rodzinnych niż będące przedmiotem postępowania<sup>91</sup>;
- sędzia podejmuje z urzędu czynności pozaprosesowe w razie ujawnienia, w związku z toczącą się sprawą, potrzeby udzielenia pomocy rodzinie w usunięciu trudności zagrażających jej dobru, np. zwraca się do określonych instytucji w celu uzyskania dla rodziny określonych świadczeń socjalnych<sup>92</sup>;

Szczególnym uprawnieniem, przysługującym sądowi w trakcie trwania postępowania wykonawczego, jest prowadzenie postępowania w przedmiocie zmiany rodzaju

---

<sup>88</sup> § 219 Regulamin urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulacja ta obowiązywała także na gruncie poprzednich dwóch *Regulaminów urzędowania sądów powszechnych*.

<sup>89</sup> Art. 31 ust. 2 u.w.t.p.a.

<sup>90</sup> § 259 rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 roku Regulamin urzędowania sądów powszechnych obowiązywał do 7 lipca 2015 r. Regulacja ta nie znalazła się w kolejnych brzmieniach *Regulaminu urzędowania sądów powszechnych*.

<sup>91</sup> § 207 rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 roku Regulamin urzędowania sądów powszechnych obowiązywał do 7 lipca 2015 r. Regulacja ta nie znalazła się w kolejnych brzmieniach *Regulaminu urzędowania sądów powszechnych*.

<sup>92</sup> § 208 rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 roku Regulamin urzędowania sądów powszechnych obowiązywał do 7 lipca 2015 r. Regulacja ta nie znalazła się w kolejnych brzmieniach *Regulaminu urzędowania sądów powszechnych*.

zakładu leczenia odwykowego<sup>93</sup>. Działania w tym zakresie podejmuje sąd na wniosek kuratora, po zasięgnięciu opinii zakładu leczącego, bądź na wniosek zakładu leczącego a także na wniosek prokuratora<sup>94</sup>. Omawiane postępowanie jest nowym postępowaniem w sprawie i sąd przed wydaniem orzeczenia zobowiązany jest przeprowadzić odpowiednie czynności dowodowe zmierzające do weryfikacji dotychczasowego wykonywania obowiązku leczenia. Postanowienie zmieniające dotychczasowe orzeczenie sądu musi zapaść przed zakończeniem postępowania wykonawczego.

Drugim szczególnym uprawnieniem sądu, podejmowanym także w trakcie trwania postępowania wykonawczego, jest prowadzenie postępowania w przedmiocie ustania obowiązku poddania się leczeniu z uwagi na osiągnięcie celu leczenia przed upływem okresu 2 lat od uprawomocnienia się postanowienia o obowiązku leczenia<sup>95</sup>. Postępowanie w tym przedmiocie podejmowane jest na wniosek osoby zobowiązanej, zakładu leczącego, kuratora, prokuratora lub z urzędu, po zasięgnięciu opinii zakładu, w którym osoba leczona przebywa. Postępowanie to również jest nowym postępowaniem w sprawie i opiera się na przepisach kodeksu postępowania cywilnego.

Ostatnią czynność podejmowaną przez sąd w postępowaniu wykonawczym jest wydanie postanowienia o umorzeniu postępowania, jeśli cel leczenia został osiągnięty przez upływem 2 lat, albo wydanie zarządzenia o zakreśleniu sprawy w wykazie „Alk”, jeżeli obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu ustał z mocy prawa po upływie 2 lat od chwili uprawomocnienia się orzeczenia o obowiązku poddania się leczeniu. W każdym z tych przypadków wydawane są również inne, odpowiednie zarządzenia<sup>96</sup>.

---

<sup>93</sup> Art. 34 ust. 2 u.w.t.p.a.

<sup>94</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2009 r., IV CSK 210/09, LEX/el. Nr 551841.

<sup>95</sup> Art. 34 ust. 4 u.w.t.p.a.

<sup>96</sup> § 265 ust. 2 Regulamin urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r.

## 4.2. Czynności podejmowane przez kuratorów sądowych

Jak zostało już wspomniane, nad osobami zobowiązanymi do leczenia odwykowego może zostać ustanowiony nadzór kuratorów sądowych – zawodowych i społecznych, sprawujących swe funkcje w sprawach należących do właściwości wydziałów rodzinnych i nieletnich sądów rejonowych<sup>97</sup>.

Głównym celem tego nadzoru jest sprawowanie kontroli i opieki nad osobą uzależnioną, aby wykonała ona obowiązek nałożony przez sąd i w konsekwencji zmieniła swoją sytuację osobistą, zdrowotną.

Jak słusznie wskazuje się w literaturze<sup>98</sup> rola kuratora jest dwuwymiarowa. Z jednej strony kurator ma oddziaływać na motywację osoby uzależnionej do podjęcia i kontynuowania leczenia, a z drugiej strony powinien także poszukiwać instytucji, osób, organizacji mogących pomóc osobie uzależnionej w rozwiązaniu jej problemów oraz trudności. Kurator pełni więc funkcję kontrolną, terapeutyczną, profilaktyczną, pomocową<sup>99</sup>.

Swoją rolę kurator sprawuje poprzez wypełnianie licznych obowiązków określonych przez przepisy prawa.

Na mocy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi kurator może wzywać osobę uzależnioną i wydawać jej polecenia mające na celu skrócenie czasu leczenia<sup>100</sup>. Kurator jest także uprawniony do składania do sądu wniosków w sprawie zmiany postanowienia co do rodzaju zakładu leczenia odwykowego<sup>101</sup> oraz w sprawie orzeczenia ustania obowiązku poddania się leczeniu<sup>102</sup>.

---

<sup>97</sup> § 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości dot. nadzorów kuratorskich w sprawach leczenia odwykowego.

<sup>98</sup> T. Jedynak [w:] *Zarys metodyki pracy kuratora sądowego*, T. Jedynak, K. Stasiak (red.) Warszawa 2014, s. 6.

<sup>99</sup> H. Haak [w:] *Zarys metodyki ...*, op. cit., s. 548.

<sup>100</sup> Art. 31 ust. 2 u.w.t.p.a.

<sup>101</sup> Art. 34 ust. 2 u.w.t.p.a.

<sup>102</sup> Art. 34 ust. 4 u.w.t.p.a.

Inne obowiązki kuratora zostały określone w § 5 i § 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości dot. nadzorów kuratorskich w sprawach leczenia odwykowego. Zgodnie z tymi regulacjami kurator:

- podejmuje niezbędne starania, aby osoba zobowiązana do poddania się leczeniu zastosowała się do orzeczenia sądu;
- utrzymuje stały kontakt z osobą zobowiązaną do poddania się leczeniu oraz udziela jej niezbędnej pomocy w rozwiązywaniu trudności życiowych, a zwłaszcza w rozpoczęciu i kontynuowaniu leczenia;
- współdziała w miarę potrzeby z terenowymi organami administracji państwowej oraz organizacjami społecznymi w kierunku zapewnienia osobie poddanej leczeniu lub jej rodzinie odpowiedniej pomocy; polegającej w szczególności na ułatwieniu zatrudnienia, zapewnieniu czasowego zakwaterowania oraz na świadczeniach materialnych;
- współdziała z zakładem pracy i zakładową służbą zdrowia w kierunku realizacji zobowiązań nałożonych na pracownika poddanego leczeniu odwykowemu;
- współdziała z zakładem lecznictwa odwykowego w kierunku osiągnięcia celów leczenia;
- oddziałuje w kierunku nawiązania przez osobę poddaną leczeniu kontaktów z odpowiednimi placówkami służby zdrowia oraz organizacjami samopomocy osób uzależnionych od alkoholu;
- utrzymuje kontakt z rodziną osoby poddanej leczeniu, z którą osoba ta pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- oddziałuje na środowisko, w którym osoba poddana leczeniu przebywa lub do którego ma powrócić, zwłaszcza kształtowanie właściwego stosunku do niej;
- składa sądowi pisemne sprawozdania z przebiegu leczenia w terminach określonych przez sąd, nie rzadziej jednak niż co dwa miesiące;



- zawiadamia sąd o potrzebie podjęcia innych niezbędnych czynności.

Zgodnie natomiast z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 czerwca 2003 roku w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych<sup>103</sup> kurator powinien pouczyć podopiecznego o jego prawach i obowiązkach wynikających z orzeczenia sądu, w tym omówić z nim sposób i terminy ich realizacji (§ 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia) a także sporządzać dokumentację z prowadzonego nadzoru w postaci: kart czynności, sprawozdania z objęcia nadzoru, sprawozdań z przebiegu nadzoru oraz sprawozdania z zakończenia nadzoru (§ 3 ust. 3 i § 4 rozporządzenia).

Mając na uwadze specyfikę sprawowania nadzoru nad osobą chorą, wymagającą specjalistycznego leczenia a także funkcjonującą często w sposób zagrażający życiu i zdrowiu własnemu i innym, rolę kuratora, jak wskazują przepisy prawa<sup>104</sup>, powinny pełnić osoby posiadające odpowiednie przygotowanie w zakresie postępowania z osobami uzależnionymi od alkoholu.

Kuratorzy powinni więc posiadać szeroką i specjalistyczną wiedzę na temat m.in. funkcjonowania osoby zmagającej się z problemem alkoholowym, metod pracy z osobą uzależnioną oraz jej bliskimi.

---

<sup>103</sup> Tekst. jedn. Dz.U z 2014r., poz. 989 ze zm.

<sup>104</sup> § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości dot. nadzorów kuratorskich w sprawach leczenia odwykowego

## 5. Ocena leczenia odwykowego w perspektywie dotychczasowych badań akt sądowych oraz innych analiz

Problematyka sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu była już przedmiotem badań akt sądowych a także obiektem zainteresowania Najwyższej Izby Kontroli. Celem obu tych analiz było zdiagnozowanie, czy obecna procedura działa w sposób efektywny i skuteczny oraz czy w konsekwencji stanowi właściwą metodę wspomagania rozwiązywania problemów alkoholowych.

### 5.1. Badania aktowe

Badania aktowe były prowadzone w Instytucie Wymiaru Sprawiedliwości przez Romana Kulmę<sup>105</sup> w 2008 roku. Analiza koncentrowała się na ocenie efektywności wykonania obowiązku leczenia odwykowego i miało na celu *„m.in. ustalenie ile orzeczeń sądowych zostaje wykonanych, jakie są główne przyczyny ich niewykonywania, jakie czynności podejmuje sąd w celu zmuszenia bądź zmotywowania osoby uzależnionej do podjęcia leczenia oraz czy wysiłki ze strony wymiaru sprawiedliwości są współmierne do osiągniętych efektów”*<sup>106</sup>.

Badaniem objęto akta postępowania wykonawczego, a akta postępowania rozpoznawczego były analizowane jedynie częściowo i stanowiły wyłącznie uzupełnienie prowadzonych analiz. W rezultacie ocenie poddano 460 akt wykonawczych (w 269 sprawach orzeczono obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu w formie ambulatoryjnej, a w 191 w formie stacjonarnej), w których orzeczenie o obowiązku leczenia odwykowego uprawomocniło się w pierwszym półroczu 2006 roku.

---

<sup>105</sup> R. Kulma, *Efektywność ...*, op. cit., s. 255-291.

<sup>106</sup> Tamże, s.255.

Przeprowadzone badania dowiodły **bardzo niską skuteczność wykonywania rozpatrywanych orzeczeń sądowych**<sup>107</sup>:

- wykonano<sup>108</sup> jedynie 28% orzeczeń o obowiązku podjęcia leczenia w zakładzie stacjonarnym;
- co najmniej jedna trzecia uzależnionych, którzy otrzymali zaświadczenie o zakończeniu leczenia w zakładzie stacjonarnym, już po dwóch tygodniach powróciła do nałogu;
- wykonano<sup>109</sup> jedynie 10% orzeczeń o obowiązku podjęcia leczenia w zakładzie niestacjonarnym;
- najczęstszym powodem niewykonywania orzeczenia o obowiązku podjęcia leczenia w zakładzie niestacjonarnym był brak motywacji osoby uzależnionej do leczenia<sup>110</sup>.

Zrealizowane badania wykazały, że procedura leczenia jest nieefektywna, brakuje środków aby skutecznie wyegzekwować wykonanie postanowienia sądu, ale także, co szczególnie ważne, że jedyną metodą pomocy osobie uzależnionej jest terapia oparta na współpracy pacjenta z terapeutą a nie przymusie leczenia<sup>111</sup>.

## 5.2. Kontrola Najwyższej Izby Kontroli

Kontrola przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli<sup>112</sup> obejmowała w szczególności tryb postępowania gminnych komisji rozwiązywania problemów

---

<sup>107</sup> Tamże, s. 288.

<sup>108</sup> W prowadzonym badaniu przyjęto, że orzeczenie jest wykonane, gdy uczestnik uzyskuje wypis z zakładu leczniczego z zaświadczeniem, że odbył pierwszy etap terapii – s. 284.

<sup>109</sup> W prowadzonym badaniu przyjęto, że orzeczenie jest wykonane, gdy uczestnik zapisał się do poradni uzależnień bądź innego zakładu świadczącego takie świadczenia zdrowotne, uczęszczał systematycznie na terapię a w chwili umorzenia postępowania zachowywał abstynencję, s. 273.

<sup>110</sup> R. Kulma, *Efektywność...*, op. cit., s. 273.

<sup>111</sup> Tamże, s. 288.

<sup>112</sup> Raport Najwyższej Izby Kontroli pn. *Przymusowe kierowanie...*, op. cit., s. 5.

alkoholowych oraz dostępność leczenia odwykowego dla osób zobowiązanych do podjęcia leczenia przez sąd.

Kontrolę przeprowadzono w 31 urzędach gmin i 10 podmiotach leczniczych mających swoje siedziby na terenie województw: pomorskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego. Ocenie poddano działalność ww. instytucji w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 sierpnia 2015 r., a także działania wcześniejsze i późniejsze dotyczące kontrolowanych obszarów. Najwyższa Izba Kontroli zwróciła się również do prezesów 22 sądów rejonowych właściwych ze względu na miejsce prowadzonej kontroli o przekazanie informacji m.in. na temat współpracy kuratorów sądowych, pełniących nadzór nad osobami zobowiązanymi do podjęcia leczenia odwykowego, z gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych oraz placówkami leczniczymi<sup>113</sup>.

Ustalenia kontroli wykazały, że procedura zobowiązania osób uzależnionych do leczenia przez sąd **nie funkcjonuje prawidłowo oraz jest przewlekła:**

- ponad 60% zobowiązanych do leczenia nie stawiało się na leczenie;
- 30% osób przyjętych na obowiązkową terapię (na poziomie podstawowym) nie ukończyło jej;
- połowa zobowiązanych jest ponownie kierowana przez sąd na leczenie
- od zgłoszenia gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych osoby nadużywającej alkohol, do przyjęcia jej na leczenie odwykowe, mija średnio od 174 do 1456 dni;
- osoby zobowiązane do leczenia przez sąd oczekiwały na przyjęcie do szpitala średnio od 107 do 597 dni, a osoby, które w tym samym czasie dobrowolnie wyrażały gotowość na leczenie, oczekiwały na przyjęcie średnio nie dłużej niż 35 dni<sup>114</sup>.

---

<sup>113</sup> Raport Najwyższej Izby Kontroli pn. *Przymusowe kierowanie...*, op. cit., s. 5.

<sup>114</sup> Tamże, s. 8,10.

W uwagach końcowych Najwyższa Izba Kontroli podniosła, że „*procedura zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu ma niewielki wpływ na rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce oraz rekomenduje rozważenie wprowadzenia zmian w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*<sup>115</sup>”.

---

<sup>115</sup> Tamże, s. 11.

## 6. Badanie aktowe spraw dotyczących orzekania oraz wykonywania obowiązku leczenia odwykowego

### 6.1. Obraz statystyczny oraz metodologia badawcza

Liczba spraw dotycząca **zastosowania obowiązku leczenia odwykowego** na przestrzeni lat przedstawiała się następująco:

**Tabela 1.** Liczba spraw załatwionych o zastosowanie obowiązku leczenia odwykowego w latach 2010-2016

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
40 137	38 271	41 685	37 596	36 194	32 955	32 413

**Źródło:** Sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych z zakresu spraw cywilnych z wyłączeniem spraw nieletnich za lata 2010–2015 oraz sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych i nieletnich za rok 2016.

Zaprezentowane w tabeli 1. dane statystyczne wskazują, że liczba postępowań o zastosowanie leczenia odwykowego charakteryzuje się stałą tendencją malejącą, jednakże w skali całego kraju liczba postępowań jest bardzo wysoka. Dla porównania w roku 2016<sup>116</sup> wyższą liczbę postępowań w sprawach rodzinnych można odnotować jedynie w sprawach o:

- zezwolenie na dokonanie czynności przekraczającej zakres zwykłego zarządu majątkiem dziecka (art. 101 § 3 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego<sup>117</sup>) – 63 215 spraw;
- orzeczenie alimentów – 54 853 spraw;
- pozbawienie, ograniczenie, władzy rodzicielskiej – 39 954 spraw ;
- zmianę orzeczenia w zakresie alimentów – 35 505 spraw.

<sup>116</sup> Sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych i nieletnich za rok 2016.

<sup>117</sup> Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 682).

Jak wynika z informacji Ministerstwa Sprawiedliwości sprawy dotyczące zastosowania obowiązku leczenia odwykowego (repertorium RNs) należą do najliczniejszych spraw z kategorii prawa rodzinnego i opiekuńczego dotyczących osób pełnoletnich.

**Tabela 2.** Sześć najliczniejszych kategorii spraw z prawa rodzinnego i opiekuńczego dotyczących osób pełnoletnich, które załatwiono w 2015 oraz 2016 r.

Rodzaj sprawy	Liczba spraw	
	2015 r.	2016 r.
<b>Zastosowanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu</b>	32 955	32 413
O ustanowienie kurateli dla osoby nieobecnej	28 097	20 888
Umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody osoby chorej psychicznie (art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)	16 333	16 539
Opieka nad osobą pełnoletnią	11 115	11 636
O zezwolenie na dokonanie czynności przekraczającej zakres zwykłego zarządu majątkiem ubezwłasnowolnionego	5 080	5 466
Umieszczenie w domu pomocy społecznej	4 923	5 485

**Źródło:** Sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych z zakresu spraw cywilnych z wyłączeniem spraw nieletnich za rok 2015 oraz sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych i nieletnich za rok 2016.

Odnosząc się do danych zaprezentowanych w tabeli 1. oraz tabeli 2., należy wskazać, że liczba postępowań dotyczących **wykonania obowiązku leczenia odwykowego** (wykaz Alk) wynosiła:

**Tabela 3.** Liczba postępowań wykonawczych wobec osób, co do których orzeczono obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu w latach 2010–2016.

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
61 020	56 200	54 958	55 143	51 273	49 240	44 193

**Źródło:** Sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych z zakresu spraw cywilnych z wyłączeniem spraw nieletnich za lata 2010-2015 oraz sprawozdanie MS-S16 w sprawach rodzinnych i nieletnich za rok 2016.

Mając na uwadze powyższe ustalenia i niemożność objęcia badaniem wszystkich spraw ze względu na ich dużą liczebność, próba badawcza została przeprowadzona w drodze losowania, w wyniku którego wybrano 22 sądy rejonowe z całej Polski, tj. sądy rejonowe w: Bytomiu, Dzierżoniowie, Garwolinie, Gdańsk-Południe w Gdańsku, Grajewie, Iławie, Jaśle, Koninie, Lesznie, Łukowie, Nowej Soli, Olecku, Opocznie, Ostrołęce, Przemyślu, Przeworsku, Siedlcach, Sochaczewie, Tarnowskich Górach, Tczewie, Węgrowie, Wołominie. Z takiej wylosowanej próby sądów zastosowano proporcjonalny dobór liczby spraw – dla próby 221 spraw.

Głównym założeniem badawczym było poznanie praktyki orzekania i wykonywania obowiązku leczenia odwykowego na próbie spraw najnowszych oraz już zakończonych. Analiza akt miała być prowadzone w I półroczu 2017 r. W kontekście powyższych wytycznych, zwrócono się do ww. sądów o nadesłanie wskazanej liczby akt spraw, w których prawomocnie orzeczono o zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu i w których to ww. obowiązek ustał w 2016 roku. Sądy poproszone zostały o przesłanie zarówno akt postępowania rozpoznawczego oznaczonych symbolem 228 oraz akt postępowania wykonawczego tych spraw. Z powodu niespełnienia założeń badawczych (np. z powodu przesłania przez sąd akt spraw karnych, w których skazany zobowiązany był do podjęcia leczenia odwykowego na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny<sup>118</sup> a także ustania obowiązku leczenia w okresie odmiennym od założonego) do badania zakwalifikowano 202 sprawy.

Badania akt dokonała autorka niniejszego raportu na podstawie przygotowanego przez siebie narzędzia badawczego w postaci kwestionariusza badań akt sądowych.

## **6.2. Charakterystyka osób, których dotyczyło postępowanie rozpoznawcze oraz wykonawcze**

Jednym z istotnych celów badawczych było dokonanie ustaleń, wobec jakich osób podejmowane są decyzje o zobowiązaniu do podjęcia leczenia odwykowego. Informacje te, w szczególności dotyczące wcześniejszych prób dobrowolnego oraz

---

<sup>118</sup> Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1137 ze zm., dalej cyt. k.k.



przymusowego podjęcia kuracji, sytuacji osobistej oraz zawodowej, a także rodzinnych obciążeń nadużywania alkoholu wydają się niezbędne dla zaprezentowania pełnego obrazu instytucji sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. Charakterystyka osób oparta została na analizie danych dostępnych w chwili wydania postanowienia o ustanowieniu obowiązku leczenia.

### 6.2.1. Płeć i wiek

Zdecydowana liczba spraw dotyczyła orzeczenia i wykonania obowiązku leczenia odwykowego mężczyzn. Ustalono, że 179 postępowań (88,6%) toczyło się wobec nich a zaledwie 23 postępowania (11,4%) toczyło się wobec kobiet.

**Tabela 4.** Płeć osób objętych postępowaniem

Płeć	L. bezwzgl.	Procenty
Kobieta	23	11,4
Mężczyzna	179	88,6
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

Ustalenie wieku osób w dniu wydania orzeczenia o obowiązku leczenia odwykowego możliwe było we wszystkich sprawach dotyczących kobiet. Wiek mężczyzn, z powodu braku danych, nie określono w jednej sprawie. Najmłodsza kobieta miała 18 lat, najstarsza 64 a średnia wieku kobiet wynosiła 43,6 roku. Najwięcej kobiet (30,5%) było z przedziału wiekowego 31-40 lat. Najmłodszy mężczyzna miał 21 lat, najstarszy 76 lat, a średnia wieku mężczyzn wynosiła 45,9 roku. Mężczyźni najczęściej mieli 41-50 lat (26,4%) przy czym bardzo wysoki odsetek mężczyzn znajdował się także w przedziale wiekowym 51-60 lat (25,8%). Średnia wieku wszystkich osób w chwili wydania postanowienia o obowiązku leczenia odwykowego wynosiła 45,7 roku. Uzyskane wyniki wskazują, że postępowanie nie dotyczy osób bardzo młodych, czy też starszych, a osób znajdujących się w przedziale wiekowym 31-60 lat.

**Tabela 5.** Wiek osób w chwili wydania orzeczeniu o obowiązku leczenia

Wiek w latach	Mężczyźni		Kobiety	
	I. bezwzgl.	procenty	I. bezwzgl.	procenty
Do 20 lat	0	0	1	4,3
21 do 30 lat	23	12,9	2	8,7
31 do 40 lat	41	23	7	30,5
41 do 50 lat	47	26,4	6	26,1
51 do 60 lat	46	25,8	6	26,1
61 do 70 lat	17	9,6	1	4,3
71 lat i więcej	4	2,2	0	0
Brak danych	1	0,1	0	0
Ogółem	179	100%	23	100%

**Źródło:** opracowanie własne

### **6.2.2. Stan cywilny, sytuacja rodzinna oraz stan zdrowia**

Informacje o stanie cywilnym znajdowały się we wszystkich 202 sprawach. Pytanie w tym przedmiocie miało charakter wielokrotnego wyboru, więc uzyskana suma odpowiedzi jest wyższa od ilości przebadanych akt sądowych. W związku z tym np. dana osoba mogła jednocześnie przeżyć śmierć małżonka/małżonki i jednocześnie pozostawać w kolejnym związku małżeńskim. Badane akta dostarczyły informacji, że 104 osoby pozostawały w związku małżeńskim, wobec 36 osób orzeczono rozwód, wobec 1 separację. 52 osoby były stanu wolnego (kawaler/panna), 4 osoby doświadczyły śmierci małżonka/małżonki, 25 osób pozostawało w związku konkubenckim a 13 osób pozostawało w separacji nieformalnej. Przeprowadzone badania wskazują, że znacząca liczba osób nie była osobami samotnymi.

Kolejne zagadnienie badawcze, dotyczące sytuacji mieszkaniowej, także było analizowane poprzez odpowiedź na pytanie wielokrotnego wyboru. W aktach sądowych w jednej z 202 spraw nie znaleziono odpowiedzi na pytanie, z kim zamieszkiwała osoba, wobec której zastosowano obowiązek leczenia odwykowego. Wyniki badania wskazały, że 1 osoba była bezdomna, 10 osób zamieszkiwało

samotnie, 80 osób mieszkało z rodzicem/jednym z rodziców. 113 osób prowadziło wspólne gospodarstwo domowe z mężem/żoną/partnerem/partnerką. 108 osób mieszkało z dziećmi, w tym 57 z małoletnimi a 51 z pełnoletnimi. 33 osoby miały wspólnie miejsce zamieszkania z własnym rodzeństwem a 34 osoby mieszkały z innymi osobami, w tym np. z innymi krewnymi, byłymi małżonkami. Jak się wydaje określenie sytuacji mieszkaniowej osoby uzależnionej od alkoholu ma istotne znaczenie w zakresie procesu terapeutycznego, uwidocznia skalę osób współuzależnionych a także świadczy o poziomie usamodzielnienia danej osoby. Z powyższego wynika także, że uczestnicy postępowania w przeważającej większości spraw zamieszkiwali wspólnie z innymi osobami.

Badając sytuacje osobistą osób uzależnionych od alkoholu szczególny nacisk zwrócono także na dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym. 202 osoby objęte badaniem posiadały w 55 przypadkach (27,2%) wyłącznie dzieci małoletnie, w 54 przypadkach (26,7%) wyłącznie dzieci pełnoletnie a w 31 sprawach (15,3%) zarówno przynajmniej jedno dziecko małoletnie oraz przynajmniej jedno dziecko pełnoletnie.

**Tabela 6.** Posiadanie dzieci przez osoby objęte postępowaniem

Dzieci	L. bezwzględne	Procenty
Wyłącznie małoletnie	55	27,2
Wyłącznie pełnoletnie	54	26,7
Małoletnie i pełnoletnie	31	15,4
Osoba uzależniona nie posiada dzieci	49	24,3
Nie wynikało z akt	13	6,4
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

Przeprowadzone badania wykazały także, że najwięcej osób uzależnionych od alkoholu posiadało jedno dziecko małoletnie (20,3% ogółu analizowanych spraw) oraz dwoje dzieci pełnoletnich (18,3% ogółu analizowanych spraw).

**Tabela 7.** Liczba dzieci posiadanych przez osoby objęte postępowaniem

Liczba dzieci	Małoletnie		Pełnoletnie	
	I. bezwgl.	procenty	I. bezwgl.	procenty
1	41	20,3	29	14,4
2	30	14,9	37	18,3
3	9	4,5	9	4,5
4	2	1	6	3
5	4	2	1	0,5
6	0	0	2	1
11	0	0	1	0,5
Osoba nie posiada dzieci	103	51	104	51,5
Nie wynikało z akt	13	6,3	13	6,3
Ogółem	202	100%	202	100%

**Źródło:** opracowanie własne

Co szczególnie interesujące, aż w przypadku 51 ogółu badanych spraw nie wynikało, w jaki sposób ukształtowana została władza rodzicielska osoby uzależnionej od alkoholu. Natomiast zaobserwowana ingerencja sądów w sposób wykonywania władzy rodzicielskiej polegała na ustanowieniu nadzoru kuratora sądowego (19 spraw, 9,4% ogółu badanych akt), umieszczeniu małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo instytucjonalnej pieczy zastępczej (10 spraw, 5% ogółu badanych akt), pozbawieniu władzy rodzicielskiej (1 sprawa, 0,5% ogółu badanych akt). Pełna władza rodzicielska przysługiwała 7 osobom (3,5% ogółu badanych akt). Brak zainteresowania sądów sprawowaną władzą rodzicielską a także niski odsetek spraw, w których doszło do ingerencji w jej zakresie, jest niepokojący, gdyż zachowanie osób uzależnionych od alkoholu w sposób szczególny zagraża dobru dziecka. Dodatkowo, zainteresowanie się przez sąd sytuacją rodzinną, stanowić mogłoby kolejny bodziec motywujący osoby uzależnione od alkoholu do zmiany dotychczasowego trybu życia.

Przeprowadzone badania pozwoliły określić sytuację zdrowotną osób uzależnionych od alkoholu w 186 sprawach. W aktach pozostałych 16 spraw sądowych (7,9%) nie znaleziono informacji na temat stanu zdrowia osób objętych postępowaniem.

93 osoby uzależnione od alkoholu (46%) deklarowały, że nie mają problemów zdrowotnych. Natomiast kolejne 73 osoby (36,1%) przyznawały, że cierpią na choroby wyłącznie zdrowia fizycznego, a 6 osób (3%) wyłącznie zdrowia psychicznego. Co szczególnie istotne osoby, które deklarowały problemy zdrowotne, wskazywały na poważne schorzenia, takie jak np. choroba nowotworowa, zanik mózdzku, marskość wątroby, epilepsja.

**Tabela 8.** Stan zdrowia osób objętych postępowaniem

Stan zdrowia	Sprawy	
	I. bezwg.	Procenty
Osoba jest zdrowa	93	46
Osoba cierpi wyłącznie na choroby zdrowia fizycznego	73	36,1
Osoba cierpi wyłącznie na choroby zdrowia psychicznego	6	3
Osoba cierpi na choroby zdrowia fizycznego oraz zdrowia psychicznego	14	7
Nie wynikało z akt	16	7,9
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

### **6.2.3. Wykształcenie, źródło utrzymania, sytuacja ekonomiczna**

Jak wynika z tabeli 9., wykształcenie podstawowe (40 mężczyzn – 22,3%, 7 kobiet – 30,4%) oraz zasadnicze zawodowe (91 mężczyzn – 50,8%, 8 kobiet – 34,8%) zaobserwowano częściej niż wykształcenie wyższe, średnie czy też licencjackie/inżynierskie (łącznie studia lub szkołę średnią ukończyło 28 mężczyzn – 15,7%, 5 kobiet – 21,7%). Żadna kobieta nie ukończyła studiów wyższych. Co szczególnie ważne, odsetek mężczyzn o wykształceniu niższym niż średnie wynosił łącznie 80,4%, a u kobiet odpowiednio 69,5%. Przeprowadzone badania prowadzą więc do wniosku, że procedura sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu dotyczy osób o niższym wykształceniu.

**Tabela 9.** Wykształcenie osób objętych postępowaniem

Wykształcenie	Mężczyźni		Kobiety	
	I. bezwgl.	procenty	I. bezwgl.	procenty
Brak wykształcenia	1	0,5	1	4,3
Specjalne	4	2,2	0	0
podstawowe	40	22,3	7	30,4
gimnazjalne	8	4,5	0	0
Zasadnicze zawodowe	91	50,8	8	34,8
Średnie ogólne/średnie techniczne	24	13,5	5	21,7
Licencjat/inżynierskie	2	1,1	0	0
Magisterskie	2	1,1	0	0
Nie wynikało z akt	7	4	2	8,8
Ogółem	179	100%	23	100%

**Źródło:** opracowanie własne

Dokonana analiza pozwoliła także na odpowiedź na pytanie, jakie było źródło utrzymania oraz sytuacja ekonomiczna osób uzależnionych od alkoholu.

Wyniki przedstawione w tabeli 10. odnoszą się do źródła utrzymania osób zobowiązanych do poddania się leczeniu odwykowemu. Pytanie w tym przedmiocie miało charakter wielokrotnego wyboru. Dokonana analiza prowadzi do wniosku, że stabilne zatrudnienie w postaci umowy o pracę, stałej umowy zlecenia bądź o dzieło posiada 0% kobiet oraz jedynie 10,6% mężczyzn. Osoby, wobec których orzekany jest obowiązek leczenia odwykowego, charakteryzują się niską przedsiębiorczością – jedynie 9% mężczyzn posiada własną działalność gospodarczą/własne lub wspólne gospodarstwo rolne, przy czym żadna kobieta takiej działalności nie prowadziła.

W zdecydowanej większości spraw mężczyźni podejmują się prac dorywczych (48,6% mężczyzn), które jak wynika z analizy akt, polegały na pracach budowlanych, sezonowych pracach ogrodniczych, zbieraniu surowców wtórnych. Wysoki odsetek mężczyzn (36,3% mężczyzn) nie podejmuje się żadnych prac oraz korzysta ze wsparcia osób najbliższych (35,2% mężczyzn). Podobnie prezentuje się sytuacja

kobiet. W większości spraw kobiety nie podejmowały się pracy (73,9% kobiet) lub pozostawały na utrzymaniu osoby bliskiej (60,9%). Zwraca uwagę, że osoby uzależnione od alkoholu cechują się niskim zaangażowaniem zawodowym.

**Tabela 10.** Źródło utrzymania osób objętych postępowaniem

Źródło utrzymania	Mężczyźni		Kobiety	
	I. bezwzgl.	procenty	I. bezwzgl.	procenty
Stałe zatrudnienie	19	10,6	0	0
Własna działalność gospodarcza	6	3,4	0	0
Własne/wspólne gospodarstwo rolne	10	5,6	0	0
Prace dorywcze	87	48,6	6	26,1
Emerytura	15	8,4	3	13
Renta	21	11,7	3	13
Zasiłek dla osoby bezrobotnej	2	1,1	0	0
Świadczenia pomocy społecznej	33	18,4	9	39,1
Na utrzymaniu osoby bliskiej	63	35,2	14	60,9
Brak zatrudnienia	65	36,3	17	73,9
Inne	2	1,1	1	4,3

**Źródło:** opracowanie własne

Przedstawione powyżej badania uzupełniają się z wynikami analizy dotyczącymi oceny sytuacji materialnej osoby uzależnionej od alkoholu i jej rodziny. Ustalenia w tym zakresie poczynione zostały wyłącznie na podstawie możliwości zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych i charakteryzują się pewnym uproszczeniem oraz subiektywnością wynikającą z ograniczonej ilości informacji zawartych w aktach sądowych. W 53 sprawach (26,2%) autorce raportu trudno było ocenić sytuację ekonomiczną osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin. W pozostałych przypadkach, co prezentuje tabela 11., dominowały rodziny o sytuacji materialnej określanej jako bardzo trudna/trudna.

**Tabela 11.** Sytuacja ekonomiczna osób objętych postępowaniem oraz ich rodzin

Sytuacja ekonomiczna	L. bezwzgl.	Procenty
Bardzo dobra lub dobra	45	22,3
Przeciętna	25	12,4
Trudna lub bardzo trudna	79	39,1
Nie wynikało z akt	53	26,2
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

#### **6.2.4. Spożycie alkoholu, zachowanie po jego konsumpcji, uprzednia karalność**

Wyniki analizy dotyczące rodzaju spożywanego alkoholu wskazują, że 182 osoby deklarowały konsumpcje piwa, 122 osoby konsumpcje wódki. Jedynie 30 osób spożywa wino, 3 whisky/likieri/koniaki a 5 nalewki. 8 osób spożywa alkohole niespożywcze a 6 niewiadomego pochodzenia. Materiał zebrany w 7 aktach nie pozwolił na udzielenie odpowiedzi w powyższym zakresie. Przeprowadzone badania tożsame są z innymi analizami<sup>119</sup> prowadzonymi w tym obszarze.

W sposób wysoko niepokojący prezentują się dane uzyskane z analizy akt pod kątem zachowania osób po spożyciu alkoholu. Jedynie w 29 sprawach (14,4%) osoby objęte postępowaniem zachowują się w sposób spokojny. Natomiast w 170 sprawach (84%) prezentują zachowania agresywne. Mężczyźni byli spokojni zaledwie w 22 sprawach (12,3% mężczyzn), a kobiety w 7 sprawach (30,4% kobiet).

---

<sup>119</sup> <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>



**Tabela 12.** Zachowanie osób objętych postępowaniem po spożyciu alkoholu

Zachowanie po spożyciu alkoholu	Mężczyźni		Kobiety	
	l. bezwgl.	procenty	l. bezwgl.	procenty
Osoba jest spokojna	22	12,3	7	30,4
Osoba jest agresywna	155	86,6	15	65,3
Nie wynikało z akt	2	1,1	1	4,3
Ogółem	179	100	23	100

**Źródło:** opracowanie własne

**Co szczególnie ważne i wymagające wyraźnego podkreślenia, akta spraw zawierały materiały świadczące o stosowaniu bardzo poważnych form przemocy polegających na m.in. groźeniu zabiciem, w tym nożem, wyrzucaniu z domu, popychaniu, szarpaniu, wyzywaniu, poniżaniu, kopaniu.**

Przemoc stosowana była<sup>120</sup>:

- w 48,5% ogółu spraw wobec małżonka/partnerki;
- w 24,8% ogółu spraw wobec rodzica/rodziców;
- w 15,3% ogółu spraw wobec małoletnich dzieci;
- w 12,4% ogółu spraw wobec pełnoletnich dzieci;
- w 11,5% ogółu spraw wobec pozostałych krewnych;
- w 9,4% ogółu spraw nie udało się ustalić, wobec kogo z osób bliskich uczestnik postępowania stosuje przemoc;
- w 6,4% ogółu spraw wobec rodzeństwa;
- w 4% ogółu spraw wobec osób trzecich np. sąsiadów.

Mając na uwadze sposób zachowania osób po spożyciu alkoholu, autorka raportu zmierzała do określenia, czy wobec osób objętych postępowaniem toczą się bądź toczyły się procedury karne oraz czy rodzina objęta została procedurą „Niebieskie Karty”.

---

<sup>120</sup> Pytanie dotyczące określenia osób, wobec których stosowana była przemoc, miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu badanych spraw.

Przeprowadzone badania (tabele 13. oraz 14.) wskazują, że wobec 68 osób uzależnionych od alkoholu (33,7%) uruchomiona została procedura „Niebieskie Karty” a wobec 28 osób (13,9%) w chwili wydawania postanowienia o zobowiązaniu osoby do leczenia odwykowego toczyły się postępowania karne, w tym wobec 21 osób postępowanie to dotyczyło popełnienia przestępstwa złączenia określonego w art. 207 k.k.

**Tabela 13.** Zastosowanie procedury „Niebieskie Karty” wobec osób objętych postępowaniem

Procedura „Niebieskie Karty”	L. bezwgl.	Procent
Wobec osoby uzależnionej nie toczy się procedura „Niebieskie Karty”	16	7,9
Wobec osoby uzależnionej toczy się procedura „Niebieskie Karty”	68	33,7
Nie wynikało z akt	118	58,4
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

**Tabela 14.** Trwające procedury karne wobec osób objętych postępowaniem

Postępowanie karne	L. bezwgl.	Procenty
Wobec osoby uzależnionej nie toczy postępowanie karne	28	13,9
Wobec osoby uzależnionej toczy się postępowanie karne	32	15,8
Nie wynikało z akt	142	70,3
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

Biorąc pod uwagę uprzednią karalność osób objętych postępowaniem, należy wskazać, że w aktach 100 spraw (49,5% badanych akt) znajdowała się informacja o co najmniej jednym prawomocnym wyroku skazującym orzeczonym wobec osoby uzależnionej od alkoholu. Uprzednia karalność uczestnika postępowania dotyczyła skazania za popełnienie przestępstwa stypizowanego w poniższych przepisach kodeksu karnego:

- art. 207 k.k. – złączenie się nad osobą najbliższą – 20 spraw (9,9% ogółu spraw);

- art. 278 k.k./279 k.k./280 k.k. – kradzież/kradzież z włamaniem/rozbój – 19 spraw (9,4% ogółu spraw);
- art. 148 k.k. – usiłowanie zabójstwa/zabójstwo – 2 sprawy (1% ogółu spraw);
- art. 190 § 1 k.k. – groźby karalne – 5 spraw (2,5% ogółu spraw);
- art. 157 § 1, § 2, § 3 k.k. – naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia – 5 spraw (2,5% ogółu spraw);
- art. 226 § 1 k.k. – znieważenie funkcjonariusza publicznego – 4 sprawy (2% ogółu spraw);
- art. 209 k.k. – niealimentacja – 4 sprawy (2% ogółu spraw);
- art. 178a k.k. - prowadzenie pojazdu mechanicznego w stanie nietrzeźwości/uchylony art. 178a § 2 k.k. – 42 sprawy (20,8% ogółu spraw);
- art. 177 § 1, § 2 k.k./art. 177 § 1, § 2 k.k. w zw. z art. 178 k.k. – spowodowanie wypadku w komunikacji – 2 sprawy (1% ogółu spraw);
- brak wskazania podstawy prawnej skazania – 7 sprawy (3,5% ogółu spraw);
- inne przestępstwa – 7 spraw (3,5% ogółu spraw).

Podsumowując tę część raportu należy wskazać, że zdecydowana większość uczestników postępowania stosowała przemoc lub prezentowała postawę kryminalną. W 170 sprawach (84% spraw) osoby uzależnione od alkoholu zachowywały się w sposób agresywny, z czego przykładowo agresję wobec małżonka/partnera zaobserwowano w 48,5% ogółu spraw. W zdecydowanej większości spraw, w których w aktach postępowania znalazły się stosowne informacje, toczyła się procedura „Niebieskie Karty” (81% spraw) lub postępowanie karne (53% spraw). Mając na uwadze jednak charakter i skalę stosowanej przemocy niepokoi, że w stosunkowej niewielkiej liczbie spraw nie toczyły się procedury karne w zakresie np. art. 207 k.k., 190 § 1 k.k.

**6.2.5. Stosunek rodziny wobec osoby uzależnionej od alkoholu, uzależnienie od alkoholu członków rodziny uczestnika postępowania oraz dotychczasowe formy leczenia podjęte przez osobę uzależnioną**

Z przeprowadzonych badań wynika, że w 167 sprawach rodzina dostrzegała problem alkoholowy uczestnika postępowania a w 155 sprawach podejmowała działania zmierzające do poprawy jej sytuacji życiowej czy też zdrowotnej. Aktywność osób najbliższych najczęściej polegała na poszukiwaniu różnych form pomocy dla osoby uzależnionej. Postawa rodziny wobec problemu alkoholowego ma bardzo duże znaczenie dla powodzenia procesu terapeutycznego danej osoby, dlatego też uzyskane wyniki badań należy uznać za bardzo zadowalające.

**Tabela 15.** Stosunek rodzin wobec osób objętych postępowaniem

Stosunek rodziny	Rodzina dostrzega problem alkoholowy uczestnika postępowania		Rodzina podejmuje działania zmierzające do poprawy sytuacji uczestnika postępowania	
	l. bezwgl.	procenty	l. bezwgl.	procenty
Tak	167	82,7	155	76,7
Nie	5	2,4	17	8,4
Nie wynikało z akt	30	14,9	30	14,9
Ogółem	202	100	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

W aktach 85 spraw sądowych (42,1%) odnaleźć można było informację na temat uzależnienie od alkoholu członków rodziny uczestnika postępowania. W 71 sprawach (35,1%) nie wynikało, czy członkowie rodziny są uzależnieni od alkoholu. Jedynie w 46 sprawach (22,8%) ustalono, że nikt z rodziny nie miał problemu alkoholowego. W badaniach zaobserwowano, że w 52 sprawach (25,8% ogółu spraw) przynajmniej jeden z rodziców osoby uzależnionej od alkoholu także go nadużywał, w tym matki w 4% ogółu spraw a ojcowie w 25,7% ogółu spraw.

**Tabela 16.** Uzależnienie od alkoholu członków rodziny osoby objętej postępowaniem<sup>121</sup>

Członek rodziny uczestnika postępowania	L. bezwzgl.	Procenty
Ojciec	52	25,7
Rodzeństwo	21	10,4
Małżonek/Małżonka	13	6,4
Matka	8	4
Pełnoletnie dzieci	8	4,0
Inna osoba	5	2,5
Partner/Partnerka	4	2,0
Małoletnie dzieci	1	0,5

**Źródło:** opracowanie własne

Odnosząc się do dotychczasowych prób leczenia uczestników postępowania należy wskazać, że w 114 sprawach znaleziono informację o uprzednim, dobrowolnym podjęciu przez nich kuracji (56,4% ogółu spraw). Sądowo do leczenia odwykowego było już poprzednio zobowiązanych jedynie 37 osób (18,3% ogółu spraw). Powyższe wyniki przedstawiają tabele 17. oraz 18.

**Tabela 17.** Dotychczasowe próby dobrowolnego leczenia osób objętych postępowaniem

Dobrowolne próby leczenia	L. bezwzgl.	Procenty
Osoba podejmowała dobrowolne próby leczenia	114	56,4
Osoba nie podejmowała dobrowolnych prób leczenia	65	32,2
Nie wynikało z akt	23	11,4
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

<sup>121</sup> Pytanie dotyczące uzależnienia od alkoholu członków rodziny uczestnika postępowania miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu badanych spraw.

**Tabela 18.** Upřednie, sądowe zobowiązanie w przedmiocie leczenia odwykowego

Sądowe zobowiązanie do podjęcia kuracji	L. bezwzgl.	Procenty
Osoba była wcześniej zobowiązana do leczenia odwykowego	37	18,3
Osoba nie była wcześniej zobowiązana do leczenia odwykowego	92	45,6
Nie wynikało z akt	73	36,1
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

### **6.2.6. Podsumowanie**

Podsumowując przedstawione powyżej ustalenia, w zakresie charakterystyki osób objętych procedurą sądowego zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego, można wskazać, że instytucja ta dotyczy osób:

- o niskim wykształceniu;
- nie mających stabilnego źródła utrzymania;
- o trudnej/bardzo trudnej sytuacji ekonomicznej;
- posiadających krewnych a także własne rodziny;
- prezentujących, po spożyciu alkoholu, zachowania agresywne;
- pochodzących z rodzin, w których istniał już problem alkoholowy.

Obowiązek leczenia stosowany jest w większości przypadków wobec mężczyzn.

### **6.3. Postępowanie rozpoznawcze**

Autorka raportu jako kolejny, istotny cel badawczy zmierzający do przedstawienia instytucji sądowego zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego przyjęła określenie oraz scharakteryzowanie postępowań rozpoznawczych, w wyniku których sąd decydował o zastosowaniu obowiązku kuracji. Jak zostało to przedstawione w III części raportu ww. postępowania powinny z jednej strony cechować się szybkością

procedowania, ale z drugiej strony nie mogą zostać pozbawione także waloru wnikliwości.

### **6.3.1. Wszczęcie postępowania sądowego**

Postępowanie sądowe może zostać wszczęte wyłącznie z inicjatywy prokuratora albo gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. W analizowanych sprawach najwięcej postępowań rozpoczęto się na skutek wniosku złożonego przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych – 141 spraw (69,8%). Prokurator zainicjował 61 postępowań (30,2%). Dysproporcja ww. wyników stanowi rezultat ustawowych zadań przypisanych prokuraturze oraz gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. To priorytetem tej drugiej instytucji jest podejmowanie aktywności zmierzających do zmniejszenia problemu alkoholowego w Polsce.

**Tabela 19.** Inicjatywa wszczęcia postępowania sądowego

Organ	L. bezwzgl.	Procenty
Prokurator	141	69,8
Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych	61	30,2
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

Osobami zawiadamiającymi gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych albo prokuraturę o potrzebie wszczęcia procedur sądowych w przeważającej liczbie spraw (109 postępowań – 54% ogółu spraw) byli członkowie rodziny uczestnika postępowania, z czego w 24 przypadkach była to matka, a w 36 żona. Uzyskane w tym zakresie wyniki badania nie powinny zaskakiwać, ponieważ to osoby najbliższe pozostają w stałym kontakcie z osobą uzależnioną.

**Co jednak bardzo istotne, analiza pism kierowanych do prokuratury/gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych przez członków rodziny pozwala sformułować tezę, że osoby najbliższe wiążą z sądową procedurą zobowiązania do leczenia odwykowego bardzo duże nadzieje – oczekują,**

**że dzięki uruchomieniu procedur sądowych oraz zastosowaniu przymusu leczenia osoba uzależniona zmieni swoje postępowanie.**

Dużą aktywnością w zakresie zawiadamiania prokuratury/gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych o potrzebie wszczęcia procedur sądowych charakteryzowała się także policja (36 postępowań – 17,8% ogółu spraw), ośrodki pomocy społecznej (20 postępowań – 9,9% ogółu spraw). Natomiast identyczne zaangażowanie zaobserwowano u kuratorów sądowych oraz grup roboczych/zespołów interdyscyplinarnych (każda z tych instytucji występowała w 14 postępowaniach – 6,9% ogółu spraw). Szczegółowe dane przedstawione zostały w tabeli 20<sup>122</sup>.

**Tabela 20.** Podmioty zawiadamiające o konieczności wszczęcia postępowania sądowego

Podmiot zawiadamiający	L. bezwzgl.	Procenty
Członek rodziny	109	54
Policja	36	17,8
Ośrodek pomocy społecznej	20	9,9
Instytucje same uzyskały taką informację	14	6,9
Grupa robocza/zespół interdyscyplinarny	14	6,9
Kurator sądowy	14	6,9
Inne	9	4,5
Nie wynikało z akt	4	2
Osoba uzależniona	2	1
Izba wytrzeźwień	1	0,5
Szkoła	1	0,5

**Źródło:** opracowanie własne

W trzech analizowanych postępowaniach zaobserwowano nietypowe rozwiązania związane z zawiadomieniem o konieczności rozpoczęcia procedur sądowych. W jednej sprawie to gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych

---

<sup>122</sup> Pytanie dotyczące podmiotów zawiadamiających o konieczności wszczęcia postępowania sądowego miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu badanych spraw.



informowała prokuraturę o potrzebie wszczęcia postępowanie sądowego a w dwóch kolejnych przypadkach to prokuratura informował gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych o potrzebie wszczęcia postępowania sądowego. W przytoczonych sytuacjach ani prokuratura, ani gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych nie skorzystały z przysługujących im uprawnień i z własnej inicjatywy nie zainicjowały procedur sądowych.

Jak zostało wskazane powyżej, pisma rozpoczynające postępowanie sądowe pochodzić mogą wyłącznie od podmiotów profesjonalnych oraz wyspecjalizowanych, tj. gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratury. Niepokojące są więc ustalenia poczynione w zakresie zobowiązania wnioskodawców przez sąd do uzupełniania braków formalnych dokumentów.

Na 141 wniosków pochodzących od gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych aż 66 dokumentów było niekompletnych. Z powyższego wynika, że blisko połowa (46,8%) pism gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych zawierało braki formalne. W przypadku prokuratury braki te zaobserwowano tylko w 2 z 61 pism procesowych. Wnioski sporządzone przez prokuraturę tylko w 3,2% przypadkach należało uzupełnić. Łącznie więc 68 pism (33,7% ogółu spraw) kierowanych do sądu przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych oraz prokuraturę było niekompletnych. Mając na uwadze poczynione na wstępie spostrzeżenia dotyczące szybkości procedowania należy zauważyć, że na samym początku postępowania zasada ta nie jest przestrzegana. Poniżej, w tabeli 21, zaprezentowano formy zobowiązania sądu w zakresie uzupełnienia pism procesowych.

**Tabela 21.** Braki formalne wniosków o wszczęcia postępowania sądowego<sup>123</sup>

Brak formalny	L. bezwzgl.	Procenty
Uiszczenie opłaty sądowej	62	30,7
Dołączenie opinii biegłych	2	1
Inne	6	3

**Źródło:** opracowanie własne

<sup>123</sup> Pytanie dotyczące rodzajów braków formalnych miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu badanych spraw.

Prokuratura oraz gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych kierują do sądu wnioski o zobowiązanie osoby do poddania się leczeniu odwykowemu po przeprowadzeniu we własnym zakresie postępowania wyjaśniającego oraz po uzyskaniu opinii biegłych sądowych w przedmiocie uzależnienia osoby od alkoholu. Składane do sądu wnioski przeanalizowane zostały także pod kątem dokumentów dołączanych do pisma inicjującego postępowanie.

Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych do 60 z 141 pism załączała opinie biegłych sądowych (42,6%), a do 138 z 141 pism załączała inne dokumenty (97,9%) uzyskane w toku prowadzonego we własnym zakresie postępowania np. protokoły posiedzeń, wywiady środowiskowe.

Prokuratura do 27 z 61 wniosków załączała opinie biegłych sądowych (44,3%) a do 58 wniosków załączała inne dokumenty (95,1%) np. protokoły przesłuchań.

Praktykę instytucji w zakresie uzupełnienia wniosków o wszczęcie postępowania sądowego o dodatkowe dokumenty należy ocenić bardzo pozytywnie. Dokumenty te stanowią materiał w sprawie i tym samym odciążają sądy z przeprowadzania postępowania dowodowego z inicjatywy wymiaru sprawiedliwości. Niepokoi natomiast odsetek załączanych opinii biegłych sądowych, który uznać trzeba za stosunkowo niski. W dalszej części pracy szerzej zostanie omówiona problematyka opinii biegłych sądowych, w tym konsekwencje braku tego dokumentu przy wniosku wszczynającym postępowanie sądowe.

**Tabela 22.** Dokumenty załączone do wniosku o wszczęcie postępowania rozpoznawczego

Załączone dokumenty	Prokurator		Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych	
	I. bezwgl.	procenty	I. bezwgl.	procenty
Opinia biegłych sądowych	60	42,6	27	44,3
Inne dokumenty	58	95,1	138	97,9

**Źródło:** opracowanie własne

### 6.3.2. Postępowanie przed sądem

Odnosząc się do postępowania prowadzonego przed sądem, należy wskazać, że w każdej sprawie orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu zapadło po przeprowadzeniu rozprawy i tym samym nie odnotowano naruszenia art. 29 u.w.t.p.a. Analiza akt wykazała, że w zdecydowanej większości spraw postanowienie sądu zapadało po przeprowadzeniu jednej rozprawy – 135 postępowań (66,8%). Większa liczba rozpraw wynikała z niestawiennictwa osoby uzależnionej lub świadków na rozprawę a także oczekiwania na sporządzenie opinii przez biegłych sądowych.

**Tabela 23.** Liczba rozpraw

Liczba rozpraw	L. bezwgl.	Procenty
1	135	66,8
2	46	22,8
3	15	7,4
4	4	2,0
5	1	0,5
6	1	0,5
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

Odnosząc się do charakterystyki rozpraw sądowych należy wskazać, że:

- pierwsza rozprawa w większości przypadków trwała 10 minut, najdłużej 90 minut a najkrócej 2 minuty. W 122 przypadkach (61,9% pierwszych rozpraw) w rozprawie uczestniczyła osoba uzależniona od alkoholu. Wnioskodawca uczestniczył w pierwszej rozprawie jedynie w 40 sprawach (20,3% pierwszych rozpraw);
- druga rozprawa w większości przypadków trwała 10 minut, najdłużej 60 minut a najkrócej 3 minuty. W 33 przypadkach (49,6% drugich rozpraw) w rozprawie uczestniczyła osoba uzależniona od alkoholu. Wnioskodawca uczestniczył w drugiej rozprawie jedynie w 8 sprawach (12% drugich rozpraw);

- trzecia rozprawa w większości przypadków trwała 10 minut, najdłużej 40 minut a najkrócej 5 minut. W 11 przypadkach (52,4% trzecich rozpraw) w rozprawie uczestniczyła osoba uzależniona od alkoholu. Wnioskodawca uczestniczył w trzeciej rozprawie jedynie w 3 sprawach (14,3% trzecich rozpraw);
- czwarta rozprawa odbyła się tylko w czterech przypadkach. Najdłużej trwała ona 40 minut a najkrócej 2 minuty. W 3 przypadkach (75% czwartych rozpraw) w rozprawie uczestniczyła osoba uzależniona od alkoholu. Wnioskodawca nie uczestniczył w żadnej z tych rozpraw;
- piąta rozprawa odbyła się tylko w dwóch sprawach. Najdłużej trwała ona 30 minut a najkrócej 15 minut. W obu przypadkach, w piątej rozprawie, uczestniczyła osoba uzależniona od alkoholu. Wnioskodawca uczestniczył w piątej rozprawie w 1 sprawie;
- szósta rozprawa odbyła się tylko w jednej z badanych spraw. Trwała 14 minut, uczestniczyła w niej osoba uzależniona od alkoholu, ale nie uczestniczył w niej wnioskodawca.

Z powyższych analiz wynika, że o ile uczestnicy postępowania na ogół biorą udział w rozprawach przed sądem (61,9% pierwszych rozpraw, 49,6% drugich rozpraw), o tyle wnioskodawcy w większości przypadków nie stawiają się na nie (20,3% pierwszych rozpraw, 12% drugich rozpraw). Ustalenia wykazały także, że 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).

Mniejsza aktywność wnioskodawców w zakresie uczestnictwa w rozprawach może wynikać z faktu, że sąd zobowiązywał uczestników postępowania do obowiązkowego stawiennictwa na rozprawę, natomiast gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych sąd jedynie zawiadamiał o terminie rozprawy.

W kontekście stawiennictwa na rozprawach należy także wskazać, że sądy bardzo rzadko korzystały z możliwości przymusowego doprowadzenia osoby uzależnionej na rozprawę. Przeprowadzone badania wykazały, że omawianą instytucję sądy

zastosowały wyłącznie 11 razy (4% ogółu spraw). W 5 postępowaniach instytucję tę wykorzystano 1 raz a w 3 postępowaniach 2 razy.

**Tabela 24.** Liczba wydanych nakazów doprowadzenia na kolejne terminy rozpraw

Termin rozprawy	Nakaz doprowadzenia
1 termin rozprawy	1
2 termin rozprawy	4
3 termin rozprawy	4
4 termin rozprawy	2
Ogółem	11

**Źródło:** opracowanie własne

#### 6.3.2.1. Udział osoby uzależnionej w postępowaniu

Uczestnicy postępowania nie korzystali z pomocy profesjonalistów i nie byli przez nich reprezentowani. We wszystkich sprawach podejmowali samodzielnie czynności, których odnotowano znikomą ilość.

Jedynie 3 uczestników (1,5%) złożyło apelację od postanowienia sądu w przedmiocie nałożenia obowiązku przymusowego leczenia, jednakże wszystkie apelacje zostały odrzucone z powodu braków formalnych (jedna apelacja wpłynęła do sądu po terminie, a 2 nie zostały opłacone). Tylko w jednym przypadku został złożony wniosek o uzasadnienie postanowienia sądu.

Dodatkowo, odnotowano bardzo znikomą aktywność osób uzależnionych od alkoholu w trakcie trwania procedur sądowych, którą analizowano pod kątem np. składania pism procesowych, wniosków formalnych. Udział w rozprawach, w zakresie działalności procesowej, nie był brany pod uwagę. Przy tak sformułowanym założeniu badawczym ustalono, że w 90,6% ogółu spraw, nie odnotowano żadnej aktywności osób uzależnionych od alkoholu, przy czym w przypadku tych uczestników, których podjęli jakiegokolwiek działania, najczęstszą czynnością było zgłaszanie wniosków dowodowych.

**Tabela 25.** Udział osoby uzależnionej w postępowaniu

Aktywność uczestnika	L. bezwgl.	Procenty
Uczestnik podjął jakiekolwiek działanie	19	9,4
Uczestnik nie podjął żadnego działania	183	90,6
Ogółem	202	100

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 26.** Czynności podejmowane przez osobę uzależnioną w postępowaniu<sup>124</sup>

Czynność	L. bezwgl.	Procenty
Zgłaszanie wniosków dowodowych	15	7,4
Składanie pism procesowych	10	5
Wgląd w akta sprawy	0	0
Inne	0	0

Źródło: opracowanie własne

W kontekście udziału osoby uzależnionej w postępowaniu istotne jest także przedstawienie stanowiska samych zainteresowanych w zakresie konieczności podjęcia leczenia odwykowego.

Uzyskane wyniki wykazały, że w 96 sprawach (47,5%) osoby uzależnione od alkoholu wyraziły zgodę na podjęcia leczenia odwykowego. Natomiast w 56 sprawach (27,7%) zdecydowanie odmawiały kuracji. W pozostałych przypadkach, 54 sprawy – 24,8%, nie było możliwe dokonanie ustaleń w tym zakresie z powodu niestawiennictwa bądź braku zajęcia stanowiska przez osobę uzależnioną. Brak uzyskania przez sąd wypowiedzi uczestnika postępowania na temat konieczności podjęcia leczenia należy ocenić negatywnie. Poznanie głosu osoby zainteresowanej w sprawie jej dotyczącej pozwoliłoby z pewnością na wydanie orzeczenia trafniejszego i ułatwiło jego przyszłe wykonanie. Dodatkowo wydaje się, że w sprawie, w której zmierza się do ograniczenia praw i wolności jednostki, niezbędne powinno być uzyskanie jej stanowiska.

---

<sup>124</sup> Pytanie dotyczące czynności podejmowanych przez osobę uzależnioną w postępowaniu miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu badanych spraw.

**Tabela 27.** Stanowisko osoby uzależnionej w zakresie konieczności podjęcia leczenia odwykowego

Stanowisko	L. bezwgl.	Procenty
Osoba chce podjąć leczenie niestacjonarne	60	29,7
Osoba chce podjąć leczenie stacjonarne	16	7,9
Osoba chce podjąć leczenie niestacjonarne pod nadzorem kuratora	1	0,5
Osoba chce podjąć leczenie – brak wskazania formy	19	9,4
Osoba nie chce podjąć żadnego leczenia	52	25,7
Osoba nie zajęła stanowiska – nie brała udziału w żadnej rozprawie	50	24,8
Osoba nie zajęła stanowiska – brała udział w rozprawie	4	2
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

#### 6.3.2.2. Opinia biegłych sądowych

Jak zostało to wskazane w III części raportu, aby zobowiązać daną osobę do podjęcia leczenia odwykowego niezbędne jest zweryfikowanie, czy osoba ta uzależniona jest od alkoholu. Ustalenia w tym przedmiocie dokonują biegli sądowi. Mając więc na uwadze doniosłość opinii biegłych, analiza akt sądowych zmierzała do dokonania sformułowań badawczych także w tym obszarze.

Wskazując za Romanem Kulmą<sup>125</sup> należy podnieść, że postępowania rozpoznawcze należy podzielić na dwie grupy. Do jednej należą te sprawy gdzie opinie biegłych dołączane są do wniosku o wszczęcie postępowania a do drugiej należą te sprawy gdzie sąd z powodu braku opinii zobowiązany jest do przeprowadzenia tego dowodu w toku postępowania rozpoznawczego.

Dokonane ustalenia badawcze wykazały, że we wszystkich sprawach wydana została opinia biegłych. W 200 z 202 badanych spraw wydano jedną opinię, natomiast w 2 sprawach (w obu przypadkach wszczętych na wniosek komisji)

---

<sup>125</sup> R. Kulma, *Efektywność...*, op. cit., s. 268.

wydano łącznie dwie opinie. Konieczność wydania drugiej opinii wynikała z tego, że sąd orzekający uznał, że poprzednia opinia mogła się zdezaktualizować bądź też podjął inne, uzasadnione wątpliwości. Na marginesie należy także wskazać, że możliwa była sytuacja, w której opinia biegłych nie została dołączona do pierwotnego wniosku wnioskodawcy, jednakże została dołączona później, w wyniku wezwania do uzupełnienia braków formalnych. W takiej sytuacji badanie przez biegłych zostało przeprowadzone przed wszczęciem postępowania. Powyższe skutkowało tym, że łącznie biegli sporządzili 204 dokumenty.

W ponad połowie spraw (56,9% – 115 ogółu postępowań) to na sądzie ciążył wyłączny obowiązek przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych. W przypadku postępowań wszczętych na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych badanie uczestnika postępowania odbyło się wyłącznie w trakcie postępowania rozpoznawczego w 82 sprawach (58,1% postępowań zainicjowanych przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych). W przypadku zaś postępowań wszczętych na wniosek prokuratury sąd z własnej inicjatywy przeprowadził omawiany dowód w 33 sprawach (54,1% postępowań rozpoczętych przez prokuraturę).

Moment przeprowadzenia badania przez biegłych sądowych we wszystkich analizowanych sprawach (przed wszczęciem postępowania rozpoznawczego lub po) przedstawia tabela 28.

**Tabela 28.** Moment przeprowadzania badania przez biegłych sądowych

Moment przeprowadzania badania	L .bezwgl.	Procenty
W danej sprawie opinia była wydana wyłącznie przed wszczęciem postępowania	85	42
W danej sprawie opinia była wydana wyłącznie po wszczęciu postępowania	115	57
W danej sprawie opinia była wydane przed i po wszczęciu postępowania	2	1
Ogółem liczba spraw	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

Zaprezentowane powyżej wyniki skłaniają do poszukiwania odpowiedzi na pytanie, czy niemożność dołączenia przez wnioskodawców opinii biegłych do pisma



rozpoczynającego postępowanie sądowe spowodowana była np. niestawiennictwem osoby na kolejne terminy badania, czy też gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych/prokuratura nie podejmowały żadnych aktywności w tym obszarze.

Przeprowadzone badania wskazują, że jedynie w 38 przypadkach (33%), w których opinia biegłych sądowych nie została przeprowadzona przed wszczęciem postępowania rozpoznawczego, prokurator lub gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych podjęły jakiegokolwiek próby uzyskania opinii biegłych przed złożeniem wniosku do sądu. W pozostałych sprawach wnioskodawcy nie wskazywali, czy podjęli jakiegokolwiek aktywność w tym obszarze.

Podsumowując powyższą część raportu, odnoszącą się do momentu przeprowadzania opinii biegłych sądowych, należy wskazać, że zaobserwowana w ponad połowie spraw praktyka polegająca na nieprzekazywaniu sądowi opinii biegłych jest niepokojącą. Niepokojący jest także fakt nie wskazywania sądowi, dlaczego opinia nie została sporządzona. W III rozdziale pracy podnoszono, że to wnioskodawca zobowiązany jest do przedstawienia sądowi kompletnego materiału dowodowego, w szczególności w postaci dowodu z opinii biegłych sądowych. Jedynie wyjątkowo sąd powinien zlecać biegłym sporządzenie opinii. Przenoszenie odpowiedzialności na sąd w tym obszarze skutkuje przedłużeniem postępowania rozpoznawczego.

Analizując opinie znajdujące się w 202 sprawach pod kątem wytycznych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia zaobserwowano, że:

- wyłącznie jedna opinii dołączona do wniosku o wszczęcie postępowania sądowego nie została sporządzona wspólnie przez dwoje biegłych. Na etapie postępowania sądowego uchybienie to zostało zniwelowane poprzez ponowne skierowanie osoby na badanie;
- w 12 sprawach (5,9% ogółu spraw) w badaniu nie brała udziału osoba uzależniona od alkoholu a opinie sporządzono wyłącznie na podstawie akt sprawy. Sytuacja ta, występowała po bezskutecznym wezwaniu osoby na badanie;

- tylko jedna opinia nie zawierała wniosków dotyczących dalszego leczenia osoby uzależnionej.

**Tabela 29.** Wnioski z opinii biegłych

Wnioski	L. bezwgl.	Procenty
Badany powinien podjąć leczenie stacjonarne	108	53
Badany powinien podjąć leczenie niestacjonarne	77	37,6
Badany powinien podjąć leczenie stacjonarne – pod nadzorem kuratora	11	5,4
Badany powinien podjąć leczenie niestacjonarne – pod nadzorem kuratora	5	2,5
Inne	2	1
Nie wynikało z akt	1	0,5
Ogółem	204	100

**Źródło:** opracowanie własne

Odnosząc się do przedstawionych w powyższej tabeli danych stwierdzić można, że biegli rzadko wypowiedali się na temat potrzeby ustanowienia kuratora nad obowiązkiem leczenia. Biegli w zdecydowanej większości spraw podejmowali wnioski jedynie w zakresie wskazania formy leczenia. W jednej ze spraw, która w zestawieniu została oznaczona jako „inne”, biegli wskazali wyłącznie, że dana osoba „powinna kontynuować leczenia”, a w drugiej ze spraw zaliczonej do kategorii „inne” biegli podnieśli, że osoba z powodu obniżonych sprawności intelektualnych w ogóle leczenia nie powinna podjąć, gdyż nie przyniesie ono rezultatów.

Zebrany w 117 sprawach materiał pozwolił na ocenienie procedury przeprowadzania opinii biegłych na zlecenie sądu.

Dokonana analiza wykazała, że podobnie jak przy przymusowym doprowadzaniu na rozprawę, sądy rzadko korzystały z wystosowywania nakazów doprowadzenia na badanie do biegłych. Rozwiązanie to zostało zastosowane łącznie 66 razy. W 33 postępowaniach instytucje tę wykorzystano 1 raz, w 6 postępowaniach 2 razy, w 3 postępowaniach 3 razy, w dwóch postępowaniach 4 razy, a w jednym postępowaniu aż 8 razy. Zależność pomiędzy terminem badania a wydaniem przez sąd nakazu doprowadzenia prezentuje tabela 30.

**Tabela 30.** Liczba wydanych nakazów doprowadzenia na kolejne terminy badania

Termin badania	Liczba nakazów doprowadzenia
1 termin badania	8
2 termin badania	30
3 termin badania	12
4 termin badania	5
5 termin badania	3
6 termin badania	2
7 termin badania	2
8 termin badania	1
11 termin badania	1
14 termin badania	1
15 termin badania	1
Ogółem	66

**Źródło:** opracowanie własne

Dokonana analiza pozwoliła także na określenie czasu jaki minął od wydania postanowienia sądu w przedmiocie przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych sądowych do czasu wpływu opinii biegłych sądowych do sądu. Ustalenia w tym zakresie dokonano w stosunku do 105 ze 117 spraw, ponieważ w pozostałych sprawach dane te nie wynikały z akt.

Przeprowadzone badania wykazały, że:

- najkrótszy czas oczekiwania na opinie biegłych sądowych wynosił 14 dni;
- najdłuższy czas oczekiwania na opinie biegłych sądowych wynosił 556 dni;
- średni czas oczekiwania na opinie biegłych sądowych wynosił 90 dni;
- najczęściej oczekiwano na opinie biegłych sądowych przez 28 dni.

Co istotne oraz niepokojące, opinia biegłych sądowych jedynie w zaledwie 20 postępowaniach (19%) wpłynęła do sądu po upływie 30 dni od wydania postanowienia sądu w przedmiocie przeprowadzenia omawianego dowodu. Ustalenie to ma szczególnie znaczenie, gdy weźmie się pod uwagę fakt, że orzeczenia o ustanowieniu obowiązku leczenia odwykowego, zgodnie z art. 29

u.w.t.p.a. powinno zapaść w ciągu miesiąca od dnia wpływu wniosku do sądu. Bardzo niepokojąca jest również sytuacja kiedy na opinii biegłych sądowych należy oczekiwać więcej niż 100 dni – powyższe miało miejsce w 27 postępowaniach (30,5%). Powyższe prowadzi do wniosku, że przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych sądowych na etapie postępowania rozpoznawczego wpływa w znaczący sposób na przewlekłość toczących się procedur.

**Tabela 31.** Okres czasu potrzebny na przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych sądowych

Czas jaki minął od wydania postanowienia sądu w przedmiocie przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych sądowych do czasu wpływu opinii biegłych sądowych do sądu	L. bezwzgl.	Procenty
14-20 dni	6	5,7
21-30	14	13,3
31-40	15	14,3
41-50	10	9,5
51-60	9	8,6
61-70	8	7,6
71-80	5	4,8
81-90	6	5,7
91-100	5	4,8
101-200	16	15,2
201-300	8	7,6
301-400	0	0
400-556	3	2,9
Ogółem	105	100

**Źródło:** opracowanie własne

### 6.3.2.3. Orzeczenia

Ostatnim zagadnieniem badawczym wymagającym omówienia w aspekcie postępowania rozpoznawczego jest przedstawienie wyników badań związanych z rodzajem rozstrzygnięć zapadających w sprawie.

Uzyskane wyniki wskazują, że sądy prezentują różne rozwiązania dotyczące form leczenia. Sądy nie ograniczają się do wyboru jedynie leczenia stacjonarnego albo niestacjonarnego, ale zobowiązują także osobę uzależnioną do podjęcia obu tych kuracji. Zobligowanie osoby do podjęcia leczenia w obu tych formach wydaje się zgodne z prawem, gdyż art. 26 u.w.t.p.a. wskazuje, że „osoby, o których mowa w art. 24, jeżeli uzależnione są od alkoholu, zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym **lub** niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego”. Zastosowanie przez ustawodawcę, w przytoczonym przepisie prawnym, alternatywy łącznej daje sądom możliwość łączenia różnych rodzajów form leczenia.

Analizując wyniki badania, stwierdzić można także, że sądy w ponad połowie spraw (109 spraw, 53,9%) nad obowiązkiem leczenia ustanawiają nadzór kuratora.

**Tabela 32.** Postanowienia sądu

Treść postanowienia	L. bezwzgl.	Procenty
Skierowanie na leczenie niestacjonarne oraz ustanowienie nadzoru kuratora	64	31,6
Skierowanie na leczenie niestacjonarne	46	22,8
Skierowanie na leczenie stacjonarne	39	19,3
Skierowania na leczenie stacjonarne oraz ustanowienie nadzoru kuratora	29	14,4
Skierowania na leczenie stacjonarne, przy czym przed podjęciem leczenia stacjonarnego skierowanie na leczenie niestacjonarne. Na cały okres leczenia ustanowiony został nadzór kuratora	12	5,9
Skierowania na leczenie stacjonarne, przy czym przed podjęciem leczenia stacjonarnego skierowanie na leczenie niestacjonarne	8	4
Skierowania na leczenie stacjonarne, przy czym przed podjęciem leczenia stacjonarnego skierowanie na leczenie niestacjonarne. Nadzór kuratora został ustanowiony wyłącznie do momentu rozpoczęcia leczenia stacjonarnego	3	1,5
Leczenie stacjonarne, przy czym przed i po zakończeniu leczenia stacjonarnego skierowanie na leczenie niestacjonarne. Na cały okres leczenia ustanowiony został nadzór kuratora	1	0,5
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

Odnosząc się do wydanych postanowień sądu dokonano także stosownych analiz zmierzających do ustalenia, czy orzeczenia wymiaru sprawiedliwości w zakresie obowiązku leczenia są zgodne ze stanowiskiem osoby uzależnionej (tabela 32.) a także z wnioskami z opinii biegłych (tabela 33).

Na potrzeby tak dokonanych analiz badawczych uznano, że leczenie stacjonarne/niestacjonarne z ustanowionym nadzorem kuratora jak i leczenie stacjonarne/niestacjonarne bez ustanowionego nadzoru kuratora stanowi jeden rodzaj orzeczenia sądu. Przyjęto także, że jeśli dana osoba godziła się na podjęcie leczenia bez wskazania jego formy, to stanowisko osoby uzależnionej i postanowienie sądu są ze sobą zgodne. Uznano również, że jeśli sąd orzekł dwa obowiązki leczenia – stwierdzano, że priorytetem sądu było zobowiązanie osoby uzależnionej do podjęcia kuracji stacjonarnej.

**Tabela 33.** Postanowienia sądu a stanowisko osoby uzależnionej wyrażone w toku postępowania

Zbieżność stanowisk	L. bezwzgl.	Procenty
Postanowienie sądu jest zgodne ze stanowiskiem uczestnika	82	40,6
Postanowienie sądu jest niezgodne ze stanowiskiem uczestnika	66	32,7
Uczestnik nie zajął stanowiska	54	26,7
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

**Tabela 34.** Postanowienia sądu a stanowisko biegłych sądowych wyrażone w opiniach

Zbieżność stanowisk	L. bezwzgl.	Procenty
Postanowienie sądu jest zgodne	169	82,8
Postanowienie sądu jest niezgodne	34	16,7
Nie wynikało z akt	1	0,5
Ogółem liczba opinii sądowych	204	100

**Źródło:** opracowanie własne

Przedstawione powyżej dane wskazują, że w zdecydowanej większości wnioski zawarte w opinii biegłych pokrywają się z wydanym przez sąd orzeczeniami (169 opinii biegłych sądowych – 82,8%). Co szczególnie ważne, blisko w połowie spraw

(82 sprawy – 40,6%) postanowienie sądu jest zgodne ze stanowiskiem osoby uzależnionej, co powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w późniejszej realizacji orzeczonego obowiązku leczenia.

Na zakończenie ustaleń w zakresie charakterystyki postępowania rozpoznawczego należy odnieść się do czasu jego trwania.

Zgodnie z art. 29 u.w.t.p.a. orzeczenie o obowiązku leczenia powinno zapaść w ciągu miesiąca od dnia wpływu wniosku do sądu. Termin ten ma charakter instrukcyjny, jednak sądy powinny dążyć do jego zachowania.

Przeprowadzone badania wykazały że postępowanie rozpoznawcze:

- najczęściej trwało 56 dni (dominanta);
- średnio trwało 158 dni;
- najkrócej trwało 15 dni a najdłużej 812 dni.

Niestety, jedynie w 12 sprawach (5,9% ogółu spraw) postępowanie rozpoznawcze zakończyły się przed upływem miesiąca.

Na długość trwania postępowania rozpoznawczego ma wpływ bardzo wiele czynników. W analizowanych sprawach było to: oczekiwanie na przeprowadzenie badania przez biegłych sądowych, niemożność ustalenia miejsca zamieszkania osoby uzależnionej od alkoholu, niestawiennictwo uczestnika postępowania na wyznaczone terminy rozpraw a także zmiany organizacyjne w sądach.

**Tabela 35.** Czas trwania postępowania rozpoznawczego

Czas trwania postępowania rozpoznawczego (w dniach)	L. bezwzgl.	Procenty
1-30	12	5,9
31-60	32	15,8
61-90	38	18,8
91-120	26	12,9
121-150	22	10,9
151-200	18	8,9
201-300	25	12,4
301-400	19	9,4
401-500	3	1,5
501-812	7	3,5
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

### **6.3.3. Podsumowanie**

Podsumowując wszystkie przedstawione powyżej ustalenia, dotyczące postępowania rozpoznawczego można wskazać, że:

- w większości przypadków jest ono inicjowane na skutek wniosku złożonego przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych;
- w większości spraw to na sędzie ciążył obowiązek przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych sądowych;
- stosunkowo często sąd wzywa wnioskodawców, będących podmiotami wyspecjalizowanym, do uzupełnienia braków formalnych pism rozpoczynających postępowanie sądowe;
- sądy bardzo rzadko korzystają z przewidzianych prawem nakazów doprowadzenia uczestnika postępowania na rozprawę lub badanie biegłych;



- blisko w ¼ postępowań sąd nie poznaje stanowiska uczestnika postępowania w przedmiocie obowiązku leczenia odwykowego;
- uczestnicy postępowania charakteryzują się znikomą aktywności procesową;
- w zdecydowanej większości spraw, wnioski zawarte w opinii biegłych dotyczące rodzaju obowiązku leczenia pokrywają się z rozstrzygnięciem sądu;
- blisko w połowie spraw postanowienie sądu dotyczące rodzaju obowiązku leczenia jest zgodne ze stanowiskiem osoby uzależnionej;
- od postanowień sądów pierwszej instancji bardzo rzadko składane są apelacje, co powoduje, że orzeczenia sądów rejonowych nie podlegają kontroli instancyjnej;
- czas trwania postępowania rozpoznawczego jest średnio około 6-krotnie dłuższy od okresu wskazanego w ustawie, co prowadzi do wniosku, że postępowanie to, ze względu na charakter rozpatrywanych spraw, jest zbyt przewlekłe;
- głównym powodem przewlekłości postępowania jest wykonywanie dowodu z opinii biegłych sądowych na etapie postępowania rozpoznawczego zamiast na etapie postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez prokuraturę albo gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych.

#### **6.4. Postępowanie wykonawcze**

Niezwykle istotne dla omówienia funkcjonowania procedury sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowego jest dokonanie ustaleń badawczych w przedmiocie podejmowanych działań zmierzających do wykonania orzeczonego obowiązku. W tej części pracy przedstawiona zostanie więc aktywność sądów, kuratorów sądowych oraz zakładów leczenia w ww. obszarze. Ustalenia badawcze dotyczyć będą także efektywności i skuteczności podejmowanych przez te instytucje działań.

Na wstępie należy wskazać, że w analizowanych 202 sprawach sądy łącznie zobowiązały osoby uzależnione do wykonania 258 form leczenia. Sądy zobligowały uczestników postępowania do wykonania 123 obowiązków leczenia stacjonarnego (47,6%) oraz 135 obowiązków leczenia niestacjonarnego (52,4%). Przedstawione wyniki wskazują, że obie formy leczenia stosowane są z podobną częstotliwością.

**Tabela 36.** Ilość orzeczonych obowiązków leczenia

Rodzaj obowiązku leczenia	L. bezwzgl.	Procenty
Stacjonarny	123	47,6
Niestacjonarny	135	52,4
Ogółem	258	100

**Źródło:** opracowanie własne

Łączna liczba obowiązków leczenia nałożonych na osoby uzależnione od alkoholu jest wyższa od ilości przebadanych spraw, ponieważ sądy już przy wydaniu orzeczenia obligowały uczestników postępowania do wykonania kilku obowiązków. Dodatkowo w trakcie trwania postępowania wykonawczego sądy weryfikowały swoje postanowienia i dokonywały zmiany nałożonego obowiązku leczenia.

Sądy w 39 sprawach dokonały zmiany orzeczonych form leczenia. Jednak łącznie wszystkich zmian form leczenia było 41, gdyż w 2 sprawach sądy dwukrotnie przeformułowały swoje orzeczenia.

**Tabela 37.** Zmiana obowiązku leczenia

Zmiana obowiązku leczenia	L. bezwzgl.	Procenty
W danej sprawie sąd ani razu nie dokonał zmiany obowiązku leczenia	163	80,7
W danej sprawie sąd dokonał zmiany obowiązku leczenia – 1 raz	37	18,3
W danej sprawie sąd dokonał zmiany obowiązku leczenia – 2 razy	2	1
Ogółem wszystkich spraw	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

Analiza akt pozwala stwierdzić, że sądy częściej zmieniają formę leczenia niestacjonarnego na formę leczenia stacjonarnego, niż formę leczenia stacjonarnego

na formę leczenia niestacjonarnego. Decyzje sądów w powyższym zakresie podyktowane są faktem, że osoby uzależnione nie podejmują lub przerywają terapię niestacjonarną i sądy poszukuje innych, skuteczniejszych form leczenia.

**Tabela 38.** Rodzaje zmian orzeczonych obowiązków leczenia

Sposób zmiany obowiązku leczenia	L. bezwzgl.	Procent wszystkich zmian obowiązku leczenia we wszystkich sprawach
Sąd zamienił formę leczenia niestacjonarnego oraz nadzór kuratora na formę leczenia stacjonarnego oraz nadzór kuratora	23	56,1
Sąd zamienił formę leczenia niestacjonarnego na formę leczenia stacjonarnego	8	19,5
Sąd zamienił formę leczenia stacjonarnego na formę leczenia niestacjonarnego	3	7,3
Sąd zamienił formę leczenia stacjonarnego oraz nadzór kuratora na formę leczenia niestacjonarnego oraz nadzór kuratora	2	4,9
Sąd ustanowił nadzór kuratora nad wypełnieniem obowiązku leczenia stacjonarnego	2	4,9
Sąd ustanowił nadzór kuratora nad wypełnieniem obowiązku leczenia niestacjonarnego	2	4,9
Sąd uchylił nadzór kuratora nad wypełnieniem obowiązku leczenia niestacjonarnego	1	2,4
Ogółem	41	100

**Źródło:** opracowanie własne

Zgodnie z art. 34 ust. 2 u.w.t.p.a. sąd może zmienić postanowienie w zakresie rodzaju zakładu leczenia odwykowego jedynie na wniosek kuratora bądź zakładu leczącego. Analiza akt spraw wykazała, że zdecydowanie większą aktywnością w omawianym obszarze charakteryzują się kuratorzy sądowi pełniący nadzór nad wykonaniem obowiązku leczenia (56,4% wszystkich spraw, w których orzeczono zmianę formy leczenia).

Co szczególnie interesujące, w 4 przypadkach sąd dokonał weryfikacji swojego postanowienia na wniosek kuratora sądowego pełniącego nadzór w innej sprawie, np. nad wykonywaniem przez osobę uzależnioną władzy rodzicielskiej. Aktywność

kuratorów w tym zakresie należy uznać za prawidłową praktykę, wzmacniającą interdyscyplinarną współpracę na rzecz poprawy sytuacji uczestnika postępowania. Zauważyć jednak należy, że regulacje ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie przewidują możliwości zmiany orzeczenia z urzędu przez sąd albo na wniosek innych podmiotów, niż wskazanych w art. 34 ust. 2 u.w.t.p.a.

**Tabela 39.** Podmiot inicjujący postępowanie w zakresie zmiany obowiązku leczenia

Wnioskodawca	L. bezwzgl.	Procent wszystkich spraw, w których orzeczono zmianę obowiązku leczenia
Kurator	22	56,4
Zakład leczenia	13	33,3
Kurator prowadzący inną sprawę	4	10,3
Ogółem	39	100

**Źródło:** opracowanie własne

Odnosząc się do zagadnienia kuratorów sądowych pełniących nadzór nad wykonaniem obowiązku leczenia, jedynie tytułem wstępu należy wskazać, że w 113 ze 202 postępowań (55,9%) sądy zdecydowały o ustanowieniu nadzoru kuratora (tabela 40), w tym w 80 sprawach (71%), w których nadzór taki ustanowiono, był on pełniony nad wykonaniem obowiązku leczenia niestacjonarnego (tabela 41) a w 70 sprawach (62%) nad wykonaniem obowiązku leczenia stacjonarnego (tabela 42). Łącznie więc kurator był ustanawiany 150 razy. W dalszej części pracy w sposób szczegółowy omówiona zostanie problematyka nadzorów kuratorskich.

**Tabela 40.** Ustanowienie nadzoru kuratora nad wykonywaniem obowiązku leczenia odwykowego

Ustanowienie nadzoru kuratora nad wykonaniem obowiązku leczenia odwykowego	L. bezwzgl.	Procenty
Tak	113	55,9
Nie	89	44,1
Ogółem liczba spraw	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

**Tabela 41.** Ustanowienie nadzoru kuratora nad wykonywaniem obowiązku leczenia niestacjonarnego

Ustanowienie nadzoru kuratora nad wykonaniem obowiązku leczenia niestacjonarnego	L. bezwzgl.	Procenty
Tak	80	71
Nie	33	29
Ogółem sprawy, w których ustanowiono nadzór kuratora	113	100

**Źródło:** opracowanie własne

**Tabela 42.** Ustanowienie nadzoru kuratora nad wykonywaniem obowiązku leczenia stacjonarnego

Ustanowienie nadzoru kuratora nad wykonaniem obowiązku leczenia stacjonarnego	L. bezwzgl.	Procenty
Tak	70	62
Nie	43	38
Ogółem sprawy, w których ustanowiono nadzór kuratora	113	100

**Źródło:** opracowanie własne

#### **6.4.1. Obowiązek leczenia stacjonarnego**

Jak zostało wskazano powyżej, sądy zobligowały uczestników postępowania do wykonania 123 obowiązków leczenia stacjonarnego, z czego nad 70 z nich ustanowiony został nadzór kuratora.

##### 6.4.1.1. Działanie sądu

Niewątpliwie dla efektywności wykonania obowiązku leczenia odwykowego niebagatelne znaczenie ma zaangażowanie różnych podmiotów oraz instytucji, których aktywność może motywująco oddziaływać na osoby uzależnione od alkoholu w zakresie podjęcia przez nich kuracji.

Analizując akta spraw szczególną uwagę zwracano więc na aktywność sądów jako instytucji, które zobowiązywały osobę uzależnioną do wykonania określonego obowiązku. Działalność sądów rozpatrywano pod kątem:

- współpracy z zakładem leczenia;
- współpracy z osobą uzależnioną od alkoholu;
- współpracy z kuratorami sądowymi;
- współpracy z innymi instytucjami oraz osobami.

Zaangażowania sądów nie analizowano pod kątem kontrolowania akt postępowania wykonawczego na posiedzeniach wykonawczych bez udziału stron albo na tzw. kalendarzu wykonawczym, a wyłącznie pod kątem aktywności kierowanej wobec podmiotów i osób trzecich. Co również ważne, przedstawione powyżej zagadnienia były analizowane poprzez pytanie wielokrotnego wyboru, więc uzyskana suma odpowiedzi nie będzie równa z ilością orzeczonych obowiązków leczenia stacjonarnego.

Współpraca sądu oraz zakładu leczenia polegała na podejmowaniu łącznie 4 aktywności, które przedstawione zostały w tabeli 43.

**Tabela 43.** Działania sądu skierowane wobec zakładu leczenia

Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (123)
Zawiadomienie zakładu leczenia o nałożonym na osobę uzależnioną obowiązku leczenia	120	188	97,6
Zwrócenie się do zakładu leczenia z wnioskiem o wyznaczenie terminu leczenia	116	298	94,3
Zwrócenie się do zakładu leczenia o informacje dot. przebiegu leczenia	39	71	31,7
Poinformowanie zakładu leczenia o ukończeniu postępowania wykonawczego	2	2	1,6

**Źródło:** opracowanie własne

Przedstawione w powyższej tabeli dane wskazują, że działania sądu zmierzały przede wszystkim do zawiadomienia zakładu leczenia o nałożonym obowiązku

leczenia (97,6% spraw, w których orzeczono wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego) oraz do ustalenia terminów przyjęcia na kurację (94,3% spraw, w których orzeczono wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego).

Sądy stosunkowo rzadko kontrolowały wykonanie przez osobę uzależnioną obowiązku leczenia – aktywność w tym zakresie odnotowano wyłącznie w 31,7% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego. Powyższe wynikać może z faktu, że zakłady leczenia bardzo często same kierowały korespondencją do sądu, w której informowały o przebiegu i wnioskach z leczenia (tabela 44).

**Tabela 44.** Komunikacja zakładu leczenia z sądem

Działanie zakładu leczenia	L. bezwzgl.	Procenty
Zakład leczenia wysyła pisma do sądu z własnej inicjatywy	51	41,4
Zakład leczenia nie wysyła pism do sądu z własnej inicjatywy	72	58,6
Ogółem	123	100

**Źródło:** opracowanie własne

Niepokojące, pod kątem współpracy sądów z zakładem leczenia, są natomiast ustalenia dotyczące nie informowania podmiotów leczniczych o fakcie ustania/wykonania obowiązku kuracji. Powyższa praktyka jest o tyle niewłaściwa, że sądy bardzo często zwracają się o ustalenie terminów leczenia do kilku podmiotów leczniczych jednocześnie. Brak komunikacji w tym zakresie powoduje, że niektóre terminy przyjęcia na leczenie pozostają nadal zarezerwowane mimo posiadania przez sąd wiedzy, że osoba uzależniona z powodu wykonania już obowiązku leczenia odwykowego w jednej placówce, nie stawi się na kurację w innej placówce.

Odnosząc się do współpracy sądu z osobą uzależnioną od alkoholu należy wskazać, że działania sądu w tym zakresie dotyczyły łącznie 4 rodzajów aktywności.

Głównie działanie sądu polegało na pisemnym wzywaniu osoby uzależnionej do stawiennictwa w zakładzie leczenia – 64,2% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego. W odniesieniu do 3 pozostałych form komunikacji sądu z osobą uzależnioną (zwrócenie się do osoby uzależnionej o informacje dotyczące wykonania obowiązku leczenia, przeprowadzenie posiedzeń

wykonawczych z udziałem osoby uzależnionej lub osoby uzależnionej i kuratora sądowego) wskazać należy, że były one stosowane przez sąd w stopniu znikomym – łącznie zostały one zastosowane wyłącznie w 3,6% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego.

**Tabela 45.** Działania sądu skierowane wobec osoby uzależnionej od alkoholu

Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (123)
Wezwanie osoby uzależnionej do stawiennictwa w zakładzie leczenia	79	105	64,2
Zwrócenie się do osoby uzależnionej o informacje dot. wykonania obowiązku leczenia	2	2	1,6
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem osoby uzależnionej	2	3	1,6
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora i osoby uzależnionej	1	1	1

**Źródło:** opracowanie własne

Aktywność sądów skierowana do kuratorów sądowych wyróżnia się większą różnorodnością, niż w przypadku działań adresowanych do zakładów leczenia lub osoby uzależnionej od alkoholu. Wynikać może z faktu, że inne zarządzenia sąd kieruje do ZSKK kiedy wykonanie obowiązku leczenia nadzorował kurator, a inne kiedy nadzoru kuratora nie odnotowano. Niezależnie jednak od tego, czy w danej sprawie został ustanowiony nadzór kuratora, czy też nie, podnieść należy, że sąd w stopniu znikomym podejmuje aktywność skierowaną wobec kuratorów sądowych. Działania sądu adresowane wobec kuratorów sądowych odnotowano jedynie w 18,6% sprawach, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego.



**Tabela 46.** Działania sądu skierowane do kuratorów sądowych/Zespołu Kuratorskiej Służby Sądowej

Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (123)
Wydanie zarządzenia o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego	5	6	4
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora	5	21	4
Wydanie zarządzenia o przekazanie teczki nadzoru/aktualnego sprawozdania	5	14	4
Nałożenie obowiązku skutecznego umieszczenie osoby uzależnionej w zakładzie leczenia	2	2	1,6
Wydanie zarządzenia o przeprowadzeniu z osobą uzależnioną rozmowy	1	1	1
Wydanie zarządzenia o rozważeniu przez kuratora potrzeby wystąpienia z wnioskiem o zmianę formy leczenia	1	1	1
Wydanie zarządzenia o zajęciu stanowiska w sprawie np. odroczenia wykonania obowiązku leczenia	1	1	1
Upoważnienie przez sąd kuratora do podejmowania w jego imieniu wszelkich czynności zmierzających do wykonania obowiązku leczenia	1	1	1
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora i osoby uzależnionej	1	1	1

**Źródło:** opracowanie własne

Ostatnim zagadnieniem dotyczącym udziału sądu w postępowaniu wykonawczym było dokonanie ustaleń badawczych w zakresie współpracy sądu z innymi instytucjami oraz osobami.

Główna aktywność sądów w tym obszarze polegała na zwracaniu się do policji o przymusowe doprowadzenie osoby uzależnionej do zakładu leczenia (w 54,4% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego). W pozostałych obszarach współpraca sądów z innymi instytucjami oraz osobami także była ograniczona.

Jedynie w pojedynczych sprawach sądy zwracały się o przekazanie informacji o osobie do policji, OPS oraz innych podmiotów (urzędów stanu cywilnego, zakładów karnych, izby wytrzeźwień) – łącznie aktywność sądu w tym zakresie odnotowano w 16,2% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego.

Co również istotne, w żadnej z analizowanych spraw, sądy nie podejmowały działań zmierzających do poprawy sytuacji osobistej uczestnika postępowania.

Niskie zaangażowanie sądów w obszarze uzyskiwania informacji o osobie oraz poprawy jej sytuacji można tłumaczyć faktem sprawowania nadzorów kuratorskich nad uczestnikami postępowania. Zauważyć jednak należy, że kurator pełnił nadzór jedynie w 70 ze 123 postępowań, w których orzeczono wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego.

**Tabela 47.** Działania sądu skierowane do innych instytucji oraz osób

Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (123)
Wydanie nakazu doprowadzenie przez policję	67	119	54,4
Zwrócenie się do policji o przekazanie informacji o osobie	9	11	7,3
Zwrócenie się do innych instytucji o przekazanie informacji o osobie	8	12	6,5
Zwrócenie się do OPS o przekazanie informacji o osobie	3	4	2,4
Zwrócenie się do placówek oświatowych o przekazanie informacji o osobie	0	0	0
Współdziałanie z podmiotami na rzecz poprawy sytuacji osoby uzależnionej	0	0	0

**Źródło:** opracowanie własne

#### 6.4.1.2. Wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego

Informacje o wykonaniu obowiązku leczenia stacjonarnego przez osobę uzależnioną od alkoholu można było ustalić w stosunku do 115 ze 123 orzeczonych obowiązków

leczenia. Przyjęte zostało, że osoba ukończyła kurację, jeżeli w aktach sprawy znajdowała się informacja o pobycie uczestnika w zakładzie leczenia przez cały okres trwania wyznaczonej kuracji.

Analiza akt spraw wykazała, że osoby uzależnione od alkoholu wykonały 57 orzeczonych obowiązków leczenia stacjonarnego, co stanowi 46,4% ogółu tych obowiązków. W pozostałych przypadkach osoba uzależniona leczenia nie podjęła albo je przerwała. Co istotne, bardzo rzadko zaobserwować można było praktykę w zakresie podjęcia i nie kontynuowania leczenia. W znaczącej większości spraw, w której nie wykonano obowiązku kuracji, osoby uzależnione w ogóle nie podejmowały prób leczenia.

**Tabela 48.** Wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego

Wykonanie obowiązku leczenia stacjonarnego	L. bezwzgl.	Procenty
Osoba uzależniona odbyła cały etap leczenia	57	46,4
Osoba uzależniona odbyła część etapu leczenia	3	2,4
Osoba uzależniona została jedynie umieszczona w zakładzie leczenia i nie podjęła dalszego leczenia	6	4,8
Osoba uzależniona nie została umieszczona w zakładzie leczenia i leczenia nie kontynuowała	49	39,8
Nie wynikało z akt	8	6,6
Ogółem	123	100

**Źródło:** opracowanie własne

Głównym powodem nie podjęcia leczenia przez osoby uzależnione było niezrealizowanie przez policję nakazu ich doprowadzenia do placówki leczniczej (25 niewykonanych obowiązków leczenia stacjonarnego – 43,1% ogółu tych obowiązków). Jak słusznie wskazuje R. Kulma<sup>126</sup> nie jest to jednak bezpośrednia przyczyna nie wykonania orzeczenia, ponieważ osoby uzależnione ukrywają się przed policją bądź nie wpuszczają jej do mieszkania. Można więc uznać, że w omawianych przypadkach osoby uzależnione po prostu nie chcą podjąć leczenia.

<sup>126</sup> R. Kulma, *Efektywność ...*, op. cit., s. 286.

W pozostałych sytuacjach powód nie wykonania kuracji ma charakter subiektywny (np. opiekowanie się osobą najbliższą) i ustalany był na podstawie oświadczeń składanych przez samą osobę uzależnioną, m.in. kuratorowi pełniącemu nadzór nad realizacją orzeczenia.

**Tabela 49.** Przyczyny niewykonania bądź przerwania obowiązku leczenia stacjonarnego<sup>127</sup>

Powód	L. bezwzgl.	Procenty
Nakaz doprowadzenia nie został zrealizowany	25	43,1
Nie wynikało z akt	10	17,2
Osoba uzależniona pracuje	7	12,1
Osoba uzależniona nie chce podjąć takiej formy leczenia	5	8,6
Termin leczenia nie został wyznaczony	5	8,6
Osoba zmarła	4	6,9
Osoba uzależniona przebywa za granicą	3	5,2
Osoba uzależniona przebywa w zakładzie karnym	3	5,2
Osoba uzależniona uważa, że leczenie jej nie pomoże	3	5,2
Osoba uzależniona ma problemy zdrowotne	3	5,2
Osoba uzależniona opiekuje się osobą najbliższą	3	5,2
Leczenie zostało przerwane przez zakład leczenia z powodu niewłaściwego zachowania pacjenta	2	3,4
Osoba uzależniona nie mogła podjąć leczenia z powodu braku miejsca w zakładzie leczenia	1	1,7
Osoba uzależniona zmieniła miejsce zamieszkania	1	1,7

**Źródło:** opracowanie własne

Analizując problematykę wykonania obowiązków leczenia stacjonarnego, uwagę zwrócono także na liczbę ustalanych przez zakład leczenia terminów rozpoczęcia kuracji oraz czas oczekiwania na podjęcie leczenia przez osobę uzależnioną od alkoholu.

<sup>127</sup> Pytanie dotyczące przyczyn niewykonania bądź przerwania obowiązku leczenia stacjonarnego miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu niewykonanych/przerwanych obowiązków leczenia stacjonarnego.

Przeprowadzone badania pozwoliły ustalić, że w większości przypadków (46,4% obowiązków wykonania leczenia stacjonarnego) zakłady leczenia ustalały jeden termin przyjęcia na leczenie. Powyższe wynika z faktu, że osoby uzależnione często odbywały kurację za pierwszym razem i nie było konieczne wyznaczanie kolejnych terminów leczenia, a także z faktu ograniczonej ilości miejsc w zakładzie leczenia i niemożności przyjęcia pacjentów ponad określony ich limit. W 8 przypadkach nie udało się w ogóle ustalić terminu rozpoczęcia kuracji dla osoby uzależnionej od alkoholu.

**Tabela 50.** Liczba ustalanych przez zakład leczenia terminów rozpoczęcia kuracji

Liczba	L. bezwzgl.	Procenty
1 raz	57	46,4
2 razy	31	25,2
3 razy	15	12,2
4 razy	6	4,9
5 razy	2	1,6
6 razy	3	2,4
7 razy	1	0,8
Zakład leczenia nie wyznaczył terminu rozpoczęcia kuracji	8	6,5
Ogółem	123	100

**Źródło:** opracowanie własne

Odnosząc się do zagadnienia czasu oczekiwania na przyjęcie osoby uzależnionej na kurację do zakładu leczenia, należy wskazać, że im krótszy odstęp czasu od uprawomocnienia się orzeczenia wydanego przez sąd do wyznaczenie terminu leczenia, tym większa możliwość podjęcia kuracji przez osobę uzależnioną. Trzeba bowiem pamiętać, że postępowanie wykonawcze może trwać tylko 2 lata.

Przeprowadzone w tym zakresie badania wskazują, że:

- czas oczekiwania na wyznaczenie I terminu przyjęcia na leczenie wynosił średnio 260 dni, przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 21 dni a najdłuższy 716 dni;

- czas oczekiwania na wyznaczenie II terminu przyjęcia na leczenie wynosił średnio 191 dni, przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 7 dni a najdłuższy 490 dni;
- czas oczekiwania na wyznaczenie III terminu przyjęcia na leczenie wynosił średnio 141 dni, przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 6 dni a najdłuższy 280 dni;
- czas oczekiwania na wyznaczenie IV terminu przyjęcia na leczenie wynosił średnio 99 dni, przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 27 dni a najdłuższy 217 dni;
- czas oczekiwania na wyznaczenie V terminu przyjęcia na leczenie wynosił średnio 113 dni, przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 42 dni a najdłuższy 198 dni;
- czas oczekiwania na wyznaczenie VI terminu przyjęcia na leczenie wynosił średnio 87 dni, przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 70 dni a najdłuższy 98 dni;
- czas oczekiwania na wyznaczenie VII terminu przyjęcia na leczenie wynosił 65 dni.

Z powyższego wynika, że średni okres oczekiwania na ustalenie terminu przyjęcia na leczenie zmniejsza się wraz z wyznaczaniem kolejnych terminów kuracji. Zauważyć także trzeba, że osoby uzależnione mogą podjąć pierwszą próbę leczenia dopiero średnio po upływie 260 dni (8 miesięcy) po uprawomocnieniu się orzeczenia sądu.

Dokonana analiza wykazała także, że sądy częściej niż miało to miejsce w postępowaniu rozpoznawczym korzystały z wystosowywania do policji nakazów doprowadzenia osoby uzależnionej. Sądy zarządzały przymusowe doprowadzenie osoby zobowiązanej do odbycia kuracji do zakładu leczenia łącznie 118 razy, przy czym na 123 orzeczone obowiązki leczenia stacjonarnego nakaz doprowadzenia zastosowany był w 66 sprawach (53,7%).

**Tabela 51.** Liczba wydanych nakazów doprowadzenia

Nakaz doprowadzenia	L. bezwzgl.	Procenty
Został wydany 1 raz	42	34,1
Został wydany 2 razy	11	8,9
Został wydany 3 razy	5	4,1
Został wydany 4 razy	3	2,5
Został wydany 5 razy	3	2,5
Został wydany 6 razy	2	1,6
Sąd nie stosował nakazów doprowadzenia	57	46,3
Ogółem	123	100

**Źródło:** opracowanie własne

Należy także wskazać, że:

- na 118<sup>128</sup> wydanych nakazów doprowadzenia 46 razy (40%) nakaz ten był skuteczny. Brak zrealizowania przymusowego doprowadzenia osoby uzależnionej na leczenie najczęściej spowodowany był nieobecnością uczestnika w mieszkaniu bądź zastania go w stanie nietrzeźwości;
- w badanych sprawach sądy stosowały nakaz doprowadzenia na I termin przyjęcia na leczenie 33 razy, na II termin przyjęcia na leczenie 40 razy, na III termin przyjęcia na leczenie 23 razy, na IV termin przyjęcia na leczenie 11 razy, na V termin przyjęcia na leczenie 6 razy, na VI termin przyjęcia na leczenie 4 razy oraz na VII termin przyjęcia na leczenie 1 raz.

#### **6.4.2. Obowiązek leczenia niestacjonarnego**

We wstępnej części raportu dotyczącej postępowania wykonawczego wskazane zostało, że sądy zobowiązały uczestników postępowania do wykonania 135

---

<sup>128</sup> Ilość wydanych przez sąd nakazów doprowadzenia nie jest równa ilości przedstawionej w tabeli 47, ponieważ nie uwzględniono w niej odwołanych przez sąd nakazów doprowadzenia. W tabeli 47. odwołany nakaz doprowadzenia został natomiast zaliczony.

obowiązków leczenia niestacjonarnego, z czego nad 80 z nich ustanowiony został nadzór kuratora.

#### 6.4.2.1. Działanie sądu

Podobnie jak w przypadku leczenia stacjonarnego, autorka raportu dokonała ustaleń badawczych zmierzających do wykazania aktywności sądów w wykonanie obowiązku leczenia niestacjonarnego. Zaangażowanie sądów w tym obszarze także rozpatrywane było pod kątem:

- współpracy z zakładem leczenia;
- współpracy z osobą uzależnioną od alkoholu;
- współpracy z kuratorami sądowymi;
- współpracy z innymi instytucjami oraz osobami.

Analizie poddano wyłącznie aktywność sądów skierowaną wobec innych podmiotów oraz osób. Poza zakresem badawczym znajdowały się działania sądów zmierzające wyłącznie do kontroli akt postępowania wykonawczego. Omawiane zagadnienia były analizowane poprzez odpowiedź na pytanie wielokrotnego wyboru.

Odnosząc się do działania sądu skierowanego wobec zakładu leczenia, należy wskazać, że sądy charakteryzowały się w tym zakresie 4 rodzajami działalności.

Największa aktywność sądów dotyczyła zawiadomienia zakładu leczenia o nałożonym na osobę uzależnioną obowiązku poddania się terapii (72,6% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego). W niektórych przypadkach zaobserwowano praktykę polegającą na kierowaniu przez sąd do zakładów leczenia wniosków o wyznaczenie terminów przyjęcia osoby uzależnionej na leczenie.

Zauważyć także należy, że sądy w ponad połowie spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego (55,6%), same występowały do zakładów leczenia o informacje w przedmiocie przebiegu leczenia. Wynikać może to z faktu,



że w przypadku leczenia niestacjonarnego zakłady leczenia rzadko same podejmują inicjatywę poinformowania sądów o przebiegu kuracji. W przypadku leczenia stacjonarnego aktywność zakładów leczenia wynosiła 41,4% orzeczonych obowiązków leczenia stacjonarnego, a w przypadku leczenia niestacjonarnego wynosiła zaledwie 7,4% orzeczonych obowiązków leczenia niestacjonarnego. Poczynione ustalenia wynikać mogą z różnic istniejących pomiędzy jedną a drugą formą leczenia.

**Tabela 52.** Działania sądu skierowane wobec zakładu leczenia

Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (135)
Zawiadomienie zakładu leczenia o nałożonym na osobę uzależnioną obowiązku leczenia	98	102	72,6
Zwrócenie się do zakładu leczenia o informacje dot. przebiegu leczenia	75	168	55,6
Zwrócenie się do zakładu leczenia z wnioskiem o wyznaczenie terminu przyjęcia na leczenie	9	13	6,7
Poinformowanie zakładu leczenia o ukończeniu postępowania wykonawczego/odroczeniu wykonania obowiązku leczenia	3	3	2,2

**Źródło:** opracowanie własne

Działalność sądów w zakresie kontaktu z osobą uzależnioną polegała przede wszystkim na pisemnym wzywaniu osoby uzależnionej do stawiennictwa w zakładzie leczenia i podjęciu terapii – 56,3% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego.

Sądy bardzo rzadko zwracały się do uczestnika postępowania o informacje w przedmiocie wykonania obowiązku leczenia (14% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego) oraz równie rzadko korzystały z możliwości bezpośredniego spotkania z osobą uzależnioną (7,4% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego).

**Tabela 53.** Działania sądu skierowane wobec osoby uzależnionej od alkoholu

Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (135)
Wezwanie osoby uzależnionej do stawiennictwa w zakładzie leczenia	76	102	56,3
Zwrócenie się do osoby uzależnionej o informacje dot. wykonania obowiązku leczenia	19	29	14
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem osoby uzależnionej	6	6	4,4
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora i osoby uzależnionej	4	4	3

**Źródło:** opracowanie własne

Kolejne ustalenie badawcze, dotyczące aktywności sądów wobec kuratorów sądowych wskazuje, że sądy częściej współpracują z kuratorami sądowymi, gdy pełnią oni nadzór nad wykonaniem określonego orzeczenia.

Powyższe wynika z faktu, że dwie najczęściej podejmowane przez sąd czynności (przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora oraz kierowanie zarządzeń o przekazanie teczek nadzoru/aktualnego sprawozdania) adresowane były do kuratorów pełniących nadzór w danej sprawie.

W pozostałych przypadkach, gdy kurator nie pełnił nadzoru nad wykonaniem obowiązku leczenia, sądy rzadko współpracowały z kuratorami sądowymi.

**Tabela 54.** Działania sądu skierowane do kuratorów sądowych/Zespołu Kuratorskiej Służby Sądowej

Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (135)
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora	19	52	14,1
Wydanie zarządzenia o przekazanie teczki nadzoru/aktualnego sprawozdania	14	39	10,4
Wydanie zarządzenia o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego	12	18	8,9
Wydanie zarządzenia o rozważenie wystąpienia z wnioskiem o zmianę formy leczenia	4	4	3
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora i osoby uzależnionej	4	4	3
Wydanie zarządzenia dotyczącego zajęcia przez kuratora stanowiska w określonej sprawie	2	2	1,4

**Źródło:** opracowanie własne

Analizując współpracę sądów z podmiotami trzecimi należy wskazać, że sądy jakkolwiek aktywność w tym obszarze podjęły w 44 ze 135 postępowań dotyczących wykonania obowiązku leczenia niestacjonarnego.

Największą aktywność sądów odnotowano w zakresie kierowania do policji nakazów doprowadzenia osoby uzależnionej na leczenie (16,3% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego).

Sądy łącznie jedynie w 18,5% spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia niestacjonarnego, podejmowały działania zmierzające do uzyskania informacji o osobie od podmiotów innych niż kurator bądź sam uczestnik postępowania. W żadnej ze spraw sądy nie podejmowały działań zmierzających do poprawy sytuacji osoby uzależnionej.

**Tabela 55.** Działania sądu skierowane do innych instytucji oraz osób

Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (135)
Wydanie nakazu doprowadzenie przez policję	22	56	16,3
Zwrócenie się do policji o przekazanie informacji o osobie	10	11	7,4
Zwrócenie się do innych instytucji o przekazanie informacji o osobie	8	8	5,9
Wystąpienie do innych podmiotów z wnioskiem o rozważenie wystąpienia do sądu o zmianę formy leczenia	4	5	3
Zwrócenie się do OPS o przekazanie informacji o osobie	3	3	2,2
Zwrócenie się do placówek oświatowych o przekazanie informacji o osobie	0	0	0
Współdziałanie z podmiotami na rzecz poprawy sytuacji osoby uzależnionej	0	0	0

**Źródło:** opracowanie własne

#### 6.4.2.2. Wykonanie obowiązku leczenia niestacjonarnego

Informacje zawarte w aktach spraw pozwoliły na ustalenie wykonania obowiązku leczenia niestacjonarnego przez osobę uzależnioną od alkoholu w stosunku do 127 z 135 orzeczonych w tej formie obowiązków. Założono, że uczestnik wykonał postanowienie sądu, jeżeli systematycznie uczestniczył w terapii i leczenie ukończył bądź kontynuował leczenie w chwili umorzenie postępowania wykonawczego.

Z przeprowadzonego badania wynika, że jedynie 24 orzeczone obowiązki leczenia niestacjonarnego zostały wykonane, co stanowi 17,8% tych obowiązków.

Natomiast w pozostałych przypadkach ustalono, że:

- osoba uzależniona uczestniczyła w terapii, ale leczenie przerwała i go nie ukończyła (44 orzeczone obowiązki leczenia niestacjonarnego – 32,5% tych obowiązków);
- osoba uzależniona nie zapisała się na terapię i nie podjęła leczenia (33 orzeczone obowiązki leczenia niestacjonarnego – 24,5% tych obowiązków);
- osoba uzależniona jedynie zapisała się na terapię i nie podjęła dalszego leczenia – (16 orzeczonych obowiązków leczenia niestacjonarnego – 11,9% tych obowiązków);
- osoba uzależniona niesystematycznie uczestniczyła w terapii i leczenie to nadal trwa (10 orzeczonych obowiązków leczenia niestacjonarnego – 7,4% tych obowiązków);
- osoba uzależniona systematycznie uczestniczyła w terapii, ale nie wynikało z akt, czy leczenie to ukończyła bądź kontynuowała do końca trwania postępowania wykonawczego (6 orzeczonych obowiązków leczenia niestacjonarnego – 4,4% tych obowiązków);
- osoba uzależniona uczestniczyła w terapii do końca trwania postępowania wykonawczego, ale z akt nie wynikało, jak przebiegło to leczenie (2 orzeczone obowiązki leczenia niestacjonarnego – 1,5% tych obowiązków).

Najczęstszym powodem niewykonania obowiązku nałożonego przez sąd było przekonanie osób uzależnionych od alkoholu, że leczenie nie przyniesie efektów bądź że nie jest im potrzebne (43 niewykonanych obowiązków leczenia stacjonarnego – 31,8% ogółu tych obowiązków). Bardzo często osoby uzależnione wskazywały także, że nie mogą podjąć leczenia z powodu pracy (17 niewykonanych obowiązków leczenia stacjonarnego – 12,6% ogółu tych obowiązków).

Wszystkie przyczyny niewykonania obowiązku leczenia niestacjonarnego mające charakter subiektywny (jak np. opiekowanie się osobą bliską, brak czasu) ustalone zostały wyłącznie na podstawie deklaracji uczestników postępowania zgłaszanych w toku postępowania wykonawczego.

**Tabela 56.** Przyczyny niewykonania obowiązku leczenia niestacjonarnego<sup>129</sup>

Powód	L. bezwzgl.	Procenty
Osoba uzależniona uważa, że leczenie nie przyniesie efektów/nie potrzebuje leczenia	43	31,8
Nie wynikało z akt	26	19,3
Osoba uzależniona pracuje	17	12,6
Osoba uzależniona nie ma środków finansowych na dojazd do zakładu leczenia	8	5,9
Osoba uzależniona przebywa w zakładzie karnym	7	5,2
Osoba uzależniona wyjechała/przebywa za granicą	6	4,4
Osoba uzależniona zmieniła miejsce zamieszkania	6	4,4
Leczenie zostało przerwane przez zakład leczenia z powodu niewłaściwego zachowania pacjenta	5	3,7
Osoba uzależniona opiekuje się osobą najbliższą	5	3,7
Osoba uzależniona jest w złym stanie zdrowia	5	3,7
Osoba uzależniona zmarła	4	3
Brak czasu	2	1,5
Osoba uzależniona nie chce podjąć takiej formy leczenia	2	1,5
Osoba uzależniona nie jest w stanie podać powodu, dlaczego przerwała leczenie	1	0,7

**Źródło:** opracowanie własne

Odnosząc się do stosowania przez sądy przymusowego doprowadzenia osoby uzależnionej do zakładu leczenia należy wskazać, że sądy skorzystały z tego rozwiązania wyłącznie 55 razy, przy czym na 135 orzeczonych obowiązków leczenia niestacjonarnego nakaz doprowadzenia zastosowany był w 21 (15,6%).

Znikome korzystanie przez sądy z przymusowego doprowadzenia osoby uzależnionej na kurację wynika z charakteru tej formy leczenia, która polega na systematycznym uczestnictwie w terapii. Zaznaczyć jednak należy, że najczęściej

<sup>129</sup> Pytanie dotyczące przyczyn niewykonania leczenia niestacjonarnego miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu niewykonanych obowiązków leczenia niestacjonarnego.

sądy korzystały z pomocy policji w sytuacji, gdy osoba notorycznie odmawiała podjęcia leczenia.

**Tabela 57.** Ilość wydanych nakazów doprowadzenia

Nakaz doprowadzenia	L. bezwzgl.	Procenty
Został wydany 1 raz	9	6,7
Został wydany 2 razy	3	2,2
Został wydany 3 razy	4	3,0
Został wydany 4 razy	0	0
Został wydany 5 razy	3	2,2
Został wydany 6 razy	1	0,7
Został wydany 7 razy	1	0,7
Sąd nie stosowała nakazów doprowadzenia	114	84,4
Ogółem	135	100

**Źródło:** opracowanie własne

#### **6.4.3. Nadzór kuratora sądowego**

We wstępnej części raportu dotyczącej postępowania rozpoznawczego wskazane zostało, że sądy ustanowiły nadzór kuratora nad wykonaniem 150 obowiązków leczenia odwykowego, w tym w 80 sprawach (71%), w których nadzór taki ustanowiono, był on pełniony nad wykonaniem obowiązku leczenia niestacjonarnego (tabela 41), a w 70 sprawach (62%) nad wykonaniem obowiązku leczenia stacjonarnego (tabela 42). Nadzór kuratora został ustanowiony w 113 ze 202 postępowań objętych badaniem.

Kurator społeczny wykonywał nadzór w 101 sprawach (89,4% spraw, w których ustanowiono nadzór kuratora). W 94 z tych spraw nadzór ustanawiany był jeden raz, w 6 sprawach nadzór ustanawiany był dwa razy, natomiast w 1 sprawie nadzór ustanawiany był trzy razy. Łącznie więc nadzór kuratora społecznego ustanawiany był 109 razy.

Kurator zawodowy wykonywał nadzór w 27 sprawach (23,9% spraw, w których ustanowiono nadzór kuratora). W 23 z tych spraw nadzór ustanawiany był jeden raz, w 4 sprawach nadzór ustanawiany był dwa razy. Łącznie więc nadzór kuratora zawodowego ustanawiany był 31 razy.

Jak wskazano powyżej, sądy ustanowiły nadzór kuratora nad wykonaniem 150 obowiązków leczenia odwykowego (stacjonarnego oraz niestacjonarnego), jednakże nadzór kuratora społecznego lub zawodowego ustanawiany był 140 razy, ponieważ w danej sprawie orzekany mógł być jednocześnie obowiązek leczenia stacjonarnego i niestacjonarnego, nad wykonaniem których nadzór pełnić mógł tylko 1 kurator.

Przedstawione powyżej wyniki badania wykazały także, że przez cały okres trwania nadzoru jego sprawowanie nie zawsze pełnił 1 kurator. W 7 sprawach, w których ustanowiono nadzór kuratora społecznego oraz w 4 sprawach, w których ustanowiono nadzór kuratora zawodowego, nadzór pełniony był przez więcej niż 1 kuratora. Zaobserwowana praktyka w tym zakresie jest rzadka i została odnotowana w 9,73% wszystkich sprawach, w których ustanowiono nadzór kuratora.

Niezwykle ważne dla skuteczności nadzorów kuratorskich jest czas, przez jaki kuratorzy sądowi mogą sprawować kontrolę nad osobą zobowiązana do leczenia odwykowego. Podczas badania akt sądowych analizie poddano więc czas, jaki upływa od wydania prawomocnego orzeczenia do przekazania go do zespołu kuratorskiej służby sądowej (ZKSS).

Dokonana analiza wykazała, że:

- najkrócej orzeczenie było przekazywane tego samego dnia;
- najdłużej orzeczenie było przekazywane 516 dni;
- średnio orzeczenie było przekazywane 26 dni;
- najczęściej orzeczenie było przekazywane jeden dzień.

Co istotne, w 74 sprawach, w których ustanowiony został nadzór kuratora (65,4%), orzeczenie o nadzorze wpłynęło do zespołu kuratorskiej służby sądowej w przeciągu 20 dni. Niepokojące są natomiast ustalenia, z których wynika, że w 7 sprawach



orzeczenie było przekazywane ponad 2 miesiące, w tym w 3 sprawach było to 95 dni, w 1 sprawie 97 dni, w 1 sprawie 194, w 1 sprawie 305 oraz w 1 sprawie 516 dni.

Powyższe ustalenia mają szczególnie znaczenie, gdy weźmie się pod uwagę czas trwania postępowania wykonawczego, które może trwać maksymalnie 2 lata. W sytuacji więc, gdy orzeczenie przekazywane jest przez sąd do ZKSS przez 516 dni, nadzór kuratorski trwa jedynie 244 dni, czyli ok. 8 miesięcy z przewidzianych prawem 24 miesięcy.

**Tabela 58.** Czas przekazania prawomocnego orzeczenia do zespołu kuratorskiej służby sądowej

Czas przekazania prawomocnego orzeczenia do zespołu kuratorskiej służby sądowej (w dniach)	L. bezwzgl.	Procenty
0-5	34	30
6-10	18	15,9
11-20	22	19,5
21-30	16	14,2
31-40	11	9,7
41-50	2	1,8
51-62	3	2,7
63-100	4	3,5
101 i więcej	3	2,7
Ogółem	113	100

**Źródło:** opracowanie własne

Kuratorzy pełniący nadzór nad osobą zobowiązana do leczenia, zgodnie z § 5 ust. 9 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości dot. nadzorów kuratorskich w sprawach leczenia odwykowego, zobowiązani są do składania sądowi pisemnych sprawozdań z przebiegu kuracji w terminach określonych przez sąd, nie rzadziej jednak niż co dwa miesiące.

Analiza akt sądowych wykazała, że sądy w większości spraw (66,3% spraw, w których ustanowiono nadzór kuratora) obligowały kuratorów do składania sprawozdań co 2 miesiące, czyli w terminie wskazanym w przepisach prawa.

W pozostałych przypadkach termin ten został przekroczony, albo w ogóle nie został określony przez sąd.

Mając na uwadze, że postępowanie wykonawcze może trwać maksymalnie 2 lata, a także specyfikę spraw objętych tą procedurą należy z niepokojem przyjąć obserwacje, z których wynika, że w niektórych sprawach kurator zobowiązany był do składania sprawozdań raz na pół roku lub raz na pięć miesięcy. W tych sprawach sąd jedynie ok. 4 razy w toku postępowania wykonawczego zapoznawał się ze sprawozdaniami kuratora sądowego i tym samym sytuacją osoby uzależnionej.

**Tabela 59.** Częstotliwość składania sprawozdań przez kuratora sądowego

Częstotliwość	L. bezwzgl.	Procenty
Określił ją sąd – raz na dwa miesiące	75	66,3
Określona została w decyzji kierownika ZKSS – raz na dwa miesiące	6	5,3
Określił ją sąd – raz na trzy miesiące	2	1,8
Określił ją sąd – raz na cztery miesiące	2	1,8
Określił ją sąd – raz na pięć miesięcy	5	4,4
Określił ją sąd – raz na sześć miesięcy	1	0,9
Określił ją sąd – na żądanie sądu	9	8
Sąd ani kierownik ZKSS nie określił częstotliwości składania sprawozdań	13	11,5
Ogółem	113	100

**Źródło:** opracowanie własne

Kontynuując zagadnienie dokumentowania przez kuratorów czynności podejmowanych podczas postępowania wykonawczego wskazać należy, że we wszystkich postępowaniach, gdzie ustanowiony został nadzór kuratora, akta postępowania wykonawczego składały się z akt sędziowskich „Alk” oraz teczek kuratora „Alk<sub>k</sub>”.

Kuratorzy dokumentowali podejmowane przez siebie czynności poprzez składanie:

- kart czynności (110 postępowań, w których ustanowiony został nadzór kuratora – 97,3% tych postępowań);
- sprawozdań z objęcia nadzoru (112 postępowań, w których ustanowiony został nadzór kuratora – 99,1% tych postępowań);
- sprawozdań z przebiegu nadzoru (89 postępowań, w których ustanowiony został nadzór kuratora – 78,8% tych postępowań);
- sprawozdań z zakończenia nadzoru (67 postępowań, w których ustanowiony został nadzór kuratora – 59,3% tych postępowań).

Przeprowadzona analiza wykazała, że w 46 (40,7%) aktach nie znaleziono sprawozdania z zakończenia nadzoru. Zaobserwowana praktyka w tym zakresie nie zasługuje na aprobatę. Omawiana bowiem dokumentacja, zgodnie z przepisami prawnymi<sup>130</sup>, zawiera wiele cennych informacji dotyczących osoby uzależnionej od alkoholu oraz stanowi podsumowanie przebiegu nadzoru.

Jak zostało to wskazane w 4. części raportu, nadzór kuratora sądowego nad osobami zobowiązanymi do poddania się leczeniu odwykowemu polega na sprawowaniu kontroli nad wykonaniem orzeczonego obowiązku, w tym motywowaniu do nieprzerywania kuracji oraz zachowywania abstynencji, a także na podejmowaniu działań zmierzających do poprawy sytuacji osobistej nadzorowanego.

Rola kuratora jest więc niezwykle ważna – ze względu na stały kontakt z osobą uzależnioną oraz jego rodziną i posiadanie dzięki temu aktualnej wiedzy na temat sytuacji życiowej oraz motywacji do leczenia podopiecznego – kurator jest osobą zobowiązaną do reagowania, podejmowania działań mających na celu modyfikowanie postępowania osoby uzależnionej.

---

<sup>130</sup> § 4 ust. 3 rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych: „w sprawozdaniu z zakończenia nadzoru kurator rodzinny opisuje jego przebieg, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji planu pracy z podopiecznym oraz oceny wykonania obowiązków i postawy podopiecznego w okresie nadzoru”.

Mając na uwadze powyższe, badaniem objęto również działania kuratorów sądowych podejmowane w toku postępowania wykonawczego. Aktywność w tym zakresie, podobnie jak w przypadku zaangażowania sądów, badano pod kątem:

- współpracy z osobą uzależnioną od alkoholu oraz jej rodziną;
- współpracy z zakładem leczenia;
- współpracy z sądem;
- współpracy z innymi instytucjami oraz osobami.

Przedstawione powyżej zagadnienia były analizowane poprzez pytanie wielokrotnego wyboru, wobec czego uzyskana suma odpowiedzi nie jest równa ilości spraw, w których ustanowiony został nadzór kuratora.

Aktywność kuratorów sądowych skierowana wobec osoby uzależnionej i jej rodziny opierała się na 6 głównych działaniach:

- przeprowadzeniu z osobą uzależnioną bezpośrednich rozmów w miejscu zamieszkania bądź telefonicznych;
- przeprowadzaniu z rodziną osoby uzależnionej bezpośrednich rozmów w miejscu zamieszkania bądź telefonicznych;
- przeprowadzeniu bezpośrednich rozmów z osobą uzależnioną w siedzibie sądu;
- przeprowadzeniu bezpośrednich rozmów z rodziną osoby uzależnionej w siedzibie sądu;
- zobowiązaniu osoby uzależnionej do przedstawienia zaświadczenia o podjęciu/kontynuacji leczenia;
- pisemnym zobowiązaniu osoby uzależnionej do podjęcia leczenia.

We wszystkich analizowanych sprawach, w których ustanowiony został nadzór kuratora, osoba uzależniona posiadała możliwość bezpośredniego bądź telefonicznego kontaktu z kuratorem. Łącznie kuratorzy przeprowadzili 2 603

rozmowy z podopiecznymi. Jedynie w 4 sprawach kuratorzy nie nawiązali kontaktu z rodziną osoby uzależnionej, ale fakt ten wynikał z sytuacji rodzinnej danej osoby – braku osób najbliższych. Łącznie kuratorzy przeprowadzili 2 621 rozmów z osobami bliskimi podopiecznego. Zauważyć należy, że większa liczba rozmów prowadzona z rodziną nadzorowanego niż z samym nadzorowanym, to skutek unikania przez osoby uzależnione kuratora a także liczebność członków rodzin.

W sytuacji w której osoba uzależniona nie kontynuowała leczenia, nie zachowywała abstynencji lub swoim zachowaniem zagrażała osobom trzecim, kuratorzy zawodowi przeprowadzali z nadzorowanymi rozmowy ostrzegawcze w siedzibie sądu. W analizowanych sprawach aktywność w tym zakresie odnotowano w 41 z 113 postępowań, w których ustanowiono nadzór kuratora, co stanowi 36,3% tych spraw.

Jedynie w 17 sprawach, w których ustanowiono nadzór kuratora (15%), zaobserwowano praktykę zwracania się kuratora do osoby uzależnionej o przedstawienie zaświadczenia dotyczącego podjęcia/kontynuowania terapii. Odnosząc te wyniki do znikomej aktywności sądów w tym zakresie, uznać należy, że osoby uzależnione bardzo rzadko zobowiązane są do przedstawiania dokumentacji poświadczającej przebieg leczenia.

Przeprowadzona analiza wykazała także, że niektórzy kuratorzy (4,4% postępowań, w których ustanowiono nadzór kuratora) kierowali do osób uzależnionych pisma, w których zobowiązywali osoby uzależnione do podjęcia leczenia. Łącznie sporządzonych zostało 10 takich dokumentów.

W niektórych sprawach (4,4% postępowań, w których ustanowiono nadzór kuratora) odnotowano także inne działania kuratorów, które polegały np. na odwiedzeniu osoby uzależnionej w zakładzie leczenia stacjonarnego, przekazywaniu informacji o placówkach leczenia oraz publikacji dotyczących uzależnienia od alkoholu.

**Tabela 60.** Działania kuratora sądowego skierowane do osoby uzależnionej oraz jej rodziny

Działanie kuratora sądowego	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (113)
Przeprowadzenie rozmowy z podopiecznym w miejscu zamieszkania/kontakt telefoniczny	113	2 603	100
Przeprowadzenie rozmowy z członkami rodziny w miejscu zamieszkania/kontakt telefoniczny	109	2 621	96,5
Nieskuteczne próby nawiązania kontaktu z podopiecznym/jego rodziną	68	510	60,2
Przeprowadzenie rozmowy ostrzegawczej z podopiecznym w siedzibie ZSKK	41	109	36,3
Zobowiązanie osoby uzależnionej do przedstawienia zaświadczenia o podjęciu/kontynuacji leczenia	17	59	15
Przeprowadzenie rozmowy z członkami rodziny w siedzibie ZKSS	6	11	5,3
Pisemne zobowiązanie osoby uzależnionej do podjęcia leczenia	5	10	4,4
Inne	5	8	4,4

**Źródło:** opracowanie własne

Odnosząc się do współpracy kuratora sądowego z zakładem leczenia, wskazać należy, że w 42 z 113 postępowaniach, w których ustanowiono nadzór kuratora (37,2%), kurator podjął współpracę z placówką leczniczą. Współpraca ta polegała na ustaleniu terminu przyjęcia osoby uzależnionej na kurację do zakładu leczenia stacjonarnego, bądź na kontroli wykonania obowiązku nałożonego przez sąd. We wszystkich sprawach, w których ustanowiony został nadzór kuratora, kurator nawiązywał współpracy z zakładem leczenia łącznie 188 razy.

Natomiast współpraca kuratora z sądem polegała na uczestnictwie w posiedzeniach wykonawczych, kierowaniu do sądu określonych wniosków lub opiniowaniu pism.

Analiza akt wykazała, że kuratorzy wzięli łącznie udział w 78 posiedzeniach wyznaczonych przez sąd. Praktykę wyznaczania posiedzeń wykonawczych zaobserwowano w 29 ze 113 postępowań, w których ustanowiono nadzór kuratora

(25,6%). Co istotne, w posiedzeniach mógł wziąć udział sam kurator bądź kurator wraz z innymi osobami, w tym z osobą uzależnioną.

Kuratorzy skierowali do sądu łącznie 106 wniosków, w tym:

- 31 dotyczących zmiany formy leczenia (31 postępowań, w których ustanowiono nadzór kuratora – 27,4% tych postępowań);
- 18 dotyczących wydania nakazu doprowadzenia (17 postępowań, w których ustanowiono nadzór kuratora – 15% tych postępowań);
- 14 dotyczących wyznaczenia kolejnego terminu leczenia (14 postępowań, w których ustanowiono nadzór kuratora – 12,4% tych postępowań);
- 3 dotyczących wszczęcia postępowania opiekuńczego wobec małoletniego dziecka będącego pod opieką osoby uzależnionej (3 postępowania, w których ustanowiono nadzór kuratora – 2,7% tych postępowań);
- 2 dotyczących przeprowadzenia rozmowy ostrzegawczej przez sąd z osobą uzależnioną (2 postępowania, w których ustanowiono nadzór kuratora – 1,8% tych postępowań).

W 55 z 113 postępowań, w których ustanowiono nadzór kuratora, kurator nie skierował do sądu żadnego wniosku (48,6%). Natomiast w jednej ze spraw sąd raz zwrócił się do kuratora o zaopiniowanie wniosku złożonego przez osobę uzależnioną w zakresie odroczenia terminu wykonania leczenia odwykowego.

Ostatnie ustalenie badawcze odnoszące się do działań podejmowanych przez kuratorów sądowych dotyczy ich współpracy z innymi instytucjami oraz osobami.

Dokonana analiza akt wykazała, że współpraca kuratorów z instytucjami oraz osobami trzecimi opiera się przede wszystkim na pozyskiwaniu od ww. informacji o sytuacji osoby uzależnionej. Kuratorzy często zwracają się o przekazanie wiadomości w tym zakresie do policji (41,6% postępowań, w których ustanowiono nadzór kuratora) oraz sąsiadów podopiecznego (29,2%).

Badania wykazały także, że kuratorzy starają się podejmować współpracę z osobami oraz instytucjami trzecimi, mającą na celu polepszenie sytuacji uczestnika oraz jego

rodziny. Działania w tym zakresie zaobserwowano w stosunku do 21,3% postępowań, w których ustanowiono nadzór kuratora.

**Tabela 61.** Działania kuratora sądowego skierowane do innych instytucji oraz osób

Działanie kuratora sądowego	Liczba spraw	Łączna liczba określonego działania	Procenty (113)
Pozyskiwanie informacji o sytuacji osoby uzależnionej/jej rodziny od policji	47	178	41,6
Kontakt z sąsiadami osoby uzależnionej	33	114	29,2
Pozyskiwanie informacji o sytuacji osoby uzależnionej/jej rodziny od OPS	20	72	17,7
Kontakt z kuratorem sądowym prowadzącym nadzór w innych postępowaniach	12	29	10,6
Pozyskiwanie informacji o sytuacji osoby uzależnionej/jej rodziny od placówek oświatowych	11	15	9,7
Pozyskiwanie informacji o sytuacji osoby uzależnionej/jej rodziny od innych podmiotów	11	33	9,7
Współpraca z asystentem rodziny	8	48	7,1
Podjęcie współpracy z instytucjami na rzecz poprawy sytuacji osoby uzależnionej/ jej rodziny (inne)	6	9	5,3
Złożenie zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa	4	5	3,5
Udział w posiedzeniach zespołów interdyscyplinarnych/grup roboczych	3	10	2,7
Pomoc w zakresie polepszenia sytuacji materialnej osoby uzależnionej od alkoholu	2	5	1,8
Pomoc w zakresie podjęcia zatrudnienia przez osobę uzależnioną od alkoholu	1	4	0,9

**Źródło:** opracowanie własne



#### 6.4.4. Zakończenie postępowania wykonawczego

Zgodnie z art. 34 ust. 1 u.w.t.p.a. obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu może trwać tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia sądu.

Dokonana analiza akt spraw wykazała, że postępowanie wykonawcze:

- najdłużej i najczęściej trwało 2 lata (na potrzeby raportu przyjęto, że 2 lata równa się 730 dniom);
- najkrócej trwało 99 dni;
- średnio trwało 693 dni.

**Tabela 62.** Czas trwania postępowania wykonawczego

Czas trwania postępowania wykonawczego (w dniach)	L. bezwzgl.	Procenty
99-200	3	1,5
201-300	3	1,5
301-400	6	3,0
401-500	5	2,5
501-600	2	1,0
601-700	3	1,5
700-730	180	89,1
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

Długość trwania postępowania wykonawczego uzależniona jest od sposobu jego zakończenia. Analizowane 202 postępowania zakończyły się poprzez:

- umorzenie postępowania wykonawczego w wyniku upływu 2 lat od chwili uprawomocnienia się postanowienia sądu;
- umorzenie postępowanie wykonawczego z powodu śmierci osoby uzależnionej od alkoholu;

- umorzenie postępowania wykonawczego z powodu niemożności jego kontynuowania;
- ustanie obowiązku leczenia z powodu osiągnięcia celu leczenia.

**Tabela 63.** Przyczyna zakończenia postępowania wykonawczego

Przyczyna zakończenia postępowania wykonawczego	L. bezwzgl.	Procenty
Umorzenie postępowania z powodu upływu 2 lat od chwili uprawomocnienia się postanowienia sądu	178	88,1
Umorzenie postępowanie z powodu śmierci osoby uzależnionej	12	5,9
Ustanie obowiązku leczenia z powodu osiągnięcia celu leczenia	11	5,4
Umorzenie postępowania z powodu niemożności jego prowadzenia	1	0,5
Ogółem	202	100

**Źródło:** opracowanie własne

Główną przyczyną umorzenia postępowania wykonawczego był upływ 2 lat od chwili uprawomocnienia się postanowienia sądu w przedmiocie ustanowienia obowiązku leczenia. Analiza akt wykazała, że postępowania wykonawczego bardzo rzadko kończą się z powodu osiągnięcia celu leczenia. Powyższy świadczy więc o tym, że wyznaczony przez ustawodawcę okres postępowania wykonawczego nie powinien ulec skróceniu.

#### **6.4.5. Podsumowanie**

Podsumowując wszystkie przedstawione powyżej ustalenia, dotyczące postępowania wykonawczego, można wskazać, że:

- osoby uzależnione od alkoholu wykonały 46,4% orzeczonych obowiązków leczenia stacjonarnego;
- osoby uzależnione od alkoholu wykonały 17,8% orzeczonych obowiązków leczenia niestacjonarnego;

- głównym powodem nie wykonania obowiązków nałożonych przez sąd było przekonanie osób uzależnionych od alkoholu, że leczenie nie jest im potrzebne bądź nie przyniesie oczekiwanych rezultatów;
- osoby uzależnione od alkoholu mogą podjąć pierwszą próbę leczenia stacjonarnego dopiero średnio po upływie 260 dni (8 miesięcy) po uprawomocnieniu się orzeczenia sądu;
- średni okres oczekiwania na ustalenie terminu przyjęcia na leczenie stacjonarne zmniejsza się wraz z wyznaczaniem kolejnych terminów kuracji;
- w ponad połowie spraw, w których orzeczono obowiązek leczenia stacjonarnego, sądy korzystały z przewidzianych prawem nakazów doprowadzenia uczestnika postępowania do zakładu leczenia;
- sądy bardzo rzadko korzystały z możliwości przymusowego doprowadzenia osoby uzależnionej do zakładu leczenia niestacjonarnego;
- działanie sądu w toku postępowania wykonawczego polega głównie na współpracy z zakładem leczenia (np. ustalanie terminów przyjęcia na leczenie). Sądy rzadko współpracują z kuratorami sądowymi, osobami oraz instytucjami trzecimi oraz rzadko mają bezpośredni kontakt z osobą uzależnioną od alkoholu. Ustalenia tego nie należy traktować jako krytyki pracy sądów, a jako potrzebę wszechstronnego uregulowania postępowania wykonawczego w sprawach rodzinnych;
- kuratorzy sądowi pełniący nadzór na wykonaniu obowiązku leczenia odwykowego pozostają w stałym kontakcie z osobą uzależnioną oraz jej rodziną, nawiązują współpracę z podmiotami oraz instytucjami trzecimi oraz niekiedy podejmują działania mające na celu poprawę sytuacji osoby uzależnionej i jej rodziny;
- w toku postępowania wykonawczego bardzo rzadko stosowano możliwość zmiany orzeczonego obowiązku leczenia;

- sądy częściej zmieniają formę leczenia niestacjonarnego na formę leczenia stacjonarnego niż formę leczenia stacjonarnego na formę leczenia niestacjonarnego;
- główną przyczyną umorzenia postępowania wykonawczego był upływ 2 lat od momentu uprawomocnienia się postanowienia sądu.

## **7. Efektywność sądowej procedury zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu**

Dotychczasowa analiza akt wykazała, że osoby uzależnione od alkoholu wykonały:

- 57 orzeczonych obowiązków leczenia stacjonarnego, co stanowi 46,4% tych obowiązków;
- 24 orzeczone obowiązki leczenia niestacjonarnego, co stanowi 17,8% tych obowiązków.

Powyższe prowadzi więc do wniosku, że z łącznie orzeczonych 258 obowiązków leczenia odwykowego, orzeczonych zarówno w formie stacjonarnej jak i niestacjonarnej, wykonanych zostało zaledwie 81 postanowień sądu, co stanowi 31,4% wszystkich obowiązków orzeczonych przez sąd.

Przedstawione ustalenie nie stanowi jednak wszechstronnej odpowiedzi na pytanie o efektywność sądowej procedury zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu. Należy je bowiem uzupełnić o wyniki badań uzyskane z analizy sytuacji osoby uzależnionej na końcowym etapie trwania postępowania wykonawczego. Samo ukończenie kuracji nie musi wiązać się z zaprzestaniem bądź ograniczaniem spożywania alkoholu przez osobę uzależnioną.

Analiza sytuacji osoby uzależnionej od alkoholu nie stanowi wyniku subiektywnej oceny autorki raportu, a opiera się na danych zawartych w dokumentacji akt sądowych, np. w sprawozdaniach końcowych sporządzonych przez kuratorów sądowych pełniących nadzór nad wykonaniem danego obowiązku leczenia.

Przeprowadzone badania pozwoliły ustalić, że:

- w przypadku leczenia stacjonarnego z 57 osób, które ukończyły tę formę kuracji wobec 15 (26,3%) z nich stwierdzono zaprzestanie bądź ograniczenie spożywania alkoholu;

- w przypadku leczenia niestacjonarnego z 24 osób, które ukończyły tę formy kuracji wobec 19 (79%) z nich stwierdzono zaprzestanie bądź ograniczenie spożywania alkoholu.

Powyższe prowadzi więc do wniosku, że spośród 81 osób, które wykonały postanowienie sądu, zaprzestanie bądź ograniczenie spożywania alkoholu stwierdzono jedynie u 34 osób, co stanowi 42% osób, które wykonały postanowienie sądu oraz 13% osób, wobec których orzeczono obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu.

Mając na uwadze przedstawione wyniki badań uznać należy, że efektywność sądowej procedury zobowiązania osoby uzależnionej do poddania leczeniu odwykowemu charakteryzuje się bardzo niską skutecznością i wynosi 13%.

## 8. Wnioski i rekomendacje

Biorąc pod uwagę przeprowadzoną analizę teoretyczną, empiryczną<sup>131</sup> oraz odnosząc się do innych badań poruszających problematykę sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu, należy wskazać, że ewentualne zmiany prawne mogą polegać albo na całkowitej rezygnacji z omawianej instytucji, albo na wprowadzeniu w niej określonych modyfikacji.

Odnosząc się do zmiany prawa polegającej na rezygnacji z procedury sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu, zauważyć należy, że:

- konstrukcja prawna omawianej instytucji jest wewnętrznie sprzeczna. Z jednej strony osoba uzależniona, na etapie postępowania sądowego, zobowiązana jest wbrew swej woli do poddania się leczeniu odwykowemu, a z drugiej strony, jeżeli osoba uzależniona, na etapie wykonania orzeczonego obowiązku nie zgadza się na podjęcie kuracji, zakład leczenia czy też sąd nie mają prawa zmusić osoby uzależnionej do podjęcia i kontynuacji leczenia;
- omawiana instytucja jest sprzeczna z innymi regulacjami prawnymi odnoszącymi się do przymusowego leczenia uzależnień. Za autorami projektu ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przygotowanego w 2009 roku<sup>132</sup> wskazać należy, że *„(...) przepisy ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, ze zm.) nie przewidują leczenia przymusowego od uzależnienia od narkotyków (poza osobami małoletnimi – art. 30). Bez wątplenia uzależnienie od narkotyków jest zdecydowanie bardziej destrukcyjne niż alkoholizm; nie bez przyczyny posiadanie alkoholu nie jest ani przestępstwem, ani wykroczeniem, zaś posiadanie nawet niewielkiej ilości narkotyku stanowi przestępstwo (Rozdział 7 ustawy o przeciwdziałaniu*

---

<sup>131</sup> Autorka najważniejsze wnioski z analizy empirycznej przedstawiła w podrozdziałach 6.2.6, 6.3.3 oraz 6.4.5 raportu.

<sup>132</sup> [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/pustawy\\_parpa\\_07102009.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pustawy_parpa_07102009.pdf)

*narkomanii). Także regulacja art. 74 § 1 Kodeksu karnego (.....) przewiduje wymóg zgody skazanego na poddanie się terapii uzależnień (...)*”;

- przeprowadzone badania sygnalizują, że omawiana instytucja ma niewielki wpływ na rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce. Badania przeprowadzone przez autorkę niniejszego raportu wskazują, że efektywność sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu wynosi 13%, badania przeprowadzone przez R. Kulmę wskazują, że w analizowanych przez autora sprawach jedynie 28% orzeczeń o obowiązku podjęcia leczenia w zakładzie stacjonarnym oraz jedynie 10% orzeczeń o obowiązku podjęcia leczenia w zakładzie niestacjonarnym zostało wykonanych. Kontrola przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli wskazała, że ponad 60% zobowiązanych do podjęcia kuracji nie stawiło się na leczenie.

Odnosząc się do zmiany prawa polegającego na wprowadzeniu w procedurze sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu określonych modyfikacji, zauważyć należy, że:

- konieczne jest wprowadzenie zmian w przepisach prawnych mających na celu zwiększenie szybkości procedowania sądów na etapie postępowania rozpoznawczego, w wyniku których:
  - opinie biegłych sądowych w przedmiocie ustalenia uzależnienia danej osoby od alkoholu stanowić będą obligatoryjny załącznik wniosku o wszczęcie postępowania sądowego. Sądy jedynie wyjątkowo powinny przeprowadzać dowód z opinii biegłych sądowych na etapie postępowania rozpoznawczego;
  - pisma kierowane do sądu przez wnioskodawców, w szczególności gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, zawierać będą mniej braków formalnych;
- niezbędne jest wszechstronne określenie udziału sądów w postępowaniu wykonawczym, w tym sprecyzowanie współpracy sądów z osobami i instytucjami trzecimi a także osobą uzależnioną od alkoholu. Obecnie obowiązujące regulacje prawne zawierają jedynie pobieżne wytyczne w tym



zakresie. Należy więc całkowicie poprzeć stanowisko sędziów rodzinnych wyrażone w uchwale<sup>133</sup> podjętej na XVII Kongresie Stowarzyszenie Sędziów Rodzinnych w Polsce, w której postulowano o *„niezwłoczne podjęcie działań zmierzających do nowelizacji Kodeksu postępowania cywilnego przez kompleksowe uregulowanie w nim postępowania wykonawczego, w tym postępowania wykonawczego w sprawach rodzinnych – zwłaszcza z uwagi na aktualną treść Regulaminu urzędowania sądów powszechnych”*;

- przepisy prawne powinny wskazywać, jak często sądy zobowiązane są do sprawdzania realizacji orzeczonego obowiązku oraz sytuacji osoby uzależnionej i jej rodziny w przypadku, gdy w sprawie nie został ustanowiony nadzór kuratora sądowego;
- przepisy prawne powinny wprost nakładać na sądy oraz kuratorów sądowych obowiązek rozważenia, czy w danej sprawie nie istnieje konieczność zawiadomienia odpowiednich organów oraz służb o potrzebie wszczęcia postępowania karnego, opiekuńczego bądź procedury „Niebieskie Karty”.

---

<sup>133</sup> <http://www.sssrwp.pl/aktualnosci.php?typ=uc&art=150&start=0&irek=26>