
List do redakcji

Internacja – środek zabezpieczający w psychiatrii, podstawy prawne i rzeczywistość

Leszek Ciszewski¹, Janusz Heitzman^{2,3}

¹Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim
Dyrektor: dr n. med. L. Ciszewski

²Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik Kliniki: doc. dr hab. n. med. J. Heitzman

³Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. J. Bomba
Członkowie Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających

W zeszycie Psychiatrii Polskiej nr 2/2010 (s. 287–288) opublikowano w dziale Aktualności list do redakcji dr. Stefana Krzywińskiego, zatytułowany „Internacja – prawo czy pozory prawa?”, przedstawiający jego poglądy na wiele aspektów wykonywania w szpitalach psychiatrycznych środka zabezpieczającego. List ten ze względu zarówno na osobę Autora, jednego z najbardziej doświadczonych polskich psychiatrów, wieloletniego dyrektora Szpitala

Psychiatrycznego w Ciborzu, jak i wagę poruszanych problemów, nie powinien pozostać bez echa. Pragnęlibyśmy, aby nasza dyskusyjno-polemiczna wypowiedź wpisała się w ciąg refleksji, uwag, a może obszernych opracowań innych autorów poświęconych terapeutycznym, organizacyjnym i prawnym problemom wykonywania środka zabezpieczającego, temu stosunkowo wąskiemu, ale jakże ważnemu obszarowi psychiatrycznej pracy. W swoim liście dr Krzywiński przedstawił wiele ocen

i opinii, których część podzielamy, inne wydają się nam kontrowersyjne lub odmienne od naszych.

Dr Krzymiński uważa, że w szpitalach psychiatrycznych w Polsce niepotrzebnie przebywa zbyt dużo pacjentów. Wielokrotnie zwraca uwagę, że zaburzeni psychicznie sprawcy czynów zabronionych zbyt często traktowani są jak osoby stanowiące znaczne zagrożenie społeczne. Uważa, że przestępstwo przeciwko mieniu w żadnym wypadku nie może być uznane za czyn o znacznej szkodliwości społecznej, a zatem sprawcy takich czynów nie powinni być internowani. Podaje, że gdyby zawęzić stosowanie detencji tylko do niepoczytalnych sprawców czynów przeciwko życiu, ich liczba spadłaby do 30% obecnie internowanych. Naszym zdaniem to sądom należy pozostawić rozstrzyganie kwestii stopnia społecznej szkodliwości czynów zabronionych. To do sądu należy właściwe interpretowanie przepisów prawa karnego. Psychiatrizy nie powinni dążyć do nadmiernego rozszerzania swoich kompetencji w tym zakresie i raczej powinni się skupić na ocenie stanu psychicznego i ocenie prawdopodobieństwa ponawiania czynów zabronionych. Z drugiej strony, dostrzegając częste zagubienie sądów przy orzekaniu środka zabezpieczającego, można postulować takie zreformowanie prawa, by można było wprowadzić przepisy zbliżone np. do obowiązujących w niektórych stanach USA, gdzie o zastosowaniu i uchyleniu przymusowego pobytu sprawcy w szpitalu psychiatrycznym decydują specjalne, wspólne komisje, w skład których wchodzi sędziowie i psychiatrzy [4].

Trudno zgodzić się z opinią, że cotygodniowe informowanie przez szpitale Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających o liczbie internowanych i oczekujących na miejsce w oddziale detencyjnym jest „niepotrzebne i czysto biurokratyczne”. Biorąc od wielu lat udział w pracach tej komisji, wiemy bowiem, że bez aktualnych i rzetelnych informacji o „obłożeniu” i tzw. „kolejce” oczekujących nie sposób rzetelnie

wskazać sądowi zakład psychiatryczny położony możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjenta, w którym można go możliwie szybko umieścić, a jest to podstawowe zadanie komisji [5]. Co więcej – uważamy, że najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie centralnego rejestru osób internowanych. Dostęp do zasobów takiego rejestru posiadałyby uprawnione instytucje i osoby, które miałyby jednocześnie obowiązek wprowadzania na bieżąco danych o tzw. „ruchu” w tej grupie pacjentów.

Z treści listu wynika, że dr Krzymiński jest zwolennikiem przyznania dyrektorowi szpitala psychiatrycznego prawa do odmowy przyjęcia pacjenta na internację, gdy uzna ją za niepotrzebną. W szczególności dotyczyłoby to przyjmowania pacjentów spoza rejonu. Postulat taki – de facto prawo odmowy wykonania postanowienia sądu – uważamy za idący zdecydowanie za daleko. Oczywiście zgadzamy się, że z wielu powodów terapeutycznych, finansowych i ludzkich środek zabezpieczający powinien być wykonywany w zakładzie niezbyt odległym od miejsca zamieszkania pacjenta, co w praktyce pokrywa się z przestrzeganiem wprowadzonej rozporządzeniem ministra zdrowia rejonizacji [5]. Niekiedy jednak, z ważnych powodów, np. szczególnej pilności rozpoczęcia leczenia przy braku miejsc w rejonie, szczególnych wymogów terapeutycznych lub względów bezpieczeństwa, korzystne bywa odstępianie od tej zasady. Być może dyrekcja szpitala powinna mieć możliwość odwoływania się od niesłusznych, jej zdaniem, wskazań komisji i postanowień sądu. Wymagałoby to zmiany przepisów. Warto jednak pamiętać, że ewentualne postępowanie odwoławcze spowoduje wydłużenie procedury umieszczenia pacjenta w szpitalu.

Zgadzamy się z wyrażonym poglądem, że biegli nie powinni wnioskować do sądu o zastosowanie środka zabezpieczającego na podstawie jedynie badania ambulatoryjnego sprawcy, bez przeprowadzenia obserwacji w oddziale psychiatrycznym.

Rzeczywiście tak poważna decyzja, jaką jest bezterminowe, przymusowe umieszczenie obywatela w szpitalu psychiatrycznym, powinna być podejmowana przez sąd na podstawie wnikliwej oceny psychiatrycznej. Obserwacja w oddziale psychiatrycznym z reguły pozwala na uzyskanie szerszego materiału klinicznego i na trafniejsze wnioski dotyczące prawdopodobieństwa ponawiania zachowań niebezpiecznych [3]. Bywają jednak sytuacje, gdy biegli już po badaniu ambulatoryjnym dysponują dostatecznymi informacjami do wydania rozstrzygającej opinii o potrzebie lub braku potrzeby stosowania środka zabezpieczającego. W takich sytuacjach obligatoryjność obserwacji byłaby wymogiem niepotrzebnie ograniczającym rozwiązanie efektywniejsze.

Na podstawie własnych obserwacji dr Krzywiński szacuje, że co najmniej 1/3 internacji jest zbędna oraz, że są one zbyt długo prowadzone, o czym ma świadczyć fakt, że 1/5 z nich trwa ponad 10 lat. Trudno jednoznacznie ustosunkować się do tych ocen. Ostatnie empiryczne oceny zasadności i długości internacji w Polsce pochodzą bowiem sprzed wielu lat [1, 2]. W tym czasie zaszły duże zmiany, m.in. powstały wyspecjalizowane zakłady wykonywania środka zabezpieczającego, wprowadzono 3 stopnie zabezpieczenia zakładów, ponad dwukrotnie wzrosła ogólna liczba internowanych (z ok. 800 w latach dziewięćdziesiątych do ok. 2000 obecnie). Z całą pewnością należałoby przeprowadzić ponowną, dobrze zaplanowaną ocenę wykonywania środka zabezpieczającego. Porównując dostępne statystyczne wskaźniki osób internowanych w Polsce i innych krajach europejskich, można stwierdzić, że są one zbliżone lub wskazują na niższą liczbę internowanych w Polsce.

Podzielamy ocenę dr. Krzywińskiego, że obecnie nie funkcjonuje mechanizm premiujący zakłady psychiatryczne, które dobrze wykonują środek zabezpieczający, tj. prowadzących terapię skuteczną, bezpieczną, wielostronną

i efektywną ekonomicznie. Obecne regulacje prawne i kontrakty z płatnikami skłaniają raczej zakłady wykonujące środek zabezpieczający do prowadzenia polityki wszystkich miejsc zajętych i odpowiednio długich list pacjentów oczekujących, co najłatwiej osiągnąć nadmiernie asekuracyjnym lub zbyt długim wydłużaniem detencji. Z drugiej strony jednak uważamy, że zmiany kryteriów oceny pracy takich zakładów muszą być wprowadzane bardzo rozważnie. Istnieje bowiem ryzyko wprowadzenia przepisów premiujących szpitale, które zbyt pochopnie wnioskować będą o przeniesienie pacjenta do zakładu o zbyt niskim stopniu zabezpieczenia lub o uchylenie detencji. W tym ostatnim przypadku byłoby to szczególnie niebezpieczne, gdyż w Polsce praktycznie nie funkcjonuje nadzór nad pacjentami wobec których zakończono detencję, w szpitalu psychiatrycznym.

Piśmiennictwo

1. Ciszewski L.: *Ogólna charakterystyka pacjentów wobec których stosuje się w szpitalach psychiatrycznych w Polsce środek zabezpieczający*. Doniesienie wstępne. Post. Psychiatr. Neurol., 1995, 4, 149–156.
2. Ciszewski L., Sutula E.: *Psychiatric care for mentally disturbed perpetrators of criminal acts in Poland*. Intern. J. Law and Psychiatr., 2000, 23, 547–554.
3. Hajdukiewicz D., Heitzman J.: *Nieuzasadnione zastosowanie środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym*. Psychiatr. Pol. 2006; 4: 649–656.
4. Bloom J.D., Williams M.H., Bigelow D.A.: *Monitored conditional release of persons found not guilty by reason of insanity*. Am. J. Psychiatr. 1991, 148, 444–448.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r., w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających