

Finansowanie psychiatrii sądowej a jakość leczenia i zagrożenie bezpieczeństwa publicznego

Financing of forensic psychiatry in view of treatment quality and threat to public safety

Janusz Heitzman, Inga Markiewicz

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika Psychiatrii Sądowej

Summary

Stay in a psychiatric hospital of persons who committed the gravest criminal acts while in a state of insanity aims to ensure their effective treatment (therapeutic function), but above all to prevent the repetition of prohibited acts of significant harm to the community (preventive function). Forensic patients are provided with suitable medical, psychiatric, rehabilitation and resocialization care. The court imposes an indefinite detention. In view of the dual purpose of the stay in a psychiatric hospital, both therapeutic and preventive, the treatment costs generated by forensic wards are higher than those of general psychiatric wards. This prompts person from outside psychiatry, who do not understand the nature of preventive measures, to call for continuing reductions in the expenditure on forensic psychiatric care. It is, therefore, worth analyzing the possible meaning and results of the attempts to economize forensic psychiatry, to find savings and to manipulate financing system under the pretence of economic incentive to improve treatment quality. In this paper, the authors address and discuss the above and other issues.

Słowa kluczowe: środki zabezpieczające, finansowanie, detencja psychiatryczna

Key words: preventive measures, financing, psychiatric detention

Wstęp

W połowie 2017 r. środowisko psychiatryczne – osoby odpowiedzialne za organizację opieki psychiatrycznej, a zwłaszcza reprezentujące psychiatrię sądową – wyraziło swoje oburzenie w związku z bulwersującą treścią listu Rzecznika Praw Pacjenta adresowanego do Ministra Zdrowia oraz podanego do wiadomości najważniejszych przedstawicieli organów władzy państwowej: Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Ministra Sprawiedliwości, Rzecznika Praw Obywatelskich, a także Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających. List

zawiera prośbę Rzecznika o rozważenie możliwości wprowadzenia zmiany finansowania świadczeń w ramach realizacji środka zabezpieczającego poprzez oparcie go na modelu dostosowanym do psychiatrii ogólnej. Miałyby to rzekomo stanowić motywację ekonomiczną do podnoszenia efektywności leczenia pacjentów detencyjnych, a w rzeczywistości może mieć bezpośrednie przełożenie na skrócenie (z przyczyn ekonomicznych, a nie terapeutycznych) czasu hospitalizacji pacjentów sądowych.

Pewne jest, że Rzecznik Praw Pacjenta nie miał złych intencji, wychodząc z rzeczoną koncepcją. Motywacja do podjęcia tych działań mogła wynikać z powtarzanych ostatnio dość często w środkach masowego przekazu poglądów, że detencje trwają zbyt wiele lat, a pacjenci nadmiernie długo są izolowani za popełnienie czynów, za które wymiar kary przewidziany w kodeksie karnym byłby zdecydowanie niższy.

Łatwo jest wysnuwać sądy na podstawie jedynie szczątkowej wiedzy medialnej. Kluczem do znalezienia dobrych rozwiązań na pojawiające się problemy, jest ich dogłębna i wszechstronna analiza.

Jak wiadomo, instytucję izolacyjno-leczniczych środków zabezpieczających stosowanych wobec sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności bądź poczytalności ograniczonej wprowadzono do prawa polskiego już na mocy kodeksu karnego z 1932 r. W nieco zmienionej formie pozostały one w kodeksie karnym z 1997 r., a tzw. Wielka Nowelizacja Prawa Karnego z lipca 2015 r. rozszerzyła je o środki zabezpieczające realizowane w formie ambulatoryjnej, tworząc swoisty ich katalog i dając tym samym sądom możliwość wyboru tego najbardziej optymalnego z punktu widzenia zasadności i celowości ich stosowania. Niemniej jednak, jak wynika z niepublikowanych danych Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia, środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym wciąż pozostaje jednym z najczęściej orzekanych przez sądy karne.

Jednocześnie środek ten, jako najsurowszy, w największym stopniu ograniczający wolność i swobody obywatelskie, orzekany bezterminowo, wzbudza najwięcej kontrowersji i zastrzeżeń [1], a nierzadko także staje się obiektem spekulacji środowisk medialnych, politycznych i społecznych. Z jednej strony oczekiwania społeczne idą w kierunku konieczności zapewnienia bezpieczeństwa obywatelom i ich ochrony przed osobami stwarzającymi zagrożenie, z drugiej zaś obrońcy praw jednostek skarżą i obwiniają system/lekarzy o zbyt długie przetrzymywanie pacjentów w oddziałach sądowych szpitali psychiatrycznych oraz manipulację długością pobytu na detencji w celu zabezpieczenia ciągłości finansowania podmiotu leczniczego.

Nietrudno o nieporozumienia i błędy w pobieżnej ocenie tych kwestii. Wynikają one często z niezrozumienia konieczności i powodów dłuższego niż przeciętna hospitalizacja psychiatryczna pobytu pacjenta sądowego w oddziale oraz konieczności zapewnienia przez płatnika wyższego niż przeciętny poziomu finansowania udzielanych przez oddziały psychiatrii sądowej świadczeń. Stojące za tymi działaniami racje wynikają ze szczególnego celu orzekania przez sądy pobytu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym – nie tylko leczniczego, ale również zabezpieczającego. Warto podkreślić, że specyfika psychiatrycznej opieki długoterminowej nad pacjentem sądowym została określona już na poziomie legislacyjnym, definiującym środki zabezpieczające

i wskazującym na ich istotę, a ich szczególnie charakter i realizowane zadania na trwałe wpisały się w doktrynę i orzecznictwo sądowe.

Zakres orzekania, istota i cel pobytu w zakładzie psychiatrycznym w ramach realizowanego środka zabezpieczającego

Orzeczenie przez sąd pobytu w zakładzie psychiatrycznym w ramach środka zabezpieczającego jest możliwe jedynie wobec określonej w ustawie kategorii sprawców, jak również w ściśle zdefiniowanych w ustawie przypadkach i jedynie, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu czynu zabronionego, a inne środki prawne nie są wystarczające (art. 93a § 1 kk) [2]. Artykuł 93g § 1 kk stanowi, że sąd orzeka (obligatoryjnie) pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym wobec sprawcy niepoczytalnego, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że popełni on ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym. Wobec sprawcy, którego poczytalność w czasie czynu była w znacznym stopniu ograniczona, sąd, skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, orzeka także pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, przy istnieniu tożsamej jak w § 1 negatywnej prognozy kryminologicznej (art. 93g § 2 kk [2]). Ponadto art. 93g § 3 kk [2] obowiązuje sąd do orzeczenia pobytu w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym wobec sprawcy skazanego za przestępstwa określone w art. 148 kk, art. 156 kk, art. 197 kk, art. 198 kk, art. 199 § 2 kk lub art. 200 § 1 kk, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, w razie skazania go na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że skazany popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu, wolności seksualnej w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych.

Już sam zakres osób kierowanych przez sąd do szpitala psychiatrycznego w warunkach art. 93g kk [2] wskazuje na istotę i cel środka zabezpieczającego, jakim jest pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Sąd orzeka ten środek jedynie wobec najbardziej niebezpiecznych sprawców, stwarzających zagrożenie dla społeczeństwa i szeroko pojętego porządku prawnego, a jednocześnie wymagających leczenia psychiatrycznego w warunkach zamkniętego oddziału. Pełni on zatem nie tylko funkcję leczniczą (jaką zapewniają wszystkie pozostałe oddziały ogólnopsychiatryczne), ale także zabezpieczającą. Ponadto celem pobytu pacjenta w oddziale detencyjnym jest także socjalna readaptacja sprawcy niepoczytalnego bądź o poczytalności znacznie ograniczonej oraz przystosowanie go do ponownego powrotu do społeczeństwa i właściwego pełnienia ról społecznych. Sprawcę umieszcza się w zakładzie psychiatrycznym nie tylko po to, by go izolować, ale także by go leczyć i w ten sposób usunąć stan zagrożenia z jego strony, a tym samym zapobiec popełnieniu przez niego kolejnego czynu zabronionego o znacznej szkodliwości społecznej [3].

Tak szeroko zakrojone cele detencji determinują długość, a także różnicują niektóre metody terapeutyczne oraz warunki pobytu w zakładzie psychiatrycznym w ramach

realizacji środka zabezpieczającego od hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym ogólnym, regulowanej jedynie przepisami Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [4]. W oddziale sądowym, oprócz leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego (psycholog, terapeuta zajęciowy, terapeuta uzależnień), zapewnia się pacjentom szeroki wachlarz oddziaływań socjoterapeutycznych, rehabilitacyjnych i resocjalizacyjnych. Praca z pacjentami sądowymi przebiega wielotorowo i wieloetapowo. O poprawie można mówić wtedy, gdy wskazuje na to pozytywna odpowiedź na zastosowaną farmakoterapię, a ponadto gdy pacjent uzyskuje wgląd i pozostaje krytyczny względem popełnionego czynu, a z jego postawy i zachowania można wnioskować, że nie stwarza on zagrożenia dla siebie i innych. Ten ostatni czynnik w głównej mierze decyduje o tym, czy pacjent jest gotowy do przeniesienia go do oddziału o niższym stopniu zabezpieczenia, czy do wyjścia i samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia dla porządku prawnego.

Skuteczność psychiatrii sądowej to nie tylko kwestia dostosowanych terapeutycznych procedur leczniczych, lecz także stałe monitorowanie i określanie ryzyka naruszenia prawa, co *de facto* jest bardziej problemem prawnym niż medyczo-terapeutycznym. Szacowanie prawdopodobieństwa ponownego popełnienia czynu zabronionego to bardzo skomplikowane zasady i procedury, wymagające stosowania nieupowszechnionych w naszym kraju modeli diagnostyczno-prognostycznych z uwzględnieniem nowych specjalistycznych narzędzi, np. HCR-20, SAPROF, DANDRUM [5, 6].

Prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego a długość pobytu w oddziałach psychiatrii sądowej

W literaturze światowej dotyczącej psychiatrii sądowej funkcjonuje pojęcie *long-stay patient* (pacjent długoterminowy), które bywa różnie rozumiane, co związane jest z odmienną w różnych krajach przeciętną długością pobytu pacjentów w oddziałach detencyjnych. Badania przeprowadzone w Anglii wykazały, że przeciętna długość pobytu pacjentów w oddziałach sądowych o maksymalnym poziomie zabezpieczenia wynosi 8 lat [7], 16% pacjentów pozostaje w nich powyżej 10 lat, natomiast 3% – ponad 20 lat [8]. Na niższych poziomach zabezpieczenia okres pobytu waha się od 2 do 5 lat. W Niemczech i Holandii także obserwuje się tendencję do wydłużania czasu pobytu pacjentów detencyjnych [9].

Od wielu lat nie tylko w Europie, ale i na całym świecie prowadzi się badania czynników warunkujących długość pobytu chorych w oddziałach sądowych, jak również faktorów charakterystycznych dla pacjentów, którzy spędzają w oddziale długie lata w celu uzyskania poprawy i gotowości do wyjścia na wolność. Zaobserwowano, że pacjenci pozostający w oddziałach sądowych najdłużej to ci, którzy dopuścili się najpoważniejszych czynów zabronionych, najczęściej z użyciem przemocy, którzy mają za sobą długą historię kryminalną, cierpią na poważne zaburzenia psychiczne (z długą historią choroby w wywiadzie), są lekooporni, uzależnieni od substancji psychoaktywnych, bardzo często ze współwystępującymi ciężkimi zaburzeniami osobowości (głównie osobowość dyssocjalna). Podkreślano również rolę czynników

ograniczonych, a także niski poziom zdolności intelektualnych, a co za tym idzie, ograniczone możliwości społecznego uczenia się [9].

Połączenie czynników chorobowych (medycznych) z zachowaniami kryminogennymi oraz brakiem krytycyzmu w stosunku do popełnionego czynu nie pozwala traktować tego rodzaju pacjentów w taki sam sposób jak pacjentów ogólnopsychiatrycznych. Wyklucza także możliwość mierzenia efektywności ich leczenia jedynie pozytywną odpowiedzią na farmakoterapię i poprawą stanu zdrowia. Wyleczenie, czy częściej – czasowe zalecenie schorzenia będącego zasadniczą przyczyną popełnionego wcześniej czynu karalnego, a następnie zastosowanie środków ochronnych, nie oznacza wymogu zaprzestania realizacji środka zabezpieczającego, gdyż najistotniejszy z punktu widzenia możliwości zwolnienia pacjenta z detencji jest brak zagrożenia z jego strony dla siebie i innych oraz przekonanie, że po wyjściu na wolność pacjent sam będzie w stanie kontynuować leczenie ambulatoryjne.

Efektywność leczenia w oddziałach sądowych a czynniki ekonomiczne

Zarówno pacjentom, jak i ich lekarzom, a przede wszystkim całemu społeczeństwu zależy na stałym podnoszeniu jakości oferowanych przez oddziały psychiatrii sądowej świadczeń, gdyż każdy „niedoleczony” pacjent po wyjściu z detencji może stwarzać zagrożenie dla porządku prawnego oraz bezpieczeństwa jednostek. Istnieje konieczność wypracowania rozwiązań systemowych wspierających zakłady wykonujące środek zabezpieczający w dążeniu do podnoszenia jakości udzielanych w przedmiotowym zakresie świadczeń. Celowi temu mogą służyć różne metody, każda jedna zaś wiąże się z potrzebą przyznania na ten cel zwiększonych środków finansowych, a nie ich ograniczania.

Negatywnie należy odnieść się do koncepcji, a zarazem postulatu ujednoczenia sposobu finansowania udzielanych świadczeń w oddziałach psychiatrii sądowej z systemem finansowania oddziałów ogólnopsychiatrycznych, którą zgłosił w ostatnim czasie Rzecznik Praw Pacjenta. Podniesienie jakości usług (lub motywacja do efektywniejszego leczenia) w psychiatrii sądowej miałyby nastąpić za sprawą mechanizmu finansowego w postaci ustalenia limitu czasu pobytu pacjentów w oddziałach sądowych, powyżej którego płatność byłaby ograniczana (wskaźniki korygujące)¹, podobnie jak w oddziałach ogólnopsychiatrycznych czy leczenia uzależnień.

U źródeł tego poglądu leżą mylne przekonania: po pierwsze, że rozliczenie kosztów hospitalizacji w ramach detencji, które jest niezależne od długości czasu jej trwania w odniesieniu do poszczególnych pacjentów, skutkować może brakiem motywacji ekonomicznej do podnoszenia jakości i efektywności udzielanych świadczeń; po drugie, że zwolnienie pacjenta z internacji pociągnie za sobą negatywne skutki finansowe dla szpitala, gdyż spowoduje zmniejszenie poziomu finansowania o określoną liczbę osobodni. Prowadzić ma to do błędnych wniosków, że zwalnianie pacjentów z internacji miałyby godzić w interes ekonomiczny podmiotu leczniczego.

¹ Rozliczenia w części przekroczonej realizowane są z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 0,7 w oddziałach ogólnopsychiatrycznych lub 0,5 w oddziałach leczenia uzależnień.

W przytaczanym wyżej stanowisku, wedle którego jakoby w interesie ekonomicznym szpitala jest przetrzymywanie pacjentów sądowych dłużej, aniżeli tego wymaga cel terapeutyczny, aby nie generować wolnych miejsc, tkwi błąd już w samym założeniu, na którym się ono opiera. Codzienna praktyka psychiatrii sądowej boryka się bowiem nie z nadmiarem wolnych łóżek w szpitalach, co uzasadniałoby przedłużanie pobytu chorych w szpitalach bez takiej potrzeby, ale wprost przeciwnie – ze stałym brakiem wolnych miejsc detencyjnych.

Zwolnienie/zakończenie detencji psychiatrycznej

Zgodnie z treścią art. 93d kk [2] długości pobytu w zakładzie psychiatrycznym sąd nie określa z góry, gdyż w momencie wydawania postanowienia nie jest wiadome, po jakim czasie pacjent uzyska poprawę na tyle, że nie będzie niebezpieczny po wyjściu na wolność. Bezwzględnie jednak sąd uchyla środek zabezpieczający, gdy dalsze jego stosowanie nie jest już konieczne (art. 93b § 2 kk [2]).

O stanie zdrowia, postępach w leczeniu lub terapii pacjenta umieszczonego w oddziale detencyjnym sąd jest informowany nie rzadziej niż co 6 miesięcy drogą pisemną w postaci przesłanej przez kierownika zakładu psychiatrycznego opinii, sporządzonej zazwyczaj przez lekarza prowadzącego pacjenta i psychologa. Są oni obowiązani wypowiedzieć się w takiej pisemnej opinii nie tylko w kwestiach klinicznych, ale także w zakresie tego, czy obecny stan zdrowia pacjenta sprawia, że istnieje niebezpieczeństwo ponownego popełnienia przez niego czynu zabronionego. Ich wnioski stanowią jednocześnie sugestią dla sądu, czy detencję utrzymać, czy pacjenta zwolnić.

Decyzja o zakończeniu detencji podejmowana jest przez niezawisły sąd po analizie opinii i przedstawionych przez psychiatrów i psychologa wniosków dotyczących stanu zdrowia pacjenta, a także po ocenie zdolności chorego do samodzielnej egzystencji i kontynuacji leczenia w warunkach pozaszpitalnych w taki sposób, by nie doszło do zagrożenia zdrowia i życia. Sąd ponadto uwzględnia w swojej decyzji całokształt sytuacji faktycznej i prawnej chorego, historię jego zachowań kryminalnych i zagrażających życiu oraz możliwości skutecznej prewencji.

Zdarzają się decyzje sądów, które wbrew opinii lekarzy prowadzących pacjentów sądowych i wbrew opinii Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia odrzucają wniosek lekarzy o obniżenie poziomu zabezpieczenia z wzmocnionego na podstawowy, który jest etapem bezpośrednio poprzedzającym zakończenie detencji. Wynika z tego, że opinie psychiatryczne często mają ograniczony wpływ na samodzielne i niezawisłe decyzje sądów.

W kontekście problemu podejmowania decyzji o zakończeniu detencji warto także podkreślić, że leczenie psychiatryczne może być procesem niekończącym się i wymagającym permanentnego utrzymywania tzw. farmakologicznego kaftana bezpieczeństwa. Dodatkowo istnieją psychozy o tzw. lekoopornym przebiegu, w których mimo stosowanego leczenia neuroleptykami nie tylko nie zmniejszają się objawy choroby, ale także nie zmniejsza się zagrożenie dla bezpieczeństwa publicznego ze strony chorego, który w każdej chwili jest zdolny ponownie popełnić czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości. W tym wypadku sugerowane obniżenie wysokości

stawki przeznaczonej na leczenie (osobodzień) w miarę czasu trwania nieskutecznej terapii mogłoby doprowadzać do nagannego medycznie (aczkolwiek ekonomicznie wymuszanego) kończenia detencji osób niewyleczonych bądź jedynie podleczonech, ale nadal zagrażających sobie i innym.

Włączenie do terapii elementów resocjalizacyjnych i rehabilitacyjnych mających na celu przystosowanie się do życia poza szpitalem oraz uzasadniających wydanie opinii lekarskiej o niestwarzaniu zagrożenia popełnienia podobnego czynu jest możliwe jedynie wobec osoby zdrowej psychicznie albo na tyle podleczonej, by krytycznie i z pełnym wglądem odnosić się zarówno do swojej choroby, jak i możliwości podejmowania agresywnych zachowań antyspołecznych.

Zwolnienie z detencji następuje w przeważającej mierze z poziomu podstawowego oddziału sądowego, gdzie zazwyczaj trafiają sprawcy niepo czytalni, którzy popełnili czyn zagrożony karą grzywny lub ograniczenia wolności. Te przypadki, stanowiące większość orzekanych detencji, wzbudzają najwięcej kontrowersji – ze względu na określoną w art. 93b § 3 kk [2] zasadę proporcjonalności pozbawienia wolności do wagi popełnionego czynu, nierzadko naruszaną przez sądy. Warto pamiętać, że to niezawisły sąd, a nie psychiatra, podejmuje decyzję o umieszczeniu sprawcy w oddziale detencyjnym, po przeanalizowaniu całości materiału w sprawie, a nie tylko stanu klinicznego pacjenta, będącego przedmiotem opinii lekarskiej. Wieloletni czas pozostawania na detencji chorych, wobec nieproporcjonalności tego środka w stosunku do popełnionych czynów zagrożonych karą znacząco niższą, wynika najczęściej z konieczności stosowania dalszego leczenia w warunkach szpitalnych. Spowodowane jest to brakiem adekwatnego oparcia społecznego osób zwalnianych z detencji, co często prowadzi do szkodliwego zaprzestania leczenia w warunkach ambulatoryjnych, a tym samym wzrostu zagrożenia dla zdrowia i życia. Zakończenie detencji musi uwzględniać możliwości przystosowania się do samodzielnego życia osób chorych psychicznie po długotrwałym pobycie w szpitalu, w tym wykazywania samodzielnej i należytej troski o stan swojego zdrowia.

Oddziały o podstawowym poziomie zabezpieczenia to „zwykłe oddziały psychiatryczne” o finansowaniu zbliżonym do standardowego osobodnia. Stosowanie tu sugerowanego rachunku ekonomicznego, mającego wymóc motywację do podnoszenia „jakości terapeutycznej”, czyli mniejsze finansowanie leczenia w miarę upływu czasu trwania detencji, doprowadzić może do wypisywania ze szpitali (oddziałów o podstawowym poziomie zabezpieczenia) chorych terapeutycznie „wyleczonych” w stanie porównywalnym do pacjentów „niesądowych”. O ile jednak ci ostatni bardziej współpracują z rodzinami i poradniami ambulatoryjnymi, o tyle ta druga grupa chorych „sądowych”, choć w takim samym stopniu „wyleczonych”, ale wciąż stwarzających zagrożenie, trafia następnie do rodzin, gdzie to zagrożenie może zostać urzeczywistnione w sposób tragiczny. Pominięty może zostać element ryzyka stosowania przemocy wobec rodziny, który dotyczy ponad 90% przypadków tzw. gróźb karalnych, naruszania nietykalności cielesnej członków rodziny itp., wynikających z choroby psychicznej. Innymi słowy, mimo że zmniejsza się natężenie objawów choroby na tyle, by nie stosować hospitalizacji, nie zmniejsza się ryzyko zagrożenia przemocą, tak by można było zabezpieczenie przed nią stosować poza szpitalem, np.

w domu chorego. Potwierdzenie tego stanu rzeczy odnaleźć można w orzecznictwie ETPCz, który stwierdził, że sąd krajowy, decydując o zaprzestaniu trwającej izolacji w ramach środka zabezpieczającego, musi brać pod uwagę w równej mierze interes sprawcy czynu karalnego, jak również społeczności, do której sprawca ten wróci po zakończeniu detencji [10].

Przyszłość psychiatrii sądowej

Przyszłość psychiatrii sądowej to stopniowa zmiana modelu izolacyjnego na terapeutyczny z wykorzystaniem szczególnych możliwości środowiskowego nadzoru prewencyjnego. Psychiatria sądowa w Polsce nie może być obojętna wobec postępu i doświadczeń, jakie wynikają z rozwoju psychiatrii środowiskowej i technicznego monitorowania sprawców (elektroniczna kontrola miejsca pobytu). Skuteczność leczenia wynikająca z postępu psychofarmakologii również ma znaczenie i jej przyszłość w psychiatrii sądowej staje się bezdyskusyjna. Chodzi tu o wykorzystanie możliwości, jakie daje leczenie przeciwpsychotyczne lekami o przedłużonej formie uwalniania (LAI) [11].

Nowe rozwiązania powinny zakładać możliwość stopniowego przechodzenia od szpitalnej izolacji do wolnościowego nadzoru i terapii, realizowanych już w warunkach wolnościowych. Model taki musi przewidywać stopniowe odchodzenie od izolacji, ale także powrót do izolacyjnego rozwiązania, gdy pacjent „pogarsza się” zdrowotnie lub przestaje współpracować z lekarzami i terapeutami.

Reforma systemu prawa karnego sprzed dwóch lat (lipiec 2015 r.) stwarza takie możliwości, trzeba tylko podjąć trud konstruowania złożonych modeli, szerszej uwzględniających dorobek i możliwości psychiatrii środowiskowej. Stosowanie nowego modelu leczniczo-zabezpieczającego i przeniesienie go w znacznej części do środowiska pozaszpitalnego wymaga także nowych i wiarygodnych metod kontrolno-weryfikacyjnych. Wprowadzenie obowiązkowego stosowania nowych narzędzi oceniających ryzyko ponownego popełnienia czynu zabronionego doprowadzi do stworzenia oczekiwanych gwarancji. Za nowymi metodami oceny ryzyka będą postępowały uproszczone procedury diagnostyczne, opiniodawcze i gwarancyjne, a przede wszystkim skrócenie czasu izolacji szpitalnej do niezbędnego minimum. Trudno jednak na obecnym etapie zaakceptować pomysł ograniczania czasu pobytu i leczenia w oddziale detencyjnym jedynie ze względów finansowych.

Zmiany modelu finansowania psychiatrii sądowej

Uwzględniając opisane tu problemy związane ze specyfiką psychiatrii sądowej, w trosce o szczególne standardy postępowania z pacjentami pozostającymi na detencji, a także mając na względzie konieczność ochrony społeczeństwa przed zagrożeniem ze strony tychże chorych, którzy niedoleczeni i wciąż stwarzający zagrożenie mogliby opuścić szpital z przyczyn ekonomicznych (brak finansowania lub jego zmniejszenie), stwierdzić należy, że konieczne jest urealnienie nakładów na leczenie szpitalne pacjentów sądowo-psychiatrycznych w stosunku do kosztów. Niewątpliwie niezbędne

jest podniesienie stawki, a nie szukanie oszczędności w systemie psychiatrycznej detencji przy ograniczeniu środków na realizację równorzędnego celu, jakim jest, obok leczenia, zabezpieczenie.

Kwestia finansowania detencji psychiatrycznej wyłącznie za pomocą środków otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia, a przeznaczonych na leczenie, wzbudza do dziś kontrowersje ze względu na istnienie owego drugiego celu detencji, jakim jest zabezpieczenie, niewchodzące w skład żadnej z procedur medycznych. Efektem wieloletniej dyskusji w kręgu lekarzy praktyków oraz przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości jest koncepcja, aby część środków niezbędnych do realizacji detencji psychiatrycznej została delegowana z Ministerstwa Sprawiedliwości. Znalazła ona swoje odzwierciedlenie w oficjalnym stanowisku z 2016 r. Narodowej Rady Rozwoju Sekcji Ochrony Zdrowia, będącej gremium konsultacyjno-doradczym przy Prezydencie Rzeczypospolitej Polskiej. W informacji ze spotkania tejże Sekcji Ochrony Zdrowia w dniu 9 lutego 2016 r. poświęconego problemom zdrowia psychicznego i psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w przedstawionych rekomendacjach dla Ministra Zdrowia w punkcie 10. wskazano na potrzebę opracowania „zmiany modelu finansowania psychiatrii sądowej – delegacja budżetowa z Ministerstwa Sprawiedliwości”. Przerzucenie części kosztów z Ministerstwa Zdrowia na Ministerstwo Sprawiedliwości wydawać się może jedynie zabiegiem księgowym z punktu widzenia środków publicznych. Niemniej jednak stanowisko to stanowi dowód na to, że odmiennosc psychiatrii sądowej i jej cel zabezpieczający (oprócz leczniczego) wreszcie zostały dostrzeżone przez decydentów rozdziału środków publicznych.

Detencja sądowa chorych psychicznie realizuje bowiem cel państwa, jakim jest zapewnienie bezpieczeństwa publicznego w pierwszej i nadrzędnej kolejności, a w drugiej dopiero leczenie osoby w specjalnie stworzonych warunkach bezpieczeństwa, co generuje oczywiście wyższe koszty. Można także wyjść z założenia, że środek zabezpieczający jako realizacja prawomocnego orzeczenia sądowego, związany z pozbawieniem wolności poprzez przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym, powinien być traktowany (i finansowany) jako zadanie Ministerstwa Sprawiedliwości. Jest to jednak trudne, ponieważ detencja musi być realizowana w systemie leczniczym, a nie penitencjarnym.

Wnioski

1. Celowe delegowanie środków przeznaczonych na bezpieczeństwo publiczne z obszaru wymiaru sprawiedliwości do resortu zdrowia – na realizację szczególnego zadania zleconego, jakim jest detencja psychiatryczna, niewątpliwie wymaga wzmocnienia, a najlepiej umocowania ustawowego.
2. Istnieje konieczność wykorzystania nowych metod diagnostycznych ryzyka ponownego popełnienia czynu zabronionego o znacznej szkodliwości społecznej. Stosowanie narzędzi oceniających ryzyko powinno być obligatoryjne w imię pewności dowodu z opinii kwalifikujących pacjenta na wyższy lub niższy poziom zabezpieczenia lub całkowicie zwalniających z detencji.
3. Bieżące uwarunkowania społeczne i polityczne dotyczące psychiatrii, w szczególności psychiatrii sądowej, wymagają niekiedy bardzo szybkiej reakcji środowiska

i udzielenia odpowiedzi na stawiane pytania. Istnieje konieczność bieżącego usuwania wątpliwości, gdyż mogą one w szybkim czasie doprowadzić do błędnych wniosków i uogólnień.

Piśmiennictwo

1. Hajdukiewicz D, Heitzman J. *Nieuzasadnione zastosowanie środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(4): 649–656.
2. Kodeks karny z 6 czerwca 1997 r., Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.
3. Misztal-Konecka J, Konecki J. *Orzekanie w postępowaniu karnym o środku zabezpieczającym umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym*. Przegląd Sądowy 2007; listopad–grudzień: 118–130.
4. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).
5. Webster C, Douglas K, Eaves D, Hart S. *Assessing the risk of violence*. British Columbia: Mental Health, Law and Policy Institute; 1997.
6. Vries Robbe M, Vogel V, Stam J. *Protective factors for violence risk: the value for clinical practice*. Psychology 2012; 3(12A): 1259–1263, DOI: 10.4236/psych.2012.312A187.
7. Dell S, Robertson G, Parker E. *Detention in Broadmoor: Factors in length of stay*. Brit. J. Psychiatr. 1987; 150: 824–827.
8. Völlm B. *Characteristics and needs of long-stay patients in high and medium secure forensic psychiatric care: Implications for service organisation*. Presented at International Association of Forensic Mental Health Services Annual Conference 2015, Manchester, UK.
9. Sampson S, Edworthy R, Völlm B, Bulten E. *Long-term forensic health services: An exploratory comparison of 18 European countries*. Int. J. Forensic Ment. 2016, [http://doi: 10.1080/14999013.2016.1221484](http://doi.org/10.1080/14999013.2016.1221484).
10. Orzeczenie ETPCz w sprawie *Johnson przeciwko Wielkiej Brytanii* z dn. 14 października 1997 r., skarga nr 22520/93. W: Nowicki MA. *Europejski Trybunał Praw Człowieka – orzecznictwo*, t. 2: *Prawo do życia i inne prawa*. Kraków; 2002, s. 340.
11. Jarema M, Bieńkowski P, Heitzman J, Parnowski T, Rybakowski J. *Palmitynian paliperidonu: skuteczność, bezpieczeństwo stosowania i miejsce w leczeniu schizofrenii (Paliperidone palmitate: Effectiveness, safety, and the use for treatment of schizophrenia)*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(1): 7–21, <http://doi.org/10.12740/PP/64581>.

Adres: Janusz Heitzman
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Klinika Psychiatrii Sądowej
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 23.06.2017

Zrecenzowano: 12.07.2017

Otrzymano po poprawie: 19.07.2017

Przyjęto do druku: 21.07.2017