

FUNKCJONOWANIE IZB WYTRZEŹWIEN W POLSCE

Justyna Żulewska-Sak

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

SOBERING-UP STATIONS: POLISH EXPERIENCES

ABSTRACT – The author presents a history of sobering-up stations, which were founded as early as in the 1950s in Poland to protect drunken individuals from various risks and to offer them minimal medical care. Those persons “who are giving an evil example in a public place and work place; or remain in circumstances that may put their (or others’) life and health in danger”, can be brought to a sobering-up station or to a public health care services or to their place of permanent or current residence. The author reviews numerous reports that describe situation in the sobering-up stations, especially concerning their human rights records, provides statistical data and finally her own observations made during a visit in one of the sobering-up station.

Key words: sobering-up stations, public drunkenness, alcohol abuse.

STRESZCZENIE – Autorka przedstawia historię funkcjonowania izb wytrzeźwień w Polsce korzystając z literatury przedmiotu. Izby wytrzeźwień powstały w latach 50. w Polsce i w Czechosłowacji i do dziś nie mają odpowiednika w krajach zachodnich. Obecnie spełniają rolę medyczno-opiekuńczą. Autor omawia raporty dotyczące sytuacji w izbach wytrzeźwień – szczególnie pod kątem przestrzegania praw człowieka m.in. braku w Polsce sądowej kontroli legalności zatrzymań. Przedstawiono również wniośki płynące z własnych obserwacji poczynionych w czasie wizyty w jednej z placówek. Artykuł zawiera również dane statystyczne dotyczące liczby izb wytrzeźwień oraz liczby ich klientów zebrane z dwóch źródeł: Komendy Głównej Policji oraz Stowarzyszenia Dyrektorów oraz Głównych Księgowych Izb Wytrzeźwień. W roku 2001 w 53 izbach zatrzymano do wytrzeźwienia około 250 tys. osób.

Słowa kluczowe: izby wytrzeźwień, nietrzeźwość publiczna, nadużywanie alkoholu.

WSTĘP

W okresie przed II Wojną Światową osobami nietrzeźwymi, znajdującymi się w miejscach publicznych, zajmowała się w Polsce policja. Jako wykroczenie traktowano już samo znajdowanie się w miejscu publicznym w stanie nietrzeźwym (I). Podobne ustawodawstwo miało wówczas wiele innych państw, m.in. Związek Radziecki, Francja, Szwecja (1:141). „Koncepcja zorganizowania izb wytrzeźwień powstała na skutek zdarzających się zgonów wśród osób nietrzeźwych, zatrzymywanych przez milicję w aresztach w związku z zakłócaniem porządku publicznego. Niektóre z tych osób w wyniku ciężkiego zatrucia alkoholem lub urazów wymagały pomocy medycznej, której komisariat MO nie był w stanie udzielić” (2:47).

Izby wytrzeźwień powołano w Polsce w 1956 roku. W historii powojennej Polski były one bardzo nowoczesną instytucją ograniczającą karno-represyjny charakter zatrzymań za pijaństwo i tak były wówczas postrzegane. Ich celem była „ochrona porządku publicznego przed różnego rodzaju zakłóceniami go przez osoby znajdujące się w stanie nietrzeźwości oraz ochrona samych nietrzeźwych osób przed możliwością stania się ofiarami przestępstw” (3:7). W latach sześćdziesiątych Andrzej Świącicki dzielił reakcję społeczną wobec nietrzeźwości publicznej na dwa systemy: system amerykański, nazwany potem systemem represji i – w odróżnieniu od niego – system polski, nazwany potem systemem izb wytrzeźwień (4:184, 1:142). W książce „Alkohol. Zagadnienia polityki społecznej” Świącicki przytacza fragmenty raportu komisji powołanej przez rząd federalny USA w 1967 roku i jej krytyczny stosunek do represyjnego systemu obowiązującego wówczas w USA. W raporcie znalazł się m.in. rozdział Davida Pittmana „Nietrzeźwość w miejscach publicznych oraz przestępstwa alkoholizmu w społeczeństwie amerykańskim”. Pisał on: „Izby wytrzeźwień stały się integralną częścią systemu walki z alkoholizmem w Polsce i Czechosłowacji. Tak na przykład w Warszawie każdy pijak spotykany na ulicy albo leżący na chodniku jest zabierany przez milicję do izby wytrzeźwień. (...) Izby wytrzeźwień starają się o leczenie i szybkie wykrywanie ostrego alkoholizmu. (...) Utworzenie izb wytrzeźwień w większych ośrodkach Ameryki byłoby wielkim krokiem naprzód.” (4:187-188).

Blisko półwieczna historia izb wytrzeźwień związana jest z daleko posuniętymi reformami tej instytucji, próbami dostosowania jej do zmieniającej się rzeczywistości. Jednak na początku lat dziewięćdziesiątych eksperci pisali: „Trudno powiedzieć, czym jest dziś izba wytrzeźwień: nie zajmuje się detoksykacją, wiele z nich nie jest w stanie udzielić pierwszej pomocy w ostrym zatruciu, ponieważ nie posiada odpowiedniego, podstawowego wyposażenia. W zasadzie służy ona celom porządkowym” (2:49).

W moim artykule postaram się odpowiedzieć na pytanie, jaką funkcję pełniły izby wytrzeźwień w latach 90., w jakim stopniu wypełniały zadania nałożone na nie przez ustawę i w jakim kierunku rozwijają się na przebiegu XXI wieku.

Do określenia funkcji i zadań izb wytrzeźwień posłużyły mi odpowiednie akty prawne z lat 1931-2002. Dane statystyczne prezentowane w tej pracy zaczerpnęłam

z wcześniejszych opracowań. Nie udało mi się w pełni uzyskać danych dotyczących ostatniego dziesięciolecia. Prezentowane liczby dają jedynie generalny obraz zjawiska nie wyczerpując zagadnienia. Do opisu stanu izb w latach 90. wykorzystałam badania i ekspertyzy prowadzone w latach dziewięćdziesiątych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Rzecznika Praw Obywatelskich, jak też artykuły z czasopism fachowych z tego okresu. Kierunek, w jakim rozwijają się izby wytrzeźwień, określiłam na podstawie analizy treści dokumentów prawnych i opisywanej w raportach z badań sytuacji izb w latach dziewięćdziesiątych oraz na podstawie 16-godzinnej obserwacji jednej z placówek, w kwietniu i maju 2003 r.

STAN PRAWNY

Lata 1956-1981

Izby wytrzeźwień powstały w Polsce na mocy ustawy z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu. Art. 7 tej ustawy stanowił:

„1. Osoby w stanie nietrzeźwym, które zachowaniem swoim dają powód do zgorzenia w miejscach publicznych, mogą zostać doprowadzone do izb wytrzeźwień, gdzie przebywają aż do wytrzeźwienia” (II)

Do określenia zasad organizacji izb wytrzeźwień zobowiązano Ministra Spraw Wewnętrznych, działającego w porozumieniu z Ministrem Zdrowia.

Na izby wytrzeźwień nałożono następujące zadania:

1. izolowanie osób nietrzeźwych do czasu ich wytrzeźwienia,
2. udzielanie osobom przyjętym do izb świadczeń higieniczno-sanitarnych,
3. udzielanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach,
4. uświadamianie o szkodliwości nadużywania napojów alkoholowych” (III).

Na mocy kolejnej ustawy o zwalczaniu alkoholizmu z 1959 r. możliwe stało się doprowadzenie do izb wytrzeźwień osób nietrzeźwych, znajdujących się w zakładzie pracy. Określono też maksymalny czas pobytu w izbie – 24 godziny. Utworzenie izb stało się obowiązkowe w miastach liczących ponad 100 000 mieszkańców – zadanie to powierzono radom narodowym, a więc organom władzy terenowej. Rady miały sprawować bezpośredni nadzór nad działalnością izb poprzez wydziały spraw wewnętrznych oraz wydziały zdrowia i opieki społecznej (IV). Ustawa ta obowiązywała przez 24 lata. Jednak rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z 1961 r. wprowadziło istotne zmiany. Poszerzono krąg osób, które mogą być przyjęte do izby, o osoby „znajdujące się w miejscu publicznym w stanie nietrzeźwości zagrażającym ich zdrowiu lub narażającym ich na inne niebezpieczeństwo”. Uzupełniono zadania nałożone na izby o „nakłanianie nałogowych alkoholików do prowadzenia leczenia odwykowego”. Określono zakres współpracy izb z „instytucjami i organizacjami społecznymi mającymi na celu zwalczanie alkoholizmu i jego skutków, jak też moralnego zaniedbania i przestępczości wśród nieletnich” (V). Zmiany te wskazują na stopniowy wzrost znaczenia funkcji opiekuńczo-leczniczej w izbach.

Lata 1982-2003

Kolejne istotne modyfikacje przyniosła ustawa z dnia 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (VI).

Art. 40 ustawy stanowi:

„Osoby w stanie nietrzeźwości, które swoim zachowaniem dają powód do zgorznięcia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do izby wytrzeźwień, zakładu opieki zdrowotnej lub innej właściwej placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego albo do miejsca zamieszkania lub pobytu. W razie braku izby wytrzeźwień osoby takie mogą być doprowadzone do jednostki policji. Osoby doprowadzone do izby wytrzeźwień lub jednostki policji pozostają tam aż do wytrzeźwienia, nie dłużej niż 24 godziny. Osoby do lat 18 umieszcza się w odrębnych pomieszczeniach, oddzielnie od osób dorosłych.” (VI).

Jak widać, ustawa przewiduje gradację zachowań wobec osób nietrzeźwych – mogą być one doprowadzone do izby wytrzeźwień lub publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jeśli istnieją wskazania do hospitalizacji, albo do miejsca zamieszkania lub pobytu, jeżeli istnieją takie możliwości, a osoba w stanie nietrzeźwości nie stwarza zagrożenia dla otoczenia.

Osoby nietrzeźwe mogą być doprowadzone do izby wytrzeźwień przez funkcjonariuszy policji, pracowników izby lub inne osoby, co w tym przypadku najczęściej oznacza działania podejmowane przez straż miejską/gminną, której obowiązek doprowadzania osób nietrzeźwych do izby został określony w art. 11 pkt. 7 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o strażach gminnych (VII).

Izby świadczą szereg usług zgodnie z nałożonymi na nie przez ustawę zadaniami:

1. Opieka nad osobami w stanie nietrzeźwości,
2. Udzielanie osobom w stanie nietrzeźwości świadczeń higieniczno-sanitarnych,
3. Udzielanie osobom w stanie nietrzeźwości pierwszej pomocy w nagłych wypadkach,
4. Informowanie osób opuszczających izbę o szkodliwości nadużywania napojów alkoholowych,
5. Nakłanianie osób uzależnionych od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu, łącznie z wydaniem przez lekarza izby skierowań na leczenie odwykowe dla osób wyrażających na to zgodę,
6. Prowadzenie detoksykacji dla osób wyrażających na to zgodę, jeżeli izba posiada stosowne pomieszczenie, urządzenia, wyposażenie i odpowiednio wykwalifikowany personel.

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi mówi też, o konieczności zatrudnienia specjalisty w dziedzinie terapii uzależnień oraz współdziałaniu z właściwymi komisjami do spraw przeciwdziałania alkoholizmowi, poradniami odwykowymi, zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, policją oraz innymi instytucjami i organizacjami społecznymi, których działalność ma na celu

przeciwdziałanie alkoholizmowi i jego skutkom, jak też demoralizacji i przestępczości nieletnich tak, aby realizacja wymienionych w ustawie zadań odbywała się w sposób profesjonalny.

Zgodnie z ustawą nadzór nad izbami wytrzeźwień przekazany został z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Ministerstwa Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska (VI). Jednak Ministerstwo to uległo likwidacji w roku 1985 – kompetencje tego resortu w zakresie izb wytrzeźwień trafiły do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Kwestia przekazania tych placówek MZiOS była postulowana już w latach siedemdziesiątych. Ówczesny wiceminister spraw wewnętrznych w wywiadzie opublikowanym na łamach *Problemów Alkoholizmu* stwierdził: „Izby wytrzeźwień powinny się znaleźć w gestii resortu Zdrowia i Opieki Społecznej. Tam jest ich najwłaściwsze miejsce. (...) Charakter tej instytucji, jej cele, środki działania wskazują na znacznie silniejszy związek z tamtym resortem. (...) Uważam, że przejście izb wytrzeźwień wynikałoby z samej logiki, z najlepiej pojętego interesu społecznego.” (5:9). Dzięki temu przesunięciu izby wytrzeźwień miały szansę stać się trwałym elementem polskiego systemu leczenia odwykowego.

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zadanie organizowania i prowadzenia izb wytrzeźwień powierzyła organom administracji rządowej. W 1990 zadanie to przekazano ponownie gminom, a więc samorządowi. Obowiązek ich tworzenia nałożono na miasta powyżej 50 000 mieszkańców (VI, VIII). Obowiązek ten został zniesiony w 1999 roku. Obecnie ustawa wyłącznie sugeruje tworzenie izb wytrzeźwień (IX).

Pobyt w izbie wytrzeźwień od początku istnienia tych placówek był odpłatny i koszt tego pobytu był zawsze relatywnie wysoki. W ten sposób wyrażała się represyjna funkcja izb wytrzeźwień (3:7). Z raportu Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że pomimo opłat kondycja finansowa izb jest zła i w zasadzie nie mogą się one utrzymać bez dotacji. W roku 1995 średni koszt pobytu stanowił 30% najniższego wynagrodzenia i 17% przeciętnego. Jego ściągalność kształtowała się w granicach 36%. Według pracowników izb pobyt w nich powinien być bezpłatny, ponieważ osoby tam trafiające wywodzą się najczęściej z najbiedniejszych warstw społeczeństwa (6:32).

Do niedawna przepisy prawne nie ustanawiały żadnego trybu sądowego odwołania od decyzji o umieszczeniu w izbie wytrzeźwień. Dopiero zgodnie z nowelizacją ustawy z 1982 r. przeprowadzoną w roku 2001 (art. 40, pkt 3):

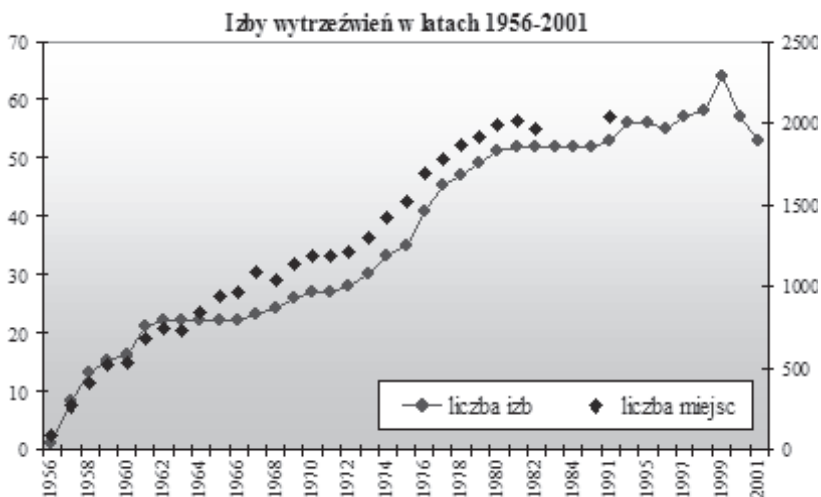
„Osobie doprowadzonej do izby wytrzeźwień, jednostki Policji, zakładu opieki zdrowotnej lub innej właściwej placówki (...) w warunkach, o których mowa w ust. 1, przysługuje zażalenie do sądu. (...) Zażalenie przekazuje się sądowi rejonowemu miejsca doprowadzenia lub zatrzymania w terminie 7 dni od daty doprowadzenia bądź zatrzymania. Do rozpoznania zażalenia stosuje się przepisy Kodeksu postępowania karnego. W przypadku stwierdzenia bezzasadności lub nielegalności doprowadzenia lub zatrzymania albo poważnych nieprawidłowości związanych z ich wykonywaniem sąd rejonowy zawiadamia o tym prokuratora i organy przełożone nad organami, które dokonały doprowadzenia bądź zatrzymania.” (X). Brak tych przepisów stanowił naruszenie praw zawartych w Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw

Człowieka i Podstawowych Wolności, zgodnie z którą każdej osobie pozbawionej wolności musi przysługiwać prawo odwołania się do sądu w celu ustalenia legalności zatrzymania. O nowelizację ustawy w tej kwestii walczył od 1995 roku Rzecznik Praw Obywatelskich (7). Jednak rozwiązania te zgodne były z art. 87, ust.1 Konstytucji z 22 lipca 1952, który mówił, że zatrzymanie „może nastąpić tylko w przypadkach określonych ustawą” (XI). Dopiero Konstytucja z 2 kwietnia 1997 w art. 41, ust.2 wprowadziła zapis mówiący, że „każdy pozbawiony wolności nie na podstawie wyroku sądowego ma prawo odwołania się do sądu w celu niezwłocznego ustalenia legalności tego pozbawienia” (XII). Innymi słowy, brak regulacji dotyczącej sądowego kwestionowania legalności zatrzymania nie naruszał gwarantowanych przez Konstytucję praw obywateli polskich, aż do momentu wejścia w życie nowej Konstytucji RP.

STATYSTYKI IZB WYTRZEŹWIEN

Występują trudności w zakresie uzyskania pełnych i rzetelnych danych o liczbie izb wytrzeźwień w poszczególnych latach oraz o liczbie miejsc, którymi dysponowały. Dane te trafiały do różnych resortów, zmieniały się sposoby ich gromadzenia. Obecnie Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej nie gromadzi danych dotyczących funkcjonowania izb wytrzeźwień. Placówki zbierają je i przesyłają do Stowarzyszenia Dyrektorów i Głównych Księgowych Izb Wytrzeźwień. Nie określono jednak żadnych wytycznych dotyczących sposobu gromadzenia danych. Komenda Główna Policji zbiera wyłącznie dane dotyczące liczby osób zatrzymanych do wytrzeźwienia oraz liczby osób, które policja dowiozła do izby.

Przez ponad 20 lat obserwujemy stały wzrost liczby izb wytrzeźwień, a tym samym ich dostępności. Na początku lat osiemdziesiątych ich liczba zatrzymała się

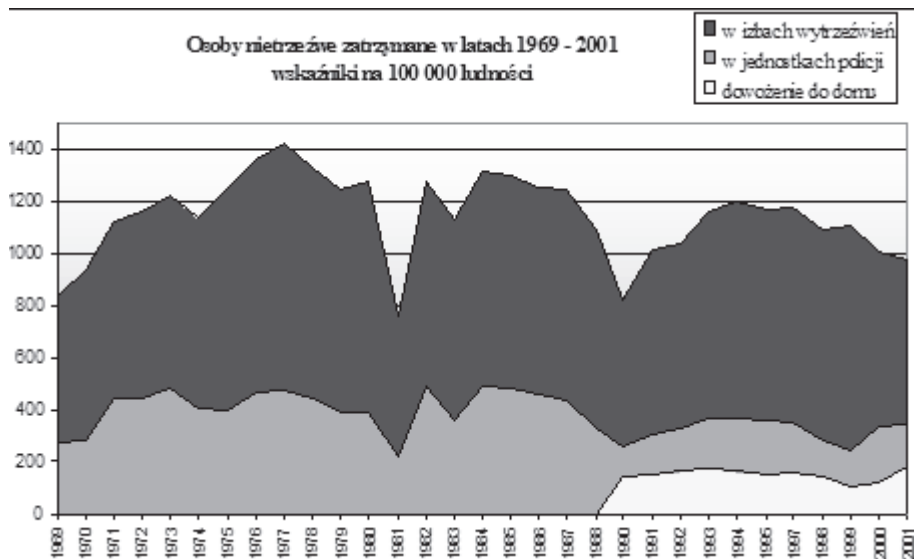


Ryc. 1. Liczba izb wytrzeźwień i miejsc, jakimi dysponowały w latach 1956-2001.
•ródła: 1956-1993 (6) 1994-2001 PARPA.

niewo powyżej 50 i pomimo prób zwiększenia jej w kolejnym dziesięcioleciu – nawet do 64 w roku 1999, w roku 2001 ich liczba spadła do 53. Przez ostatnie 20 lat można mówić o stabilizacji w zakresie dostępności izb wytrzeźwień. Lata 2000-2001 zwiastują trend spadkowy.

Zmiana dotycząca wielkości miast, w których powinny być tworzone izby, wprowadzona przez ustawę z 1982 roku, nie wpłynęła na zwiększenie ich liczby. Począwszy od 1982 roku aż do zniesienia obowiązku ich tworzenia w 1999, izb było znacznie mniej, niż wynikało to z nakazu ustawy. W roku 1985 obowiązek utworzenia izby został spełniony w odniesieniu do 63% miast, w roku 1995 podobnie – w odniesieniu do 60%. W pozostałych miejscowościach – z braku izby – osoby nietrzeźwe policja zatrzymuje w aresztach.

Wykres 2 zawiera trzy rodzaje danych: dane dotyczące liczby osób zatrzymanych w izbach wytrzeźwień, dane dotyczące aktywności policji w zakresie zatrzymań osób



Ryc. 2. Liczba zatrzymań w izbach wytrzeźwień i w jednostkach policji w latach 1969-2001 oraz liczba osób nietrzeźwych dowiezionych do domu przez policję w latach 1989-2001.

•ródła: 1969-1976 (8:94), 1976-1988 (9:79), 1989-1993 (6:12,13), 1994-2001 (PARPA).

nietrzeźwych w aresztach policyjnych oraz liczbę osób dowiezionych do domu w związku z nietrzeźwością. Prezentowane dane należałoby uzupełnić liczbą osób dowożonych do publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz danymi straży gminnych, które od roku 1997 zajmują się dowożeniem osób nietrzeźwych. Ze względu na te ograniczenia prezentowane dane nie stanowią pełnego obrazu nietrzeźwości publicznej w Polsce, jednak w znacznym stopniu obrazują skalę zjawiska. W 1993 r. blisko 450 000 osób zostało zatrzymanych w związku z nietrzeźwością i zakłóceniami porządku publicznego lub zagrożeniem życia (własnego bądź innych osób). 68% trafiło do izb wytrzeźwień, 17% do aresztu policyjnego, a 15% zostało dowiezione

przez policję do miejsca zamieszkania. W roku 2001 zatrzymano blisko 380 000 osób. Do izb wytrzeźwień trafiło 65%, 17% zatrzymano w jednostkach policji, 18% odwieziono do domu. Pomimo zmieniającej się liczby osób zatrzymanych, proporcje te w zasadzie nie ulegają zmianie.

Wzrost widoczny w latach 1969-1980 związany jest zarówno ze zwiększeniem spożycia alkoholu w tym okresie, jak też z rosnącą dostępnością izb. W latach 1969-1980 ich liczba zwiększyła się dwukrotnie z 26 do 51.

Spadek zatrzymań w 1981 r. i 1983 r. odnotowano zarówno w izbach, jak i jednostkach policji. Lata 1981-1982 to okres wyraźnego spadku konsumpcji alkoholu w Polsce. Konsumpcja spadła wówczas z 8,4 litra w 1980 do 6,4 litra w 1981 i 6,1 litra czystego alkoholu na głowę w 1982 (10:83-104). Wydaje się, że na spadek liczby zatrzymanych w izbach w 1981 wpłynęło również znaczne obniżenie aktywności milicji w zakresie zwalczania alkoholizmu, związane z zaangażowaniem w wydarzenia polityczne w kraju. Wzrostem jej aktywności, związanym z wprowadzeniem stanu wojennego w Polsce, można tłumaczyć wzrost zatrzymań w 1982 r., odnotowany pomimo dalszego spadku konsumpcji (11:56). W latach 1984-1988 obserwujemy stabilizację trendu na poziomie około 1250 zatrzymań na 100 000 ludności.

Spadek odnotowany w 1990 r. związany jest ze zmianami ustrojowymi w Polsce, początkiem okresu transformacji, dezorganizacją pracy policji. W roku 1990 liczba zatrzymań w jednostkach policji wyraźnie spada w porównaniu z poprzednim dziesięcioleciem i stabilizuje się na podobnym poziomie w kolejnych latach.

W latach 1990-1993 liczba osób zatrzymywanych w izbach wytrzeźwień pomimo spadku w roku 1990, rośnie systematycznie i powraca do stanu z lat osiemdziesiątych. Wzrost ten prawdopodobnie związany jest z gwałtownym wzrostem spożycia alkoholu w Polsce w latach 1989-1992. Z badań prowadzonych w tym okresie wynika, że konsumpcja alkoholu wzrosła z 6,8 litrów w 1988 do poziomu około 10 litrów czystego alkoholu na głowę (10:83-104). W latach 1993-1999 trend stabilizuje się na poziomie 820 zatrzymań w izbach na 100 000 ludności. Spadek w latach 2000-2001 prawdopodobnie związany jest ze spadkiem dostępności izb w ostatnich latach – ich liczba spadła z 64 w 1999 do 53 w 2001 r.

Ujmując całościowo te trzy rodzaje zatrzymań osób nietrzeźwych – w izbach wytrzeźwień, w jednostkach policji oraz w celu dowiezienia do miejsca zamieszkania, można powiedzieć, że obraz nietrzeźwości publicznej w ciągu ostatnich 20 lat nie zmienił się znacząco. Wyjątek stanowią okresy szczególnie ze względu na poziom konsumpcji alkoholu czy aktywność policji.

REALIZACJA ZADAŃ

Opieka nad osobami w stanie nietrzeźwości

Pomieszczenia, w których przebywają osoby w stanie nietrzeźwości powinny podlegać stałej kontroli przez uprawnionych pracowników izby. Dodatkowo izba powinna posiadać wyodrębnione pomieszczenia dla osób, których zachowanie stwarza

poważne zagrożenie dla ich zdrowia i życia lub życia innych osób przebywających w izbie (XIII). Z raportu Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że najczęściej praktykowanym systemem sygnalizowania przez pacjentów potrzeb lub niebezpieczeństwa jest pukanie w drzwi. Często nie zdaje on egzaminu: pracownik nie słyszy sygnału w związku z pochłonięciem innymi zajęciami (np. przyjmowaniem nowego pacjenta) czy też przebywaniem w innej części budynku, lub czasem na innej kondygnacji (6:22, 26-28). „Stan nietrzeźwości to, w określonym zakresie, stan ograniczenia, a czasem nawet zniesienia poczytalności. (...) Z tych względów, nie mówiąc już o „zwykłej” agresji części pijanych, pensjonariusze izb wytrzeźwień mogą być wzajemnie bardzo niebezpieczni. Dlatego obecne rozwiązania, zmierzające do zapobieżenia ekscesom na wskazanym tle, należy uznać za drastycznie niewystarczające.” (6:40-41). Z badań prowadzonych w 1991 roku wynikało, że w 96% izb wydzielono pomieszczenia dla osób stwarzających zagrożenie (12:148).

Osobną kwestią są zatrzymania małoletnich. O umieszczeniu ich w izbie zawiadamia się Sąd Opiekuńczy oraz rodziców lub opiekunów. Zadaniem tych ostatnich jest odebranie małoletniego z izby po wytrzeźwieniu – w sytuacji niezgłoszenia się, izba musi przekazać go pogotowiu opiekuńczemu lub policyjnej izbie dziecka. Izby powinny dysponować wydzielonymi pomieszczeniami dla osób małoletnich. W badaniach prowadzonych w 1991 r. stwierdzono, że wszystkie placówki przyjmowały osoby poniżej 18 roku życia, jednak pomieszczenia dla małoletnich wydzielono w 94% izb (12:148).

Informowanie o szkodliwości nadużywania napojów alkoholowych i nakłanianie osób uzależnionych do poddania się leczeniu odwykowemu

Izby wytrzeźwień można uznać za szczególne miejsca pierwszego kontaktu z osobami, których picie uznać można za problemowe. Zadaniem izb jest informowanie osób opuszczających izbę o szkodliwości nadużywania napojów alkoholowych. Rozmowę profilaktyczno-wychowawczą z osobą zwalnianą z izby powinien przeprowadzić dyrektor izby lub pracownik przez niego wyznaczony (XIII).

Trudne do przewidzenia są pozytywne efekty rozmów profilaktycznych ze zwalnianymi – „opuszczają oni izbę na ogół w złej kondycji psychicznej i fizycznej, bo odczuwają jeszcze silne skutki pijaństwa. Poza tym zwykle oburzają się, że dużo muszą zapłacić za pobyt(...), mają pretensje do policji (...), odgrażają się bliskim (...)” (6: 20). Wskazywał też na to raport Instytutu Psychiatrii i Neurologii – „Osoby, które spędziły noc w izbie są wypisywane w stanie ostrego zespołu abstynencyjnego w godzinach rannych. (...) Znaczna część po opuszczeniu izby sięga po alkohol w celu złagodzenia objawów związanych z zespołem odstawienia” (12:140). Rzecznik Praw Obywatelskich wskazywał na brak standardów dotyczących stanu psychofizycznego osób zwalnianych z izby (6: 20-21).

Przepisy mówią, że „dla właściwego realizowania powyższych zadań izba powinna zatrudniać specjalistę w dziedzinie terapii uzależnień” (XIII).

Z badań prowadzonych na początku lat dziewięćdziesiątych wynika, że większość lekarzy pracujących w izbach nie miało wystarczających kwalifikacji do przeprowa-

dzenia diagnozy alkoholizmu i nakłaniania pacjentów izb do podjęcia leczenia. „Zatrudnieni lekarze są specjalistami w najróżniejszych dziedzinach, zaledwie około 20% z nich zostało przeszkolonych w zagadnieniach alkoholizmu (diagnostyka, leczenie)” (2:48). Kwestię braku oferty szkoleniowej dla pracowników izb poruszali dyrektorzy izb wytrzeźwień na łamach *Problemów Alkoholizmu* (13:5).

Z badań wynika, że lepiej wygląda działalność izb wytrzeźwień w zakresie współpracy z placówkami leczenia odwykowego, grupami Anonimowych Alkoholików i podobnymi instytucjami. Polega ona na kierowaniu pacjentów na leczenie, przekazywaniu informacji o nich, organizowaniu spotkań grup AA na terenie izb. Zdarzają się sytuacje, gdzie w ramach współpracy organizuje się wspólne szkolenia personelu, wymianę doświadczeń (12:151-152).

IZBA WYTRZE•WIEN – OBSERWACJE WŁASNE

Poniżej przedstawiono charakterystykę jednej z izb wytrzeźwień, obsługującej około 15% klientów izb w naszym kraju.

Charakterystyka zatrzymanych

Ponad połowa przebywających w izbie to osoby w wieku 30-49 lat, około 20% stanowią osoby młodsze, podobną grupę zatrzymanych stanowią osoby po 50 roku życia. Odsetek nieletnich wynosi 1%. Najmłodszy pacjent izby w ubiegłym roku mieli zaledwie 12 lat.

Osoby, które w 2002 roku pojawiały się w izbie trzy lub więcej razy stanowiły 18% ogółu zatrzymanych, w 1993 roku odsetek ten wynosił 5%, czyli 3,5 razy mniej. Może to świadczyć o pogłębiającej się marginalizacji osób nadużywających alkoholu. Większość zatrzymanych w izbie stanowią bezrobotni (w 2002 r. 76%).

Warunki lokalowe

Izba dysponuje 139 miejscami. Składa się z 24 pięcio- do siedmioosobowych sal pobytowych. Ich przeznaczenie jest regulowane w zależności od potrzeb, ale generalnie wydzielono 2 sale kobiece, 2 sale dla nieletnich (1 dla nieletnich dziewcząt, druga dla chłopców), 2 sale dla osób w wieku podeszłym, 2 sale dla osób szczególnie zaniedbanych, 2 sale dla osób w stanie ciężkim oraz 2 sale dla osób stwarzających szczególne zagrożenie. Sale zamykane są od strony korytarza, w każdych drzwiach znajduje się okienko umożliwiające kontrolowanie sali bez otwierania drzwi, w każdej zamontowano świetlno-dźwiękowy system alarmowania. Łóżka są przymocowane do podłogi, na każdym z nich znajduje się czysta pościel, w każdej z sal znajduje się toaleta. W salach dla osób szczególnie zaniedbanych pacjenci śpią w koszulach jednorazowych i w jednorazowej pościeli, pomieszczenia te są szczególnie często dezynfekowane, stosuje się tam lampy bakteriobójcze. Izba jest w pełni

wyposażona medycznie – posiada sprzęt reanimacyjny, urządzenia do badania poziomu nietrzeźwości, sprzęt do EKG, defibrylator, wyposażone laboratorium.

Warunki kadrowe

Pracownicy izby pracują w systemie dwuzmianowym – 7.00-19.00 i 19.00-7.00. Na zmianie dziennej pracuje zawsze 1 lekarz i 1 pielęgniarka, na zmianie nocnej 2 lekarzy i 1-2 pielęgniarki. Generalnie na jednej zmianie pracuje około 11-12 osób. Poza personelem medycznym i psychologiem, są to osoby przyjmujące depozyty, obsługujące rozbieralnie, osoby monitorujące stan zdrowia pacjentów umieszczonych w izbie, porządkowi.

Duży nacisk położono na różnego rodzaju szkolenia dla personelu. Prowadzi się je m.in. w celu zapobiegania błędom i nadużyciom ze strony pracowników. Obejmowały one poza zagadnieniami nadużywania alkoholu i uzależnienia m. in. tematykę przestrzegania praw człowieka, omawiały wpływ środowiska pracy na zmiany dezadaptacyjne u pracowników izby, uczyły profesjonalnego użycia siły w stosunku do pacjentów agresywnych i opornych czy udzielania pierwszej pomocy w przypadku zagrożenia życia.

Rozmowy profilaktyczno-wychowawcze przeprowadza psycholog, głównie z małoletnimi oraz pacjentami szczególnie wymagającymi interwencji lub na wyraźną prośbę zatrzymanego w izbie. W przypadku pobytu w izbie osoby poniżej 18 roku życia nie zawsze zawiadamia się Sąd Opiekuńczy: jeśli rodzice wykazują się dużym zainteresowaniem i troską – odstępuje się od tego. Izba posiada własny, odpłatny oddział detoksykacyjny, współpracuje też z umieszczonym w tym samym budynku ośrodkiem odwykowym oraz z takimi instytucjami i organizacjami, jak Gminne i Miejskie Agencje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawskie Stowarzyszenie Abstynenckie, Sąd Rodzinny, Policja, Prokuratura, Straż Miejska, Służby Medyczne.

OPLATY

Pobyt w izbie kosztuje 230pln, jeśli pacjent wyraża chęć może zostać umieszczony w oddziale detoksykacyjnym, gdzie 5-dniowy pobyt kosztuje 450 złotych. Dyrektor izby uważa, że pobyt w izbie nie powinien stać się bezpłatny – wobec niektórych grup klientów wymaganie poniesienia kosztów związanych z pobytem w izbie uznaje za celowe. Jednocześnie chciałby zapewnić bezpłatne miejsca w oddziale detoksykacyjnym osobom, które nie są w stanie za ten pobyt zapłacić. Obecnie izba jest jednostką budżetową, ściagalność opłat wynosi około 20%.

Respektowanie praw pacjenta

Pracownicy izby wiedzą, że każdy pacjent wymaga godnego, humanitarnego traktowania, każdemu z nich przysługuje pomoc, opieka medyczna, łóżko z czystą pościelą, kawa zbożowa i kapiel, jeśli sobie tego zażyczą. Jednocześnie pacjent izby

wytrzeźwień to trudny pacjent, często wulgarny, agresywny, brudny i zaniedbany. Pracownicy izby rozróżniają trzy najtrudniejsze grupy osób trafiających do izby: „leżaki” – osoby, które zostały przywiezione do izby nieprzytomne, w związku z głębokim upojeniem alkoholowym i spaniem na ławce, trawniku, ulicy itp.; „nurki” – osoby, utrzymujące się głównie ze sprzedaży przedmiotów, które znajdują w śmietnikach i tam często znalezione w stanie nietrzeźwym; „trole” – osoby, które w wyniku długotrwałego nadużywania alkoholu mają charakterystyczne zniekształcenia twarzy (guzy, wrzody, krzywy nos, braki w uzębieniu).

Praca w izbie jest zadaniem trudnym i niewdzięcznym – wymaga umiejętności nawiązywania kontaktu z nietrzeźwym klientem, cierpliwości, dużej odporności psychicznej i umiejętności szybkiego reagowania. Praca ta daje też specyficzne poczucie władzy nad nietrzeźwym pacjentem. Stwarza to pole do nadużyć – zapobieganie im, jest ważnym i koniecznym zadaniem izb. Stąd starania dyrekcji izby o fundusze na monitoring pomieszczeń, w których przyjmowani są pacjenci oraz sal pobytowych, a także o prowadzone okresowo szkolenia pracowników.

Dyrektor Izby wskazał na nieprzystające do rzeczywistości izb wytrzeźwień przepisy dotyczące konieczności oddawania zwalnianym pacjentom alkoholu, który mieli przy sobie trafiając do izby (wcześniejsze przepisy nakazywały niszczenie go). Ustawodawca kierując się troską o respektowanie praw obywatelskich osób trafiających do izby stworzył przepis, który szkodzi pacjentom – osoby przebywające w izbie i opuszczające ją w stanie zespołu abstynencyjnego, nie powinny dostawać alkoholu, ponieważ prawdopodobieństwo, że wypiją go tuż za drzwiami izby jest wysokie.

WNIOSKI

Blisko pięćdziesięcioletnia historia izb wytrzeźwień związana jest z ciągłymi reformami tej instytucji, dostosowującymi ją do wymogów zmieniającej się rzeczywistości. Izby stały się ważnym elementem polskiej polityki zdrowotnej w zakresie redukcji szkód związanych z używaniem alkoholu. Jak wszystkie instytucje działające w zakresie redukcji szkód zdrowotnych wzbudzają wiele kontrowersji.

W latach sześćdziesiątych izby były nowoczesnym rozwiązaniem ograniczającym karno-represyjny charakter zatrzymań w związku z nietrzeźwością. Ich powstanie zapewniło minimum opieki medycznej osobom nietrzeźwym, chroniąc je również przed doznaniem urazu, zamarnięciem czy przestępczością. Obecnie są to instytucje spełniające zadania o charakterze opiekuńczo-medycznym – z ciągle istotną funkcją porządkową. Wobec osób nie stwarzających zagrożenia realizuje się wyłącznie funkcję opiekuńczą – związaną z odwiezieniem do domu osoby nietrzeźwej.

Medykalizacja izb następowała stopniowo od początku lat sześćdziesiątych – wtedy wprowadzono zmianę przesłanek uzasadniających zatrzymanie osoby nietrzeźwej w izbie. Ustawa z 1982 roku wprowadziła gradację stosowanych środków, znacząco ograniczając represyjny charakter zatrzymań w izbie. Kolejnym wyrazem wzrostu znaczenia funkcji opiekuńczo-medycznej było przekazanie izb w gestię Minister-

stwa Zdrowia. Dzięki temu przesunięciu izby wytrzeźwień miały szansę stać się trwałym elementem polskiego systemu leczenia odwykowego.

Początek XXI wieku wyznacza nowy kierunek rozwoju izb. Wprowadzenie możliwości sądowego kwestionowania legalności zatrzymania w izbie jest krokiem miłym w kierunku reformowania izb wytrzeźwień. Zapobiega to w znacznym stopniu możliwości nadużyć, odpiera zarzuty przeciwników tej instytucji dotyczące niespektowania praw człowieka, sprzyja realizowaniu funkcji opiekuńczo-leczniczej, jaką pełnić mają obecnie te placówki. Zmiana ta skutkować może stopniowym zwiększeniem prestiżu zawodowego osób pracujących w izbie, jeśli będzie iść w parze z procesem profesjonalizacji oferowanych usług. Wyniki obserwacji przeprowadzonej w jednej z izb wskazują na stałe i dostosowane do potrzeb izby podnoszenie kwalifikacji jej personelu.

Nierozwiązane pozostają dylematy związane z odpłatnością pobytu w izbie – przeciwnicy uważają te opłaty za podtrzymywanie represyjnej funkcji izb wytrzeźwień, zwolennicy wskazują na ich funkcję prewencyjną wobec niektórych grup klientów.

CYTOWANE AKTY PRAWNE

- I. *Ustawa z dnia 21 marca 1931 r. o ograniczeniach w sprzedaży, podawaniu i spożyciu napojów alkoholowych (przeciwalkoholowa)*. Dziennik Ustaw z 1931 roku, Nr 51, poz. 423 ze zm.
- II. *Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu*. Dziennik Ustaw z 1956 roku, Nr 12, poz. 62.
- III. *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 21 listopada 1956r. w sprawie organizacji izb wytrzeźwień oraz sposobu ustalania opłat związanych z pobytem w tych izbach*. Dziennik Ustaw z 1956 roku, Nr 57, poz. 264.
- IV. *Ustawa z dnia 10 grudnia 1959r. o zwalczaniu alkoholizmu*. Dziennik Ustaw z 1959 roku, Nr 69, poz. 434.
- V. *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 8 marca 1961r. w sprawie izb wytrzeźwień*. Dziennik Ustaw z 1961 roku, Nr 21, poz. 104 ze zm.
- VI. *Ustawa z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Dziennik Ustaw z 1982 roku, Nr 35, poz. 230.
- VII. *Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o strażach gminnych*. Dziennik Ustaw z 1997 roku, Nr 123, poz. 779.
- VIII. *Ustawa z dnia 17 maja 1990r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczególnych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw*. Dziennik Ustaw z 1990 roku, Nr 34, poz. 198 ze zm.
- IX. *Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa*. Dziennik Ustaw z 1998 roku, Nr 106, poz. 668
- X. *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2002 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Dziennik Ustaw z 2002 roku, Nr 147, poz. 1231.

- XI. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952*. Dziennik Ustaw z 1952 roku, Nr 33, poz. 423 ze zm.
- XII. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997*. Dziennik Ustaw z 1997 roku, Nr 78, poz. 483.
- XIII. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 października 1996 r. w sprawie trybu doprowadzania osób w stanie nietrzeźwości, organizacji izb wytrzeźwień i zakresu opieki zdrowotnej oraz zasad ustalania opłat związanych z doprowadzaniem i pobytem w izbie wytrzeźwień*. Dziennik Ustaw z 1996 roku, Nr 129, poz. 611.

PIŚMIENNICTWO

1. Świącicki A.: *Alkohol. Zagadnienia polityki społecznej*. Wyd II uzupełnione. Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy, Warszawa 1977.
2. Godwod-Sikorska C.: *Lecznictwo odwykowe w Polsce. Diagnoza i kierunki reform*. Alkoholizm i Narkomania, 1992, nr 10, 39-62.
3. Morawski J.: *Zwalczanie alkoholizmu. Zbiór ważniejszych przepisów prawnych*. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977.
4. Pittman D.J.: Public intoxication and the alcoholic offender in American society. W: Task Force Report: Drunkenness, Washington 1967, 7-28, Świącicki, A. (1968) *Alkohol. Zagadnienia polityki społecznej*. Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy, Warszawa, wyd. I.
5. Brodzki J.: *Rola i zadania izb wytrzeźwień. Rozmowa z wiceministrem Spraw Wewnętrznych – towarzyszem generałem Bogusławem Stachurą*. Problemy Alkoholizmu, 1979, nr 7-8 (286-287), 7-9.
6. *Informacja o stanie ochrony praw osób umieszczanych w izbach wytrzeźwień*. (1995) Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, 1995, RPO/179236/95/VII/13-64
7. Zieliński T.: *Wystąpienie w sprawie zapewnienia skutecznej ochrony praw osób umieszczanych w izbach wytrzeźwień*. 1995, RPO/179236/95/VII/13-64
8. Wald I., Morawski J., Moskalewicz J., Szydłowska T.: *II Raport o polityce wobec alkoholu*. Zespół Ekspertów Komisji do Spraw Przeciwdziałania Alkoholizmowi przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1990
9. Wald I., Kulisiewicz T., Morawski J., Bogusławski A.: *Raport o problemach polityki w zakresie alkoholu*. Zespół Ekspertów przy Stałej Komisji Rady Ministrów do spraw Walki z Alkoholizmem, Warszawa. 1978
10. Moskalewicz J., Wojtyniak B., Rabczenko D.: *Alcohol as a cause of mortality in societies undergoing rapid transition to market economy*. W: Cornia G.A., Panicia R. (red.): The mortality crisis in transitional economies. UNU Wider, Oxford University Press, Oxford 2000, 83-104
11. Moskalewicz J.: *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944-1982*. PARPA, Warszawa 1998
12. Kulka Z., Sierosławski J., Zamecki K.: *Stan izb wytrzeźwień*. Alkoholizm i Narkomania, 1992, nr 10, 139-158.

13. Majer J.: *Izby wytrzeźwień – jakie są, jakie być powinny? Dyskusja redakcyjna*. Problemy Alkoholizmu, 1993 nr 11 (452), 1-5.

Adres Autorki:

Justyna Żulewska-Sak

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Al. Sobieskiego 9

02-957 Warszawa