

# **Środki zabezpieczające. Ujęcie systemowe**

---

redakcja

**Agnieszka Barczak-Oplustil  
Małgorzata Pyrcak-Górowska  
Andrzej Zoll**

Kraków 2021

## **Rozdział 12.** System środków zabezpieczających w Holandii – aspekty teoretyczne i praktyczne

Inga Markiewicz

### **1. Wprowadzenie**

Instytucja środków zabezpieczających zajmuje istotne miejsce w systemie prawnym, polityce społecznej, zdrowotnej i socjalnej większości krajów Unii Europejskiej, a także poza nią. Każde z państw przez lata wypracowało swój własny system reakcji państwa na łamanie norm prawnych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, względem których nie można zastosować kary z uwagi na brak możliwości przypisania winy. To samo dotyczy sprawców, których poczytalność w czasie czynu, ze względu na chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenia czynności psychicznych, była ograniczona. Pomimo iż przesłanki niepoczytalności bądź poczytalności ograniczonej oraz same ich koncepcje pozostają w różnych krajach odmienne, to uniwersalny, ponadczasowy i niezmienny terytorialnie jest pogląd, iż osobom chorym i zaburzonym psychicznie, pomimo iż popełniły najcięższe czyny zabronione, należy zapewnić zamiast kary – opiekę i leczenie, a społeczeństwu – ochronę przed niebezpiecznymi zachowaniami z ich strony.

Holandia jest jednym z kilku krajów w Europie, w którym obecny system opieki nad zaburzonymi psychicznie sprawcami czynów zabronionych funkcjonuje dość dobrze. Na tak odważny osąd pozwalają zarówno zweryfikowane empirycznie pozytywne opinie personelu różnych instytucji państwowych i prywatnych zajmujących się leczeniem i opieką nad takimi chorymi oraz samych zaburzonych psychicznie sprawców czynów zabronionych, jak i przede wszystkim wyniki badań naukowych i raportów potwierdzające wymierne efekty leczenia i resocjalizacji w postaci zmniejszenia wskaźników „recydywy”. Okazuje się, że system TBS, który stworzony został z myślą o leczeniu, opiece i zapobieganiu popełnianiu kolejnych czynów zabronionych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, jest bardziej efektywny, aniżeli samo umieszczenie sprawców w zakładach karnych. Badania dowodzą, że spośród osób, które opuszczają zakłady karne w Holandii, aż 47% w ciągu dwóch kolejnych lat popełnia czyn zabroniony, natomiast po zwolnieniu z systemu TBS – wskaźnik „recydywy” wynosi 34%<sup>1041</sup>. To między innymi pokazuje, że system, dbający jednocześnie o leczenie zaburzonych psychicznie chorych, jak i o ochronę społeczeństwa przed niebezpieczeństwem grożącym z ich strony, spełnia swoją rolę. Warto jednak zauważyć, iż funkcjonujący w Holandii system opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, które w przeszłości dopuściły się poważnych czynów zabronionych, to nie efekt stworzenia jednostkowego aktu prawnego dotyczącego tej materii, ale rezultat wypracowywanych przez lata rozwiązań legislacyjnych, stworzenia całego zbioru aktów normatywnych, zarówno rangi ustawowej, jak i aktów niższego rzędu, powszechnie obowiązujących i wewnętrznych, regulujących całość problemów, które rodzą się na styku psychiatrii i prawa karnego.

Niniejszy rozdział obejmuje omówienie jedynie wybranych elementów i instytucji systemu, najważniejszych z punktu widzenia psychiatrii sądowej i prawa, które wyróżniają system niderlandzki na tle innych krajów europejskich lub też są ciekawe i warte analizy z perspektywy komparatystycznej. Poniższy opis holenderskiego systemu środków zabezpieczających obejmuje nie tylko kontekst prawny, ale także perspektywę społeczną, filozoficzną i psychoterapeutyczną.

---

1041 Custodial Institutions Agency (DJI), < <https://dutchreview.com/culture/how-do-the-dutch-deal-with-mentally-ill-criminals-heres-all-you-need-to-know/> >, dostęp: 12 kwietnia 2021 r.

## 2. Kształtowanie się systemu opieki nad zaburzonymi psychicznie sprawcami czynów zabronionych

Przewidziane obecnie holenderskim prawem środki ochrony społeczeństwa przed zaburzonymi psychicznie niebezpiecznymi sprawcami czynów zabronionych (odpowiadające polskiemu pojęciu „środków zabezpieczających”) kształtowały się przez wiele lat. Ich rozwój w dużej mierze związany był ze stopniowym wyodrębnianiem się w Holandii pod koniec XIX w. nowej gałęzi medycyny – psychiatrii sądowej. Zaczęto wówczas dostrzegać związek zachowań agresywnych z zaburzeniami psychicznymi, a także konieczność zrozumienia i określenia etiologii przestępstw – celem wypracowania odpowiednich środków reakcji prawnokarnej lub określenia adekwatnych metod terapeutycznych. Powstawały rozmaite teorie na temat przyczyn zachowań niezgodnych z prawem, w szczególności czynów z użyciem przemocy. Wskazywano na koncepcje nawiązujące zarówno do nieprawidłowej biologii mózgu (budowa, hormony, neuroprzekąźnictwo), jak i na źródła środowiskowe, kulturowe i społeczne (ubóstwo, środki odurzające, złe wychowanie, upadek moralności, walka o przetrwanie, szybkie tempo życia, rozkład więzi społecznych), w dużej mierze same w sobie powodujące destabilizację życia psychicznego. Zaczęto dostrzegać także rolę emocji / stanów afektywnych w genezie zachowań agresywnych oraz ogólnie wpływ czynnika psychicznego na podejmowane decyzje dotyczące bezprawnych ludzkich zachowań. Tym samym psychiatria na stałe „związała się” z prawem karnym. Jasne się także stało, iż sama reakcja na czyn zabroniony w postaci kary nie spełni swojej roli w stosunku do sprawcy z zaburzeniami psychicznymi, a jedynym możliwym, dającym szansę na wyeliminowanie przyczyny agresywnego zachowania chorego psychicznie sprawcy rozwiązaniem – jest jego leczenie<sup>1042</sup>.

Zanim jednak dochodziło do realizacji obligatoryjnego leczenia sprawcy, konieczne było najpierw określenie jego stanu psychicznego w czasie czynu. Już Kodeks karny z 1811 r. (*Code Pénal*) przewidywał rozwiązania nawiązujące do klasycznych zasad prawa karnego, stanowiących iż sprawca może odpowiadać tylko za czyny popełnione z rozeznaniem, a kara winna być dostosowana do stopnia winy (zasada proporcjonalności). W dosłownym tłumaczeniu – jedynie podejrzani, którzy byli „niezaprzeczalnie szaleni”, mogli być zwolnieni od odpowiedzialności.

1042 Zob. H. Oosterhuis, *Treatment...*, s. 37–49.

W takich przypadkach prokurator lub krewni mieli możliwość wystąpienia o przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w postępowaniu cywilnym. Holenderska praktyka prawnicza rzadko wtedy odwoływała się do ekspertyzy psychiatrycznej w celu ustalenia, czy podejrzany był chory psychicznie, a lekarz angażowany był przeważnie tylko dlatego, że konieczne było skierowanie do szpitala. Postanowienia dotyczące wyłączenia odpowiedzialności zaburzonych psychicznie sprawców były wyłącznie kwestią prawną, niewymagającą wiedzy medycznej, a umorzenia postępowań z powodu zaburzeń psychicznych początkowo rzadko miały miejsce.

Rozwój holenderskiej psychiatrii sądowej zwiększał stopniowo rolę lekarzy i ekspertyzy psychiatrycznej w procesie. W holenderskim Kodeksie karnym z 1886 r. odnaleźć można przepisy dotyczące nieodpowiedzialności osób z powodu choroby psychicznej lub niedorozwoju umysłowego. Sędzia mógł orzec przymusowe umieszczenie na rok w szpitalu psychiatrycznym osoby chorej, uzyskując tym samym czasowe wyeliminowanie osoby niebezpiecznej ze społeczeństwa<sup>1043</sup>. Pobyt w szpitalu ogólnopsychiatrycznym sprawców agresywnych przysparzał jednak wiele kłopotów zarówno personelowi, jak i współpacjentom, brak było w takich szpitalach odpowiednich zabezpieczeń, stąd też kolejnym koniecznym krokiem stało się utworzenie specjalnych azylów znajdujących się w zakładach karnych, przeznaczonych dla niebezpiecznych, chorych psychicznie sprawców. Zatrudniano w nich także lekarzy posiadających wiedzę z zakresu psychiatrii.

Sytuacja prawnokarna osób z zaburzeniami psychicznymi była ówczesnie skomplikowana, a środki ochrony społeczeństwa przed niebezpiecznymi osobami nie zawsze odpowiadały stopniu ich winy, gdyż prawo z 1886 r. brało pod uwagę tylko kategorie poczytalności bądź niepoczytalności. Kodeks nie przewidywał grupy pośredniej, tj. kategorii sprawców o poczytalności zmniejszonej. Stąd też w 1928 r. wprowadzono tzw. *psychopaths laws* (ustawa o psychopatach), która umożliwiła sędziom orzekanie leczniczego środka zabezpieczającego nie tylko wobec sprawców niepoczytalnych, ale także tych, których poczytalność w czasie czynu była ograniczona, co w większości dotyczyło osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości<sup>1044</sup>. W praktyce oznaczało to oddanie ich pod

1043 Zob. H. Oosterhuis, *Treatment...*, s. 39.

1044 Zob. H. van Marle, *The Dutch...*, s. 83–84.

specjalny nadzór państwowy – TBR (*Ter Beschikkingstelling van de Rege-ring*, co oznacza dosłownie „pozostawienie do dyspozycji rządu”). Mogli oni być umieszczeni przymusowo w specjalnym ośrodku dla osób z zaburzeniami osobowości typu psychopatycznego (*asylum*), analogicznie do potencjalnej możliwości orzeczenia wobec nich kary pozbawienia wolności, gdyby takich zaburzeń nie przejawiali. Istniała również możliwość warunkowego ich zwolnienia na okres próby – każdorazowo z zastosowaniem mechanizmów kontroli państwowej oraz nadzoru psychiatrycznego. Co dwa lata sąd mógł przedłużyć pobyt sprawcy w ośrodku TBR, jakkolwiek decyzja ta zależała od opinii psychiatry lub opinii dyrektora medycznego dotyczącej uzyskanej poprawy i prawdopodobieństwa ponownego popełnienia czynu zabronionego w przyszłości. Pobyt mógł być przedłużany nieskończoną ilość razy, co w praktyce mogło oznaczać przebywanie sprawcy w ośrodku nawet do końca życia. Zwolnienie następowało wraz z upływem okresu, na jaki orzeczono TBR, jeśli prokurator nie wnioskował o przedłużenie izolacji lub gdy sąd wydał odmowną decyzję dotyczącą przedłużenia. Ostateczny i decydujący głos w indywidualnej sprawie zwolnienia czy przedłużenia pobytu w TBR należał zawsze do ministra sprawiedliwości<sup>1045</sup>. Warto podkreślić, że od 1928 r. umieszczenie w TBR było jedną z opcji izolacji i leczenia pacjenta, gdyż wciąż równolegle funkcjonowała praktyka umieszczania sprawców z zaburzeniami osobowości w zakładach karnych. Sądy mogły orzekać karę pozbawienia wolności oraz jednocześnie środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w ośrodku psychiatrii sądowej TBR, który był realizowany zazwyczaj po odbyciu kary<sup>1046</sup>.

Ustawodawstwo dotyczące „psychopatów” (*psychopaths law*) w dużej mierze reprezentowało poglądy rozwinięte przez ówczesną szkołę prawniczą oraz sądowo-psychiatryczną i dążyło przede wszystkim do ochrony społeczeństwa przed niebezpiecznymi sprawcami poprzez eliminację ich ze społeczeństwa na dłuższy okres, niż by to przewidywał sam wyrok karny, oparty o zasadę proporcjonalności. Dotyczyło ono osób z zaburzeniami psychicznymi (przede wszystkim z zaburzeniami osobowości), stwarzających zagrożenie dla innych, co do których istniało prawdopodobieństwo, że dopuszczą się kolejnych przestępstw, na których popełnienie decydujący wpływ miały owe zaburzenia sfery psychicznej.

1045 Zob. H. Oosterhuis, *Treatment...*, s. 41.

1046 Zob. J. de Boer, J. Gerrits, *Learning...*, s. 459.

W 1988 r. ustawa o psychopatach i TBR została zastąpiona ustawą o TBS (*Ter Beschikkingstelling*, co oznacza dosłownie „zatrzymany do dyspozycji rządu”). Najistotniejszą różnicą pomiędzy „starą” a „nową” ustawą było to, iż według ustawy o psychopatach TBR można było orzec w przypadku każdego przestępstwa, natomiast TBS był właściwy jedynie w stosunku do sprawców, którzy popełnili czyny zabronione zagrożone karą powyżej 4 lat pozbawienia wolności. Kryterium włączenia sprawców w system TBS zostało tym samym zawężone do najpoważniejszych przestępstw oraz do „niebezpieczeństwa grożącego innym osobom lub też zagrożenia bezpieczeństwa powszechnego osób i mienia”. Odtąd 96% sprawców umieszczonych w ośrodkach terapeutyczno-resocjalizacyjnych w systemie TBS stanowiły osoby, które dopuściły się agresywnych czynów zabronionych przeciwko życiu i zdrowiu lub czynów przeciwko wolności seksualnej, także z użyciem przemocy<sup>1047</sup>. Ponadto nowe prawo wprowadziło wzmożoną kontrolę nad długoletnimi pobytami pacjentów w TBS-ach poprzez obowiązek sądu uzyskania opinii od niezależnych biegłych w sprawie konieczności przedłużenia pobytu pacjentów w TBS na okres dłuższy niż 6 lat. Opinie takie mogły być wydawane jedynie po osobistym badaniu pacjenta, a nie jak dotąd, w oparciu o dokumentację z TBS.

Pomimo zawężenia kryteriów przyjmowania zaburzonych psychicznie sprawców czynów zabronionych do ośrodków terapeutyczno-resocjalizacyjnych w systemie TBS, liczba ich z roku na rok systematycznie rosła. W latach 90. dochodziło do sytuacji, iż potencjalnych osób, które powinny zostać skierowane do ośrodków TBS, było więcej, aniżeli dostępnych miejsc. Okazało się także, że wielu sprawców, przebywających od lat w TBS-ach, nie wykazywało żadnych postępów w leczeniu, rokowania na poprawę ich zachowania i stanu psychicznego były słabe albo żadne, a procedury terapeutyczne generowały duże koszty. Analiza stanu zdrowia pacjentów, efektywności i metod leczenia, kosztów, infrastruktury i możliwości organizacyjnych systemu, a także konieczność przyjmowania do TBS-ów coraz to nowych pacjentów spowodowały, że począwszy od 1998 r. pacjentów „nierokujących” zaczęto przenosić do specjalnych oddziałów opieki długoterminowej. Taka była geneza wyróżnienia spośród TBS-ów ośrodków „TBS – long-stay”, dziś nazywane LFPC (*Long-Term Forensic Psychiatric Care*)<sup>1048</sup>. Zaledwie kilka krajów w Europie

1047 Zob. H. van Marle, *The Dutch...*, s. 83–93.

1048 Zob. M.V. Smeekens, P. Braun, *Long-Term...*, s. 239.

definiuje i wyróżnia z ośrodków psychiatrii sądowej te o charakterze opieki długoterminowej (LFPC), jakkolwiek w każdym kraju długość pobytu w ośrodkach sądowych znacznie przewyższa przeciętną długość pobytu w oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Ostatnie dane z badań przeprowadzonych na próbie 102 holenderskich pacjentów LFPC w 2020 r. wskazują, że średnia długość pobytu pacjentów w ośrodkach opieki długoterminowej wyniosła 8 lat. Holandia jest aktualnie jedynym krajem, w którym w ślad za prawną definicją LFPC (6 lat lub dłużej) idą także szczegółowo określone normatywnie przesłanki przeniesienia pacjenta z ośrodka TBS-terapeutycznego do LFPC<sup>1049</sup>. Te ośrodki opieki długoterminowej dla pacjentów sądowych, niepoddających się oddziaływaniom terapeutycznym i stanowiących zagrożenie dla społeczeństwa, są przykładem na to, iż wieloletnia izolacja niebezpiecznego sprawcy czasami staje się koniecznością, a nawet jedynym sposobem ochrony społeczeństwa przed zaburzonymi psychicznie sprawcami. Spora część przebywających w tych ośrodkach spędza w nich niemalże całe życie, a część z nich na nowo odzyskuje motywację do leczenia. Statystycznie ok. 45% pacjentów przyjętych do LFPC po pewnym czasie powraca z powrotem na ścieżkę terapeutyczną do TBS-ów, część podejmuje próby leczenia w ośrodkach o niższym stopniu zabezpieczenia, a nieliczni zostają całkiem zwolnieni<sup>1050</sup>. Co ciekawe, w ośrodkach LFPC rzadko zdarzają się akty agresji, buntów czy próby ucieczki. Najprawdopodobniej to zasługa wypracowanej przez lata swoistej metody postępowania z rezydentami ośrodków LFPC w sytuacji, w której psychoterapia – w szczególności osób z zaburzeniami osobowości – nie odnosi pożądanego skutku. Ośrodki LFPC musiały ukształtować oddziaływania oparte o inne narzędzia, odmienną filozofię i teorię, by zmienić postawy i zachowania osób opornych na farmakoterapię i klasyczne metody psychoterapeutyczne.

Od końca lat 90. stopniowo wprowadzano do LFPC idee popularnego już od jakiegoś czasu w Australii, Kanadzie i Nowej Zelandii modelu GLM (*Good life model*) zakładającego, że zmiana postaw i zachowań na lepsze możliwa jest jedynie przez zapewnienie ludziom godziwych warunków życia oraz poprzez spełnienie ich podstawowych potrzeb. Jedynie wtedy mogą oni zacząć właściwie funkcjonować, realizować swoje role

---

1049 Zob. I. Markiewicz, *Leczenie...*, s. 183; S. Sampson, R. Edworthy, B. Völm, E. Bulten, *Long-Term...*, s. 7.

1050 Zob. E. Bulten, R.J. Verkes, *Long...*, s. 41.



społeczne, rozwijać swój potencjał oraz zmienić swoje patologiczne zachowania na te, które będą zgodne z prawem i normami społecznymi<sup>1051</sup>.

Holenderski system TBS (w tym LFPC) przetrwał z większymi bądź mniejszymi zmianami do dnia dzisiejszego. Aktualnie funkcjonuje on w oparciu o przepisy zarówno holenderskiego Kodeksu karnego, jak i innych ustaw, a także aktów wykonawczych, które tworzą jeden wielki spójny system, mający zapewnić opiekę zaburzonym psychicznie niebezpiecznym sprawcom, a jednocześnie zagwarantować bezpieczeństwo obywatelom. System holenderski ewoluował od bardziej punitywnego (represyjnego) do bardziej terapeutycznego. Historia i doświadczenia stosowania przez lata różnych modeli oraz metod postępowania z osobami niebezpiecznymi ukształtowały obecne rozwiązania, które z jednej strony są bardzo restrykcyjne, a z drugiej – dają gwarancję poszanowania praw pacjenta i traktowania go w sposób jak najbardziej humanitarny. Jest to zasługa nie tylko precyzyjnego ustawodawcy, ale także połączenia prawa karnego (i innych nauk penalnych) z psychiatrią i psychologią oraz zmiany filozofii myślenia i postaw społecznych. Zaczęto dostrzegać w człowieku niebezpiecznym nie tylko groźnego przestępcę, ale także człowieka, któremu zaburzenia psychiczne uniemożliwiają wybór zachowań zgodnych z prawem.

### **3.** Holenderska polityka społeczno-zdrowotna i prawna wobec zaburzonych psychicznie sprawców czynów zabronionych

Związki psychiatrii z holenderskim prawem karnym widoczne są zarówno na etapie przedsądowym, w trakcie procesu, jak również w czasie wykonywania orzeczonego przez sąd odpowiedniego środka zabezpieczającego. Wnioskować można, iż system kładzie istotny nacisk na stworzenie warunków do prawidłowej diagnozy stanu psychicznego sprawcy czynu zabronionego wykazującego objawy zaburzeń psychicznych, wyboru adekwatnego dla niego środka reakcji prawnokarnej (w tym izolacyjnego) oraz właściwego postępowania terapeutycznego. Ten model odzwierciedla starania holenderskiej polityki społecznej i prawnej w dążeniu do leczenia i resocjalizacji sprawców przestępstw, przy jednoczesnej trosce o zapewnienie bezpieczeństwa społecznego. Wychodząc z założenia,

---

<sup>1051</sup> Zob. I. Markiewicz, *Leczenie...*, s. 186.

że efektywne leczenie zlikwiduje lub zmniejszy zaburzenia psychiczne, a poprawa warunków bytowych i jakości życia chorych psychicznie zmniejszy czynniki społeczne i środowiskowe wywołujące patologiczne zachowania, kładzie się duży nacisk na udzielanie profesjonalnej pomocy środowiskowej i szeroko rozumianą prewencję. Uznaje się leczenie i powrót sprawców do normalnego życia w społeczeństwie za najistotniejsze elementy służące ochronie potencjalnych ofiar i zmniejszeniu ryzyka ponownego popełnienia czynu zabronionego<sup>1052</sup>.

Celem realizacji dwóch nadrzędnych funkcji polityki państwa względem zaburzonych psychicznie sprawców czynów zabronionych, jakim są leczenie i bezpieczeństwo, stworzono w Holandii wspomniany wcześniej system TBS oraz sieć specjalnych ośrodków, istniejących obok zakładów karnych i ogólnych szpitali psychiatrycznych. W ośrodkach TBS oprócz izolacji, służącej celom prewencyjnym, bardzo duży nacisk kładzie się na udzielanie profesjonalnej pomocy terapeutycznej, która ma przygotować sprawcę do powrotu do określonych ról społecznych, gdyż wedle holenderskiej polityki karnej, społecznej i zdrowotnej – „każdy Holender zasługuje na drugą szansę”<sup>1053</sup>.

#### 4. Niepoczytalność i poczytalność ograniczona oraz ich konsekwencje

Odnosząc się do przewidzianych prawem holenderskich środków ochrony przed zaburzonymi psychicznie sprawcami czynów zabronionych, nie sposób nie wspomnieć o pojęciach ściśle związanych z odpowiedzialnością sprawców oraz możliwością przypisania im winy, tj. poczytalności, niepoczytalności i poczytalności ograniczonej. O ile w Holandii dwa pierwsze terminy w swojej konstrukcji i rozumieniu są zbliżone do określeń polskich, o tyle poczytalność ograniczona została bardziej „podzielona” na osi stanowiącej kontinuum – od pełnej poczytalności do całkowitej niepoczytalności. W Holandii zakłada się pięciostopniową skalę poczytalności, odpowiadającą jednocześnie „poziomom odpowiedzialności” za czyn zabroniony popełniony w związku z zaburzeniami psychicznymi. Mogą to być:

1. Pełna poczytalność / odpowiedzialność.
2. Poczytalność / odpowiedzialność ograniczona w niewielkim stopniu.

1052 Zob. E. Mlicka, *Holenderska...*, s. 1.

1053 Zob. I. Markiewicz, *Leczenie...*, s. 178–191.

3. Poczytalność / odpowiedzialność ograniczona.
4. Poczytalność / odpowiedzialność ograniczona w stopniu znacznym.
5. Niepoczytalność.

Podział ten ma różnicować rolę czynnika psychicznego (w tym zaburzenia) w podjęciu działania kryminalnego. Im większy jest związek zaburzenia psychicznego z czynem, tym większy wpływ na zachowanie ma czynnik psychiczny, co w rezultacie powoduje, że odpowiedzialność sprawcy maleje<sup>1054</sup>.

Zależnie od stanu psychicznego sprawcy w czasie czynu, determinującego poziom odpowiedzialności, przepisy holenderskie przewidują różne rozwiązania prawnokarne służące jego przymusowemu leczeniu psychiatrycznemu. Upraszczając schemat postępowania, stwierdzić należy, że w przypadku sprawcy, który popełnił czyn zabroniony w stanie niepoczytalności, sąd umarza postępowanie, a następnie alternatywnie może:

1. Zlecić ambulatoryjne leczenie psychiatryczne.
2. Nakazać leczenie w szpitalu ogólnopsychiatrycznym.
3. Zalecić dobrowolne leczenie w poradni zdrowia psychicznego lub poradni TBS.

W przypadku popełnienia czynu zabronionego w stanie poczytalności ograniczonej sąd posiada trzy możliwości decyzji:

1. Wydaje nakaz leczenia w ośrodku sądowym TBS (stacjonarnie).
2. Orzeka karę pozbawienia wolności i TBS jednocześnie.
3. Orzeka wyłącznie karę pozbawienia wolności<sup>1055</sup>.

Procedury dotyczące różnych trybów leczenia zostaną poddane analizie w dalszej części rozdziału.

Jak wynika z powyższego, państwo holenderskie zapewnia zróżnicowane formy pomocy dla sprawców, którzy dokonali czynów zabronionych w stanie niepoczytalności bądź poczytalności ograniczonej – od szpitali ogólnopsychiatrycznych działających w modelu medycznym, poprzez specjalne ośrodki sądowe (*TBS order*), aż po zakłady karne kontrolowane przez wymiar sprawiedliwości.

1054 Zob. H. van Marle, *The Dutch...*, s. 84; C. de Ruiter, J. Petrila, *TBS...*, s. 833; C. de Ruiter, R.L. Trestman, *Prevalence...*, s. 94.

1055 Zob. H. Perik, *Holandia...*, s. 85–86.

## 5. Pojęcie środków zabezpieczających w holenderskim Kodeksie karnym. Podstawy prawne

Stanowiąc o prawnokarnej instytucji środków ochrony stosowanych wobec zaburzonych psychicznie sprawców czynów zabronionych, nie każde państwo używa *expressis verbis* pojęcia środków zabezpieczających, mających swoją definicję ustawową, ani też nie zawsze środki te są ściśle wyodrębnione w systemie prawa karnego. W WbSt nie wyodrębnia się środków zabezpieczających jako swoistej kategorii, ale występują one w ramach szerszej instytucji tzw. środków (*Maatregelen*)<sup>1056</sup>.

Funkcję klasycznych środków zabezpieczających pełnią: umieszczenie sprawcy w szpitalu psychiatrycznym (*hospital order* – art. 37 WbSt) oraz pozostawanie (zatrzymanie) do dyspozycji rządu (*Ter Beschikkingstelling* – *TBS order* – art. 37a WbSt)<sup>1057</sup>. Pojęcie „pozostawania do dyspozycji rządu” jest pojęciem szerokim, do którego odnosi się zarówno sprawców niepoczytalnych, jak i o poczytalności ograniczonej (w różnym stopniu), względem których mogą być stosowane różnorodne środki zabezpieczające – od dobrowolnego leczenia w systemie ambulatoryjnym, poprzez leczenie w szpitalach ogólnopsychiatrycznych, szpitalach sądowych czy pobyt i leczenie w zakładach karnych, a także długoterminowy nadzór po ich opuszczeniu oraz po opuszczeniu zamkniętych terapeutycznych ośrodków sądowych.

Spośród najważniejszych przepisów holenderskiego Kodeksu karnego określających istotę i charakter środków zabezpieczających oraz przebieg „pozostawania do dyspozycji rządu” (system TBS) przytoczyć należy treść art. 37, 37a i 38 WbSt. Zgodnie z art. 37 ust. 1 WbSt sąd może jeszcze przed rozstrzygnięciem sprawy nakazać umieszczenie na rok w szpitalu psychiatrycznym osoby, która popełniła czyn zabroniony w wyniku niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych na tle chorobowym, jednakże wyłącznie wtedy, gdy osoba ta jest niebezpieczna dla siebie lub innych albo stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa publicznego. Sąd wydaje nakaz zastosowania tego środka po przeanalizowaniu opinii o stanie zdrowia psychicznego sprawcy sporządzonej przez co najmniej dwóch biegłych z zakresu ludzkiego zachowania (z różnych dziedzin), w tym jednego psychiatry (art. 37 ust. 2 WbSt). Umieszczenie

1056 Zob. M. Kulik, *Środki...*, s. 89–91.

1057 Zob. C.H. de Kogel, *The Netherlands...*, s. 189.

w szpitalu psychiatrycznym na podstawie art. 37 WbSt (tzw. *hospital order*) może nastąpić jedynie w stosunku do sprawców, którzy w czasie popełnienia czynu zabronionego byli niepoczytalni i nie mogą ponosić odpowiedzialności karnej<sup>1058</sup>. Funkcją art. 37 WbSt jest niejako „wydzielenie” z systemu wymiaru sprawiedliwości osób chorych psychicznie i włączenie ich do systemu prawa ochrony zdrowia psychicznego. Jeśli natomiast warunki szpitala ogólnopsychiatrycznego, w którym jest leczony niepoczytalny sprawca, nie są wystarczające do wyeliminowania niebezpieczeństwa grożącego z jego strony, może on zostać przeniesiony do ośrodka sądowego dysponującego wzmocnionym bądź maksymalnym zabezpieczeniem oraz umieszczony w systemie TBS<sup>1059</sup>.

Siec specjalnych ośrodków sądowych i cały system TBS stworzone zostały z myślą o najbardziej niebezpiecznych, zaburzonych psychicznie sprawcach przestępstw, dokonanych w związku z zaburzeniami psychicznymi, w stanie niepoczytalności bądź poczytalności ograniczonej, jeśli dodatkowo istnieje wysokie ryzyko ponownego popełnienia przez nich czynu zabronionego w przyszłości. Z art. 37a WbSt wynika, że aby sprawca mógł być oddany do dyspozycji rządu (umieszczony w systemie TBS) muszą być spełnione kumulatywnie następujące przesłanki:

1. Popełnienie przestępstwa zagrożonego karą minimum 4 lat pozbawienia wolności, pozostającego w związku z zaburzeniami psychicznymi bądź należącego do przestępstw określonych m.in. w art. 132 WbSt (wzywanie do stosowania przemocy przeciwko władzy publicznej), art. 285 ust. 1 WbSt (groźba karalna), art. 285b WbSt (stalking), art. 281 WbSt, art. 318 WbSt, art. 326a WbSt, art. 395 WbSt, art. 11 ust. 2 ustawy o środkach odurzających i in.
2. Występowanie zaburzeń psychicznych u sprawcy (zdiagnozowanych przez minimum dwóch biegłych), które ograniczyły bądź wyłączyły jego poczytalność.
3. Istnienie ryzyka niebezpieczeństwa grożącego innym ludziom lub powszechnemu bezpieczeństwu innych osób lub mienia<sup>1060</sup>.

Stosując ten środek zabezpieczający, sąd może odstąpić od wymierzenia kary, nawet jeśli istnieją podstawy do jej wymierzenia (art. 37a ust. 2 WbSt), przy czym konieczne jest wcześniejsze przeanalizowanie

1058 Zob. C. de Ruiter, R.L. Trestman, *Prevalence...*, s. 93.

1059 Zob. T. McInerney, *Dutch...*, s. 213–228.

1060 Zob. C. de Ruiter, R.L. Trestman, *Prevalence...*, s. 93.

opinii o stanie zdrowia psychicznego sprawcy sporządzonej przez biegłych, uwzględniającej cechy osobowości sprawcy, wagę popełnionego czynu oraz historię skazań w przeszłości<sup>1061</sup>. Wraz z odstąpieniem od wymierzenia kary sprawca powinien zostać poddany leczeniu. Artykuł 37b WbSt stanowi, że sąd może nakazać, aby osoba oddana do dyspozycji rządu (TBS) była poddana przymusowemu leczeniu, jeżeli wymaga tego bezpieczeństwo innych bądź bezpieczeństwo publiczne osób lub mienia<sup>1062</sup>.

Kryteria umożliwiające umieszczenie sprawcy w ośrodkach TBS i określające go jako niebezpiecznego ewaluowały przez lata. Początkowo (od 1928 r.) za takiego uważano sprawcę zagrażającego ogólnie „porządkowi publicznemu”. To szerokie pojęcie powodowało, iż sąd mógł orzec umieszczenie w TBS-ie sprawcy, który dopuścił się niemalże każdego rodzaju zachowań niezgodnych z prawem, tj. także drobnych kradzieży, naruszenia nietykalności cielesnej, oszustwa czy ekshibicjonizmu. Wraz z szybkim wzrostem liczby osób umieszczonych w TBS-ach zawężono kryterium przyjmowania do ośrodków do jedynie takich sprawców, którzy „stwarzają poważne niebezpieczeństwo grożące innym ludziom lub powszechnemu bezpieczeństwu innych osób lub mienia”, czyli sprawców najpoważniejszych czynów z użyciem przemocy albo ciężkich przestępstw o charakterze seksualnym (zabójstwa, ciężkie uszkodzenia ciała, zgwałcenia, podpalenia itp.)<sup>1063</sup>. Leczenie w specjalnych ośrodkach systemu TBS przewidziane jest dla sprawców, którzy popełnili najpoważniejsze czyny zabronione głównie w warunkach poczytalności ograniczonej.

W stosunku do sprawców działających w stanie ograniczonej poczytalności sąd ma także możliwość orzeczenia jednocześnie umieszczenia w zakładzie karnym i TBS, przy czym zazwyczaj najpierw sprawca realizuje karę pozbawienia wolności, a dopiero później jest kierowany do ośrodka sądowego (TBS-u), w którym otrzymuje profesjonalną, interdyscyplinarną pomoc, mającą przygotować go na powrót do społeczeństwa. Artykuł 13 WbSt stanowi, że osoba skazana na karę pozbawienia wolności, która z powodu niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń umysłowych na tle chorobowym kwalifikuje się do umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym leczniczo-resocjalizacyjnym dla osób przekazanych do dyspozycji rządu (TBS), może tam zostać umieszczona. Jeśli na osobę

1061 Zob. M. Kulik, *Środki...*, s. 89–91.

1062 Zob. C.H. de Kogel, *The Netherlands...*, s. 191.

1063 Zob. H. van Marle, *The Dutch...*, s. 83.

skazaną nałożono karę pozbawienia wolności, a ponadto orzeczono środek zabezpieczający w postaci przekazania do dyspozycji rządu z nakazem leczenia, konieczność umieszczenia osoby skazanej w TBS jest poddawana ocenie w regularnych odstępach czasu. Przeniesienie z zakładu karnego do TBS-u oraz zakończenie leczenia w ośrodku psychiatryczno-resocjalizacyjnym następuje po rozpatrzeniu opinii, sporządzonej przez co najmniej dwóch biegłych z różnych dziedzin, w tym jednego psychiatry. Osoba skazana może wnieść odwołanie od decyzji stanowiącej o jej umieszczeniu w TBS-ie, a także od decyzji o zakończeniu leczenia<sup>1064</sup>.

#### **6.** System *Ter Beschikkingstelling* – cele, zasady funkcjonowania i procedury. Środki izolacyjne i wolnościowe

System TBS w Holandii istnieje od lat 20. ubiegłego wieku, kiedy to powstała koncepcja stworzenia specjalnego, humanitarnego modelu opieki i leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, którzy dopuścili się popełnienia najpoważniejszych przestępstw. Model, który propagowali dwaj holenderscy uczeni, tj. prof. Kelk i Pompe (pionierzy holenderskiej szkoły prawa karnego „The Utrecht School”), zakładał stworzenie całego systemu ośrodków TBS, wyspecjalizowanych w terapii i resocjalizacji tego typu sprawców, z jasno określoną ścieżką powrotu do warunków wolnościowych. Początkowo TBS-y tworzone były jedynie jako instytucje państwowe, później kilka z nich przeszło i pozostaje nadal w rękach prywatnych.

Od lat 90. liczba pacjentów wymagających leczenia w TBS-ach stale rosła, a orzekanie pobytu w zamkniętych ośrodkach stawało się coraz bardziej popularne, jako środek zapewniający bezpieczeństwo społeczeństwu. To doprowadziło do tworzenia coraz to większej liczby ośrodków. W 2010 r. Holandia dysponowała trzynastoma instytucjami TBS i oferowała 2156 miejsc stacjonarnego leczenia pacjentów sądowych. W kolejnych latach liczba pacjentów w TBS-ach zaczęła się stopniowo zmniejszać – w efekcie czego w 2016 r system sądowy dysponował jedynie 1525 łózkami, a w 2018 r. już tylko 1309. W 2019 r. istniały w Holandii jedynie dwa państwowe szpitale dla pacjentów objętych systemem TBS, ponadto dziewięć prywatnych instytucji oferujących

---

1064 Zob. E. Król, *Zasady...*, s. 196.

leczenie kliniczne oraz cztery inne ośrodki sądowo-penitencjarne<sup>1065</sup>. Spadek liczby ośrodków w systemie TBS najpewniej był związany ze wspomnianym wcześniej rozwojem ośrodków LFPC oraz ze stworzeniem szerokiego wachlarza innych form opieki i wsparcia dla pacjentów sądowych – od instytucjonalnych do pozainstytucjonalnych (opieka ambulatoryjna, środowiskowa). Obecnie w Holandii, której populacja wynosi nieco ponad 17 mln, w szpitalach sądowych jest dostępnych 1500 miejsc przeznaczonych dla sprawców niebezpiecznych objętych systemem TBS<sup>1066</sup>.

System TBS w całości jest finansowany, kontrolowany i podlega bezpośrednio holenderskiemu ministerstwu sprawiedliwości. Minister sprawiedliwości nie tylko odpowiada za politykę prawną i społeczną systemu TBS, ale także może pełnić (obok sądu) kluczową rolę w alokacji sprawców w poszczególnych ośrodkach / szpitalach. Może on również podejmować autonomiczne decyzje dotyczące warunkowego zwolnienia z TBS-u, choć jednak wciąż w głównej mierze pozostaje to domeną niezawisłego sądu<sup>1067</sup>.

Jak zostało wcześniej wspomniane, decyzja sądu o umieszczeniu sprawcy w ośrodku TBS podyktowana jest przede wszystkim względami prewencyjnymi w sytuacji, gdy leczenie w warunkach wolnościowych jest niemożliwe ze względu na niebezpieczeństwo ze strony sprawcy grożące innym osobom. Pacjenci trafiający do TBS-ów to ludzie groźni, w przeważającej większości mężczyźni, wykazujący objawy rozmaitych zaburzeń osobowości, często połączonych z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Spośród najczęstszych wymieniane są: osobowość antysocjalna (45%), borderline (24%), narcystyczna (26%) i paranoidalna (18%)<sup>1068</sup>. Zaburzenia psychotyczne diagnozowane są tylko u ok. 25–30% populacji wszystkich osadzonych w TBS-ach, gdyż osoby cierpiące na psychozy, pełniące czyny w stanie niepoczytalności, zazwyczaj są leczone w szpitalach ogólnopsychiatrycznych (*psychiatric order*)<sup>1069</sup>.

Pacjenci, względem których sąd orzekł nakaz leczenia w warunkach TBS (*TBS order*), a którzy pozostają najbardziej niebezpieczni oraz

1065 Zob. *Custodial Institutions Agency (DJI). In facts and figures based on 2018 r.*, Custodial Institutions Agency, Ministry of Health 2019, s. 7.

1066 Zob. M.V. Smekens, P. Braun, *Long-Term...*, s. 239; E. Bulten, R.J. Verkes, *Long...*, s. 34.

1067 Zob. H.C. van Marle, *The Dutch...*, s. 84.

1068 Zob. C. de Ruiter, R.L. Trestman, *Prevalence...*, s. 94.

1069 Zob. C. de Ruiter, J. Petrila, *TBS...*, s. 834.



u których istnieje bardzo wysokie ryzyko ponownego popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy, umieszczani są w specjalnych klinikach TBS, dysponujących najwyższym poziomem zabezpieczenia (FPC). Pozostali, którzy przejawiają mniejsze ryzyko przemocy i „recydywy”, są leczeni w pozostałych ośrodkach sądowych. Opieka nad zaburzonymi psychicznie sprawcami czynów zabronionych funkcjonuje w Holandii na czterech poziomach zabezpieczenia. Poziom pierwszy – stanowią zamknięte oddziały w szpitalach ogólnopsychiatrycznych, oddziały dla osób uzależnionych oraz oddziały rehabilitacji psychiatrycznej; poziom drugi – obejmuje oddziały psychiatrii sądowej (FPA), oddziały sądowe dla osób uzależnionych (FVA), oddziały dla osób z poważnymi zaburzeniami zachowania i upośledzonych umysłowo (SGLVG) oraz inne oddziały rehabilitacyjne podlegające Klinice Psychiatrii Sądowej (FPK) lub Klinice Sądowej Leczenia Uzależnień (FVK). Klinika Psychiatrii Sądowej i FVK dysponują także oddziałami zabezpieczenia na poziomie trzecim, natomiast czwarty – najwyższy stopień, jest przewidziany w Centrum Psychiatrii Sądowej (FPC). Umieszczenie na określonym poziomie w konkretnym ośrodku i konkretnym oddziale uzależnione jest od stanu psychicznego pacjenta, diagnozy, a przede wszystkim poziomu stwarzanego przez niego niebezpieczeństwa oraz sytuacji prawnej ukształtowanej indywidualną decyzją sądu<sup>1070</sup>.

Czas przebywania w ośrodkach TBS (uwzględniając w tym także od lat 90. LFPC) jest bardzo różny. Zależy on od stanu psychicznego sprawcy oraz długości utrzymywania się z jego strony zagrożenia dla siebie i innych. Przeciętna długość pobytu sprawców w TBS-ie w 1990 r. wynosiła 7 lat, w 1995 r. nieco powyżej 9, w 1999 r. przekraczała 10 lat, natomiast obecnie oscyluje wokół 8<sup>1071</sup>.

Umieszczenie w TBS-ie, teoretycznie na czas nieokreślony, następuje na podstawie orzeczenia sądu karnego. Wedle art. 38d ust. 1 WbSt początkowo sąd orzeka pobyt w ośrodku zamkniętym na okres 2 lat, ale pobyt może być przedłużany tak długo, jak długo utrzymuje się niebezpieczeństwo ze strony sprawcy, a sprawca jest zdolny odnosić korzyści z proponowanego mu leczenia. Sąd może przedłużyć pobyt w TBS-ie

1070 Zob. D. Senn, E. Bulten, Jack Tomlin, B. Völm, *A Comparison...*, s. 2.

1071 Zob. D. Senn, E. Bulten, Jack Tomlin, B. Völm, *A Comparison...*, s. 2; S. Sampson, R. Edworthy, B. Völm, E. Bulten, *Long-Term...*, s. 11.

na rok lub dwa i może to uczynić dwukrotnie (art. 38d ust. 2 WbSt)<sup>1072</sup>. Oznacza to, że przebywanie sprawców w TBS-ie może trwać od dwóch do sześciu lat. W tym czasie, systematycznie, personel TBS-u, który na co dzień uczestniczy w terapii pacjenta, przeprowadza badania jego stanu psychicznego oraz określa poziom ryzyka popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy. Opinie i raporty są na bieżąco sprawozdawane sądowi. Co sześć lat obowiązkowo przeprowadzane jest także badanie pacjenta przez zewnętrzny, niezależny interdyscyplinarny zespół kontrolujący z ramienia sądu. Jeśli w czasie sześciu lat nie zaobserwowano u pacjenta postępów w leczeniu bądź chęci współpracy z personelem terapeutycznym oraz jeśli wedle opinii zespołu specjalistów sprawca nie rokuje szansy na zmianę zachowania, przenosi się go do oddziału opieki długoterminowej (LFPC)<sup>1073</sup>.

Jeśli natomiast leczenie w TBS przynosi pożądane rezultaty, a stan pacjenta ulega poprawie, stopniowo modyfikowany jest sposób postępowania z pacjentem. Przechodzi on kolejne kroki ścieżki terapeutycznej, stopniowo przyznające mu coraz więcej autonomii i możliwości decydowania o sobie samym. Warto podkreślić, że holenderski system TBS to nie tylko zamknięte ośrodki, ale szereg „wolnościowych” środków, których celem jest powrót pacjenta do społeczeństwa.

System TBS, odpowiedzialny za całość procesu resocjalizacji i reintegracji, zapewnia możliwość leczenia pacjentów niebezpiecznych w oddziałach o zaostrzonym rygorze, następnie oferuje pobyt w oddziałach o niższym poziomie zabezpieczenia, kolejno leczenie i nadzór poza ośrodkiem oraz superwizję i leczenie środowiskowe. Model izolacyjny i opieka stacjonarna nad zaburzonymi psychicznie to tylko część systemu. Pozostały zakres obejmują wszelkie inne instytucjonalne i pozainstytucjonalne formy leczenia i opieki, które są niezbędne do ponownej reintegracji pacjenta ze społeczeństwem.

Ażeby wyjście z izolacji na wolność przebiegało stopniowo, w trakcie pobytu w zamkniętych ośrodkach sądowych istnieje szereg możliwości i różnych form czasowego opuszczania ośrodka (przepustki), które każdorazowo muszą być usankcjonowane przez ministerstwo sprawiedliwości. Należą do nich m.in.:

---

1072 Zob. C. de Ruiter, R.L. Trestman, *Prevalence...*, s. 93.

1073 Zob. J. de Boer, J. Gerrits, *Learning...*, s. 459.

1. Opuszczenie ośrodka z asystą (*escorted leave*) – na zakupy lub w odwiedziny rodziny.
2. Opuszczenie ośrodka bez asysty (*unescorted leave*) – w celach edukacyjnych lub towarzyskich.
3. Tak zwany *transmural treatment* – mieszkanie poza ośrodkiem, czasem w mieszkaniach wynajmowanych przez szpital – gdzie pacjenci pozostają pod ścisłym nadzorem personelu TBS i mogą być w każdej chwili przeniesieni z powrotem do oddziału sądowego, jeśli nie spełnią nałożonych na nich warunków.

Pacjenci z TBS-ów spędzają średnio w pełnej izolacji od 3 do 4 lat. Jeśli po tym czasie nie istnieje już wysokie ryzyko ucieczki lub ponownego popełnienia czynu zabronionego, zostaje im przyznana możliwość czasowego opuszczania ośrodka (jak wyżej). W tym okresie szpital pomaga im znaleźć pracę, mieszkanie socjalne, a także udziela wsparcia w odbudowywaniu starych i nawiązywaniu nowych relacji z ludźmi, w angażowaniu się w rozmaite aktywności życiowe, a także w realizowaniu różnych, akceptowalnych społecznie form spędzania wolnego czasu. Ten etap leczenia i stopniowego przystosowywania się do życia na wolności trwa kolejne 2–3 lata. Jeśli pacjent bez problemów realizuje swój „wolnościowy” program terapeutyczny i nałożone na niego obowiązki, kolejny krok stanowi warunkowe zwolnienie z systemu TBS (z tzw. *TBS order*). Decyzję tę podejmuje sąd po konsultacji z personelem szpitala, uczestniczącym niezmiennie w terapii pacjenta. Od momentu uzyskania warunkowego zwolnienia z TBS pacjent przechodzi pod nadzór i opiekę instytucji kuratorskich, które odtąd są odpowiedzialne za jego kontrolowanie i monitorowanie. Raz w roku sąd weryfikuje i sprawdza konieczność lub możliwość kontynuowania warunkowego zwolnienia (art. 38j ust. 1 WbSt). Kolejne lata bez żadnych incydentów związanych z nieodpowiednim zachowaniem pacjenta prowadzą do jego bezwarunkowego zwolnienia z systemu TBS<sup>1074</sup>. Kodeks karny w art. 38j ust. 1 stanowi, że całkowity okres warunkowego zwolnienia z przymusowego leczenia w systemie TBS wynosi nie więcej niż 3 lata. Po upływie tego terminu, jeśli nie wydano nakazu wznowienia przymusowego leczenia, przekazanie do dyspozycji rządu wygasa z mocy prawa, a pacjent staje się odtąd całkowicie wolny (art. 38j ust. 3 WbSt).

---

1074 Zob. J. de Boer, J. Gerrits, *Learning...*, s. 460.

## 7. *Ter Beschikkingstelling-long-stay (Long-Term Forensic Psychiatric Care)* – ośrodki opieki długoterminowej

Sprawcy z zaburzeniami psychicznymi, którzy zostali skierowani na leczenie w systemie TBS, są objęci działaniami terapeutycznymi i resocjalizacyjnymi tak długo, aż wedle oceny specjalistów nie będą już stanowić zagrożenia dla społeczeństwa. Istnieją jednak osoby, przeważnie z diagnozą zaburzeń osobowości, które przez cały czas prezentują postawę i zachowania wskazujące na wysokie ryzyko ponownego popełnienia czynu zabronionego w przyszłości, a wszelkie metody ich leczenia zawodzą. W takich sytuacjach próżno szukać nadziei, aby mogli powrócić szybko do wolnościowego życia, a nawet, czy w ogóle będzie to możliwe. Osoby te, wymagające bezwzględnej izolacji, są przenoszone do ośrodków opieki długoterminowej LFPC.

Wraz ze zmianą ośrodka TBS-terapeutycznego na LFPC, zmianie ulegają także cele, jakie mają być realizowane w nowym miejscu. Nadrzędnym celem umieszczania sprawców w ośrodkach opieki długoterminowej jest nie ich leczenie, ale przede wszystkim izolacja, przy jednoczesnym stworzeniu wewnątrz ośrodka odpowiednich zasad, dających możliwość jak największej autonomii oraz zapewnienie im w miarę satysfakcjonującej jakości życia.

Pierwszy oddział opieki długoterminowej został stworzony w 1999 r. przez Centrum Psychiatrii Sądowej Veldzicht w Balkbrug, dysponujący jedynie dwudziestoma miejscami. Z biegiem lat powstawały kolejne: Pompestichtig w Nijmegen (2003 r.), Woenselse w Eindhoven oraz Van der Hoven w Utrechcie. Obecnie funkcjonuje tylko jedno Centrum Psychiatrii Sądowej LFPC – Pompestichtig, dysponujące w sumie 108 łóżkami, zlokalizowanymi w trzech miejscach:

1. W Zeeland (głównie dla osób z „chronicznymi” zaburzeniami psychicznymi, autystycznymi i osobowości).
2. W Nijmegen (dla osób ze zdiagnozowanymi ciężkimi zaburzeniami osobowości, niepoddającymi się leczeniu, funkcjonujące od 2017 r.).
3. W Vught (dla osób najbardziej niebezpiecznych, funkcjonujące od 2006 r.)<sup>1075</sup>.

---

1075 Zob. I. Markiewicz, *Leczenie...*, s. 184; M.V. Smeekens, P. Braun, *Long-Term...*, s. 239.

Procedura umieszczenia pacjenta w ośrodku LFPC może zostać wszczęta dopiero, jeśli w trakcie 6-letniego (lub dłuższego) leczenia w TBS-ie nie zaobserwowano u niego poprawy stanu psychicznego oraz sposobu funkcjonowania. Brak powodzenia terapeutycznego musi nastąpić podczas przebywania w dwóch różnych klinikach TBS oraz musi to zostać potwierdzone w sporządzonej na tę okoliczność opinii specjalistów (psychiatrów i psychologów), będących członkami personelu TBS-u, w którym pacjent przebywa. Przed podjęciem decyzji o przeniesieniu pacjenta do LFPC jest on badany również przez niezależny interdyscyplinarny zespół doradczy nazywany LAP (*Advisory Board for Long Stay Forensic Care*)<sup>1076</sup>, który składa się ze specjalistów psychiatrii sądowej (psychiatrów i psychologów) oraz prawników. Zespół następnie wydaje ekspertyzę w oparciu o całość zgromadzonych informacji na temat sprawcy, włączając w to także opinie pochodzące od personelu TBS-u, w którym pacjent przebywał, jak również własne informacje LAP uzyskane w trakcie osobistego spotkania ze sprawcą. Ten dokument LAP jest kluczowym materiałem doradczym dla ministerstwa sprawiedliwości i bezpieczeństwa, które dopiero na jego podstawie wydaje decyzję, czy pacjent powinien trafić do LFPC, czy nie. Interdyscyplinarny zespół doradczy monitoruje zarówno przyjęcia do LFPC, jak i długość pobytu w ośrodkach<sup>1077</sup>. Jeśli pacjent nie zgadza się z decyzją ministerstwa dotyczącą przyjęcia do LFPC lub też przedłużenia pobytu, ma on możliwość wniesienia sprzeciwu do organu zwanego Council for the Administration of Criminal Justice and Protection of Juveniles (Rada Wykonawcza Wymiaru Sprawiedliwości i Ochrony Nieletnich – tłum. I.M.)<sup>1078</sup>.

Decyzja o umieszczeniu w LFPC nie jest „wyrokiem dożywotnim”, gdyż istnieje możliwość przeniesienia pacjenta z powrotem na ścieżkę leczniczą, tj. do TBS-u terapeutycznego, by mógł tam realizować kolejne kroki w drodze ku wolności. Możliwość ta jest bardzo ważnym czynnikiem motywacyjnym dla pacjentów ośrodków długoterminowych.

1076 „Landelijke Adviescommissie Plaatsing Langdurige Forensische”; S. Sampson, R. Edworthy, B. Völm, E. Bulton, *Long-Term...*, s. 344.

1077 Zob. J. de Boer, J. Gerrits, *Learning...*, s. 460.

1078 „Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming”; I. Markiewicz, *Leczenie...*, s. 178–191.

## **8. Podejście i filozofia pracy z pacjentem w ośrodkach *Long-Term Forensic Psychiatric Care*. Koncepcja *Good Life Model***

Przeważająca liczba pacjentów przebywa w LFPC od kilkunastu do kilkudziesięciu lat, czasem nawet do końca życia. Fakt ten wymusił stworzenie nowego modelu pracy z pacjentami, skoro wszystkie inne metody wcześniej realizowane w TBS-ach zawiodły, a LFPC miały odtąd się stać „domem” dla „pacjentów chronicznych”, mogących przez całe życie być niebezpiecznymi dla innych. W pracy terapeutycznej zaczęto koncentrować się nie na działaniach mających przygotować pacjenta do ponownej reintegracji ze społeczeństwem, ale na stabilizacji i monitorowaniu jego objawów zaburzeń psychicznych, promowaniu działań i postaw prozdrowotnych oraz optymalizacji jakości życia, jakkolwiek realizowanego w izolacji i w warunkach maksymalnego zabezpieczenia<sup>1079</sup>. Aby powyższe cele mogły zostać osiągnięte, konieczne stało się zaprojektowanie funkcjonowania ośrodka LFPC nie tylko w oparciu o kryterium adekwatności, ale przede wszystkim bazującego na przejrzystych zasadach prawnych i etycznych oraz w oparciu o określoną filozofię.

Zakładając, że pobyt w ośrodku może trwać kilkadziesiąt lat, musi być on jak najbardziej zbliżony do „normalnego” życia (choć w izolacji), a nie szpitala. Osoby umieszczone w LFPC z dnia na dzień przestają być pacjentami, a stają się rezydentami. Odchodzi się od modelu medycznego w postępowaniu z osobami tam umieszczonymi, na rzecz wprowadzenia podejścia bardziej psychospołecznego. W pracy z pacjentami LFPC duży nacisk kładzie się na nabycie umiejętności współdziałania, relacje, wzajemny szacunek (między rezydentami oraz między rezydentami i personelem) oraz zaufanie. Proces uspołeczniania i wypracowywania zachowań zgodnych z prawem i pożądanymi społecznie zastępuje proces klasycznego leczenia, a działania terapeutyczne koncentrują się na nauce wzajemnego respektowania praw, przestrzegania granic i hamowaniu zachowań, które uderzałyby w godność czy autonomię drugiej osoby. Działania te pomagają jednocześnie w utrzymaniu bezpieczeństwa w ośrodku i stanowią czynnik chroniący w zakresie zapobiegania zachowaniom agresywnym.

---

1079 Zob. E. Bulten, R.J. Verkes, *Long...*, s. 41; D. Senn, E. Bulten, J. Tomlin, B. Völm, *A Comparison...*, s. 2.

Kluczowa zmiana podejścia nastąpiła w ogólnej filozofii, która do tej pory była stosowana w postępowaniu z pacjentami sądowymi. Klasyczny model oceny ryzyka i patrzenia na pacjenta przez pryzmat niebezpieczeństwa, jakie stwarza oraz analiza czynników powodujących zagrożenie z jego strony, ustąpiły miejsca nowemu podejściu, bazującemu na potencjale rezydentów LFPC, wzmacnianiu zasobów, które posiadają i które należy rozwijać, aby chroniły ich samych oraz społeczeństwo przed popełnieniem przez nich agresywnych czynów zabronionych<sup>1080</sup>.

Już od lat 90. zaczęto rozwijać i postępować z pacjentami w oparciu o GLM – opracowany przez Warda i jego współpracowników<sup>1081</sup>. Wedle modnej już od kilku lat nie tylko w Holandii, ale i w wielu innych krajach Europy Zachodniej teorii, skuteczniejszym sposobem redukcji ryzyka powrotu do przestępczości jest zapewnienie pacjentom niezbędnych warunków do lepszego życia oraz samo uczenie ich lepszemu życiu. Te metody mają odnosić lepszy skutek, aniżeli ciągłe trenowanie sposobów minimalizowania ryzyka w tradycyjnych metodach terapii i resocjalizacji. Koncepcja GLM podkreśla aktywne angażowanie uczestników w proces rehabilitacji, stworzenie im godnych warunków życia oraz wypracowywanie postaw i promowanie sprzeciwu względem zachowań niezgodnych z prawem. Celem działań opartych na modelu GLM jest wykorzystywanie podstawowych zdolności sprawców czynów zabronionych w procesie zmiany zachowania, a przez to zmniejszanie ryzyka powrotności do przestępstwa, a także zwiększenie szans na lepsze życie<sup>1082</sup>.

Podejście GLM w ośrodkach opieki długoterminowej w Holandii znajduje swoje odzwierciedlenie w codzienności rezydentów, ich aktywnościach, relacjach z personelem, atmosferze w oddziale i bezpieczeństwie. Pobyt w LFPC ma w pewnych granicach przypominać normalne życie, toteż każdy rezydent, jeśli tylko stan zdrowia psychicznego i somatycznego na to pozwala, ma możliwość wykonywania pracy, za którą dostaje symboliczne wynagrodzenie. Personel wspiera własne inicjatywy rezydentów, szczególnie te rozwijające nowe umiejętności i zainteresowania. Niezmiernie ważne jest także to, że rezydent jest włączany na każdym etapie w formułowanie swojego planu terapeutycznego, jak

---

1080 Zob. E. Bulten, R.J. Verkes, *Long...*, s. 41.

1081 Zob. T. Ward, *Good...*, s. 513–528.

1082 Zob. M. Barnao, T. Ward, P. Robertson, *The Good...*, s. 288–301.

i jego modyfikowanie<sup>1083</sup>. Zaangażowanie w tworzenie swojego własnego planu terapeutycznego sprawia, iż po pierwsze – rezydent ma poczucie wpływu na własne życie, a nie permanentnej kontroli ze strony personelu, a po drugie – czyni rezydenta bardziej odpowiedzialnym za realizację celów, które wspólnie z terapeutą sobie wyznaczył.

Ponadto ośrodki LFPC oferują rezydentom: psychoterapię (jeśli sami wykażą taką potrzebę), socjoterapię, terapię uzależnień, także specjalne programy dostosowane do konkretnych zaburzeń psychicznych. Realizuje się w nich treningi zastępowania agresji, zarządzania emocjami czy empatii. Spośród aktywności terapii zajęciowej rezydenci najczęściej zajmują się ogrodnictwem, hodowlą zwierząt, uprawą owoców i warzyw, produkcją mebli i wyrobów metalowych, naprawą rowerów, garncarstwem czy tkactwem. Promowana jest także działalność artystyczna, stymulująca działania twórcze.

Tak szeroka oferta działań terapeutycznych wymaga nie tylko innowacyjnego podejścia do resocjalizacji, ale także odpowiedniej infrastruktury<sup>1084</sup>. Ponadto, co jest także warte podkreślenia, zasady pobytu, prawa i obowiązki pacjentów, personelu i organów nadzorujących są jasno określone w osobnych aktach prawnych rangi ustawowej, głównie w ustawie z dn. 24 stycznia 2018 r. o psychiatrii sądowej<sup>1085</sup> oraz ustawie o opiece oddanych do dyspozycji rządu w ramach stosowania prawa karnego (TBS), a także w regulaminach wewnętrznych. Ustawy precyzyjnie definiują ważne dla psychiatrii sądowej pojęcia i dookreślają aspekty związane z codziennym funkcjonowaniem osób izolowanych, np. możliwość swobodnego poruszania się po terenie placówki, kontakt ze światem zewnętrznym, wykonywanie pracy, sprawy dotyczące opieki społecznej, edukacji, rozrywki i sportu. Jasno sprecyzowane są także warunki zastosowania przymusu bezpośredniego czy kar dyscyplinarnych. Osobny rozdział w ustawie o opiece oddanych do dyspozycji rządu w ramach stosowania prawa karnego stanowią przepisy dotyczące możliwości czasowego opuszczenia ośrodka („przepustek”) oraz zasady z nimi związane. Akt zawiera także zbiór przepisów określających procedurę

---

1083 Zob. I. Markiewicz, *Leczenie...*, s. 187.

1084 O infrastrukturze i warunkach pobytu w ośrodku LFPC na przykładzie Zeeland szerzej pisze I. Markiewicz, *Leczenie...*, s. 188–189.

1085 Zob. ustawa o psychiatrii sądowej (Wet forensische zorg Geldend), < <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040634/2020-01-01> >, dostęp: 6 maja 2021 r.



skargi na decyzje podjęte przez kierownictwo ośrodka, co stanowi istotny element gwarancyjny. Pewność reguł panujących w ośrodkach sądowych zabezpiecza przed nadużyciami, a klarowne zasady umożliwiają prawidłowe określenie granic pomiędzy personelem a rezydentami oraz między nimi samymi, co istotnie wpływa na klimat terapeutyczny. Atmosfera w ośrodku, praca w poszanowaniu praw jednostek i ich godności, indywidualne podejście w ustalaniu ścieżki terapeutycznej i jej realizowanie w oparciu o wzajemne zaufanie są tym, co pozwala przetrwać rezydentom czas izolacji, a niektórym także i zaakceptować, iż ich pobyt w ośrodku może trwać całe życie.

## 9. Podsumowanie

Patrząc globalnie na system opieki nad zaburzonymi psychicznie sprawcami najpoważniejszych czynów zabronionych w Holandii, można odnieść wrażenie, że zbliża się on do ideału. Istnieją precyzyjnie określone przez Kodeks karny drogi postępowania z niebezpiecznymi sprawcami, z jasnymi kryteriami włączenia ich do systemu TBS, umieszczenia w konkretnym ośrodku, a także z w pełni określoną ścieżką terapeutyczną, przesłankami zakończenia nie tylko izolacji, ale i całościowego leczenia w systemie psychiatrii sądowej.

Ustawodawca nie ograniczył się jedynie do stworzenia przepisów bazowych dotyczących środków zabezpieczających w Kodeksie karnym, ale opracował cały system innych aktów rangi ustawowej, aby dookreślić postępowanie z osobami, które wymagają przymusowego leczenia w izolacji z uwagi na to, iż stwarzają zagrożenie dla innych.

Holandia wyróżnia się na tle innych krajów także nowoczesną ofertą terapeutyczną, metodologią i organizacją pracy. Prezentuje nowe podejście terapeutyczne, oparte na potencjale pacjenta (a nie – jak to przeważnie w psychiatrii sądowej bywa – na jego deficytach i skłonnościach do agresji). Odpowiednio wykwalifikowany i wyspecjalizowany do pracy ze sprawcami niebezpiecznymi personel posiada bogate doświadczenie również w opiece ambulatoryjnej i kontroli sprawców po opuszczeniu przez nich zamkniętego ośrodka, czego niewątpliwie najbardziej w Polsce brakuje.

Żaden system środków zabezpieczających w Europie nie jest idealny, tak samo jak każde jednostkowe działanie w kierunku zapobiegania

przestępczości i ochrony społeczeństwa może mieć swoje dobre i złe strony, gdy patrzy się na nie z perspektywy sprawcy i ofiary. Atutem systemu holenderskiego, zasługującym na szczególne podkreślenie, jest przede wszystkim podejście i ogólna filozofia, leżąca u podłoża funkcjonowania różnych instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form opieki nad pacjentami sądowymi. Jej istotą jest to, że stawia człowieka z zaburzeniami psychicznymi nie tylko na pozycji niebezpiecznego sprawcy, ale głównie osoby, której należy pomóc i postępować z nią w sposób jak najbardziej humanitarny.

Oczywiste jest, że postępowanie ze sprawcami czynów zabronionych ma na celu przede wszystkim ochronę społeczeństwa przed niebezpieczeństwem grożącym z ich strony. Można sprawców w tym celu tylko izolować, co czasami nawet byłoby łatwiejsze w realizacji. Sztuką, a zarazem wyzwaniem, jest jednak skuteczna zmiana ludzkich agresywnych zachowań i antyspołecznych postaw. Holandia daje każdemu swojemu obywatelowi „drugą szansę” – lecz to już nie jest kwestia przepisów czy systemu, ale raczej ludzkiej mentalności.