



EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS
COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

© Ministerstwo Spraw Zagranicznych, www.gov.pl/diplomacy

Permission to re-publish this translation has been granted by the Polish Ministry of Foreign Affairs for the sole purpose of its inclusion in the Court's database HUDOC

© Ministerstwo Spraw Zagranicznych, www.gov.pl/dyplomacja

Zezwolenie na publikację tego tłumaczenia zostało udzielone przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych wyłącznie w celu zamieszczenia w bazie Trybunału HUDOC

EUROPEJSKI TRYBUNAŁ PRAW CZŁOWIEKA

Nota informacyjna nt. orzecznictwa Trybunału nr 225

Styczeń 2019 r.

Rooman p. Belgii [Wielka Izba], skarga nr 18052/11

Wyrok z 31.01.2019 r. [WI]

Art. 5

Art. 5 ust. 1 lit. e

Osoby umysłowo chore

Obowiązek podejmowania środków w celu przewyciężenia przeszkody językowej w leczeniu zaburzeń psychicznych, na które cierpiała osoba przymusowo umieszczona w odosobnieniu: *naruszenie; brak naruszenia*

Art. 3

Ponizające traktowanie

Obowiązek podejmowania środków w celu przewyciężenia przeszkody językowej w leczeniu zaburzeń psychicznych, na które cierpiała osoba przymusowo umieszczona w odosobnieniu: *naruszenie; brak naruszenia*

Fakty – Skarżący, który cierpiał na poważne zaburzenie psychiczne, powodujące niezdolność kontrolowania przez niego swych działań, od 2004 r. był przymusowo umieszczony w odosobnieniu w wyspecjalizowanej instytucji, której personel składał się z osób niemówiących w języku niemieckim, chociaż on sam mówił tylko po niemiecku (jednym z trzech języków urzędowych w Belgii). Rada opieki społecznej wielokrotnie wskazywała, że trudności w porozumiewaniu się skutkowały pozbawieniem skarżącego jakiegokolwiek leczenia jego zaburzeń psychicznych (co ponadto uniemożliwiało rozważanie jego zwolnienia), ale zalecenia te były tylko częściowo lub z opóźnieniem realizowane przez władze. Właściwe organy sądowe doszły do podobnych wniosków w 2014 r.

Wyrokiem z dnia 18 lipca 2017 r. (zobacz [Nota informacyjna nr 209](#)) Izba Trybunału jednogłośnie orzekła, że doszło do naruszenia art. 3 [Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności] z uwagi na brak zapewnienia odpowiedniego leczenia przez trzynaście lat oraz, sześcioma głosami do jednego, że nie doszło

do naruszenia art. 5 ust. 1, ponieważ przeszkoda w zapewnieniu odpowiedniego leczenia była niezwiązana z rzeczywistym charakterem instytucji. Sprawa została przekazana do Wielkiej Izby na wniosek skarżącego.

Od sierpnia 2017 r. podjęte zostały różne środki w celu pomocy skarżącemu: comiesięczne spotkania z psychologiem, potwierdzona dostępność niemieckojęzycznego psychiatry, udział tłumacza w comiesięcznych spotkaniach z lekarzem ogólnym. Skarżący nie był jednak szczególnie otwarty na te możliwości (nie skorzystał z możliwości konsultacji z psychiatrą i odmówił wyrażenia zgody na przekazanie przez psycholog z zewnątrz jej ustaleń zespołowi zajmującemu się dobrostanem psychicznym w instytucji).

W 2016 r. weszła w życie nowa ustawa w sprawie przymusowego umieszczania w odosobnieniu. Podkreśla ona konieczność zaoferowania ścieżki opieki osobom przymusowo umieszczonym w odosobnieniu.

Prawo

Art. 3 (*aspekt materialny*): Czysto językowy element może się okazać decydujący dla udzielania (lub dostępności) odpowiedniego leczenia, ale tylko, jeśli inne czynniki nie są w stanie zrekompensować braku komunikacji; w szczególności leczenie zależy od współpracy ze strony zainteresowanej osoby.

– Okres od 2004 r. do 2017 r. – W tym zakresie Wielka Izba w istocie powtórzyła stwierdzenia Izby i nie zidentyfikowała czynników rekompensujących. W celu uzasadnienia braku leczenia psychoterapeutycznego władze jedynie odnotowywały, że z jednej strony zagrożenie stwarzane przez skarżącego wykluczało umieszczenie go w mniej bezpiecznej placówce niemieckojęzycznej, a z drugiej strony w przedmiotowej placówce brak było personelu niemieckojęzycznego, i nie badały innych możliwości.

Rozstrzygnięcie: naruszenie (szesnastoma głosami do jednego).

– Okres od sierpnia 2017 r. – Po pierwsze, po wyroku Izby władze wykazały rzeczywistą chęć naprawienia sytuacji, podejmując wymierne środki, które *a priori* były zgodne z koncepcją „odpowiedniego leczenia”.

Po drugie, skarżący nie współpracował wystarczająco i nie był otwarty na proponowane leczenie (tj. zewnętrznego psychiatrę, którego mu „udostępniono”). Chociaż zapewne należy wyrazić żal z powodu braku harmonogramu terapeutycznego, nie zmienia to faktu, że skarżący nawet nie prosił o skorzystanie z proponowanej konsultacji z psychiatrą. Co prawda współpraca skarżącego była tylko jednym z czynników, które należało uwzględnić przy ocenie skuteczności wymaganego leczenia, ponieważ jest on osobą szczególnie wrażliwą, niemniej jednak skarżący, który korzystał z pomocy prawnika przez całe postępowanie krajowe, mógł wykazać otwartość na próby podejmowane przez władze w celu odpowiedzi na wnioski Izby. Prawdą jest, że skarżący był uprawniony do odmówienia skorzystania z proponowanego mu leczenia, w takiej sytuacji ponosił jednak ryzyko, że zmniejszy to szanse jego zwolnienia.

Po trzecie, krótki okres, jaki upłynął od wdrożenia zmian, uniemożliwiał ewaluację wpływu tych nowych rozwiązań.

Pomimo pewnych niedociągnięć organizacyjnych próg dolegliwości wymagany, by w grę mógł wchodzić art. 3, nie został zatem osiągnięty w tym okresie.

Rozstrzygnięcie: brak naruszenia (czternastoma głosami do trzech).

Art. 5 ust. 1

a) *Dookreślenie zasad dotyczących obowiązku zapewnienia leczenia osobom przymusowo umieszczonym w odosobnieniu* – Nawet w świetle obecnej wykładni art. 5 nie zawiera zakazu pozbawienia wolności z uwagi na upośledzenie (w przeciwieństwie do tego, co proponuje Komitet Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ). Niemniej jednak pozbawienie wolności na podstawie art. 5 ust. 1 lit. e Konwencji musi wypełniać dwojaką funkcję: z jednej strony funkcję ochrony społeczeństwa, a z drugiej strony funkcję terapeutyczną w interesie osoby umysłowo chorej.

Pierwsza funkcja nie powinna, *a priori*, uzasadniać braku środków mających na celu zrealizowanie drugiej. Niezależnie od placówki wszelkie pozbawienie wolności osób umysłowo chorych musi mieć cel terapeutyczny, zmierzając w możliwym zakresie do wyleczenia lub złagodzenia ich schorzenia psychicznego, w tym doprowadzenia, tam gdzie to właściwe, do zmniejszenia stwarzanego przez nie zagrożenia lub kontrolowania go, w celu przygotowania do ich ostatecznego zwolnienia.

Zapewnienie odpowiedniego i spersonalizowanego leczenia jest istotną częścią pojęcia „odpowiedniej instytucji”: możliwe jest, że instytucję, która *a priori* jest nieodpowiednia, taką jak struktura więzienna, można jednak uznać za zadowalającą, jeśli zapewnia odpowiednią opiekę, i odwrotnie – wyspecjalizowana instytucja psychiatryczna, która z definicji powinna być odpowiednia, może okazać się niezdolna do zapewnienia koniecznego leczenia. Zaledwie „dostęp” do pracowników służby zdrowia, konsultacji i dostarczania leków może być tu niewystarczający.

Nie jest jednak rolą Trybunału analizowanie zakresu oferowanego i udzielanego leczenia. Istotne jest, by Trybunał mógł zweryfikować, czy został wdrożony „spersonalizowany program” uwzględniający konkretne aspekty zdrowia psychicznego osadzonego w celu przygotowania go do ewentualnego powrotu do społeczeństwa w przyszłości. W tym obszarze Trybunał przyznaje władzom pewną swobodę zarówno co do formy, jak i zakresu opieki terapeutycznej oraz przedmiotowego programu leczenia.

Wreszcie, w razie problemu, który utrudnia leczenie skarżącego, potencjalnie negatywne skutki dla perspektywy zmiany w sytuacji osobistej skarżącego niekoniecznie będą prowadzić do stwierdzenia naruszenia art. 5 ust. 1, pod warunkiem że władze podjęły wystarczające kroki w celu przezwyciężenia tego problemu.

Intensywność kontroli Trybunału może się różnić w zależności od tego, czy skarga jest składana na podstawie art. 3 – który wymaga [osiągnięcia] określonego progu dolegliwości, którego ocena jest względna i zależy od wszystkich okoliczności sprawy – czy na podstawie art. 5 ust. 1 – w przypadku którego dominującą kwestią jest to, czy instytucja jest odpowiednia (co jest konieczne dla zachowania związku między przymusowym umieszczeniem w odosobnieniu a jego deklarowanym celem). Stwierdzenie braku naruszenia art. 3 nie prowadzi automatycznie do stwierdzenia braku naruszenia art. 5 ust. 1, chociaż stwierdzenie naruszenia art. 3 z uwagi na brak odpowiedniego leczenia może skutkować również stwierdzeniem, że z tych samych powodów doszło do naruszenia art. 5 ust. 1.

Co prawda art. 5 ust. 1 lit. e nie gwarantuje osobie przymusowo umieszczonej w odosobnieniu prawa do otrzymywania leczenia w języku, w którym mówi, jednak potrzeba spersonalizowanego i odpowiedniego leczenia dla osób przymusowo umieszczonych w odosobnieniu została podkreślona w [Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych](#) z 2006 r., a także w [Zaleceniu Rec\(2004\)10](#) Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie ochrony praw

człowieka oraz godności osób z zaburzeniami psychicznymi¹. Zalecenie to w szczególności rekomenduje opracowanie odpowiedniego spersonalizowanego planu leczenia po konsultacji (w możliwym zakresie) z osobą zainteresowaną. Naturalne jest uwzględnianie czynnika języka umożliwiającego uzyskanie przez daną osobę niezbędnych informacji na temat jej leczenia (brak tego może zwiększyć szczególną wrażliwość tej osoby).

(b) *Zastosowanie w omawianej sprawie*

– *Okres od 2004 r. do 2017 r.* – Chociaż język niemiecki ma status języka urzędowego w Belgii, nie mówi się nim często w regionie, w którym znajdowała się przedmiotowa instytucja. Ponadto ustawodawstwo, które miało zastosowanie, nie wymagało, by tego typu instytucja zatrudniała dwujęzyczny personel mówiący w języku francuskim i niemieckim.

Prawo skarżącego do mówienia, bycia rozumianym i otrzymywania leczenia w tym języku zostało jednak wyraźnie uznane przez radę opieki społecznej w 2009 r., chociaż, jak się wydaje, zgodziła się ona następnie z poglądem, że aspekt ten nie był decydujący dla postępu skarżącego, i odmówiła wydania nakazów lub upomnienia władz. Trybunał nie może spekulować, jakie byłyby rezultaty leczenia w języku niemieckim – musi się on ograniczyć do stwierdzenia braku takiego leczenia. Ponadto ewentualność, że dana osoba nie może zostać wyleczona, nie zmniejsza obowiązku zapewnienia leczenia.

Mając na względzie wnioski skarżącego o leczenie i zwolnienie, do władz należało znalezienie sposobu przezwyciężenia impasu wynikającego z kwestii komunikacji między skarżącym a osobami świadczącymi opiekę zdrowotną. Nie jest zadaniem Trybunału wydawanie ogólnych rozstrzygnięć co do rodzajów rozwiązań, które mogłyby być uznane za wystarczające: wybór ten wchodził w zakres marginesu oceny władz.

W omawianej sprawie środki sporadycznie podejmowane przez władze nie stanowiły integralnej części żadnej ścieżki opieki terapeutycznej lub leczenia. Władze badały możliwość leczenia skarżącego w Niemczech, ale brak jest informacji na temat wyników tych wysiłków. W samej Belgii przezwyciężenie problemu dotyczącego użycia języka niemieckiego nie wydawało się jednak nierealne, zważywszy że jest to jeden z języków urzędowych tego kraju.

Rozstrzygnięcie: naruszenie (jednogłośnie).

– *Okres od sierpnia 2017 r.* – Z uwagi na fakt, że skarżącego uznano za osobę zdolną do podejmowania własnych decyzji i wyrażania zgody, prawo krajowe zakazywało narzucania mu środków terapeutycznych wbrew jego woli. Z definicji jednak jego rozeznanie było osłabione przez zaburzenia psychologiczne, które zwiększały jego szczególną wrażliwość. Obowiązkiem władz było podjęcie prób objęcia skarżącego, na ile było to możliwe, spersonalizowaną opieką zdrowotną będącą w stanie doprowadzić do poprawy stanu jego zdrowia.

W omawianej sprawie władze przyjęły podejście multidyscyplinarne i zapewniające – na pierwszy rzut oka – spójność działania oraz współpracę różnych podmiotów, próbując zapewnić skarżącemu „ścieżkę opieki” dostosowaną do jego szczególnych potrzeb komunikacyjnych i schorzenia. Szereg aktywności w języku niemieckim (udostępnienie niemieckojęzycznego psychiatry, psychologa i urzędnika opieki społecznej) mogło ułatwić komunikację i budowanie relacji zaufania.

¹ <http://niepelnosprawni.gov.pl/container/dokumenty-miedzynarodowe/dokumenty-rady-europejskiej/Zalecenie%20Rec.2004.10.pdf>

Ponadto rolą osobistego adwokata lub pełnomocnika skarżącego było, ilekroć występowali, pomagać mu w wykonywaniu jego praw do wyrażenia zgody i korzystania z planu leczenia. Pomimo pomocy swych przedstawicieli skarżący odmówił jednak współpracy z personelem medycznym przy opracowaniu ścieżki leczenia.

W tej sytuacji – przy braku informacji na przykład o udzieleniu przez niemieckojęzycznego psychiatrę odmowy spotkania się ze skarżącym i opracowania z nim odpowiedniego projektu terapeutycznego – Trybunał uznał, że obowiązek państwa podejmowania środków został wypełniony.

W sumie, mając na uwadze znaczne wysiłki podejmowane przez władze, wydające się na pierwszy rzut oka spójne i dostosowane do dostępnego obecnie leczenia, krótki okres podlegający badaniu oraz fakt, że skarżący, pomimo pomocy swych przedstawicieli, nie zawsze był otwarty na propozycje, przymusowe umieszczenie skarżącego w odosobnieniu było zgodne z wymaganym celem terapeutycznym.

Trybunał sprecyzował jednak, że z uwagi na szczególną wrażliwość skarżącego i jego zmniejszoną zdolność do podejmowania decyzji, na władzach spoczywa obowiązek podejmowania wszystkich koniecznych inicjatyw – w perspektywie średnio- i długoterminowej – w celu zapewnienia leczenia psychiatrycznego i psychologicznego oraz pomocy społecznej, tak aby zapewnić mu perspektywę zwolnienia.

Rozstrzygnięcie: brak naruszenia (dziesięcioma głosami do siedmiu).

Art. 41: 32 500 euro tytułem szkody niemajątkowej; roszczenie tytułem szkody majątkowej oddalone.

(Zobacz także zestawienie tematyczne pt. [Pozbawienie wolności a zdrowie psychiczne](#))

© Council of Europe/European Court of Human Rights
Niniejsze streszczenie przygotowane przez Kancelarię nie wiąże Trybunału.

Link do [Not informacyjnych nt. orzecznictwa](#)