



Niektóre aspekty faktycznej zdolności do wyrażenia zgody przez zaburzonych psychicznie

*The capacity for genuine voluntary commitment
in the mentally ill: selected aspects*

STANISŁAW DĄBROWSKI

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Z badań nad przestrzeganiem Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w szczególności przepisów dotyczących świadomej i wątpliwej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wynika, że: (1) znaczący odsetek pacjentów z formalnym statusem przyjęcia za zgodą nie odpowiada rzeczywistości subiektywnie przeżywanemu statusowi, (2) dużo do życzenia pozostawia sposób stosowania art. 19 ust. 1 pkt 3 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 32 ust. 1 Ustawy o zawodzie lekarza wobec osób zaburzonych psychicznie przyjętych za świadomą zgodą do szpitala psychiatrycznego, (3) poważne rozbieżności w ocenie świadomej i wątpliwej zgody zaburzonych psychicznie na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wynikają zarówno z nierespektowania przepisów ustawowych, jak i braku ogólnie przyjętych kryteriów i metod oceny podejmowanych przez pacjentów decyzji w sprawie zgody na hospitalizację.

SUMMARY. Investigations into compliance with the Mental Health Act, and particularly its regulations concerning voluntary and dubious commitment to psychiatric hospitalisation, have led to the following conclusions: (1) a considerable portion of patients with a formal status of voluntary commitment do not identify with this status at the subjective level; (2) observance of article 19, section 1, point 3 of the Mental Health Care Institutions Act and article 32 section 1 of the Medical Profession Act with respect to mentally ill patients voluntarily committed to psychiatric hospital is highly unsatisfactory; (3) the source of the considerable discrepancy between voluntary and dubious commitment of the mentally disturbed to psychiatric hospital lies both in lack of observance of legal regulations and lack of generally accepted criteria and methods of assessment of patients' decisions with respect to voluntary commitment.

Słowa kluczowe: zgoda na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego
Key words: voluntary commitment to psychiatric hospital

Na wstępie muszę zaznaczyć, że uwzględniona w tytule referatu faktyczna zdolność do wyrażenia zgody będzie ograniczać się wyłącznie do przyzwolenia osób zaburzonych psychicznie na ingerencję medyczną. Z prawnego punktu widzenia istota zgody na czynności medyczne nie jest całkiem jasna. Do niedawna rozpatrywano ją jako czynność prawną, a stosownie do nowoczesnego ujęcia zdolność do wyrażenia zgody jest wg Safjana [13] coraz częściej traktowana jako kategoria niezależna od czynności

prawnych. Nie jest ona oświadczeniem woli *sensu stricto*, jest inną kategorią jurystyczną niż czynność prawna. Istota jej nie sprowadza się do działań rodzących określone skutki prawne, ale do zadysponowania – w drodze autonomicznej decyzji – własnym dobrem osobistym. W prawie polskim nie ma tzw. naturalnej niezdolności do czynności prawnej, spowodowanej przez sam fakt choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego. Wg Sośniaka [14] zgoda jest swoistą konstrukcją, jednostronnym

odwołałym działaniem prawnym zbliżonym do oświadczenia woli.

Pełną formalną zdolność do wyrażenia zgody na interwencję medyczną posiada każda dorosła osoba, w tym chora psychicznie, jeśli nie została ubezwłasnowolniona przez sąd. W praktyce klinicznej psychiatra często dokonuje własnej oceny zdolności pacjentów do wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala czy na leczenie. Ta nieformalna ocena faktycznej (*de facto*) zdolności do udzielenia zgody jest rodzajem prelegalnej opinii posiadającej poważne następstwa dla pacjenta, który będąc *de jure* zdolnym do czynności prawnych i decydowania o sobie, nie będzie mógł wyrazić skutecznej zgody na przyjęcie do szpitala i leczenie.

Faktyczna zdolność do wyrażenia zgody nie zależy bezpośrednio od podeszłego wieku ani rozpoznania klinicznego, chociaż diagnoza psychozy albo otępienia jest dość często i niewłaściwie traktowana przez wielu psychiatrów jako dowód braku samodzielnej kompetencji wyrażania zgody *per se*.

KRYTERIA FAKTYCZNEJ ZDOLNOŚCI DO WYRAŻENIA ZGODY WG NIEKTÓRYCH POZYCJI WSPÓŁCZESNEGO PIŚMIENNICTWA

W ostatnich latach opublikowano w literaturze zachodniej, głównie anglojęzycznej, sporo nowych opracowań dotyczących kryteriów i metod oceny samodzielnej kompetencji działania. Wg Glass terminy: *mental capacity* i *competence* – często używane zamiennie – oznaczają zdolność do zrozumienia i gotowość do działania albo dokonywania wyboru w konkretnych warunkach, tj. hospitalizacji i leczenia. Oznacza także zdolność do samodzielnego funkcjonowania w określonej sytuacji, która zależy zarówno od tej sytuacji, jak i rozumiejącej ją osoby. A zatem niekompetencja w jednej dziedzinie nie implikuje niekompetencji w innej. Faktyczną kompetencją nazywa się także zdolność poznawczą do rozumienia istoty i przewidywanych skutków określonej decyzji lub działania. Wstępna

ocena faktycznej niekompetencji dokonywana jest często nieformalnie przez rodzinę, a potem lekarza, bez jasnych kryteriów, bez sądu i możliwości odwołania się. Ocena kompetencji bywa zwykle związana z sytuacją wymagającą zachowania delikatnej równowagi między zasadą respektowania indywidualnych praw do autonomii i koniecznością ochrony zdrowia pacjenta przed szkodą, jaką może sobie sam wyrządzić [9].

Tradycyjne kryteria oceny kompetencji do wyrażania zgody na interwencję medyczną dzieli się w USA na 4 lub 5 grup. Wg Roth i wsp. [12] pacjent może być uznany za kompetentnego do wyrażenia zgody, jeśli:

1. wykazuje zdolność do wyboru tej lub innej decyzji dotyczącej przyjęcia lub leczenia (zgadza się albo odmawia),
2. wybór ten jest trafny, zgodny z decyzją, którą podjęłaby rozsądna osoba w podobnej sytuacji,
3. umie racjonalnie uzasadnić swój wybór (przykładem nieracjonalnego uzasadnienia zgody na przyjęcie pacjenta – studenta medycyny jest oświadczenie, że hospitalizacja będzie okazją do sprawdzenia jego własnej metody leczenia psychicznie chorych, a dla samoobwiniającej się, depresyjnej pacjentki „szpital to przedsionek do piekła”),
4. ma ogólną zdolność do rozumienia informacji dotyczącej przyjęcia lub leczenia,
5. rozumie aktualną informację dotyczącą przyjęcia lub leczenia.

W praktyce psychiatrzy i sądy rzadko ograniczają się do jednego kryterium, zwłaszcza pierwszego. Interesującą analizę tych testów przeprowadził Freedman [8].

Kryteria te są różnie wykorzystywane w aktach prawnych i praktyce orzeczniczej. Np. *Substitute Decisions Act* w Ontario (Kanada), oprócz zdolności do zrozumienia informacji istotnej dla podjęcia decyzji o leczeniu, wymaga także zdolności do aprecjacji racjonalnie przewidywalnych konsekwencji decyzji lub jej zaniechania. Rozumieć, znaczy jasno uświa-

domić sobie znaczenie czegoś, podczas gdy aprecjacja implikuje wystarczająco krytyczną, subiektywną ocenę wartości tego, co się rozumie [9]. Raport *Mental Incapacity*, opracowany w 1995 r. przez *British Law Commission*, oprócz zrozumienia informacji wymaga zdolności jej wykorzystania w dokonywaniu wyboru [9].

Ostatnio opublikowano interesujące doniesienia o kilku innych kryteriach faktycznej oceny kompetencji.

Kompetencja emocjonalna **(Emotional Competence)**

Somerville przeciwstawia funkcje poznawcze funkcjom emocjonalnym. To odróżnienie ma istotne znaczenie wtedy, gdy pacjent rozumie informację istotną dla wyrażenia zgody lub odmowy, ale ostateczny wybór zależy od innych silnie emocjonalnie zabarwionych przekonań. Chociaż emocjonalna czy afektywna kompetencja nie została uznana przez prawo, to znaczenie jej wydaje się polegać na tym, że kompetencja zależy nie tylko od sprawności funkcji poznawczych, lecz także od subiektywnej oceny wartości informacji dla pacjenta [9].

Kompetencja zależna od ryzyka **(Risk Dependent Competence)**

Ogólnie przyjmuje się, że informacja o postępowaniu medycznym, bardziej trudnym do zrozumienia i aprecjacji będzie wymagać od podmiotu wyższego poziomu funkcjonowania poznawczego. Wychodząc z tego założenia Drane [9] zaproponował ruchomą skalę oceny kompetencji, która w modyfikacji Buchanan i Brock [2] opiera się na zasadzie, iż wybór postępowania stwarzającego większe ryzyko wymaga od pacjenta wyższego poziomu komunikowania się, rozumienia informacji i umiejętności podejmowania decyzji.

Możliwe do uznania powody **podjęcia decyzji jako kryterium kompetencji** **(A Recognizable Reasons)**

Kryterium to jest modyfikacją jednej z tradycyjnych miar kompetencji jako zdolności

do racjonalnego uzasadnienia wyboru, którą krytycznie ocenił Freedman jako bardzo paternalistyczną [8]. Zamiast zdolności do racjonalnego uzasadnienia zaproponował on ocenę opartą na powodach możliwych do uznania, nie biorąc pod uwagę, że standard takich przesłanek będzie zależeć przede wszystkim od (paternalistycznego) lekarza.

Kompetencja jako odpowiedzialność **(Accountability)**

Wg Elliota nie chodzi o to, czy decyzja jest dobra albo racjonalna, lecz o to, czy rzeczywiście należy do pacjenta, tzn. pacjent za nią odpowiada. Paradygmatem odpowiedzialności jest dorosły, który rozumie istotę i konsekwencję swoich wyborów i działań [7].

Rezydualne preferencje życiowe **(Sedimented Life Preferences)**

Wg Dubler kompetencja jest kombinacją lingwistycznej i afektywnej ekspresji pacjenta z jednej strony i decyzji lekarza z drugiej. Zdaniem autora, silne preferencje życiowe utrzymują się w szczątkowej formie, mimo deficytu poznawczego. Jeżeli pacjent dokonuje wyboru zgodnego z ujawnionymi rezydualnymi preferencjami, to wybór ten należy traktować jak decyzję kompetentnej osoby, jako ekspresję rezydualnej autonomii [9].

Kompetencja „z pomocą” (With Assistance)

Ten model dąży do zachowania i maksymalizacji zdolności podejmowania decyzji i ochrony pacjenta przed szkodą. Osoba udzielająca pomocy – „advokat” nie podejmuje substytucyjnej decyzji, lecz tylko pomaga w zrozumieniu implikacji możliwych wyborów i aprecjacji konsekwencji tych wyborów.

Podsumowując rozwój kryteriów kompetencji, Glass potwierdza brak uniwersalnie akceptowanych standardów i metod oceny faktycznej kompetencji do podejmowania decyzji w sprawach opieki zdrowotnej. Z drugiej strony ewolucja ta wskazuje na nową tendencję do rozpatrywania pacjenta

jako indywidualnej osoby, która podejmuje decyzje zgodnie z „fabryką” jej życia [9].

SPOSOBY PODEJMOWANIA DECYZJI SUBSTYTUCYJNYCH

Przedmiotem trzeciej części doniesienia są sposoby podejmowania decyzji wtedy, gdy pacjent został uznany za niekompetentnego. Zagadnienia kompetencji i substytucyjnej (zastępczej) zgody są ściśle powiązane, ponieważ nie ma sensu uznawać kogoś za niekompetentnego, jeśli nikt nie może podjąć lepszej decyzji niż osoba, o której mowa.

Wg Cubbin i Weisstub wyróżnia się kilka standardów zastępczego wyrażania zgody [3].

Profesjonalna ocena psychiatryczna (Professional Judgment)

W USA minimalny standard na poziomie federalnym dla psychiatrycznych decyzji terapeutycznych wobec hospitalizowanych pacjentów sprowadza się do profesjonalnej oceny psychiatry. Nierzadko ocena ta jest zgodna z tzw. „Testem Chartersa”, który w 1986 r. został uznany przez sąd okręgowy za niezdolnego do wyrażenia zgody w sprawie leczenia. Przesłanką tego postanowienia była opinia psychiatry, który stwierdził, że leczenie psychiatryczne Mr. Chartersa było najbardziej właściwym postępowaniem i wobec tego odmowa leczenia była dowodem niekompetencji pacjenta. Sąd Najwyższy uchylił postanowienie sądu okręgowego bez uzasadnienia.

Najlepszy interes pacjenta (Best Interests Standard)

Wg Moskowitz [11] najlepiej pojęty interes pacjenta jest decyzją, którą rozsądna osoba podjęłaby w tych samych okolicznościach. Ten standard jest często źle rozumiany i różnie interpretowany. Może być odmianą paternalistycznego poglądu na to, co wg społeczeństwa, rodziny albo lekarzy jest dobre dla pacjenta. Niejasna koncepcja tego modelu może przyczynić się do uwzględniania w decyzjach zastępczych war-

tości innych stron niż pacjent, głównie rodziny lub państwa.

Standard opinii substytucyjnej (Substituted Judgment Standard)

Brak jest dotychczas zgodności co do definicji. Być może najczęściej chodzi o to, aby decyzja substytucyjna była taka, jaką chciałby podjąć pacjent zanim zaczął tracić kompetencję. Ze względu na rzadkość jednoznacznych dowodów dotyczących wyrażonych wcześniej życzeń i preferencji, trafność i użyteczność tego standardu jest problematyczna.

Czysty najlepiej pojęty interes pacjenta (Pure Best Interests Model)

Model ten jest raczej celem niż sposobem postępowania. Celem jego jest taka decyzja, jaką podjąłby obecnie pacjent, gdyby był kompetentny. Oznacza to, że chociaż pacjent został uznany za niekompetentnego, to jego podstawowe preferencje i wartości stanowią główną przesłankę substytucyjnej decyzji.

Oceniając preferencje pacjenta osoba podejmująca decyzję musi działać na podstawie przypuszczeń lub wiedzy o preferencjach i wartościach. Tego rodzaju wiedzę można osiągnąć przez: (1) bliższe poznanie pacjenta, (2) badanie dawniejszej działalności i wypowiedzi, (3) uwzględnianie aktualnie wyrażanych wartości i preferencji, (4) zbieranie wywiadu od przyjaciół, rodziny i opiekunów.

Przewaga tego modelu nad standardem najlepiej pojętego interesu pacjenta polega na tym, że dąży on do jasnego odgraniczenia tego, co chciałby pacjent zgodnie z jego preferencjami, od tego, co chcieliby inni stosownie do ich preferencji.

OCENA FAKTYCZNEJ ZDOLNOŚCI ZABURZONYCH PSYCHICZNIE DO WYRAŻANIA ZGODY (na podstawie badań IPIŃ oraz NIK)

Z badań empirycznych nad realizacją ustawy [4], polegających na zbieraniu podstawowych informacji ilościowych o funkcyjono-

waniu kilku ważnych przepisów administracyjno-medycznych w większości szpitalnych zakładów psychiatrycznych wynika, że formalnie przyjęci:

-
- za zgodą stanowią prawie 90% ogółu hospitalizowanych, w tym za świadomą zgodą 87,5%, za zgodą budzącą poważne wątpliwości od 1,4% (1996 r.) do 2,1% (1997 r.), za zastępczą zgodą 0,4% pacjentów,
 - bez zgody stanowili nieco ponad 10% ogółu przyjętych.
-

Z badań empirycznych nad przestrzeganiem ustawy [4] na podstawie dokumentacji medycznej i opinii losowo i celowo dobranej grupy 320 pacjentów hospitalizowanych w kilkunastu oddziałach szpitali psychiatrycznych i ogólnych wynika, że: w grupie 167 przyjętych formalnie za zgodą:

-
- przymus bezpośredni podczas transportu do izby przyjęć zastosowano wobec 11,1% pacjentów, a podczas pobytu w oddziale wobec 16,2% pacjentów,
 - zgodę na przyjęcie wyraziło:
 - swobodnie 82,6% pacjentów,
 - pod przymusem 15,6% pacjentów,
 - nie pamięta 1,8% pacjentów
 - potrzebie hospitalizacji:
 - poinformowano 88,6% pacjentów,
 - nie poinformowano 11,4% pacjentów,
 - poważne wątpliwości co do zgody na przyjęcie wystąpiły wg:
 - lekarzy przyjmujących u 5,4% pacjentów,
 - przeprowadzających badania u 19,8% pacjentów
-

Z tych informacji wynika, że:

- formalny (obiektywny), zapisany w dokumentacji medycznej, status pacjentów przyjętych za zgodą i – w mniejszym stopniu – bez zgody, nie może być utożsamiany z rzeczywistym, subiektywnie przeżywanym statusem,

– ocena skutecznej i wątpliwej zgody na przyjęcie ujawniła poważne rozbieżności, wynikające prawdopodobnie z niespektowania przepisów, jak i braku ogólnie akceptowanych kryteriów i metod oceny podejmowanych przez pacjentów decyzji w sprawie zgody.

W uzupełnieniu tych badań przedstawiam kilka uwag dotyczących stosowania przepisów o zgodzie przewidzianych w ustawie o zawodzie lekarza wobec trzech grup pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Osoby faktycznie i formalnie zdolne do wyrażenia świadomej zgody i do czynności prawnych

Stanowią one prawdopodobnie ok. 80% ogółu przyjęć za zgodą. Większość z nich wyraża pisemną zgodę na przyjęcie, część – blankietową zgodę na „wszelkie niezbędne zabiegi lecznicze”. Zgoda taka bez określenia rodzaju tych zabiegów, a zatem bez poprzedzającej informacji, nie spełnia elementarnych wymogów świadomej zgody i nie ma żadnego znaczenia prawnego.

O ile sytuacja prawna tych podmiotów w świetle Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Uozp) jest teoretycznie względnie prosta, o tyle wymogi innych ustaw wobec tej kategorii osób są bardziej złożone i kategoryczne.

Osoby te – zgodnie z ust. 1 art. 32 Ustawy o zawodzie lekarza (Uozl) i pkt 3 ust. 1 art. 19 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń leczniczych lub ich odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Mają również prawo do wyrażenia odrębnej pisemnej zgody lub odmowy na zastosowanie świadczeń o podwyższonym ryzyku, np. na punkcję lędźwiową albo zabiegi elektrowstrząsowe (ust. 1 art. 34 Uozl). Wyniki innych badań, w tym Najwyższej Izby Kontroli, ujawniły, że te fundamentalne prawa nie były respektowane, a brak sprzeciwu pacjentów przyjętych za zgodą nie może być uważany za wyraz akceptacji leczenia [10].

Jak już wspomniano, choroba psychiczna, czy zaburzenia psychiczne *per se* nie

pozbawiają pacjenta faktycznej zdolności do czynności prawnych i do możliwości wyrażenia zgody na czynności medyczne. W związku z tym niezrozumiałą jest ust. 6 art. 32 Uozl („Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody, wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego”). Z powyższego wynika, że ust. 6 dopuszcza możliwość przymusowego leczenia osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, niezależnie od przesłanek medycznych i behawioralnych przewidzianych w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i międzynarodowych aktach prawnych.

Przepis nie określa, gdzie miałyby się odbywać ta przymusowa interwencja. A zatem mogłaby mieć ona miejsce nie tylko w warunkach szpitalnych, lecz także w poradniach, oddziałach dziennych i zespołach środowiskowych. Nie znam żadnego przypadku zastosowania tego przepisu, co mogłoby świadczyć, że jest nie tylko wątpliwy, lecz także niepotrzebny.

Osoby faktycznie niezdolne do wyrażenia świadomej zgody, ale formalnie zdolne do czynności prawnych

Do tej grupy należy prawdopodobnie zaliczyć osoby budzące poważne wątpliwości co do zdolności wyrażenia zgody (ust. 2 art. 22 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) i osoby niezdolne do wyrażenia stosunku do hospitalizacji psychiatrycznej z powodu zaburzeń psychicznych (niezdolne do świadomego wyrażenia zgody wg ust. 2 art. 32 i ust. 3 i 6 art. 34 Uozl).

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa osoby z ust. 2 art. 22 tylko w sytuacji przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, ponieważ w tym krótkim czasie lekarz nierzadko nie jest w stanie rozstrzygnąć tych wątpliwości. W rzeczywistości wątpliwa zgoda mo-

że okazać się zjawiskiem przejściowym, związanym z ostrymi zespołami psychotycznymi czy płytkimi zaburzeniami świadomości, bądź trwałym (np. w przewlekłych zespołach psychotycznych, zwłaszcza otępiennych). W niektórych przypadkach dłużej utrzymujących się zaburzeń psychicznych wątpliwości co do zgody nie uda się rozproszyć i wtedy – jak się wydaje – należałoby decydować na rzecz autonomii tych osób.

Jak wiadomo, w przypadku poważnych wątpliwości co do zgody, fakt ten należy odnotować w dokumentacji medycznej, którą przedstawia się sędziemu wizytującemu szpital. Sędzia, po wysłuchaniu pacjenta i lekarza ocenia, czy zgoda czyni zadość wymaganiom pkt 4 art. 3. W praktyce lekarze traktują zgodę tych pacjentów nie dość krytycznie, rzadko odnotowują wątpliwości w dokumentacji i jeszcze rzadziej przedstawiają ją sędziemu. W rezultacie pacjenci z wątpliwą zgodą są pozbawieni ochrony prawnej i znajdują się w gorszej sytuacji niż przyjęci bez zgody.

Sytuacja prawna tych pacjentów w świetle Ustawy o zawodzie lekarza jest o wiele bardziej zawiślana i – jak się wydaje – należy ich traktować jako „niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody”. Przepisy tej ustawy przewidują, że udzielanie im zarówno zwykłych świadczeń zdrowotnych (ust. 2 art. 32), jak i stwarzających podwyższone ryzyko (ust. 3 art. 34), jest dopuszczalne po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego i wyjątkowo, tj. tylko na badanie – zgody opiekuna faktycznego.

Interwencja medyczna wobec tych osób bez zgody sądu jest możliwa tylko wtedy, gdy wymagają one niezwłocznej pomocy medycznej (ust. 1 art. 33) albo gdy brak natychmiastowej pomocy groziłby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia (ust. 7 art. 34).

Osoby formalnie niezdolne zarówno do wyrażenia zgody, jak i do czynności prawnych

Do tej grupy zaliczam osoby ubezwłasnowolnione i małoletnie powyżej 16 roku życia,

które nie dysponują samodzielną kompetencją do udzielenia zgody. Osoby te interesują mnie głównie ze względu na znaczne upodmiotowienie, przewidziane zarówno w ust. 4 art. 22 Uozp, jak i ust. 4 i 6 art. 32 Uozl. Przejawem tego upodmiotowienia jest wymóg dodatkowej zgody tych osób na zwykle czynności medyczne i stwarzające podwyższone ryzyko wtedy, gdy działają one z „rozeznaniem”, tzn. są faktycznie zdolne do wyrażenia zgody.

Badania NIK wykazały, że: (1) niektóre szpitale nie prowadziły rejestru przewidzianego w § 8 rozp. do art. 49 Uozp, co uniemożliwiało ustalenie liczby ubezwłasnowolnionych w zakładzie, (2) nie uzyskiwano pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego osób małoletnich poniżej 16 r.ż. poprzestając na zgodzie samych pacjentów, (3) nie uzyskiwano zgody przedstawiciela ustawowego osób ubezwłasnowolnionych całkowicie oraz małoletnich powyżej 16 r.ż. zdolnych „do wyrażenia zgody (rozeznania)” ograniczając się do zgody tych pacjentów. W przypadkach sprzecznych oświadczeń (ust. 4 art. 22) nie zawiadamiano sądów [10].

Ze względu na ograniczone ramy doniesienia uwzględniono tylko niektóre aspekty oceny faktycznej zdolności 3 grup podmiotów do udzielenia świadomej zgody określone w obu cytowanych ustawach.

Na zakończenie wróć do art. 32 Ustawy o zawodzie lekarza, który stanowi, że badanie i inne świadczenia zdrowotne przeprowadza się po wyrażeniu zgody przez pacjenta. W świetle tej zasady przed przystąpieniem do leczenia należałoby ocenić zdolność do świadomego udzielenia zgody każdego pacjenta. W praktyce – nie tylko psychiatrycznej – pacjenci wyrażający zgodę i nie sprzeciwiający się są leczeni odpowiednio do wskazań, bez wnikania w ich rzeczywisty stosunek do czynności medycznych. To samo dotyczy pacjentów, którzy akceptowali leczenie pod oczywistym przymusem, a także osób z formalnie ograniczoną kompetencją, których leczy się z pominięciem obowią-

zującego postępowania w sprawie zastępczej zgody. Problem ze zdolnością do świadomego udzielenia zgody pojawia się dopiero wtedy, gdy osoba przyjęta za tzw. zgodą uporczywie protestuje przeciwko narzucanemu leczeniu, ale wtedy odmowa może być dowodem jego niekompetencji.

Podczas gdy ta odmowa jest często dowodem braku krytycznego wglądu, to wskaźnik odmów wg Appelbauma i Schwartz wynosi poniżej 10%, a więc jest bardzo niski [1]. Natomiast wg Donovana, Blake i in. wskaźnik ten dochodzi do 50%. Liczby te mogłyby sugerować, że jeśli wybór leczenia psychiatrycznego wiąże się z brakiem krytycyzmu, to brak ten wydaje się częściej kojarzyć z akceptacją niż odmową tego leczenia [5].

WNIOSKI

1. Znaczący odsetek pacjentów z formalnym statusem przyjęcia za zgodą nie odpowiada rzeczywistości subiektywnie przeżywanemu statusowi.
2. Dużo do życzenia pozostawia sposób stosowania art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 32 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza wobec osób zaburzonych psychicznie przyjętych za świadomą zgodą do szpitala psychiatrycznego.
3. Poważne rozbieżności w ocenie świadomej i wątpliwej zgody zaburzonych psychicznie na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wynikają zarówno z nie-
respektowania przepisów ustawowych, jak i braku ogólnie przyjętych kryteriów i metod oceny podejmowanych przez pacjentów decyzji w sprawie zgody na hospitalizację.

PIŚMIENNICTWO

1. Appelbaum P.S., Schwartz W.F.: Minimizing the social cost of choosing treatment for the involuntarily hospitalized mentally-ill patient: A new approach to defining the patient's role. *Connect. Law Review* 1992, 24, 433-435.

2. Buchanan A.F., Brock D.W.: cyt. wg Glass K.C. – poz. 9.
3. Cubbin M., Weisstub D.N.: Toward a Pure Best Interests Model of Proxy Decision Making for Incompetent Psychiatric Patients. *Int. J. Law Psychiatry* 1998, 21, 1, 1–30.
4. Dąbrowski S., Brodniak W., Welbel S.: Realizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1999, 8, 2, 235–244.
5. Donovan J.L., Blake D.R.: cyt. wg Cubbin M., Weisstub D.N. – poz. 3.
6. Dubler N.N.: cyt. wg Glass K.C. – poz. 9.
7. Elliot C.: cyt. wg Glass K.C. – poz. 9.
8. Freedman B.: Competence, Marginal and Otherwise. *Int. J. Law Psychiatry* 1981, 4, 53–72.
9. Glass K.C.: Redefining Definitions and Devising Instruments: Two Decades of Assessing Mental Competence. *Int. J. Law Psychiatry* 1997, 20, 1, 1–33.
10. Informacja o kontroli realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, październik 1997.
11. Moskowitz E.H.: cyt. wg Cubbin M. i Weisstub D.N. – poz. 3.
12. Roth L.H., Meisel A., Lidz C.W.: Test of Competence to Consent to Treatment. *Am. J. Psychiatry* 1977, 3, 279–283.
13. Safjan M.: Prawo i medycyna. Oficyna Naukowa, 1998.
14. Sośniak M.: Funkcja i skuteczność zgody osoby uprawnionej w zakresie dóbr osobistych i odpowiedzialność odszkodowawcza. W: *Prace z prawa cywilnego*. Wrocław, Warszawa 1985.

*Adres: Prof. Stanisław Dąbrowski, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*