

*Postępy Psychiatrii i Neurologii, 1995, 4, 441-447*

## **Wdrażanie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (od stycznia do września 1995 r.)**

*Implementation of the Mental Health Act in Poland (from January to September 1995)*

STANISŁAW DĄBROWSKI

*Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie*

Przepisy Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dzielą się na trzy grupy. Celem pierwszej grupy jest zapewnienie promocji zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym i kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Celem drugiej grupy jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Celem trzeciej grupy jest ochrona praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności - osób poddawanych przymusowemu postępowaniu.

Przedmiotem mojego referatu będzie przede wszystkim ocena wdrażania przepisów trzeciej grupy. Opiera się ona na wynikach badań przeprowadzonych w dwóch etapach przy pomocy kwestionariusza służącego do monitorowania

ustawy oraz na bezpośrednich obserwacjach, opiniach części dyrektorów i ordynatorów, a także informacji zawartych w sprawozdaniach niektórych konsultantów regionalnych. Wszystkim serdecznie dziękuję za ich przekazywanie.

Przed szczegółową oceną należy podkreślić, że większość zakładów wypełniających kwestionariusz nie zgłaszała trudności we wdrażaniu Ustawy, a zwłaszcza we współpracy z sądem. A zatem część informacji dotyczących tej sprawy opiera się na doświadczeniach względnie nielicznej grupy placówek. Ocenę ograniczam do ważniejszych przepisów gwarancyjnych i w mniejszym stopniu do innych zagadnień.

### **Gwarancje administracyjno-medyczne**

Pominę wyniki pierwszego pilotażowego etapu od stycznia do kwietnia, ponieważ są one

1 Referat wygłoszony na Naradzie Wojewódzkich i Regionalnych Konsultantów w dziedzinie Psychiatrii, Warszawa, 6-7 grudnia 1995 r.

2 Dane z kwestionariusza od czerwca do września opracował dr med Stefan Welbel z Zakładu Psychiatrii Społecznej IPiN.

bardzo zbliżone do wyników drugiego etapu od maja do września br.

W drugim etapie badanie wykonano przy pomocy zmodyfikowanego narzędzia, które wypełniało co miesiąc od 86 do 90 zakładów stacjonarnych. Ogółem przyjęto do tych placówek 59289 pacjentów, a *bez zgody 4497 osób, tj. 7.6% ogółu hospitalizowanych; w szpitalach psychiatrycznych przyjęto 8.7%, a w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych 4%*. Na podstawie art. 23 przyjęto w trybie nagłym większość - 3866 (86%) pacjentów, na mocy art. 24 na obserwacje - 320 (7.1%), na podstawie art. 28 zatrzymano w szpitalu 159 (3.5%), na mocy art. 29 hospitalizowano w trybie wnioskowym 152 (3.4%) pacjentów.

Liczba pacjentów przyjętych przymusowo do szpitali wahała się w szerokich granicach od 0.7 do 26%, przy tym w większych i średnich zakładach obsługujących tereny wielkomiejskie (Wrocław, Warszawa-Praga, Lublin, Kraków) liczba tych przyjęć była wielokrotnie wyższa niż w szpitalach oddalonych od dużych aglomeracji.

Jeszcze większe różnice odnotowano w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, gdzie odsetek przymusowo przyjętych wynosił od 0 do 24%. Najwyższe średnie wskaźniki zarejestrowano m.in. w IV Klinice Psychiatrycznej IPiN (23%), w Chelmie (19%), Sochaczewie (14%), Dębicy (13%). W 1/3 oddziałów nie było w ogóle przyjęć bez zgody, a w pozostałych ujawniono tylko pojedyncze przypadki.

Zgodę na pobyt w szpitalu wyraziło 1341 osób, tj. 32% przyjętych przymusowo, a zatem co trzeci hospitalizowany w trybie nagłym.

Stosownie do art. 23 ustawy, każdy pacjent przyjęty bez zgody powinien być zgłoszony do sądu opiekuńczego w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia, a według art. 26, sąd opiekuńczy umorzy postępowanie w przypadku, gdy osoba przyjęta przymusowo wyrazi potem zgodę na pobyt w szpitalu (podobno niektórzy sędziowie nie mogą zrozumieć, że chorzy zmieniają swoje zdanie, niekiedy wielokrotnie). Sens art. 26 nie pozostawia żadnych wątpliwości, iż sąd powinien przekonać się, czy zgoda pacjenta na pobyt była swobodna, a nie wymuszona przez personel oddziału pod groźbą przekazania pacjenta do sądu.

Odstępstwa od tych fundamentalnych zasad polegały na tym, że kierownicy części szpitali nie zgłaszali do sądu tych pacjentów, którzy w

ciągu 72 godzin wyrażali potem zgodę na pobyt. Błędy te ujawniono już w pierwszym etapie badania w 16, a potem jeszcze w 3 szpitalach. W większości z nich błędy te zostały skorygowane, ale w niektórych zakładach praktyka ta jest kontynuowana, podobno na wyraźne polecenie sądu.

W sierpniu br. pojawiła się już pierwsza próba legalizacji tej wadliwej praktyki w formie interpelacji poselskiej.

Z pojedynczych skarg pacjentów przyjętych przymusowo i nie zgłoszonych do sądu wynika, iż byli oni intensywnie nakłaniani do wyrażenia zgody na pobyt, co świadczy o potrzebie kontroli sądowej przewidzianej w art. 26. W celu podkreślenia niezbędności zawiadomienia sądu o każdym przypadku hospitalizacji bez zgody (niezależnie od zachowania się pacjenta po tym fakcie), projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia do art. 49 przewiduje m.in. przepis o następującym brzmieniu: "Od obowiązku zawiadomienia sądu o przyjęciu osoby do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody nie zwalnia okoliczność, że po przyjęciu do szpitala osoba ta wyraziła potem zgodę na pobyt w oddziale".

Liczba pacjentów przyjętych bez zgody jest na razie dwukrotnie niższa od oczekiwanej na podstawie badań przeprowadzonych przed 15 laty, co częściowo może wynikać z przyswajania przez lekarzy dyżurnych pojęcia bezpośredniego zagrożenia, które dawniej było utożsamiane ze znacznie szerszym pojęciem niebezpieczeństwa.

W drugim etapie uwzględniono również pytanie o liczbę osób, które były niezdolne do wyrażenia zgody (art. 22 ust. 5). Zarejestrowano 844 (1.4%) tych pacjentów we wszystkich placówkach: 770 osób w szpitalach i 74 w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych.

Informacja ta budzi poważne wątpliwości nie tylko z racji znacznej liczby pacjentów niezdolnych do wyrażenia zgody odnotowanych tylko w 30% zakładów stacjonarnych, lecz także dlatego, że w kilku szpitalach liczba tych pacjentów była wielokrotnie wyższa od liczby osób przyjętych bez zgody w trybie nagłym. Fakt ten nasunął przypuszczenie, że poważna część pacjentów spełniających kryteria przyjęcia w tym trybie, była hospitalizowana na podstawie art. 22 ust. 2 i ust. 5.

Hipotezę tę potwierdzono w toku bezpośrednich kontaktów z dyrektorami tych szpi-

tali. Wydaje się, że wobec wąskich przesłanek art. 23 lekarze interpretowali prawdopodobnie art. 22 ust. 2 i 5 jako dodatkową furtkę przyjęcia bez zgody. Ustęp 5 art. 22 stanowi, że "przyjęcie do szpitala osoby niezdolnej do wyrażenia zgody następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego". Jakkolwiek sformułowanie to nie powinno nasuwać wątpliwości, to jednak w praktyce niektórych zakładów pojęcie osoby niezdolnej do wyrażenia zgody z ust. 5 rozszerzano na inne osoby, które przejściowo czy trwale nie były zdolne do tej czynności, ale nie mają i nie potrzebują przedstawiciela ustawowego. Jest to drastyczne naruszenie praw obywatelskich tych osób. Należy z całą mocą podkreślić, że pacjent niezdolny do wyrażenia zgody, który nie został ubezwłasnowolniony całkowicie, nie może być przyjęty przymusowo do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym, jeśli nie spełnia przesłanek art. 23 i protestuje.

Z dwóch województw otrzymałem informację, iż niektórzy sędziowie traktują możliwość podpisania zgody na przyjęcie przez ubezwłasnowolnionego całkowicie (art. 22 ust. 4) za prawniczy absurd. Możliwość ta jest niewątpliwie wylodem w dotychczasowym systemie prawa, jednak nie jest absurdem prawniczym ani klinicznym. Chodzi bowiem o uznanie podmiotowości i zgody tej osoby wyłącznie na użytek tej ustawy.

W nawiązaniu do art. 22 ust. 1 należy przypomnieć, że pisemną zgodą na przyjęcie jest każde oświadczenie, które w sposób dostateczny wyraża wolę pacjenta w sprawie hospitalizacji, np. "wyrażam zgodę", "przyzwałam" lub "godzę się na przyjęcie". W świetle tego, zgoda w formie podpisu pacjenta pod tekstem niewyraźnie odbitej pieczętki może budzić poważne wątpliwości. Zdarza się, że pacjent wyraża zgodę ustnie, ale odmawia złożenia podpisu. W tym przypadku fakt odmowy należy zaprotokołować w historii choroby i przedstawić sędziemu wizytującemu jako zgodę budzącą poważne wątpliwości (art. 22 ust. 2).

Jeśli pacjent nie jest w ogóle zdolny do wyrażenia swego stosunku do hospitalizacji z powodu negatywizmu, autyzmu, mutyzmu, osłupienia, zaburzeń świadomości i innych przyczyn, fakt ten również należy odnotować w historii choroby i przedstawić sędziemu.

W kwestionariuszu celowo pominięto pytanie o liczbę pacjentów przyjętych w warunkach art. 22 ust. 2. Niektóre szpitale samorzutnie informują o liczbie takich przyjęć, ale wydaje się ona zdecydowanie zaniżona. Lekarze dyżurni rzadko sporządzają adnotacje w historii choroby w przypadku poważnych wątpliwości co do zdolności wyrażania zgody przez osobę z zaburzeniami psychicznymi i jeszcze rzadziej uzasadniają na czym te wątpliwości polegają. Brak tego utrudnia sędziom wizytującym podejmowanie decyzji. Nie ma tu potrzeby szerokiego rozwodzenia się nad art. 22. Prawidłowe przestrzeganie tego przepisu jest wyrazem rzeczywistego respektowania praw wszystkich pacjentów, niezależnie od ich stosunku do hospitalizacji.

W związku z art. 11 trzeba z troską zauważyć, że znów ujawniono przypadki przymusowego kierowania pacjentów do szpitala psychiatrycznego z pominięciem osobistego badania, co stanowi rażące naruszenie tego przepisu i art. 20 ustawy o zawodzie lekarza, a także grozi poważnymi konsekwencjami dyscyplinarnymi i karnymi.

Lekarze poradni zdrowia psychicznego, ordynatorzy, konsultanci wojewódzcy i regionalni, a także dyrektorzy domów pomocy społecznej dość często zgłaszają ogólnikowe uwagi i skargi na nieznaną i nieprzestrzeganą art. 18 o przymusie bezpośrednim przez policję i pogotowie ratunkowe. Jednakże mimo wielokrotnych apeli o przekazywanie udokumentowanych informacji do nadzoru krajowego wpłynęły dotychczas tylko dwie skargi, które zostały szybko wyjaśnione przez lekarzy wojewódzkich.

W odpowiedzi na pytanie, czy można stosować przymus bezpośredni w innych szpitalach niż psychiatryczne, przypominam, iż art. 18 ust. 1 nie ogranicza stosowania przymusu tylko do szpitali psychiatrycznych.

Wbrew przewidywaniom przestrzeganie wymogów rozporządzenia wykonawczego o przymusie bezpośrednim nie nastęrcza szczególnych trudności. Wśród niektórych usterek należy wymienić brak podpisu pielęgniarki na karcie zastosowania przymusu i odpowiedniej adnotacji lekarza w historii choroby.

Nieco odrębnym zagadnieniem jest potrzeba udziału szpitali psychiatrycznych w przeszkoleniu personelu domów pomocy społecznej w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego.

Badania przewidziane w innych ustawach, które zgodnie z art. 19 ustawy powinny odbywać się w zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, prowadzone są nadal, tak jak przed 21 stycznia b.r.: w nielicznych ośrodkach zgodnie z ustawą, w większości w prokuraturze i sądzie, co wynika zarówno z wygody tych organów, jak i samych biegłych psychiatrów. Art. 19 jest adresowany nie tylko do lekarzy, lecz i organów zlecających te badania i od nich głównie zależy, czy przepis ten pozostanie na papierze, a poziom badań ambulatoryjnych będzie nadal, ogólnie mówiąc, budzić wiele wątpliwości.

Sporo zastrzeżeń dotyczy przestrzegania art. 23 ust. 2, 3, 5. Lekarze dyżurni nie zawsze korzystają z opinii drugiego psychiatry lub psychologa, nawet wtedy, gdy jest taka możliwość. Rzadko również odnotowują w historii choroby czynności, o których mowa w ust. 3 - wyjaśnienia przyczyn przyjęcia bez zgody i poinformowanie pacjenta o jego prawach.

Ze skarg pacjentów hospitalizowanych za zgodą wynika, że niektórym z nich odmówiono wypisania i nie zgłoszono do sądu stosownie do wymogów art. 28 i że wbrew art. 33 stosowano u jednego pacjenta zabiegi o podwyższonym ryzyku bez jego zgody.

Niektóre usterki w sposobie przyjmowania i wypisywania ze szpitala wynikają zapewne z braku rozporządzenia Ministra Zdrowia do art. 49, które wkrótce zostanie ogłoszone. Do ważniejszych ustaleń, oprócz przypomnienia obowiązku zgłaszania do sądu wszystkich pacjentów przyjętych przymusowo, należy zaliczyć: po pierwsze - zobowiązanie ordynatora do prowadzenia rejestru przyjętych: bez zgody (art. 23), bez zgody w przypadku późniejszego akceptowania pobytu w oddziale (art. 26), niezdolnych do wyrażenia zgody (art. 22 ust. 5) oraz w przypadku poważnych wątpliwości, co do zdolności wyrażania zgody (art. 22 ust. 2) i po drugie - obowiązek uzasadnienia w dokumentacji ustąpienia bezpośredniego zagrożenia u pacjentów wypisywanych - zarówno przyjętych przymusowo, jak i za zgodą.

## GWARANCJE SĄDOWO-PROCESOWE

Wadliwa praktyka nie zawiadamiania sądów o przymusowym przyjęciu w przypadku wyrażenia zgody na pobyt w szpitalu bywa niekiedy

wzmocniana przez nieprawidłową działalność niektórych sądów, które: (1) odmawiały przyjęcia zgłoszenia, (2) przyjmowały zgłoszenia do wiadomości, (3) nie wszczynały postępowania zgodnie z art. 25, (4) "wyraźnie polecały" dyrektorowi szpitala odstąpienie od zawiadomienia, (5) umarzały postępowanie w przypadku wyrażenia potem zgody na pobyt bez wysłuchania pacjenta, (6) odmawiały wszczęcia postępowania, jeśli zgoda na pobyt została wyrażona podczas wstępnego przesłuchania przez sędziego.

Ta ostatnia niezgodność z ustawą wydaje się jednak postępowaniem racjonalnym i zapewne powinna być zalegalizowana.

Umorzenie postępowania w przypadku wypisania pacjenta przed wydaniem orzeczenia, czy też samowolnego oddalenia się pacjenta przyjętego przymusowo nie powinno również budzić zastrzeżeń.

W związku z art. 23 dochodzą do nas informacje, iż ubogie rodziny krytycznie oceniają "obciążenie" ich kosztami dojazdu do sądu w celu stawienia się na rozprawie zgodnie z art. 46.

Sporo wątpliwości dotyczy interpretacji i realizacji art. 29 i 30. Podobno rodziny chorych odmawiają niekiedy sporządzenia wniosku przewidzianego w art. 30. Sądy nie posiadające szpitali psychiatrycznych w swoim rejonie słabo orientują się w problematyce trybu wnioskowego, a nawet nic nie wiedzą o ustawie. Wciąż nawraca kwestia lekarza psychiatry publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, upoważnionego ustawowo do wydawania opinii. Oprócz innych argumentów, za takim wyborem przemawia również okoliczność, że tylko on ma obowiązek wykonywania wizyt domowych. Obowiązek ten jest zapisany w Wytocznych w sprawie organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej z 1974 r. Odnoszę wrażenie, że ta marginalna ilośćowo sprawa - 152 przypadki w skali kraju w okresie 5 miesięcy - jest chyba wyolbrzymiana.

Dochodzą sygnały o błędnej interpretacji terminu "opinia" w art. 30 ust. 1 i 2 jako opinii biegłego. Moim zdaniem termin ten jest opinią o stanie zdrowia i potrzebie leczenia wydawaną przez lekarza publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej na żądanie osoby lub upoważnionego organu, a nie opinią biegłego w rozumieniu art. 46 ust. 2. Ponadto opinię o stanie zdrowia wydaje lekarz publicznego zakładu

opieki psychiatrycznej w ramach obowiązków służbowych.

Część sędziów, m.in. wizytatorów, uważa, że wbrew oczywistym zapisom art. 46 lekarz publicznego zakładu wystawiający opinię, a więc uczestniczący w przyjęciu do szpitala, może być biegłym.

Do najczęstszych jednak uwag dotyczących obu trybów przyjęcia do szpitala należy niedotrzymywanie terminów ustawowych, co przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia, wypisywania pacjentów przed wydaniem orzeczenia, odmawiania im przepustek, albo przetrzymywania ich w szpitalu. Ta ostatnia nieprawidłowość wynika chyba z nieznamości ustawy, bowiem według art. 35, o wypisaniu ze szpitala decyduje zawsze ordynator, jeśli ustały przewidziane w ustawie przyczyny przymusowego przyjęcia lub pobytu.

Zdaniem psychiatrów, sądy nierzadko odraczają postępowanie na kilka tygodni z "byłe powodów", np. braku dowodu zawiadomienia pacjenta czy niestawienia się na rozprawie. Mam wątpliwości co do tego, czy to są błahе powody, chociaż rozumiem niecierpliwość terapeutów.

Przewlekanie postępowania zależy nie tylko od sądu, lecz także od lekarzy psychiatrów poradni zdrowia psychicznego, którzy opóźniają, a nawet odmawiają wykonania badania i sporządzenia opinii, do czego są zobowiązani nie tylko przez ustawę, ale i wspomniane wyżej Wytyczne. Sąd nie ma wpływu na przyspieszenie wydania tej opinii, a wniosek bez opinii pozostanie bez biegu.

W związku z przewlekającym się postępowaniem i możliwością zmiany w stanie psychicznym pacjenta nasuwają się pytania, jak długo ważne jest orzeczenie sądowe wydane na mocy art. 30? Zdarza się bowiem, że rodzice szantażują dzieci orzeczeniem sądowym, nawet wtedy, gdy "pogorszenie stanu zdrowia" już ustąpiło. Czy szpital może odmówić przyjęcia pacjenta skierowanego na mocy orzeczenia sądowego? Nie umiem odpowiedzieć na to pierwsze pytanie. Jestem natomiast przekonany, że szpital nie może odmówić przyjęcia pacjenta z prawomocnym orzeczeniem sądowym.

Przyczyną przewlekającego się postępowania, poza znanymi trudnościami organów wymiaru sprawiedliwości jest podobno także brak wyraźnej regulacji kompetencji sądu co do tego, kto decyduje o doprowadzeniu pacjenta do biegłego, na rozprawę i do szpitala i kto ma realizować te decyzje. Zdaniem niektórych prawników,

w tym znanych autorytetów, uprawnienia sądów opiekuńczych wynikają z art. 163 § 2 kpc (zarządzenie przymusowego sprowadzenia), art. 556 § 2 kpc (zarządzenie przymusowego sprowadzenia osoby, która ma być ubezwłasnowolniona), art. 574 § 1 i 2 kpc (zarządzenie przymusowego sprowadzenia osoby pozostającej pod władzą rodzicielską lub opieką) oraz art. 32 Ustawy. Według innych - sędziowie nie mają takich uprawnień. Znam jednak przypadki wydawania wszystkich wspomnianych decyzji przez sędziów w kilku sprawach.

Pierwsza wersja kwestionariusza opracowana przed wejściem w życie ustawy nie uwzględniała tak oczywistych zmiennych jak przesłuchanie pacjenta przez sędziego i miejsce rozpraw sądowych, które - jak przypuszczaliśmy - będą odbywać się w szpitalu. Z uzupełniających informacji uzyskanych w pierwszym etapie badań od dyrektorów 25 szpitali wynikało, że sędziowie przesłuchiwali pacjentów w ustawowym terminie, a rozprawy w większości szpitali były organizowane na miejscu w specjalnie przygotowanych salach. W kilku pozostałych - głównie wielkich - jednostkach rozprawy odbywały się w sądzie, co wiązało się z odrywaniem od pracy części personelu, narażeniem na niebezpieczeństwo pacjentów i konwojujące ich osoby, ucieczkami pacjentów z sądu oraz nieprzewidywanym wzrostem wydatków na transport. Przy końcu tego etapu (marzec b.r.) coraz częściej dochodziły sygnały o przenoszeniu rozpraw do sądu i przeprowadzaniu ich pod nieobecność pacjentów i nawet biegłych. Niektórzy pacjenci rozpatrywali nieobecności na rozprawie jako poważne naruszenie ich praw.

Według danych uzyskanych z drugiej wersji kwestionariusza (maj - wrzesień b.r.) z 316 placówek, które ustosunkowywały się w okresie 5 miesięcy do odpowiedniego pytania wynika, że w 49% tych zakładów rozprawy odbywały się już w sądzie, a w 51% w szpitalach. Według opinii prawników miejsce rozprawy zależy tylko od sądu, a postępowanie bez uczestnictwa pacjenta jest formalnie możliwe, wiąże się jednak ze znacznym osłabieniem gwarancyjnej funkcji ustawy. Warunkiem przeprowadzenia rozprawy bez pacjenta jest poprzedzające przesłuchanie go w drodze pomocy sądowej, czemu ma służyć wstępne przesłuchanie przez sędziego osoby przyjętej bez jej zgody.

Z przeglądu części dokumentacji wynika, że niektórzy sędziowie nie uwzględniają w orzeczeniach podstaw prawnych przyjęcia bez zgody, biegli nie znają dostatecznie ustawy i wydają rutynowe opinie o hospitalizacji bez zgody w trybie nagłym (art. 23) na podstawie "zaburzeń psychicznych", a nie "choroby psychicznej", ze "względów lekarskich", "potrzeby leczenia", "możliwości zagrożenia", a nie konkretnych przejawów zachowania wskazujących na "bezpośrednie zagrożenie". Opinie biegłych są często zbyt obszerne, a w konkluzji nie uwzględniają warunków wymaganych w art. 23 czy 28. W kilkunastu przypadkach sąd nie przyjął opinii biegłych i polecił wypisać pacjentów ze szpitala.

## INNE ZAGADNIENIA

W połowie kwietnia zakończyły się prace koncepcyjne nad wszystkimi rozporządzeniami wykonawczymi. Projekty tych aktów akceptował Minister Zdrowia i Opieki Społecznej i dwa z tych projektów przekazane do Biura Prawnego URM, ogłoszono już w Dzienniku Ustaw. Chodzi tu o *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. do art. 33 ustawy w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego i Rozporządzenie tego Ministra z dnia 23 sierpnia 1995 r. do art. 18 ustawy w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*. Warto przypomnieć, że to ostatnie obowiązujące już rozporządzenie stawia przed pracownikami i kierownictwem szpitali i domów pomocy społecznej nowe i odpowiedzialne zadania, do których należy się szybko przygotować.

Nieco wcześniej (22 lutego br.) ukazało się *Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości do art. 43 ustawy w sprawie szczegółowego sposobu i trybu sprawowania kontroli przestrzegania praw pacjentów i warunków w jakich oni przebywają*, i do art. 49 o *szczególonym sposobie działania w sprawie przyjęcia do domu pomocy społecznej*. Mam nadzieję, że pozostałe rozporządzenia przewidziane w art. 7, 9, 15 i 49 zostaną wkrótce ogłoszone.

Opracowano i przekazano do dyskusji międzyresortowej trzecią wersję projektu rozporządzenia Rady Ministrów do art. 4 w sprawie spo-

sobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

Opracowano w terminie ustawowym projekty wojewódzkich sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej i przewidziany w ustawie projekt krajowej sieci tych zakładów. Minister przekazał projekty do wojewodów. Znane są już opinie większości wojewodów, nie znany jest natomiast harmonogram dalszych prac nad siecią.

Mam nadzieję, że ta informacja przyczyni się do bardziej jednolitego i skutecznego wdrażania ustawy i usuwania usterek w jej realizacji.

## WNIOSKI

Trudności we wdrażaniu ustawy wynikają z następujących powodów:

1. *Nieprzestrzeganie kilku ważnych przepisów:*
  - 1.1. Art. 18 ust. 5. Większość pracowników pogotowia ratunkowego i policji nie zna, albo nie chce stosować tego przepisu.
  - 1.2. Art. 19. Badania przewidziane w innych ustawach, które zgodnie z tym przepisem powinny odbywać się w publicznych zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej prowadzone są nadal jak przed 21.01.95 r.
  - 1.3. Art. 22 ust. 2. Lekarze nie odnotowują przyjęcia pacjentów w przypadku poważnych wątpliwości co do zdolności wyrażenia zgody na przyjęcie.
  - 1.4. Art. 23 ust. 1. Lekarze nie uzasadniają w sposób dostateczny ani objawów choroby psychicznej, ani przejawów bezpośredniego zagrożenia;
    - ust. 3 i 5. Lekarze przyjmujący nie wyjaśniają pacjentom przyczyn przyjęcia bez zgody i nie informują ich o ich prawach, a także nie odnotowują tych czynności w dokumentacji.
  - 1.5. Art. 23 ust. 4. Część dyrektorów szpitali psychiatrycznych nie zawiadamia sądu o przymusowym przyjęciu tych pacjentów, którzy potem wyrazili zgodę na pobyt w oddziale (zgodę taką wyraża 32% ogółu przyjętych przymusowo), a niektóre sądy wzmacniają tę praktykę poprzez odmowę przyjęcia takiego zgłoszenia albo polecają odstąpienie od zawiadamiania.
  - 1.6. Art. 25. Część sądów nie wszczyna postępowania w przypadkach, gdy pacjent wyraził zgodę na pobyt.

- 1.7. **Art. 26.** Większość sądów umarza postępowanie w przypadku, gdy pacjent wyraził potem zgodę na pobyt, *bez wysłuchania pacjenta*.
- 1.8. **Art. 46.** Powszechnym zjawiskiem jest niedotrzymywanie terminów ustawowych przez sąd. Przewlekane postępowanie w trybie art. 30 jednak zależy nie tylko od sądu, lecz także od lekarzy psychiatrów poradni zdrowia psychicznego, którzy często opóźniają, a nawet odmawiają wykonania badania i sporządzenia opinii przewidzianej w art. 30.
2. *Rozbieżności interpretacyjne:*
- 2.1. **Art. 22 ust. 5.** Niektórzy lekarze rozszerzają pojęcie osoby "niezdolnej do wyrażenia zgody" na przyjęcie na inne osoby przejściowo lub trwale niezdolne do tej czynności, ale nie posiadające przedstawiciela ustawowego i przyjmują takie osoby przymusowo do szpitala psychiatrycznego.
- 2.2. **Art. 29, 30.** Zdaniem części sędziów sądów opiekuńczych kodeks postępowania cywilnego nie reguluje kwestii, kto decyduje o doprowadzeniu pacjenta do biegłego, na rozprawę i do szpitala, natomiast według innych wybitnych prawników uprawnienia sądów opiekuńczych w tym zakresie wynikają z kpc - art. 163 § 2, art. 556 § 2, art. 574 § 1 i 2 i art. 32 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
- 2.3. **Art. 46.** Z interpretacji tego przepisu i przepisów kodeksu postępowania cywilnego przez sądy wynika szereg niekorzystnych zjawisk: odbywanie rozpraw sądowych w sądach a nie w szpitalach, przeprowadzanie rozpraw pod nieobecność pacjentów, a nawet biegłych, nie uwzględnianie w orzeczeniach sądowych podstaw prawnych przyjęcia bez zgody, powoływanie na biegłego lekarza wydającego opinię przewidzianą w art. 30.
3. *Brak odpowiedniej regulacji w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, w szczególności:*
- 3.1. **Art. 22 ust. 1.** Poważne wątpliwości budzi praktyka wyrażania przez pacjenta zgody na przyjęcie w formie podpisu pod tekstem najczęściej niewyraźnie odbitej pieczętki.
- 3.2. *Należy przewidzieć nowy przepis regulujący postępowanie w przypadku przyjęcia pacjenta, który jest w ogóle niezdolny (z powodu negatywizmu, automatyzmu, mutyzmu i innych przyczyn) do wyrażenia jakiegokolwiek stosunku do hospitalizacji.*
- 3.3. **Art. 45.** Należy zalegalizować praktykę umarzania postępowania w przypadku, gdy pacjent przyjęty przymusowo wyraził zgodę na pobyt w szpitalu podczas wstępnego przesłuchania przez sędziego.

*Adres: Prof. Stanisław Dąbrowski, Zakład Organizacji Opieki Zdrowotnej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa*