

Stosowanie przymusu w postępowaniu psychiatrycznym¹

(w świetle obowiązującego prawa oraz projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)

The use commitment in psychiatry (in the light of the Law in force and the project of the Mental Health Act)

LECH K. PAPRZYCKI

Z Izby Karnej Sądu Najwyższego w Warszawie

STRESZCZENIE: Autor - Sędzia Sądu Najwyższego² - zwraca uwagę na niezadowalający stan przepisów prawa regulujących stosowanie przymusu w psychiatrii. Podkreśla potrzebę wprowadzenia regulacji ustawowej w tym zakresie. Dyskutuje szczegóły rozwiązań zaproponowanych w projekcie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (red.).

SUMMARY: The author - who is the Supreme Court judge - points out inadequacy of the current legislation on involuntary confinement (civil commitment) in psychiatry. The need for statutory regulations in this respect is emphasized. Detailed provisions proposed in the project of the Mental Health Act are discussed. (Eds.)

Słowa kluczowe: postępowanie przymusowe w psychiatrii/ Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Key-words: civil commitment (involuntary confinement) in psychiatry/ Mental Health Act.

Zgoda pacjenta na proponowane mu postępowanie medyczne (badanie, leczenie, umieszczenie w szpitalu) jest powszechnie akceptowanym standardem w medycynie.

Spotyka się to z powszechną aprobatą społeczną, a i z prawnego punktu widzenia nie może budzić wątpliwości. Wszyscy jednocześnie zdają sobie sprawę z potrzeby istnienia trybu przymusowego postępowania medycznego w stosunku do określonej kategorii osób w szczególnych sytuacjach. Dotyczy to w szczególności takich dziedzin jak: profilaktyka, leczenie chorób zakaźnych, czy właśnie postępowanie w stosunku do osób z zaburzeniami

psychicznymi lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że są dotknięte tego rodzaju zaburzeniami.

Doniosłość tej problematyki, w szczególności przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym, dostrzegana jest przez społeczność międzynarodową, co znajduje potwierdzenie w odpowiednich regulacjach, czy propozycjach regulacji w państwach nawet bardzo odległych od coraz to bliższej nam Europy³, ale przede wszystkim w unormowaniach prawnych wspólnot europejskich i w działalności ich organów⁴.

¹ Wystąpienie na II Konferencji Naukowej nt.: "Psychiatria Środowiskowa", Szpital w Tworkach, 17 września 1993.

² Aktualnie Wiceprzewodniczący Trybunału Stanu

³ por. Government's Proposals on a Charter of Fundamental Rights, 2 February 1993, Pretoria, Republic of South Africa, s.6, G.Mik "Dylematy konstytucyjnej regulacji praw człowieka" Zeszyty naukowe UMK -AUNC Prawo XXXII, Toruń 1992 r., 67-78

⁴ por.: art. 7 ust. 1, 2, 5, 6 w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka "Karta praw i wolności". Materiały Poznańskiego Centrum Praw Człowieka, Poznań 1993 r., s. 57, 58, tamże: M. Piechowiak "Karta Praw i Wolności. Między prawami człowieka a ideologią" s. 18 i nast.; orzecznictwo Europejskiej Komisji Praw Człowieka i Trybunału: M.A.Nowicki "Wokół Konwencji Europejskiej", Warszawa 1992 r., s. 22-32 i 79-83; stanowisko Zgromadzenia Parlamentarnej Rady Europy m.in.: rekomendacja Nr 818 z 1977 r. w sprawie sytuacji psychicznie chorych i na ten temat: Ch.Byk "O projekcie Europejskiej Konwencji w sprawie

Zdumiewająca jest wobec tego, zwłaszcza dla obserwatora zagranicznego, sytuacja Polski, która chyba jako ostatnia z państw cywilizowanych nie posiada zadowalającej regulacji prawnej, odnoszącej się do wzajemnych stosunków: służba zdrowia - pacjent psychiatryczny. Nikt w naszym kraju nie ma wątpliwości, że obowiązująca w tym zakresie *Instrukcja Nr 120/52 Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 1952 r. w sprawie przyjmowania i wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych*⁵ jest ze względu na zakres regulacji, oczywiście niewystarczająca, a jej ranga prawna (instrukcja zamiast ustawy) zasadnym czyni pytanie o jej legalność. I wszystko to ma miejsce w sytuacji, gdy obowiązująca w Polsce Konstytucja, przygotowane projekty nowej ustawy zasadniczej akcentują niezbędność istnienia ustawy, a środowisko lekarzy i prawników w tym kierunku idące postulaty zgłasza nieprzerwanie od kilkadziesiątu lat⁶.

Obserwacja praktyki ostatnich pięćdziesięciu lat po II wojnie światowej zdaje się przeczyć tezie, że tylko istnienie odpowiedniej ustawy jest gwarancją praworządnego postępowania lekarzy psychiatrów. Okazało się bowiem, że po 1989 r., po ustanowieniu w Polsce demokratycznego państwa prawnego, nie ujawniono, jak dotychczas, żadnego wypadku przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym osób z przyczyn pozamedycznych, w szczególności politycznych, co działo się, niejednokrotnie, w innych państwach tego regionu, które zresztą "szczyciły się" posiada-

niem wzorcowej wręcz ustawy. Konieczność istnienia ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie może być w ogóle kwestionowana, ale i uzasadniana potrzebą przeniesienia części odpowiedzialności za przymusowe postępowanie medyczne w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi z lekarza na sędziego, prokuratora, czy członków odpowiedniej komisji⁷.

Ustawa jest niezbędna, gdyż w demokratycznym państwie prawnym, jakim staje się Polska taka musi być ranga unormowań dotyczących przymusowego badania, leczenia i umieszczania w szpitalu z powodu stwierdzonych lub podejrzewanych zaburzeń psychicznych.

Rozważmy w pierwszej kolejności ten wielce niezadowalający, ale nadal obowiązujący stan prawny.

Pomijam w ogóle problematykę badania psychiatrycznego i umieszczania w szpitalu psychiatrycznym osób na zarządzenie sądu lub prokuratora, gdyż tu tryb postępowania uregulowany jest w ustawach: Kodeksie postępowania karnego z 1969 r. i Kodeksie postępowania cywilnego z 1963 r.

Wspomniana instrukcja normuje wyłącznie zasady przyjmowania pacjentów do szpitali (oddziałów) psychiatrycznych i wypisywania ich z tych szpitali. Lektura tych przepisów prowadzi do wniosku, że poza wypadkami skierowań ze strony sądu lub prokuratora w trybie procesu karnego lub cywilnego, decyzja o przyjęciu lub wypisaniu należy wyłącznie do lekarza dyżurnego, który zetknie się z konkretnym czło-

bioetyki", PiP 1993 r., z. 1, s.36 i nast.

⁵ Nr PL 9/14169/52 - Dz. Urz. Min. Zdr. Nr 24, poz. 240.

⁶ por. art. 87 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 lipca 1952 r., utrzymany w mocy na podstawie art. 77 Ustawy konstytucyjnej z dnia 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz o samorządzie terytorialnym (Dz. U. nr 84, poz. 426) na ten temat: P. Winczorek "Wartości naczelné w "małej konstytucji"" z 1992 r., PiP 1992 r., z. 1, s. 3-11, por. także: art. 16 ust. 2 i art. 24 ust. 1 i 2 w "Konstytucja. Projekt", Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 1992 r., s. 27-29, oraz m.in.: W. Daszkiewicz, S. Dąbrowski, L. Kubicki "Prawna regulacja ochrony zdrowia psychicznego", PiP 1974 r., z. 8-9, S. Pomorski "Problematyka leczenia przymusowego na tle projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 1970 r.", PiP 1972, z. 3, E. Wengerek, P. Piotrowski "Ochrona prawna zdrowia psychicznego", NP 1975 r., z. 2, W. Daszkiewicz "Przymusowa hospitalizacja w zakładzie psychiatrycznym", PiP 1975 r., z. 3, J. Nelken "O konieczności kontroli sądowej nad przymusowym umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym", NP 1983 r., z. 3, K. Zgryzek "Postępowanie w przedmiocie zastosowania środków zabezpieczających w polskim procesie karnym", Katowice 1989 r., L. Kubicki "Co z ustaw psychiatryczną?", *Gazeta Prawnicza* 1989 r., nr 18.

⁷ Z. Falicki "Psychiatria społeczna", Warszawa 1985 r., s. 92.

wiekim w izbie przyjęć. W praktyce wydaje się nie tak istotne i nie decydujące o przyjęciu lub nie do szpitala to, w jakim trybie konkretna osoba znalazła się w izbie przyjęć szpitala (oddziału) psychiatrycznego. Instrukcja mówi co prawda o różnych podstawach przyjęcia: "życzenie chorego", "wniosek członka rodziny, przedstawiciela ustawowego bądź osoby sprawującej faktyczną opiekę nad chorym" oraz "w przypadkach nagłych, gdy zwłoka w przyjęciu mogłaby wpłynąć na znaczne pogorszenie stanu chorego lub chory jest szczególnie niebezpieczny dla siebie albo otoczenia", to jednak w każdym z tych wypadków, bez względu na to czy pacjent sam się zgłosił, czy go siłą przyprowadził z ulicy policjant, o przyjęciu do szpitala decydować będzie lekarz po osobistym zbadaniu i stwierdzeniu potrzeby szpitalnego leczenia. Lekarz podejmuje decyzję o przymusowym zatrzymaniu pacjenta w szpitalu, gdy względy medyczne będą za tym przemawiały, a pozostawienie tego pacjenta poza szpitalem stanowiłoby zagrożenie dla życia lub zdrowia jego lub innych osób. Taka jest praktyka i jest ona zgodna z obowiązującą Instrukcją Nr 120/52 Ministra Zdrowia, i zdaje się ona nie pozostawać, co do zasad przyjmowania do szpitala psychiatrycznego, w sprzeczności z istniejącymi standardami europejskimi. Oddzielnym zagadnieniem jest nie uregulowana przez Instrukcję, problematyka kontroli zasadności przymusowego pobytu pacjentów w szpitalach psychiatrycznych. Ale to już materia przyszłej ustawy. Instrukcja w ogóle nie zajmuje się unormowaniami regulującymi pobyt pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, jego prawami i obowiązkami, zasadami stosowania środków przymusu bezpośredniego. Instrukcja ta nie zajmuje się również specyfiką postępowania medycznego w psychiatrii: metodami diagnozowania, zabiegami operacyjnymi, eksperymentami. To nie stanowi zarzutu, bo ranga Instrukcji jest wyjątkowo niska, lecz to nie może stanowić swoistego pocieszenia, gdyż unormowania Ustawy z 1950

r. o zawodzie lekarza są, dla potrzeb psychiatrii, niewystarczające.

Przyjrzyjmy się wobec tego propozycjom ostatniego z ogłoszonych projektów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, opracowanego w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, a przekazanego do dyskusji w środowisku lekarskim przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne na początku 1993 r.⁸, a zaaprobowanego być może ze zmianami, przez Rząd w sierpniu tego roku. Projekt ustawy słusznie formułuje priorytet "celu zdrowotnego" w "postępowaniu leczniczym". Nie może ulegać wątpliwości to, że wszelkie dobra przysługujące osobie z zaburzeniami psychicznymi, jak w wypadku każdego obywatela, pozostają pod ochroną prawa.

Jeżeli jednak "konieczność leczenia" tego wymaga - to naruszenie "dóbr osobistych", jak to określa projekt ustawy, będzie dozwolone w takim zakresie w jakim jest to niezbędne dla uzyskania poprawy zdrowia lub wyleczenia chorego (art. 12).

Projekt pierwszy raz w art. 14 posługuje się określeniem "osoba z zaburzeniami psychicznymi", której przebywanie poza szpitalem psychiatrycznym lub domem opieki społecznej "nie zagraża bezpieczeństwu tej osoby lub innych osób". W dalszych przepisach (np. art. 22 ust. 1) mówi się o osobie, która "może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób". Co oczywiste, projektodawcy nieprzypadkowo posługują się w tekście dwoma różnymi w treści określeniami. Zdecydować jednak trzeba, na użytek całości regulacji, zaistnienie jakich okoliczności uzasadniać będzie podejmowanie działań na rzecz pacjenta wbrew jego woli. Jest to unormowanie kluczowe w całym projekcie, decydujące dla oceny jego poprawności. Wydaje się, że pierwsze z tych określeń (art. 14) jest nie tyle zbyt szerokie, co niewystarczająco precyzyjne. Natomiast drugie określenie (art. 22 ust. 1 i szereg dalszych przepisów) zbyt wąskie.

⁸ pismo Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego nr PTP 63/93.

Przyjmowanie, wypisywanie ze szpitala i wyrażenie zgody na okresowe jego opuszczenie

Zasady udzielania zgody na okresowe przebywanie poza szpitalem psychiatrycznym osoby z zaburzeniami psychicznymi (art. 14) muszą być bardzo zbliżone, prawie identyczne jak zasady wypisywania ze szpitala (art. 37), a więc ściśle związane z zasadami przyjmowania do szpitala psychiatrycznego (art. 25 ust. 1).

Osoba z "zaburzeniami psychicznymi" w rozumieniu projektu ustawy stwarza "stan niebezpieczeństwa"⁹ dla siebie i dla innych. Opieka, jaką taka osoba ma w szpitalu, zapobiega, mówiąc w największym uproszczeniu, powstaniu szkody m. in. w postaci: targnięcia się na własne życie lub cudze, zdrowie, mienie lub inne dobro. Na gruncie przepisów art. 99 i 100 kk istnieje spór co do tego, ochrona jakich dóbr może zdecydować o umieszczeniu sprawcy czynu zabronionego w szpitalu psychiatrycznym w tym właśnie trybie.¹⁰ Argumentacja tam przytoczona powinna być uwzględniona przy podejmowaniu próby konstruowania odpowiednich przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Uwzględniając powyższe wyrażam pogląd, że zwolnienie ze szpitala psychiatrycznego powinno następować, również w wypadku zwolnienia okresowego, jeżeli pacjent, ze względu na stan zdrowia psychicznego, znajdując się poza szpitalem, nie będzie stwarzał istotnego zagrożenia dla życia lub zdrowia innych osób, dla własnego życia, a także dla własnego zdrowia, gdy zachodzi niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (w rozumieniu art. 155 § 1 kk). Można ponadto przytoczyć szereg argumentów, które nakazywałyby możliwość umieszczenia w szpitalu i zakaz zwolnienia, również w wypadkach niebezpieczeństwa spowodowania lżej-

szych choć uporczywych i intensywnych samookaleczeń, a nawet w wypadku istnienia niebezpieczeństwa zniszczenia lub uszkodzenia mienia szczególnie wielkiej wartości.

Z powyższego punktu widzenia (dobro pacjenta a interes społeczny) proponowana norma art. 14 projektu wymaga wyraźnego sprecyzowania, ponieważ obecne jej brzmienie pozwala, na dobrą sprawę, zwolnić każdego pacjenta i nie zwolnić żadnego - bez wyraźnego naruszenia tego przepisu.

Przymus bezpośredni (art. 19)

Istnienie tego sposobu postępowania w stosunku do pacjentów szpitali psychiatrycznych jest, w chwili obecnej, nie do uniknięcia. Zakres stosowania, niestety, trzeba przewidzieć dość szeroki. Z tych powodów i kontrola stosowania środków tego rodzaju musi być bardzo ścisła. Leży to w interesie pacjenta, ale nie mniej w interesie lekarzy, którzy, z reguły bezzasadnie, podejrzewani są o nadużywanie przymusu bezpośredniego. Projekt, w tym zakresie, jest zadowalający. Przewiduje się ściśle dokumentowanie zastosowania środków tego rodzaju, są one wyczerpująco wyliczone w jednym z przepisów, wskazano przesłanki ich stosowania, a kontrolę stosowania przymusu bezpośredniego sprawuje nie tylko przełożony lekarza, ale także nadzorujący szpital sędzia.

Przymus badania psychiatrycznego (art. 22)

Określenie warunków praworządnego, a jednocześnie sprawnie funkcjonującego modelu przymusowego badania stanu zdrowia psychicznego jest wyjątkowo trudne. Czy propozycja projektu jest udana - mam wątpliwości, które wyrażają się bardziej odczuwaniem niepokoju niż możliwością przedstawienia kon-

⁹ por. niezwykle interesujące rozważania na temat pojęcia "niebezpieczeństwa" i literaturę tam wskazaną: A. Spotowski "Funkcja niebezpieczeństwa w prawie karnym", Warszawa 1990 r., w szczególności s. 9-70.

¹⁰ por. L. K. Paprzycki "Umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym" (art. 99 i 100 § 1 kk) w świetle poglądów doktryny i orzecznictwa Sądu Najwyższego. W: J. Sobkowiak, E. Milewska, T. Gordon (red.) Materiały VI Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej, Warszawa 1988 r. s. 87-107.

kretnych zarzutów. Również dla mnie jest oczywiste, że decyzja w tym zakresie musi pozostać od początku do końca w rękach lekarza-psychiatry. On podejmuje taką decyzję na podstawie ustalenia okoliczności, które dla nie-specjalisty mogą się wydawać, niejednokrotnie, nieprzekonywające o potrzebie badania, nie mówiąc już o przymusowym leczeniu w szpitalu.

Z drugiej jednak strony pamiętać trzeba, że wstępna diagnoza, z przyczyn nawet zupełnie niezależnych od wiedzy i staranności lekarza, może okazać się błędna, gdy tymczasem dolegliwości związane z przymusowym badaniem i przewiezieniem do szpitala cofnąć się nie da.

Nie na wiele zda się zalecenie (art. 22 ust. 5), że w tych wypadkach *"należy zachować szczególną ostrożność i uczynić wszystko, aby osoba poddana badaniu nie doznała krzywdy psychicznej i moralnej"*, nawet jeżeli dowiemy się co ten ostatni rodzaj krzywdy oznacza.

Nie przewiduje się żadnej kontroli wstępnej co do zasadności podjęcia działań przez lekarza i to właśnie budzi mój niepokój.

Przyjęcie do szpitala (art. 23-33)

Przymus leczenia psychiatrycznego jest powszechnie akceptowany i to nie tylko przez psychiatrów i prawników¹¹. Jednocześnie bardzo wyraźnie akceptuje się potrzebę uzyskania zgody, poza wyjątkowymi sytuacjami, również osoby chorej psychicznie na leczenie, a w szczególności na zabieg operacyjny¹².

Projekt w sposób prawidłowy określa postępowanie w stosunku do osób, które odmawiają zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym lub zgodę tę cofną (art. 25-29). W takich wypadkach po tymczasowym przyjęciu do szpitala, które podlega zatwierdzeniu przez ordynatora oddziału, decyzję podejmuje sąd opiekuńczy. Wszczęte przez sąd postępowanie

może być umorzone tylko w wypadku wcześniejszego zwolnienia chorego ze szpitala bądź wobec wyrażenia przez niego zgody na pobyt w szpitalu. W tym ostatnim wypadku sąd podejmuje decyzję dopiero po wysłuchaniu pacjenta. Decyzja sądu opiekuńczego, stwierdzająca bezpodstawność umieszczenia w szpitalu, jest natychmiast wykonywana. Podejmowanie czynności przez sąd z urzędu wydaje się niezbędne, chociażby ze względu na wyjątkową wagę przedmiotu postępowania.

Przepisy art. 30 i 31 projektu normują postępowanie o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym bez ich zgody, osób chorych psychicznie - należących do dwóch bardzo różnych kategorii. Ze strony pierwszej grupy osób, z powodu dotychczasowego ich zachowania, grozi niebezpieczeństwo dla ich życia albo dla życia lub zdrowia innych osób (pkt 1). Druga grupa to osoby, które z powodu niezdolności do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych doprowadzają się do stanu wyniszczenia organizmu, a istnieje możliwość podjęcia skutecznych czynności leczniczych (pkt 2).

Przepisy te mówią o osobach "chorych psychicznie". Jest to więc sytuacja, gdy co do tych osób została już uprzednio wydana opinia psychiatryczna, stwierdzająca występowanie choroby. W takiej sytuacji, moim zdaniem, wszczęcie postępowania przez sąd opiekuńczy powinno następować na wniosek osoby najbliższej, przedstawiciela ustawowego, kuratora lub nawet z urzędu (art. 30 ust. 2 i 3).

Jeżeli natomiast okaże się, że istniejąca opinia psychiatryczna jest niewystarczająca, sąd z urzędu powinien zwrócić się o wydanie opinii dodatkowej. Angażowanie do tego wnioskodawcy niczym nie jest uzasadnione, a ponadto może spowodować niedopuszczalną zwłokę, ze szkodą dla dobra chorego i wbrew interesowi społecznemu.

¹¹ T. Slipek "Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki", Warszawa 1988 r., s. 222-224.

¹² G. Rejman "Odpowiedzialność karna lekarza", Warszawa 1991 r., s. 72, J. Jaroszyński "Badania biomedyczne i behawioralne w psychiatrii" W: "Etyczne aspekty badań medycznych, których przedmiotem jest człowiek", Warszawa 1987 r., s. 77, S. Pomorski "Problematyka leczenia przymusowego..." op. cit.

Już tylko na marginesie zauważyć należy, że przesłanki uznawania stanu zdrowia chorego psychicznie za stwarzające zagrożenie dla dóbr wskazanych w art. 30 ust. 1 pkt 1, zostały określone mało precyzyjnie i będą wymagały uściślenia.

Postępowanie lecznicze w stosunku do osoby leczonej bez jej zgody (art. 35, 36).

Nie budzi, w zasadzie, zastrzeżeń postanowienie, że w stosunku do tej kategorii chorych można stosować postępowanie lecznicze przewidziane w ustawie o zawodzie lekarza i w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, jak też stosowanie przymusu bezpośredniego w postępowaniu leczniczym oraz dla zapobieżenia opuszczenia przez tę osobę szpitala psychiatrycznego.

Wypisywanie osoby przebywającej bez jej zgody w szpitalu psychiatrycznym (art. 37-40).

W tym zakresie tryb postępowania został dobrze pomyślany. W sumie dotyczy to wszystkich sytuacji, gdy pacjent przebywający w szpitalu psychiatrycznym chce ten szpital opuścić.

Co oczywiste, w pierwszej kolejności zwraca się do prowadzącego go lekarza, co jest równoznaczne ze zwróceniem się do osoby zarządzającej szpitalem (oddziałem) i o ile ordynator podejmie taką właśnie decyzję, sprawa

zostaje ostatecznie załatwiona, z tym że należy powiadomić sąd opiekuńczy (art. 37).

W razie odmowy wypisania ze szpitala konieczne jest istnienie postępowania odwoławczego, które z jednej strony zabezpieczy interes pacjenta, ale jednocześnie zapobiegnie, zapewne tylko w odosobnionych wypadkach, lawinie korespondencji między różnymi instytucjami. Z tego właśnie powodu wydaje mi się, że wystarczające byłoby uprawnienie do złożenia kolejnego wniosku po upływie 60 dni, a nie 30 od wydania ostatniej decyzji w tej sprawie. Z drugiej strony zgłoszenie takiej treści żądania musi zobowiązywać ordynatora szpitala (oddziału) do wydania decyzji na piśmie, ze wskazaniem trybu odwołania. Odwołanie na piśmie do sądu opiekuńczego powinno być przesłane za pośrednictwem szpitala w tym celu, aby została dołączona stosowna dokumentacja, niezbędna do podjęcia decyzji przez sąd. Byłby to tryb postępowania prosty, a jednocześnie w pełni gwarantujący ochronę praw osoby, która ma pozostać w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody.

Tych kilka uwag, w żadnym wypadku, nie pretenduje do wyczerpania problematyki projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. To tylko przyczynek do dyskusji, która niedługo znów się ożywi, gdy Sejm kolejnej kadencji znajdzie, zapewne, dość czasu, by rozpatrzyć projekt rządowy.

Adres: Dr Lech K. Paprzycki, Sąd Najwyższy, Izba Karna, ul. Ogrodowa 6, 00-958 Warszawa