

Liberum veto wobec Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Veto on the Mental Health Act

JANUSZ MORASIEWICZ, PIOTR BARANOWSKI, DOBROŚLAW BANACH

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

STRESZCZENIE: *Przedstawiono krytyczną ocenę projektu Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wskazując na wewnętrzne sprzeczności w proponowanych rozwiązaniach, niejednoznaczność ustaleń i niezgodność przepisów Ustawy z innymi aktami prawnymi, a także na nieuzasadnione nadanie osobom z zaburzeniami psychicznymi szerszych uprawnień, niż posiadają inne osoby w analogicznych sytuacjach. Autorzy zwracają ponadto uwagę na wystąpienie paraliżu decyzyjnego w wyniku przyjęcia rozwiązań ustawowych w niektórych sytuacjach, do których odnosi się Ustawa.*

SUMMARY: *The project of the Mental Health Act was criticised by the authors who pointed out contradictions in terms of the proposed provisions, ambiguity of the Act regulations and their disagreement with other legal acts, as well as the unjustified granting the mentally disturbed broader rights than these vested in other persons under similar circumstances. Moreover, the authors suggest that acceptance of these statutory regulations may lead to a decisional paralysis in some specific situations under the Act provisions.*

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia psychicznego/ustawowa regulacja prawna

Key-words: mental health care/ legislation

Od kilkudziesięciu lat psychiatrzy i ich pacjenci, a także opinia publiczna, wyrażają przekonanie, że działania lekarskie wobec osób zaburzonych psychicznie nie mają wystarczającego umocowania prawnego w istniejących w Polsce rozwiązaniach ustawowych. Potrzeba odrębnego uregulowania tej kwestii zaowocowała kolejnymi projektami, z których ostatni został ostatnio zatwierdzony przez rząd do przedstawienia Sejmowi [1]. Rozwiązania proponowane w tym projekcie są oparte na daleko posuniętym uznaniu uprawnień osób zaburzonych psychicznie, z zastosowaniem kontroli sądowej działań medycznych wobec tych osób. Jednakże założenia Ustawy zawierają szereg pułapek formalnych i merytorycznych oraz szereg rozwiązań stawiających uprawnienia osób zaburzonych psychicznie wyżej, niż przyjmuje się to wobec innych chorych czy w ogóle wobec innych osób. Dalej spróbujemy przedstawić najważniejsze, naszym zdaniem,

niedociągnięcia projektu, który będziemy nazywać dla ułatwienia "Ustawą".

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego dotyczy osób z zaburzeniami psychicznymi, a nie tylko chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo. Za takie osoby w Ustawie uważa się nie tylko osoby chore psychicznie lub upośledzone umysłowo, lecz także osoby wykazujące "takie zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej są zaliczane do zaburzeń psychicznych wymagających świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej lub innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku społecznym". Powyższe sformułowanie razi tautologią, właściwsze i wystarczające byłoby określenie, że osobą z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu Ustawy jest nie tylko osoba chora psychicznie lub upośledzona umysłowo, lecz także osoba wykazująca takie zakłócenia czynności psychicznych, które, zgodnie ze stanem

wiedzy medycznej, wymagają świadczeń leczniczych lub opiekuńczych. Kogo rozumie się jako osobę chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, tego w Ustawie nie określono. Ustawa w ogóle nie definiuje instytucji psychiatrycznych nie będących szpitalami. Intencją projektodawcy wydaje się być zapewnienie jedynie regulacji prawnej w zakresie świadczeń szpitala psychiatrycznego, z prawie całkowitym pominięciem ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego, co pozostaje w opozycji do trendów w światowej psychiatrii.

Mimo że Ustawa dotyczy osób z zaburzeniami psychicznymi w ogóle, co określono w *artykule 2 i 3*, to szereg proponowanych w niej rozwiązań ogranicza się tylko do osób bądź chorych psychicznie, bądź upośledzonych umysłowo. Nie wiadomo przy tym czy jest to szczególny zamiysł projektodawcy, czy też przypadek, bowiem z szeregu szczegółowych rozwiązań dotyczących tych osób nie wynika, dlaczego niektóre artykuły ograniczają się tylko do pewnych szczególnych kategorii zaburzeń psychicznych, a inne dotyczą osób z szeroko rozumianymi zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu Ustawy.

I tak *artykuł 8*, dotyczący tak zwanego oparcia społecznego, polegającego, w myśl Ustawy, między innymi na pomocy finansowej i opiece organizowanej w środowisku społecznym, odnosi się tylko do osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo. Natomiast usługi opiekuńcze i pomoc mieszkaniowa, o których mowa w *artykule 9*, mają obejmować wszystkie osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu Ustawy. Rozróżnienie adresatów pomocy w *artykule 8 i 9* jest niezrozumiałe i niewytłumaczalne, dlatego bowiem z oparcia społecznego mają korzystać wyłącznie osoby chore psychicznie i upośledzone umysłowo, a o usługi opiekuńcze i pomoc mieszkaniową mogą starać się wszystkie osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Podobne zastrzeżenia budzi *artykuł 10*, w którym mowa, że "świadczenia zdrowotne

udzielane osobom chorym psychicznie lub upośledzonym umysłowo przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej ... są bezpłatne". Nasuwają się tu następujące pytania:

- Dlaczego bezpłatność świadczeń zdrowotnych nie obejmuje w publicznych zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi, a tylko osoby chore psychicznie lub upośledzone umysłowo?
- Czy bezpłatność świadczeń zdrowotnych w publicznych zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej ma obejmować wszelkie świadczenia zdrowotne dla osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo dostępne w tych zakładach, czy tylko świadczenia związane z leczeniem psychiatrycznym?
- Jak wyglądać ma odpłatność za świadczenia zdrowotne związane z leczeniem psychiatrycznym udzielanym chorym psychicznie lub upośledzonym umysłowo w niepsychiatrycznych publicznych zakładach opieki zdrowotnej?

Na te pytania brak odpowiedzi w Ustawie, a są to pytania zgoła podstawowe, również dlatego, że Ustawa nie precyzuje zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom z zaburzeniami psychicznymi, co w związku z ogólnikowością i nieokreślonością sformułowań *artykułu 10* stanowi jej istotny mankament.

W *artykule 11* przewidziano, że lekarz może wydać skierowanie do zakładu opieki zdrowotnej osobie z zaburzeniami psychicznymi "wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego badania tej osoby". Jednakże regulacja ta w świetle dalszych zapisów Ustawy jest zupełnie niepotrzebna, o ile chodzi o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, gdyż w *artykułach* określających warunki przyjęcia do tej instytucji nie sformułowano potrzeby posiadania skierowania lekarskiego. Czyżby projektodawcy chodziło tylko o określenie warunków badania osoby z zaburzeniami psychicznymi w sytuacji kierowania jej do innego, niż psychiatryczny, zakładu opieki zdrowotnej? Takie

ustalenie wydaje się co najmniej dziwne, gdyż w tym przypadku wystarczyłoby sięgnąć po rozwiązania zawarte w Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej i w Ustawie o zawodzie lekarza.

Jak podkreślono wyżej, w celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego nie jest potrzebne, według Ustawy, skierowanie lekarskie. Warunkiem niezbędnym jest natomiast pisemna zgoda osoby z zaburzeniami psychicznymi i stwierdzenie wskazań do leczenia szpitalnego, dokonane przez lekarza dyżurnego. Okoliczność konieczności przeprowadzenia obserwacji szpitalnej bez leczenia nie została wzięta pod uwagę przez projektodawcę. Tak więc osoba z zaburzeniami psychicznymi nie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, gdy zachodzi tylko potrzeba obserwacji, mimo wyrażenia na to zgody. Właściwe byłoby określenie w tym przypadku, że lekarz dyżurny ustala wskazania do pobytu czy też do przebywania w szpitalu psychiatrycznym, a nie tylko do leczenia.

Konieczność wyrażenia zgody w formie pisemnej pociąga za sobą szereg komplikacji. W Ustawie nie przewiduje się bowiem szczególnego sposobu wyrażenia zgody przez osoby niepiśmienne lub niewidome, nie mogące potwierdzić tego faktu pisemnie. Należy zatem domniemywać, że pozostawiono tu z rozmysłem rozwiązania Kodeksu Cywilnego, w którym mówi się, że osoba nie mogąca pisać, lecz mogąca czytać potwierdza swoją zgodę za pomocą odcisku palca, a obok tego odcisku inna osoba wpisuje jej imię i nazwisko, umieszczając swój podpis. Alternatywą jest notarialne potwierdzenie podpisu innej osoby z zaznaczeniem, że został on złożony na życzenie nie mogącej pisać, lecz mogącej czytać. Zgoda osoby nie mogącej czytać mogłaby być potwierdzona wyłącznie w formie oświadczenia notarialnego. Byłyby to konsekwencje zachowania zasady pisemnej zgody przy przyjmowaniu do szpitala psychiatrycznego. Z drugiej strony artykuł 73 §1 Kodeksu Cywilnego stanowi, że jeżeli ustawa zastrzega dla czynności prawnej formę pisemną, czynność dokonana

bez zachowania zastrzeżonej formy jest nieważna tylko wtedy, gdy ustawa przewiduje rygor nieważności, a takiego postanowienia w niniejszej Ustawie brak. Mniej rygorystyczne warunki przewidziano dla przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie. Nie określono bowiem, że zgoda przedstawiciela ustawowego na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego musi być dokonana na piśmie. Dlatego dokonano takiego rozróżnienia w formie wyrażenia zgody, z Ustawy nie wynika.

Sformułowanie w tym samym artykule konieczności bezzwłocznego zawiadomienia sądu opiekuńczego przez kierownika szpitala psychiatrycznego w sytuacji przyjęcia doń małoletniej lub całkowicie ubezwłasnowolnionej osoby z zaburzeniami psychicznymi, która trafiła tam za zgodą przedstawiciela ustawowego, jest niezyciowe i niespójne z innymi rozwiązaniami przyjętymi w Ustawie, gdzie każdorazowo określa się odpowiednie terminy na zawiadomienie sądu.

Zupełnie inaczej rozwiązano sprawę przyjęcia do szpitala osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo - a więc nie każdej osoby z zaburzeniami psychicznymi - która *"ze względu na swój stan psychiczny nie jest zdolna do wyrażenia świadomej zgody na przyjęcie do szpitala"*. Według artykułu 24 Ustawy lekarz odnotowuje fakt przyjęcia takiej osoby w dokumentacji medycznej, a decyzja o przyjęciu wymaga zatwierdzenia przez ordynatora. Natomiast sąd opiekuńczy dowiaduje się o tym fakcie dopiero w czasie wizytacji szpitala przez sędziego. Dlatego projektodawca przyjął takie sformułowanie, nie wiadomo, skoro właśnie osoba nie mogąca świadomie wyrazić zgody z uwagi na stan zdrowia psychicznego, powinna być poddana szczególnej opiece prawnej, większej nawet niż osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie mająca przedstawiciela ustawowego. Dlatego też sytuacja opisana w artykule 24 dotyczy ma jedynie osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, a nie wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi w rozu-

mieniu Ustawy też z treści tejże Ustawy nie wynika. Natomiast rezultatem takiej regulacji byłoby to, że osoby z zaburzeniami psychicznymi nie będące chorymi psychicznie ani upośledzonymi umysłowo, w przypadku niezdolności do wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala ze względu na swój stan psychiczny, nie będą mogły być przyjęte do tego zakładu opieki zdrowotnej w trybie przewidzianym w artykule 24. Artykuł ten przewiduje zasadę przyjmowania do szpitala i leczenia w tymże szpitalu osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo nie precyzując rodzaju szpitala, co również budzi zdecydowane zastrzeżenia czy rzeczona Ustawa może w ogóle mieć taki panmedyczny charakter. Być może jednak doszło tu do niedopatrzania i brak jest dopowiedzenia, że chodzi o szpital psychiatryczny, bo skądinąd wiadomo, że tylko taki szpital ma być nadzorowany przez sąd opiekuńczy.

Bez zgody wymaganej w *artykule 23* do szpitala psychiatrycznego może być przyjęta tylko osoba chora psychicznie, natomiast Ustawa nie przewiduje takiej możliwości dla innych osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym dla osób upośledzonych umysłowo. W *artykule 25* określono, że osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Czy projektodawca rzeczywiście chciał ograniczyć przyjmowanie do szpitala psychiatrycznego bez zgody przewidzianej w *artykule 23* tylko do osób chorych psychicznie? Nie wydaje się to takie przekonujące, jeśli sięgnie się do innych artykułów Ustawy. Otóż w *artykule 22* jest mowa między innymi o tym, że *"osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, może być poddana badaniom psychiatrycznym również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie - także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego"*. Wobec takiej osoby lekarz przeprowadzający badanie w ra-

zie potrzeby zarządza jej przewiezienie do szpitala. Co prawda w *artykule 22* nie precyzuje się, o jaki szpital w tym przypadku chodzi, ale nie wyklucza to możliwości, że jest to szpital psychiatryczny. Tak więc osoba, której zachowanie wskazuje na zaburzenia psychiczne, może być przewożona do szpitala po badaniu psychiatrycznym wykonanym bez jej zgody, jeśli spełnione zostaną warunki ustanowione w *artykule 22*. Jednakże na tym kończą się możliwości interwencji lekarskiej. Jeżeli nie rozpoznaje się u niej choroby psychicznej, nie może być przyjęta do szpitala, mimo że może bezpośrednio zagrażać własnemu życiu lub życiu albo zdrowiu innych osób. Co najwyżej można wobec niej zastosować przymus bezpośredni, o czym będzie jeszcze powiedziane dalej.

Wracając do *artykułu 25*, jest tam mowa również o tym, że osoba chora psychicznie jest przyjmowana do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w *artykule 23* Ustawy przez lekarza dyżurnego, który zasięga *"w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatrii albo psychologa, zatrudnionych w szpitalu"*. Z takiego sformułowania wynika, że lekarz dyżurny również musi być psychiatrą. Natomiast w *artykule 23* określającym warunki przyjęcia do szpitala psychiatrycznego za zgodą przyjmowanego lub jego przedstawiciela ustawowego, nie stawia się takich wymagań lekarzowi dyżurnemu; brak tam jest jakichkolwiek warunków, kim on ma być. Podobnie rzecz się ma w *artykule 24*, dotyczącym przyjmowania osoby nie mogącej wyrazić zgody na przyjęcie do szpitala. Doprawdy, nie można dociec, co chciał osiągnąć projektodawca dokonując takiego zróżnicowania wymagań wobec lekarzy dyżurnych.

Również kontrowersyjne jest ustawowe wymaganie zasięgnięcia opinii co do przyjęcia do szpitala u psychologa, który z racji swojego wykształcenia i obowiązków zawodowych nie może odpowiadać za rozpoznanie choroby psychicznej, gdyż nie jest do tego powołany ani zobowiązany.

W ogóle taka decyzja powinna być podejmowana jednoosobowo. Ustawa nie przewidu-

je bowiem, co będzie, jeśli opinia drugiego lekarza psychiatry lub psychologa nie będzie zgodna ze stanowiskiem lekarza dyżurnego. Jaką decyzję należy wówczas podjąć? W praktyce szpitalnej lekarz dyżurny izby przyjęć jest zwykle kierownikiem dyżuru i zastępuje kierownika szpitala lub oddziału odpowiadając za całość decyzji leczniczych. Posiada on zwykle również większe doświadczenie i często wyższe kwalifikacje formalne od innego lub innych lekarzy dyżurnych. Dlaczego zatem miałyby zasięgać opinii drugiego lekarza, skoro i tak odpowiedzialność prawną ciężać będzie na nim?

W Ustawie przewidziano jeszcze inny tryb przyjmowania do szpitala psychiatrycznego bez zgody, który określono w *artykule 30*. Dotyczy on również tylko osoby chorej psychicznie, jeśli nieumieszczenie takiej osoby w szpitalu psychiatrycznym spowoduje w niedalekiej przyszłości istotne zagrożenie dla życia tej osoby albo dla życia lub zdrowia innych osób, bądź jeśli ta osoba jest niezdolna "do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, iż leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia". Jednakże osoba, o której tu mowa, może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego jedynie na mocy orzeczenia sądu opiekuńczego. Warto tu jeszcze raz podkreślić, że taki sposób umieszczania w szpitalu psychiatrycznym przewidziano tylko dla osób chorych psychicznie, a nie dla wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi; wyłączone są więc z tego trybu również osoby upośledzone umysłowo, których właśnie w dużej mierze mógłby ten artykuł dotyczyć.

Sformułowanie *artykułu 34* o tym, że zasady i tryb umieszczania oraz przebywania w szpitalu psychiatrycznym osób kierowanych do szpitala przez właściwy organ w oparciu o przepisy innych ustaw określają te ustawy, nie znajduje odzwierciedlenia w rzeczonych ustawach, w szczególności Kodeks Postępowania Karnego i Kodeks Karny Wykonawczy nie zawierają żadnych szczegółowych ustaleń w tej materii i należałoby ten fakt wziąć pod

uwagę, gdyż brak takich regulacji ustawowych pozostawia próżnię prawną.

Jednym z kluczowych i istotnych problemów, które obejmuje Ustawa, jest zagadnienie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W *artykule 19* jest mowa o tym, że przymus ten można stosować wobec takich osób, gdy dopuszczają się one "zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu, bądź w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu albo, gdy szczególnie przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia". W tym ostatnim przypadku chodzi o osoby przebywające w szpitalu bez zgody. Przepis ten jest niespójny, gdyż wśród środków przymusu bezpośredniego wymienia się środki faktycznie nim będące, jak przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, przymusowe karmienie czy unieruchomienie, ale także izolację, która chociaż może być przymusowa, to jednak nie jest przymusem bezpośrednim. Właściwsze byłoby zatem sformułowanie "środki przymusu" zamiast "przymus bezpośredni".

W Ustawie nie podaje się żadnych ograniczeń co do miejsca stosowania przymusu bezpośredniego, stwierdzając jedynie, że może on być zastosowany "w toku wykonywania czynności przewidzianych w niniejszej ustawie". Nie wiadomo, kto ma zastosować ten przymus i na czyje polecenie. Mowa jest tylko o tym, że policja, pogotowie ratunkowe, straż pożarna i instytucje państwowe lub samorządowe są zobowiązane do udzielania pomocy lekarzowi na jego żądanie w razie stosowania przymusu, o którym mowa w Ustawie.

Skoro Ustawa nie rozstrzyga, kto może zastosować przymus, zostawiając to regulacji przez akty prawne niższego rzędu, dlaczego wymienia tylko jedną kategorię pracowników opieki zdrowotnej, która może żądać pomocy od różnych instytucji w trakcie stosowania przymusu. Co ma zatem zrobić pielęgniarka w domu pomocy społecznej w razie zagrożenia

dla zdrowia czy życia ze strony któregoś podopiecznego?

Stwierdzenie, że w razie stosowania przymusu należy wybierać środek możliwie najmniej uciążliwy dla chorego, jest przejawem wewnętrznego rozdarcia projektodawcy, który chciałby w rękawiczkach załatwić przykre sprawy. Środki proponowane w Ustawie nie są w pełni zamienne i powinny być stosowane nie w aspekcie ich uciążliwości, a z uwagi na ich potrzebę, wskazania, względy bezpieczeństwa i skuteczność.

Zagadnienie nadzoru sądowego wobec osób, których dotyczy Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, nie jest w jej tekście formułowane jednolicie. Tak na przykład *artykuły 26 i 27* regulują sprawy nadzoru sądowego wobec osób przyjmowanych do szpitala psychiatrycznego bez zgody, w trybie *artykułu 25* Ustawy. Brak jest jednak podobnej instytucji nadzoru wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, które w czasie przyjęcia do szpitala nie były zdolne do wyrażenia zgody ze względu na swój stan psychiczny. Także dalsze *artykuły* odnoszące się do zmiany statusu osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, na przykład z dobrowolnego na przymusowy, i wypisu ze szpitala nie odnoszą się do osób, które przy przyjęciu nie mogły wyrazić zgody na pobyt w szpitalu z uwagi na stan psychiczny. Nie wiadomo, w jakim trybie takie osoby mogłyby być wypisane ze szpitala, jak miałyby się odwoływać od odmowy wypisu i w jaki sposób miałyby się zmienić ich status. Propozycje zawarte w Ustawie pozwalają domniemywać, że los takich osób zostaje raz na zawsze przesądzony z chwilą uznania ich za osoby niezdolne do wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala.

W Ustawie w kilku miejscach zawęża się lub zmienia rozwiązania kodeksowe które, jako akty prawne wyższego rzędu, nie mogą być ograniczane czy zmieniane inaczej jak poprzez ich nowelizację. W szczególności dotyczy to regulacji dotyczącej instytucji ubezwłasnowolnienia. Projektodawca w *artykule 17* podał, że "w razie stwierdzenia, że dobro

osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia, kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadania prokuratora". Co mówi na ten temat Kodeks Cywilny? Otóż *artykuł 13 §1* określa, że ubezwłasnowolniona całkowicie może być osoba powyżej 13 lat chora psychicznie lub niedorozwinięta umysłowo, albo wykazująca inny rodzaj zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwo lub narkomanię, jeśli nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem.

Ubezwłasnowolniona częściowo może być natomiast osoba pełnoletnia chora psychicznie lub niedorozwinięta umysłowo albo wykazująca inny rodzaj zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwo lub narkomanię, wobec której brak jest uzasadnienia dla ubezwłasnowolnienia całkowitego, a potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw. Kodeks Cywilny rozstrzyga również, kto może wystąpić z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie, w szczególności stwierdza, że ma do tego prawo prokurator. Jak z tego widać, *artykuł 17* jest niewłaściwie sformułowany i zbędny, w szczególności nie wiadomo, dlaczego akurat kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej miałby występować do prokuratora z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie dla bliżej nieokreślonych i niezlokalizowanych osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, z wyłączeniem innych osób zaburzonych psychicznie.

Postanowienia zawarte w *artykule 16*, dotyczące zachowania uprawnień do świadczeń inwalidzkich - mimo uzyskiwania wynagrodzenia za pracę wykonywaną w celach rehabilitacyjnych w szpitalu lub poza nim za zgodą kierownika szpitala - przez osobę przebywającą na leczeniu w szpitalu psychiatrycznym zdają się wchodzić w zakres rozwiązań ustawowych z zakresu ubezpieczeń społecznych w sposób nie przewidziany w tych ustawach. Niesprecyzowanie, o jaką osobę w szczególności tu chodzi, jest w tym przypadku zapewne jedynie niezamierzonym przeoczeniem, gdyż z założenia Ustawa ma obejmować zapewne jedynie osoby z zaburzeniami psy-

chicznymi, a nie wszelkie osoby w ogóle, w przeciwnym razie warto byłoby się udać na leczenie do szpitala psychiatrycznego i pracować tam lub poza nim, nie tracąc uprawnień do świadczeń inwalidzkich. Tak czy owak przyjęcie takiego rozwiązania zapewne szybko zapełniłoby szpitale psychiatryczne rencistami i emerytami.

Ustawa reguluje w sposób kontrowersyjny swobody osób przebywających w szpitalu psychiatrycznym.

W *artykule 13* mowa jest o tym, że "osobie z zaburzeniami psychicznymi przebywającej w szpitalu psychiatrycznym lub domu pomocy społecznej nie można ograniczać bezpośrednio porozumiewania się z rodziną i innymi osobami", a korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli. Brak ograniczeń co do porozumiewania się nie jest ani właściwy, ani możliwy do zastosowania. Po pierwsze należy przewidzieć możliwość ograniczeń dla dobra leczenia, na przykład u osób z uzależnieniami lub w przypadku zagrożeń dla procesu terapeutycznego w pewnych sytuacjach, a z drugiej strony trzeba uwzględnić ograniczenia z przyczyn technicznych, na przykład co do pory odwiedzin czy innego sposobu porozumiewania się. Szczególnym ograniczeniem porozumiewania się i korespondencji winny również podlegać osoby poddawane obserwacji sądowo-psychiatrycznej bądź przebywające w szpitalu psychiatrycznym na mocy postanowień detencyjnych.

Z kolei w *artykule 14* określono, że jedynym warunkiem zgody na okresowe przebywanie poza szpitalem psychiatrycznym osoby z zaburzeniami psychicznymi leczonej w tym szpitalu jest stwierdzenie braku zagrożenia dla bezpieczeństwa tej osoby lub innych osób z jej strony tak, jakby aspekty medyczne nie odgrywały w tym wypadku istotnej roli.

Na zakończenie omówienia wymaga rozwiązanie dotyczące ochrony tajemnicy zaproponowane w Ustawie. Według projektodawcy osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej Ustawy od obowiązku zachowania tajemnicy nie mogą być zwolnione na przykład

w sytuacji żądania pomocy od odpowiednich instytucji w przypadku stosowania przymusu bezpośredniego, a więc w okolicznościach związanych z działaniami medycznymi, gdyż tylko wykonywanie zadań opieki środowiskowej, pomocy społecznej lub świadczeń w zakresie oparcia społecznego znalazło uznanie jako okoliczności uzasadniające ujawnienie tajemnicy wobec instytucji współpracujących.

Ustalenia zawarte w *artykule 56* o zakazie przesłuchiwania osób obowiązanych do zachowania tajemnicy - w myśl postanowień Ustawy - jako świadków na okoliczność przyznania się osoby z zaburzeniami psychicznymi do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary są po pierwsze niezgodne z postanowieniami Kodeksu Karnego odnośnie przesłuchiwania świadków, a po drugie wręcz niebezpieczne. Dlaczego na przykład lekarz czy inna osoba wykonująca czynności służbowe przewidziane w Ustawie w razie dowiedzenia się na przykład o dokonaniu morderstwa czy innego równie poważnego czynu zabronionego pod groźbą kary nie mogłaby być przesłuchiwana w charakterze świadka, gdyby osoba, która dokonała tego czynu wykazywała zaburzenia psychiczne w rozumieniu Ustawy, natomiast mogłaby być w tym charakterze przesłuchiwana, gdyby sprawcą była osoba bez takich zaburzeń? Takie uprzywilejowane potraktowanie osób z zaburzeniami psychicznymi nie znajduje żadnego uzasadnienia ani w praktyce stosunków międzyludzkich, ani w praktyce lekarskiej czy prawniczej. Wyobraźmy sobie jeszcze inną sytuację: lekarz dowiaduje się, że jego pacjent, osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu Ustawy, dokonał szeregu czynów zabronionych pod groźbą kary i planuje następne podobne, stanowiące zagrożenie dla zdrowia czy nawet życia innych osób. Według Ustawy lekarz może wobec takiej osoby zastosować przymus bezpośredni, odpowiednio go dokumentując, zgodnie z *artykułem 19* Ustawy, ale z drugiej strony, *artykuł 55* teże Ustawy zabrania mu utrwalania takich oświadczeń w dokumentacji. Można sobie wyobrazić jeszcze szereg innych sytuacji,

w których przepisy dotyczące ochrony tajemnicy zaproponowane w Ustawie doprowadziłyby do absurdu. Warto przy tym zaznaczyć, że wyłączenia duchownych i adwokatów z przesłuchiwania w charakterze świadków zawarte w Kodeksie Karnym dotyczą generalnie tych osób z racji ich usytuowania zawodowego, a nie z racji stykania się z określoną grupą osób.

Powyższe niejasności i kontrowersje zawarte w projekcie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wskazują na brak spójności redakcyjnej, niedociągnięcia formalne i merytoryczne. Ustawa przed jej uchwaleniem powinna zostać precyzyjniej sformułowana, gdyż w przeciwnym razie może się okazać balastem, a nie dźwignią postępu.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 1993r. o ochronie zdrowia psychicznego - Projekt - maj 1993r. (niepublikowana)

Adres: Dr Janusz Morasiewicz, ul. Mierostawskiego 9, 51-682 Wrocław