

Uwagi polemiczne w sprawie artykułu pt. "Liberum veto wobec Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego"

Polemic comments on "Veto against the Mental Health Act"

STANISŁAW DĄBROWSKI

Z Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie Psychiatrii

Przed ustosunkowaniem się do szczegółowych uwag autorów "Liberum veto" (L.v.) należy przypomnieć podstawowe zadania projektu Ustawy. Do tych zadań należy:

1. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, a także kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji i życzliwości;
2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym;
3. Pogłębienie ochrony tych praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, które są gwarantowane przez obowiązujące ustawodawstwo i naruszane m.in. poprzez bardzo trudne warunki w znacznej części szpitali psychiatrycznych;
4. Ochrona praw obywatelskich pacjentów poddawanych przymusowemu postępowaniu.

Pominę pierwsze szerokie zadanie, nie dlatego, że odpowiednie przepisy uległy znacznej redukcji w porównaniu z pierwotną wersją, lecz również dlatego, że autorzy "Liberum veto" nie zgłaszali do nich zastrzeżeń.

Część projektu dotycząca drugiego zadania - zapewnienia opieki zdrowotnej i pomocy społecznej osobom z zaburzeniami psychicznymi, wzbudziła sporo wątpliwości wynikających - jak się wydaje - z niezbyt dokładnego zapoznania się z tekstem. Szczegółowe bowiem przepisy przewidują: (1) zapewnienie współczes-

negu modelu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej; zgodnie z nim - opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej w formie pomocy doraźnej, opieki w domu chorego, opieki ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej, w poradniach i innych formach opieki zdrowotnej oraz w domach pomocy społecznej, (2) zobowiązanie wojewodów do tworzenia - zgodnie z potrzebami - i prowadzenia zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz organizowania usług i domów pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, (3) zapewnienie nauczania i specjalnego postępowania wychowawczego dla dzieci upośledzonych umysłowo, (4) organizowanie oparcia społecznego dla tych osób psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo, które mają poważne trudności w życiu codziennym.

Głównym celem tego bloku projektowanych przepisów jest poprawa dostępności opieki zdrowotnej i warunków leczenia i pobytu pacjentów psychiatrycznych, co powinno przyczynić się do pełniejszego respektowania praw tych pacjentów.

Zgodnie z projektem, zakres pojęcia "osoby z zaburzeniami psychicznymi" obejmuje nie tylko chorych psychicznie i osoby upośledzone umysłowo, lecz także osoby wykazujące takie zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej są zaliczane do zaburzeń psychicznych wymagają-

cych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej i innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku społecznym. Wyodrębnienie tych trzech kategorii wynika stąd, że ustawa dotyczy wielu kwestii, które nie mogą być jednolicie rozwiązywane dla ogółu osób z zaburzeniami psychicznymi. W szczególności zróżnicowanie to było konieczne dla odmiennego ujęcia tych kategorii w różnych sytuacjach; pokaźna część przepisów dotyczy osób z zaburzeniami psychicznymi, duża - chorych psychicznie, bądź chorych i upośledzonych umysłowo, niektóre - tylko tych ostatnich.

Sformułowanie to razi oponentów "tautologią". Zdaniem ich "właściwsze i wystarczające byłoby określenie, że osobą z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu Ustawy jest nie tylko osoba psychicznie chora lub upośledzona umysłowo, lecz także osoba wykazująca takie zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej, wymagają świadczeń leczniczych i opiekuńczych".

Zdaniem moim, określenie to nie różni się niczym istotnym od projektowanego. Twórcy projektu stanęli na stanowisku, że żaden akt normatywny nie może również określać, "kogo rozumie się za osobą psychicznie chorą lub upośledzoną umysłowo". Pojęcie choroby nie jest kategorią prawną, lecz medyczną, definiowaną według kryteriów zawartych w obowiązującej międzynarodowej klasyfikacji, która podlega co kilka lat rewizji właśnie "zgodnie ze stanem wiedzy medycznej".

Projekt zawiera również słownikową definicję "szpitala psychiatrycznego, "domu pomocy społecznej", "środowiskowego domu samopomocy". Ograniczono się do tych określeń dlatego, że główne zadania projektu Ustawy dotyczące ochrony praw obywatelskich będą realizowane w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, a nie w poradniach zdrowia psychicznego, oddziałach dziennych, zespołach środowiskowych i innych formach lecznictwa psychiatrycznego wymienionych w modelu opieki zdrowotnej.

Rozróżnienie adresatów pomocy w ramach oparcia społecznego (osoby chore psychicznie

i upośledzone umysłowo w Art. 8 i osoby z zaburzeniami psychicznymi w Art. 9) wynika stąd, że w pewnych przypadkach usługami opiekuńczymi i pomocą mieszkaniową należy objąć również osoby z zaburzeniami psychicznymi ze względu na ich *szczególne* potrzeby.

Projekt nie musi również definiować zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom z zaburzeniami psychicznymi, ponieważ definicja i ramowy zakres tych świadczeń znajduje się w Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (Art. 3).

Zgodnie z projektem, świadczenia zdrowotne udzielane osobom chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej są bezpłatne (Art. 10). Ograniczenie bezpłatności do tych kategorii pacjentów wynika stąd, że: 1. całkowita bezpłatność musi być wyjątkiem i musi dotyczyć wąskiej i wyraźnie określonej grupy chorych lub stanów chorobowych, 2. zróżnicowanie to będzie zapewne zdeterminowane sytuacją finansową i możliwościami służby zdrowia.

W nawiązaniu do innych pytań autorów L.v. w sprawie bezpłatności, wyjaśniam, że zgodnie z intencjami twórców projektu, bezpłatnością powinny być objęte wszystkie świadczenia (zdrowotne, leki, artykułu sanitarne, pomieszczenia i wyżywienie), zarówno w psychiatrycznych (i odwykowych), jak i niepsychiatrycznych publicznych zakładach opieki zdrowotnej lub domach pomocy społecznej.

Ponadto uważam, że krytyczne uwagi dotyczące Art. 10 są słuszne. Artykuł ten powstał przed Ustawą o zakładach opieki zdrowotnej i nie został odpowiednio z nią scharmonizowany. Proponuję następującą roboczą wersję tego przepisu.

Art. 10. Świadczenia zdrowotne i inne wymienione w Art. 20 ust. 1 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej udzielane chorym psychicznie lub upośledzonym umysłowo przez publiczne zakłady psychiatryczne i odwykowe lub inne publiczne zakłady opieki zdrowotnej lub domy pomocy społecznej i środowiskowe domy samopomocy są bezpłatne.

Trzecia grupa zadań projektu ma przyczynić się do pogłębienia ochrony praw pacjentów gwarantowanych w większości przez obowiązujące już przepisy ustawowe.

Zgodnie z projektem (*Art. 11*) skierowanie do zakładu opieki zdrowotnej może wydać lekarz wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego badania tej osoby. Zdaniem autorów L.v. regulacja ta jest niepotrzebna, ponieważ w artykułach określających warunki przyjęcia do szpitala psychiatrycznego nie sformułowano potrzeby posiadania skierowania lekarskiego, ponadto wystarczyłoby sięgnąć do rozwiązań zawartych w Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej i Ustawie o zawodzie lekarza.

W związku z tym należy zaznaczyć, że: skierowanie jest przewidziane w projekcie rozporządzenia wykonawczego do *Art. 52* w sprawie szczegółowego sposobu działania szpitala psychiatrycznego, po drugie - Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie zwiera żadnej wzmianki o skierowaniu do szpitala, po trzecie - z licznych skarg pacjentów wynika, że wbrew obowiązującej Instrukcji Ministra Zdrowia nr 120/52 i Ustawie o zawodzie lekarza, Kodeksowi Etyki Lekarskiej oraz wielokrotnym przypomnieniom nadzoru specjalistycznego w dziedzinie psychiatrii, lekarze często wydają skierowanie do szpitala psychiatrycznego, bądź zlecenie na przewóz karetką pogotowia, bez poprzedzającego osobistego badania. Jest to jedno z najczęstszych naruszeń obowiązujących przepisów i elementarnych praw obywatelskich.

Art. 13 projektu przewiduje, że osobie z zaburzeniami psychicznymi przebywającej w szpitalu psychiatrycznym lub w domu pomocy społecznej nie można ograniczać bezpośrednio porozumiewania się z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli. Według autorów L.v. brak "ograniczeń co do porozumiewania się nie jest ani właściwy, ani możliwy do zastosowania", w szczególności w przypadkach uzależnień, obserwacji sądowo-psychiatrycznych, bądź środka zabezpieczającego/detencji na mocy postanowienia sądowego. Moim zdaniem rozsąd-

ne regulaminowe ograniczenia są niezbędne i wynikają z *Art. 20* Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i nie ma potrzeby ich powtarzać, jednakże te ograniczenia nie mogą być sprzeczne z Ustawą. Powtórzenie tej normy w projekcie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wynika stąd, że i ten przepis jest często nieprzestrzegany w imię ochrony jakichś niejasnych dóbr.

Autorzy "Liberum veto" mają również wątpliwości do *Art. 14*, który stanowi, że osoba leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej, jeśli nie zagraża to jej bezpieczeństwu lub bezpieczeństwu innych osób. Wskazują oni na to, że równie ważne są aspekty medyczne, które pominięto w projekcie. Moim zdaniem przesłanka medyczna - stan zdrowia, jest oczywistym warunkiem, ale dodatkowo należy uwzględnić bezpieczeństwo.

Uwaga krytyczna dotycząca braku określenia w *Art. 16* osoby wydaje się słuszna, ponieważ w pozostałych przepisach tego rozdziału precyzuje się te osoby jako psychicznie chore, bądź z zaburzeniami psychicznymi.

Według autorów *Art. 17* jest również niewłaściwie sformułowany i zbędny. Stanowi on, że "W razie stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia, kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia prokuratora". Chodzi tu o urealnienie przepisu o kompetencjach prokuratora w przypadku osób pozbawionych bliskich lub sprawujących bezpośrednią pieczę. Ktoś musi zawiadomić o tym prokuratora.

Zastrzeżenia autorów budzi *Art. 23*, który przewiduje, że "Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego, może nastąpić za jej pisemną zgodą, jeśli lekarz dyżurny po jej osobistym zbadaniu stwierdzi wskazania do leczenia szpitalnego". Zdaniem autorów nie przewidziano możliwości obserwacji, mimo wyrażenia na to zgody. Sądzę, że należy uznać tę uwagę i uzupełnić wspomniany przepis w sposób następujący: "jeżeli lekarz

dyżurny po jej osobistym zbadaniu stwierdzi wskazania do przyjęcia i leczenia lub obserwacji w szpitalu".

Uwagę naszych oponentów dotyczącą wyrażenia zgody na piśmie przez osobę niepiśmienną (Art. 23) i zgody przedstawiciela ustawowego w Art. 24, należy akceptować, podobnie jak domniemanie, iż pozostawiono tu z rozmysłem rozwiązania Kodeksu Cywilnego.

Zastrzeżenia autorów L.v. w sprawie Art. 54 wydają się nietrafne. Artykuł ten stanowi, że "Osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są zobowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, a nadto z zachowaniem przepisów niniejszego rozdziału." Moim zdaniem, osoby zatrudnione w pogotowiu ratunkowym, policji, straży pożarnej i innych instytucjach państwowych lub samorządowych, udzielające pomocy lekarzowi zgodnie z Art. 19 ust. 5, będą wtedy wykonywać czynności przewidziane w tej ustawie. Będą zatem również zobowiązane do zachowania tajemnicy.

Zastrzeżenia oponentów wobec Art. 55 i 56 wydają się również niesłuszne. Przepisy te przewidują zakaz utrwalania w dokumentacji lekarskiej oświadczeń osoby badanej lub leczonej o przyznaniu się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary oraz zakaz przesłuchiwanie osób zobowiązanych do zachowania w tajemnicy - jako świadków - na okoliczność przyznania się osoby badanej lub leczonej do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary.

Twórcy projektu stanęli na stanowisku, że chodzi tu o szczególnie złożoną sytuację charakteryzującą się konfliktem sprzecznych wartości i że należy wtedy dać prymat takiej wartości jak zaufanie pacjenta do terapeuty. Z tych względów wprowadzono szczególny immunitet analogiczny do immunitetu adwokata lub duchownego i rozszerzono go na biegłych. Biegły jest powołany jedynie do ustalania stanu zdrowia i nie może być wykorzystywany do innych czynności organów prowadzących po-

stępowanie karne. Należy przy tym podkreślić, że omówione tu przepisy mają charakter uzupełniający, dotyczą przeszłości i że lekarza nadal obowiązuje Art. 14 Ustawy o zawodzie lekarza.

Kolejne zastrzeżenia dotyczą Art. 24, który przewiduje przedstawienie sędziemu wizytującemu szpital dokumentacji osoby psychicznie chorej lub upośledzonej umysłowo, która ze względu na swój stan psychiczny nie była zdolna do wyrażenia świadomej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Zdaniem autorów L.v. osoba taka "powinna być poddana szczególnej opiece prawnej", ponadto nie wiadomo dlaczego "sytuacja opisana w Art. 24 dotyczyć ma jedynie osób psychicznie chorych lub upośledzonych umysłowo". Projekt ogranicza wspomnianą sytuację do tych osób, ponieważ spośród nich będą rekrutować się głównie ci, którzy nie są zdolni do wyrażenia świadomej zgody.

Oprócz nich można dopuścić możliwość bardzo nielicznych, wręcz wyjątkowych przyjęć niektórych osób z innymi zaburzeniami psychicznymi (zaburzenia nerwicowe szczególnie dysocjacyjne, z tendencjami symulacyjnymi, zaburzenia osobowości), które ze względu na stan psychiczny nie są zdolne do wyrażenia świadomej zgody. Uwzględnienie ich wymagałoby przereformowania Art. 24 w kierunku rozszerzenia przesłanki medycznej na osobę "z zaburzeniami psychicznymi".

Oponenci nie precyzują na czym miałyby polegać poddanie tych osób "szczególnej opiece prawnej". Może mieli na myśli ubezwłasnowolnienie, które - moim zdaniem - w tej sytuacji nie byłoby celowe.

Jeśli chodzi o czwartą grupę zadań - ochronę praw pacjentów poddawanych przymusowemu postępowaniu - to zastrzeżenia autorów L.v. dotyczą fundamentalnej normy, a mianowicie Art. 25, który ogranicza nagle przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego jedynie do osób psychicznie chorych, jeśli ich zachowanie wskazuje na to, że z powodu choroby psychicznej zagrażają oni bezpośrednio życiu własnemu, albo życiu lub zdrowiu innych osób.

Projekt przewiduje wąskie przesłanki medyczne - choroby psychiczne. Chodzi tu o takie kategorie ciężkich czy poważnych zaburzeń psychicznych, określanych również zaburzeniami psychotycznymi, które mogą: (1) znacznie upośledzać procesy postrzegania rzeczywistości, emocjonalne, myślenia oraz zdolność do dokonywania racjonalnych wyborów, albo (2) rażąco zaburzać zachowanie.

Upośledzenie umysłowe, padaczka lub inne zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego), same w sobie, nie stanowią choroby psychicznej. Decydujące znaczenie ma tu nie sama diagnoza, lecz to, czy postrzeganie, emocje, myślenie i inne procesy psychiczne są, czy też nie są znacznie upośledzone.

Twórcy projektu świadomie zawężili przesłanki medyczne do chorób psychicznych (psychoz), ponieważ inne zaburzenia psychiczne:

- są bardzo częste; współczynnik rozpowszechnienia samych tylko nerwic szacuje się na ponad 50% populacji generalnej,
- mają bardziej wartościujący charakter, niż choroby psychiczne,
- charakteryzują się brakiem precyzyjnych i obiektywnych kryteriów diagnostycznych.

Uwzględnienie zaburzeń psychicznych w przesłankach przymusowego przyjęcia w trybie nagłym rozszerzyłoby możliwość stosowania przymusu na ogromne ilości ludzi. W związku z tym postanowiono ograniczyć ten tryb do względnie powszechnie akceptowanych zachowań patologicznych (psychotycznych) i bezpośredniego zagrożenia sobie lub innym z powodu choroby psychicznej.

Zarysowane tu pojęcie choroby psychicznej odpowiada w przybliżeniu pojęciu choroby psychicznej z Art. 25 § 1. Wąskie przesłanki medyczne preferuje również orzecznictwo Trybunału Europejskiego, z którego wynika, że nie wolno pozbawiać człowieka wolności tylko dlatego, że jego zachowanie odbiega od norm uznanych społecznie, że Państwo powinno stosować obiektywne standardy medyczne dla uznania kogoś za psychicznie chorego, że

warunkiem pozbawienia wolności jest charakter lub ekstremalne nasilenie choroby.

W Art. 30, ust. 1, pkt 2, przewidującym wnioskowy tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego na podstawie poprzedzającego orzeczenia sądu, rozszerzono znacznie przesłanki medyczne o niezdolność osoby psychicznie chorej do zaspokajania elementarnych potrzeb życiowych. Autorzy "*Liberum veto*" wyrażają również wątpliwości z powodu wyłączenia z tego trybu upośledzonych umysłowo, "których właśnie w dużej mierze mógłby ten artykuł dotyczyć". Nie zauważyli oni zapewne, iż upośledzeni umysłowo, którzy nie są zdolni do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych i wymagają stałej opieki i pielęgnacji, mogą być skierowani bez zgody do domu pomocy społecznej, gdy brak tej opieki zagraża ich życiu (Art. 42 ust. 1). O skierowaniu do domu pomocy społecznej orzeka sąd opiekuńczy (ust. 3). Ta ostatnia alternatywa dotyczy głęboko upośledzonych. Być może warto jeszcze raz przedyskutować możliwość uwzględnienia innych postaci upośledzenia umysłowego w Art. 30 ust. 1 jako przesłanki medycznej obok choroby psychicznej. Chodziłoby tu o rzadkie przypadki umiarkowanego upośledzenia umysłowego z powikłaniami psychotycznymi, bądź też z zachowaniami agresywnymi i destrukcyjnymi, a także głęboką depresją lub jej ekwiwalentami.

Nie trzeba zapewne szeroko rozwodzić się, dlaczego przesłanki medyczne Art. 22 (badanie bez zgody) są szersze i obejmują zaburzenia psychiczne. Chodzi tu o osoby, które mogą bezpośrednio zagrażać sobie lub innym, ale przejawiają jakieś trudne do rozpoznania i niejasne zaburzenia psychiczne, które mogą, ale nie muszą być chorobami psychicznymi. W sprawie przyjęcia ostateczną decyzję podejmuje lekarz dyżurny, który w znacznej części przypadków (około 70% przyjęć to pacjenci przyjmowani wielokrotnie) może skorzystać z poprzedniej dokumentacji.

Najszerze przesłanki zarówno medyczne, jak i społeczne (co może wydawać się paradoksalne) mają miejsce w przypadku stosowania

przymusu bezpośredniego, co jest zrozumiałe w świetle zagrożenia przewidzianego w przesłankach społecznych.

Zaliczenie izolacji do przymusu bezpośredniego jest - zdaniem oponentów - niewłaściwe. Sprawa jest rzeczywiście kontrowersyjna. Twórcy projektu zdecydowali się na takie ujęcie, ponieważ: (1) izolacja jest rodzajem przymusu fizycznego, sposobem ograniczenia ruchów pacjenta, chociaż nie bezpośrednim, (2) umieszczenie pacjenta w izolatce odbywa się prawie z reguły z zastosowaniem przytrzymania lub innego środka bezpośredniego przymusu, (3) wobec braku specjalnie wyposażonych pomieszczeń zabezpieczających (*padded rooms*) izolowanie kojarzy się często z zastosowaniem innych rodzajów przymusu bezpośredniego.

Inne wątpliwości autorów L.v. wynikają z nieznamomości projektu rozporządzenia wykonawczego w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego (zgodnie z Art. 19 ust. 6). Trudno natomiast zgodzić się z zastrzeżeniami oponentów do *ust. 4 Art. 19*, który przewiduje m.in., że przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla chorego najmniej uciążliwy. Przepis ten jest pochodną bardziej ogólnej zasady "najmniejszej dolegliwości/uciążliwości" (*least restricted alternative*), wyrażonej w Art. 12. Niewątpliwie dla wielu pacjentów oddział dzienny (często częściowo tylko wykorzystywany) jest mniej uciążliwy od oddziału całodobowego, a przytrzymanie - od pasów czy kaftana.

Zastrzeżenia dotyczą również lekarza dyżurnego (Art. 25) podejmującego decyzję o przymusowym przyjęciu. Z brzmienia *ust. 2* tego przepisu wynika, że jest to lekarz psychiatra, natomiast - jak to oponenti słusznie podkreślają - w *Art. 23 i 24* nie ma takiego warunku, a moim zdaniem, powinien to być również lekarz psychiatra.

Postanowienie o przyjęciu podejmuje lekarz psychiatra po zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Psycholog jest przewidziany w razie braku drugiego lekarza psychiatry, co może się zdarzyć w związku z naszymi trudnościami kadrowymi. Ustawa nie musi przewidywać "co będzie, jeśli opinia drugiego lekarza albo psychologa nie będzie zgodna ze stanowiskiem lekarza dyżurnego. Lekarz zasięga ich opinii, ale ostateczna decyzja zawsze należy do niego.

Wątpliwa jest również uwaga autorów L.v. w sprawie *Art. 34*, który stanowi, że projektowane przepisy w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego nie mają zastosowania do osób kierowanych do tego szpitala przez właściwy organ państwowy na podstawie innych ustaw. Według mego zdania, Kodeks Postępowania Karnego i Kodeks Karny Wykonawczy zawiera wystarczające ustalenia w przedmiocie przyjęcia na obserwację (Art. 184 KPK) i specjalistycznego leczenia w szpitalu psychiatrycznym (Art. 196 KKW).

Wydaje mi się, że ustosunkowałem się do wszystkich poważniejszych wątpliwości i zastrzeżeń, chociaż zdaję sobie sprawę, że niektórym problemom należałoby poświęcić więcej miejsca. Wiele zarzutów nie trafiło mi do przekonania, niektóre jednak zasługują na uwagę i należałoby je przedyskutować. Zarówno moje krytyczne, jak i akceptujące stanowisko wyrażam jako prywatna osoba, a nie jako wieloletni przewodniczący zespołu ekspertów, a potem członek komisji opracowującej projekt Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w Ministerstwie Sprawiedliwości.

Na zakończenie dziękuję autorom "Liberum veto wobec Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego" za krytyczne zainteresowanie się projektem.