



## ZALECENIA<sup>1</sup>

### Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii z dnia 21 października 2003 r.

w sprawie sposobu sporządzania opinii i świadectw wydawanych przez biegłych i uprawnionych lekarzy na użytek orzecznictwa sądowego w sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego lub wypisania jej z takiego szpitala

#### RECOMMENDATIONS

*of the National Consultant in Psychiatry of October 21, 2003.*

*concerning the way of preparing opinions and certifications issued by experts and authorized physicians for purposes of forensic expertise in cases concerning admission of a person with mental disorders to a psychiatric hospital or their discharge from such hospital*

1. Zalecenia określają sposób sporządzania: po pierwsze – opinii wydawanych przez biegłych lekarzy psychiatrów powoływanych przez sąd w sprawach dotyczących przyjęcia bez zgody osoby psychicznie chorej do szpitala psychiatrycznego i wypisania z takiego szpitala; po drugie – świadectw wydawanych przez uprawnionych lekarzy w sprawach dotyczących przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
2. Biegłym nie może być osoba, która uczestniczyła w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala, która wydała świadectwo, o którym mowa w art. 30 ust. 1 lub odmówiła wypisania osoby chorej psychicznie ze szpitala.
3. Biegły wydaje opinię lub świadectwo, o którym mowa w art. 30 ust. 1 wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego badania pacjenta, wyjątkowo na podstawie akt sprawy w przypadku zgonu pacjenta, którego dotyczy opinia.
4. Biegły przeprowadza badanie niezbędne dla wydania opinii lub świadectwa w zakładzie opieki zdrowotnej lub w miejscu pobytu pacjenta.
5. 1. Opinię sporządza się pismem maszynowym, na komputerze lub ręcznie w sposób czytelny według wzoru określonego w załączniku do Zaleceń, w trzech egzemplarzach: dla sądu i pacjenta oraz historii choroby.  
2. Świadectwo przewidziane w art. 30 ust. 1 wypełnia się w sposób czytelny według wzoru skierowania do szpitala psychiatrycznego określonego w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r.

KONSULTANT KRAJOWY  
W DZIEDZINIE PSYCHIATRII  
( ) Prof. dr hab. Stanisław Pużyński

<sup>1</sup> Zalecenia opublikowano w porozumieniu z Departamentem Sądów Powszechnych Ministerstwa Sprawiedliwości.

## UZASADNIENIE<sup>2</sup>

Z wstępnej analizy 300 opinii psychiatrycznych zawartych w aktach spraw sądów rodzinnych i nieletnich pochodzących z 9 okręgów sądowych wynika, co następuje.

### Ogólna charakterystyka orzecznictwa

- Sprawy o przyjęcie bez zgody w trybie nagłym stanowiły 70% ogółu spraw, a w trybie wnioskowym 30% ogółu spraw.
- Wśród 300 uczestników przeważali mężczyźni (55%) nad kobietami (45%).
- Większość opinii nie zawiera wzmianki o stwierdzeniu tożsamości uczestnika ani uprzedzenia o badaniu bez zgody (art. 21 ust. 2).
- Większość opinii i świadectw (68%) nie uwzględnia ogólnego stanu zdrowia uczestnika postępowania. Tego typu orzeczenie nie jest opinią lekarską.
- Odręcznie sporządzono 19% orzeczeń, w tym część całkowicie nieczytelnych i chociażby z tego tylko względu niedostępnych dla uczestników postępowania. Większość uczestników nie zapoznaje się z opiniami biegłych i nie bierze udziału w rozprawie.
- Na podstawie dokumentacji bez osobistego badania wydano 26% orzeczeń, w tym prawie 19% opinii w trybie nagłym i 43% świadectw w trybie wnioskowym, co stanowi drastyczne naruszenie jednej z elementarnych zasad wykonywania zawodu lekarza – art. 42 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i art. 11 ustawy o o.z.p.

### Tryb nagły

- Wśród uczestników postępowania w tym trybie zdecydowanie przeważali mężczyźni (60%) nad kobietami (40%).
- Na podstawie art. 23 przyjęto 68,6% pacjentów, art. 24 – 17,1%, art. 28 – 10,5% i innych (art. 22.2 i 22.6) – 3,8%.

- Z ogólnej liczby opinii 28% wydano w sprawach, które nie są przewidziane w art. 45 i 46. Dotyczą one uczestników niezdolnych do wyrażenia zgody, którzy w większości akceptowali przyjęcie do szpitala lub nie protestowali przeciwko przyjęciu.
- W 39 (18,6%) opiniach nie było stanu psychicznego w chwili badania ani innych dowodów osobistego badania.
- Przesłanka behawioralna była w około 30% dobrze uzasadniona, 15% – dostatecznie i 5% – niedostatecznie. W pozostałych 50% zapisano ogólniki równoznaczne z brakiem uzasadnienia, np. „agresywny słownie lub czynnie”, „zagroził bezpośrednio sobie lub innym”, „niebezpieczny”, „groźny dla otoczenia”, „nieprzewidywalny”. W około 30% opinii biegły ocenił zagrożenie w chwili badania, a nie przyjęcia, lub w ogóle pomijał tę okoliczność. Niejednokrotnie tego rodzaju „zagrożające” osoby otrzymywały przepustki lub były wypisywane ze szpitala przed rozprawą.

### Tryb wnioskowy

- Wśród uczestników zdecydowanie przeważają kobiety (58%) nad mężczyznami (42%).
- Większość psychiatrów zamiast szczegółowo uzasadnionego świadectwa wydawała lakoniczne „zaświadczenia”, „opinie” lub „skierowania”. Niektórzy pisali o „bezpośrednim zagrożeniu” a nie o „pogorszeniu stanu zdrowia” lub „niezdolności do zaspokojenia podstawowych potrzeb”.
- Znaczną część „świadectw” (43%) dołączanych do wniosku o przyjęcie bez zgody wydawano bez osobistego badania na podstawie dokumentacji poradnianej lub wywiadu od rodziny. Czasem tego rodzaju dokument traktowano jako opinię biegłego.

### Wnioski

Z wstępnej oceny 300 opinii psychiatrycznych wydanych w sprawach o przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego wynika, że:

<sup>2</sup> Według artykułu: Dąbrowski S., Brodniak W.A., Welbel S.: *Wstępne wyniki badań nad orzecznictwem psychiatrycznym w sprawach o przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego* (oddany do druku).

1. Ogólny poziom orzecznictwa psychiatrycznego w sprawach o przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego jest bardzo niski.
2. Do podstawowych nieprawidłowości zaliczamy:
  - w trybie nagłym – wydanie 18,6% opinii z pominięciem osobistego badania i braku uzasadnienia behawioralnej przesłanki przyjęcia w 50% opinii,
  - w trybie wnioskowym – wydanie 43% świadectw przewidzianych w art. 30 bez osobistego badania i uzasadnienia.

*Opracował:  
Stanisław Dąbrowski*

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
w Warszawie

## Załącznik

# OPINIA PSYCHIATRYCZNA

1. Wstęp
  - a) W sprawie przyjęcia bez zgody do szpitala (oddziału) psychiatrycznego w ..... na podstawie art. .... ustawy o o.z.p.  
*lub*
  - b) wypisania ze szpitala/oddziału psychiatrycznego w ..... na podstawie art. 36 ust. 3 ustawy o o.z.p.
  - c) Opinia wydana na podstawie postanowienia Sądu Rejonowego Wydział Rodzinny i Nieletnich w ..... z dnia ..... sygn. akt .....
  - d) Opinię wydał biegły psychiatra ..... na podstawie osobistego badania przeprowadzonego w ..... w dniu .....
  - e) Pacjent: imię ..... nazwisko ..... PESEL: ..... zamieszkały w .....
2. Streszczenie akt sprawy
  - a) Postanowienie sądu o przeprowadzeniu badania.
  - b) Dosłowne brzmienie uzasadnienia bezpośredniego zagrożenia w skierowaniu do szpitala (pkt 12) i w zawiadomieniu sądu o przyjęciu bez zgody (pkt 4).
  - c) Ustalenia wysłuchującego sędziego.
  - d) Wniosek i świadectwo (art. 29 i art. 30).

### 3. Streszczenie dokumentacji medycznej pacjenta

#### 3.1. Informacje ogólne:

- a) przyjęty po raz pierwszy/wielokrotnie,
- b) przyjęty w trybie nagłym po raz ..... lub badany w trybie wnioskowym po raz ..... (w celu wydania świadectwa wg art. 30 ust. 1),
- c) skierowany do szpitala na podstawie osobistego badania/brak informacji o osobistym badaniu,
- d) przywieziony do szpitala/oddziału przez pogotowie ratunkowe/policję z zastosowaniem lub bez przymusu bezpośredniego,
- e) zwiędły wywiad od rodziny i innych osób z uwzględnieniem bezpośredniego zagrożenia lub znacznego prawdopodobieństwa zagrożenia (co konkretnie robił lub mógł zrobić?).

3.2. Stan psychiczny przy przyjęciu lub podczas badania przewidzianego w art. 30. W szczególności zaburzenia: kontaktu, orientacji, postrzegania (przykład), myślenia, intelektu (przykłady), pamięci, emocji, motywacji, aktywności, popędowości i inne.

3.3. Stan somatyczny przy przyjęciu (notatka przepisana z historii choroby).

3.4. Stosunek pacjenta do przyjęcia (art. 23, 24, 28) lub badania (art. 30 ust. 1): zgodził się i podpisał się lub nie podpisał; przyjęty za zgodą a potem odmówił zgody na pobyt; odmówił zgody i nie podpisał; przyjęty bez zgody a później zgodził się na pobyt; sprzeciwił się w inny sposób; nie był zdolny do wyrażenia zgody na przyjęcie; ubezwłasnowolniony; wątpliwości co do zdolności wyrażenia zgody; przyjęty za zgodą/bez zgody przedstawiciela ustawowego.

3.5. Przesłanka medyczna przepisana przez biegłego z historii choroby lub ze świadectwa (art. 30 ust. 1):

- a) opis zespołu psychopatologicznego, pojedyncze objawy, bez ogólników (np. zaburzony, urojeniowy, uciążliwy itp.),
- b) rozpoznanie wg historii choroby/świadectwa, brak rozpoznania,
- c) znaczne pogorszenie stanu psychicznego, niezdolny do zaspokajania potrzeb.

3.6. Przesłanka społeczna przy przyjęciu, przepisana z historii choroby przez biegłego lub ze świadectwa: akty dokonanej agresji wobec siebie/innych, akty usiłowanej agresji wobec siebie/innych, werbalne groźby/myśli dokonania samobójstwa lub zamachu na inne osoby (wyrażone w sposób i w okolicznościach uzasadniających obawę, że mogą być spełnione), ostre zespoły psychotyczne wiążące się z niezamierzonym ryzykiem bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, albo życia lub zdrowia innych osób, niszczenie przedmiotów i inne.

3.7. Przebieg choroby po przyjęciu do szpitala: poprawa, pogorszenie, bez zmian, przepustka.

3.8. Stosunek pacjenta do leczenia: zgoda, odmowa, nie sprzeciwiał się.

3.9. Przymus bezpośredni w izbie przyjęć lub w oddziale – stosowano: tak (rodzaj), nie.

### 4. Opis badania przez biegłego

4.1. Wstępna rozmowa z pacjentem: przedstawienie się, poinformowanie o celu badania, ustalenie tożsamości pacjenta przez porównanie danych personalnych pacjenta z danymi z historii choroby, zapytanie pacjenta o jego zgodę na badanie.

4.2. Stosunek do badania: zgodził się na badanie, odmówił zgody na badanie, sprzeciwił się w inny sposób, nie zgłaszał się na badania, wymagał doprowadzenia przez policję, nie sprzeciwiał się.

4.3. Stan psychiczny podczas badania (jak w pkt. 3.2).

- 4.4. Stan somatyczny podczas badania przez biegłego: powołanie się na zapis w historii choroby lub wynik osobistego badania.
  - 4.5. Stosunek pacjenta do przyjęcia (jak w pkt. 3.4).
  - 4.6. Przesłanka medyczna według biegłego (tryb nagły i wnioskowy):
    - a) opis zespołu psychopatologicznego (konkretne zaburzenia a nie ogólniki, np. zaburzony, urojeniowy, uciążliwy itp.,
    - b) rozpoznanie według biegłego,
    - c) bez psychozy,
    - d) znaczne pogorszenie stanu psychicznego, m.in. uniemożliwiające funkcjonowanie w rodzinie lub miejscu zamieszkania, niezdolny do zaspokajania potrzeb.
  - 4.7. Przesłanka społeczna ustalona wg biegłego (jak w pkt. 3.6).
  - 4.8. Przymus bezpośredni w oddziale – stosowano: tak (rodzaj), nie.
5. Podsumowanie
- 5.1. Rozpoznanie choroby psychicznej przy przyjęciu lub wypisaniu zgodne z brzmieniem i numerem obowiązującej klasyfikacji i uzasadnienie rozpoznania (obraz kliniczny i przebieg) co najmniej w tym stopniu szczegółowości jak w klasyfikacji.
  - 5.2. Uzasadnienie bezpośredniego zagrożenia własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób przy przyjęciu lub wypisaniu, w szczególności co konkretnie zrobił lub z dużym prawdopodobieństwem mógł zrobić, sposób i środki użyte podczas stanu zagrożenia, czas między zagrażającym zachowaniem a przyjęciem, zagrożenie w przeszłości.
  - 5.3. Uzasadnienie znacznego pogorszenia stanu zdrowia podczas badania lub przy wypisie (np. doprowadzenie się bez leczenia do takiego stanu, który uniemożliwia funkcjonowanie w rodzinie, miejscu zamieszkania lub pracy).
  - 5.4. Niezdolność do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych podczas badania lub przy wypisie (jedzenia, picia, snu, ciepła, ruchu i inne).
  - 5.5. W interesie pacjenta leży jego udział w rozprawie (art. 45 ust. 1a).
6. Wnioski
- 6.1. Stwierdzenie lub nie stwierdzenie choroby psychicznej w chwili przyjęcia lub wypisania.
  - 6.2. Stwierdzenie lub nie stwierdzenie zagrożenia własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób w chwili przyjęcia lub wypisania, pogorszenia stanu zdrowia, niezdolności do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych.