

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego - podstawowe cele i zadania

STANISŁAW DĄBROWSKI

Z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Wraz z uchwaleniem przez Parlament R.P. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zakończyła się ostatnia faza długiej, ponad 22-letniej historii tworzenia tej Ustawy. Rozpoczął się niełatwy etap przyswajania i stosowania nowych przepisów. Jednym z głównych warunków skuteczności nowego prawa jest świadomość prawna, która polega przede wszystkim na znajomości prawa oraz na ocenach i postawach wobec zawartych w nim przepisów i instytucji.

Ten zeszyt *Postępów Psychiatrii i Neurologii* ma przyczynić się do wzrostu świadomości prawnej lekarzy psychiatrów i ich współpracowników, którzy są adresatami znacznej części norm zawartych w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

Czytelnicy będą mogli zapoznać się nie tylko z pełnym tekstem Ustawy, lecz również z innymi materiałami, m. in. z *Zasadami Ochrony Osób Psychiczenie Chorych i Poprawy Opieki Psychiatrycznej*, przyjętymi przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w grudniu 1991 r.

W tym artykule ograniczam się do przedstawienia trzech podstawowych celów czy też zadań Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Są to cele następujące:

1. zapewnienie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym oraz kształtowanie właściwych postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi,
2. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy,
3. ochrona praw obywatelskich pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Zreferuję krótko te trzy grupy zadań.

Ad. 1. Przepisy dotyczące promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym zawarte są w 2 i 4 art. pierwsze-

go rozdziału. Art. 4 przewiduje podejmowanie działań zapobiegawczych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przede wszystkim wobec dzieci i młodzieży, osób starszych i osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego. W toku obrad komisji sejmowej udało się przywrócić rozporządzenie Rady Ministrów określające sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Rozporządzenie to będzie podstawowym instrumentem realizacji działalności promocyjnej i prewencyjnej (m. in. minimalizacji psychologicznych, środowiskowych i społecznych zagrożeń dla zdrowia psychicznego) i zagrożeń ze strony psychicznie chorych. Bez tego rozporządzenia art. 4 miał tylko deklaracyjny charakter i nikogo do niczego nie zobowiązywał.

Ad. 2. Większość postanowień dotyczących zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym znajduje się w pierwszym rozdziale. Szczegółowe przepisy przewidują:

1. *Zapewnienie współczesnego modelu opieki zdrowotnej.* Zgodnie z nim opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi wykonywana jest w ramach podsta-

- wowej i specjalistycznej, a zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej - w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej, środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej (art. 5).
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* (art. 6).
 3. *Zapewnienie nauczania i specjalnego postępowania wychowawczego dla dzieci upośledzonych umysłowo* (art. 7).
 4. *Organizowanie oparcia społecznego dla tych osób psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo, które mają poważne trudności w życiu codziennym* (art. 8).
 5. *Udzielanie bezpłatnych świadczeń zdrowotnych osobom chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej.* Osobom przebywającym w szpitalu psychiatrycznym przysługują ponadto bezpłatne leki i artykuły sanitarne oraz pomieszczenia i wyżywienie (art. 10).
 6. Nowy przepis art. 55 stanowi, że: po pierwsze - w ciągu sześciu miesięcy od dnia wejścia w życie Ustawy *Minister Zdrowia i Opieki Społecznej jest zobowiązany do opracowania docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, o której mowa w art. 6, a *Minister Pracy i Polityki Socjalnej - docelowej sieci domów pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie oraz środowiskowych domów samopomocy*, które przewidziano w art. 9 jako formę pomocy mieszkaniowej w ramach oparcia społecznego; po drugie - *realizacja wspomnianych sieci następuje w ciągu 10 lat od wejścia w życie Ustawy.*

Ad. 3. Potrzeba ustawowej ochrony wynika z braku kompleksowej regulacji prawnej sytuacji pacjentów psychiatrycznych, który prowadzi do licznych naruszeń ich praw. Naruszenia te polegają na nieprzestrzeganiu tych praw,

nadużywaniu psychiatrii i bezprawnym stosowaniu postępowania przymusowego.

1. **Nieprzestrzeganie praw pacjentów** wyraża się głównie w łamaniu obowiązujących przepisów oraz w nieposzanowaniu prawa pacjentów do zachowania intymności i godności.

1.1. **Łamanie obowiązujących przepisów.** Do tych norm, które są najczęściej naruszane należą przepisy konstytucyjne regulujące kwestie praw obywatelskich (nietykalność osobista, ochrona przed pozbawieniem wolności i naruszeniem nietykalności cielesnej, nienaruszalność mieszkania i tajemnica korespondencji), Ustawa o zawodzie lekarza, Kodeks Etyki Lekarskiej, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej i jedyna specyficzna regulacja - Instrukcja Ministra Zdrowia nr 120/52 w sprawie przyjmowania i wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych. Łamanie tych przepisów polega na:

- a) kierowaniu pacjentów do szpitala psychiatrycznego często z pominięciem jedynej procedury gwarancyjnej, jaką jest wymóg osobistego badania,
- b) stosowaniu zabiegów leczniczych bez poprzedzającego poinformowania pacjentów i ich zgody, co dotyczy nie tylko przyjętych przymusowo, lecz także pokażnej części przyjętych za zgodą,
- c) nakłanianiu pacjentów do pracy na rzecz szpitala bez wynagrodzenia,
- d) kontroli korespondencji, głównie u dzieci,
- e) nierespektowaniu godności pacjentów poprzez pozbawianie ich takich niezbędnych akcesoriów, jak: nóż, widelec, aparat do golenia, a także zmuszanie do noszenia ze sobą całego osobistego dobytku z powodu braku możliwości bezpiecznego przechowania,

1.2. **Nieposzanowanie prawa do intymności i godności**, wynika z braku adekwatnych warunków bytowych i zazwyczaj w małym stopniu zależy od lekarzy. Naruszanie praw tego rodzaju zdarza się również w dobrych

warunkach i wtedy trudno szukać usprawiedliwienia poza personelem.

2. **Nadużywanie psychiatrii** - definiowane jest jako świadome wykorzystywanie psychiatrii w celach niemedycznych, zwłaszcza politycznych.

2.1. *Nadużywanie w celach niemedycznych* - to np.:

a) stosowanie przymusu bezpośredniego wobec natrętnych, uciążliwych lub kłopotliwych pacjentów dla wygody personelu,

b) stosowanie tzw. "topów elektrycznych" lub bolesnych iniekcji w celach punitywnych, m. in. w celu "usunięcia postawy symulacyjnej" lub "zniechęcenia do ucieczek" (Zarząd Główny PTP w 1970 r. i Krajowy Zespół Specjalistyczny w 1975 r. wyrażały w tych sprawach zdecydowanie negatywne stanowisko),

c) ujawnianie informacji z historii choroby lub wydawaniu zaświadczeń wbrew wyraźnie wyrażonej woli pacjenta, w celu wykorzystania ich przeciwko niemu (nie chodzi tu o żądanie sądu lub prokuratury).

2.2. *Nadużywanie w celach politycznych* - to np.:

a) "pomocne" nadużywanie ekspertyzy psychiatrycznej, tj. wnioskowanie o niepoczytalności lub ograniczonej poczytalności bez przesłanek psychiatrycznych, co zdarzało się podczas stanu wojennego.

b) Natomiast żadna ze znanych mi spraw nagłaśnianych jako nadużycia polityczne psychiatrii w Polsce nie odpowiadała wspomnianej wyżej definicji.

3. **Bezprawne stosowanie przymusu pośredniego i bezpośredniego** jest najczęstszą formą naruszenia praw pacjentów. Z badań własnych przeprowadzonych w 9 szpitalach psychiatrycznych na znacznej liczbie - ponad 2100 - pacjentów wynika, że przy przyjęciu 53% pacjentów wyrażało zgodę, 32% było niezdolnych do wyrażenia zgody i 15% protestowało. Z analizy innej grupy pacjentów, którzy zgodzili się na przyjęcie wynikało, że liczba wyrażających świadomo-

szą zgodę na przejęcie i leczenie w ogólnych oddziałach psychiatrycznych jest znacznie niższa od liczby pacjentów wyrażających taką zgodę w oddziałach specjalistycznych dla narkomanów i zwłaszcza w oddziałach dla uzależnionych od alkoholu. Różnice te wydają się zależeć głównie od niedostatecznego poinformowania pacjentów psychotycznych na oddziałach ogólnych. Z analizy wspomnianej wyżej grupy pacjentów protestujących przy przyjęciu wynikało, że wobec większości z nich (64%) zastosowano przymus bezpośredni. Przymus bezpośredni w najszerszym znaczeniu (doraźną interwencję z użyciem siły, przymusowe podanie środków farmakologicznych, mechaniczne unieruchomienie, groźbę zastosowania przymusu) stwierdzono u 18% przyjętych i 30% hospitalizowanych w ciągu 14 dni. Brak regulacji prawnej w tej dziedzinie dotkliwie odczuwają zarówno sami pacjenci, jak i personel bezpośrednio uczestniczący w realizacji przymusu. Chodzi tu o wypadki przy pracy spowodowane agresją pacjentów wobec personelu, które stanowią prawie 20% ogólnej liczby wszystkich wypadków w szpitalach psychiatrycznych.

Jak wynika z powyższych danych brak ustawowej regulacji łączy się z szerokim aplikowaniem drastycznych form naruszenia nieetykalności osobistej i cielesnej.

W celu zapewnienia kompleksowej ochrony praw pacjentów Ustawa przewiduje:

1. **powtórzenie najczęściej nieprzestrzeganych przepisów zawartych w obowiązujących ustawach:**

- *zasady wydawania zaświadczeń o stanie zdrowia lub skierowań do szpitali psychiatrycznych, w tym zlecenia na przewóz karetką pogotowia - wyłącznie na podstawie poprzedzającego osobistego badania* (art. 11);

- *zasady niekontrolowanego kontaktu osobistego i korespondencyjnego* (art. 13);

2. **wprowadzenie nowych norm dotyczących prawnego stosunku pacjent - lekarz, które**

są specyficzne dla leczenia psychiatrycznego:

- *zasady świadomej zgody na przyjęcie i leczenie* (art. 3, pkt. 4),
- *zasady najmniejszej uciążliwości (least restrictive/drastring alternative)* (art. 12),
- *zasady zezwalania na okresowe przebywanie pacjenta poza szpitalem bez wypisywania* (art. 14),
- *zasady niepodporządkowania zajęć rehabilitacyjnych celom gospodarczym* (art. 15.1),
- *zasady nagradzania pacjenta za pracę na rzecz szpitala* (art. 15.2),
- *zasady szczególnej ochrony tajemnicy zawodowej* (art. 50, 51, 52),

Do pełniejszego respektowania praw pacjentów powinna przyczynić się też poprawa dostępności opieki zdrowotnej i warunków leczenia pacjentów psychiatrycznych.

3. W celu ochrony praw pacjentów poddawanych przymusowemu postępowaniu (art. 18 oraz art. 34, 40 i inne przepisy rozdziału trzeciego) Ustawa przewiduje odstępstwo od zasady zgody tylko wyjątkowo, w szczególności:

- *przymus bezpośredni* wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi można zastosować tylko wtedy, gdy dopuszcza się ona zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu, bądź w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty w swoim otoczeniu (art. 18, ust. 1),
- *przymusowe badanie* osoby z zaburzeniami psychicznymi może być dokonane tylko wtedy, gdy zachowanie tej osoby wskazuje na to, że może ona zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb (art. 21),
- *przymusowa obserwacja* osoby z zaburzeniami psychicznymi w szpitalu psychiatrycznym jest dopuszczalna tylko wtedy, gdy dotychczasowe jej zachowanie wskazuje na to, że z powodu tych zaburzeń zagraża ona bezpośrednio swojemu życiu, bądź życiu

lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie. Celem obserwacji, nie dłuższej niż 7 dni, jest wyjaśnienie tych wątpliwości (art. 24),

- *przymusowe przyjęcie osoby psychicznie chorej do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym* możliwe jest wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża ona bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych (art. 23),
- *przymusowe przyjęcie osoby psychicznie chorej w trybie wnioskowym* (tj. z poprzedzającym postanowieniem sądu) dopuszczalne jest, gdy: po pierwsze - dotychczasowe jej zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie jej do szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, albo po drugie - jest ona niezdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb (art. 29).

Tymczasowe postanowienie o przyjęciu do szpitala wydaje lekarz psychiatra po zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa. Lekarz przyjmujący zobowiązany jest do wyjaśnienia pacjentowi przyczyny przyjęcia bez zgody i poinformowania go o jego prawach. Przyjęcie wymaga zatwierdzenia przez ordynatora w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia, a kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia (art. 23). Na podstawie tego zawiadomienia sąd wszczyna postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala (art. 25).

W przypadku gdy osoba przyjęta przymusowo wyrazi potem zgodę na pobyt w szpitalu sąd umorzy postępowanie, jeśli uzna, że osoba ta wyraziła zgodę świadomie (art. 26).

Przesłanki przymusowego zatrzymania w szpitalu pacjenta przyjętego wcześniej za zgodą są takie same jak w nagłym przyjęciu, a dalsze postępowanie odbywa się według art. 23 (art. 28).

Wobec osoby przyjętej do szpitala bez zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzian-

nych w Ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody. Lekarz zapoznaje tę osobę z planowanym postępowaniem leczniczym (art. 33). Wobec osoby przyjętej do szpitala bez zgody, przymus bezpośredni można stosować także wtedy, gdy to jest konieczne dla dokonania niezbędnych czynności leczniczych oraz w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego (art. 34).

O wypisaniu ze szpitala osoby przebywającej tam bez zgody postanawia ordynator, a kierownik szpitala zawiadamia o tym sąd opiekuńczy (art. 35).

W rozdziale czwartym zawarte są przepisy o przyjęciu do domu pomocy społecznej. Osoba psychicznie chora lub upośledzona umysłowo, która jest niezdolna do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą przyjęta do domu pomocy społecznej (art. 38). Jeśli osoba, o której mowa w art. 38 nie wyraża zgody na skierowanie do domu pomocy społecznej, a brak opieki zagraża życiu tej osoby, organ do spraw pomocy społecznej może wystąpić do sądu opiekuńczego o skierowanie bez jej zgody (art. 39).

Znaczne zmiany w porównaniu z V wersją projektu, nastąpiły również w piątym rozdziale Ustawy poświęconym postępowaniu przed sądem opiekuńczym. W sprawach określonych w art. 25, 29, 36, 39 sąd orzeka w składzie jednego sędziego (tj. bez ławników), po przeprowadzeniu rozprawy w terminie 14 dni od dnia wpływu zawiadomienia lub wniosku (art. 45, ust. 1).

Sędzia wizytujący szpital zgodnie z art. 43 wysłuchuje osobę przyjętą przymusowo do szpitala psychiatrycznego (w trybie art. 23, 24 lub 28) nie później niż w terminie 48 godzin

od otrzymania zawiadomienia (5 dni od chwili przyjęcia). W razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby w szpitalu jest oczywiście bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania (art. 45, ust. 2). Przyjęcie tego przepisu oznacza, że Ustawa spełnia już wszystkie cztery minimalne standardy ustawowe wynikające z precedensowego orzecznictwa Trybunału Europejskiego.

Przed wydaniem postanowienia, sąd jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku psychiatrów (art. 46). Sąd może ustanowić dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, adwokata z urzędu, nawet bez złożenia wniosku, jeśli osoba ta ze względu na stan zdrowia psychicznego nie jest zdolna do złożenia wniosku, a sąd uzna udział adwokata w sprawie za potrzebny (art. 48).

Z przedstawionych informacji wynika, że Ustawa nie ogranicza się do ochrony praw obywatelskich pacjentów psychiatrycznych przymusowo przyjmowanych do szpitala, co jest przedmiotem tzw. ustaw psychiatrycznych, lecz zmierza do kompleksowej regulacji praw wszystkich pacjentów - tzw. przymusowych i dobrowolnych, do pogłębienia ochrony praw, które są gwarantowane przez inne obowiązujące ustawy oraz do minimalizacji tych nieprawidłowości, które są następstwem bardzo trudnych warunków pobytu i leczenia w znacznej części naszych szpitali. Ustawa powinna przyczynić się do przełomu w dostępności opieki i do znacznej poprawy jakości świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych, do realizacji podstawowych zadań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz do zwiększenia tolerancji społeczeństwa wobec chorych psychicznie.