

## Ważniejsze problemy wdrażania Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

*Major problems of the Mental Health Act implementation*

STANISŁAW DĄBROWSKI<sup>1</sup>, WŁODZIMIERZ BRODNIAK<sup>2</sup>, STEFAN WELBEL<sup>2</sup>

- Z: 1. Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia  
2. Zakładu Psychiatrii Społecznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Raport opisujący najważniejsze wyniki badań nad wprowadzaniem w życie przepisów Ustawy. Badania przeprowadzono przy pomocy ankiety (kwestionariusz ABC) w większości stacjonarnych placówek psychiatrycznych w Polsce oraz przy pomocy bardziej szczegółowego badania w 11 wybranych placówkach, obejmujących analizę dokumentacji, informacji od ordynatorów i opinii chorych (red.).*

**SUMMARY.** *Main findings are presented of a research into implementation of the Mental Health Act regulations. Using an ABC questionnaire a survey was carried out in the majority of inpatient psychiatric facilities in Poland, while a more detailed research was conducted in 11 selected facilities. The latter part of the study included an analysis of medical records, data obtained from directors of hospital departments, as well as patients' opinions (ed.).*

---

**Słowa kluczowe:** Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego / wyniki monitorowania  
**Key words:** Mental Health Act / results of monitoring

---

Systematyczne monitorowanie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest jednym z zadań Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego akceptowanego w 1995 roku przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Monitorowanie Ustawy wykonywane jest za pomocą dwóch metod.

*Pierwsza* metoda polega na gromadzeniu podstawowych informacji o funkcjonowaniu w praktyce klinicznej kilku ważniejszych przepisów Ustawy z zakresu ochrony praw obywatelskich pacjentów z zaburzeniami psychicznymi za pomocą kwestionariusza przesyłanego do Instytutu Psychiatrii i Neurologii co kwartał przez znaczną większość stacjonarnych zakładów lecznictwa psychiatrycznego.

*Druga* metoda monitorowania polega na bardziej szczegółowej i jakościowej ocenie przestrzegania przepisów Ustawy na podstawie dokumentacji szpitalnej i opinii wylosowanej grupy pacjentów oraz informacji od ordy-

natorów z wybranych 11 stacjonarnych zakładów lecznictwa psychiatrycznego. Informacje i opinie zebrała grupa badających za pomocą trzyczęściowego kwestionariusza ABC.

### WYNIKI OGÓLNEGO MONITOROWANIA W STACJONARNYCH ZAKŁADACH LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO

#### Gwarancje administracyjno-medyczne

Porównanie wyników kwestionariuszy z 1995 r. i 1996 r. zwraca uwagę na wzrost przyjęć bez zgody w stosunku do ogółu przyjęć do szpitali psychiatrycznych i oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych – od 7,8% w 1995 r. do 9,8% w 1996 r. W szpitalach psychiatrycznych odsetki te kształtują się na wyższym poziomie (od 8,6% w 1995 r. do 10,6% w 1996 r.), niż w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych (od 4,5% w 1995 r. do 6,4% w 1996 r.).

W zależności od rosnącego poziomu odsetka przyjęć bez zgody 47 szpitali i 42 oddziały psychiatryczne szpitali ogólnych można podzielić na cztery grupy: I grupa – od 0% do 5%, II grupa – od 6% do 10%, III grupa – od 11% do 15% i IV grupa – 16% i więcej.

W 1995 r. liczebność szpitali w trzech pierwszych grupach była jednakowa i wynosiła po 14 placówek i tylko 5 mieściło się w IV grupie. Oznacza to brak jakiegos dominującego poziomu częstości przyjęć przymusowych. W 1996 r. względna koncentracja liczebności szpitali – 19 placówek wystąpiła w II grupie, a zatem hospitalizację bez zgody na poziomie od 6% do 10% można ocenić jako najbardziej typową w tym roku.

W 1995 r. większość oddziałów – 27 jednostek znalazła się w I grupie, co oznacza, że przyjęcia przymusowe na poziomie od 0% do 5% można uznać za najbardziej typowe w tym roku. W 1996 r. większość – 22 jednostki utrzymała się nadal w I grupie, ale istotnie zwiększyła się liczebność tych oddziałów w II grupie – do 16 jednostek, co może być przejawem tendencji do przesuwania się w kierunku wyższego poziomu przyjęć bez zgody.

W całym dwuletnim okresie monitorowania największa grupa szpitali i oddziałów mieściła się w przedziale od 5% do 15% przyjęć pacjentów w trybie przymusowym.

Zdecydowana większość przyjęć bez zgody miała miejsce na podstawie art. 23 (tryb nagły) i wykazuje w szpitalach oraz oddziałach psychiatrycznych niewielki spadek z 85,6% ogółu przyjęć bez zgody w 1995 r. do 83,7% w 1996 r. Spadek przyjęć na mocy art. 23 łączy się ze wzrostem przyjęć bez zgody na obserwację (art. 24) z 7,3% w 1995 r. do 8,3% w 1996 r. W szpitalach wzrost ten kształtował się w granicach od 7,1% w 1995 r. do 8,1% w 1996 r., a w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych od 8,3% do 10,1%.

Liczba przypadków zatrzymania bez zgody w szpitalu (art. 28) wzrosła w szpitalach psychiatrycznych nieznacznie – od 3,5% w 1995 r. do 3,6% w 1996 r., natomiast w od-

działach psychiatrycznych szpitali ogólnych wzrost ten był większy – od 4,1% do 5,1%.

Zaznaczył się także wzrost przyjęć bez zgody na podstawie trybu wnioskowego (art. 29) w szpitalach od 3,2% w 1995 r. do 4,2% w 1996 r., podczas gdy w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych odnotowano spadek z 7,1% w 1995 r. do 4,8% w 1996 r.

Zarówno w 1995 r. jak i w 1996 r. co trzeci pacjent przyjmowany przymusowo wyrażał następnie zgodę na pobyt w szpitalu (art. 26). W 1995 r. dotyczyło to 33,6%, a w 1996 r. – 32,9% ogółu przyjętych na podstawie art. 23 i art. 24.

W 1996 r. spośród ogółu przyjętych do szpitali i oddziałów psychiatrycznych odnotowano tylko 1,8% osób, których zdolność do wyrażenia świadomej zgody budziła poważne wątpliwości (art. 22 ust. 2), jednak w niektórych szpitalach odsetki przyjmowanych w sytuacji przewidzianej w tym artykule sięgają nawet 16%. Przyjęcia osób niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody (art. 22 ust. 5) odnotowuje się bardzo rzadko i nie przekraczają one w 1996 r. – 0,4% ogółu przyjętych do zakładów lecznictwa psychiatrycznego.

Odsetek rozpraw sądu opiekuńczego odbywających się w szpitalach zmniejszył się z 52% w 1995 r. do 45% w 1996 r. Utrzymuje się nadal tendencja do przenoszenia rozpraw ze szpitali do siedzib sądów i przeprowadzania ich pod nieobecność pacjentów, co wiąże się ze znacznym osłabieniem gwarancyjnej funkcji Ustawy. Z badań przeprowadzonych z zastosowaniem kwestionariusza ABC wynika, że w rozprawach sądu opiekuńczego nie brało udziału 80,5% pacjentów przyjętych na hospitalizację bez zgody.

### Gwarancje sądowo-procesowe

Ze sprawozdań statystycznych MS-S16 Ministerstwa Sprawiedliwości, które są głównym źródłem informacji o wdrażaniu przepisów sądowo-procesowych wynika, że rozpatrzone przez sądy sprawy z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowiły w 1995 r. – 2,5%, a w 1996 r. – 3,5% wszystkich spraw rodzin-

nych z zakresu spraw cywilnych (25% spraw rodzinnych nieprocesowych). W 1996 r. rozpatrzono o 45% więcej wniosków w porównaniu do poprzedniego roku.

Sprawy rozpatrzone przez sądy dzielą się na załatwione merytorycznie (44%) i niemerytorycznie (56%). Wśród załatwionych merytorycznie (rozstrzygniętych co do istoty sprawy) dominują sprawy o przymusowe przyjęcie w trybie nagłym (73%), w tym art. 23 – 69% i art. 24 – 4%. Sprawy o przyjęcie w trybie wnioskowym stanowią, aż 23%, w tym z art. 29 – 12,3% i art. 39 – przyjęcia bez zgody do domów pomocy społecznej – 10,7%. Wśród spraw rozstrzygniętych merytorycznie w 6% orzeczenia sądu były negatywne (wniosek oddalono lub stwierdzono brak przesłanek do umieszczenia w szpitalu bez zgody); w przypadku art. 23 w 2,5% spraw, art. 24 – 10%, art. 39 – 12% i art. 29 – 17%. Im szersze przesłanki przyjęcia bez zgody, tym więcej negatywnych postanowień sądu.

Wśród spraw załatwionych niemerytorycznie przeważają również sprawy z art. 23 (67,6%), rośnie nieco odsetek spraw z art. 29 (15,8%) i znacznie z art. 24 (7,2%), natomiast odsetek spraw z art. 39 jest wyraźnie niższy (3,5%) niż spraw załatwionych merytorycznie (10,3%). Z analizy stosunku między sprawami załatwionymi merytorycznie i niemerytorycznie w niektórych artykułach wynika, że najwyższe odsetki rozstrzygnięć niemerytorycznych występują w zakresie art. 24 (67,3%) i art. 29 (61,7%). O ile w przypadku art. 24 wiąże się to zapewne ze zgodą na pobyt wyrażoną w ciągu 7 dni po przyjęciu, o tyle w przypadku art. 29 tego rodzaju wyjaśnienie nie wchodzi w rachubę. Większość niemerytorycznie załatwionych spraw zależy prawdopodobnie od zwrotów nieprawidłowo sporządzonych wniosków lub opinii, umorzenia postępowania w związku z przyjęciem osoby psychicznie chorej w trybie nagłym lub wycofania wniosku przez wnioskodawcę.

Do innych przejawów wadliwego funkcjonowania art. 29 należą: (1) uchylanie się

znacznej części osób, o których mowa w tym przepisie od badania lekarskiego przewidzianego w art. 30 i badania przez biegłego (art. 46 ust. 2), (2) niezgłaszanie się tych osób na rozprawę sądową i do szpitala po wydaniu postanowienia przez sąd, (3) zwracanie przez sąd (wbrew art. 29 ust. 3) wniosków kierowanych przez organy pomocy społecznej.

Nowelizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, szczególnie w zakresie zmian przepisów związanych z trybem wnioskowym, którą uchwalił parlament RP w lipcu 1997 r. powinna znacznie usprawnić jego realizację.

## WYNIKI MONITOROWANIA USTAWY ZA POMOCĄ KWESTIONARIUSZA ABC

Badania polegające na analizie dokumentacji medycznej wylosowanej grupy 270 pacjentów i wywiadach z 38 ordynatorami przeprowadzono w 11 zakładach leczenia psychiatrycznego, w tym w 8 szpitalach i 3 oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, w okresie od września 1996 roku do stycznia 1997 roku. Celem badań była ocena przestrzegania przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i jej funkcjonowania w praktyce klinicznej zakładów stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. Oceny dokonano za pomocą kwestionariusza ABC, który składa się z trzech odrębnych części i umożliwia zebranie informacji z trzech niezależnych źródeł oraz ich porównanie. Część A zawiera 24 pytania dotyczące przestrzegania przepisów Ustawy na podstawie dokumentacji medycznej. Część B składa się z 27 pytań o przestrzeganiu Ustawy na podstawie informacji od pacjentów i część C obejmuje 10 pytań o przestrzeganiu Ustawy na podstawie informacji od ordynatorów.

Próba badawcza została dobrana metodą doboru celowo-losowego z zastosowaniem losowania trójstopniowego. Łącznie zrealizowano 270 badań, w tym 240 w szpitalach i 30 w oddziałach psychiatrycznych. W grupie badanej było 141 pacjentów przyjętych za zgodą i 129 osób przyjętych bez zgody.

Informacje uzyskane z kwestionariusza ABC zostały zakodowane i w formie zbioru zmiennych wprowadzone do komputerowej bazy danych. W kolejnej fazie za pomocą pakietu SPSS PC+ wykonano obliczenia statystyczne z zastosowaniem podstawowych metod analizy ilościowej. Ponieważ kwestionariusz ABC skonstruowano przede wszystkim ze skal nominalnych, ograniczono wybór testów statystycznych do nieparametrycznego testu  $\chi^2$  i współczynnika V Cramera do mierzenia siły danej zależności, oraz uzupełniono ją analizą i interpretacją jakościową wyników badań.

Dla omówienia i interpretacji najbardziej istotnych wyników badań konieczne jest poprzedzenie ich kilkoma ważnymi uwagami i zastrzeżeniami metodologicznymi. Po pierwsze dobrane do badań próba nie spełnia kryteriów reprezentatywności, ponieważ zastosowano dobór celowo-losowy ze znaczną nadreprezentacją przypadków przyjęć bez zgody, ze względu na szczególne znaczenie tej kategorii pacjentów dla oceny przestrzegania przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Po drugie, w badanej próbie celowo dobrano tylko trzy oddziały psychiatryczne z hospitalizacjami przymusowymi, ponieważ w większości wylosowanych oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych nie było przyjęć bez zgody. Po trzecie, z tych samych powodów pominięto w doborze małe szpitale psychiatryczne, gdzie liczba przyjęć bez zgody była niewielka. Po czwarte, zakładając, że prawa pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi mogą być częściej naruszane niż pacjentów niepsychotycznych, przyjętych za zgodą celowo dobierano według kryterium rozpoznania występujących w grupie pacjentów przymusowych i zgodnie z zasadami metodologii doboru. Próba badawcza spełnia kryteria reprezentatywności tylko w stosunku do pacjentów przyjętych przymusowo i z rozpoznaniem różnego rodzaju psychoz.

Należy zaznaczyć, że prawie wszystkie osoby przyjęte bez zgody poza jednym przypadkiem upośledzenia umysłowego miały rozpoznania zaburzeń psychotycznych, co

potwierdza prawidłowe stosowanie przepisów o przymusowej hospitalizacji. Na uwagę zasługuje dominacja psychoz schizofrenicznych (81,4%) wśród osób przyjętych bez zgody. Psychozy schizofreniczne stanowiły również najczęstsze rozpoznanie w grupie przyjętych za zgodą (64,5%), natomiast drugim co do częstości rozpoznaniem były psychozy afektywne (19,1%), co jest zbliżone do ogólnych proporcji statystycznych.

W całej grupie badanych, podobnie jak w ogólnej populacji szpitalnej przeważają mężczyźni, którzy znamienne częściej ( $p < 0,001$ ) występują w grupie przyjętych bez zgody.

Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety zarówno trafiają do szpitala z zastosowaniem przymusu bezpośredniego ( $p < 0,001$ ), jak i częściej dokonują aktów agresji wobec siebie i innych ( $p < 0,04$ ).

Warunki pobytu w oddziale są znamienne częściej pozytywnie oceniane przez pacjentów przyjętych za zgodą ( $p < 0,001$ ) w porównaniu do przyjętych przymusów, którzy ponadto częściej unikają odpowiedzi na to pytanie. Zadowolenie z leczenia jest także znacząco rzadziej deklarowane przez pacjentów przyjętych bez zgody ( $p < 0,00001$ ).

Zgodnie z przewidywaniami, prawie wszystkich pacjentów przyjętych bez zgody przywiozło do szpitala pogotowie ratunkowe, członkowie rodziny lub policja. Tylko jedna osoba zgłosiła się sama i została przymusowo przyjęta do szpitala. Pacjenci przyjmowani bez zgody byli istotnie statystycznie częściej ( $p < 0,00001$ ) przewożeni do szpitala z zastosowaniem przymusu bezpośredniego. Stwierdzono także znaczącą zależność między przyjęciem bez zgody, a późniejszym częstszym stosowaniem przymusu bezpośredniego w oddziale ( $p < 0,00001$ ).

### **Przepisy Ustawy przestrzegane w większości przypadków**

Z dokumentacji wynika, że prawie we wszystkich przypadkach przyjęć za zgodą (97,9%) odnotowano pisemną zgodę pacjenta, a 83,7% pacjentów przyjętych za zgodą potwierdziło fakt poinformowania ich przez

lekarzy o potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego.

W znacznej większości badanych historii chorób w (obu grupach po 95%) odnotowano przy przyjęciu opisy ważniejszych objawów zaburzeń psychicznych. Opisy przesłanek behawioralnych były w prawie wszystkich przyjęciach w trybie nagłym (96,9%) i w trybie wnioskowym (100%). Najczęściej notowane przesłanki behawioralne to usiłowana agresja i groźba dokonania agresji przeciwko sobie lub innym (60,0% i 48,3%).

Deklarowana przez wszystkich badanych swoboda ich kontaktów z otoczeniem, poza trudnościami w dostępie do telefonu (częsty brak automatów telefonicznych) jest potwierdzeniem przestrzegania art. 13 Ustawy. Kontrola korespondencji pacjentów, jak wynika z badań zdarzała się wyjątkowo i ograniczała się do korespondencji z sądem.

We wszystkich badanych zakładach lecznictwa psychiatrycznego prowadzono karty stosowania przymusu bezpośredniego. Oceniając według liczby kart przymus bezpośredni zastosowano wobec prawie 30% badanych podczas ich pobytu w oddziale, w tym wobec ponad 14% przyjętych za zgodą i 46,5% bez zgody. Porównanie opinii pacjentów z danymi w dokumentacji wykazały, że zarówno część pacjentów przyjętych za zgodą, jak i część przyjętych bez zgody nie potwierdziła zastosowania wobec nich przymusu bezpośredniego w oddziale. Pacjenci mogli być wtedy tak głęboko zaburzeni (między innymi z powodu zaburzeń świadomości), iż nie zapamiętali stosowanego wobec nich przymusu, bądź wypierali z pamięci zarówno niepożądane zachowania będące przyczyną przymusu, jak i przykro przeżywane przymusowe procedury.

Uzasadnienie zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowano w większości kart, zarówno pacjentów przyjętych bez zgody, jak i za zgodą, co należy uznać jako wyraz przestrzegania wymogów Ustawy. Na zaznaczenie zasługuje fakt, że pielęgniarki bardziej skrupulatnie przestrzegają przepisów wyko-

nawczych w zakresie wpisów kontrolnych do kart, niż lekarze w zakresie wpisywania do tych kart uzasadnień użycia przymusu.

### **Przepisy Ustawy nieprzestrzegane w większości przypadków**

Na podstawie załączonych do dokumentacji skierowań do szpitala sporządzonych na urzędowym druku, można by wnosić, że tylko 3,7% zostało wydanych z pominięciem osobistego badania. W rzeczywistości większość pacjentów była przyjęta do szpitala psychiatrycznego na podstawie skierowań uniemożliwiających identyfikację poprzedzającego badania, co stanowi poważne naruszenie art. 11 Ustawy i paragrafu 1 rozporządzenia wykonawczego do art. 49. Wniosek o częstym braku osobistego badania znajduje potwierdzenie w informacjach uzyskanych od pacjentów (18,6% za zgodą i 36,7% bez zgody) i od sędziów wizytujących szpitale.

Z opinii pacjentów wynika, że w czasie transportu do szpitala zastosowano przymus wobec prawie połowy przyjętych bez zgody i przymus ten wykonują głównie sanitariusze (57%) i policjanci (35%). Z wypowiedzi pacjentów można także wnioskować, że lekarz uczestniczył tylko w 16,4 % przewozów pacjentów przyjętych przymusowo. W świetle tych danych wymóg art. 21 ust. 3 (przewiezienie z zastosowaniem przymusu bezpośredniego powinno nastąpić w obecności lekarza lub ratownika medycznego) wydaje się być szczególnie zasadny.

W nawiązaniu do art. 22 ust. 1, należy zaznaczyć, że wśród pacjentów przyjętych za zgodą 22% nie potwierdziło osobistego wyrażenia tej zgody. W związku z tymi danymi można przypuszczać, że pisemne oświadczenia zgody tych osób zostały albo wymuszone, albo znajdowały się one w stanie psychicznym uniemożliwiającym zapamiętanie tego faktu, co powinno być odnotowane w dokumentacji. W takiej sytuacji pacjenci mogliby korzystać z przepisu art. 25 ust. 2, który przewiduje, że sąd opiekuńczy może rozpoznać sprawę, również na wniosek osoby przyjmowanej do szpitala. Brak wniosków

tego rodzaju może świadczyć o niskiej świadomości prawnej pacjentów.

Zastrzeżenia budzi realizacja art. 22 ust. 2. Z dokumentacji medycznej wynika, że jedynie w 2 przypadkach (1,4%) przyjętych za zgodą lekarze odnotowali wątpliwości co do zdolności wyrażenia świadomej zgody. Na podstawie własnej oceny dokumentacji i odpowiedzi pacjentów na pytania kwestionariusza badający stwierdzili conajmniej 17 (12,1%) takich przypadków. Nikły odsetek pacjentów z art. 22 ust. 2 jest wyrazem niedostatecznie wnikliwego badania psychiatrycznego przy przyjęciu, nieliczenia się z faktycznym stanem psychicznym pacjenta, a także pozbawienia go możliwości korzystania z pomocy i nadzoru ze strony sędziego wizytującego szpital.

Zastrzeżenia budzi również ignorowanie w praktyce klinicznej art. 23 ust. 2. Lekarze dyżurni skorzystali z opinii drugiego psychiatry lub psychologa tylko w 3,3% przypadków, chociaż zdecydowana większość (91,7%) tych przyjęć odbywała się w warunkach umożliwiających uzyskanie takiej opinii, co należy traktować jako fakt nieprzestrzeganie tego przepisu i lekceważenie praw pacjentów.

Ta sama krytyczna uwaga dotyczy wykonywania art. 23 ust.3, który przewiduje, że lekarz ma obowiązek wyjaśnienia pacjentowi przyczyn przyjęcia bez zgody i poinformowania go o jego prawach. Obowiązek odnotowania tej czynności w historii choroby był wypełniony tylko w 10,8% przypadkach przyjęć bez zgody, co jest wyrazem naruszenia jednego z czterech standardów Trybunału Europejskiego.

## WNIOSKI

Wyniki monitorowania Ustawy za pomocą obu metod można podsumować w formie następujących konkluzji:

1. W latach 1995–1996 przymusowe przyjęcia do szpitali psychiatrycznych kształtowały się w większości placówek na po-

ziomie od 6% do 15% ogółu przyjętych (w 1996 roku średnia wynosiła 10,6%), a w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych od 0% do 8% (w 1996 r. średnia wynosiła 6,4%).

2. Większość pacjentów bez zgody była hospitalizowana bez poważniejszych problemów w trybie nagłym, natomiast znaczne trudności wystąpiły w realizacji trybu wnioskowego (art. 29). Nowelizacja Ustawy (lipiec 1997 r.) powinna usunąć te mankamenty.
3. W badanych zakładach stacjonarnego leczenia psychiatrycznego zapewnia się w przeważającej liczbie przypadków: możliwość bezpośrednich kontaktów pacjentów z otoczeniem i niekontrolowanie ich korespondencji (art. 13), korzystanie z przepustek (art. 14), właściwe prowadzenie kart stosowania przymusu bezpośredniego (art. 18 ust. 2), przyjmowanie pacjentów za ich zgodą na podstawie własnoręcznego podpisu (art. 22 ust. 1) oraz przyjmowanie pacjentów bez zgody na podstawie przewidzianych w Ustawie przesłanek medycznych i behawioralnych (art. 23 ust. 1).
4. W znacznej większości przypadków nie przestrzega się: stosowania formularza skierowania umożliwiającego identyfikację wykonanego badania i obowiązku osobistego badania pacjentów przed skierowaniem do szpitala (art. 11 § 1 rozporządzenia wykonawczego do art. 49), wymogu obecności lekarza przy przewożeniu pacjentów do szpitala z zastosowaniem przymusu bezpośredniego (art. 21 ust. 3), obowiązku identyfikacji przy przyjęciu osób niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody (art. 22 ust. 2). Ponadto nie przestrzega się przepisu o zasięgnięciu opinii drugiego lekarza lub psychologa przed podjęciem decyzji o przymusowym przyjęciu oraz nie informuje się pacjenta przyjętego bez zgody o przyczynach przyjęcia i jego prawach (art. 23 ust. 2 i 3).