

Niejasne uregulowania prawne dotyczące pacjentów internowanych a prawa pacjentów psychiatrycznych

Unclear legal regulations concerning involuntarily committed patients vis a vis the rights of psychiatric patients

EWA BIZOŃ, URSZULA LUDWIKOWSKA

Z Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Pruszkowie

STRESZCZENIE. *Autorki na przykładzie wybranych przypadków zwracają uwagę na niejasne uregulowania prawne dotyczące pacjentów internowanych, które nie zawsze dają się pogodzić z prawami pacjenta psychiatrycznego, zagwarantowanymi w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i zasadami społeczności leczniczej.*

SUMMARY. *The authors present several cases illustrating the unclarity of legal regulations concerning involuntarily committed patients and inconsistency of these regulations with the rights of psychiatric patients, guaranteed by the Mental Health Act and therapeutic community principles.*

Słowa kluczowe: internowani w szpitalu psychiatrycznym / prawa pacjentów
Key words: involuntarily committed patients / patient rights

Problem realizacji tzw. „środków zabezpieczających” wobec sprawców chorych psychicznie od wielu lat wywoływał liczne polemiki. Chcemy na przykładach wybranych przypadków zwrócić uwagę na niejasne uregulowania prawne dotyczące pacjentów internowanych, które nie zawsze dają się pogodzić z prawami pacjenta psychiatrycznego zagwarantowanymi w *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego*. Dotyczy to głównie podstawowej sprawy, celu pobytu pacjenta internowanego w szpitalu psychiatrycznym.

W ocenie prawników, nadrzędnym celem pobytu pacjenta internowanego w szpitalu jest ochrona społeczeństwa przed chorymi sprawcami, którzy stanowią poważne niebezpieczeństwo dla porządku prawnego, celem zaś podrzędnym (i to w ostatniej kolejności) – leczenie. Tarnowski [3, cyt. za Paprzyckim], wychodząc z tego założenia, proponował nawet posługiwanie się określe-

niem „izolacyjno-lecznicze środki zabezpieczające”. Natomiast Świda i Buchała [3, cyt. za Paprzyckim] uważają, że zadaniem środków zabezpieczających jest usunięcie w drodze leczenia poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego.

Wprowadzona w życie w 1995 r. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*, dając szerokie gwarancje prawne pacjentom szpitali psychiatrycznych, kwituje w art. 37 jednym zdaniem, że „przepis niniejszego rozdziału oraz art. 14 Ustawy (dotyczący przepustek) nie ma zastosowania do osób kierowanych do szpitala na podstawie innych ustaw”, tak jak § 35 i 36 Ustawy dotyczący wypisywania ze szpitali. Urlopowanie pacjentów od wielu lat należy do tradycji w postępowaniu leczniczo-rehabilitacyjnym w szpitalu psychiatrycznym. W odniesieniu do pacjentów internowanych, pozwalało to psychiatrom ocenić funkcjonowanie pacjenta w warunkach

pozaszpitalnych, dając jedną z przesłanek do wniosku o zwolnienie z internowania.

Występowano wówczas do sądu z pismem wnioskującym o zgodę na udzielenie przepustki. Tymczasem od czasu wejścia *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* niektóre sądy coraz częściej bądź odmawiają takiej zgody, bądź żądają od dyrekcji szpitala wniosku o zwolnienie z internowania, powołując się na przepisy wykonawcze kkw (art. 197). Artykuł ten zawiera dwa paragrafy: § 1 brzmi: „dyrektor zakładu klinicznego ma obowiązek zawiadomić sąd o stanie zdrowia sprawcy internowanego i o postępach w leczeniu”. Dopiero § 2 tegoż artykułu nakazuje zawiadomić sąd, że „dalsze pozostawanie sprawcy w zakładzie nie jest konieczne”. Można więc uznać wniosek szpitala o przepustki internowanego za wypełnienie obowiązku zawiadomienia sądu o postępach w leczeniu w myśl art. 197 § 1, a dopiero potem występowanie o zwolnienie z internowania w myśl art. 197 § 2.

Przypadek B.N.

Problem powyższy ilustruje przykład B.N., oskarżonego z art. 184, 186 i 203, u którego w toku obserwacji w Klinice Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii rozpoznano w 1995 r. zespół urojeń niewiary małżeńskiej, ZZA i zespół psychoorganiczny i orzeczono w myśl art. 25 § 1 i 99 kk. Pacjent przebywał przez 14 miesięcy w areszcie (do czasu internowania w szpitalu), przez ten czas zachowywał wymuszoną abstynencję i tam pracował. Już od momentu przyjęcia do szpitala nie godził się na leczenie, gdyż „nie było rozprawy apelacyjnej”, dopatrywał się uchybień proceduralnych itp. Po pewnym czasie, mimo iż nadal pozostawał bezkrytyczny wobec choroby, zgodził się na kurację neuroleptykami, zaczął uczęszczać na mityngi AA na terenie szpitala, utrzymywał abstynencję. Korzystał też z tzw. „wolnego wyjścia” na teren parku szpitalnego, gdzie spotykał swą żonę – sanitariuszkę, która nie zgłaszała zastrzeżeń co do jego zachowania, a nawet przyprawiała nieletnią córkę

w odwiedziny. W tak zmienionej sytuacji życiowej i stanu zdrowia B.N. – lekarze leczący zwrócili się do sądu (po 5 miesiącach internowania) o wyrażenie zgody na przepustki weekendowe do domu jego rodziców, szeroko motywując ten wniosek.

Sąd odmówił takiej zgody, powołując się na art. 197 § 1 i 2 kkw łącznie!

Dalszym problemem jest fakt coraz częstszego badania sądowo-psychiatrycznego na etapie dochodzenia. Tymczasem już w 1928 r. J. Bednarz [2, cyt. za Moczulskim] żądał, by internowanie podsądnego mogło nastąpić dopiero wtedy, gdy wina jego została należycie udowodniona w toku rozprawy sądowej. Podtrzymywali to stanowisko Falicki i Wdowiak [2]. Postulaty te nie znalazły jednak odzwierciedlenia w kodyfikacji. W związku z tym tematem pozostaje też zagadnienie zdolności psychicznie chorego do stawiania przed sądem karnym. W Polsce przyjęło się, że nieporozumienie uniemożliwia też oskarżonemu stawianie przed sądem i branie udziału w rozprawie, czy chociażby wysłuchanie przez podsądnego sentencji sądu orzekającego internowanie. W praktyce więc, lekarz ma do czynienia z pacjentem internowanym, który w najważniejszej dla niego fazie zakończenia sprawy (kończącej się internowaniem – i to często w kilkanaście miesięcy po dokonaniu czynu) nie widział sądu, ani nie słyszał orzeczenia o internowaniu. Wywołuje to często nieporozumienie w izbie przyjęć, gdzie w myśl *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* lekarz przyjmujący musi poinformować pacjenta zrozumiale o przyczynach przyjęcia do szpitala. Następuje tu jakby „przerzucenie obowiązku informacji” z wymiaru sprawiedliwości na lekarza. Tego rodzaju sytuacja bardzo utrudnia potem postępowanie leczniczo-rehabilitacyjne w czasie odbywania internacji. Internowanie w szpitalu kładzie na chorym piętno sprawcy czynu przestępczego, co znajduje odzwierciedlenie w opinii publicznej. Rodzi się obawa przed chorym, społeczność lokalna stara się go izolować, sprzeciwia się opuszczeniu przez niego szpitala.

Przypadek J.R.

Mężczyzna lat 44 (w chwili czynu), kawaler, rencista, mieszkający z matką i rodziną siostry, pomaga w gospodarstwie rolnym. Podejrzany o czyn z art. 166 i 212 kk. Wydarzenie miało miejsce w pobliskim sklepie spożywczym, gdzie J.R., będąc nietrzeźwym, groził właścicielowi sklepu, ubliżał sprzedawcy i zniszczył mienie wartości 285 zł.

Chorował psychicznie od 1987 r., do 1994 r. był czterokrotnie hospitalizowany; początkowo rozpoznano u niego schizofrenię, w latach dziewięćdziesiątych rozpoznanie zmieniono na psychozę alkoholową przewlekłą. W areszcie był 6 miesięcy, następnie na obserwacji i wreszcie jako internowany. Po dwuletnim leczeniu i wyraźnie szybkiej poprawie łącznie z utrzymaniem abstynencji i wielomiesięcznym urlopowaniu w domu, podjęto przygotowania do wystąpienia o zwolnienie z internowania. Pacjent przedstawiony był konferencji lekarskiej, gdzie uzyskał akceptację co do zwolnienia z internowania. Wtedy to zaczęły się interwencje środowiska. Przedstawiciele sąsiadów zgłosili się do lekarza żądając niezwalniania ze szpitala, „bo pacjent zachowuje się źle”. Komisariat Policji przysłał pismo do szpitala informujące o skargach mieszkańców na zachowanie arogancji i agresywne „waszego penitencjariusza”. Pacjent i jego rodzina zaprzeczali temu. Po tej interwencji pacjent pozostał w szpitalu, ale po krótkim czasie zaczął ponownie korzystać z przepustek, w czasie których pracuje w gospodarstwie, jest zdyscyplinowany, utrzymuje abstynencję, nie ujawnia objawów choroby.

Trzeba podkreślić, że wielomiesięczny okres korzystania z przepustek do domu nie budził niepokoju mieszkańców, natomiast wiadomość o planowanym zwolnieniu z internowania wzbudziła tak żywą reakcję. Pacjent nadal pozostaje w szpitalu jako internowany, chociaż stan psychiczny uległ poprawie, jednakże aktywność środowiska odwlekła decyzję lekarzy o wystąpienie z wnioskiem o zwolnienie z internowania.

Zwolnienie z internowania w szpitalu psychiatrycznym nie jest sprawą prostą i nie zależy wyłącznie od decyzji lekarza. Nie jest łatwo podpisać wniosek o zwolnienie, jeżeli czynem było poważne przestępstwo. Chociażby więc stan psychiczny pacjenta był już od dawna dobry, psychiatra waha się, odkłada decyzję i wreszcie długość pobytu internowanego w szpitalu nie zależy od jego aktualnego stanu psychicznego lub od rodzaju czynu, jakiego pacjent dopuścił się lub miał dopuścić.

Wg Różyckiego [6] istnieje wyraźna współzależność między długością pobytu pacjenta internowanego a ciężkością czynu przestępczego. Najdłuższy okres pobytu (średnio powyżej 6 lat) dotyczy pacjentów, którzy dopuścili się takich czynów, jak: podpalenie, groźby dokonania zbrodni, zabójstwo, czyny nierządne. Przy wnioskowaniu o zniesienie internacji uwzględnia się bardziej aspekty prawno-społeczne niż lekarskie. Wynika to prawdopodobnie z niedoskonałości przepisów prawnych i domniemanej odpowiedzialności lekarza w przypadku popełnienia ponownego ciężkiego przestępstwa przez osobę zwolnioną z internacji.

Na to zagadnienie już zwracał uwagę w 1984 r. Wnękowski [9] analizując praktykę orzekania internowania wobec sprawców przestępstw. Wśród nieprawidłowości w orzekaniu o internowaniu wymienił on m.in. wydawanie postanowień o zastosowaniu środka zabezpieczającego bez udziału obrońcy w posiedzeniu, niesporządzanie protokołów z przebiegu takich posiedzeń.

W związku z występującą modernizacją warunków w szpitalach psychiatrycznych (zgodnie z wymogami *Ustawy*) należy się zastanowić, czy szpital psychiatryczny może nadal pełnić narzuconą mu rolę strażnika wraz z funkcjami zabezpieczającymi? Czy rzeczywiście szpital psychiatryczny w obecnej sytuacji jest miejscem najbardziej odpowiednim dla internowania sprawców niebezpiecznych?

Już ustawa karna z 1932 r. przewidywała internację w „zamkniętym zakładzie dla psychicznie chorych lub innym zakładzie

lecznictwem". W 1935 r. Ministerstwo Opieki Społecznej postulowało utworzenie zakładów specjalnych zabezpieczonych w obrębie instytucji wymiaru sprawiedliwości [1, cyt. za Fleszar-Szumigajową].

Tymczasem zmieniają się systemy polityczne i gospodarcze, powstają nowe zagrożenia przestępczością zorganizowaną typu mafijnego, nasila się przestępczość nieletnich, a w szpitalach psychiatrycznych modernizuje się stare pomieszczenia, wprowadzając do nich – zgodnie z duchem *Ustawy* – humanizację, nowoczesny sprzęt, subrejonizację, koedukację, otwarte oddziały itp. Wszystko to służy poprawie warunków życia pacjentów, ale doprowadza też do nasilenia ucieczek ze szpitali pacjentów internowanych, aktów agresji z ich strony wobec personelu leczącego, a czasem nawet do humorystycznych sytuacji (jak np. udostępnienie telefonów komórkowych personelowi przez podsądnych z grup mafijnych w przypadku awarii nielicznych telefonów na terenie szpitala).

Na kolejnych naradach dotyczących narastającej fali pacjentów internowanych [5] i stwarzania przez nich tzw. „drugiego życia” w oddziałach, wymiar sprawiedliwości ogranicza się jedynie do potwierdzania naszych „błędów” w realizowaniu internacji, takich jak: brak zabezpieczenia przed uciezkami, skracanie maksymalne okresu internowania itp.

Szczególna zaś sytuacja wytwarza się wówczas, gdy pacjent internowany dokona przestępstwa w szpitalu (np. pobije ciężko lekarza lub pielęgniarkę czy współpacjenta). Można go w tej sytuacji jedynie przenieść do innego subrejonowego oddziału. Nasila to tylko poczucie bezkarności tego rodzaju pacjentów, a wobec feminizacji personelu – poczucie bezradności i zagrożenia wśród pracowników szpitala.

Wysuwana nie od dziś na pierwszy plan potrzeba pracy oddziałów psychiatrycznych na zasadzie społeczności leczniczej, której celem jest stworzenie odpowiednich warunków ku temu, by instytucja lecznicza mogła spełnić swoje funkcje terapeutyczne, tzn. aby nie

było rozbieżności między uznanymi celami leczniczymi a sposobem ich realizacji, nie daje się w pełni realizować w przypadku współobecności w oddziale subrejonowym chorych psychicznie i osób internowanych.

Naruszona tu bowiem zostaje zasada konsensu, tzn. podejmowania decyzji na podstawie wspólnego uzgadniania, że jest ona słuszna. Decyzje takie (w praktyce szpitalnej chodzi tu najczęściej o udzielenie pacjentom tzw. „wolnych wyjść” i przepustek do domu) społeczność oddziału podejmuje w czasie zebrań ogólnych personelu i pacjentów. W oddziale pracującym wg zasad społeczności leczniczej nie powinno się podejmować decyzji w sprawach dotyczących pacjentów bez ich udziału [8]. Jak więc w przypadku niemożności udzielenia przepustki pacjentowi internowanemu – w sytuacji gdy on sam się jej domaga, a grupa popiera – nie złamać obowiązującej tajemnicy lekarskiej i wytłumaczyć odmowę?

PODSUMOWANIE

1. W warunkach tego samego oddziału subrejonowego psychiatrycznego nie da się pogodzić nader słusznych idei, jakie niesie *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego* dla pacjenta w placówce psychiatrycznej (rozszerzenie praw i swobody decyzji) z ograniczeniami, jakie nakłada kodeks na pacjentów internowanych, którzy mają być przede wszystkim „izolowani”. Rozwiązaniem byłyby oddziały specjalne, postulowane już przed 60 laty, których otwarcie ciągle się odwleka.
2. Po powstaniu oddziału specjalnego dla szczególnie niebezpiecznych pacjentów internowanych należy nałożyć obowiązek przyjmowania pozostałych pacjentów podlegających detencji na wszystkie szpitale psychiatryczne. Pozwoli to na rozproszenie i zmniejszenie liczby tych pacjentów kierowanych obecnie do przepełnionych i niedoinwestowanych oddziałów psychiatrycznych wyznaczonych przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki

- Společnej do realizowania obowiązku środka zabezpieczającego szpitalach psychiatrycznych.
3. Jeżeli podejmuje się wysiłki w kierunku ograniczenia do minimum wszelkich form przymusu w psychiatrii, to należy też uporządkować problem stosowania środka zabezpieczającego, tzn. stosować go w przypadkach wyczerpujących pojęcie poważnego zagrożenia. Obecnie kierowanych jest zbyt wielu sprawców przestępstw, których w żadnym przypadku nie można określić jako „poważne”.
 4. Wielokrotnie już postulowano by opiniowanie i wydawanie postanowienia o internowaniu w szpitalu odbywało się w toku rozprawy sądowej z udziałem sprawcy i by sąd informował sprawcę o internowaniu, a nie lekarz przyjmujący do szpitala. Posunięcia praktyczno-organizacyjne zarówno w resorcie zdrowia, jak i sprawiedliwości wydają się konieczne.
2. Kodeks karny wykonawczy – art. 197 § 1 i 2. Ustawa z dn. 19.04.1969 r.
 3. Moczulski W., Bizoń E.: Internowanie stosowane w toku postępowania przygotowawczego a problem gwarancji procesowych podejrzanego. *Problemy Wymiaru Sprawiedliwości* nr 20. Wyd. Prawnicze 1981.
 4. Paprzycki L.K.: Umieszczanie w szpitalu psychiatrycznym w świetle poglądów doktryny i orzecznictwa Sądu Najwyższego. *Mat. VI Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP*, Warszawa 1988.
 5. Przybysz J.: Kryteria orzekania o poważnym niebezpieczeństwie dla porządku prawnego. *Mat. VI Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP*, Warszawa 1988.
 6. Różycki A., Waszkowski W.: Lekarskie, prawne i społeczne problemy związane ze zwolnieniem pacjenta z internacji sądowej w szpitalu psychiatrycznym. *Psychiatr. Pol.* 1970, 6, 1.
 7. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. *Dz.U.* z 20.10.1994 r., nr 111, poz. 535.
 8. Wardaszko-Łyskowska H. (red.): *Terapia grupowa w psychiatrii*. PZWL, Warszawa 1980, 358–383.
 9. Wnękowski R.: *Praktyka orzekania wobec sprawców przestępstw środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym oraz jego skuteczność*. *Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne*. T. 15. Warszawa 1984.

PIŚMIENNICTWO

1. Fleszar-Szumigaj J., Rutkowski R.: Lekarskie aspekty stosowania środków leczniczo-zabezpieczających. *Problemy Wymiaru Sprawiedliwości* nr 20. Wyd. Prawnicze 1981.

*Adres: Dr Ewa Bizoń, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych,
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*