



Biuro Studiów i Analiz Kancelarii Senatu

S-4A

wrzesień 1994 roku

Prawa pacjenta w ustawie psychiatrycznej

Seminarium

Kancelaria Senatu RP
Warszawa, 5 września 1994
(zapis stenograficzny)

Dział Szybkiej Informacji

Seria: Stenogramy

Opracowanie redakcyjne, skład i łamanie :
Biuro Informacyjne oraz Biuro Studiów i Analiz Kancelarii Senatu

Biuro Studiów i Analiz Kancelarii Senatu RP

Dyrektor – Jacek Michałowski tel. 694-24-32, fax 694-19-11, e-mail: michalow@nw.senat.gov.pl

Wicedyrektor – Ewa Nawrocka tel. 694-20-59, e-mail: nawrocka@nw.senat.gov.pl

Dział Szybkiej Informacji tel. 694-20-59, fax 694-20-49

S E M I N A R I U M
"Prawa pacjenta w ustawie psychiatrycznej"
w dniu 5 września 1994 roku

(Seminarium przewodniczy senator Zdzisław Jarmużek)

Pan Jacek Michałowski:

Jestem dyrektorem Biura Studiów i Analiz Kancelarii Senatu, który jest organizatorem naszego dzisiejszego spotkania. Mam nadzieję, że będzie to pierwsze, a nie jedyne z cyklu spotkań seminaryjnych związanych ze sprawami zdrowia, ustaw ze zdrowiem związanych.

Dzisiejsze seminarium będzie prowadził jedyny psychiatra w Senacie, na szczęście jest, pan senator Jarmużek. Oddaję panu głos, Panie Senatorze.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo.

Pani Marszałek, Panie i Panowie!

W miniony piątek 2 września tego roku, na posiedzeniu połączonych komisji Senatu: Polityki Społecznej i Zdrowia oraz Praw Człowieka i Praworządności, na którym omawiano uchwaloną przez Sejm, 19 sierpnia ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, pan profesor Rzepliński przedstawił opracowaną wspólnie z panem doktorem Teodorem Bulendą obszerną opinię na temat tej ustawy

Spośród wielu uwag autorów opinii znalazła się propozycja, aby w ustawie zamieścić rozdział o prawach pacjenta i byłego pacjenta. Mógłby to być obecny rozdział VII według autorów, który zawierałby obok dotychczasowych postanowień także proponowane poprawki, ale nosiłby on nowy tytuł "Prawa pacjenta".

Zdaniem autorów opinii chodzi o zamieszczenie w ustawie przepisów przyznających pacjentom i byłym pacjentom praw takich, jak na przykład prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej, łącznie z prawem żądania sprostowania i usunięcia z nich przez sąd, niewłaściwych ich zdaniem danych i opinii, czy też takiego prawa, jak prawo do żądania odszkodowania i zadośćuczynienia za bezprawne umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym lub domu pomocy społecznej.

Przyznać trzeba, że propozycja autorów wprowadzenia do ustawy rozdziału pod tytułem "Prawa pacjenta" jest dosyć bulwersująca, albowiem sugeruje, jakoby o prawach pacjenta w ustawie nie mówiło się nic. A oto dzisiejsze seminarium poświęcone jest prawom pacjenta zawartym właśnie w ocenianej ustawie.

Jak to więc jest? Czy w dyskutowanej ustawie o ochronie zdrowia psychicznego są zawarte prawa pacjentów szpitali psychiatrycznych i domów pomocy społecznej, czy ich tam nie ma? Czy są lub nie ma, ale powinny być tam zawarte prawa byłych pacjentów tych instytucji? Jeśli ustawa mówi o prawach jednych i drugich pacjentów, ale są one rozsiane w tekście, to czy należy je zebrać, skatalogować i umieścić w jednym rozdziale? Czy i w jakim stopniu należy te prawa uszczegółwić?

Pani Marszałek! Panie i Panowie!

Sądzę, że obrady dzisiejszego seminarium odpowiedzą także i na te, w gruncie rzeczy, wyzywające pytania.

Proszę teraz panią marszałek Zofię Kuratowską o zabranie głosu.

Wicemarszałek Zofia Kuratowska:

Dziękuję bardzo panie przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Jest dla mnie ogromną przyjemnością i zaszczytem móc otworzyć nasze dzisiejsze seminarium. Tak, jak powiedział pan Jacek Michałowski wyobrażamy sobie, że jest to pierwsze, lecz nie ostatnie seminarium dotyczące nie tylko spraw zdrowia, ale właśnie przede wszystkim rozpoczynające dyskusję naszą o prawach pacjenta w ogóle.

Dziś skupimy się na prawach pacjenta chorego psychicznie lub człowieka, który taką chorobę psychiczną przebył lub też podlega obserwacji z tego tytułu. W następnych naszych konferencjach, myślę, że będziemy mówić o prawach pacjenta w ogóle, być może również o prawach pacjenta – dziecka.

Chciałam bardzo serdecznie powitać, nie będę witać z nazwiska i z imienia, bo byłaby to bardzo długa lista, wszystkich państwa, którzy zechcieli przybyć na nasze dzisiejsze seminarium, a przede wszystkim naszym dzisiejszym referentom. Wszyscy ci, którzy dziś mają zabrać głos, jako referenci, są to znani specjaliści w dziedzinie bądź to psychiatrii i praw pacjenta chorego psychicznie, bądź to praw człowieka w ogóle.

Również bardzo serdecznie witam kolegów senatorów, którzy znaleźli czas, ażeby dzisiaj, tutaj z nami być. Bardzo gorąco dziękuję panu posłowi Balickiemu, który zechciał przyjść i podzielić się z nami za chwilę pewnymi uwagami na temat prac Sejmu dotyczącymi ustawy psychiatrycznej.

Jeżeli chodzi o naszą dzisiejszą dyskusję, chciałabym od razu na wstępie przestrzec, że problem ustawy psychiatrycznej wykracza oczywiście daleko poza sprawy samej ochrony praw człowieka chorego, zawiera bardzo wiele innych jeszcze problemów, które prawdopodobnie również mogą być problemami spornymi. Chcielibyśmy jednak

uczynić ośrodkiem naszej dzisiejszej debaty człowieka chorego psychicznie i ochrony jego praw.

Możemy chyba wszyscy, jak tu siedzimy, powiedzieć sobie, że wprowadzie polska psychiatria, co jest jej niezwykłą zasługą, oparła się w okresie minionym i w okresie najgorszych lat, lat stalinowskich i później, naciskiem politycznym, że przypadki, w których ludzie byli poddawani na przykład pod przymusem obserwacji psychiatrycznej, należą do wypadków sporadycznych, że nie powstała w Polsce w ogóle instytucja psychuszek, również psychiatry polscy mieli odwagę zademonstrować swoje stanowisko w tej sprawie, podpisując słynny apel.

Myślę, że jest to rzecz bardzo ważna. Jednocześnie jednak w życiu codziennym, w codziennym życiu lekarskim czy życiu społecznym widzimy różne niepokojące zjawiska. W czasie dyskusji nad tą ustawą również dawało to o sobie znać. Dwa lata temu w przeprowadzonej ankiecie wśród licealistów padło pytanie: czy usiadłbyś na jednej ławce z:? i tam były wymienione różne grupy, między innymi chorym psychicznie, ponad 60% tej młodzieży odpowiedziało "nie". To jest niezwykle niepokojące.

Wiemy o tym, że chory psychicznie jest jakby stygmatyzowany w naszym społeczeństwie, że ludzie się go boją w sposób nieuzasadniony, że wolą nie mieć nic do czynienia z takim człowiekiem, że istnieją jaskrawe naruszenia sfery intymności dotyczącej tajemnicy lekarskiej, czy tajemnicy własnego stanu zdrowia, przy przyjmowaniu do pracy, co oczywiście daje o sobie znać szczególnie teraz, kiedy istnieje zjawisko bezrobocia.

Mówiąc o prawach chorego psychicznie, musimy jednocześnie bardzo dokładnie ważyć prawa ludzi z jego otoczenia, wreszcie prawa społeczne, możliwość naruszenia porządku społecznego przez człowieka, który nieświadomie, bowiem jest chory, czyni rzeczy, które otoczeniu mogą szkodzić.

Sama, jak państwo dobrze wiedzą, nie jestem psychiatrą, niemniej jednak prowadząc dużą klinikę mam niejednokrotnie do czynienia z ludźmi, którzy już byli ciężkie, nieraz ostre objawy zaburzeń psychicznych, rozwijają się w czasie pobytu w klinice.

I wiem dobrze, jak wielki to jest dla nas lekarzy internistów, czy hematologów, jak w moim przypadku, dylemat co właściwie robić? Jak postąpić, jeżeli człowiek taki nie zgadza się na przeniesienie do oddziału psychiatrycznego, a zagraża na przykład swojemu bezpieczeństwu lub też jak gdyby burzy porządek pracy w klinice?

Są to bardzo poważne dylematy, dlatego mówić o nich musimy głośno, musimy również sobie uświadomić, że najlepsza nawet ustawa tej sprawy do końca nie rozwiąże, gdyż jest to również sprawa, jak gdyby moralna i sprawa pewnego nastawienia społecznego.

Wierzę, że dzisiejsza konferencja bardzo nam pomoże w zrozumieniu tych spraw, że będziemy mogli podejmować słuszne, legislacyjne decyzje i kontrolować ich wprowadzenie w życie i ich praktykę, bo to też jest coś innego, niż sam prawny przepis.

Życzę wszystkim państwu bardzo owocnych obrad i dziękuję bardzo za możliwość przywitania państwa.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo, Pani Marszałek, może zanim przystąpimy do obrad, dosłownie dwie informacje, otóż pan profesor Dąbrowski nie mógł przybyć na nasze seminarium i referat przez niego opracowany, referat wprowadzający, przedstawi pan docent Czesław Czabała.

Natomiast jeszcze przed tym referatem głos zabierze pan poseł Marek Balicki, który jest, jak zapewne państwo wiecie, jedną z niewielu osób tak dobrze zorientowanych w ustawie i dobrze znających każdy jej artykuł i przedstawi nam referat na temat prac nad tą ustawą w Sejmie.

Bardzo proszę panie pośle.

Poseł Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani Marszałek! Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Muszę powiedzieć, że z dużą przyjemnością dzisiaj zrelacjonuję, oczywiście w bardzo krótkich słowach, myślę, że nie będzie to referat tylko takie bardzo krótkie omówienie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Z przyjemnością, ponieważ prace nad ustawą o ochronie zdrowia psychicznego trwały tak długo, że przyjęcie przez Sejm nawet dla nas wszystkich było pewnego rodzaju zaskoczeniem, że wreszcie to się mogło stać?

Muszę powiedzieć, że mam takie wrażenie, obserwując media, że media też troszkę zostały zaskoczone tym, że wreszcie ta ustawa została przez Sejm przyjęta. Jeszcze oczywiście proces legislacyjny się nie skończył. A dlaczego takie zaskoczenie? Bo ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wprowadza szereg bardzo nowatorskich rozwiązań do relacji pacjent – lekarz i to w taką szczególną dziedzinę, jaką jest psychiatria.

Myślę, że informowanie wszystkich, całego społeczeństwa o tych rozwiązaniach, jest w tej chwili zadaniem niezwykle ważnym, tak, żeby nie doszło do nieporozumień, które są jak wynika już z pierwszych informacji, z pierwszych artykułów, które się ukazują.

Ale wracając do ustawy, to jest tak, że to nie tylko przez siedemdziesiąt lat ta ustawa miała kłopoty, ale nawet, jak już znalazły się dwa projekty w Sejmie, które akurat były takie same, jeden poselski, drugi rządowy, i ustawa została umieszczona w projekcie porządku dziennego, to miała kłopoty z utrzymaniem się w tym porządku, i o ile pamiętam, dwa, czy trzy razy spadała, bo się okazywało, że są sprawy ważniejsze. Ale wreszcie 21 stycznia odbyło się pierwsze czytanie i 22 stycznia tego roku Sejm skierował obydwie jednobrzmiące projekty ustaw do pracy w komisji, Komisje Zdrowia, Sprawiedliwości i Ustawodawcza wybrały podkomisję, której ja byłem przewodniczącym.

Podkomisja pracowała do czerwca. W czerwcu na dwóch posiedzeniach znowu połączonych komisji w pełnym składzie projekt został ostatecznie przyjęty i skierowany do

drugiego czytania. W czasie tych czterech miesięcy wprowadzono do projektu poselskiego i rządowego szereg istotnych poprawek, o których pokrótce opowiem.

Sejm przyjął ustawę na swoim pierwszym powakacyjnym posiedzeniu. Przyjął, co jest może godne podkreślenia, bez żadnego głosu sprzeciwu przy jedynie dwóch głosach wstrzymujących się i do tamtego momentu, to był rekord zgodności Sejmu. Teraz tak się złożyło, że na ostatnim posiedzeniu została przyjęta ustawa nie tylko bez głosów sprzeciwu, ale również bez głosów wstrzymujących się, więc ustawa o ochronie zdrowia psychicznego zajmuje dzisiaj drugie miejsce, jeśli chodzi o zgodność Sejmu.

Mamy nadzieję, że Senat również zajmie podobne stanowisko w stosunku do tego projektu, bo prace trwały tak długo i tak wiele zostało na ten temat powiedziane, że czas podejmować decyzje, chociaż należy sobie zdawać sprawę, że taka dziedzina, jak zdrowie psychiczne, jak relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem, jak sprawy precyzyjnego uregulowania, kiedy można zastosować przymus w leczeniu, zawsze będą budziły pewne wątpliwości i chyba gdybyśmy chcieli poprzez dyskusję dojść do pewnych doskonałych zapisów, mogłoby to trwać bardzo długo, więc bardziej potrzebne jest przyjęcie tych rozwiązań, które są, jak się wydaje, nie tak bardzo kontrowersyjne.

Jeśli chodzi o sam projekt ustawy, to reguluje on cztery główne grupy problemów, czy zadań.

Pierwszy, to jest promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, a także to, o czym mówiła pani marszałek Kuratowska, kształtowanie właściwych postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Został wprowadzony do projektu zapis, który mówi o przeciwdziałaniu dyskryminacji chorych psychicznie.

Problem drugi, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i dostępnej opieki psychiatrycznej i innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

I wreszcie dwa następne problemy, które wiążą się z tematem dzisiejszego seminarium, to pogłębienie ochrony tych praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, które są gwarantowane przez istniejące ustawy, ale nie są przestrzegane, czy to z powodu trudnych warunków w szpitalach psychiatrycznych, czy to, że obowiązujące ustawy nie mają skutecznych mechanizmów realizacji ochrony tych praw.

I czwarte zadanie, to jest ochrona praw pacjentów poddanych postępowaniu przymusowemu, o czym przede wszystkim czytamy w gazetach, czy to, co budzi największe kontrowersje.

Pokrótce, w paru minutach, omówię tylko te dwie grupy problemów.

Pierwsza, to pogłębienie ochrony tych praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, które są, a które nie są przestrzegane. Gdy spojrzymy na dotychczasowe ustawodawstwo, to najwięcej regulacji dotyczących praw pacjentów, poza takim aktem zasadniczym, jak konstytucja, która mówi o nietykalności, znajduje się w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, gdzie po raz pierwszy wprowadzono szereg zapisów dotyczących praw pacjentów. Jest też ustawa o zawodzie lekarza z 1952 roku, która bardzo niewiele mówi o prawach pacjentów, ale są tam również pewne regulacje dotyczące sprawy zgody, czy tajemnicy, które wiążą się z tym zagadnieniem.

I to co zostało wpisane do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, to jest czasem powtórzenie tych spraw. Pierwsza sprawa, która jest uregulowana w ustawie o zawodzie lekarza, ale w stosunku do chorych psychicznie bardzo często bywa nieprzestrzegana, to jest to, że świadectwo, orzeczenie, czy inny dokument lekarski można wystawić wyłącznie po osobistym badaniu chorego.

Jest taki zapis w ustawie o zawodzie lekarza, ale właśnie w stosunku do tej grupy pacjentów, jaką są chorzy psychicznie bardzo często jest on nieprzestrzegany i wielokrotnie zdarzały się, czy nadal zdarzają się sytuacje, kiedy pacjent zostaje skierowany do szpitala psychiatrycznego wbrew swojej woli, z zastosowaniem przymusu bezpośredniego, wyłącznie na podstawie dokumentacji lekarskiej z poprzedniego leczenia i żądania niekoniecznie, czy nie zawsze opiekuna prawnego, czasem kogoś z rodziny.

Więc tu jest przypomnienie i powtórzenie z naciskiem tego, że każde świadectwa, w szczególności świadectwo kierujące do szpitala, powinno być wydane, czy musi być wydane po badaniach.

Został wprowadzony, jeśli chodzi o świadectwo kierujące do szpitala, termin ważności takiego świadectwa, tak żeby zarazem stało się możliwe wprowadzenie w życie w pełni tego prawa. I ten termin został wyznaczony na 14 dni od daty wystawienia skierowania.

Druga sprawa, która jest również wpisana do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale wymaga powtórzenia, chociaż jej realizacja jest daleko lepsza od tego, co powiedziałem przed chwilą. Jest to prawo do porozumiewania się bez ograniczeń chorych psychicznie przebywających w szpitalach psychiatrycznych, jak również prawo do korespondencji, która nie byłaby poddawana jakiegokolwiek kontroli.

Przestrzeganie prawa w tym względzie jest daleko lepsze niż jeszcze 15, 20 czy 30 lat temu, kiedy jestem od kilkunastu lat lekarzem, ale pamiętam z początku swojej pracy zawodowej te sytuacje – list chorego psychicznie był poddawany przed wysłaniem kontroli i w zależności od wyników tej kontroli był wysyłany albo nie był wysyłany. Dzisiaj, w zasadzie, takie sytuacje chyba się nie zdarzają. Ale powtórzenie tego komisja uznała za konieczne, ponieważ takie prawo było, a jednak w stosunku do pewnej grupy obywateli nie było przestrzegane, więc jest ważne powtórzenie tego prawa.

Następna sprawa, która się wiąże z prawami, które należy pogłębić – zajęcia rehabilitacyjne w szpitalach psychiatrycznych nie powinny być podporządkowywane celom gospodarczym, a celom rehabilitacyjnym. I że udział w tych zajęciach, w których nierzadko efektem jest jednak jakaś korzyść gospodarcza, powinien być nagradzany. I to zostało wpisane do ustawy i jest istotne dla bardzo wielu pacjentów, którzy przebywają w szpitalach długi czas, biorą udział w zajęciach a szpital nierzadko odnosi z tego tytułu korzyści, ale może odnosić, jeśli to nie jest podstawowy, zasadniczy cel tych działań.

I to, co jest chyba niezwykle ważne w stosunku do chorych psychicznie, że przy wyborze metod leczniczych, czy w ogóle, w całym postępowaniu leczniczym, ważne są nie tylko cele zdrowotne, ale również inne dobra pacjenta. Postępowanie lecznicze powinno być jak najmniej uciążliwe dla pacjenta. Taki zapis do ustawy został wprowadzony.

Jest jeszcze jedna rzecz, która może nie tak bardzo wiąże się z pogłębianiem praw innych, ale jest ważna i w stosunku do chorych psychicznie powinna być zabezpieczona w ustawie. To jest prawo do otrzymywania przepustek dla pacjentów, którzy przebywają w szpitalach psychiatrycznych, a nie automatycznego wypisywania. Jest to usankcjonowanie praktyki, która ma miejsce obecnie. Przepustki w przypadku chorych psychicznie mają ułatwić im powrót do środowiska, szczególnie po długim leczeniu czy długim pobycie w szpitalu.

I to była ta grupa spraw, gdzie chodzi o pogłębienie tych praw, które istnieją w innych ustawach, ale nie zawsze są w stosunku do chorych psychicznie przestrzegane. Nie mówię o sprawach związanych z bezpłatnością leczenia, czy z obowiązkiem określenia przez ministra zdrowia w przeciągu 6 miesięcy docelowej sieci zakładów psychiatrycznych opieki zdrowotnej, tak żeby nie było to co ma miejsce obecnie, że odległość od miejsca zamieszkania do szpitala w połowie przypadków przekracza 80 km, co też jest naruszeniem praw. Skupiłem się na tych sprawach, które nie są tak bardzo związane z wydatkami materialnymi, które – wydawałoby się – bardzo łatwo wprowadzić z dnia na dzień.

Druga grupa spraw związana z prawami pacjentów, to jest ochrona praw pacjentów poddanych postępowaniu przymusowemu. I to chyba jest najważniejsza regulacja tej ustawy, stanowiąca wypełnienie luki prawnej, jaka była w polskim prawie, stanowiąca wypełnienie zobowiązania, które wynika dla Polski z ratyfikacji Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, która zobowiązuje wszystkie państwa do tego, żeby ustawowo, prawnie uregulować te sytuacje, kiedy ktoś musi z powodu choroby psychicznej być pozbawiony wolności.

Zanim przejdę do krótkiego omówienia sprawy zgody i postępowania przymusowego, jeśli chodzi o badanie i przyjęcie do szpitala, chciałem powiedzieć, że ustawa ta wprowadza dosyć precyzyjną – zdaniem moim, zdaniem posłów – regulację stosowania przymusu bezpośredniego w psychiatrii tzn. stosowania pasów, kaftana, przytrzymania czy podania leku. I to też jest wypełnienie luki prawnej.

Ustawa precyzyjnie określa w jakich sytuacjach można zastosować przymus wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, kto podejmuje tę decyzję. Osobą podejmującą tę decyzję jest lekarz, a w wyjątkowych sytuacjach, kiedy to ma miejsce w szpitalu psychiatrycznym, bądź w domu pomocy społecznej i nie jest możliwe natychmiastowe uzyskanie decyzji lekarza, a wiadomo, że czasem są takie sytuacje, które wymagają błyskawicznego działania, taką decyzję może podjąć pielęgniarka i niezwłocznie zawiadomić lekarza dyżurnego, który akurat może przebywać w innym pawilonie, odległym o kilkaset metrów, czy czasem o kilometr czy półtora.

Sytuacje, w jakich można zastosować przymus bezpośredni wobec chorego psychicznie zostały bardzo precyzyjnie określone i sprowadzają się one do tych, kiedy osoba ta dopuszcza się zamachu przeciwko życiu i zdrowiu własnemu, życiu i zdrowiu innych osób, bezpieczeństwu powszechnemu bądź w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu oraz w tych sytuacjach, które związane są z wykonywaniem decyzji o przymusowym postępowaniu np. kiedy ktoś decyzją sądu może i powinien przebywać w szpitalu psychiatrycznym, a usiłuje się z niego oddalić.

W trakcie prac komisji, zostało określone kto podejmuje decyzję o stosowaniu przymusu bezpośredniego i został wprowadzony tryb oceny zasadności poddania przymusowi osoby z zaburzeniami psychicznymi. Taką ocenę w ciągu trzech dni dokonuje, jeżeli chodzi o szpital psychiatryczny lub inny zakład opieki zdrowotnej, kierownik tego zakładu, a jeżeli chodzi o innego lekarza, czy to lekarza prywatnie praktykującego, czy lekarza domu pomocy społecznej, dokonuje jej specjalista psychiatra wyznaczony przez wojewodę. Tak jak powiedziałem w ciągu 3 dni.

To co jest nowością w stosunku do pierwotnego projektu, to objęcie tymi regulacjami również domów pomocy społecznej, w których – jak wiemy – nierzadko ma miejsce stosowanie przymusu bezpośredniego. I dzieje się to bez żadnych przyjętych reguł prawnych, a już nie mówiąc o uregulowaniach ustawowych.

To co może jest ważne i powinno rozwiązać część wątpliwości, to wprowadzenie ustawowego obowiązku pomocy przez policję, straż pożarną czy pogotowie ratunkowe pomocy lekarzowi w zastosowaniu przymusu bezpośredniego, jeśli on uzna to za konieczne.

Muszę powiedzieć, że jeśli chodzi o ten przepis, o te sytuacje, to niepokoję wyrażane w prasie przez niektórych pracowników służby zdrowia, wynikają z zupełnego nieporozumienia. Teraz, po wprowadzeniu tej ustawy, kiedy to jest konieczne, łatwiej będzie prowadzić postępowanie niż to miało miejsce do dzisiaj, bo nierzadko policja zastania się, że nie ma przepisu, że to jest chory psychicznie, że to jest sprawa lekarzy, sprawa pogotowia, że mają sobie sami radzić. I odmawia udzielenia pomocy. Czasem są takie dramatyczne sytuacje, że osoba chora psychicznie nie wpuszcza nikogo do swego mieszkania a trzyma w mieszkaniu matkę staruszkę, która w ten sposób nie może jeść i może dojść do tragedii, tak jak to w czasie prac podkomisji opowiadano, powołując się na różne przykłady. A więc tutaj ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wprowadza pewien porządek i ułatwia postępowanie w tych sytuacjach, kiedy potrzebne czy konieczne jest działanie bez zgody pacjenta.

Ale to, co jest najważniejsze, co jest najbardziej centralnym zagadnieniem, to są sprawy przyjmowania do szpitala bez zgody. I tutaj ustawa wprowadziła definicję zgody. Definicję zgody, która dotyczy chorych psychicznie. Gdyż, gdybyśmy brali pod uwagę stan prawny, jaki istnieje obecnie, obecne ustawodawstwo, Kodeks cywilny, to należałoby przyjąć, że każda zgoda wyrażona przez osobę chorą psychicznie jest nieważnym aktem woli. Jest czymś nieistniejącym, czy jak mówią prawnicy, jak mówi pan prof. Kubicki, zgoda nie odnosi się do chorych psychicznie.

W związku z tym, że komisja uznała, to co zresztą zawarte jest w dokumentach międzynarodowych i w rekomendacjach Rady Europy, że niezależnie od zdolności prawnej osoba, która jest w stanie zrozumieć naturę podejmowanego leczenia czy interwencji, powinna rzeczywiście wyrażać zgodę na tę interwencję. I powinien to być warunek konieczny.

Komisja wpisała do jednego z pierwszych artykułów, w którym jest zawarty słownik definiujący niektóre używane w tej ustawie określenia, definicję zgody, która mówi, że ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o zgodzie, oznacza to swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która niezależnie od jej stanu zdrowia

psychicznego jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania. Warunkiem jest zdolność do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji i jeśli chory psychicznie ma taką zdolność, ma prawo do wyrażenia zgody.

Jest to generalna zasada, która jest zawarta w tej ustawie, że każde postępowanie lecznicze, również w psychiatrii, powinno być dobrowolne, powinno być oparte na zgodzie.

Ustawa określa też kiedy bez takiej zgody może być przeprowadzone badanie psychiatryczne i kiedy bez takiej zgody może być ktoś przyjęty do szpitala. Przesłanki do badania psychiatrycznego są szersze niż do przyjęcia do szpitala, co jest zrozumiałe. Poddana badaniu przymusowemu, badaniu bez zgody, może być osoba z zaburzeniami psychicznymi, której zachowanie wskazuje na to, że zagraża swojemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób lub nie jest w stanie zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych.

Badanie przymusowe ma zgodnie z intencją ustawodawcy jeden cel – stwierdzenie czy dana osoba jest chora psychicznie. Jeśli jest chora psychicznie, to wtedy może być umieszczona w szpitalu psychiatrycznym bez zgody. Badanie ma określić czy to zaburzenie jest chorobą psychiczną.

Są dwa tryby przyjęcia do szpitala psychiatrycznego: nagły i wnioskowy. W trybie nagłym chory psychicznie może być przyjęty do szpitala kiedy zagraża z powodu choroby psychicznej swojemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób. I to jedyne przesłanki, które upoważniają lekarza izby przyjęć, po zasięgnięciu opinii drugiego lekarza, jeżeli to jest możliwe, lub psychologa, do przyjęcia chorego psychicznie do szpitala w trybie nagłym, wtedy kiedy to coś się dzieje i jest potrzeba natychmiastowego działania. W ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia wymaga to zatwierdzenia przez ordynatora, a w przypadku trzech dni od chwili przyjęcia powiadomienia przez kierownika szpitala sądu opiekuńczego.

Co komisja wprowadziła do pierwotnych projektów? Z jednej strony obowiązek poinformowania przez lekarza przyjmowanego pacjenta o jego prawach, a z drugiej strony możliwość stanięcia takiego chorego przyjętego w trybie nagłym przed sędzią wizytującym szpital. Tu jest zapisane, że w ciągu dwóch dni od zawiadomienia sądu, ale maksymalny okres byłby od chwili przyjęcia. Czyli nie czekając na rozprawę w sądzie, każdy przyjęty do szpitala bez zgody w trybie nagłym ma prawo stanąć przed sędzią wizytującym szpital i być wysłuchany przez sędziego. Jeśli sędzia stwierdzi oczywistą bezzasadność, bez zasięgania opinii biegłych, nakazuje wypisanie takiego chorego ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania. Czas na przeprowadzenie rozprawy wynosi 14 dni. I to jest skrócenie w stosunku do tego, co było w projekcie – w projekcie było 30 dni. I w stosunku do projektu został zmniejszony skład sądu o ławników, w projektach byli ławnicy.

Drugi tryb, który nazywany jest trybem wnioskowym, dotyczy sytuacji nienagłych. To jest tych sytuacji, kiedy wpiery jest decyzja sądu i dopiero później następuje jej wykonanie, przyjęcie do szpitala.

Ten tryb ma dwie przesłanki. Pierwsza z nich to jest przesłanka wprowadzona w czasie prac komisji. Przesłanka, która jak czytałem ostatnio artykuł w "Gazecie Wyborczej" związany z niepokojami wokół ustawy psychiatrycznej, powinna rozwiewać wszelkie niepokoje związane z tym czy prawo psychicznie chorego do leczenia jest zagwarantowane w tej ustawie. Przesłanka ta mówi, że do szpitala psychiatrycznego może być przyjęta bez zgody, oczywiście po decyzji sądu, osoba której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje pogorszenie jej stanu zdrowia psychicznego.

Sąd ma 14 dni od wpłynięcia wniosku. I to rozwiązuje szereg sytuacji, które występują dzisiaj, kiedy chory psychicznie wymaga leczenia psychiatrycznego, o czym mówiła pani prof. Kuratowska, że ta ustawa pamięta nie tylko o pacjentach, ale również o prawach rodzin, kiedy przebywanie wspólne z takim chorym jest piekłem, dzisiaj nie ma możliwości prawnej rozwiązania tej sytuacji. I dzieje się tak, że pacjent maniakalny przywieziony do szpitala kompensuje na krótki czas swoje zachowanie i jest nieprzyjęty, bo trudno lekarzowi brać wszystkie informacje, które napływają z zewnątrz. I trwać tak może tygodniami. Ta ustawa umożliwia w stosunkowo krótkim czasie rozstrzygnięcie tych spraw, kiedy chory po minięciu zaostrzenia psychotycznego akceptuje to co było wcześniej, czy to, co mogło być wobec niego podjęte wcześniej przez lekarzy.

A więc tutaj wątpliwości zgłaszane przez niektóre osoby, również psychiatrów, wynikają chyba z nieznamomości czy z niedostatecznego spopularyzowania ostatniego projektu ustawy, tego który został przyjęty przez Sejm w końcu sierpnia.

Druga przesłanka w trybie wnioskowym dotyczy osoby, która jest niezdolna do zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb życiowych, a istnieje uzasadnione przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. Czyli tylko wtedy kiedy leczenie może przynieść poprawę stanu jej zdrowia, jeśli nie, a osoba ta nie ma innych osób, które mogłyby pomóc i zaspokoić jej podstawowe potrzeby, to wtedy może być umieszczona bez zgody w domu pomocy społecznej.

Myślę, że mój czas pomaleńku się wyczerpuje i dlatego będę kończył. Jeszcze tylko wspomnę, że ustawa wprowadziła to co było również postulowane przez obrońców praw człowieka – możliwość przyznania choremu psychicznie adwokata z urzędu w postępowaniu przed sądem, ale przez decyzje sądu, chociaż bez wniosku. Czyli nie w każdej sytuacji. Ale jest napisane, że sąd może ustanowić adwokata z urzędu.

Jest jeszcze regulacja specjalna, regulacja dotycząca tajemnicy lekarskiej, która wprowadza w relacje pomiędzy psychiatrą a jego pacjentem rozwiązania analogiczne, jakie istnieją pomiędzy adwokatem a jego klientem. Tak samo został wprowadzony przepis karny, który według niektórych budzi kontrowersje, że kto podaje lekarzowi lub organowi właściwemu do wykonywania niniejszej ustawy informacje o występujących u innej osoby zaburzeniach psychicznych wiedząc, że te informacje są nieprawdziwe, podlega karze i nawet największej, to jest pozbawienia wolności, pozbawienia wolności do roku, ponieważ podanie takich informacji uruchamia cały tryb przymusowy związany z

badaniem bez zgody itd., czyli najbardziej drastycznymi formami postępowania, jakie mogą być w medycynie.

Kończąc, chciałbym jeszcze odnieść się do tego, co powiedział pan senator na wstępie, cytując pana profesora Rzeplińskiego, o prawie dostępu do dokumentacji medycznej. Rzeczywiście jest to sprawa, która nie jest w Polsce szeroko znana, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej gwarantująca wszystkim nam, wszystkim pacjentom, nieograniczony dostęp do dokumentacji medycznej, do zapoznania się ze wszystkim co jest zawarte w tej dokumentacji, oczywiście za pośrednictwem lekarza leczącego. Każdy na mocy prawa ma takie prawo. Jeśli chodzi o przestrzeganie tego prawa, nie ma większych różnic pomiędzy chorymi psychicznie a chorymi leczącymi się u innych specjalistów. Jedyne co można powiedzieć, że to prawo nie jest znane.

Jeszcze drugie prawo, które jest nie przestrzegane, ale również w stosunku do wszystkich osób, to jest prawo do ochrony danych dotyczących rozpoznania, leczenia itd. I to powszechne łamanie na co dzień, setki tysięcy łamań codziennych, to jest druk L4, druk zwolnienia lekarskiego, na którym jest napisany numer statystyczny choroby. I to nie tylko choroby psychicznej, ale również choroby wenerycznej czy niektórych innych chorób, które mogą spowodować nie najlepsze postawy otoczenia wobec tej osoby, która jest chora. I tutaj chyba jest ciągle pole działań dla nas, dla parlamentarzystów, żeby zmusić organy wykonawcze do tego, żeby te prawa, które są zapisane w różnych ustawach, były rzeczywiście przestrzegane.

I na koniec dwie rzeczy, o których zapomniałem powiedzieć przy zgodzie, że zgodę należy również, nie wiem, jakiego tu słowa użyć, brać od osoby małoletniej, która ukończyła 16 lat lub od osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie, która jest zdolna wypełnić tę definicję zgody, o której mówiłem, czyli jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia w dostępny sposób przekazywanej informacji. Jest to całkowite nowatorstwo w stosunku do obecnie obowiązującego prawa medycznego, ponieważ obecnie w przypadku osoby do lat 18 wszystkie decyzje za nią mają prawo podejmować rodzice i nie ma obowiązku zasięgania opinii tych osób, które mają 17 – 17,5 lat w przypadku postępowania lekarskiego. I po raz pierwszy w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego został zrobiony krok do przodu. Krok, który niestety wyprzedza to, co powinno być w pierw uregulowane w ustawie o zawodzie lekarza czy w innych aktach prawnych, ale przede wszystkim w ustawie o zawodzie lekarza.

Pracując nad ustawą o ochronie zdrowia psychicznego wyprzedziliśmy te rozwiązania i nie tak dawno prasa emocjonowała się tym, że prawie 18-letnia dziewczyna została przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody, to wtedy, kiedy został wprowadzony zapis, który to uniemożliwia, jakoś nie napisała, nie zainteresowała się tym, a szkoda, bo o tym wszyscy powinni wiedzieć. Dla wyjaśnienia – w przypadku różnicy zdań decyduje sąd opiekuńczy.

I na koniec już ostatnie zdanie, podtytuł artykułu w "Gazecie Wyborczej" z ubiegłego tygodnia: "Czy uchwalona ostatnio przez Sejm ustawa psychiatryczna, która ma chronić prawa pacjentów nie obróci się przeciw chorym?" Takie pytanie zostało postawione. Muszę powiedzieć, że gdybym ja miał odpowiedzieć na to pytanie i to z pełnym przekonaniem, to ta ustawa nie tylko nie obróci się przeciwko chorym, ale łatwiej będzie chorym leczyć się, ale również żyć w naszym społeczeństwie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo panu posłowi Markowi Balickiemu. Proszę państwa, aby ci, którzy będą zabierać głos w dyskusji, aby przedstawiali się, ponieważ wymagają tego względy dokumentacyjne dzisiejszego seminarium.

Proszę teraz pana doc. Czesława Czabałę o przedstawienie referatu wprowadzającego, który miał wygłosić prof. Stanisław Dąbrowski.

Docent Czesław Czabała:

Pani Marszałek! Panie Przewodniczący! Panie i Panowie!

Pozwolę sobie na początku przypomnieć, chociaż pewnie wszyscy to wiemy, że prof. Stanisław Dąbrowski, poprzedni dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii, kilkadziesiąt lat swojego życia spędził przy pracy nad tą ustawą, a co jest może jeszcze ważniejsze, ciągle przekonując zarówno kolegów psychiatrów, jak i wszystkich ludzi zatrudnionych w dziedzinie psychiatrii, a także polityków, społeczeństwo do tego, jak potrzebna jest ta ustawa i myślę, że dzięki jego pracy możemy dzisiaj przystępować do ostatnich etapów pracy nad tą ustawą.

Tytuł tekstu przygotowanego do druku w "Psychiatrii Polskiej" przez prof. Stanisława Dąbrowskiego brzmi: "Prawa chorych psychicznie i przesłanki przymusowego postępowania". Prof. Dąbrowski na wstępie stwierdza, że wraz z przekazaniem projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego do podkomisji sejmowej rozpoczął się nowy i ostatni etap w długiej historii projektów. Do przyspieszenia prac nad projektem w ostatnich latach przyczyniły się zapewne zobowiązania wynikające z faktu ratyfikowania przez Polskę międzynarodowych Paktów Praw Politycznych i Obywatelskich oraz Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

Do tych międzynarodowych norm należą również zasady ochrony osób psychicznie chorych i poprawy opieki psychiatrycznej, przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w grudniu 1991 r. Zatwierdzenie tej rezolucji jest wyrazem internacjonalizacji praw chorych psychicznie, to jest politycznego programu polityczno-prawnego procesu akceptacji tych praw przez społeczność międzynarodową. Narody Zjednoczone potwierdziły, iż sprawa ludzi z zaburzeniami psychicznymi ma nie mniejsze znaczenie, niż wiele innych międzynarodowych zagadnień. Sprawa ta może być jednak łatwo przeoczona czy nie doceniona, ponieważ państwa i organizacje międzynarodowe muszą sobie radzić z innymi codziennymi kryzysami.

Jednym z głównych celów projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest zapewnienie praw obywatelskich pacjentom z zaburzeniami psychicznymi. Obejmuje to dwa zadania.

Po pierwsze, pogłębienie ochrony praw gwarantowanych przez obowiązujące obecnie przepisy i naruszanych m.in. przez trudne warunki znacznej części szpitali psychiatrycznych lub z braku jakichkolwiek mechanizmów kontroli przestrzegania tych praw.

I po drugie, ochronę praw pacjentów poddawanych przymusowemu postępowaniu.

Do tych norm, które są obecnie najczęściej naruszane należą: przepisy konstytucyjne regulujące kwestie praw obywatelskich takich, m.in. jak nietykalność osobista, zabezpieczenie przed pozbawieniem wolności i naruszeniem nietykalności cielesnej, nienaruszalność mieszkania, tajemnica korespondencji. Inne naruszane istniejące obecnie przepisy to ustawa o zawodzie lekarza, kodeks etyki lekarskiej, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej i jedyna specyficzna regulacja – instrukcja ministra zdrowia nr 12052 w sprawie przyjmowania i wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych. Przepisy te są na ogół przestrzegane wobec innych grup pacjentów, a w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza w szpitalach psychiatrycznych, zdarza się często, że nie są respektowane.

Naruszanie praw pacjentów, zawartych w przepisach, można podzielić na dwie grupy: nieprzestrzeganie praw i nadużywanie psychiatrii. Nieprzestrzeganie praw polega m.in. na kierowaniu pacjentów do szpitala psychiatrycznego często z pominięciem jedynej procedury gwarantującej poprawność skierowania, jaką jest wymóg osobistego badania. Po drugie, stosowanie zabiegów leczniczych bez poprzedzającego poinformowania pacjentów i uzyskania ich zgody. Dotyczy to nie tylko osób przyjętych przymusowo, ale także pokaźnej części pacjentów przyjętych za ich zgodą. Po trzecie, nakłanianie pacjentów do prac na rzecz szpitala bez wynagradzania, kontroli korespondencji, głównie u dzieci. Dalszym przejawem naruszania praw jest nierespektowanie godności pacjentów przez pozbawianie ich takich podstawowych przedmiotów, jak nóż, widelec, aparat do golenia, a także zmuszanie do noszenia ze sobą całego osobistego dobytku z racji braku możliwości bezpiecznego ich przechowywania. Dalej, pozbawienie możliwości korzystania z dostatecznie izolowanych sanitariatów. Wreszcie nieposzanowanie prawa do intymności, wynikające z braku adekwatnych warunków bytowych, co zazwyczaj w małym stopniu zależy od lekarza. Tego rodzaju naruszanie tych praw zdarza się również w dobrych warunkach i wtedy trudno szukać usprawiedliwienia poza personelem.

Druga grupa zagadnień, to jest nadużywanie psychiatrii, definiowane jako świadome wykorzystywanie psychiatrii w celach niemedyceńskich, zwłaszcza politycznych. Nadużywanie dla celów niemedyceńskich polega m.in. na stosowaniu przymusu bezpośredniego wobec natrętnych, uciążliwych lub kłopotliwych pacjentów tylko i wyłącznie ze względu na wygodę personelu.

Po drugie, na stosowaniu tzw. topów elektrycznych lub bolesnych iniekcji jako sposobu karania m.in. mającego na celu usunięcie postawy symulacyjnej lub zniechęcenie do ucieczek. W nawiasie należy dodać, że Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego już w 1970 r., a Krajowy Zespół Specjalistyczny w 1975 r., zajęli w tych sprawach zdecydowanie negatywne stanowisko.

Dalszy przejaw nadużywania psychiatrii dla celów niemedyceńskich to ujawnianie informacji z historii choroby, wydawanie zaświadczeń wbrew wyraźnie wyrażonej woli pacjenta w celu wykorzystania ich przeciwko niemu. Nie chodzi tu o dane na żądanie sądu lub prokuratury.

Nadużycie psychiatrii dla celów politycznych polega m.in. na tzw. pomocnym nadużywaniu ekspertyzy psychiatrycznej dla sądu, to jest wnioskowaniu o niepoczytalności lub ograniczonej poczytalności bez przesłanek psychiatrycznych, co, jak pisze prof. Dąbrowski, zdarzało się czasami podczas stanu wojennego. Równocześnie prof.

Dąbrowski stwierdza dalej, że ze znanych mu spraw nagłaśnianych jako nadużycia polityczne w psychiatrii w Polsce, żadna z tych spraw nie odpowiadała wspomnianej wcześniej definicji. Jak z tego wynika nadużycia psychiatryczne miały miejsce nie tylko u sąsiadów, ale zdarzają się również w naszym własnym kraju. Rozumiem, że jest to uwaga do tekstu dotyczącego opinii ze stanu wojennego.

Drugim głównym powodem naruszania praw pacjentów psychiatrycznych jest wspomniany już brak elementarnej regulacji prawnej postępowania przymusowego pod tym względem Polska jest ewenementem w skali światowej.

Z badań prowadzonych przez zespół kierowany przez prof. Dąbrowskiego w 9 szpitalach psychiatrycznych na liczbie ponad 2000 pacjentów wynikało, że przy przyjęciu do szpitala 53% pacjentów wyrażało zgodę, 32% pacjentów było niezdolnych do wyrażania zgody, a 15% protestowało przeciwko przyjęciu.

Z analizy innej grupy pacjentów, którzy zgodzili się na przyjęcie, wynikało, że liczba wyrażających świadomą zgodę na przyjęcie i leczenie w ogólnych oddziałach psychiatrycznych jest znacznie niższa od liczby pacjentów wyrażających taką zgodę w oddziałach specjalistycznych dla narkomanów, zwłaszcza dla uzależnionych od alkoholu. Różnice te wydają się zależeć głównie od niedostatecznego poinformowania pacjentów psychotycznych na oddziałach ogólnych.

Ze wspomnianej analizy wyżej wymienionej grupy pacjentów protestujących przy przyjęciu wynikało, że wobec większości z nich, to znaczy w stosunku do 64% zastosowano przymus bezpośredni. Przymus bezpośredni w najszerszym znaczeniu jest to wyraźna interwencja z użyciem siły, przymusowe podanie środków farmakologicznych, mechaniczne unieruchomienie, groźba zastosowania przymusu. Właśnie taki przymus stwierdzano o 18% przyjętych i 30% hospitalizowanych w ciągu pierwszych 14 dni po przyjęciu.

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 naruszania nietykalności osobistej i cielesnej.

W celu pogłębienia ochrony praw pacjentów, gwarantowanej przez obowiązujące przepisy, projekt ustawy przewiduje:

- po pierwsze, wprowadzenie niektórych norm dotyczących prawnego stosunku pacjent-lekarz, które są specyficzne dla lecznictwa psychiatrycznego, wśród nich zasady najmniejszej uciążliwości, zasady zezwalania na okresowe przebywanie pacjenta poza szpitalem bez wypisywania, zasady podporządkowywania zajęć rehabilitacyjnych celom gospodarczym, zasady odpłatności za pracę pacjenta na rzecz szpitala czy zasady szczególnej ochrony tajemnicy zawodowej;

- po drugie, projekt ustawy przewiduje powtórzenie niektórych najczęściej nie przestrzeganych przepisów zawartych w obowiązujących ustawach, takich jak zasada świadomej zgody na przyjęcie i leczenie czy zasada wydawania zaświadczeń o stanie

zdrowia lub skierowań do szpitali psychiatrycznych wyłącznie na podstawie poprzedzającego osobistego badania;

– po trzecie, projekt przewiduje poprawę dostępności opieki zdrowotnej i warunków leczenia pacjentów psychiatrycznych, co może przyczynić się do zmniejszenia liczby naruszeń praw pacjentów, wynikających z nieadekwatnych warunków bytowych.

Prof. Dąbrowski pisze ponadto, że istnieje potrzeba powołania rzecznika praw pacjentów, który ma być jednym z ogniw mechanizmu kontroli przestrzegania tych praw.

W celu ochrony praw pacjentów poddanych przymusowemu postępowaniu projekt przewiduje odstępstwo od zasady zgody tylko wyjątkowo, gdy dochodzi do zagrożenia najwyższych wartości, a 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, bezpieczeństwu powszechnemu bądź w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty w swoim otoczeniu. Przymusowe badanie osoby z zaburzeniami psychicznymi może być dokonane tylko wtedy, gdy zachowanie tej osoby wskazuje na to, że może ona zarażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób bądź nie jest zdolna do zaspakajania swoich podstawowych potrzeb. 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.

I wreszcie przymusowe przyjęcie osoby psychicznie chorej w trybie wnioskowym dopuszczalne jest, gdy dotychczasowe jej zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie jej do szpitala psychiatrycznego spowoduje w niedalekiej przyszłości istotne zagrożenie dla życia tej osoby albo życia lub zdrowia innych, albo wtedy, gdy jest ona niezdolna do zaspakajania podstawowych potrzeb. Projekt przewiduje również procedurę kontroli wykonywanej przez sąd opiekuńczy orzekający w trybie nieprocesowym.

Przedstawione wyżej rozwiązania były na ogół życzliwie przyjmowane przez prawników, psychologów, socjologów i większość psychiatrów. Krytyczne uwagi części środowiska psychiatrycznego wynikały z niedostrzegania w swej pracy specyficznych aspektów prawnych i ogólnospołecznych stosunków pacjent – lekarz bądź z nadmiernie paternalistycznych postaw. W szerszym znaczeniu paternalizm oznacza ojcowski sposób traktowania, tendencję do narzucania kontroli i dominacji pod pozorem ochrony. W węższym znaczeniu, paternalizm określa się jako dopuszczalność ograniczenia wolności jednostki wtedy, gdy może ona wyrządzić sobie poważne zło bądź szkodę albo nie jest w stanie zapewnić sobie ważnego dobra.

Zasada ochrony paternalistycznej ma zastosowanie tylko wtedy, gdy zło jest wyrządzane sobie a nie innym. Wyodrębniono szereg różnych form paternalizmu, m.in. Geinbel wyróżnił silną i słabą postać. Silny paternalizm oznacza dopuszczalność ochrony jednostki wbrew jej woli przed jej własnymi szkodliwymi czynami albo też świadczenie jej dobra nawet wtedy, gdy jednostka jest zdolna do świadomego i swobodnego wyboru. Słaby paternalizm polega na przymusowej ochronie jednostki, która nie jest zdolna do świadomego i swobodnego wyboru.

Paternalistyczne zastrzeżenia oponentów ustawy wyrażały się głównie w kwestionowaniu potrzeby całości ustawy bądź w dążeniu do rozszerzenia przymusowej hospitalizacji. Zaprzeczanie potrzeby prawnej regulacji ochrony zdrowia psychicznego ograniczało się do pojedynczych opinii. Opierały się one na przekonaniu, że moralne standardy i personalistyczne postawy polskich psychiatrów są najważniejszymi czynnikami gwarantującymi przestrzeganie praw pacjentów bądź też, że obowiązujące w Polsce przepisy m.in. o stanie wyższej konieczności umożliwiają przymusową hospitalizację, która jest w ogóle zjawiskiem rzadkim. Zdaniem tych oponentów nadużyć psychiatrycznych w Polsce nie było i w związku z tym psychiatrom ustawa nie jest potrzebna.

Paternalistyczna dążność do rozszerzenia medycznych przesłanek przymusowej hospitalizacji wiąże się m.in. z kwestionowaniem choroby psychicznej jako jednego z elementów trójczłonowej słownikowej definicji zaburzeń psychicznych na użytek ustawy. Termin "choroba psychiczna" jest jakoby niezgodny ze współczesnymi tendencjami klasyfikacyjnymi. Trzeba przyznać, że dziesiąta wersja międzynarodowej klasyfikacji chorób nie rozróżnia psychozy od nerwicy tak wyraźnie jak dziewiąta wersja, że rzadko posługuje się rzeczownikiem "psychoza", natomiast bardzo często przymiotnikiem "psychotyczne". Konsekwencją usunięcia "choroby psychicznej" z pojęcia "zaburzeń psychicznych" byłoby wprowadzenie określenia "zaburzenia psychiczne" w miejsce terminu "choroba psychiczna", która jest medyczną przesłanką przymusowej hospitalizacji w trybie nagłym.

Następna propozycja oponentów ustawy polega na uzupełnieniu społecznej przesłanki przymusowej hospitalizacji, mianowicie rozszerzenia istniejącego zapisu zagrożenia własnego życia o zagrożenie własnego zdrowia. Te dwie zmiany umożliwiłyby przymusową hospitalizację w trybie nagłym bardzo wielu osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi niezależnie od stopnia upośledzenia procesów myślenia, spostrzegania rzeczywistości, emocji, zdolności do podejmowania decyzji i zachowania co odpowiadałoby koncepcji bardzo silnego paternalizmu.

Przeciwko rozszerzaniu przesłanek przymusowej hospitalizacji w trybie nagłym przemawia: po pierwsze, dyrektywa poszanowania autonomii jednostki i wynikające z niej prawo do nietykalności osobistej, cielesnej oraz zasada zgodna, po drugie – względ terapeutyczny, to jest przekonanie, że świadoma zgoda na leczenie jest jednym z warunków efektywności postępowania terapeutycznego.

Zgodnie z tymi przesłankami, "ograniczenia autonomii i odstępstwo od zasady zgody powinno być dopuszczalne tylko wyjątkowo", gdy zachodzi nieunikniona konieczność podporządkowania autonomii jednostki dobrom wyższego rzędu. Taka konieczność może mieć miejsce wtedy, gdy osoby z niektórymi kategoriami zaburzeń psychicznych zagrażają szczególnie cennym dobrem, swojemu życiu lub życiu albo zdrowiu lub zdrowiu innych osób. Do tych kategorii zaburzeń psychicznych prof. Dąbrowski zalicza choroby psychiczne i psychozy dlatego, że po pierwsze jest bardzo prawdopodobne, że choroby psychiczne mogą poważnie upośledzać z jednej strony procesy myślenia, spostrzegania, emocji, dokonywania racjonalnych wyborów, a z drugiej poważnie zaburzać zachowanie dlatego, że po drugie – choroby psychiczne mogą powodować poważne upośledzenie zdolności do świadomego i celowego kierowania swoim postępowaniem, do krytycznej oceny przeżyć psychotycznych i potrzeby leczenia,

wypełniania zadań życiowych wynikających z wymogów społecznych. I wreszcie po trzecie dlatego, że bardzo prawdopodobne jest, że wymienione wyżej zmiany psychotyczne są wyrazem przejściowego czy trwałego ograniczenia autonomii chorego psychicznie.

Zarysowana tu koncepcja odpowiada pojęciu choroby psychicznej zawartemu w kodeksie karnym i cywilnym. Prof. Dąbrowski pisze, że zdaje sobie sprawę, iż przedstawiona koncepcja niewiele wnosi do rozwiązania specyficznego dylematu, który dzieli pragmatycznie zorientowanych zwolenników utilitaryzmu i przedstawicieli deontologizmu, że nie zbliża ona również do odpowiedzi na podstawowe pytanie, czy przymusowa hospitalizacja jest moralnie słuszna, czy zła. Wydaje mu się jednak, że może być przydatna w sporze co do moralnej wartości szerokich czy wąskich przesłanek przymusowej hospitalizacji.

Paradoks etyczny terapii psychiatrycznej polega na tym, że psychiatrzy muszą często ograniczać i tak już upośledzoną autonomię chorej jednostki aby uwolnić ją od patologicznych barier i ułatwić odnowę psychologicznej i fizycznej wolności.

Jeśli objawy psychotyczne są jakimś przejawem stopnia upośledzenia tej autonomii to wydaje się, że zewnętrzne ograniczenie wolności w formie przymusowej hospitalizacji jest tym bardziej uzasadnione, im głębiej upośledzona jest autonomia. A zatem, jeśli psychiatrzy muszą stosować leczenie wbrew woli, to powinni ograniczać się do chorych psychicznie. Jest to również paternalizm, który jest nieunikniony, jednakże nie jest to już silny, ale słaby paternalizm. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo panu doc. Czesławowi Czabale za odczytanie referatu prof. Stanisława Dąbrowskiego.

Proszę państwa w tej chwili ogłosić przerwę, która potrwa przynajmniej 15 minut. Myślę, że przynajmniej do 11.30. Zapraszamy państwa na kawę. Pracownicy Kancelarii Senatu wskażą państwu gdzie tę kawę można wypić, jeżeli ktoś nie wie. Spotykamy się wobec tego o 11,30. Dziękuję. Kawa jest piętro niżej w kularach, w sali senackiej.

(Przerwa w obradach od godz. 11 min 11)

(Po przerwie)

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Jesteśmy już spóźnieni nawet wobec nowego czasu. Mamy blok składający się aż z 7 referatów, więc w przybliżeniu 12–13 minut przypada na jeden referat i bardzo bym prosił państwa o trzymanie się tego limitu, żebyśmy mogli nasz program wyczerpać. Tym

bardziej, że jak sądzę, dyskusja będzie bardzo ciekawa, interesująca i pożyteczna. Dlatego właśnie warto dużo czasu poświęcić właśnie na dyskusję.

Bardzo proszę panią profesor Eleonorę Zielińską o wygłoszenie referatu pod tytułem "Ochrona praw pacjenta w nowo tworzonej polskiej ustawie prawnej". Bardzo proszę pani profesor.

Prof. Eleonora Zielińska:

Dziękuję bardzo za udzielenie mi głosu. Zrozumiałam, że czas wystąpienia został ograniczony i to właściwie prawie o połowę, więc będę robiła pewne wysiłki, żeby utrzymać się w tych granicach, a w każdym razie pominę może w związku z tym pewne kwestie wstępne, o których chciałam powiedzieć, mianowicie o pewnej nowej perspektywie patrzenia na prawa pacjenta jako szeroko rozumiane prawa człowieka, bo tu są sprawy, o których można porozmawiać na innej konferencji, przy innej okazji, a skoncentruję się może w tej chwili, na wykazaniu pewnych ogólnych światowych tendencji w zakresie ochrony praw pacjenta.

Ta tendencja jest stosunkowo nowa dlatego, że u nas o pacjentach oczywiście mówiono, ale nie używając słów "prawa pacjenta", mówiono w kontekście obowiązków lekarza. Oczywiście można również chronić prawa pacjenta, nakładając na lekarza określone obowiązki, ale tutaj wytworzy się pewna asymetryczność, bo pacjenci po prostu nieraz nie wiedzą jakie mają prawa, a jakie obowiązki lekarze. Lekarze natomiast mają przewagę informacji w tej kwestii. Ten ruch, jest więc ruchem ogólnoswiatowym ochrony praw pacjenta, jako takich. Może jest ruchem stosunkowo nowym, zapoczątkowany został, jak tu już nawet wspomniano, w latach 70-tych, w 60-tych właściwie. W roku 1968 była pierwsza deklaracja dotycząca praw pacjenta, osób upośledzonych umysłowo. Nie bez przyczyny akurat pierwsze deklaracje w tym zakresie dotyczyły osób upośledzonych umysłowo, bo ta kategoria pacjentów, jest w największym stopniu tak jak inne osoby niepełnosprawne, czy w ogóle osoby chore, narażone na nadużycie ich praw.

Ta deklaracja, o czym również wspomniano, co jest bardzo istotne, stała się oficjalnym dokumentem ONZ-towskim w 1971 roku. Pewne unormowania o charakterze międzynarodowym zostały zapoczątkowane przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, gdzie świadomość praw u pacjentów jest znacznie wyższa niż w innych krajach, również w krajach europejskich, gdzie roszczeniowość pacjentów jest nadzwyczajna i bardzo często w pewien sposób podsycana przez prawników.

Wśród dokumentów, które w jakimś sensie wpłynęły na uregulowania również europejskie, należy wspomnieć o karcie praw pacjenta z 1973 roku wydanej przez amerykańskie stowarzyszenie szpitali. Następnie wspomnieć tutaj można o prawach pacjenta w tak zatytułowanym zarządzeniu o charakterze federalnym, które dotyczy osób przebywających w zakładach opieki społecznej dla osób starszych lub niepełnosprawnych. Można też wspomnieć o pediatrycznej karcie praw pacjenta z 1975 roku wydanej przez Narodowe Stowarzyszenie Szpitali Dziecięcych.

W Europie ruch na rzecz praw pacjenta został zapoczątkowany deklaracją praw pacjenta wydaną przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Medyczne w Lizbonie w 1981

roku. Należy tutaj wspomnieć w kontekście tych inicjatyw również rezolucję Parlamentu Europejskiego Wspólnot, wtedy Europejskich, dotyczące europejskiej karty praw pacjenta z 1984 roku, czy też zaadaptowaną już nieco wcześniej, ale spopularyzowaną później, kartę praw pacjenta hospitalizowanego z 1979 roku.

Nie będę mówiła o inicjatywach Rady Europy w postaci różnych rekomendacji, ponieważ jest to przedmiotem oddzielnego referatu, jak również orzecznictwo organów Rady Europy w tym zakresie.

W Polsce przez wiele lat, nie wszyscy chyba sobie nawet tu w pełni uświadamiają, największym orędownikiem praw pacjenta były sądy, zwłaszcza sądy cywilne. Śledząc orzecznictwo sądów cywilnych, zwłaszcza z lat 70-tych, uderzające jest w jakim stopniu podkreślały te sądy autonomię pacjenta, potrzebę jego poinformowania, obowiązek uzyskania zgody i w pewien sposób rekonstruowały bardzo wątki i niekompletne ustawodawstwo, przesłanki otrzymywania przez pacjentów odszkodowań w sytuacji, kiedy dochodziło do niepowodzenia w leczeniu.

Jak już wspomniałam, ustawodawstwo było bardzo niepełne, wyrywkowe, niekompletne i akcentujące przede wszystkim właśnie obowiązki lekarzy czy innych członków personelu medycznego ewentualnie szpitali, natomiast nie eksponujące podmiotowości pacjenta w relacji do lekarza czy zakładu opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie pojęcia praw pacjenta do praktyki funkcjonowania społecznego, właściwie nastąpiło dopiero u schyłku lat 80-tych. Jak to określa jeden z promotorów tej idei dr Halik – nosiło charakter działań rodem z epoki oświeconego absolutyzmu. Mnie się wydaje, że jest to bardzo trafne określenie, bo jeżeli spojrzymy kto był inicjatorem różnych aktów ustawodawczych i aktów o charakterze deontologicznym w tym zakresie, zauważymy, że przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia. Wprowadzenie nie pasującego do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej rozdziału dotyczącego praw pacjenta czy przepisów dotyczących praw pacjenta było inicjatywą Ministerstwa Zdrowia. I z tego sobie należy zdać sprawę. Zostało to jak gdyby odgórnie wprowadzone.

Należy również wspomnieć o tym, że w kodeksie etyki lekarskiej z 1991 roku, rozdział "Prawa pacjenta", wprowadzono z inicjatywy Naczelnej Izby Lekarskiej Ten kodeks był lepszy lub gorszy, ale faktem jest, że tam zostało to umieszczone. No i wreszcie ta inicjatywa odgórna wychodziła nieraz od grup lekarzy. Przykładem chociażby jest ten projekt ustawy psychiatrycznej. To właściwie lekarze–psychiatrzy cały czas konsekwentnie dążą do wydania tej ustawy.

Przyczyny tego odgórnego, a nie oddolnego tworzenia gwarancji prawnych praw pacjenta, czy gwarancji deontologicznych, bo nie zawsze musi być wydany w tym zakresie przepis prawny i często zasady etyczne–deontologiczne byłyby wystarczające dla unormowania tej sytuacji, są bardzo oczywiście złożone. Wynika to przede wszystkim z niskiego stopnia świadomości i wiedzy osób będących pacjentami o przysługujących im prawach. Łączy się to również z niewielką skłonnością, jak dotychczas, pacjentów w Polsce do stowarzyszania się dla obrony swoich interesów, jak dotychczas, należy podkreślić, gdyż ostatnio obserwujemy bardzo silne ruchy na rzecz, na przykład obrony praw pacjenta dziecka, zwłaszcza w szpitalu.

Obserwujemy w tej chwili całą akcję, zresztą spopularyzowaną przez gazety, "rodzić po ludzku" na rzecz właściwych warunków przebywania pacjentek w szpitalach położniczych. Są również pewne inicjatywy terytorialne, na przykład karta praw pacjenta w Poznaniu, nie mówiąc o dużym zaangażowaniu organizacji pozarządowych od dłuższego już czasu. Najlepszym tego przykładem jest Komitet Helsiński, promocje w popularyzacji praw pacjenta, a dowodzą tego liczne publikacje, które może nie są tutaj upowszechnione, ale są tłumaczeniami zarówno rekomendacji Rady Europy, jak i opracowaniami własnymi Komitetu Helsińskiego, robionymi na ich zamówienie przez wielu specjalistów.

W związku z taką sytuacją, bardzo często przepisy prawne wyprzedzały w dużym stopniu nie tylko poziom uświadomienia społeczeństwu istnienia czy wprowadzenia dalszych lub spopularyzowania istniejących rozwiązań ustawowych, ale również wyprzedzały powstanie infrastruktury instytucjonalnej, która działałaby na rzecz faktycznego egzekwowania, ochrony praw i popularyzacji również tych praw.

W związku z tym wystąpił jeszcze jeden paradoks, na który chciałabym zwrócić uwagę. Przede wszystkim, wprowadzenie idei praw pacjenta do świadomości społecznej było działalnością odgórną, głównie środowisk medycznych. Z drugiej jednak strony można zauważyć pewien opór innych środowisk medycznych przed wprowadzaniem i popularyzacją tych praw pacjenta. Niewielu lekarzy i to jest fakt, który obserwuję na przykład w sądach lekarskich, patrzy na próbę kodyfikacji praw pacjenta jako na podstawę w miarę klarownej konstrukcji regulacji, dotyczących zawiłych stosunków pomiędzy leczącym a chorym. Regulacji, która pozwala na uniknięcie wielu konfliktów występujących w codziennej praktyce lekarza. Regulacji, która pozwala właściwie ustawić pacjenta w stosunku do zakładu opieki zdrowotnej. Bardzo często te wszelkie katalogi, karty praw pacjenta, ich promocje, są traktowane jako swoisty przejaw braku zaufania do decyzji diagnostycznych i terapeutycznych lekarzy oraz do sposobu traktowania pacjentów przez pracowników medycznych.

Ponadto niektórzy lekarze widzą w tych unormowaniach ukryte bodźce do nadmiernych roszczeń pacjentów oraz wszczynania w ten sposób konfliktów z lekarzami. Tym można tłumaczyć pewną istotną rezerwę części środowiska lekarskiego do poczynań, które mają na celu właśnie wypromowanie karty praw pacjenta, aczkolwiek zaznaczam tylko części, gdyż jestem świadkiem dokonujących się przemian w tym zakresie. Obserwuję na przykład wydawanie regulaminów szpitalnych, które w bardzo szerokim zakresie uwzględniają problematykę praw pacjenta. Jest to więc proces postępujący.

W każdym razie jest jeszcze pewna rezerwa ze strony środowiska lekarskiego i być może wpływa to również na fakt, że nie są popierane prace nad umocowaniem instytucjonalnym rzecznika praw pacjenta, który reprezentowałby interesy pacjenta wtedy, kiedy on sam nie może ich reprezentować z uwagi na pewne uwikłania terytorialne z lekarzem go leczącym czy grupą lekarzy leczących.

Zanim poruszę jednak sprawę instytucji zajmujących się ochroną praw pacjenta i prawnych środków ich dochodzenia, chciałabym wymienić te prawa pacjenta, które znalazły już wyraźne potwierdzenie w nowo tworzonych uregulowaniach prawa pozytywnego, czy też w uregulowaniach deontologicznych. Nie wiem czy istnieje potrzeba wymieniania tych wszystkich praw. Może w skrócie państwu uświadomię dlaczego?

Dlatego, że w tym punkcie mojego wystąpienia będę mówiła o tym czego w ustawie psychiatrycznej nie ma, a jest gdzie indziej.

Uważam, że nie powinno się pewnych rzeczy powtarzać w ustawach, które dotyczą pewnej grupy chorych, jak w ustawach psychiatrycznych na przykład, jeżeli już to zostało zagwarantowane gdzie indziej. Prowadzi to – być może do większej jasności, jeżeli chodzi o unormowania, ale taką funkcję powinny pełnić katalogi praw, które zbierają wszystkie rozsypane w różnych aktach ustawodawczych prawa czy rekomendacje i te katalogi, czy karty praw pacjenta, potrafią uświadomić pacjentowi całość przysługujących mu uprawnień. Natomiast jestem przeciwna powtarzaniu pewnych unormowań już zawartych w innych ustawach. Prowadzi to do pewnego zamieszania i braku wiedzy, że czegoś gdzieś jeszcze należy szukać, bo wydaje się, że już tu wszystko jest, co nie jest oczywiście prawdą, bo żadna ustawa nie jest w stanie uregulować wszystkiego.

Jeżeli chodzi o ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, bo ta ustawa ma największe znaczenie w procesie ustawowej regulacji praw pacjenta, zostało zagwarantowane:

- prawo do świadczeń zdrowotnych, odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej,
- wymóg zgody pacjenta na określone świadczenia udzielane po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
- prawo do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia,
- prawo dostępu do dokumentacji medycznej,
- prawo poszanowania intymności, godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- prawo do umierania w spokoju i godności,
- prawo do tajemnicy medycznej w odniesieniu do pacjenta przebywającego w szpitalu,
- prawo do opieki pielęgnacyjnej przez osobę bliską lub przez inną wskazaną osobę,
- prawo do kontaktu telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
- prawo do opieki duszpastreskiej.

Te prawa zagwarantowane w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej w kodeksie etyki lekarskiej bardzo często zostały zmodyfikowane, uzupełnione i powtórzone.

Moim zdaniem błędem natomiast jest tendencja do powtarzania również tych praw w ustawie o zawodzie lekarza. Oczywiście adresat być może jest tutaj inny, może niefortunne jest umieszczenie tych praw pacjenta właśnie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej ponieważ to może sprawiać wrażenie, że one obowiązują tylko w odniesieniu do pacjenta, który jest pod opieką zakładu opieki zdrowotnej, a leczonego prywatnie – nie. To jest oczywiście nieprawda, niemniej wymaga to pewnego uporządkowania. Sądzę, że generalna zasada powinna być taka, iż nie należy powtarzać pewnych unormowań jeżeli one już obowiązują.

W związku z tym, chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na trzy elementy tych unormowań. Przede wszystkim te unormowania ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w części bardziej powtarzają już zasady zagwarantowane wcześniej, czyli zasady powszechnie uznawane przez sądy karne i cywilne, i w drodze orzecznictwa, w drodze komentarza naukowego uznawane i upowszechniane, niż wprowadzają jakieś nowe uregulowania, na przykład dotyczy to całej problematyki zgody.

Natomiast nowym uregulowaniem na przykład jest prawo wglądu do dokumentacji medycznej. Wprawdzie ustawa mówi, za pośrednictwem lekarza, co jest określeniem wieloznacznym, ale można przyjąć interpretację, że to pośrednictwo lekarza ma na celu ułatwienie zrozumienia dokumentacji medycznej. Tak należałoby chyba to interpretować, a nie chodzi o to, że pośrednictwo ma polegać na selekcjonowaniu informacji.

Po drugie inny jest stopień szczegółowości tych przepisów, które zawarte są w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej w odróżnieniu od dawniej obowiązujących przepisów, regulujących te kwestie. Dotyczy to zwłaszcza zgody, czego ten obowiązek poinformowania w rzeczywistości ma dotyczyć.

Po trzecie kładzie się w tej ustawie większy nacisk, aczkolwiek jeszcze ciągle niedostateczny, na procedurę dochodzenia tych spraw. I to jest bardzo istotny element, który powinien wracać i zostać wzmocniony, a mianowicie te procedury dochodzenia praw. Bo co z tego, że jest gwarancja praw i że prawa są na papierze, a nie ma procedur dochodzenia ich, nie ma możliwości ochrony.

To jest ta charakterystyka. Jeszcze raz zwracam uwagę, że jest to nowe ujęcie, że mówi się w tej chwili nie o obowiązkach lekarza czy innych pracownikach medycznych, lecz o prawach pacjenta.

Jeżeli można to zwrócę uwagę na kilka elementów, które wydają mi się bardzo istotne i mają już bezpośredni związek z ustawą psychiatryczną.

A mianowicie, co nowego ustawa psychiatryczna wniosła do dziedziny praw pacjenta przy założeniu, że nie powtarza pewnych rzeczy, których powtarzać nie musi.

I tutaj zwrócę uwagę na rzecz, którą już sygnalizował pan poseł Marek Balicki, a mianowicie na szczególne usytuowanie osoby, która jest chora psychicznie, a nawet więcej ustawa mówi o osobie ubezwłasnowolnionej, która jednak może zająć stanowisko co do sposobu leczenia, ma zdolność, jak tu się mówi, do wyrażenia stanowiska w swojej sprawie, czyli może świadomie wyrazić zgodę.

Na to chciałabym zwrócić uwagę w szczególności dlatego, że dotychczas w ustawodawstwie polskim problem zgody. to znaczy do czasu wejścia ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, był właściwie bardzo źle postawiony. Dlatego, że oczywiście można wywieść konieczność uzyskania zgody pacjenta na każdą interwencję medyczną zgodnie z art. 87 Konstytucji, który gwarantuje obywatelom nietykalność osobistą, oczywiście ten wymóg zgody uzyskał potwierdzenie w orzecznictwie sądów cywilnych i w orzecznictwie sądów karnych.

Jednakże wiem, iż w ustawie na przykład o zawodzie lekarza sformułowanie zgody prowadziło wielokrotnie do wielu nieporozumień. Na przykład w art. 17 ustawy o zawodzie lekarza, która zresztą obowiązuje do chwili obecnej. Mówi się jedynie o zgodzie

na zabieg operacyjny, co może sugerować, że poza zabiegiem operacyjnym na innego rodzaju czynności i świadczenia medyczne zgody otrzymywać nie trzeba. Poza tym w art. 17 tej ustawy mówi się, to się wiąże bezpośrednio z osobami z zaburzeniami psychicznymi, że jeżeli chodzi o przeprowadzenie zabiegu operacyjnego u osoby małoletniej lub dotkniętej chorobą psychiczną lub niedorozwojem psychicznym, wymagana jest zgoda ustawowego przedstawiciela bądź faktycznego opiekuna.

Należy podkreślić, że ten przepis ustawy o zawodzie, doprowadzi do dużego zamieszania pojęciowego, bowiem bardzo często w praktyce był rozumiany, jako sugerujący, że chorzy psychicznie są pozbawieni prawa do podejmowania decyzji w sprawach leczenia.

Tutaj oczywiście należy podkreślić, że ustawodawstwo polskie nigdy nie przewidywało i nie przewiduje utraty zdolności do składania oświadczeń woli przez osoby psychiczne i dopiero postępowanie sądowe w przedmiocie ubezwłasnowolnienia prowadzi do ustanowienia opiekuna prawnego, który działa w imieniu i na rzecz osoby ubezwłasnowolnionej, w tym również składa w jej imieniu oświadczenia woli.

Jednak słusznie podnoszoną w literaturze cywilistycznej, niejasną kwestią jest, czy zakres umocowania opiekuna prawnego obejmuje również decyzje w taką osobistych, intymnych sprawach, jak poddanie leczeniu.

Można powiedzieć, że dużym osiągnięciem Ustawy psychiatrycznej w moim przekonaniu jest to, że również w przypadku pacjenta, który jest ubezwłasnowolniony, a jednak jest zdolny do wyrażenia opinii, zajęcia stanowiska wymaga się tutaj zgody.

Wprawdzie wymaga się zgody, tak zwanej równoległej, to znaczy nie zastępuje to zgody przedstawiciela ustawowego czy opiekuna faktycznie, jednakże w sytuacji rozbieżności stanowisk decyduje sąd. Jest to więc procedura w moim przekonaniu słuszna i należy podkreślić jej znaczenie, aczkolwiek z pewnym zastrzeżeniem. Dlatego, że o tej sytuacji, o tym uregulowaniu mówi się tylko w odniesieniu do pacjenta, który ma być przyjęty do szpitala, ewentualnie leczony po przyjęciu do szpitala bez jego zgody.

W związku z brakiem takiego unormowania Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jasne jest, że wchodzi jak gdyby bardziej szczegółowe przepisy tej ustawy. Jeżeli stanie się ona prawem obowiązującym ustawy psychiatrycznej to powstaje pewien problem co się dzieje w sytuacji, kiedy pacjent został przyjęty do szpitala za swoją zgodą, a chodzi o pacjenta ubezwłasnowolnionego. Czy w takiej sytuacji, mają moc prawną również te przepisy dotyczące jego zgody równoległej, w przypadku kiedy jest zdolny do wyrażenia zgody, zajęcia stanowiska w sprawie?

Wątpliwości te pomnaża fakt, że w projekcie ustawy o zawodzie lekarza taka sytuacja nie jest przewidziana. Tam właściwie odmawia się pacjentowi ubezwłasnowolnionemu możliwości wyrażenia zgody równoległej, przekreśla się taką możliwość.

Mnie się wydaje, że to jest pewne niedopowiedzenie, które należałoby projektując i pracując nad projektem Ustawy o zawodzie lekarza zsynchronizować z przepisami ustawy dotyczącej ochrony zdrowia psychicznej tym bardziej, że jeszcze powstaje pewna wątpliwość w odniesieniu do małoletnich.

Będzie jeszcze okazja do wyrażenia innych uwag związanych z tym problemem.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo.

Przepraszam muszę powtórzyć.

Dziękuję bardzo pani profesor Eleonorze Zielińskiej za wygłoszenie referatu "Ochrona praw pacjenta w nowo tworzonej polskim systemie prawnym".

Pani profesor, w trakcie pani referatu, doszliśmy do wniosku z panią Marszałek Kuratowską, że bardzo chętnie byśmy panią profesor zaprosili na śródowe posiedzenie Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej, gdzie ta ustawa będzie omawiana i pani (głos poza mikrofonem) opinie byłyby bardzo przydatne.

Czy moglibyśmy liczyć na przyjście pani profesor, (głos z sali o 11), o 11, piętro niżej?

Dziękuję bardzo.

Proszę pana profesora Andrzeja Piotrowskiego o wygłoszenie referatu pt. "Paternalizm w psychiatrii".

Prof. Andrzej Piotrowski:

Dziękuję Pani Marszałek.

Panie Senatorze! Szanowni Państwo!

Mój znakomity kolega profesor Dąbrowski w swoim tekście przedstawionym przez pana docenta Czabałę, mówił wiele o paternalizmie, nie wiedziałem o tym i w związku z tym dokonałbym pewnych skrótów tak, aby państwa nie zanudzić, wykorzystując także i to, że organizatorzy byli uprzejmi powielić definicję paternalizmu i wobec tego nie będą się zajmował paternalizmem twardym ani miękkim. Mówię tutaj wyłącznie o paternalizmie i to w aspekcie kontaktu pacjent–lekarz, a także pacjent–instytucja lecząca.

Ponieważ jest tak, że jeśli się mówi o paternalizmie w psychiatrii, to zawsze tych aspektów się dotyka.

Kontakt pacjent–lekarz służy tym bardziej celom leczenia im bardziej jest on na tych celach skoncentrowany, a także im bardziej lekarz i pacjent są w takich celach zgodni.

Kontakt pacjent–lekarz w psychiatrii różni się od kontaktu pacjent–lekarz w innych specjalnościach medycznych tym, że cel przyjęcia i ewentualnie potem leczenie tak, jak widzi ten cel lekarz, jest przez pacjenta częstokroć odrzucany.

Zetknięcie się pacjenta z lekarzem w sytuacji na przykład przyjęcia ma charakter dość przypadkowy, pacjent nie wybiera tego lekarza. I jakość kontaktu, jaki w tejże izbie przyjęć zaistnieje będzie zależał od co tego ze swej strony pacjent i lekarz wnoszą. A

wnoszą między innymi własne cechy osobowości, u pacjenta te, które poprzedzały wystąpienie u niego na przykład objawów psychotrycznych, objawów choroby psychicznej, a u lekarza także te cechy, które go charakteryzują, a spośród nich najistotniejsze dla tej sytuacji przyjęcia byłoby coś takiego, jak skłonność do angażowania własnego czasu, stopień prezentowanej wobec pacjenta auterytarności i jeszcze wiele innych.

Wśród chorych z objawami choroby psychicznej wydaje się, że można wyodrębnić cztery grupy.

Pierwszą z nich stanowią pacjenci, którzy w czasie przyjęcia i w początkowym okresie leczenia ujawniają nasilone objawy choroby psychicznej i często odrzucają propozycję przyjęcia, a potem leczenia.

Wielu z tych pacjentów nie uznaje tego, co lekarz uznaje za leczenie i jest raczej skłonny sytuację przyjęcia i potem leczenia postrzegać jako rodzaj kary za niepopelnione winy lub na przykład celowe poniżenie.

W tej sytuacji postawa lekarza jest z konieczności ekstremalnie paternalistyczna zwłaszcza gdy pacjent jest niebezpieczny dla siebie bądź innych.

W tej sytuacji i lekarz pełni obok przypisanej roli medycznej jednocześnie częstokroć rolę agenta kontroli społecznej. Działa tak, aby ustrzec pacjenta przed podjęciem niebezpiecznych dla niego i innych działań, nie bierze pod uwagę protestów i często stosuje przymus.

Lekarz wbrew pacjentowi określa to co dla pacjenta jest dobre, w tym przypadku może chodzić o doprowadzenie do przyjęcia bez zgody, z tym że tak pojmovanym dobrem może być nie co innego, jak stosowanie w tych przypadkach przymusu.

Przeżycie takiej sytuacji jest dla pacjenta zawsze traumatyzujące. Stopień tej traumatyzacji jednakże w znacznej mierze zależy od tego co lekarz umie i jak znajdzie się w trudnej dla obu przeciw stron sytuacji.

Tego rodzaju sprawy dotyczą art. 25 i 23 ustawy oraz także artykuł dotyczący przymusu bezpośredniego. Psychiatrzy nie różnią się między sobą w poglądach i w postawach jeśli chodzi o tego rodzaju sytuacje. Przyjęcie i podjęcie leczenia bez zgody jest uznawane za konieczne.

Jednocześnie jednak to co się dzieje w takiej sytuacji powinno być zawsze dla pacjenta jak najmniej uciążliwe i dolegliwe. Oczywiście także i tych sytuacji dotyczy art. 12 ustawy. Sformułowanie artykułu oddaje pojęcie znane w wielu ustawach dotyczących postępowania psychiatrii, jako najmniej obciążająca alternatywna, albo najmniej restrykcyjna alternatywa.

Drugą grupę chorych stanowią chorzy ujawniający objawy psychotryczne, ale nie stanowiący mimo istnienia tych objawów niebezpieczeństwa dla innych lub siebie. Psychiatra w tego rodzaju przypadkach stoi przed rozwiązaniem dylematu, w jakim stopniu jest uprawniony decydować za pacjenta. Eksponując to, co uważa dla pacjenta za dobre stara się nakłonić go do zgody na przyjęcie i leczenie, gdy pacjent na tego rodzaju propozycje nie wyraża zgody.

Ustawa nie przewiduje w takich przypadkach przyjęcia bez zgody mimo istnienia objawów choroby psychicznej, przykładem może tu być stan hypomaniakalny.

Pacjent nie stanowi tutaj z uwagi na swój stan bezpośredniego zagrożenia, ale postępowanie i działanie, jakie podejmuje mogą prowadzić do istotnych szkód dla samego pacjenta, jak i na przykład członków ich rodziny. Przykładowo może tu wchodzić w grę podejmowanie nieodpowiedzialnych decyzji finansowych, hazard, skłonność do przypadkowego współżycia seksualnego.

Można zauważyć, że tego rodzaju zachowania zdarzają się ludziom psychicznie zdrowym, powodując najczęściej brak aprobaty osób im bliskich, które to osoby jednak najczęściej nie są skłonne dopatrywać się objawów choroby psychicznej u członka swojej rodziny.

Jakkolwiek psychiatra może być przekonany, że leczenie zmieniłoby w pożądanym sposobie stan psychiczny, stany podobne nie dają uzasadnienia do przyjęcia pacjenta bez jego zgody. Psychiatra opierając się o ustawę nie będzie jednakże bezradny, może mieć miejsce wystąpienie do sądów w trybie art. 29 na wniosek członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

Psychiatrzy obecnie, przed wejściem, w życie ustawy, różnią się pomiędzy sobą w kwestii celowości uzasadnienia przyjęcia i leczenia bez zgody.

Część psychiatrów o wysokim raczej indeksie paternalizmu będzie skłonna wierzyć, że przyjęcie i leczenie, także bez zgody, w tego rodzaju przypadkach powinno mieć miejsce.

Poglądy takie znalazły swoje odbicie w cytowanych już tutaj wypowiedziach zamieszczonych w "Gazecie Wyborczej" z ostatniej soboty.

Wiadomo jednak, że wyniki leczenia są tym lepsze im mniej ze strony pacjenta jest sprzeciwu wobec oferty przyjęcia go do oddziału szpitalnego i podjęcia leczenia.

Trzecią kategorię chorób z objawami psychotycznymi stanowią tacy, którzy mimo istnienia objawów psychotycznych akceptują przyjęcie i leczenie rozeznając to co jest im oferowane. Ta grupa chorych w ostatnich latach stale się powiększa.

Czwartą grupę chorych stanowią pacjenci niezależnie od tego, czy istnieją u nich objawy psychotyczne, czy też nie, którzy nie są w stanie rozeznaczyć swojej sytuacji, ani też ocenić tego, co ich w danym momencie dotyczy, albo może dotyczyć. Chorzy ci nie mają dostatecznej orientacji w miejscu, czasie, i otoczeniu lub też to osoby z otępieniem.

Podniesienie do tej grupy chorych wykazujących się wysokim stopniem bezradności paternalistyczna postawa lekarza wydaje się być w pełni uzasadniona.

Paternalizm może manifestować się także w toku pobytu i leczenia, które pacjent akceptuje, chociaż wolałbym to leczenie kontynuować raczej po wypisaniu ze szpitala.

Jest jednak zbyt zależny, aby tego żądać i nie przeciwstawia się opinii lekarza. Może zdarzyć się, że lekarz psychiatra chce pełnego ustąpienia objawów psychotycznych, choć ich utrzymywanie się poza szpitalem nie odbijałoby się niekorzystnie na pełnieniu przez pacjenta roli w rodzinie i umożliwiałoby powrót do pracy.

Lekarz wartościując wyraźnie paternalistycznie uznaje, że korzyść jaką pacjent może wynieść z ustąpienia objawów przewyższa korzyść, jaką miałby pacjent podejmując rolę w rodzinie. Z drugiej strony jednak wiadomo powszechnie, że więzi w rodzinie w miarę trwania hospitalizacji ulegają osłabieniu, a także chęć powrotu do pracy. Nawet gdyby opóźnienie tego powrotu mogło wiązać się z zagrożeniem utraty pracy.

Leczenie w warunkach poza szpitalnych aby było efektywne, wymaga pełnej akceptacji tego co lekarz pacjentowi zaleca, mimo utrzymywania się objawów choroby psychicznej. I stopień zależności pacjenta w takiej sytuacji jest znacznie większy.

Jeśli kontakt terapeutyczny nie został w dostatecznym stopniu nawiązany, leczenie nie będzie skuteczne, a za tym i cele zamierzone nie będą realizowane.

Dotychczas starałem się zarysować paternalizm w relacji indywidualnej pacjent-lekarz leczący.

Można jednak mówić także o paternalistycznym charakterze instytucji leczącej. Cechy takie zdaje się mieć szpital psychiatryczny lub oddział psychiatryczny. Można je dostrzec w organizacji i w regulaminie odnoszącym się do wszystkich lub większości chorych, także tych, którzy nie stanowią zagrożenia dla innych bądź siebie.

Zapewnienie bezpieczeństwa chorym i zabezpieczenie ich przed działaniem różnorodnych stresów, jakie mogą docierać ze środowiska pozaszpitalnego można uzasadniać zdaniem zarządzających szpitalem kontrolę korespondencji, ograniczanie kontaktów z osobami odwiedzającymi tylko do najbliższych członków rodziny, nie udostępnianie telefonów, a także niezezwalanie na korzystanie z prywatnej odzieży, a także może na przykład oznaczać racjonalizację pod hasłem "terapia zajęciowa", a w istocie chodzić będzie w tych przypadkach o wykonywanie pracy na rzecz szpitali, często charakteryzującej się de facto wyzyskiem.

Wiele innych tego typu sytuacji określać może regulamin lub też szereg stereotypów utrwalonych już w obrębie samej instytucji leczącej.

Szereg przepisów ustawy ma wyeliminować te stereotypy i ograniczenia tam gdzie one jeszcze istnieją. Są one uzasadniane nie inaczej jak dla dobra chorych, bo czymże innym jest zapewnienie chorym maksimum bezpieczeństwa.

W istocie jednak chodzi tu raczej o zapewnienie komfortu personelowi i koniecznego z punktu widzenia instytucji utrzymania porządku.

Wieloletni pobyt w szpitalu, co zdaje się być paradoksalne, prowadzi do wytworzenia się u pacjenta, w zależności od instytucji leczącej, stanu nazwanego nerwicą instytucjonalną. Może ona być postrzegana, jako przejaw krańcowej postaci paternalizmu.

Chory, albo inaczej pacjent podporządkowuje się instytucji i regulaminowi, zgadza się z tym wszystkim, przeciwko czemu niegdyś protestował, zgadza się, że lekarz leczący wie co jest mu najbardziej potrzebne.

Paternalizm w szpitalach psychiatrycznych jest zjawiskiem dziewiętnastowiecznej psychiatrii. Wtedy zadaniem szpitala było nie tyle leczenie, choć pacjentów już wówczas uznano za chorych, wcześniej jak wiadomo, to znaczy w wieku XVIII w ówczesnych azylach przebywali raczej ludzie w cudzysłowie "opętani". Ale to co stało się w wieku XIX,

iż osoby chore psychicznie nazwano odtąd chorymi, to celem dodatkowym była izolacja i powierzenie szpitalowi funkcji kontrolnej czyli zabezpieczenia zdrowych przed jednostkami nieodpowiedzialnymi i często w odczuciu społecznym groźnymi.

Budowano wówczas szpitale, najczęściej na obrzeżach dużych miast lub znacznej od nich odległości. W Polsce, w tych wielkich szpitalach do dziś leczona jest przeważająca większość chorych, mimo że w drugiej połowie XX wieku leczenie stało się często skuteczne. Z biegiem lat, jeśli założenia ustawy będą realizowane, szpital psychiatryczny i leczenie szpitalne powinny w ogóle stracić swoją centralną rolę w systemie lecznictwa psychiatrycznego. Temu służyć ma wpisany do ustawy rozwój sieci pozaszpitalnych jednostek lecznictwa. Ustawa opiera się na założeniach psychiatrii środowiskowej, czyli zakłada, że leczenie powinno być prowadzone zawsze, gdy to możliwe, bez odrywania pacjenta od jego własnego środowiska, zwłaszcza środowiska rodzinnego. Oznaczać to będzie także znaczne zawężenie pola dla paternalizmu.

Sytuacja ekonomiczna kraju w najbliższych latach na pewno nie pozwoli na eliminację wielkiego szpitala psychiatrycznego z sieci jednostek lecznictwa. Stało się to już wiele lat temu we Włoszech na drodze administracyjnej. Nie oznacza to jednak, że tego rodzaju rewolucyjne rozwiązania można akceptować bez zastrzeżeń. Ale przewidywać można, że o ile ustawa będzie wdrażana, to rola szpitala psychiatrycznego, tej instytucji, z którą wiąże się paternalizm w swojej najczystszej postaci, będzie malała. Dziękuję.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo panu prof. Piotrowskiemu.

Proszę pana prof. Stanisława Pużyńskiego o wygłoszenie referatu pt. "Etyczne i prawne problemy terapii osób chorych psychicznie w świetle postanowień międzynarodowych".

Prof. Stanisław Pużyński:

Pani Marszałek, Panie Senatorze, Szanowni Państwo!

Ze względu na błyskawiczny upływ czasu muszę bardzo radykalnie skrócić to swoje wystąpienie. Nie wiem, na szczęście czy na nieszczęście, państwo otrzymaliście również w materiałach pełną wersję tego referatu. Stąd myślę, że pominięcie niektórych stron okaże się możliwe.

Pojawienie się leków psychotropowych zrodziło szereg problemów etycznych i prawnych, z którymi nie stykali się poprzednio lekarze psychiatry. To nowe zagadnienie wiąże się zarówno ze specyfiką zaburzeń psychicznych z typowymi i niecodziennymi sytuacjami, w jakich znajduje się pacjent lecznictwa psychiatrycznego, jak również ze szczególnymi właściwościami, które wykazują leki psychotropowe.

Zwraca na to uwagę 29 Sesja Walnego Zgromadzenia Światowej Federacji Medycznej, w której podkreślono, że używanie leków psychotropowych nie jest tylko problemem medycznym, lecz złożonym fenomenem społecznym. Leki te należy ordynować z najwyższą ostrożnością, w istotnych wskazaniach lekarskich, mając na

uwadze poważne niebezpieczeństwa, jakie wiążą się z używaniem tej grupy środków. Uchwała ta zobowiązuje lekarzy do informowania społeczeństwa o niebezpieczeństwie związanym z nie kontrolowanym stosowaniem leków psychotropowych.

W miarę upływu czasu, a ściślej już po kilku latach, zaszła potrzeba sprecyzowania zasad stosowania omawianej grupy leków, określenia uprawnień lekarza, który je ordynuje i praw chorego, który je ma przyjmować.

Jedną z prób określenia ogólnych zasad w skali międzynarodowej była Deklaracja Hawajska, uchwalona przez walne zgromadzenie Światowej Federacji Psychiatrycznej w 1977 r., zmodyfikowana i zatwierdzona przez podobne zgromadzenie Federacji w Wiedniu w 1983 r.

Deklaracja Hawajska i uchwalone wcześniej, bo to był rok 1964, a następnie 1975, pierwsze wersje Deklaracji Helsińskiej wywarły istotny wpływ na kształtowanie zasad etycznych i prawnych psychofarmakoterapii. Znalazły odbicie w kodeksach deontologicznych i ustawach dotyczących ochrony zdrowia psychicznego i praw osób chorych psychicznie, uchwalanych przez parlamenty niemal wszystkich państw europejskich. Dokumenty te gwarantują prawo pacjenta do uzyskiwania informacji o swoim zdrowiu i planowanym leczeniu, zobowiązują lekarzy do uzyskiwania świadomej zgody pacjentów na leczenie. Dokładnie określają kiedy takie leczenie może być stosowane bez zgody pacjenta. Gwarantują możliwość odwołania się do właściwej władzy, jest to zwykle sąd, od decyzji o zastosowaniu przymusu, w tym przymusu leczenia. Również najnowsza wersja polskiej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego uwzględnia wymienione zasady i gwarancje.

Wieloletnie doświadczenia dowodzą, że zapisy zawarte w regulacjach prawnych i kodeksach deontologicznych, z natury rzeczy wyrażane w sposób ogólny i zwięzły, nie chronią w sposób należyty praw chorych.

Sytuacja ta skłoniła Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych na 46. sesji do podjęcia w dniu 17 grudnia 1991 r. rezolucji nr 119 w sprawie zasad ochrony osób chorych psychicznie i poprawy psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Sprawie leczenia poświęcono w rezolucji wiele miejsca, mianowicie zasady: 8, 9, 10 i 11. I niestety czas nie pozwoli na bliższe omówienie tych zasad. One są przytoczone, te najważniejsze, w opracowaniu, które państwo otrzymali w materiałach. Zasady dokładnie precyzują m.in. zakres działań leczniczych, które mogą być podejmowane wobec chorych niezdolnych do świadomego wyrażania zgody oraz określają ich prawa. Zakres i rozmiar tego opracowania uniemożliwia analizę węzłowego, omawianego tutaj pojęcia "świadoma zgoda", której wyrażanie przez osoby chore psychicznie budzi niekiedy wątpliwości części prawników. Psychiatryzy zwracają zaś uwagę na trudności, które mogą pojawiać się w praktyce klinicznej w rozstrzygnięciu, czy pacjent jest zdolny do wyrażenia takiej zgody i kiedy jest ona ważna.

Do problemu leczenia osób przymusowo umieszczonych w zakładach psychiatrycznych nawiązuje art. 5 rekomendacji nr 83 Komitetu Ministrów Rady Europy, który zaleca co następuje:

– pacjent przymusowo umieszczony w szpitalu ma prawo do leczenia wg takich samych zasad etycznych i wiedzy medycznej, jak każda inna chora osoba, oraz w

porównywalnych warunkach. W szczególności ma prawo do otrzymania właściwego leczenia i opieki.

Formy leczenia, które nie są jeszcze powszechnie uznane przez naukę medyczną, lub stwarzają poważne ryzyko trwałego uszkodzenia mózgu lub niekorzystnych zmian osobowości pacjenta, mogą być stosowane tylko wtedy, gdy lekarz uzna je za niezbędne oraz jeśli pacjent po uzyskaniu informacji udzieli wyraźnie swej zgody. Jeśli pacjent nie jest w stanie zrozumieć natury podejmowanego leczenia, lekarz powinien przedstawić podstawy do podjęcia takiej decyzji odpowiedniemu, niezawisłemu organowi, określonymu przez ustawę, który powinien skonsultować się z przedstawicielem ustawowym pacjenta, jeśli tylko został on ustanowiony.

I wreszcie trzecia istotna zasada, mianowicie próby kliniczne produktów w danym przypadku leków lub terapii, nie mające celu terapeutycznego w leczeniu psychiatrycznym, powinny być zabronione w stosunku do osób poddanych przymusowemu leczeniu w szpitalu.

Badania kliniczne mające cel terapeutyczny w leczeniu psychiatrycznym, są natomiast przedmiotem uregulowań prawa krajowego.

Szczególnym problemem zasługującym na oddzielne omówienie są badania kliniczne nowych leków psychotropowych zarówno w drugiej, jak i w trzeciej fazie badań, jak również w toku ich rejestracji. Zagadnienie to zawsze wzbudzało wiele kontrowersji i ocen często zabarwionych emocjonalnie.

Skrajne stanowisko o niedopuszczalności takich badań u osób chorych psychicznie, wynikające z tragicznych doświadczeń, których dostarczyła medycyna hitlerowska, nie jest obecnie szerzej akceptowane, co wynika z oczywistej potrzeby rozwoju psychofarmakoterapii, która radykalnie zmieniła obraz lecznictwa psychiatrycznego i los osób chorych psychicznie. Brak postępu w tej dziedzinie oznaczałby zahamowanie rozwoju psychiatrii.

Badania kliniczne leków psychotropowych u osób chorych psychicznie są obecnie prowadzone, ich metodologia doskonała. Jednocześnie są opracowywane i wdrażane coraz bardziej precyzyjne i surowe reguły etyczne i prawne takich badań. Obowiązują one zarówno lekarzy, jak również producentów. Reguły te nawiązują do zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej, uchwalonej przez Walne Zgromadzenie Światowej Federacji Medycznej w Helsinkach w 1964 r., którą modyfikowano – jak wspomniałem – na podobnych zgromadzeniach w Tokio, w Wenecji oraz w Hongkongu w 1989 r. Deklaracja ta dotyczy ogółu eksperymentów biomedycznych a więc i badań leków i zawiera ogólne zasady, które obowiązują przy prowadzeniu takich badań. I znowu, jeśli państwo pozwolą, ominę te zasady i odeślę państwa do opracowania, które jest w materiałach, bowiem chciałbym poruszyć kilka innych jeszcze problemów.

Deklaracja Helsińska wywarła przemożny wpływ na uściślenie zasad prowadzenia badań leków u człowieka, zwłaszcza zasad etycznych. Zasady te niemal w całości zostały włączone do polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Legły one u podstaw obowiązujących w Polsce od ubiegłego roku, opracowanych przez Wspólnotę Europejską zasad badania produktów medycznych znanych pod skróconą nazwą Good Clinical Practice (GCP).

Rozdział pierwszy zasad jest poświęcony ochronie praw osób, "na których prowadzone jest badanie i zobowiązuje do przestrzegania Deklaracji Helsińskiej, która musi być zarazem w całości znana" – to jest cytat – "i respektowana przez wszystkich biorących udział w prowadzeniu badań naukowych u człowieka". Czyni badaczy odpowiedzialnymi za dobro i zdrowie osób, na których prowadzone jest badanie. Zobowiązuje do zasięgnięcia opinii komitetów etycznych. Precyzuje zatem, jaki zakres informacji powinien być komitetom udostępniony. Pokażna część tego rozdziału jest poświęcona świadomej zgodzie na badania oraz prawom osób, na których badania są prowadzone.

Sprawą, która dotychczas nie doczekała się rozwiązania prawnego, a z punktu widzenia etycznego wzbudza liczne wątpliwości, jest problem stosowania placebo w badaniach klinicznych leków psychotropowych u osób chorych, tzn. wymagających aktywnej pomocy terapeutycznej. Regulacje prawne pomijają ten problem. Dotyczy on również kodeksów deontologicznych oraz deklaracji i uchwał międzynarodowych.

Jak wiadomo, głównym celem stosowania placebo, jest wykluczenie lub określenie niespecyficznego wpływu czynników związanych z procedurą każdego postępowania terapeutycznego, w danym przypadku stosowania leku. I co za tym idzie, uzyskanie rzetelnych dowodów, że badany preparat rzeczywiście wykazuje specyficzne działanie terapeutyczne. Przesłanki merytoryczne stosowania placebo są więc w pełni uzasadnione, szczególnie, że jak wynika z wieloletnich obserwacji, niektóre leki uchodzące za aktywne i skuteczne, okazały się środkami mało wartościowymi, których działanie lecznicze wiązało się głównie z efektem placebo. A cena tych leków była oczywiście wielokrotnie większa niż koszt wyprodukowania placebo.

W niektórych sytuacjach klinicznych, zwłaszcza w Stanach, w których oddziaływaniom psychoterapeutycznym i czynnikom związanym z sugestią przypada podstawowe lub duże znaczenie, pominięcie omawianej procedury mogłoby być źródłem fałszywych, pozytywnych wyników dezinformacji, strat materialnych., Dotyczy to m.in. części zaburzeń nerwicowych, niektórych zaburzeń snu, doznań bólowych, zwłaszcza mam na myśli tzw. ból idiopatyczny, zaburzeń procesów poznawczych, zwłaszcza pamięci. Stosowanie okresowe placebo w tych zaburzeniach, w toku badania nowych leków, na ogół nie budzi poważniejszych zastrzeżeń natury etycznej i prawnej, chociaż mogą się pojawiać tu różne zastrzeżenia i ograniczenia. Lekarz powinien odpowiedzieć na pytanie – czy wolno mu narażać pacjenta na dyskomfort związany z jego dolegliwościami. Jak długo taki dyskomfort może być utrzymywany? Jakie następstwa mogą wynikać z utrzymujących się zaburzeń? Czy nie wchodzi w grę alternatywne sposoby rzetelnej oceny nowego leku. Sprawa jeszcze bardziej komplikuje się, gdy w grę wchodzi zaburzenia depresyjne o dużym nasileniu – zaburzenia psychotyczne, nasilony lęk i niepokój. Sądzę, że stosowanie placebo w takich sytuacjach należy wyeliminować lub ograniczyć do minimum, w tym długość stosowania. Szczególnie że wpływ terapeutyczny czynników związanych z efektem placebo w tych stanach nie jest znaczny. A ponadto można tu wykorzystać do porównań leki standardowe o ustalonej pozycji terapeutycznej, nie pozbawiając chorego pomocy leczniczej.

Z procedurą placebo integralnie wiąże się problem informowania pacjenta o jego stosowaniu. Nie muszę uzasadniać, że przekazanie informacji, że pacjent zamiast leku

czynnego będzie przyjmować okresowo lub przez dłuższy czas substancję nieczynną, może wydawnie wpływać na wyniki terapii.

Pominięcie takiej informacji, jest – w moim przekonaniu – wprowadzeniem w błąd pacjenta, a więc nadużyciem. Dylemat bardzo trudno rozwiązywalny w praktyce.

Trudnym i wciąż nie rozwiązany problem jest sprawa dłuższej, bo zwykle co najmniej 2-tygodniowej przerwy w stosowaniu leków, tzn. okres wash out, poprzedzającej właściwą próbę kliniczną. W niektórych sytuacjach przerwa taka jest niezbędna ze względu na możliwość interakcji nowych kuracji z lekiem dotychczas stosowanym, potrzeba wykonania badań, na których wyniki wpływa stosowany lek. Należy też podkreślić, że przerwanie leczenia, zwłaszcza gdy stosowano je długo, może wywierać niekiedy dobroczynny wpływ na stan kliniczny pacjenta. Okoliczności te jednak nie usprawiedliwiają pozostawiania bez leków chorych, u których są istotne wskazania do terapii. Postępowanie takie byłoby niczym innym jak pozbawieniem lub ograniczeniem praw chorego do uzyskania adekwatnej pomocy lekarskiej. Sądzę, że jedynym rozwiązaniem, omawianego tu dylematu, jest niekwalifikowanie do badań chorych, u których są przeciwwskazania do dłuższej przerwy.

I na tym chciałbym zakończyć to swoje wystąpienie. Uwagi, które przedstawiłem w sprawie placebo i przerwy w leczeniu, oczywiście są uwagami dyskusyjnymi i nie stanowią propozycji do zmian w projekcie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Nie sądzą, żeby ustawa miała tymi problemami się zajmować. Niemniej jednak tego typu zagadnienia wymagają dalszych dyskusji. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Bardzo dziękuję panu prof. Puzyńskiemu. Poproszę pana dra Leszka Melibrudę o wygłoszenie referatu pt. "Instytucjonalna i prawna ochrona praw pacjenta w krajach europejskich i w Polsce".

Dr Leszek Mellibruda:

Pani Marszałek, Panie Senatorze i Wszyscy Państwo!

Nie będę w tej chwili odnosił się do tego, o czym mówiła pani prof. Zielińska, w skrócie charakteryzując historię praw pacjenta i czynności legislacyjnych w Europie. Chciałbym jednakże zwrócić uwagę na to, iż zarówno Rada Europy, jak i Parlament Europejski, czyli Wspólnota Europejska wcale nie mają zgody co do tego, czy pewne proponowane czy rekomendowane akty legislacyjne, dotyczące praw pacjenta, odpowiadają temu, co dzieje się w ich krajach.

I tak, jeśli chodzi o Radę Europy. O ile Komitet Ministrów akceptował i ratyfikował pewne rekomendacje dotyczące regulacji i zbierania informacji medycznych przez banki danych, o ile zaakceptował rekomendację prawnej ochrony osób z zaburzeniami psychiatrycznymi, hospitalizowanymi przymusowo, o tyle np. w 1985 roku robocze rekomendacje Rady Europy dotyczące prawnych obowiązków lekarzy w kontakcie bezpośrednim z pacjentem nie zostały ratyfikowane i zatwierdzone przez

Komitet Ministrów Rady Europy. To samo jeśli chodzi o Wspólnotę Europejską i Parlament Europejski.

W 1983 roku pojawił się ruch na rzecz rezolucji na temat polityki zdrowotnej po ustaleniach w Maastricht. Ale już w 1984 roku sformułowano rezolucję pt. "Europejski statut praw pacjenta". Ten statut zawierał m.in. takie prawa pacjenta jak: do dowolnego wyboru lekarza, do przyjęcia, korzystania z pomocy szpitalnej w najbliższej odległości od miejsca zamieszkania, do pełnej informacji o diagnozie terapii i prognozie, do wglądu w dokumentację i prawo do odmowy pacjenta na proponowane leczenie, nawet do tajemnicy informacji o pacjencie. Prawo do procedur apelacyjnych pacjenta w sądzie, do posiadania własnych reprezentantów w niezależnych organizacjach i stowarzyszeniach, w końcu do respektowania życia prywatnego oraz szacunku dla religii i filozoficznych przekonań, jak też prawo do godnej śmierci. Okazuje się, że w 1984 roku ta rezolucja przygotowana przez Europejski Parlament, nie została ratyfikowana.

Nie chcę wchodzić w szczegóły i myślę, że pan dr Nowicki przedstawi to bardziej dokładnie. Natomiast chciałbym zwrócić uwagę, że istnieją w Europie dwie opcje w myśleniu i w traktowaniu aktów legislacyjnych dotyczących ochrony praw pacjenta. W piśmiennictwie nazywane są te opcje poziomą i pionową.

Opcja pozioma przede wszystkim odwołuje się do rozwiązań poprzez prawo cywilne, natomiast opcja pionowa dotyczy przede wszystkim rozwiązań administracyjnych. I tak prawo cywilne jako gwarant praw pacjenta szczególnie od 1986 r. było lansowane czy też realizowane w Holandii, natomiast ten drugi nurt, związany z administracyjnymi rozwiązaniami, przyjęła przede wszystkim Finlandia. Oznacza to, że w Finlandii uważano, iż państwo, rząd, resort zdrowia, szpital, kodeks etyczny to przede wszystkim te instytucje i akty legislacyjne, które winny gwarantować prawa pacjenta.

W 1973 r. w Wielkiej Brytanii powstała funkcja rzecznika praw pacjenta, która funkcjonuje do dzisiaj i jest to jakby trzecia opcja w rozwiązywaniu tych problemów.

Jeśli chodzi o Polskę, dotychczas w wielu miejscach pojawiły się już takie administracyjne akty regulujące problematykę praw pacjenta. Do najbardziej mi znanych należą przede wszystkim akty, które zostały opracowane przez sejmik samorządowy, a następnie przyjęte przez uchwałę wojewody poznańskiego, który w postaci karty praw pacjenta leczonego w społecznej służbie zdrowia opracował cały system praw pacjentów szczegółowo wymieniając do czego pacjent ma prawo.

Z drugiej strony w bardzo wielu szpitalach psychiatrycznych, najbardziej mi znane są reguły karty praw pacjenta w Drewnicy, również sformułowano wyraźne prawa pacjenta, które są przestrzegane w tym szpitalu.

Jeśli chodzi o to co wynikało z różnego typu prób legislacyjnych w Europie, Światowa Federacja Zdrowia Psychicznego opracowała wraz z europejskim biurem pewne rekomendacje dotyczące rozwiązań legislacyjnych uwzględniających prawa pacjenta w szczególnym zastosowaniu do lecznictwa psychiatrycznego. Wśród tych rekomendacji kilka chciałbym wymienić w dużym skrócie.

Po pierwsze, dotyczy to kryteriów choroby psychicznej. W większości ustaw i aktów legislacyjnych w Europie nie ma jasnych definicji terminów diagnostycznych, będących

podstawą i kryterium przyjęcia pacjenta do szpitala. Dla przykładu najczęściej używanymi terminami są takie jak psychoza, choroba psychiczna, choroba umysłowa, poważne zaburzenia psychiczne, upośledzenie procesów umysłowych, zaburzenia psychopatyczne czy upośledzenie umysłowe.

Przyszłe legislacje, zdaniem Światowej Federacji Zdrowia Psychicznego, większym stopniu winny być oparte na opisie symptomów, na których poszczególne rozpoznanie zostało dokonane.

Drugim takim ważnym aspektem do rozwiązań legislacyjnych jest sprawa kryterium zagrożenia. Oprócz włoskiej ustawy z 1978 r. wszystkie inne ustawy europejskie przyjmują zagrożenie ze strony chorego psychicznie dla jego samego i otoczenia jako kryterium do przymusowego leczenia.

Zdaniem ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia i Światowej Federacji Zdrowia Psychicznego istnieje potrzeba wyjaśnienia czy to kryterium dotyczy rozpoznania choroby psychicznej, a wówczas nie ma konieczności, zdaniem ekspertów, podkreślenia tego w ustawie, czy też jest to czynnik, który za pomocą legislacji o zdrowiu psychicznym ma służyć ochronie społeczeństwa. Szczególnie ten aspekt jest akcentowany w rozwiązaniach niemieckich.

Innym problemem jest poziom jakości szpitali psychiatrycznych. W niektórych ustawach psychiatrycznych jest mowa o potrzebie utrzymania szpitali psychiatrycznych na najwyższym możliwym poziomie komfortu i wyposażenia w pełni porównywalnym z innymi szpitalami somatycznymi. Zdaniem ekspertów WHO każda ustawa winna zawierać taką klauzulę.

Odpowiedzialność za przymusową hospitalizację jest kolejnym problemem podnoszonym przez Światową Federację Zdrowia Psychicznego. Akty legislacyjne winny w wyraźny sposób decydować, czy odpowiedzialność za decyzję o przymusowym leczeniu ponoszą reprezentanci prawa czy medycyny. Europejskie legislacje różnią się pod tym względem dość znacznie.

Rola rodziny. Rola członków najbliższej rodziny ma być wyraźnie opisana i podkreślona. Jej znaczenie w powrocie do pełni sił i zdrowia emocjonalnego oraz pełnej sprawności społecznej.

Podkreślić należy szczególną rolę zachowania więzi rodzinnych i społecznych, do których pacjent powraca po opuszczeniu szpitala.

Innym problemem są zaświadczenia lekarskie czy psychiatryczne. Wyraźnych regulacji wymaga jakość opinii lekarskich wraz z czasem ich ważności oraz rodzaju odpowiedzialności lekarza za ich wystawienie.

Kolejnym problemem, na który eksperci zwracali uwagę, są obowiązki zespołu leczącego w szpitalu psychiatrycznym. Ustawa musi wyraźnie określać obowiązek zespołu leczącego, i lekarza i pielęgniarki, psychologa i rehabilitanta o informowaniu pacjenta o jego prawach i możliwościach skarg i zażaleń. Z urzędu pacjent winien być zapoznawany z pisemnym planem leczenia oraz jego zmianami.

Wszystkie formy i przypadki ograniczenia wolności pacjenta czy przymusowego leczenia muszą być rejestrowane przez zespół leczący.

I w końcu statut prawny pacjenta. Szczególnej jasności wymagają sformułowania ustawowe, dotyczące następujących możliwości pacjenta psychiatrycznego, składania skarg i zażaleń na ograniczanie wolności, ale również składania skarg i zażaleń na wprowadzanie przymusowego leczenia, opóźnienia przymusowego leczenia przez złożenie skargi lub zażalenia, jak również prawa do odmówienia leczenia elektrowstrząsami czy nie stosowaną u nas kriochirurgią.

Kurator i rzecznik praw pacjenta, to kolejny problem postulowany przez Światową Federację Zdrowia. Pacjent leczony przymusowo musi mieć prawo do pomocy kompetentnego kwalifikowanego kuratora, który jest niezależny od systemu szpitalnego, od rodziny pacjenta. Rzecznik praw pacjenta powinien być zobowiązany do przekazywania wszelkich zażaleń pacjenta, dotyczących ograniczeń jego wolności lub trybu i zakresu leczenia do odpowiednich władz i reprezentować pacjenta we wszystkich procedurach przed tymi władzami.

Powinna być określona jasno procedura składania skarg i zażaleń, podobnie jak i ustawa winna określać skład komisji rozpatrującej zażalenia pacjenta.

Podstawowym założeniem musi być, że komisja taka powinna składać się nie tylko z reprezentantów władz sądowych i medycznych, ale również z kompetentnych laików, jak mówią eksperci, w tym reprezentantów organizacji pacjentów samopomocowych oraz rodzin pacjentów psychiatrycznych.

Kończąc, chciałbym zapoznać Państwa z materiałami z międzynarodowej konferencji regionalnego biura europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia, która odbyła się kilka miesięcy temu w Amsterdamie, a która przygotowała propozycje dla działań kooperacyjnych zarówno Światowej Organizacji Zdrowia, jak i Rady Europy i Wspólnoty Europejskiej na sesję Światowej Organizacji Zdrowia, która poświęcona będzie polityce zdrowotnej w Europie w 1996 r. w Wiedniu. Opracowano tam deklarację promującą prawa pacjenta w Europie. Przyjmuje się, że w 1996 r. ta deklaracja będzie poddana próbom wstępnej ratyfikacji przez rządy Wspólnej Europy. Te propozycje dotyczą 6, właściwie 5 zasadniczych problemów.

Pierwszym podstawowym problemem są tak zwane prawa obywatelskie i wartości człowieka w opiece zdrowotnej. Ta deklaracja o tym, iż każdy pacjent ma prawo do respektowania jego osoby jako istoty ludzkiej, do samookreślenia, do psychicznej i fizycznej integralności oraz bezpieczeństwa jako osoby, ma prawo do respektowania własnej prywatności, posiadania moralnych i kulturowych wartości i szacunku, własnych przekonań religijnych i filozoficznych, oraz każdy ma prawo do ochrony zdrowia zgodnie z obowiązującymi standardami prewencji i opieki zdrowotnej oraz możliwość uzyskiwania najwyższych dostępnych poziomów zdrowia.

W zakresie informacji deklaracja promująca prawa pacjenta w Europie mówi o tym, iż informacja na temat opieki zdrowotnej, winna być dostępna publicznie dla wszystkich, którzy tego potrzebują oraz jak najskuteczniej z niej korzystać.

Mówi o tym, iż pacjent ma prawo do pełnej informacji na temat jego stanu zdrowotnego włącznie z medycznymi danymi o jego kondycji, w tym również o ryzyku i korzyściach, alternatywnych możliwościach leczenia i skutkach zaniechania leczenia, diagnozie, prognozie i postępkach w leczeniu.

Zdaniem tej deklaracji, informacji można nie udostępniać, pacjentowi jedynie w przypadku, jeśli ma się uzasadniony i przekonujący powód, by sądzić, że będzie ona poważną przyczyną szkody pacjenta.

Informacja winna być przekazywana w sposób przystępny i zrozumiały, a w przypadku, gdy pacjent nie mówi w danym języku lub nie rozumie go dokładnie, winien uzyskać dostępne dla niego formy interpretacji tej informacji.

Pacjent ma prawo bycia nie informowanym na jego własną prośbę. Jest to nowe prawo, które pojawiło się w rekomendacjach na przyszłość. Pacjent ma prawo wyboru osoby, która będzie przekazywała informacje innym za jego zgodą. Zdaniem tej promującej prawa pacjenta w Europie, deklaracji pacjent ma prawo do możliwości zasięgania innych opinii, ma prawo na własne życzenie otrzymać na piśmie informację o diagnozie, leczeniu i stosowanej wobec niego opiece zdrowotnej od pracowników służby zdrowia.

Jeśli chodzi o problematykę zgody. Każdą czynność czy interwencję medyczną, zdaniem tej deklaracji, winna poprzedzić informacja o zgodzie pacjenta na nią. Jest to pewna różnica, ponieważ w poprzednich propozycjach podkreślało się przede wszystkim uzyskanie zgody, a tutaj mówi się o tym, że pacjent powinien dostać informację, może on po prostu od tej zgody odstąpić.

Pacjent ma prawo do odmówienia i powstrzymania interwencji medycznej. Konsekwencje takiej odmowy muszą być szczegółowo wyjaśnione pacjentowi. Kiedy pacjent nie jest zdolny do wyrażania własnej woli, a interwencja z przyczyn nagłych jest konieczna, zgoda pacjenta winna być domniemana do chwili uzyskania pełnej możliwości wyrażania przez jej pacjenta.

W przypadkach nagłych, gdy niezbędna jest zgoda prawnych przedstawicieli pacjenta a ze względu na czas nie można jej uzyskać, interwencja medyczna jest dopuszczalna, zdaniem tej deklaracji.

W przypadku, gdy prawny przedstawiciel nie wyrazi zgody, a lekarz uzna za konieczną interwencję medyczną, wówczas decyzja winna być przekazana do rozpatrzenia przez sąd lub inną formę arbitrażu. W sytuacji, gdy pacjent nie jest zdolny do wyrażenia zgody i nie ma prawnego przedstawiciela, należy podjąć, zdaniem deklaracji, decyzję zastępczą, mając na uwadze najbardziej prawdopodobne przypuszczenie co jest zgodne z życzeniem pacjenta.

Zgoda pacjenta jest niezbędna do przechowywania i używania wszelkich substancji pochodzących z jego ciała. To jest również pewne nowe prawo, które eksperci WHO przypuszczają, iż będzie wymagało dokładniejszych regulacji w przyszłości.

Informacja o zgodzie pacjenta jest wymagana w przypadku jego uczestniczenia jako obiekt zajęć dydaktycznych. Zgoda pacjenta jest niezbędna do jego uczestniczenia w badaniach naukowych po opiniach odpowiednich komisji etycznych.

Zaufanie i prywatność, to ten obszar, który wydaje się być najbardziej związany z przyszłymi nowymi prawami, które będą się pojawiać i wymagać regulacji.

Wszelkie informacje o stanie zdrowia pacjenta, diagnozie, leczeniu, prognozie oraz wszelkie inne dane personalne o pacjencie muszą być trzymane w tajemnicy nawet po śmierci pacjenta.

Tajemnica informacji może być jedynie naruszona, wedle tej deklaracji, za zgodą pacjenta lub w przypadku, jeśli prawo do tego zobowiąże. Zdaniem tej deklaracji, przekazywanie informacji innym pracownikom służby zdrowia włączonych w proces leczenia nie wymaga osobnej zgody pacjenta.

Wszystkie informacje identyfikujące pacjenta jako osobę winny być chronione tajemnicą, a pacjent ma prawo do posiadania kopii wyników swoich badań oraz wszystkich innych danych dotyczących jego diagnozy, leczenia, opieki, itd.

Pacjent ma prawo do wnoszenia o korektę, uzupełnienie, wyjaśnienie i zaktualizowanie personalnych i medycznych informacji, które są jego zdaniem niepełne, nieprawdziwe lub przedstawione, a mają wpływ na jego diagnozę, leczenie i opiekę.

Ta sprawa jest trochę związana z tym, o czym pan senator mówił na samym początku. Otóż ta propozycja jest przygotowywana na 1996 r. jako prawo pacjenta europejskiego.

Nie wolno wtrącać się w życie prywatne i rodzinne pacjenta chyba tylko w przypadku, gdyby to okazało się niezbędne dla pacjenta, jego diagnozy i leczenia. Jest to również nowy problem, bowiem jest on sformułowany bardzo szeroko i przedstawia problematykę rodziny w trochę innym świetle, a mianowicie możliwości interwencji terapeuty, lekarza, sytuację domową czy rodzinną pacjenta. Uważa się i w przyszłości również to prawo będzie wymagało bardzo szczegółowych regulacji w aktach legislacyjnych.

Medyczna interwencja może być prowadzona jedynie z uwzględnieniem szacunku dla prywatności jednostki. Oznacza to, że obecne przy zabiegach medycznych mogą być jedynie osoby niezbędne do ich przeprowadzenia. Jeśli chodzi o opiekę i leczenie, deklaracja podkreśla prawa pacjenta do takiej opieki, jakiej wymaga jego stan zdrowia, do bycia reprezentowanym na każdym poziomie systemu opieki zdrowotnej w zakresie planowania i kontroli usług medycznych, prawo do wysokiej jakości usług zarówno w zakresie wysokich standardów technicznych, technologicznych, jak i wysokiego poziomu ludzkich relacji z personelem medycznym, w końcu do kontynuacji leczenia w kooperacji ze wszystkimi dotąd zajmującymi się pracownikami służby zdrowia. W sytuacji przymusu wyboru lekarza pomiędzy potencjalnymi pacjentami w przypadku ograniczonych możliwości pacjent winien liczyć na uczciwą selekcję do leczenia, opartą o medyczne kryteria bez żadnej dyskryminacji.

Są również w tej deklaracji określone sposoby, jakie można zastosować do różnego typu lokalnych krajowych legislacji na poziomie zarówno administracyjnym, jak i praw. Dziękuję.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo panu doktorowi Mellibrudzie. Poproszę pana dr Marka Nowickiego o wygłoszenie referatu pt. "Prawa osób psychicznie chorych w dokumentach Rady Europy i orzecznictwie europejskim".

Dr Marek Nowicki:

Po bardzo szerokim przedstawieniu sprawy przez pana dr Mellibrudę mam niesłychanie trudną sytuację. Spróbuję z niej wybrnąć w ten sposób, że ograniczę się do bardzo krótkiego omówienia trzech źródeł norm europejskich w stosunku do pacjentów tylko psychiatrycznych, zajmuję się wyłącznie pacjentami psychiatrycznymi.

Po pierwsze wrócę do bardzo starego dokumentu, który rozpoczął tę dyskusję na poziomie prawnym, mianowicie rekomendacji 818 z 1977 r. Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy, która zapoczątkowała myślenie o prawach pacjenta psychiatrycznego. Zgromadzenie Parlamentarne zwracało się do Komitetu Ministrów Rady Europy o to, by wywarł naciski na rządy i stworzył bardziej skodyfikowaną formę i wykaz praw pacjentów psychiatrycznych.

Następnie ograniczę się do drugiego dokumentu, czyli do rekomendacji Komitetu Ministrów Rady Europy z 1983 r.

Wreszcie przejdę do tego co może być najciekawsze. Spróbuję mianowicie omówić bardzo krótko sprawę orzecznictwa opartego o Europejską Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

W tym pierwszym dokumencie jest tylko rekomendacja Zgromadzenia Parlamentarnego, początek myślenia o prawach, które powinny przysługiwać pacjentom psychiatrycznym.

Po pierwsze, postuluje się zniesienie internowania psychiatrycznego na czas nieokreślony.

Po drugie, mówi się, że konieczne jest wprowadzenie procedur odwoławczych od takiej decyzji i to wielostopniowych.

Po trzecie, kwestionuje się prawo do cenzurowania korespondencji pacjentów psychiatrycznych.

Po czwarte, wprowadza się postulat, by utworzyć specjalne sądy lub komisje, do których pacjenci psychiatryczni sądzący, iż zostali skrzywdzeni, mogą się zwracać. To jest postulat, który z czasem wyewoluował w postulat tworzenia rzeczników praw osób, pacjenta psychiatrycznego. Nie znajduje on zresztą odzwierciedlenia w projekcie ustawy przekazanej Senatowi.

Po piąte, postuluje się, by osoba psychicznie chora podejrzana o popełnienie przestępstwa, w każdym przypadku była bezpośrednio przesłuchana przez sąd. Istniały praktyki, że tylko przedstawiciel tej osoby informował sąd o tym co ta osoba myśli i skazanie następowało bez jej obecności.

Wreszcie mówi się, że hospitalizacja nie może automatycznie ograniczać praw, zdolności prawnej pacjenta psychiatrycznego, oraz to, iż z faktu, że ktoś został nawet

przymusowo umieszczony w szpitalu psychiatrycznym wcale nie wynika ograniczenie jego praw wyborczych czy prawa dysponowania własnym majątkiem. To musi być odrębne postępowanie.

I punkt 5 tej rekomendacji, dość komicznie brzmiący, mówiący o tym, że ograniczyć prawo wyborcze pacjenta psychiatrycznego można tylko w tym przypadku, jeżeli on nie jest w stanie zrozumieć sensu głosowania. Ja myślę, że tak wyśrubowana norma zastosowana już nie tylko do pacjentów psychiatrycznych mogłaby spowodować olbrzymie...

W 5 lat później na podstawie tego dokumentu, o którym mówiłem, Komitet Ministrów przyjął swoje rekomendacje mówiące ogólnie już nie o prawach osób z zaburzeniami psychicznymi, ale osób internowanych psychiatrycznie, wiem, że ten termin jest nie lubiany przez psychiatrów, do osób umieszczonych w zakładzie bez ich zgody.

I bardzo krótki przegląd tego dokumentu.

Mówi się, że przepisy dokumentu dotyczą nie tylko osób, które zostały przymusowo umieszczone w zakładzie, ale także tych, które weszły tam z dobrej woli, a w trakcie leczenia doszły do wniosku, że im się tutaj nie podoba, i że chciałyby zakład opuścić. Tę sytuację trzeba traktować tak samo.

Po drugie, w żadnym wypadku trudności z dostosowaniem się do powszechnie przyjętych norm moralnych, społecznych, politycznych lub innych nie mogą być dostateczną przesłanką do uznania kogoś za osobę z zaburzeniami psychicznymi. Czyli ktoś o przedziwnych poglądach moralnych, o szokujących poglądach politycznych, jeżeli nie ma innych przesłanek, to nie ma powodu sądzić by miał zaburzenia.

Po trzecie, Komitet Ministrów rekomenduje, że przymusowe internowanie jest możliwe tylko w sytuacji, jeżeli pacjent stanowi poważne zagrożenie dla siebie lub innych, ale tutaj dopuszczona jest możliwość wprowadzenia zastrzeżenia przez państwa członkowskie, że również można internować w sytuacji, jeżeli nieumieszczenie w szpitalu doprowadzi i są wysokie szanse, że doprowadzi do znacznego pogorszenia stanu zdrowia lub też uniemożliwi leczenie.

Po czwarte, rekomendacja mówi, że tylko sąd lub inny ustawą określony organ może podjąć decyzję o przymusowym internowaniu. W sytuacji krytycznej lekarz, który natychmiast musi zawiadomić ten sąd lub inną instytucję. Tu jest termin użyty, termin "natychmiast". W niektórych rozwiązaniach prawnych na przykład, robione jest to w ten sposób, że lekarz musi rzeczywiście natychmiast nieraz w środku nocy zawiadomić burmistrza, władzę administracyjną i burmistrz musi powiedzieć "dobrze, możesz go trzymać, ja już o tym wiem." W każdym razie ta procedura jest niesłychanie szybka, potem dopiero włączają się procedury kontrolne. Oczywiście, przysługuje odwołanie do sądu i, zawsze postępowanie sądowe w tego typu sprawach musi być postępowaniem dwuinstancyjnym. Z tym, że to jest ogólna zasada w dokumentach Rady Europy: żądanie zawsze dwuinstancyjnego postępowania sądowego.

Następnie, rekomendacja mówi, że formy leczenia nie uznane jeszcze powszechnie w medycynie lub takie, które grożą uszkodzeniem mózgu lub z niechcianą, niepożądaną zmianą osobowości, nie mogą być stosowane bez zgody pacjenta, ale jeżeli lekarz dojdzie

do wniosku, że jest konieczne pójście na taką ryzykowną zabawę, wówczas musi uzyskać zgodę sądu na zastosowanie tego typu leczenia.

Wreszcie, wprowadza się absolutny zakaz prób klinicznych leków na osobach przymusowo hospitalizowanych, wprowadza się pełen zakaz kontroli korespondencji i w zasadzie to są najważniejsze punkty.

Ja chciałem jeszcze zwrócić uwagę, że ostatni punkt tej rekomendacji, który mówi, że we wszelkich okolicznościach godność pacjenta powinna być respektowana. I tego słowa "godność" troszkę mi zabrakło w preambule, czy na początku projektu ustawy godności, która przez ludzi zajmujących się prawami człowieka jest traktowana jako źródło, jako pojęcie pierwotne, jako źródło wszelkich praw i wolności jednostek.

Proszę państwa, ale to były rekomendacje, to nie są dokumenty, które zmuszają naprawdę państwo do zrobienia czegokolwiek. Natomiast Polska ratyfikowała Europejską Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, która obowiązuje od 1 maja 1993 roku w Polsce i jest to już czwarte prawo międzynarodowe, które nakłada zobowiązania na państwo. Jest to jednocześnie system wymuszania na państwach najbardziej skuteczny spośród stworzonych w prawie międzynarodowym systemów, to znaczy Rada Europy dysponuje bardzo skutecznym systemem zmuszania państw członkowskich do przestrzegania tej konwencji. Konwencja ta jest konwencją żywą, to znaczy sama lektura jej postanowień nie daje poglądu na temat zakresu chronionych praw i wolności. Decyzje Europejskiego Trybunału Praw Człowieka interpretują często poszerzająco zapisy Konwencji, a te poszerzające interpretacje stają się już normą prawną dla i podstawą przyszłych decyzji.

Art. 5 tej Konwencji, bo on ma największe dla nas znaczenie, mówi o tym, że każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Nikt nie może być pozbawiony wolności, z wyjątkiem określonych wypadków i w trybie ustalonym przez prawo. Termin "w trybie ustalonym przez prawo" ma orzecznictwo Trybunału za sobą i jest tutaj zupełnie oczywiste, iż oznacza to wyłącznie akt ustawowy. Tryb określony przez prawo w sensie jaki użyty jest tutaj, to nie może być żadne rozporządzenie, tylko ustawa może stworzyć podstawy prawne do pozbawienia kogoś wolności.

W jednej z sześciu przesłanek, kiedy można człowieka pozbawić wolności w pkt "e" jest zapis zgodny z prawem pozbawienia wolności osoby umyślowo chorej. I dalej warto pamiętać o tym, że prawo do wolności jest prawem niezbywalnym. Orzeczenie w tej sprawie zapadło w 1971 r. w procesie De Wilde, Ooms i Versyp przeciwko Belgii, gdzie chodziło o sprawę taką, że trzech dżentelmenów zostało pozbawionych wolności w trybie administracyjnym właściwie na własną prośbę. Następnie zaskarżyli oni Królestwo Belgii do Komisji Europejskiej Komisji o to, że pozbawiono ich wolności bezzasadnie. I Trybunał uznał, iż wolność jest niezbywalna. To, że ja powiem, że rezygnuję ze swojej wolności, to nie jest dla władz państwowych w żadnym wypadku wystarczająca przesłanka by mnie zamknąć. To ma znaczenie, gdy myślimy o ustawie psychiatrycznej dlatego, że jeżeli ktoś nawet zgodził się wejść do szpitala psychiatrycznego, to w każdej chwili wyjść z niego może, bo jego wolność jest niezbywalna. On nie mógł w sposób skuteczny zrezygnować na pewien czas ze swojej wolności.

W dalszym orzecznictwie, tu jest bardzo ciekawe, że większość orzeczeń dotyczących spraw psychiatrycznych rozpatrywanych przez Trybunał Europejski, to były procesy przeciwko Holandii. Nie wynikało to z tego, że Holandia wyjątkowo źle przestrzega praw pacjenta psychiatrycznego, wręcz przeciwnie, wynikało to z tego, że w Holandii istniało bardzo silne lobby organizacji pozarządowych walczących o prawa pacjenta psychiatrycznego i oni promowali te sprawy, wpychali do komisji, do Trybunału, najmowali ekspertów i tworzyli normę europejską. Także to jest chluba Holandii, te procesy przegrane przed Europejskim Trybunałem a nie hańba. W procesie Winterwerp przeciwko Holandii w 1979 r. Trybunał określił trzy kryteria jeszcze bardzo ogólnikowe. Powiedział, że przy przymusowym umieszczeniu w zakładzie psychiatrycznym stosować należy zawsze obiektywne medyczne standardy, że charakter i natężenie choroby muszą być dostatecznie silne, by uzasadniać pozbawienie wolności i, że więzić, że przetrzymywać w zakładzie wbrew woli można tylko tak długo póki trwa choroba, a to powinno być okresowo, systematycznie kontrolowane przez zewnętrzny sąd czy jeszcze są te powody, czy już ich nie ma.

Warto zwrócić uwagę, że w dwóch procesach: jednym przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, drugim przeciwko Holandii, Trybunał uznał, że z tego zapisu nie wynika obowiązek państwa zagwarantowania pacjentowi psychiatrycznemu przymusowo hospitalizowanemu takiego sposobu leczenia, który zagwarantuje najszybsze opuszczenie, że zamknąć możemy, ale z tego nie wynika, że musimy go leczyć tak, żeby on jak najszybciej opuścił zakład psychiatryczny. Oczywiście możemy i pewnie powinniśmy, ale że Konwencja nie zmusza do tego państwo.

Bardzo ciekawy był proces Van der Leer przeciwko Holandii. Tam Holandia została uznana winna naruszenia Konwencji z tego powodu, że naruszyła ust. 2 art. 5. ust. 2, który mówi, że każdy, kto został zatrzymany powinien zostać niezwłocznie i w zrozumiałym języku poinformowany o przyczynach aresztowania i stawianych zarzutach oraz trzeba umożliwić mu złożenie wyjaśnień.

Sprawa Van der Leer była pierwszą sprawą, w której jednoznacznie powiedziano, że niestworzenie możliwości złożenia wyjaśnień osobie internowanej przymusowo narusza Konwencję. A zatem trzeba poinformować, i trzeba pozwolić by ta osoba powiedziała dlaczego tak się zachowywała i dlaczego mówiła do tej pory to co mówiła, bo być może ona powie coś innego w tym momencie.

W procesie Wassink przeciwko Holandii w 1990 r. Trybunał uznał, że przy tym pierwszym kontakcie z sędzią, przy pierwszej zgodzie bądź burmistrza tej bardzo szybkiej, kontakt telefoniczny jest wystarczający. Tam stawiano zarzut, że sędzia wyraził zgodę na przetrzymanie na podstawie telefonicznej rozmowy z pacjentem. Uznano, że jest to wszystko w porządku, natomiast uznano Holandię winną naruszenia Konwencji z tego powodu, iż na rozprawie sądowej nie uczestniczył biegły.

Proszę państwa, bardzo ważnym i najczęściej będącym przedmiotem sporów psychiatrycznych przepisem tej Konwencji jest ust. 3 art. 5. ust. 3 mówi, że każdy zatrzymany musi być niezwłocznie postawiony przed sędzią lub innym urzędnikiem uprawnionym przez ustawę do wykonywania władzy sądowej i ma prawo być sądzony w rozsądnym terminie albo zwolniony. Czyli habeas corpus.

Większość spraw tyczyła właśnie naruszenia tego artykułu. W sprawie Winterwerp przeciw Holandii w 1979 roku Trybunał powiedział, że zatrzymany musi mieć prawo skargi do sądu w rozumnym czasie. W 1989 r. rozwinięto to w procesie przeciwko Włochom, i powiedziano, że "rozumny okres" w tym sensie musi być stosunkowo krótki. Z tym, że w sprawach psychiatrycznych nie musi być tak krótki jak w sprawach karnych, że terminy wypracowane przy procedurach karnych nie przenoszą się automatycznie. Niemniej uznano, że 5,5 miesiąca to jest za dużo i Włochy naruszyły Konwencję wtedy, kiedy po 5,5 miesiącach postawiły dopiero taką osobę przed Trybunałem.

W 1984 r. zapadały kolejne orzeczenia gdzie uznano, że okresy do pierwszego kontaktu z sędzią z 6 do 11 dni w rozmaitych procesach naruszają Konwencję. Projekt ustawy przekazanej do Senatu przewiduje termin 5-dniowy. A więc najostrożniejszym terminem do tej pory uznanym, że narusza Konwencję, jest 6 dni pozostaje w zgodności, aczkolwiek nie jest odległy. Te normy są coraz bardziej wyśrubowane. W tej chwili Trybunał doszedł do 6 dni, ale jest on zgodny z dotychczasowym orzecznictwem.

Następnie było szereg spraw, stawiających zarzut, że nie ma periodicznej kontroli, czy dalej można tego pacjenta przetrzymywać. No i uznawano, że okresy od jednego badania przez sąd do drugiego są zbyt długie. Wypracowana tutaj norma najkrótsza do tej pory wynosi 8 tygodni. Natomiast 30 dni to jest propozycja zawarta w ustawie przekazanej do Senatu. A zatem tutaj ta norma jest spełniona z dużym zapasem. O ile tam 5-6 dni jest za krótki, tutaj jest z olbrzymim zapasem, niemalże wybiegamy do przodu przed Europę.

Proszę państwa, natomiast są dwa przepisy tej ustawy, które pozostają w sprzeczności, w moim przekonaniu ze standardem Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Po pierwsze, w procesie Megyeri przeciwko Niemcom w 1992 r. Trybunał jednoznacznie orzekł, iż pacjent psychiatryczny w przepisach o internowaniu musi mieć zagwarantowanego obrońcę. W projekcie tam jest zapis "z wyjątkiem bardzo szczególnych sytuacji". Norma generalna jest taka, że musi mieć obrońcę. W projekcie ustawy przedstawionej Senatowi, jest zapis, iż sąd może ustanowić obrońcę. To nie jest to samo. W tym przepisie ustawa proponuje, że niejako w wyjątkowych sytuacjach sąd może ustanowić obrońcę z urzędu. Tam jest to założenie, że w zasadzie musi mieć. I to jest w ogóle zgodne z duchem prawa polskiego. Osoby niewidome, osoby głuche czy nieme, mają z mocy prawa swojego przedstawiciela w postępowaniu sądowym. Wydaje się, że pacjent psychiatryczny może być w niesłuchanie trudnej sytuacji i gwarancje tego typu powinien posiadać.

Wreszcie art. 5 Konwencji, który omawiam cały czas, ma swój ust. 5, mówiący coś takiego: "Każdy, kto został pokrzywdzony przez niezgodne z treścią tego artykułu zatrzymanie, ma prawo do odszkodowania". I to nie znajduje odzwierciedlenia w treści tej ustawy. Odszkodowanie za niezasadne pozbawienie wolności w sensie Konwencji Europejskiej jest rozumiane jako dwie rzeczy: jako rekompensata i jako zadośćuczynienie. Rekompensata, a więc jeżeli ktoś stracił zarobki, poniósł straty finansowe w wypadku pozbawienia wolności należy mu to zrekompensować. I zadośćuczynienie, bo poniósł straty moralne, naruszono jego podstawowe prawo do wolności osobistej, należy zapłacić za tę szkodę. Tego nie przewiduje ustawa i można przewidzieć w przyszłości uznanie przez Europejski Trybunał polskiego systemu prawnego w tej części za niezgodny z

Konwencją Europejską ze względu na nie stworzenie drogi dochodzenia odszkodowań – ja wiem panie Marku co pan chce powiedzieć, pewnie dyskutowaliśmy to wiele razy – zadośćuczynienie tu jest kluczową sprawą.

I na koniec już dwa zdania o tajemnicy. Bardzo mi się podobają przepisy polskiej ustawy mówiące o tajemnicy lekarskiej. Chciałem zwrócić uwagę na zdarzające się w świecie niekiedy pewne wyjątki. Jeden taki znany mi wyjątek, to jest wyjątek w prawodawstwie Stanów Zjednoczonych, który dopuszcza poinformowanie o przestępstwie przeciwko dziecku i tylko przeciwko dziecku. Żadna inna informacja o przestępstwie popełnionym przez pacjenta psychicznie chorego nie może być przekazana dalej z tym jednym wyjątkiem. I w niektórych systemach prawnych stosuje się taką furtkę, że jeżeli psychiatra uzyska informację o przestępstwie przeciwko życiu lub zdrowiu, które może dopiero nastąpić, wówczas ochrona życia, jest normą nadrzędną. I żeby zapobiec skutkom czynu, który już został popełniony a skutki dopiero nastąpią w przyszłości, można naruszyć rzecz tak ważną jak ochrona tajemnicy pacjenta psychiatrycznego. We wszystkich innych znanych mi przypadkach, ta tajemnica jest zrównana z tajemnicą spowiedzi czy z tajemnicą adwokacką.

Proszę państwa, wszystkie procesy, które były przegrane przez państwa przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w sprawach psychiatrycznych tyczyły naruszeń procedury. W żadnym przypadku nie miało miejsca coś takiego, by Trybunał uznał, że ktoś został bezzasadnie internowany psychiatrycznie. Za każdym razem nie kwestionowano tego, że ten człowiek powinien być leczony i powinien być umieszczony w szpitalu psychiatrycznym. To umieszczenie nastąpiło z naruszeniem gwarancji prawnych dla wolności tego człowieka. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo panu dr Markowi Nowickiemu za przedstawiony referat pt. "Prawa osób psychicznie chorych w dokumentach Rady Europy i orzecznictwie europejskim".

Proszę państwa, ja nie rozpoczynając dyskusji, może nawiążę do punktu "e" w art. 5 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka, który właśnie stał się i jest tym podstawowym odniesieniem do naszej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. I tutaj mówi się o osobie umysłowo chorej. My jak państwo wiecie, regulujemy sprawę pozbawiania wolności bez zgody także ogromną grupę osób niedorozwiniętych umysłowo. Myślę, że to jest jakieś pytanie, na które można by odpowiedzieć w czasie dyskusji, gdzie w prawie w tym art. 5, w tym prawie, w ten Konwencji umieścić osoby niedorozwinięte umysłowo.

Proszę teraz panią dr Janinę Waluk z Biura Interwencji Kancelarii Senatu o wygłoszenie komunikatu na temat "Ochrona praw pacjenta z zaburzeniami psychicznymi w praktyce Biura Interwencji Kancelarii Senatu".

Pani dr Janina Waluk:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Rozumiem, że państwo są wszyscy zmęczeni, bo dosyć długo już ciągniemy tę dyskusję, wobec tego postaram się po prostu zrobić skrót tego komunikatu, który jest zamieszczony w materiałach.

A przedtem jeszcze chciałam państwu przesłać do obejrzenia pewną dokumentację, którą prowadzi Biuro Interwencji Kancelarii Senatu i która wiąże się bezpośrednio z niektórymi pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, znajdującymi się jednak nie w zakładach psychiatrycznych, ale w tzw. specjalnych oddziałach zakładów karnych, aresztów śledczych, lub w specjalnych zakładach poprawczych i są to osoby wymagające właśnie terapii leczniczo-wychowawczej, jednocześnie bardzo często osoby samouszkodzające się.

I tu w tej dokumentacji mamy przykłady tego, w jaki sposób oni się sami uszkadzają, to znaczy co na przykład połykają niektórzy pacjenci z zaburzeniami psychicznymi. Dla państwa zainteresowanych tę dokumentację prześlę.

Mój komunikat brzmi: "Prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi w praktyce Biura Interwencji Kancelarii Senatu". Skargi osób z zaburzeniami psychicznymi, według naszego szacunku, stanowią dość znaczny procent, bo sądzymy, że około 10% tych skarg, tych wielu tysięcy skarg, które napływają do Biura Interwencji Kancelarii Senatu.

To jest nasz szacunek, jeśli chodzi o osoby, które są chore psychicznie, to szacujemy oczywiście na o wiele niżej, to znaczy chyba około 3% wszystkich skarg napływających do biura.

Chodzi o skargi nie tylko tych osób, ale również o skargi innych o tych osobach. Wśród skarżących się największy, najpoważniejszy procent stanowią właśnie więźniowie lub osoby aresztowane, znajdujące się w zakładach karnych i w aresztach śledczych, a także chociaż niebezpośrednio wśród skarżących, ale o czym będzie dalej mowa, stanowią wychowankowie niektórych zakładów, zakładów poprawczych i schronisk.

Można właściwie wyróżnić następujące podstawowe problemy, z jakimi skarżący zwracali się do senatorów.

Pierwsza sprawa to przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym. Następna ujawnienie informacji o stanie zdrowia i ewentualnym zagrożeniu dla otoczenia osobom postronnym, bez zgody pacjenta, a niekiedy – i to się zdarza dość często – bez aktualnych badań.

Po trzecie, warunki bytowe oraz niska jakość, ewentualnie brak zabiegów rehabilitacyjnych w domach pomocy społecznej.

Po czwarte, trudności w wyznaczeniu przez sąd opiekuna prawnego dla osoby z zaburzeniami psychicznymi i z tego tytułu ubezwłasnowolnionej.

Po piąte, problemy nieletnich upośledzonych umysłowo z zaburzeniami neuropsychicznymi i innymi przebywającymi w zakładach poprawczych.

I po szóste, warunki pobytu i traktowanie osób osadzonych w aresztach śledczych i zakładach karnych, zwłaszcza w tak zwanych oddziałach specjalnych i szpitalach przywięziennych, które wymagają stosowania środków leczniczowychowawczych.

Ja nieco dłużej zatrzymam się tylko na tych dwóch ostatnich grupach, to znaczy wychowankach zakładów poprawczych i schronisk oraz więźniów.

Jeśli chodzi o wychowanków zakładów poprawczych i schronisk, to mieliśmy okazję, jako pracownicy Biura Interwencji, wizytować jeszcze do roku 1993, wszystkie zakłady poprawcze i schroniska na terenie kraju i okazało się, że jest, występuje tu bardzo poważny problem osób z zaburzeniami psychicznymi.

W związku z tym w naszym raporcie pt. "Obraz zakładów poprawczych i schronisk w świetle opinii wychowanków i personeli wychowawczo-pedagogicznego" zamieściliśmy specjalny rozdział temu poświęcony i w tym rozdziale zawarte zostały następujące wnioski, jeśli chodzi o młodzież zaburzoną psychicznie.

Po pierwsze, brak jest realizacji zadań liberalizacyjnych i psychoterapeutycznych.

Po drugie, dominujący jednak w tych zakładach, system przemocy – zawsze niepożądany w przypadku wychowanków niepełnosprawnych jest szczególnie szkodliwy.

Po trzecie, większość placówek dla nieletnich upośledzonych umysłowo spełnia głównie funkcję izolacji.

Ponieważ wizytowaliśmy wszystkie zakłady poprawcze, można było stwierdzić, że młodzież zaburzona psychicznie być może nawet częściowo chora psychicznie, a tego myśmy nie mogli stwierdzić, znajduje się w innych zakładach poprawczych.

W związku z tym zwróciliśmy się do ministra zdrowia z następującymi postulatami:

- przeprowadzenia jednorazowego przeglądu stanu zdrowia fizycznego i psychicznego wychowanków zakładów poprawczych i schronisk;
- wprowadzenia częstszych badań kontrolnych stanu zdrowia wychowanków, te badania kontrolne obecnie są właściwie robione co 5 lat;
- przeniesienia nieletnich chorych psychicznie lub na pograniczu choroby psychicznej do specjalistycznych placówek służby zdrowia.

Przechodzę teraz pokrótce do zasygnalizowania sprawy warunków pobytu i traktowania osób osadzonych w aresztach śledczych i zakładach karnych, zwłaszcza, jak już mówiłam, tych osób, które przebywają w tak zwanych oddziałach specjalnych, a które w ogromnej swojej większości są osobami rzeczywiście z zaburzeniami psychicznymi lub na pograniczu choroby psychicznej, chociaż znajdują się często w tych oddziałach specjalistycznych obok tych więźniów, czy tych aresztowanych, którzy są po prostu trudnymi aresztowanymi, ich się umieszcza bardzo często właśnie w tych samych zakładach.

Pobyt w warunkach izolacji, jak sądzimy, niezależnie od korzystnych zmian sytuacji ludzi tam osadzonych – w ciągu 4 ostatnich lat rzeczywiście zaistniały te korzystne zmiany, jeśli chodzi o areszty śledcze i zakłady karne – rodzi patologię i stresy.

Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi jest tu trudna do określenia, ale wiadomo, że się zwiększa, obecnie ogółem osadzonych jest już ponad 63 tysiące. W związku z pogarszającymi się warunkami pobytu, trudnościami związanymi z sytuacją ekonomiczną w więzieniach może pracować zaledwie 18% osadzonych. Brak funduszy

między innymi powoduje na przykład, że nie można dokonać kapitalnych remontów w tych szpitalach, które tego by jak najbardziej wymagały lub, że jest brak obudowy kąceków sanitarnych w celach, czy ograniczenie w zakupie materiałów do tej akcji zajęciowej.

Zaburzenia psychiczne pogłębiają się, kiedy osadzeni są niewłaściwie traktowani przez więzienny personel służby ochronnej, a niekiedy trzeba przyznać również przez wychowawców, czy nawet personel służby zdrowia, ponieważ bardzo często personel służby zdrowia uważa, że ma do czynienia przede wszystkim z samymi osobami, samouszkodzającymi się i tak traktuje wszystkich innych chorych.

I przy czym jest niesłychanie mała liczba lekarzy psychiatrów, którzy zajmują się tą grupą ludzi. Są to bardzo często lekarze tylko dochodzący, lekarze, którzy tylko w bardzo niewielkim stopniu mogą tych ludzi badać i mogą pomóc w rozwiązywaniu ich problemów.

Istnieją obecnie w naszym kraju przy zakładach karnych tak zwane oddziały specjalne, w których przebywają zaburzeni psychicznie, którzy powinni być poddawani zarówno leczeniu, jak i wychowywaniu, bywają niestety często oddziałami leczniczo-wychowawczymi tylko z nazwy. W rzeczywistości w warunkach izolacji zaburzenia psychiczne pogłębiają się, czego jednym z dowodów jest problem samoagresji osadzonych, samoagresji, która jest rzeczywiście niesłychanie dramatyczna i która doprowadza bardzo często do trwałego kalectwa lub po prostu doprowadza do śmierci w związku z samoagresją. Niedawno byliśmy w paru szpitalach przywięziennych, gdzie znajdują się osoby z zaburzeniami psychicznymi. Mają państwo te zdjęcia właśnie pochodzące ze szpitala w Bytomiu przy areszcie śledczym.

Zauważyliśmy, że sama agresja na pewno wynika w bardzo dużym stopniu z zaburzeń psychicznych, ale jednocześnie sama agresja i samouszkodzanie wciąż rodzą nowe zaburzenia psychiczne.

To jest sprawa niesłychanej wagi i w związku z tym lekarze, również lekarze psychiatrzy, z którymi się zetknęłam w szpitalach przywięziennych, występują tu z pewną propozycją, którą bym się chciała z państwem podzielić i która jest na pewno propozycją bardzo dyskusyjną.

Mianowicie istnieje taki artykuł kodeksu karnego wykonawczego, to jest art. 62, który stanowi: "w wypadku gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo można, jeżeli wymagają tego względy zdrowotne, stwierdzone orzeczenie komisji lekarskiej, dokonać koniecznego zabiegu lekarskiego nie wyłączając chirurgicznego, nawet mimo sprzeciwu skazanego".

W nagłych wypadkach, jeżeli zachodzi bezpośrednio niebezpieczeństwo śmierci skazanego, o konieczności zabiegu decyduje lekarz.

Lekarze, z którym się zetknęłam łącznie z lekarzami psychiatrii, uważają, że powinien już być uchylony ten artykuł z kodeksu karnego wykonawczego, uważając, że wtedy będzie po prostu możliwość większej odpowiedzialności, poczucia odpowiedzialności za siebie samych więźniów, jak i następuje pewne upodmiotowienie stosunków lekarzy pacjentów.

Jednakże wychowawcy czy kierownicy zakładów penitencjarnych, czy również nasi senatorowie z Komisji Praw Człowieka i Praworządności są zdania, że jest bardzo trudny problem, bo wtedy by prawdopodobnie przy uchynieniu tego artykułu zwiększyła się liczba zgonów więźniów, która i tak jest bardzo wysoka.

Pewne wnioski, które wynikają z naszych doświadczeń Biura Interwencji z więźniami zaburzonymi psychicznie są następujące. Uważam, że odbywanie kary w warunkach izolacji, izolacja osób aresztowanych stanowi bardzo poważne zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego i stąd postulat, że w działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego powinny również uczestniczyć zakłady penitencjarne i należałoby, jak sądzimy w ustawie w sposób bezpośredni to zakomunikować. Na przykład w art. 1 ustawy w pkt 2 można by uzupełnić go w ten sposób. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego powinny uczestniczyć zakłady penitencjarne oraz w dalszym ciągu mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje i dalej bez zmian.

Na zakończenie jeszcze jeden wniosek. Wszystkie te fakty, wszystkie te skargi ludzi, których napływa niesłychanie dużo i których liczba się absolutnie nie zmniejsza w ostatnich latach, a wprost przeciwnie, można powiedzieć, że nawet wzrasta, wszystkie te skargi ludzi świadczą o niezbędności ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Świadczą o tym, chociażby te fakty, że bardzo często wtedy, kiedy próbowaliśmy rozwiązać te bardzo trudne problemy, ludzie, z którymi się stykaliśmy, mówili, że nie mogą tego rozwiązać, ponieważ nie ma odpowiednich ustaleń, nie było ustawy o zdrowiu psychicznym.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo pani doktor.

Proszę pana Michała Wejrocha o wygłoszenie komunikatu na temat: "Model i zadania środowiskowego ośrodka pomocy społecznej". (Głos z sali). Tak, Panie Doktorze zostało panu 10 minut, musi się pan zmieścić.

Pan Michał Wejroch:

Pan przewodniczący zechciał przedstawić mnie z imienia i nazwiska, chciałem do tego jeszcze dodać, że do tego wystąpienia zostałem delegowany przez Centrum Rozwoju Służb Społecznych, które z kolei funkcjonuje przy Ministerstwie Pracy i Polityki Socjalnej.

Wygłoszenie przeze mnie komunikatu chciałbym rozpocząć od pewnego sprostowania będącego zarazem rodzajem wprowadzenia. Otóż właściwe określenie instytucji, o której będę mówił, właściwe w sensie zgodności z terminologią ustawy, ale także merytorycznie brzmi "środowiskowy dom samopomocy". A więc nie jest to na pewno instytucja, która w jakikolwiek sposób miałaby przypominać dom pomocy społecznej. Kwintesencja idei takich domów to przecież pomysł by działały one zasadniczo w oparciu o samopomoc zainteresowanych przy uzupełniającym jedynie udziale instytucji profesjonalnych.

Owa samopomoc ma zresztą szerszy wymiar, gdyż, jak wynika z lektury ustawy, realizuje się ona nie tylko na poziomie podopiecznych, ale także rodziny społeczności lokalnej, stowarzyszeń byłych pacjentów itp., co więcej środowiskowy dom samopomocy rozwijający swą działalność może być zacznem innych działań samopomocowych.

Ustawa określa środowiskowy dom samopomocy jako formę opiekuńczej usługi mieszkaniowej, przy czym stwierdza, że są one organizowane, prowadzone i finansowane przez organy do spraw pomocy społecznej oraz, że zarówno organizacje pozarządowe, jak osoby fizyczne i prawne mają pełne prawo do podobnej działalności.

Z treści ustawy wynika także, że środowiskowe domy samopomocy są jednym z elementów budowania oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Czyli, że mają podtrzymywać samodzielność poprzez różne oddziaływania, a więc poprzez pobudzanie aktywności i operatywności rodziny. Także poprzez zrekonstruowanie sieci kontaktów społecznych na poziomie lokalnym, w oparciu głównie o prawidłowo działającą społeczność środowiskowego domu samopomocy społecznej, oczywiście przy jakimś współdziałaniu pracowników profesjonalnych, na przykład pracownika socjalnego. Wprowadzenie środowiskowego domu samopomocy w obszar oddziaływań stosownych organizacji, instytucji, a więc na przykład właśnie stowarzyszeń byłych pacjentów, związków wyznaniowych czy stowarzyszeń rodzin pacjentów. I wreszcie poprzez ułatwianie z korzystania z przewidzianych prawem świadczeń pomocy społecznej.

Wydaje się, że w początkowym okresie powstawania środowiskowych domów samopomocy mogą zaistnieć dwa rodzaje środowiskowych domów samopomocy, z których pierwszy oparty by był na istnieniu lokalu przeznaczanego w zasadzie do funkcjonowania w ciągu dnia, zaś drugi polegałby na wynajmowaniu mieszkań większych i mniejszych zajmowanych samodzielnie przez grupę osób z zaburzeniami psychicznymi.

W pierwszym z tych typów działalności nastawiona byłaby ona takie przykładowe działania, jak pomoc w szukaniu pracy, terapia zajęciowa, usługi higieniczne na rzecz uczestników, organizowanie czasu wolnego, prowadzenie warsztatów, wydawanie posiłków, a także zajęcia rekreacyjno-sportowe, a także udzielanie awaryjne miejsc do spania, gdyby to było natychmiast konieczne.

Drugi typ środowiskowego domu samopomocy funkcjonowałby jako samodzielny zespół wspólnie zamieszkujących osób będących w stałym kontakcie z pracownikiem socjalnym. Oczywiście znaczna część funkcji pełnionych przez oba typy środowiskowych domów samopomocy byłaby taka sama czy zbliżona. Stopień życiowej readaptacji podopiecznych decydowałby o tym, który z modeli środowiskowych domów samopomocy byłby dla nich optymalny.

Warto też dodać, że przebywanie osób z zaburzeniami psychicznymi w środowiskowych domach samopomocy nie nakłada na nich odium pacjentów psychiatrycznych. Nie znaczy to bynajmniej, że osoby te będą pozbawione opieki psychiatrycznej, bowiem niezależnie od tego każdy leczący się pacjent ma przecież dostęp do rejonowej poradni zdrowia psychicznego.

Ta ustawa stwierdza wyraźnie, że minister zdrowia i opieki społecznej w porozumieniu z ministrem pracy i polityki socjalnej ustala rodzaj i zakres

psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych udzielonych w środowiskowym domu samopomocy.

W myśl ustawy, minister pracy i polityki socjalnej ustali także docelową pomoc w środowiskowym domu samopomocy, natomiast na jej zrealizowanie ustawodawca przeznaczył 10 lat.

Trzeba podkreślić, że okres ten trzeba będzie wykorzystać nie tylko do intensywnego budowania bazy materialnej, ale także do przygotowania odpowiednich kadr. Na tok szkolenia powinny mieć wpływ nie tylko bardzo bogate doświadczenia krajowe i bardzo bogate doświadczenia płynące do nas z pewnych krajów zachodnich, ale także zbierane na bieżąco obserwacji i wnioski wynikające z funkcjonowania pierwszych środowiskowych domów pomocy.

Przewidywane różnice funkcjonowania różnych typów środowiskowych domów samopomocy w odmiennych środowiskach lokalnych takich jak na przykład społeczność stabilna lub zdeorganizowana, wielkie miasto, miasteczko, wieś, tradycje samoorganizowania się lub jej brak, teren bogaty lub biedny. Odmiennosc generowanych przez nie problemów powoduje, że muszą być bezpośrednio włączone do zasobów wiedzy przekazywanej kadrom społecznym.

W końcu chciałbym powiedzieć, że idea powoływania środowiskowych domów samopomocy jest pewnym przyczynkiem do legalistycznego podejścia problematyki upodmiotowienia pacjentów psychiatrycznych, gdyż zmierza do realnego psychospołecznego usprawnienia i funkcjonowania w społeczeństwie i tym samym wpływa na faktyczne budowanie ich pozycji pełnoprawnych obywateli. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo. I tak proszę państwa dobrnęliśmy niestety już do końca części referatowej. Proszę o zabranie głosu.

Poseł Marek Balicki:

Ja poprosiłem o głos, żeby zasygnalizować jedną sprawę tylko, którą poruszył pan Marek Nowicki mówiąc o tym, co jest niezgodne między rekomendacjami Rady Europy, a między ustawą o ochronie zdrowia psychicznego. Z pierwszą się oczywiście zgadzam i moja osobista opinia jest taka, że adwokat powinien być z urzędu w każdej sprawie, ale to jest sprawa na późniejszą dyskusję, czy to jest możliwe u nas dzisiaj.

Druga rzecz to jest kwestia odszkodowania. Komisje nie dyskutowały szerzej o odszkodowaniach w przypadku, kiedy ktoś zostaje pozbawiony wolności i w tym szczególnym przypadku, kiedy to jest chory psychicznie.

W czasie omawiania tych spraw w podkomisji uznano, że umieszczenie w szpitalu, które nie będzie zgodne z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego będzie pozbawieniem wolności, które jest zabronione przez prawo. Są artykuły w kodeksie karnym i nie ma potrzeby szczególnej regulacji, na przykład sprawy odszkodowania itd., bo gdyby tak, to mamy, pięć innych ustaw, w których jest uregulowane prawo umieszczenia kogoś bez jego

zgody w szpitalu. I to jest ustawa o zwalczaniu gruźlicy, która mówi, że w pewnych sytuacjach można umieścić kogoś w szpitalu z powodu gruźlicy. Ustawa o zwalczaniu chorób wenerycznych ma taki sam przepis, tak samo jest w ustawie o zwalczaniu alkoholizmu i ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, na mocy których również można umieścić, czy poddać obowiązkowi leczenia w zakładzie zamkniętym.

Więc nie było dyskusji na temat wprowadzenia szczególnych przepisów o postępowaniu odszkodowawczym i komisje uznały, że tutaj mają zastosowanie przepisy ogólne, że nie ma potrzeby stosowanie szczególnych przepisów dla chorych psychicznie.

Nie chciałbym, żeby powstało takie wrażenie, że jeśli ktoś zostanie pozbawiony wolności w szpitalu psychiatrycznym, nie ma możliwości postępowania odszkodowawczego. Ma takie możliwości, szpitale również płacą odszkodowania w innych sprawach, akurat nie w sprawie pozbawienia wolności, bo to chyba nie było dotąd naszym problemem, mimo że nie było takich specjalnych przepisów – czy w ustawie o zawodzie lekarza, czy w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej – jeśli ktoś poniósł uszczerbek w związku z leczeniem szpitalnym. Z tym, że to oczywiście jest problem, który nie jest zamknięty, będzie ciągle otwarty. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo. Proszę państwa teraz będziemy mieli godzinną przerwę, pani marszałek Kuratowska zaprasza prelegentów na obiad, jako ekwiwalent za honorarium. Obiad odbędzie się i myślę, że pozostali państwo też spożyją obiad w restauracji w Starym Domu Poselskim. Tam wszyscy pójdziemy, tak że nikt się nie powinien zagubić.

Spotkamy się tutaj wszyscy po przerwie, a potem pan Jacek Michałowski powie, co będziemy robić dalej.

Dziękuję bardzo.

Pan Jacek Michałowski:

Czyli spotykamy się o 14.30.

(Przerwa w obradach seminarium do godziny 14 minut 30)

Pan Jacek Michałowski:

Przepraszam za opóźnienie. Chcielibyśmy zacząć część dyskusyjną, jeszcze poczekamy na osoby, które są na zewnątrz sali.

Szanowni Państwo, chcielibyśmy wznowić obrady. Propozycja nasza na dzisiejszą część dyskusyjną jest troszeczkę inna niż zwykle.

Chcemy państwa podzielić na 4 grupy. Każda grupa będzie pracowała pod opieką animatora, ale szczegóły na ten temat, jak chcemy to zorganizować, poda pan Jacek Jakubowski, wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Oddaję tobie Jacku głos.

Pan Jacek Jakubowski:

Dzień dobry państwu, jeśli państwo pozwolą, to króciutkie wprowadzenie. Chciałbym po prostu zaproponować państwu taką formułę pracy, która by wykorzystała cały potencjał, który tu został zgromadzony. Jeżeli byśmy zostali tu na tej sali, to praktycznie tylko kilka osób mogłoby zabrać głos. I prawdopodobnie, tak jak to bywało, na wielu różnych seminariach, wiele osób wyszłoby też troszkę nieusatisfakcjonowanych niemożnością wypowiedzenia tego co ma do powiedzenia i co chciałoby żeby zostało tutaj zarejestrowane.

W związku z tym jest to początek takiej drogi, którą – być może – dalej rozwiniemy w pracy w małych grupach. Niestety jest tyle osób, że one takie bardzo małe nie będą. To jest w czterech grupach, w których prowadzący w ogóle nie będą się wypowiadali merytorycznie tzn. nie uczestniczą w tej dyskusji merytorycznie tylko ich głównym zadaniem jest zbieranie tego, co państwo mówią i doprowadzanie do takich zapisów, jakich właśnie chce osoba, która mówi, żeby to było w dorobku tego seminarium. A także ewentualne sprawdzanie, czy np. większość w tej małej grupie się zgadza z tego rodzaju tezą. I wtedy jest to wypowiedź nie tylko jednej osoby, ale całej grupy.

Czas nam się skurczył. W związku z tym myślę, że mniej więcej połowę czasu, tyle ile tam jest zapisane 1 godz.15 min., 1 godz.20 min. na pracę w tych małych grupach. I potem bardzo ważną rzeczą jest możliwość zrelacjonowanie tego tutaj, z poprawkami. To znaczy, jeżeli się okaże że coś jest nie tak zapisane, że coś w inny sposób by państwo chcieli naświetlić, to żeby to tutaj poprawić.

Chcę powiedzieć, że przez to, że niezależnie od formuły tego spotkania, że usłyszymy nawzajem co kto ma do powiedzenia, bardzo ważną rzeczą jest to, co zostanie zapisane. Jeżeli państwo chcą jakkolwiek wpływ wywrzeć na ewentualne poprawki czy jakieś działania po ustawie, bo myślę, że też takie głosy będą, no to chodzi o to ażeby w materiale z tego seminarium się one znalazły.

W związku z tym będziemy się starali udroźnić komunikację, pomóc w tym żeby dobrze sprecyzować to co chcecie państwo żeby było zapisane.

Pan Jacek Michałowski:

Dodam, na pakietach, które państwo dostali w lewym górnym rogu jest litera – A, B, C i D.

(Głosy poza mikrofonem)

Braliśmy to pod uwagę. I myślę, że będą mniej więcej równie silne te wszystkie cztery grupy.

Pan Jacek Jakubowski:

Proszę państwa, kto zostaje na popołudnie, żeby te grupy były mniej więcej równo liczne?

Grupę A bym prosił o pozostanie tutaj. Będę starał się prowadzić to spotkanie.

Grupa B z kol. Andrzejem Wiśniewskim pójdzie do sali nr 179.

Grupa C – w sali 176 z panią Aliną Naporowską.

I grupa D do sali nr 183 z panią Anną Ciupą.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Przepraszam, pan senator Madej chciał coś powiedzieć.

Senator Jerzy Madej:

Panie przewodniczący, proszę państwa. Taka ogólna uwaga, a właściwie prośba do państwa – ponieważ seminarium zostało zorganizowane z samolubnych celów, z egoistycznych celów senatorów, żeby po prostu uzyskać jakieś informacje, czy wiadomości, czy podparcie do dyskusji i do głosowania, które odbędzie się za kilka dni. Prośba, żeby w tych dyskusjach szczególnie w formułowaniu wniosków państwo wskazali, które elementy, które artykuły, które ustępy, które sformułowania są nieodzowne do tego, żeby je zmienić, a które – powiedzmy – dobrze byłoby zmienić, czy też w ogóle można nad nimi przejść do porządku dziennego mimo, że mogą być rażące z takich czy innych względów.

Mówię to na podstawie i mojego doświadczenia i z tego względu, że senackie komisje dostały kilka opinii, z których jedna mówi – przyjąć ustawę bez poprawek, jak najszybciej.

Pozostała mówi – zmienić 10 artykułów, inna zaś mówi – zmienić 20.

Tak że to jest moja prośba w imieniu senatorów, żeby państwo w ten sposób formułowali te ostateczne wnioski we wszystkich podgrupach, – a szczególnie wtedy, kiedy to już będzie zakończenie, wspólne ustalanie – być może – uzgodnionych właśnie tego typu zmian.

Wiem, że taki wynik seminarium byłby najbardziej korzystny dla nas wszystkich, bo tu nie chodzi tylko o to ażebyśmy podyskutowali jeszcze raz, tylko żeby to dało wyniki.

Przypominam, że tę decyzję będą podejmowali senatorowie i oni muszą być o tym przekonani. A ci z senatorów, którzy są dzisiaj tutaj obecni, będą mieli za zadanie, żeby swoich kolegów przekonać.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo panu senatorowi.

Pan Jacek Jakubowski:

Czyli teraz będziemy pracować do godziny 16.15, potem ta 10–15 minutowa przerwa. I tutaj na podsumowanie wspólne, to znaczy na zebranie tych informacji. Być może będą głosy, które chcą państwo żeby wszyscy usłyszeli.

Zapraszam teraz żeby bez przerwy się przenieść do sal.

Czy można państwa z grupy A poprosić żebyśmy usiedli wszyscy razem, tu blisko?

PRACA W PODGRUPACH (A,B,C,D)

(Po przerwie)

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Proszę Państwa, będziemy wznawiać obrady. Prosimy o zajmowanie miejsc. Głos oddajemy panu Jackowi Jakubowskiemu, który rozpocznie część ogólną naszej dyskusji.

Pan Jacek Jakubowski:

Proszę Państwa! Czasu nie mamy za dużo, mam nadzieję, że praca w tych mniejszych zespołach spowodowała, że większość osób, która przyjechała tutaj i ma pewne tezy dotyczące ustawy, mogła się wypowiedzieć i to przede wszystkim zostanie na barkach Kancelarii, która ma po prostu z tego zrobić opracowanie, zsyntetyzować to.

W tej chwili chciałbym, żebyśmy pokrótce zrelacjonowali pracę w grupach i zostawili sobie miejsce jeszcze na możliwe ustalenia, jeżeli by się okazało, że w grupach coś się diametralnie różni, że w którejś z grup zajęto stanowisko, co do którego inni chcieliby zaprotestować.

Czasu nie mamy za dużo. W związku z tym proponuję naprawdę w bardzo dużym skrócie relację z grup. Od razu rozpocznę i będę prosił pana prof. Pużyńskiego także o skomentowanie i dopowiedzenie w relacji z naszej grupy. Była bardzo ostra dyskusja, ponieważ pan doktor był bardzo negatywnie nastawiony do tej ustawy mówiąc o tym, że trzeba ją przeretuszować od początku do końca. Przytoczył bardzo wiele konkretnych argumentów, zestawiania z międzynarodowymi standardami. Większość osób nie podzielała jego zdania.

Generalnie nasza grupa zakończyła dyskusję bardzo mocnym postulatem i jest teraz istotne, czy inni go podzielają czy nie, bardzo mocnym postulatem rzecznika pana prof. Leszczyńskiego i pana prof. Pużyńskiego dotyczącym tego, żeby ta ustawa przeszła tak jak jest ze względu na to, że w tej chwili jest bardzo ważne, żeby zaczęła funkcjonować.

Pani doktor mówiła o poprawce związanej z uwzględnieniem opieki zdrowotnej w zakładach penitencjarnych. Była kontrowersja czy obligatoryjność kontroli sądowej powinna się znaleźć w ustawie czy w rozporządzeniach.

I była mowa także o czymś takim, to pan prof. Bizoń mówił, o tym, czy to w ustawie się powinno znaleźć, a jak nie, to w dorobku tego seminarium, że tak naprawdę ustawa ustawą, natomiast być może w ustawie powinno się znaleźć sformułowanie opieka na najwyższym możliwym "standardzie", że być może trzeba zwrócić uwagę na to, że wiele przypadków łamania praw pacjenta bierze się po prostu z koszarnej sytuacji materialnej. Takie zobligowanie w ustawie, pan profesor mówił, że powinno być, inni mówili, że to się w ustawie nie da. Być może to powinno być w jakichś rozporządzeniach późniejszych w każdym razie była o tym mowa.

Było takie pytanie, które muszą rozstrzygnąć panowie senatorowie, czy jest wystarczająco rozwiązana sprawa związana z tym, że jeśli sąd zdecyduje o umieszczeniu chorego, to czy już tylko lekarz i dyrekcja szpitala będzie decydować o uwolnieniu.

W tym zakresie jeżeli będą te drobne poprawki, to coś takiego jeszcze wstawić do ustawy.

Generalnie, tak jak mówię, był mocny apel o to, żeby przyjąć ustawę i rozpocząć prace nad monitorowaniem, nad patrzaniem co jest niedobrego i nad nowelizacją, która formalnie następuje po pewnym czasie. A w ten sposób można sprawdzić.

Czy pan profesor jeszcze by coś dodał?

Prof. dr hab. Stanisław Pużyński:

Ta relacja jest zgodna z przebiegiem. Ja tylko słów kilka na temat różnic co do opinii, które przedstawił pan dr Morasiewicz i opinii, które inni członkowie naszej grupy przedstawiali, a które ja podzielałam.

Myślę, że te opinie dotyczą w ogóle całej filozofii ustawy, tak ja bym powiedział, zwłaszcza niektórych podstawowych zapisów, jak kryteria stosowania przymusu czy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w ogóle, czy wobec osób chorych psychicznie, jak niektóre problemy terminologiczne np. trudny do rozstrzygnięcia problem czy choroby umysłowe, czy choroby psychiczne, czy zaburzenia typu psychotycznego.

Sprawa jest zupełnie drugorzędna tym bardziej, że projekt odsyła do współczesnego stanu wiedzy i nie sądzę, żeby ustawa mogła być podręcznikiem diagnostyki klinicznej, no bo gdybyśmy chcieli uściślać kryteria, to by musiało się skończyć olbrzymim słownikiem, który by zawierał szereg definicji.

Takie byłyby chyba zasadnicze różnice. Ja chcę powiedzieć, że doceniając i pracę pana dra Morasiewicza i publikacje i wysiłek, jaki włożył w kierunku zgłębienia stanu praw chorych psychicznie w Polsce muszę powiedzieć, że wnioski, które przedstawia, nie są podzielane przez szersze grono psychiatrów. Myślę, że i Towarzystwo Psychiatryczne, jak również instytucja, którą reprezentuję, jak i grupa ekspertów, która opiniowała tę ustawę nie była zgodna z tym stanowiskiem, co nie znaczy, że oczywiście pan doktor nie może takiego stanowiska prezentować.

To chyba tyle. Nie wszyscy byliśmy zgodni, że zamieszczenie w ustawie takich zapisów troszkę życzeniowych co do standardów opieki jest celowe. Obawialiśmy się, że

to by mogło być i przeszkodą chyba w jej uchwaleniu, a chyba z punktu widzenia prawnego niewiele by mówił zapis, że ten standard opieki musi być najwyższy.

To chyba tyleż w ramach uzupełnienia.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Rozumiem, że tezy pana doktora są włączone do materiałów z tego seminarium. I prosiłbym drugą grupę teraz o relację.

Prof. Zdzisław Bizoń:

Chodziło o to, że tam, gdzie jest zobligowanie wojewodów do powoływania placówek, itd. stosownie do struktury i potrzeb, żeby dodać powoływanie placówek, ale zapewniających odpowiedni standard tej opieki, bo my wiemy, że jak psychiatra, to zawsze dostaje z demobilu różne stare budynki. Teraz przy reprivatyzacji wojewoda może próbować i 5 budynków, których nikt nie chce wziąć przeznaczyć dla psychiatrii, prawda? I powie, że się rozliczył, powołał służby, a my mamy ruiny. Mnie chodzi o to, żeby zapobiec temu. Dziękuję.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Pamiętam tę dyskusję. Merytorycznie się wszyscy zgadzali, a problem polega na tym, czy to ma być w ustawie czy nie i w jaki sposób ma być to wyegzekwowane. Czy druga grupa mogłaby zabrać głos?

Pan Andrzej Wiśniewski:

Mogłaby. Otóż przebieg dyskusji w drugiej grupie można by scharakteryzować w ten sposób, że nikt nie zgłaszał pretensji czy jakichś zastrzeżeń co do ducha tej ustawy, tak jakby zawartej w niej pewnej koncepcji filozoficznej czy etycznej. I to było bardzo przyjemne, że głównie druga grupa skoncentrowała się na takich poprawkach prawnych albo na precyzowaniu sformułowań, które w tej ustawie są zawarte. Miałem także wrażenie, że grupa bardzo kompetentnych osób mówiła o tym czym się zajmuje na co dzień. Grupa miała ułatwione zadanie, gdyż w jej skład wchodził pan poseł Marek Balicki, który po prostu tę ustawę pilotuje, w związku z czym wyjaśniał nam wszystkie kłopoty na bieżąco. Co do szczegółów, chciałbym poprosić tutaj kolegę o przedstawienie szczegółowych spraw, którymi nasza grupa się zajmowała.

Pan Włodzimierz Bogusz:

Pierwsze wątpliwości związane były z art. 29 pkt 3, art. 30 pkt 1. Chodziło, ogólnie rzecz biorąc, o to, czy gmina lub inny organ administracji mają być traktowane jako wnioskodawca w sensie proceduralnym? To znaczy ze wszystkimi konsekwencjami i

kontrolą. To samo odnosiło się do art. 43, dotyczącego kontroli sędziowskiej. To była pierwsza wątpliwość.

Druga wątpliwość dotyczyła odniesienia do prawa brytyjskiego. Chodziło tutaj o zastosowanie bezpośredniego przymusu, to znaczy określenie konkretnie kto, w jakich warunkach niejako jest wnioskodawcą zastosowania bezpośredniego przymusu i odwoływania się właśnie do tegoż prawodawstwa.

Trzecia rzecz, chodziło o interpretację terminu "rzeczywiście zdolna" oraz innych terminów, żeby nie było wątpliwości co do tego w jaki sposób powinny być odczytywane.

Ponadto był wniosek dotyczący wyodrębnienia specjalnej kategorii zaburzeń psychicznych spowodowanych brakiem podawania leków i była wątpliwość czy ustawa dotyczy wszystkich rodzajów zaburzeń psychicznych, z jakimi mamy do czynienia.

Kolejna wątpliwość dotyczyła wydawanych świadectw – art. 30 pkt 2. Chodziło o rejonizację i przypisanie do konkretnego miejsca, do konkretnego lekarza, uprawnionego do wydawania oświadczeń. Wniosek był o powołanie niezależnego eksperta, którego decyzja też jest w jakiś sposób weryfikowana. Tutaj właśnie podawano przykłady, że zależności służbowe mogą powodować na przykład niezdrowe sytuacje w wydawaniu zaświadczeń.

Następnie podniesiona została rola stowarzyszeń samopomocowych i przede wszystkim możliwość ich współpracy z gminami, w ogóle wykorzystanie tych stowarzyszeń dla sprawnego funkcjonowania opieki zdrowotnej.

I wątpliwość dotycząca art. 55 pkt 1, gdzie chodziło o docelową sieć placówek czy dokładne określenie w ustawie co właśnie mamy na myśli przez docelową sieć placówek psychiatrycznych.

Jeszcze jedna wątpliwość, dotycząca skuteczności oświadczenia sądu, to znaczy jego wykonywalności – czy ona może być wykonywana natychmiast. I to właściwie są chyba wszystkie podstawowe wątpliwości, jakie my tutaj mamy.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękujemy pięknie. I następna grupa proszę.

Pan Włodzimierz Kucner:

Proszę Państwa, tak się składa, że w naszej trzeciej grupie panowała podobnie jak w grupie drugiej ogólna aprobata dla tekstu, a zwłaszcza dla ducha, ale zgoda była również dla tekstu ustawy.

Jeśli idzie o szczegóły, padały pewne postulaty, niektóre dotyczące rozszerzenia artykułów, punktów, inne pozostawienia ich bez zmian mimo sugestii przedstawionych na przykład w pakiecie tematycznym przez sędziego Wielkanowskiego czy też sugestii wygłoszonych tutaj w sali ustami pana Marka Nowickiego, a sugestie te dotyczyły systemu belgijskiego. Państwo, którzyście byli obecni, wiecie o co idzie.

A więc przechodząc do szczegółów, acz krótko, bo jak powiadam, ogólna aprobata panowała w naszej sali, pani doc. Stańczak mówiła o tym, gdyby skonkludować tę jej wypowiedź, iż każdy dzień bez ustawy prowadzi do łamania praw. I jest tu postulat, który już usłyszałem wcześniej, dotyczący tego, żeby ustawa po prostu zaczęła działać.

Ważna jest natomiast praca, zdaniem pani docent, nad rozporządzeniami. Te na pewno rozjaśnią wątpliwości. Co do rozporządzeń, jeszcze pod koniec dwa słowa.

Prof. Aleksandrowicz postuluje rozszerzenie art. 10 na inne grupy zwłaszcza głęboko zaburzonych. Rozwinęła się potem dyskusja. Chodzi o grupy specyficzne ze względu na sytuację ekonomiczną dosyć mało, by użyć eufemizmu, interesującą, tych chorych czy tych grup, by nie mówić o chorych.

Tak jak powiadam, odniesiono się do tekstu sędziego Wielkanowskiego. Pan profesor sugeruje pozostawić nie zmieniony art. 51 i 52 wbrew sugestiom tekstu sędziego. Rzucił pytanie poniekąd retoryczne dotyczące tajemnicy dokumentacji. Czy tajemnicą ma być objęty cały tekst czy też jakiś szczególnie wypis bez szkody dla, powiedzmy, pacjenta, rodziny, itp. można udostępnić?

Pani Maria Nowicka optowała za, tu użyję skrótu i żargonu, ale Państwo dyskutowaliście, więc wiecie o co idzie, za "nieodpłatnością przymusowych". Pan doc. Wciórka powiada o podsądnych badanych na terenie szpitala raczej, a nie w placówce penitencjarnej.

Pani Maria Nowicka postuluje, by adwokat z urzędu, to jest nawiązanie do art. 48 pkt 2, znajdował się, a właściwie musiał być jakby w każdej sytuacji. Tu powstała zabawna 5-minutowa wymiana zdań na temat ostrości terminów: może, powinien, musi. Chodzi o to, czy adwokat może czy powinien czy musi. Dyskusja rzeczywiście rozwinęła się we właściwym kierunku.

Maria Nowicka postuluje odszkodowania za przymusową, a jak się ex post okazuje, zbędną obserwację. Pan doc. Stańczak, a i wszyscy dyskutanci zgadzają się, i żądają, by rozporządzenia, o których wspominałem wcześniej, były uprzednio szeroko konsultowane zwłaszcza w środowisku, z tym, że środowisko to nie znaczy jakieś zupełnie wyodrębnione, na przykład do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, acz zwłaszcza ono powinno dawać pieczęć owym rozporządzeniom.

Dyskusyjna poniekąd była również sprawa odpłatności za leki, ale i tu jakoś przemknęliśmy szczęśliwie do końca.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo. I następna grupa.

Pani Anna Ciupa:

Grupa czwarta, podobnie jak wszystkie poprzednie, w większości wyraziła akceptujący, a w połowie entuzjastyczny stosunek do ustawy, wyraziła wolę jej przeprowadzenia bez poprawek. Ale nie wszyscy, bo jednakże 2 osoby zgłosiły chęć

dokonania poprawek. Pan dr Bulenda wyraził jeszcze raz chęć uzupełnienia ustawy o te poprawki, które zostały zgłoszone i znajdują się w materiałach, wobec tego rozumiem, że nie miejsce tutaj, żeby je jeszcze raz powtarzać. A dodatkowo jeszcze zgłosił propozycję uzupełnienia tej części ustawy, która mówi o prawach pacjenta poprzez przypomnienie tych praw, które znajdują się w innych ustawach bądź tych aktach, które były tutaj też przypomniane, ale które powinny się znaleźć w ustawie ze względu na to, że korzystanie na przykład z niej przez pacjentów, ułatwiałyby właśnie takie zapoznawanie się z prawami, mimo że przez służby psychiatryczne jest to znane.

Przedstawiciel Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, pan Przybysz zwrócił uwagę na istnienie może nie tyle sprzecznych i ściśle powtarzam, więc rozumiem, że pan zechce poprawić, "nie tyle sprzecznych ile nie ciągłych" zapisów zawartych w artykułach 1, 3 i 6 a dotyczących możliwości takiego stosunku czy możliwości tworzenia placówek niepublicznych psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz innych jeszcze zapisów, które dotyczą takich spraw jak wpisywanie do rejestru przez wojewodę placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz prowadzenia ich przez wojewodę. Te nieprecyzyjne zapisy, zdaniem pana Przybysza, mogą wprowadzać jednakże duże nieporozumienie i dlatego proponuję, żeby jeszcze raz od strony takiej precyzyjności prawnej te artykuły przejrzeć. Dodatkowo pan dr Bulenda zobowiązał się do przedstawienia tych spraw w środę przy ostatecznej dyskusji nad ustawą przed przekazaniem jej do Senatu.

Pozostałe głosy, które były ogólnie akceptujące ustawę mówiły o konieczności dalszej pracy nad ustawą w postaci tworzenia precyzyjnych aktów wykonawczych, wprowadzenia do tych aktów wykonawczych albo do praktyki wprowadzenia tej ustawy, działań edukacyjnych nie tylko w środowisku psychiatrów, ale działań edukacyjnych, jak rozumiem, ogólnospołecznych, jak też i działań edukacyjnych w odniesieniu do pacjentów.

Niektóre głosy dotyczyły takich spraw, które byłyby zapoczątkowaniem nowych inicjatyw ustawodawczych, aczkolwiek nie dla wszystkich była jasna taka opcja dotycząca prowadzenia przez stowarzyszenia placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Część osób się wypowiadała, że ustawa o stowarzyszeniach to reguluje, natomiast ideą pani prezes Mrugalskiej, było, że aczkolwiek pewne ustawy regulują możliwość tworzenia, to jednakowoż nie ma tam jasnego zapisu co do materialnego statusu istnienia tych placówek i są z tym kłopoty, ponieważ to jest niedookreślone, a to jest taka materia, która niepewności nie powinna zawierać.

Była wypowiedź dotycząca używania terminów "chory psychicznie" i "upośledzony umysłowo". Terminy te w ustawie są używane prawidłowo, natomiast było w wypowiedzi pani prezes Mrugalskiej zawarte coś takiego, że dalsze doprecyzowanie w aktach wykonawczych tych spraw może powinno być dalej bardzo pilnowane, żeby nie doszło do jakiś nieporozumień i tworzenia niekorzystnych aktów dla podmiotów, w tym wypadku dla upośledzonych umysłowo. To byłoby chyba wszystko. Dziękuję.

Pan Jacek Jakubowski:

Myślę, że nasza rola się na tym kończy i oddaję głos panu przewodniczącemu.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo. Zbliżamy się proszę państwa do końca, ale zanim zakończymy nasze posiedzenie, poproszę jeszcze pana posła Balickiego o depolaryzację tych wszystkich napięć, które w tych grupach powstały. Proszę bardzo.

Poseł Marek Balicki:

Dziękuję bardzo. Obawiam się, że jestem stroną w sporze, jeśli to w ogóle można nazwać sporem, ponieważ tyle miesięcy pracy nad tą ustawą powoduje, że moja ocena jest również emocjonalna a nie tylko chłodna i z dystansu.

Dlatego tylko do kilku spraw, które zostały zgłoszone trochę się odniosę. Z wieloma uwagami się zgadzam, a niektóre wydaje mi się wynikają być może z pewnych nieporozumień. I tak, kto decyduje o wypisaniu ze szpitala. Wydaje się, i to sprawa, która trochę czasu w komisji zajęła, że to przynajmniej tak w Sejmie uznaliśmy, jest to w sposób dość precyzyjny określone. I w sytuacji, kiedy to jest pobyt dobrowolny to decyduje o tym odpowiedni zapis ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, i art. 22 ustawa o ZOZ-ach mówi, wypisanie ze szpitala, jeżeli przepisy szczególnie nie stanowią inaczej, więc później wrócę do przepisów szczególnych, następuje "gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu, na żądanie osoby przebywającej w szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego, w przypadku małoletnich lub ubezwłasnowolnionych, lub gdy osoba przebywająca w szpitalu w sposób rażąco narusza regulamin a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować różnego rodzaju szkody, które tu są wymienione". Więc to jest przepis generalny. I to co w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego zostało wpisane, to przede wszystkim te sytuacje, kiedy ktoś został przyjęty bez zgody do szpitala. I tu jest napisane w art. 35, że w każdym momencie, mimo że decyzja sądu jest ważna 30 dni, jak to jest dalej napisane, wcześniej zadecydować o wypisaniu może lekarz ordynator lub lekarz kierujący oddziałem. Wcześniej, zanim minie ten 30-dniowy okres, osoba przebywająca w szpitalu w każdej sytuacji zawsze może złożyć w dowolnej formie wniosek o nakazanie wypisania jej ze szpitala z tym, że sąd zajmuje się, jeśli postanowienie było prawomocne, po upływie 30 dni od tego postanowienia. I to tyle jeśli chodzi o wypisywanie.

Była też taka sytuacja omawiana, która jest uregulowana w ustawie, ale czasem budzi wątpliwości, że ktoś zostanie przyjęty za zgodą, tak zresztą pacjenci czasem mówią, że przyszedł dobrowolnie i chce wyjść dobrowolnie, to gdy pacjent zażąda wypisu a lekarz uzna, że zachodzą warunki te określone w art. 23 o ile pamiętam, że jest chory psychicznie i nastąpiło takie pogorszenie, że zagraża swojemu życiu lub zdrowiu i życiu innych osób, to wtedy zmienia charakter, zmienia tryb pobytu tego pacjenta w szpitalu i oczywiście są uruchomione wszystkie działania, zatwierdzenie przez ordynatora, w przeciagu 3 dni dyrektor musi powiadomić sąd itd., czyli w trakcie pobytu w szpitalu również może nastąpić zmiana tego charakteru pobytu "za zgodą", na "bez zgody", ale wtedy jest uruchamiane tak, jakby od początku został przyjęty bez zgody. Czyli wszystkie prawa są zabezpieczone łącznie z tym, że w przeciagu 5 dni od tej decyzji ma prawo być wysłuchanym przez sędziego wizytującego szpital. Czyli tutaj wydaje się, że no może coś

przemknęło, to się okaże później, jak ustawa będzie realizowana w życiu, ale wydaje się, że są uwzględnione te sytuacje. I to jest pierwsza ważna rzecz.

Druga sprawa, to "nieodpłatność przymusowych". To znaczy każdy chory psychicznie, bo jego dotyczy postępowanie przymusowe, cały pobyt w szpitalu psychiatrycznym, czy przymusowy, czy nie przymusowy ma bezpłatny, ustawą zagwarantowany, czyli nawet jak się zmieni ustawa generalna regulująca, czy zapis Konstytucji i te ustawy o ubezpieczeniu społecznym, gdy one będą unieważnione, to wtedy ten przepis w stosunku do tej grupy pacjentów będzie obowiązywał na zasadzie właśnie tego prawa szczególnego, czyli tutaj nie ma wątpliwości. Co innego jest realizowanie recept, bo to jest inna ustawa, ale recepty realizowane są, że użyję inna sytuacja, ale tutaj zostało wprowadzone dodatkowe zabezpieczenie, żeby utrzymać te przywileje, które chorzy psychicznie obecnie mają na mocy rozporządzenia ministra zdrowia, w którym jest enumeratywnie wymieniana pewna liczba leków, które w przypadku chorych psychicznie są sprzedawane za opłatą ryczałtową, bądź przeniesione do grupy ze zniżką, 30-procentowa odpłatność.

Jeśli chodzi o adwokata z urzędu, no to ja akurat jestem zwolennikiem, ale to takie było stanowisko, znaczy tu został zawarty i tak kompromis pomiędzy stanowiskiem rządowym, które generalnie nie chciało wprowadzać żadnego zapisu, a który był ogłoszony szczególnie przez przedstawicieli Ruchu Obrońców Praw Człowieka, dodać "więzienia", no to oczywiście można, znaczy to są słuszne postulaty, że tam w tej części, gdzie w szczególności te zasady ochrony powinny być stosowane, to można jeszcze wymienić, tam są wymienione placówki resocjalizacyjne i wojsko, ale niewymienienie tego nie ma takich skutków prawnych, tylko nie ma tego nacisku.

I myślę, że ostatnia sprawa, znaczy te zakłady opieki zdrowotnej publiczne, niepubliczne, myślę, że to można wyjaśnić z prawnikami, co było w grupie czwartej zgłaszane, bo chyba szkoda byłoby naszego czasu żeby tym teraz się zajmować. Ale ważna jest sprawa przez pana dr Bulendę, jeśli dobrze zrozumiałem, zgłoszona, żeby wpisać do tej ustawy inne prawa chorych psychicznie tak, żeby był akt, w którym są one zebrane w całości, bo wtedy pacjentom będzie łatwiej korzystać.

Muszę powiedzieć tak, że generalnie się zgadzam, że jest wielka i pilna potrzeba takiego dokumentu czy może nie dokumentu, takiej książeczki, w której byłoby napisane to wszystko co jest ważne dla pacjenta czy dla jego rodziny, inny poradnik może powinien być dla pracowników służby zdrowia, którzy to mają wykonywać. Tylko ja osobiście wątpię, czy to zadanie byłoby spełnione, gdybyśmy to wpisali do ustawy. Bo ja nad tą ustawą no w różnych gremiach pracowałem i muszę powiedzieć, że w gremiach wybitnych specjalistów czy ludzi, dla których ta tematyka nie jest obca, nierzadko jest trudno no dojść do takiego pełnego i jednolitego zrozumienia tego co jest napisane w ustawie, a co dopiero byłoby, gdyby mieli to czytać wszyscy i starać się zrozumieć co tam jest napisane językiem czasami specjalistycznym, czasami psychiatrycznym, czasami prawniczym, a 7% naszego społeczeństwa ma wyższe wykształcenie, tylko 19% czy 18% ma średnie wykształcenie. Więc jest wielka potrzeba zebrania tych wszystkich praw, ale nie tyle w ustawie, w mojej oczywiście osobistej opinii, ile w takim dokumencie, który będzie strawny i do przeczytania dla tych tysięcy czy dziesiątek tysięcy pacjentów, którzy co roku są przyjmowani do szpitala, czy dla tych kilkuset tysięcy pacjentów, którzy korzystają z

usług psychiatrycznej opieki zdrowotnej co roku i innych pacjentów. Więc to jest potrzebne, ale chyba inny dokument jest potrzebny i to jest postulat nie wiadomo do kogo. Może rząd powinien coś takiego zrobić, może organizacje pozarządowe. No jeśli nikt tego nie robi, to na pewno obowiązek taki spoczywa na Ministerstwie Zdrowia i pewne prace dotyczące ogólnej Karty Praw Pacjenta, bo tak by ten dokument mógł być nazwany, tam są finalizowane.

I jeszcze jeden taki przyczynek do tego, że jak coś jest zapisane w ustawie, to nie znaczy, że koniecznie, nawet jak to jest bardzo dobry i bardzo potrzebny zapis, że on jest realizowany w życiu. Ja bardzo chętnie podaję przykład z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która tworzy rady nadzorcze wszystkich publicznych zakładów opieki zdrowotnej. I te rady nadzorcze, które mają być, mają składać się z przedstawicieli społeczności lokalnych, bo one są delegowane przez samorzady terytorialne, czyli no demokratycznie wybrane organy, które reprezentują społeczność lokalną, te rady mają bardzo szerokie kompetencje. I również ich kompetencje sięgają praw pacjenta. Te rady obok tego, że mogą nawet premie wyznaczać dyrektorowi szpitala, czy decydować o zmianie statutu, o zakupach, darowiznach, podziale nadwyżki itd. mogą nawet odwołać kierownika, ustalając statut itd., ale też zatwierdzając regulamin porządkowy zakładu określający prawa i obowiązki pacjenta przebywającego w danym zakładzie opieki zdrowotnej i to rady, które nie są przedstawicielem administracji szpitalnej, bo takimi nie powinny być i w większości ich skład jest niezależny od administracji szpitalnej, mają to. A jak to wygląda w rzeczywistości no to wszyscy wiemy, jak niewiele jest publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w których rady nadzorcze bardzo poważnie podeszły do tego zapisu. Więc jeśli chodzi o prawa pacjenta, to również jest potrzeba no popularyzacji świadomości i większego zaangażowania nie struktur administracyjnych rządowych, tylko od nich niezależnych.

I kończąc, chciałbym przychylić się do tego, co pani doc. Stańczak powiedziała, że ta ustawa na pewno nie jest doskonała i na pewno można by ją jeszcze doskonalić, redagować, ale prawdziwą weryfikacją będzie dopiero wprowadzenie jej w życie, a każdy dzień bez tej ustawy, to jest dzień łamania prawa. Więc w tej chwili chyba postulatem pierwszym jest wprowadzenie jej w życie i jeśli niektóre zapisy, bo tak to może być, bo to jest zupełna nowość, jeśli niektóre zapisy trzeba będzie poprawić, zmienić, to wtedy trzeba będzie jak najszybciej tego dokonać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, Pani Marszałek.

Wicemarszałek Zofia Kuratowska:

Ja tylko parę słów chcę powiedzieć, przede wszystkim przeprosić państwa, że nie uczestniczyłam w całej tej niezwykle ciekawej konferencji, ale miałam pewne obowiązki urzędowe jako wicemarszałek i po prostu mam akurat ostro i ciężko chorego męża, więc miałam też i z tego tytułu pewne zajęcia.

Niemniej idea mnie się ogromnie podobała, to co powiedziała pani doc. Stańczakowa i co już zacytował pan poseł Marek Balicki dlatego też uważam, i tak będę wnioskować w czasie środowego posiedzenia komisji, ażebyśmy przyjęli tę ustawę bez poprawek. Również bardzo podoba mi się ten "adwokat z urzędu", bo jest tu pewna jakaś nierówność. Człowiek, którego na to stać, może mieć tego adwokata, ten, którego nie stać, nie może. A w całej przecież praktyce, że tak powiem, sądowniczej jest inaczej, bo każdy ma prawo do tego adwokata z urzędu.

Jednak mimo tego, wydaje mi się, że powinniśmy tę ustawę przyjąć, ona jest dość rewolucyjna. Pan Marek Balicki też się tutaj powoływał na tę ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. To jest ustawa, której ja poświęciłam bardzo dużą ilość godzin mojego życia, tak bym powiedziała, bo ustawa ta była inicjatywą ustawodawczą Senatu pierwszej kadencji. Pracowaliśmy nad nią bardzo ciężko, później pracował nad nią Sejm, później ponownie ona trafiła do nas, wreszcie się ukazała. I tu jest to, co na końcu jest napisane o rozporządzeniach, w uwagach dwóch panów o tym, żeby były zakreślone terminy wydania rozporządzeń, we wszystkich przepisach. Otóż nie wydaje mi się, że możemy to umieścić w ustawie. Ale nieszczęściem ustawy, a więc i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a więc i całego systemu publicznych zakładów ochrony zdrowia było to, że przeszły lata dosłownie, a nie było cały czas rozporządzeń wykonawczych, wobec tego albo ktoś coś tu robił, albo nie robił bo nie wiedział jak, nie miał wytycznych. No myślę, że od tego jesteśmy, my jako parlamentarne lobby, ale również państwo, jako lobby pozaparlamentarne ażeby tego pilnować i tego wymagać. Myśmy wówczas, ja pamiętam jak Senat dał termin Ministerstwu Zdrowia, bo głównie stamtąd płynęły, miały płynąć te rozporządzenia wykonawcze, jakoś tam mieli nam je przedstawić, nie pamiętam, może na wiosnę. I przyszedł koniec roku, ich nie było, awantura była na jednym z posiedzeń Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, że tych rozporządzeń nie ma, były ślone listy bez skutku. No więc miejmy nadzieję, że w przypadku tej ustawy taka sytuacja się nie powtórzy, bo jest to rzeczywiście niezwykle ważna ustawa z bardzo różnych przyczyn. Mnie się wydaje, że ona może być pewnym wzorem do podobnych ustaw, które będą uchwalane, ponieważ wkrótce będziemy poważnie debatować nad ustawą o zawodzie lekarza. Z tego też płyną pewne wnioski do tamtej następnej ustawy, jak i w ogóle do pakietu ustaw dotyczących zdrowia.

Myślę, że wszystkie wnioski z tych narad, które będą opracowane przez Biuro Studiów i Analiz Senatu przestudujemy i będą one bardzo cennymi wskazówkami na przyszłość.

W swoim własnym imieniu chciałam bardzo serdecznie podziękować wszystkim, którzy tyle pracy włożyli zarówno w opiniowanie tej ustawy jak i w dyskusje na jej temat.

Przepraszam bardzo, jedna zupełnie drobna rzecz, ale ponieważ jest dr Bulenda, ja chciałam zapytać, tam w państwa zastrzeżeniu, będziemy zresztą je dyskutować w środę, jest napisane o tym, że termin "wielostronna i powszechnie dostępna opieka" pochodzi z poprzedniej epoki, czy można zapewnić opiekę nie powszechną? Można, bardzo prosto, postawić finansową barierę i koniec, i już nic nie jest powszechne. Jeszcze parę jest innych możliwości akurat w tym wypadku. Także to musi być powiedziane to słowo "powszechnie". Ja to mówię dlatego, że dla mnie jest to bardzo ważne ta powszechna dostępność, co oczywiście nie oznacza we wszystkim bezpłatności. Ale to jest

chyba jakaś zasada, która w publicznej ochronie zdrowia musi być spełniona, a oczywiście nie w prywatnej.

Bardzo serdecznie dziękuję i pana przewodniczącego proszę o zamknięcie naszej konferencji.

Przewodniczący Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję bardzo.

Pani Marszałek! Panie i Panowie!

Będę kończył seminarium, ale to nie znaczy, że to jest koniec, ponieważ pan Jacek Michałowski chciałby jeszcze przekazać państwu kilka informacji.

Szanowni Państwo! Sądzę, że możemy być zadowoleni z tego seminarium. Szczególnie my, senatorowie, jesteśmy państwu wdzięczni za te wszystkie uwagi, które tutaj padły. Mimo iż seminarium było poświęcone prawom pacjenta w tej ustawie, to jednak wykazaliśmy takie pozytywne niezdyscyplinowanie i w drugiej części skończyło się na omawianiu całej ustawy, zresztą bardzo dobrze.

Ustawa ta była wielokrotnie omawiana, a jak się okazuje, jeszcze można było bardzo wiele dodać. Pan prof. Pużyński zaprosił kilka osób do instytutu, gdzie jeszcze będziemy na ten temat dyskutować. Myślę, że ta ustawa już jest wszechstronnie omówiona. Oby służyła ona ludziom i naszej praworządności.

Dziękuję państwu za uczestnictwo, zwłaszcza prelegentom, moderatorom, wszystkim paniom i panom.

Pan Jacek Michałowski:

Przepraszam, jeszcze parę słów. Po pierwsze wielka prośba do państwa o zwrócenie nam ankiet uczestnictwa, dlatego, że chcemy potem państwu przesłać materiały, stenogram z seminarium i inne materiały, które pojawiły się w międzyczasie.

Druga sprawa. Jeżeli mają państwo jakieś uwagi co do strony organizacyjnej, szczególnie do tej po raz pierwszy przez nas zrobionej w Senacie części dyskusyjnej w podgrupach, to także szczególnie, panie i panów senatorów, proszę o informacje na ten temat.

Trzecia sprawa. Prawdopodobnie, jeżeli wszystko się dobrze ułoży, mniej więcej w maju przyszłego roku, zorganizujemy podobne seminarium, może trochę większe, na temat praw pacjenta generalnie, nie tylko na temat praw pacjenta psychiatrycznego, ale w ogóle praw pacjenta i być może właśnie to będzie ten moment, kiedy będzie można dopracować się pewnego dokumentu, o którym wspomniał pan poseł Balicki, o którym mówił dr Bulenda. Byłby to pewien dokument generalnie mówiący na ten temat i bardziej komunikatywny niż język ustaw.

I ostatnia sprawa. Chciałem jeszcze raz państwu podziękować za przybycie i obiecać w imieniu Biura Studiów i Analiz, że jeżeli ta ustawa wejdzie w życie, to będziemy ją pilnie monitorować. Dziękuję bardzo.