

Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 3 grudnia 2010 roku – analiza socjologiczno-prawna

Amendments to the mental health protection act of 3 December 2010 – socio-legal analysis

Katedra Socjologii Prawa i Praw Człowieka, Instytut Socjologii KUL. Kierownik Katedry: prof. Krzysztof Motyka

Correspondence to: Błażej Kmieciak, ul. Jagienki 5/7 m. 39, 92-439 Łódź, e-mail: bkmieciak@o2.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego funkcjonuje w polskim systemie prawnym od niespełna siedemnastu lat. Akt ten był do tej pory trzykrotnie nowelizowany. Kolejne zmiany ustawy mówiły o: doprecyzowaniu zasad przyjęcia pacjenta do szpitala bez jego zgody, wprowadzeniu instytucji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, założeniach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego etc. Tegoroczna czwarta nowelizacja ustawy nie zakłada zmian, które można by określić mianem rewolucyjnych. Omawiany akt wprowadza jednak istotne zapisy, które mogą mieć znaczenie dla codziennego funkcjonowania zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego. Zmiany te dotyczą zwłaszcza takich zagadnień, jak: procedura hospitalizacji w trybie wnioskowym, stosowanie przymusu bezpośredniego, doprecyzowanie kompetencji ww. Rzecznika oraz podjęcie nowych działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego. Szczególnie w odniesieniu do kwestii przymusu bezpośredniego można dostrzec istotne zmiany, do których zaliczyć należy przede wszystkim upoważnienie ratowników medycznych do stosowania unieruchomienia oraz przytrzymania. Istotne jest także, iż w chwili obecnej wyłącznie do sądu należy decyzja o wszelkich formach przymusowego transportu do szpitala lub też domu pomocy społecznej. Podejmując się analizy wspomnianej ustawy, warto spróbować dokonać wstępnej oceny zaproponowanych zmian. Warto zastanowić się, czy proponowane zmiany wpłyną pozytywnie na codzienne funkcjonowanie zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego, a także czy w chwili obecnej dostrzec można istotne kwestie, które nie zostały uregulowane w omawianej nowelizacji.

Słowa kluczowe: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, przymus bezpośredni, hospitalizacja w trybie wnioskowym, prawa człowieka

Summary

The mental health protection act has been operating in the Polish legal system for less than seventeen years. This act has been revised three times so far. Subsequent changes to the law referred to: clarifying the rules of admission to hospital without patients' consent, introduction of the institution of Ombudsman for the Psychiatric Patient Right Protection, assumptions of the National Mental Health Protection Program etc. This year's fourth amendment to the act does not introduce changes that could be called revolutionary. However, this act adds significant issues which may be important for everyday functioning of patients and medical staff. These changes deal especially with such issues as: compulsory psychiatric hospitalisation in the petition mode, the use of the direct coercion, clarification of the competence of the above mentioned Ombudsman, and undertaking new measures to promote mental health. Especially with respect to the issues of direct coercion you can see significant changes, which include in particular authorization of medical emergency workers to use immobilization and hold. It is also important that at the moment only the courts decide on all forms of forced transportation to the hospital or nursing home. Taking up the analysis of the above act, it is worth to make a preliminary assessment of the proposed changes. It is worth to considering, whether the proposed changes will have a positive impact on the functioning of both patients and medical staff. Not less important is considering whether presently some major issues can be perceived that have not been covered by the amendment.

Key words: mental health protection act, Ombudsman for the Psychiatric Patient Right Protection, direct coercion, hospitalisation in the petition mode, human rights

WSTĘP

Naturalnym zjawiskiem w okresie obowiązywania znacznej większości aktów prawnych jest to, iż podlegają one nowelizacji. Nowelizacja to proces, w którym akt prawny ulega modyfikacji polegającej na „uchyleniu niektórych przepisów i zastąpieniu ich przepisami o innej treści lub brzmieniu albo na dodaniu nowych regulacji”⁽¹⁾. W socjologiczno-prawnym ujęciu możemy stwierdzić, że każdy akt prawny żyje. Autor koncepcji tzw. prawa żywego, Erlich, zwrócił uwagę, iż prawo zawsze funkcjonuje dwutorowo. Z jednej strony jest ono tworzone przez organy władzy państwowej, z drugiej strony w samym społeczeństwie kształtuje się ono w sposób spontaniczny na drodze ewolucji społecznej. Analizując zjawiska odnoszące się do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dalej zwanej ustawą o o.z.p.), należy zwrócić uwagę, iż zagadnienie społecznego aplikowania przepisów prawa odgrywa równie ważną, jeśli nie istotniejszą, rolę jak zagadnienia formalno-prawne. Stąd też każdą zmianę ww. przepisów należy przełożyć na konkretne sytuacje, jakie spotkać można w społeczności osób korzystających z usług lub też świadczących usługi psychiatryczne.

Funkcjonująca w polskim systemie prawnym ustawa o o.z.p. do końca 2010 roku była nowelizowana trzykrotnie. Pierwsza nowela w sposób istotny uszczegółowiła zasady przymusowej hospitalizacji pacjenta w ramach obserwacji oraz leczenia chorego w oparciu o tzw. tryb wnioskowy. Druga zmiana rzeczonyj ustawy z 2005 roku wprowadziła do polskiego systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej instytucję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (dalej zwany RPPSzP). Z kolei nowelizacja z 2008 roku ukazała ogólne zadania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Nad kolejną zmianą polskiej „ustawy psychiatrycznej” dyskusję podejmowały zarówno środowiska medyczne, jak i instytucje oraz organizacje reprezentujące pacjentów. W czwartej już nowelizacji ustawy o o.z.p.⁽²⁾ występują liczne zmiany, które najogólniej można określić mianem poprawek technicznych. Nowelizacja z 3 grudnia 2010 roku wprowadza jednak także kilka niezwykle ważnych zmian, które w sposób istotny wpłyną na codzienną pracę personelu medycznego. Poniżej zostały dokładnie opisane najistotniejsze modyfikacje wprowadzane przez wspomnianą ustawę. Ponieważ jednak ustawa o o.z.p. posiada charakter *lex specialis* w stosunku do innych aktów prawnych odnoszących się do zagadnienia praw pacjenta⁽³⁾, należy w toku dalszych prezentowanych rozważań skupić się na próbie oceny proponowanych zmian w odniesieniu do funkcjonowania pacjentów, ich rodzin oraz personelu medycznego.

OPIS WPROWADZONYCH ZMIAN

Prezentowana nowelizacja wprowadza dodatkowe definicje pojęć, które odgrywają istotną rolę w związku z jej stosowaniem w nowych warunkach. Do terminów umieszczonych w art. 3 obowiązującej do tej pory ustawy⁽⁴⁾ dołącza się lub też doprecyzowuje definicję takich terminów, jak: *dyspozytor medyczny* oraz *przymus bezpośredni*. W dalszej części zmieniona ustawa

w kilku punktach skupia się na zagadnieniu promocji zdrowia psychicznego. W tym punkcie na szczególną uwagę zasługuje wprowadzenie do aktu prawnego informacji mówiącej o powołaniu Rady do spraw Zdrowia Psychicznego afiliowanej przy Ministrze Zdrowia (MZ). Do jej głównych zadań należy będzie: analizowanie realizacji zadań, które zostały określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, opiniowanie informacji mówiących o stopniu realizacji zadań wynikających z ww. Programu, występowanie do Rady Ministrów (do poszczególnych ministrów) „w sprawach założeń i projektów programów działań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, (...) inicjowanie działalności badawczo-wdrożeniowej w sprawach, o których mowa w art. 2 (działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – przyp. B.K.) (...), opiniowanie projektów przepisów prawnych w sprawach, o których mowa w art. 2 ust. 1 (promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – przyp. B.K.)”.

W pkt 9 nowelizowanej ustawy można dostrzec doprecyzowanie przepisów odnoszących się do pracy RPPSzP. W myśl nowych przepisów (art. 10b ust. 4) Rzecznik uzyskuje prawo wstępu do wszystkich pomieszczeń szpitala, w których świadczone są usługi medyczne. Ponadto rozszerzono kompetencje Rzecznika o możliwość kierowania pisemnych wystąpień nie tylko do organu zakładającego szpital, jego dyrektora, ordynatora oddziału lub lekarza prowadzącego, ale również do wszystkich członków personelu medycznego. W odróżnieniu od powyższej kompetencji mającej jedynie charakter doprecyzowujący na uwagę zasługuje dodanie przez ustawodawcę w art. 10b ust. 4 pkt 4 uprawnienia Rzecznika do prowadzenia rozmów z pacjentem oraz z jego bliskimi bez udziału innych osób. W poprzedniej wersji ustawy prawo to wyrażone było w postaci znacznie węższej, ukazującej powyższą możliwość z perspektywy pacjenta. Zapis ten został zachowany i zwraca uwagę, że pacjent posiada prawo do kontaktu z Rzecznikiem w ciągu 7 dni od zgłoszenia sprawy w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi (art. 10a ust. 4 pkt 2 ustawy o o.z.p.).

Równie cenne w prezentowanej nowelizacji są zapisy mówiące o ważności skierowania do szpitala psychiatrycznego. Znowelizowany art. 11 w ust. 2 wydłuża ważność skierowania (standardowo jest ono ważne 14 dni od dnia badania) o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, pod warunkiem wcześniejszego wpisania pacjenta na listę oczekujących.

Uchwalona pod koniec 2010 roku nowelizacja wprowadza istotne modyfikacje związane ze stosowaniem przymusu bezpośredniego. Zmiany te dotyczą zwłaszcza:

- dokładnego zdefiniowania rodzajów przymusu bezpośredniego;
- upoważnienia zespołu ratownictwa medycznego wykonującego czynności bez obecności lekarza lub pielęgniarki do stosowania przymusu bezpośredniego; decyzję o zastosowaniu przymusu oraz nadzór nad nim sprawuje kierujący ratowniczymi działaniami medycznymi, który obowiązany jest powiadomić o powyższym dyspozytora medycznego (art. 3 pkt 5 oraz art. 18 ust. 5);

- wprowadzenia zasady, iż stosowanie przymusu bezpośredniego przewidzianego w innych ustawach jest możliwe jedynie w sytuacji bezskutecznego podjęcia działań przymusowych określonych w art. 18 ustawy o o.z.p.

W uzasadnieniu MZ do powyższych zmian ustawowych zwrócono uwagę, że były one konieczne ze względu na pojawiający się coraz częściej brak możliwości stosowania przymusu bezpośredniego przez zespoły ratownictwa medycznego, które między innymi transportowały do szpitali pacjentów coraz częściej bez obecności lekarza lub pielęgniarki, a więc osób, które jako jedyne uprawnione były do stosowania przymusu w poprzednim stanie prawnym⁽⁵⁾.

Z zagadnieniem transportu do szpitala psychiatrycznego wiąże się kolejne istotne zmiany, jakie w ustawie o o.z.p. wprowadza analizowana nowelizacja. Mowa tu nade wszystko o istotnej modyfikacji odnoszącej się do tzw. wnioskowego trybu hospitalizacji psychiatrycznej. Przywołane zmiany dotyczą zwłaszcza:

- odebrania lekarzowi publicznego zakładu opieki zdrowotnej prawa do nakazania pacjentowi poddania się badaniu psychiatrycznemu;
- umożliwienia złożenia między innymi przez rodzinę pacjenta wniosku o przymusowe leczenie szpitalne bez dostarczenia orzeczenia lekarskiego. Powyższe uprawnienie stanowiące wyjątek od ogólnej reguły zostało dopuszczone w sytuacji, w której to osoba uprawniona do złożenia wniosku nie będzie posiadała możliwości uzyskania od lekarza odpowiedniego orzeczenia. Osoba ta jednak, składając wniosek w sądzie, będzie miała obowiązek uprawdopodobnić konieczność poddania danej osoby przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej. Na powyższe badanie będzie można siłą doprowadzić pacjenta jedynie za zgodą sądu.

Na koniec tej części rozważań należy podkreślić, iż omawiana nowelizacja wprowadza zmiany związane z egzekwowaniem przyjęcia pacjenta do domu pomocy społecznej (dalej zwanego DPS). Przywołane zmiany akcentują, że w chwili, w której to pacjent uchyla się od stawienia w DPS-ie, sąd z urzędu lub na wniosek organu do spraw pomocy społecznej może zarządzić przymusowe przewiezienie ww. osoby do wspomnianego ośrodka. Z kolei w wypadku sytuacji, w której to pacjent uchyla się od stawienia w szpitalu w związku z postanowieniem sądu dotyczącym leczenia w oparciu o tryb wnioskowy, przymusowe przewiezienie do szpitala przez policję może zarządzić z urzędu lub na wniosek upoważnionego przez marszałka województwa lekarza psychiatry.

OCENA ZNOWELIZOWANYCH PRZEPISÓW

Dokonanie oceny nowelizowanych przepisów ustawy o o.z.p. przyjmie zapewne inną perspektywę, gdy będziemy dokonywać powyższego z punktu widzenia personelu medycznego, a inną, gdy zmiany w przepisach analizować będziemy w oparciu o doświadczenia byłego pacjenta szpitala psychiatrycznego. Dlatego też komentując powyższe zmiany ustawowe, należy przyjąć ogólne kryterium odnoszące się do standardów poszanowania praw i wolności człowieka. Analizowana tu nowelizacja posiada wszelkie cechy, jakie przypisać możemy tzw. samoregula-

cyjnym działaniom psychiatrii. Na działania te zwrócił uwagę Bomba jeszcze przed wejściem w życie pierwszej wersji ustawy o o.z.p. Autor zaznacza, iż polska psychiatria pomimo braku uregulowań ustawowych przez cały okres rządów totalitarnych potrafiła zachować standardy ochrony praw człowieka z racji na fakt, iż tragiczne doświadczenia, zwłaszcza II wojny światowej, doprowadziły do powstania swego rodzaju wewnętrznego systemu norm etycznych, który stał na straży poszanowania godności pacjenta⁽⁶⁾.

Przywoływana nowelizacja z całą pewnością wprowadza zmiany o prawno-człowieczym charakterze. W czterech bowiem miejscach omawianej nowelizacji ustawodawca wprowadził zapis wprost odnoszący się do poszanowania praw i wolności osób korzystających ze świadczeń oferowanych przez szpitale psychiatryczne. W sposób szczególny zapisy te odnoszą się do zagadnienia przymusu bezpośredniego oraz transportu ww. grupy osób do zakładu opieki zdrowotnej. W omawianiu prezentowanej nowelizacji zasadne jest dokładne przeanalizowanie zmian, jakie pojawiły się w ww. zagadnieniach. Oceniając jednak potencjalne skutki uchwalenia przywołanej noweli, należy skupić się również na trzecim istotnym aspekcie, jakim jest wyraźna zmiana w funkcjonowaniu tzw. wnioskowego trybu kierowania osobą chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego.

Wprowadzając zmiany w ustawie o o.z.p., ustawodawca zdecydował się na przeniesienie z poziomu rozporządzenia* na poziom ustawy definicji odnoszących się do poszczególnych sposobów stosowania przymusu bezpośredniego. Powyższe zagadnienie ma niezwykle istotne znaczenie ze względu na zasady określone w polskiej konstytucji. Polska ustawa zasadnicza dopuszcza ograniczenie praw i wolności człowieka jedynie w sytuacji, w której zachodzi konieczność ochrony bezpieczeństwa publicznego, wolności oraz praw innych osób, a także moralności oraz zdrowia publicznego. Innymi słowy, prawa i wolności obywateli nie posiadają charakteru absolutnego i organy władzy państwowej mają prawo w nie ingerować. Na ingerencję tę zgodę musi wyrazić jednak ustawa⁽⁷⁾. Podkreślić należy, iż do 3 grudnia 2010 roku na stosowanie przymusu bezpośredniego zgodę wyrażał akt prawny w postaci ustawy, a nie rozporządzenia. Stąd też powyższe przepisy były do tej pory z całą pewnością zgodne z konstytucyjnymi standardami ochrony praw człowieka. Przeniesienie jednak do treści ustawy dokładnych definicji rodzajów przymusu bezpośredniego jest wyraźnym podkreśleniem, iż celem powyższych działań jest nie tyle spacyfikowanie pacjenta, ile zabezpieczenie go (lub też innych osób) przed destrukcyjnymi działaniami wynikającymi z choroby.

W odniesieniu do zagadnienia przymusu bezpośredniego nowela z 3 grudnia 2010 roku wprowadza istotną zmianę poprzez rozszerzenie kręgu osób mogących stosować ww. przymus na zasadach przewidzianych w rzeczonym akcie prawnym. Urzędnicy MZ uzasadniający konieczność uchwalenia zmian w ustawie o o.z.p. zwrócili uwagę, iż związana jest ona z funkcjonowaniem już przepisów ustawy o Państwowym Ratownic-

* Mowa tu o rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz.U. nr 103, poz. 514, z późn. zm).

twie Medycznym⁽⁸⁾. Brak spójności powyższych ustaw powodował, iż było utrudnione zastosowanie przymusu na przykład wobec osób kierowanych do szpitala przez coraz liczniejsze zespoły ratownictwa medycznego, w skład których nie wchodził lekarz. W praktyce przymus taki stosowali wzywani przez ratowników medycznych funkcjonariusze policji, którzy jednak nie byli przeszkoleni w podejmowaniu działań zabezpieczających wobec osób kierowanych do szpitali psychiatrycznych. Na uwagę zasługuje fakt, iż przywołane zespoły nie zostały uprawnione do stosowania każdej formy przymusu. Zespoły te mogą stosować wobec osób kierowanych do szpitala jedynie przymus w postaci unieruchomienia oraz przytrzymania. Pacjent musi być uprzedzony o powyższych działaniach. Co istotne, kierujący akcją musi o zastosowaniu przymusu zawiadomić dyspozytora medycznego, a sam przymus może trwać jedynie do chwili uzyskania wsparcia lekarskiego lub też dotarcia do szpitala, w którym to o ewentualnym wydłużeniu trwania przymusu decydują medyczni pracownicy szpitala – lekarz lub pielęgniarka.

Należy zgodzić się z opinią zaprezentowaną przez MZ. Sytuacje, w których przymus bezpośredni w trakcie transportu do szpitala musieli zastosować funkcjonariusze policji, niejednokrotnie powiązane były z pojawieniem się istotnych wątpliwości odnoszących się do poziomu poszanowania praw pacjenta. Jest to w pewnym sensie zrozumiałe. Celem stosowania przymusu przez funkcjonariuszy policji jest nade wszystko obezwładnienie osoby niebezpiecznej oraz wprowadzenie sytuacji poszanowania porządku publicznego. Stosując przymus bezpośredni, pracownicy medyczni na pierwszym miejscu powinni zabezpieczyć pacjenta przed nim samym, przy jednoczesnym podejmowaniu działań jak najmniej uciążliwych dla pacjenta⁽⁹⁾. Jako niezwykle istotny należy uznać w tym kontekście fakt wprowadzenia w pewnym sensie nowej zasady stosowania przymusu, zwłaszcza w sytuacji transportowania pacjenta. Rzeczona zasada zwraca uwagę, iż przed zastosowaniem wobec omawianej grupy osób przymusu przewidzianego w innych ustawach (np. środków fizycznych, technicznych i chemicznych zgodnie z art. 16 ustawy o Policji⁽¹⁰⁾) należy podjąć w pierwszej kolejności działania przymusowe przewidziane w art. 18 ustawy o o.z.p.

W poruszonym wątku trzeba podkreślić, iż nowela w odniesieniu do transportowania osób chorych na badania lekarskie, do szpitala psychiatrycznego oraz do DPS-u zachowuje część dotychczasowych standardów oraz wprowadza nowe istotne zmiany. Zgodnie z zapisami nowelizowanej ustawy decyzję o przymusowym transporcie do powyższych miejsc podejmuje zawsze sąd na wniosek uprawnionych organów, jakimi w poszczególnych sytuacjach są: upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista psychiatra, organ do spraw pomocy społecznej oraz sąd, wykonując działania z urzędu. W każdym jednak przypadku w trakcie doprowadzania osoby chorej przez funkcjonariuszy policji na badanie wykonywane przez biegłego, do szpitala psychiatrycznego lub DPS-u obligatoryjnie musi być obecny lekarz, pielęgniarka lub zespół ratownictwa medycznego. Fakt, iż to jedynie sąd ma prawo wydać decyzję o przymusowym doprowadzeniu danej osoby do szpitala psychiatrycznego, wydaje się mieć fundamentalne znaczenie.

Do tej pory zlecenie dotyczące przewiezienia pacjenta kierowanego do szpitala wydawał lekarz psychiatra⁽¹¹⁾. Sytuacja ta mogła powodować pojawienie się naruszeń, zwłaszcza w odniesieniu do podejmowania niekontrolowanych działań odnoszących się do pacjentów kierowanych w trybie wnioskowym do szpitali psychiatrycznych. Znowelizowana 3 grudnia 2010 roku ustawa nie tylko doprowadziła do zmiany aktu prawnego uprawniającego lekarza do podejmowania przywołanych decyzji, ale w sposób znaczny zmieniła formułę ww. trybu hospitalizacji.

Jak wyżej wspomniano, główną zmianą, jaką wprowadza w powyższym kontekście nowelizowany art. 30 ustawy o o.z.p., jest to, że w trybie wnioskowym *de facto* lekarz publicznego zakładu opieki zdrowotnej (dalej zwany ZOZ-em) traci możliwość wystawienia orzeczenia lekarskiego mówiącego o potencjalnej konieczności hospitalizacji. Co prawda, ust. 1 przywołanego unormowania podkreśla, iż osoby uprawnione do złożenia wniosku w sprawie przymusowej hospitalizacji muszą dołączyć odpowiednie orzeczenie lekarskie, jednak zgodnie z zapisami wprowadzonego do ustawy art. 11 ust. 1 lekarz może wystawić powyższe orzeczenie jedynie po osobistym zbadaniu pacjenta, na co pacjent ma prawo nie wyrazić zgody. W poprzednim stanie prawnym lekarz publicznego ZOZ-u miał prawo: wezwać ww. osobę na badanie, zbadać ją np. w jej mieszkaniu lub też wnioskować do policji o przymusowe doprowadzenie⁽¹²⁾. Zgodnie z uzasadnieniem MZ: „powierzenie lekarzowi psychiatrze dyskrecjonalnej i pozbawionej kontroli władzy w zakresie stwierdzenia potrzeby wydania orzeczenia o stanie zdrowia osoby, która ma być umieszczona w szpitalu psychiatrycznym (...), oraz decydowania o przymusowym doprowadzeniu na badanie psychiatryczne w sposób istotny odbiegało od zasad obowiązujących w podobnych postępowaniach (w przypadku ubezwłasnowolnienia lub zobowiązania do leczenia osoby uzależnionej od alkoholu)”⁽¹³⁾. Karkowska, przywołując między innymi stanowisko Sądu Najwyższego, zwraca uwagę, iż ten tryb zawsze stanowi niezwykłą ingerencję w prawa i wolności człowieka⁽¹⁴⁾. Należy uznać, że w poprzednim stanie prawnym można było się spotkać z tego typu niekontrolowaną ingerencją. Ingerencja ta polegała nade wszystko na tym, że lekarz publicznego ZOZ-u, opierając się jedynie na wywiadzie, mógł spowodować przymusowe doprowadzenie potencjalnego pacjenta na badanie. Od powyższej decyzji pacjentowi nie przysługiwało odwołanie. Co więcej, w poprzednich warunkach po odbyciu badania wnioskodawca otrzymywał od lekarza zaświadczenie, w którym znajdowały się informacje bezpośrednio dotyczące stanu zdrowia osoby kierowanej do szpitala. Wnioskodawca uzyskiwał więc powyższe informacje bez zgody osoby chorej, co stanowiło naruszenie fundamentalnego prawa mówiącego o tym, iż to pacjent decyduje o kręgu osób, którym powierzane są informacje dotyczące jego stanu zdrowia⁽¹⁵⁾. Wprowadzenie zasady mówiącej, iż potencjalne przymusowe badanie może wykonać jedynie wyznaczony przez sąd biegły lekarz psychiatra z pewnością w sposób istotny ograniczy występowanie potencjalnych naruszeń praw pacjenta.

W tym jednak miejscu należy zaznaczyć, iż pozostawienie w znowelizowanej ustawie zapisu wyrażonego w art. 30 ust. 1 jest w pewnym sensie „martwym prawem”. Przepis ten

podkreśla, iż głównym warunkiem złożenia wniosku jest dołączenie orzeczenia lekarskiego. Złożenie w sądzie wniosku z dokładnym uzasadnieniem, ale bez orzeczenia, jest tu z kolei sytuacją wyjątkową. W zasadzie jednak w chwili obecnej to właśnie przywołana wyjątkowa sytuacja będzie dominowała w praktyce, gdyż trudno sobie wyobrazić stan, w którym to pacjent wyraża dobrowolnie zgodę na badanie, którego celem jest wystawienie jego bliskiej osobie orzeczenia, które wprost przyczynić się może do jego przymusowego leczenia.

KONKLUZJA ORAZ POSTULATY WOBEC PRAWA

Ostatnia nowelizacja ustawy o o.z.p. wprowadza z pewnością niezwykle pozytywne zmiany, które w sposób wyraźny kierują się w stronę poszanowania praw i wolności osób kierowanych do szpitali psychiatrycznych. W zmianach tych dominują elementy, których głównym celem jest jak najbardziej humanitarne oraz profesjonalne podejście do wszelkich, zwłaszcza przymusowych, sytuacji, z jakimi możemy się spotkać w praktyce psychiatrycznej. Taką postacią mają w szczególności zmiany, które uprawniają kolejną grupę medycznych specjalistów do stosowania określonych form przymusu, wprowadzając dokładną kontrolę sądu nad takimi działaniami, jak: przymusowy transport osoby chorej oraz przymusowe badanie osoby kierowanej do szpitala. W odniesieniu do zagadnienia promocji zdrowia psychicznego należy uznać za bardzo pozytywne przeniesienie do rangi ustawowej zapisów dotyczących działającej przy MZ Rady ds. Promocji Zdrowia Psychicznego (obecnie Rada ds. Zdrowia Psychicznego). Choć ciałem to ma zaledwie charakter doradczy, istotne wydaje się rozszerzenie jego kompetencji w zakresie wydawania opinii dotyczących całości spraw związanych z ochroną zdrowia psychicznego. Być może pozwoli to na zabranie skutecznego głosu w zakresie między innymi poprawy sytuacji finansowania usług psychiatrycznych oraz rozwoju psychiatrii dziecięco-młodzieżowej.

W tym jednak miejscu, odwołując się do socjologiczno-prawnych założeń, należy zastanowić się nad ewentualnymi postulatami, jakie warto wysunąć, proponując tym samym swoistą korektę części przepisów przywołanej noweli. Postulaty te z jednej strony stanowią wyraz kształtowania legalistycznej postawy wobec prawa⁽¹⁶⁾, z drugiej zaś dążą do ukazania pewnych rozwiązań, które w dalszym ciągu będą wprowadzały zmiany istotne ze względu na poszanowanie praw pacjenta.

W duchu formułowania postulatów wobec prawa należy zwrócić uwagę, iż nowela w art. 30 nie przewiduje możliwości złożenia zażalenia na postanowienie sądu o przymusowym doprowadzeniu na badanie. Jest to o tyle zaskakujące, że w przywołanej powyżej opinii MZ odnośnie do konieczności zmiany dotychczasowych przepisów zwrócono uwagę, iż ich celem jest wprowadzenie standardów przewidzianych między innymi w postępowaniu dotyczącym ubezwłasnowolnienia. Co istotne, art. 547 § 2 kodeksu postępowania cywilnego (KPC) zwraca uwagę, iż w przywołanym rodzaju postępowania osoba, która ma być wysłuchana przez sąd w obecności psychologa i psychiatry/neurologa, może zostać doprowadzona siłą na mocy postanowienia

sądu. W tym jednak przypadku osobie tej przysługuje możliwość złożenia zażalenia na przywołaną decyzję sądu⁽¹⁷⁾. Wydaje się uzasadnione przeniesienie w kolejnych nowelach powyższej zasady do przywoływanego już wielokrotnie art. 30 ustawy o o.z.p.

Kończąc komentowanie znowelizowanej ustawy o o.z.p., nie można pozostać obojętnym wobec wprowadzonych w ostatnim czasie zmian dotyczących funkcji RPPSzP. Jak już wspomniano, Rzecznik zgodnie z zapisami noweli może wejść do wszelkich pomieszczeń w szpitalu świadczących usługi medyczne, ma prawo kierować wystąpienia do wszystkich pracowników ZOZ-u oraz może wymagać, by wszelkie rozmowy z pacjentem odbywały się na osobności. Wspomniane zmiany w sposób istotny doprecyzowują przepisy, które w poprzedniej wersji ustawy wyrażone były w ogólniejszej formie, przez co mogły powodować wystąpienie kompetencyjnych konfliktów. Niemniej jednak budzić może zastanowienie fakt, iż w dalszym ciągu Rzecznik nie posiada możliwości dokonania wglądu do dokumentacji medycznej bez zgody pacjenta. Jak pokazała praktyka, brak ww. uprawnienia skutkuje tym, iż Rzecznik w wielu sprawach nie ma pełnej możliwości wykonywania swoich ustawowych obowiązków. Najlepszym tego przykładem są sytuacje kontaktu z pacjentem, wobec którego zastosowano przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia/izolacji, oraz analizowanie spraw pacjentów ubezwłasnowolnionych, z których opiekunami prawnymi Rzecznik często nie ma możliwości nawiązania kontaktu⁽¹⁸⁾. Co więcej, pięcioletnia historia istnienia ww. funkcji z całą pewnością pokazała, iż w większości wypadków Rzecznicy są nie tyle kontrolerami, ile współpracownikami personelu medycznego w zakresie „walki o dobro pacjenta”. Brak możliwości dokonania wglądu do dokumentacji, np. pacjenta znajdującego się w stanie wykluczającym możliwość złożenia świadomej zgody, skutkuje tym, iż Rzecznik nie może w pełni współpracować np. z lekarzem chcącym poradzić się w kwestii procedury dotyczącej wspomnianego powyżej ubezwłasnowolnienia⁽¹⁹⁾. Stąd też w dalszych potencjalnych nowelizacjach ustawy o o.z.p. warto rozważyć zmianę opisaną sytuację. Jej modyfikacja z pewnością przyczyni się do dalszych zmian, które będą zgodne z kierunkiem proponowanym przez omówioną nowelę, a więc kierunkiem poszanowania praw i wolności człowieka korzystającego z usług oferowanych przez szpital psychiatryczny.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Jackowska I.: Praktyczna encyklopedia prawa. Wydawnictwo Gazeta Prawna, Warszawa 2006; wersja elektroniczna.
2. Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r., nr 6 poz. 19).
3. Bujny J.: Prawa pacjenta – między autonomią a paternalizmem. C.H. Beck, Warszawa 2007: 255.
4. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111, poz. 535, z późn. zm.).
5. Uzasadnienie Ministerstwa Zdrowia do projektu zmiany ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: 5-6; www.mz.gov.pl.

6. Bomba J.: Wartości humanistyczne a poszanowanie praw człowieka w trudnych warunkach. *Psychiatr. Pol.* 1993; 27: 234.
7. Winczorek P.: Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Wyd. Liber, Warszawa 2000: 48-49.
8. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. nr 191, poz. 1410, z późn. zm.).
9. Boratyńska M., Konieczniak P.: Prawa pacjenta. Wyd. Delfin, Bydgoszcz 2003: 421-423.
10. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz.U. z 1990 r., nr 30, poz. 179, z późn. zm.).
11. Paragraf 16 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz.U. nr 103, poz. 514).
12. Nestorowicz M.: Prawo medyczne. Dom Organizatora Tonik, Toruń 2005: 135-136.
13. Uzasadnienie Ministerstwa Zdrowia do projektu zmiany ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: 4-5; www.mz.gov.pl.
14. Karkowska D.: Prawa pacjenta. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004: 337.
15. Kmieciak B.: Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna w trybie wnioskowym, w kontekście poszanowania praw pacjenta poradni zdrowia psychicznego. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2010; 10: 282-287.
16. Pilipiec S.: Autorytet prawa obowiązującego. UMCS, Lublin (praca niepublikowana).
17. Ustawa z dnia 9 maja 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 121, poz. 83).
18. Maćkiewicz J.J.: Studium przypadku osoby hospitalizowanej bez zgody. Ujęcie interdyscyplinarne. Warszawa 2010: 8-9 (niepublikowana praca zaliczeniowa kandydata do służby w Korpusie Służby Cywilnej).
19. Kmieciak B.: Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jako strażnik ładu społecznego W: Moczuk E.B., Sagan B. (red.): III Forum Socjologów Prawa. Ius et Administratio. Zeszyt Specjalny, Rzeszów 2010: 24-25.