

Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna w trybie wnioskowym, w kontekście poszanowania praw pacjenta poradni zdrowia psychicznego

Compulsory psychiatric hospitalization in the petition mode, in the context of respect for the rights of outpatient mental health clinic patient

Instytut Socjologii, Katedra Socjologii Prawa i Praw Człowieka 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

W niniejszej pracy została przedstawiona specyfika procedury umieszczenia pacjenta w szpitalu psychiatrycznym na podstawie tzw. trybu wnioskowego, o którym mowa w art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Procedura ta posiada wyjątkowy charakter, gdyż nie wiąże się ona ze stanem bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta. Wnioskodawcą w sprawie są najczęściej: osoby bliskie pacjentowi lub organ do spraw pomocy społecznej. Sytuacja ta jest wyjątkowa, również dlatego że w większej części odbywa się ona na terenie poradni zdrowia psychicznego. Autorzy poświęcili też sporo miejsca zagadnieniu praw pacjenta zgłaszającego się do ww. typu poradni. W niniejszym artykule duży nacisk położono na zanalizowanie prawa pacjenta do uzyskania informacji na temat nie tylko swojego leczenia, ale też celu badania oraz okoliczności złożenia wniosku dotyczącego przymusowego leczenia. Ponadto podjęto próbę odpowiedzi na takie pytania, jak: czy w powyższej sytuacji lekarz ma prawo zataić przed badanym pewne informacje, zwłaszcza te, które mogą doprowadzić do pojawienia się konfliktu lub wywołać jego eskalację w rodzinie pacjenta? oraz czy w prezentowanej sytuacji dostrzec można okoliczności, które uprawniałyby zastosowanie przymusu bezpośredniego? Rozważania zobrazowano przypadkiem konkretnego pacjenta, który został skierowany do szpitala w wyżej przywołanym trybie.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, poradnia zdrowia psychicznego, przymusowe leczenie w trybie wnioskowym, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, przymus bezpośredni

Summary

The following text will show the specificity of the procedure of placing the patient in a psychiatric hospital, basing on the so called petition mode, as determined in article 29 of the mental health protection act. This procedure has a unique character because it is not related to the situation of direct threat to the patient's health. The applicants usually are the people close to the patient or a social aid institution. This situation is unique also because it mostly takes place in an outpatient mental health clinic. Another important issue is that of the rights of the patient reporting to that type of outpatient clinic. Special attention is paid to the patient's right to obtain information not only on the treatment but also on the purpose of treatment and circumstances of submitting an application for compulsory treatment. Furthermore, an answer was sought for such questions as whether or not in the above situation the doctor has the right to conceal some information from the patient, especially such information which may lead to a conflict or arouse its escalation in the patient's family, or whether the presented situation contains some circumstances which allow to use direct coercion? The considerations were illustrated on the basis of a specific patient referred to hospital according to the above mentioned mode.

Key words: patient's rights, outpatient mental health clinic, compulsory treatment according to the petition mode, mental health protection act, direct coercion

WPROWADZENIE

Przymusowe leczenie psychiatryczne wiąże się z wystąpieniem sytuacji dramatycznej wynikającej z pojawienia się konfliktu. Pacjent wykazujący objawy choroby psychicznej najczęściej nie akceptuje dotyczących jego osoby arbitralnych decyzji lekarzy oraz sądu, co przyczynia się do wystąpienia reakcji agresywnych. Przymusowa hospitalizacja najczęściej kojarzona jest z konkretnymi miejscami szpitala psychiatrycznego, takimi jak: izba przyjęć, pokój zabiegowy czy też dyżurka pielęgniarska na danym oddziale. To tam kierowany jest w takiej sytuacji chory psychicznie pacjent, którego zachowanie w danej chwili zagrażać może życiu i zdrowiu swojemu lub innych osób. Zdarzenia takie mają więc najczęściej charakter nagły i nierzadko przebiegają w burzliwy sposób. Trochę inny przebieg i charakter ma sytuacja kierowania pacjenta na przymusową hospitalizację w tzw. trybie wnioskowym, o którym mówi art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dalej: ustawa o o.z.p.)⁽¹⁾. Chociaż mamy tu również do czynienia z chorym psychicznie pacjentem, to jednak rzadko spotyka się stan bezpośredniego zagrożenia jego zdrowia lub życia, dlatego też zdarzenia te często przybierają mniej burzliwy charakter. Przywołany akt prawny, ogólnie rzecz biorąc, mówi o możliwości skierowania do szpitala psychiatrycznego osoby, u której postępująca choroba psychiczna powoduje istotne utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu. Nie ma jednak ona bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia pacjenta, a większość decyzji medycznych zapada nie w szpitalu, lecz na terenie poradni zdrowia psychicznego (dalej: PZP). Opisywana procedura jest wyjątkowa także pod innym względem. Odpowiedni wniosek dotyczący leczenia, poparty zaświadczeniem lekarza PZP, najczęściej składa w sądzie opiekuńczym osoba bliska pacjentowi. Może to być jego żona, dziecko, brat, opiekujący się przyjacieli, partner życiowy itd. Wymienione osoby zgłaszają się najpierw do PZP, a następnie udzielają lekarzowi wywiadu, w trakcie którego argumentują, dlaczego bliska im osoba winna być w ich ocenie leczona psychiatrycznie. Już w tym miejscu pojawia się pierwsze pytanie: czy pacjent ma prawo dowiedzieć się, jakie informacje przekazała lekarzowi np. jego żona? Pytanie to implikuje pojawienie się kolejnych wątpliwości, z którymi spotkać się może zarówno lekarz, jak i personel pielęgniarski pracujący na terenie PZP. Jak bowiem w powyższej sytuacji powinien postąpić lekarz, który uzyskał informacje, iż pacjent w domu jest kłótlivy, destruktywnie dominujący oraz ogranicza np. korzystanie ze sprzętów domowych? Czy w tego typu sytuacji istnieje powód do ograniczenia pacjentowi, w związku z omawianą procedurą, ilości przekazywanych informacji? Co jednak jeśli np. lekarska odmowa spowoduje wystąpienie zachowań agresywnych? Czy w takich okolicznościach personel PZP ma prawo zastosować wobec pacjenta przymus bezpośredni? Niniejsza praca stanowi próbę odpowiedzi na powyższe pytania zobrazowaną analizą konkretnego przypadku.

PRZYPADEK*

P.J. został przyjęty do szpitala zgodnie z art. 29 ustawy o o.z.p. Wnioskodawcą w sprawie była żona pacjenta, która razem

z nim mieszka. Chory od dłuższego czasu leczy się psychiatrycznie, ma zdiagnozowany zespół paranoidalny. Podstawą do wniesienia sprawy do sądu było natarczywe zachowanie, jakie P.J. przejawiał w stosunku do koleżanki swojej córki. Żona pacjenta w trakcie rozmowy z lekarzem w PZP poinformowała go, iż mąż nieustannie nachodzi koleżankę córki, próbując ją, jak sam stwierdził, uleczyć (pacjent nie jest lekarzem). Jego wizyty pod domem kobiety były coraz częstsze. Choć pacjent nie wykazywał zachowań *stricte* agresywnych, to jednak jego częsta obecność pod domem tej osoby, nawoływanie oraz incydentalne kierowanie w jej stronę obraźliwych sformułowań kilkakrotnie wywoływały silne konflikty z braćmi kobiety. Chory w trakcie rozmów z lekarzami z PZP oraz szpitala stwierdził, iż nie widzi nic złego w swoim zachowaniu, a podejmowane przez niego działania wynikały z jego dobrego serca. Decyzją sądu opiekuńczego pacjent został przymusowo umieszczony w szpitalu psychiatrycznym.

LECZENIE W TRYBIE WNISKOWYM

By odpowiedzieć na postawione we wstępie pytania, należy dokładniej przedstawić zjawisko, jakim jest leczenie pacjenta na wniosek innych osób.

Ustawa o o.z.p., co podkreślono w art. 29 ust. 1, zwraca uwagę, iż do szpitala psychiatrycznego może być przyjęta osoba bez jej zgody. Istnieją jednak pewne istotne kryteria, jakie muszą być spełnione, by móc rozpocząć omawianą procedurę. Po pierwsze osoba będąca podmiotem działań przymusowych musi być chora psychicznie. Po drugie jej działanie powinno stanowić powód medycznie uzasadnionego podejrzenia, że nieprzyjęcie do placówki szpitalnej spowoduje istotne pogorszenie jej stanu zdrowia. Ostatnią przesłanką dopuszczającą leczenie w trybie wnioskowym jest uzasadnione na podstawie odrębnego badania lekarskiego przypuszczenie, iż przyjęcie do szpitala w znacznym stopniu przyczyni się do poprawy stanu zdrowia pacjenta, który nie potrafi zaspokajać podstawowych czynności życiowych. Nie jest możliwe złożenie wniosku w sądzie opiekuńczym bez dołączenia przez wnioskodawcę zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego konieczność przymusowej hospitalizacji pacjenta. Podkreślenia wymaga fakt, iż wystawione przez lekarza świadectwo stwierdzające konieczność przymusowego leczenia nie może być potraktowane jako skierowanie do szpitala⁽²⁾. Jak wspomniano, wniosek taki złożyć mogą osoby najbliższe pacjentowi – jego małżonek, dzieci, rodzice, opiekun prawny lub opiekun faktyczny – a więc osoby sprawujące faktyczną opiekę nad chorym. Ustawodawca w określonych sytuacjach uprawnilił do tego także odpowiedni organ ds. pomocy społecznej. Ustawa zaznacza, iż w omawianych przypadkach przysługują lekarzowi pewne specyficzne dla sytuacji uprawnienia. To lekarz podczas pierwszej rozmowy z rodziną pacjenta stwierdza (lub nie) pojawienie się podejrzenia konieczności leczenia przymusowego. W takim przypadku lekarz ma prawo:

* Prezentowany przykład pochodzi z praktyki zawodowej autora, z racji poszanowania dóbr osobistych pacjenta jego dane w niniejszej pracy zostały zmienione.

wezwać pacjenta do poradni, doprowadzić go z pomocą policji, przeprowadzić badanie na terenie domu pacjenta, przeprowadzić badanie lekarskie bez zgody chorego oraz zdecydować o jego natychmiastowym przymusowym przewiezieniu do szpitala, w chwili gdy stwierdzi, iż wynikające z choroby (art. 23) lub też z podejrzenia choroby psychicznej (art. 24) zachowanie pacjenta zagraża bezpośrednio życiu i zdrowiu jego lub innych osób. W takich sytuacjach lekarz ma prawo wezwać m.in. pogotowie ratunkowe oraz policję w celu udzielenia przez nich pomocy w związku z agresywnym zachowaniem się pacjenta. W ramach takiej pomocy może zostać zastosowany wobec pacjenta przymus bezpośredni, który nadzorowany jest przez lekarza lub pielęgniarkę. Także transport do szpitala musi odbyć się w obecności jednego z ww. pracowników medycznych. Odnosząc się do zapisów omawianej ustawy, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 lipca 1996 r. stwierdził, że aby można było mówić o uzasadnionej konieczności leczenia chorego w przytoczonym trybie obligatoryjnie, musi wystąpić sytuacja, w której to pacjent w sposób obiektywny jest niezdolny do zaspokajania swoich podstawowych czynności życiowych.

Komentując ustawę o o.z.p. Duda zaznacza, iż aby stwierdzić obawy dotyczące pogorszenia się stanu zdrowia osoby chorej, muszą wystąpić konkretne oznaki, np. długotrwałe odmawianie przyjmowania lekarstw, które może prowadzić do pojawienia się istotnych problemów z funkcjonowaniem w rodzinie lub w miejscu pracy. Zdaniem wspomnianego autora art. 29 nie można stosować wobec osób, które pomimo prezentowanego niestandardowego zachowania (nagle porzucenie pracy, podejrzliwość) nie stanowią zagrożenia dla innych oraz potrafią sprawnie samodzielnie funkcjonować. Duda podkreśla ponadto, iż w toku postępowania o przyjęcie do szpitala bez zgody chorego zadaniem sądu jest wybór jak najmniej uciążliwego sposobu leczenia⁽³⁾. Podejmująca analizę wnioskowego trybu hospitalizacji Karkowska podkreśla, iż leczenie przymusowe w oparciu o art. 29 jest szczególną ingerencją w dobra osobiste osoby chorej. Autorka odwołując się do orzeczeń Sądu Najwyższego, zaznacza, że aby móc wydać postanowienie o przymusowym leczeniu, sąd musi być pewien: po pierwsze faktu, iż leczenie przyniesie pozytywne skutki dla chorego, a po drugie, że chory faktycznie nie potrafi samodzielnie funkcjonować. Co więcej, zaistnienie jedynie pierwszego ze wspomnianych warunków uniemożliwia wydanie pozytywnego dla wnioskujących postanowienia. Karkowska w swojej analizie zaznacza, że lekarz wystawiający zaświadczenie o konieczności leczenia musi dokładnie uzasadnić podstawy, na jakich stwierdził wystąpienie choroby psychicznej, oraz przedstawić argumenty dotyczące konieczności skorzystania z uprawnienia określonego w art. 29 ustawy o o.z.p.

Powoduje to wystąpienie niespotykanej w innych przypadkach w polskim prawie medycznym sytuacji, w której to wnioskodawca (rodzina, inne osoby odpowiedzialne za pacjenta, organ opieki społecznej) informowany jest o stanie zdrowia pacjenta bez uprzednio wyrażonej przez niego w powyższym zakresie zgody. Jest to stan wyjątkowy, gdyż zasadą jest, że o wszelkich sprawach związanych ze stanem zdrowia osoby chorej może być powiadomiona inna osoba jedynie za zgodą samego pa-

cjenta. W standardowym przypadku leczenia w PZP żona P.J. musiałaby wpiery uzyskać jego zgodę na otrzymanie wszelkich informacji dotyczących diagnozy, leczenia oraz rokowań. W wypadku procedury określonej w art. 29 ustawy o o.z.p. po badaniu lekarz obligatoryjnie musi wnioskodawcy przekazać informacje dotyczące stanu zdrowia osoby kierowanej do szpitala. Informacje te mogą jednak dotyczyć jedynie kwestii odnoszących się do istotnego dla sprawy stanu zdrowia psychicznego osoby przebadanej.

W omawianym temacie warto podkreślić fakt, iż sąd opiekuńczy może wydać postanowienie dotyczące przymusowego leczenia jedynie wówczas, gdy biegły powołany w sprawie potwierdzi wspomnianą opinię⁽⁴⁾. Boratyńska oraz Konieczniak zwracają mimo wszystko uwagę na jeszcze jedno istotne zjawisko. Wymienieni autorzy podkreślają, iż lekarz ma prawo odmówić przeprowadzenia badania, jeżeli posiada wiedzę, że dana osoba nie przejawia objawów choroby psychicznej, lub jeżeli ma wyraźne podejrzenia, że rodzina pacjenta działa na jego szkodę. W wypadku stwierdzenia prawdopodobieństwa przedstawianych przykładowo przez rodzinę informacji należy uznać, iż lekarz winien przeprowadzić badanie⁽⁵⁾.

PRZYMUS BEZPOŚREDNI W PZP

Po przywołaniu w ogólnym zarysie specyfiki przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej odbywającej się w trybie wnioskowym warto przejść do próby udzielenia odpowiedzi na postawione wyżej pytania, posiłkując się analizą konkretnego przypadku.

Przywołany już wcześniej przypadek P.J. ukazuje standardową procedurę przyjęcia do szpitala bez zgody pacjenta na podstawie art. 29 ustawy o o.z.p. Żona chorego obserwując jego dziwne działania, takie jak niekontrolowanie własnych zachowań, częste wywoływanie kłótni sąsiedzkich, nękanie młodej osoby oraz brak jakiegokolwiek krytycyzmu, zdecydowała się udać do lekarza psychiatry z prośbą o udzielenie pomocy w skierowaniu męża do szpitala. Przedstawione zdarzenia nie wskazują na to, by chory nie potrafił samodzielnie funkcjonować, stąd też należy wnioskować, iż uzasadnieniem wystawienia zaświadczenia lekarskiego niezbędnego do złożenia wniosku była przesłanka, o której mówi art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o o.z.p.: „Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22, osoba chora psychicznie: 1) której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego”. Z wywiadu uzyskanego od żony pacjenta wyraźnie wynika, iż pacjent swoim działaniem wywoływał coraz silniejsze konflikty. Do tego P.J. w żaden sposób nie wykazywał krytycyzmu w stosunku do swoich działań. Oddając się pewnej spekulacji, warto rozważyć, jakie prawa posiadałby personel lekarski oraz pielęgniarski PZP, gdyby pacjent nagle zaczął przejawiać zachowania stanowiące zagrożenie dla niego lub innych, oraz czy personel poradni może w takiej sytuacji stosować przymus bezpośredni.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, iż ustawa o o.z.p. nie podejmuje tematu relacji na linii pacjent – personel medycz-

ny PZP. Niemniej jednak ustawa w sposób wyraźny określa w art. 31: „W razie stwierdzenia, że osoba, wobec której wszczęto postępowanie określone w art. 29 i 30, wskutek choroby psychicznej zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, stosuje się art. 23”. Ta sama ustawa w art. 21. ust. 1 podkreśla, iż jeśli w trakcie badania osoba chora psychicznie lub podejrzana o chorobę psychiczną zacznie wykazywać zachowania stanowiące zagrożenie dla jej zdrowia i życia lub zdrowia i życia innych osób, wówczas lekarz ma prawo przeprowadzić takie badanie bez jej zgody. Co więcej, w chwili stawiania oporu przez pacjenta lekarz ma prawo zastosować przymus bezpośredni w celu realizacji swoich działań. Lekarz w razie stwierdzenia w wyniku badania takiej konieczności może zarządzić przewiezienie pacjenta do szpitala⁽⁶⁾. Dokonując więc syntezy wspomnianych zapisów w kontekście interesującego nas wątku, należy uznać, że w chwili, w której P.J. odmówiłby wyrażenia zgody na badanie, lekarz i tak miałby prawo przeprowadzić je bez zgody chorego. W praktyce trudno jednak wyobrazić sobie badanie psychiatryczne mające na celu stwierdzenie lub wykluczenie konieczności przymusowej hospitalizacji, kiedy np. pacjent przez cały czas milczy. Nie można uznać, by w tym wypadku lekarz posiadał prawo np. do unieruchomienia pacjenta. W tego typu sytuacji działanie takie byłoby bezprawne oraz bezcelowe. Inaczej rzecz by się miała, gdyby pacjent wykazywał zachowania wyraźnie agresywne, czyli krzyczał, rzucał przedmiotami, atakował pielęgniarki. Wówczas lekarz, działając na podstawie art. 18. ust. 5 w powiązaniu z art. 21 oraz 31 omawianej ustawy, ma prawo wezwać pogotowie ratunkowe, policję lub straż pożarną, które są zobowiązane do udzielania mu pomocy. Z perspektywy działalności PZP trudno wyobrazić sobie sytuację, w której to lekarz lub pielęgniarka na terenie placówki unieruchamia pacjenta za pomocą pasów. Tego typu zdarzenie teoretycznie możliwe jest na terenie poradni, która znajduje się w obrębie oddziału psychiatrycznego*. Jedynie w takiej sytuacji istnieje praktyczna możliwość zastosowania unieruchomienia, przytrzymania, przymusowego podania leków lub izolacji. Istotne jest wtedy, by pacjent został obligatoryjnie uprzedzony o zamiarze oraz przyczynach przeprowadzenia wobec niego przymusowego badania oraz planowaniu zastosowania przymusu bezpośredniego. W poradniach znajdujących się poza terenem szpitala (np. w przychodni) możliwe jest wyłącznie zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci przytrzymania lub przymusowego podania leków uspokajających. Przymus w postaci unieruchomienia w łóżku lub za pomocą kaftana bezpieczeństwa jest w tym wypadku możliwy, kiedy przyjedzie karetka pogotowia. W takim przypadku w celu umożliwienia przewozu do szpitala przymus mogą przeprowadzić jedynie wyszkoleni w tym zakresie pracownicy medyczni⁽⁷⁾. Jednak zgodnie z zapisami art. 21 ust. 3 przy przewożeniu pacjenta z poradni do szpitala obligatoryjnie musi być obecny lekarz lub pielęgniarka, stąd też w praktyce to właśnie te osoby

są najczęściej odpowiedzialne za zlecenie, nadzorowanie oraz ewentualną pomoc w przeprowadzeniu tego typu przymusu.

OGRANICZENIE PACJENTOWI DOSTĘPU DO INFORMACJI

W kwestii praw pacjenta kierowanego do szpitala w trybie wnioskowym nieco odmiennie przedstawia się możliwość zatajenia informacji przed chorym, w szczególności informacji, które mogłyby prowadzić do wystąpienia np. silnego konfliktu rodzinnego. Posiłkując się zaprezentowanym przykładem, sytuacja taka mogłaby wystąpić w momencie, w którym to P.J. zażądałby dostępu do wszystkich danych, jakie w wywiadzie przekazała lekarzowi jego żona. Co w takim razie powinien uczynić terapeuta, gdyby żona chorego poinformowała go o tym, że zachowanie męża jest nielogiczne oraz uciążliwe? Czy lekarz obawiając się ewentualnej eskalacji konfliktu, może zataić przed pacjentem wybrane informacje? Co zrobić w sytuacji, kiedy pacjent, podejrzewając, iż zatajane są przed nim informacje, zażąda wglądu do dokumentacji medycznej?

Mamy tu do czynienia poniekąd z dwoma przepisami: pierwszym mówiącym, iż każdy pacjent ma prawo do informacji na temat szeroko rozumianego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, któremu podlega, oraz drugim – prawem do dokonania wglądu do swojej dokumentacji medycznej⁽⁸⁾. Nie można jednak zapominać o tym, że „w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji”⁽⁹⁾. *Ex definitione* przekazanie pacjentowi pełnej informacji przez lekarza stanowi warunek niezbędny wyrażenia przez niego w pełni świadomej zgody na leczenie. W wypadku jednak art. 29 ustawy o o.z.p. mamy nieco inną sytuację. W tym przypadku pacjent nie wyraża zgody na leczenie, co jednak nie powoduje, iż nie posiada prawa do uzyskania informacji związanej z podejmowanymi wobec niego działaniami prawnomedycznymi. Augustynowicz oraz Budziszewska-Makulska podkreślają, iż pacjent w myśl ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: ustawa o prawach pacjenta) posiada prawo do pełnej informacji na swój temat w kontekście podejmowanych przez lekarza działań. Mowa tu więc o diagnozie, leczeniu, rokowaniach, dających się przewidzieć następstwach działań terapeutycznych itd. Pacjent posiada zatem prawo do przekazania mu pełnej informacji. Jak podkreśla się, informacja ta powinna być przekazywana w sposób zrozumiały dla chorego. Autorki zaznaczają jednak, iż wspomniane prawo nie posiada charakteru absolutnego i w określonych warunkach może być ograniczone przez lekarza⁽¹⁰⁾. O okolicznościach tych wspomina przywołany już wcześniej art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (dalej: ustawa lekarska). Nazywane są one potocznie przywilejem terapeutycznym. Cytowany powyżej fragment ustawy lekarskiej wyraźnie wskazuje na to, że omawiany przywilej jest sytu-

* Z taką sytuacją możemy spotkać się m.in. na terenie Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi oraz na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu.

acją wyjątkową i dotyczy ograniczenia wiedzy pacjenta o jego stanie zdrowia oraz rokowaniach. Ograniczenie to podyktowane jest realnym podejrzeniem, iż przekazanie pacjentowi pełnej wiedzy może wpłynąć na niego negatywnie. Bujny podkreśla, iż przyczyną ograniczenia informacji może być także obawa lekarza o stan zdrowia psychicznego pacjenta. Informacji tych lekarz nie może zachować jednak dla siebie i obligatoryjnie musi je przekazać przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie przez niego upoważnionej. Co więcej, na żądanie pacjenta lekarz musi udzielić mu całkowitej informacji. Literatura przedmiotu dodatkowo kładzie nacisk na to, że przywilej terapeutyczny polega na przemilczeniu pewnych treści, a nie powiedzeniu nieprawdy⁽¹¹⁾.

W rozpatrywanym przypadku P.J. trudno uznać prawo lekarza do nieudzielenia pacjentowi odpowiedzi na pytanie na temat informacji przekazanych przez jego żonę, a dotyczących zachowania chorego w domu/poza domem. Brak odpowiedzi na to pytanie, co zrozumiałe, wiązać się może z obawą lekarza o konsekwencje przekazania pełnych informacji. W tym przypadku jednak lekarz nie ma prawa ograniczać pacjentowi informacji o treściach przekazywanych przez wnioskodawcę. W podobny sposób należy rozpatrywać prawo pacjenta do dokonania wglądu do dokumentacji medycznej. Co akcentuje Karkowska, możliwość wglądu do dokumentacji medycznej (uzyskania kopii) stanowi wyjście naprzeciw prawa pacjenta do poszanowania jego prywatności oraz godności, a także możliwości swobodnego decydowania o sobie samym. Co więcej, pacjent ma nie tylko prawo zapoznać się ze swoją dokumentacją medyczną na terenie np. PZP, ale również możliwość domagania się od lekarza wyjaśnienia trudnych sformułowań medycznych odnoszących się do jego choroby⁽¹²⁾. W sprawie PZP oraz poradni leczenia uzależnień pojawiły się głosy specjalistów mówiące, iż lekarz/terapeuta ma prawo, by szczególnie drażliwe treści przekazywane przez rodzinę pacjenta były zapisywane w zeszycie/notatniku terapeuty. W taki sposób mógłby archiwizować otrzymane informacje lekarz opiekujący się omawianym w niniejszej pracy pacjentem, np. dotyczące tego, że P.J. w opinii małżonki swoim zachowaniem destabilizuje życie rodziny oraz powoduje wzmaganie się konfliktów z sąsiadami. W tym miejscu nasuwa się zatem pytanie, czy chory posiada prawo wglądu do wspomnianych zeszytów oraz notatek. W myśl obowiązujących przepisów tego typu dokumenty należy uznać za tzw. dokumentację zbiorczą, a więc „odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu lub określonych grup tych pacjentów”⁽¹³⁾. Zatem powtarzające się w danym dokumencie wpisy dotyczące istotnych kwestii związanych z leczeniem konkretnego pacjenta stanowią dokumentację zbiorczą, której charakter zbliżony jest do tzw. raportów pielęgniarskich używanych w szpitalach. Zgodnie z § 53 ust. 1 przywołanego rozporządzenia pacjent posiada prawo wglądu do wspomnianej dokumentacji, ale jedynie w zakresie dotyczącym jego osoby. Zdaniem Karkowskiej w tego typu sytuacji zakład opieki zdrowotnej zobowiązany jest udostępnić pacjentowi powyższe dokumenty w terminie 30 dni od złożenia wniosku, co wynika bezpośrednio z zapisów ustawy o ochronie danych osobowych^(12,14).

KONKLUZJA

Przedstawiona w niniejszej pracy próba analizy procedury przyjęcia do szpitala w trybie wnioskowym, podparta przykładem konkretnego pacjenta, skłania do wysnucia kilku wniosków. Po pierwsze należy zaznaczyć, iż procedura umieszczenia pacjenta w szpitalu na podstawie art. 29 ustawy o o.z.p. różni się w sposób istotny od procedury kierowania pacjenta do szpitala w trybie nagłym (art. 23 i 24 ustawy o o.z.p.). Działania personelu medycznego w trybie wnioskowym przeprowadzane są w większości na terenie zakładu opieki zdrowotnej, którym najczęściej w takim wypadku nie jest szpital, ale poradnia zdrowia psychicznego. Omawiany tryb nie dotyczy sytuacji nagłych, bezpośrednio zagrażających życiu pacjenta ani osób znajdujących się w jego otoczeniu. Kierowanie do szpitala nie jest podyktowane bezpośrednim niebezpieczeństwem, ale obawą, że nieprzyjęcie do szpitala istotnie negatywnie wpłynie na pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta, oraz przypuszczeniem, że leczenie szpitalne istotnie poprawi stan zdrowia chorego niezdolnego do samodzielnej egzystencji. Odnosząc się do przedstawionych na początku pracy pytań, należy zaznaczyć, że zarówno ustawodawstwo, jak i literatura przedmiotu podkreślają, iż pacjent posiada pełne prawo do informacji na temat wszelkich kwestii odnoszących się do dotyczącego jego osoby procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Choć polskie prawo przewiduje możliwość ograniczenia choremu przekazywanych przez lekarza informacji, także z powodu obawy o pogorszenie się stanu zdrowia psychicznego pacjenta, należy stwierdzić, iż w odniesieniu do omawianego trybu nie można zastosować wspomnianego wyjątku terapeutycznego. W przypadku art. 29 ustawy o o.z.p. nie możemy bowiem mówić o sytuacji, w której to lekarz chce ograniczyć pacjentowi dostęp do informacji dotyczących określonego niepomyślnego rokowania. W omawianym trybie nie znajduje uzasadnienia również fakt potencjalnego ograniczania pacjentowi dostępu do jego dokumentacji medycznej. Chory ma prawo pełnego dostępu nie tylko do historii swojej choroby, ale również do innych dokumentów dotyczących jego osoby. Podkreślić należy, iż lekarz musi wykaazać się ostrożnością podczas dobierania słów w trakcie rozmowy z pacjentem, mówiąc np. o wiedzy otrzymanej od rodziny pacjenta na temat niepokojącego zachowania się chorego. Pacjent ma jednak prawo żądać od lekarza uzyskania pełnej informacji na ten temat. Wydaje się, iż lekarz zwolniony byłby z udzielenia takich informacji jedynie w przypadku, gdyby to osoba przekazująca mu informacje o osobie kierowanej do szpitala sama była pacjentem/pacjentką np. PZP⁽¹⁷⁾. Wówczas lekarz zobowiązany jest do zachowania tajemnicy. Nie można jednak zapominać, iż tryb wnioskowy stworzył w polskim prawie medycznym wyjątkową sytuację, w której to wnioskodawca (np. żona chorego/mąż chorej, sąsiad) uzyskuje informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta poradni bez otrzymania jego wcześniejszej zgody.

* Z taką sytuacją można się spotkać często w poradniach leczenia uzależnień, które oferują także pomoc terapeutyczną dla osób współ-uzależnionych.

Odnosząc się do wątku przymusu bezpośredniego, należy podkreślić, iż nie można wykluczać sytuacji, w której to badany przez lekarza w ramach omawianej procedury pacjent znacznie przejawiać zachowania mogące wzbudzić obawy o szeroko rozumiane bezpieczeństwo. Chociaż art. 18 ust. 1 przywoływanego już aktu prawnego zaznacza, iż wspomniane formy przymusu można stosować „przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie”, trudno wyobrazić sobie sytuację, w której to np. w PZP byłby wykonywany przymus bezpośredni w postaci izolacji lub unieruchomienia. Brak odpowiedniego przygotowania pomieszczeń poradni mógłby spowodować, iż stosowanie przywołanych środków naruszałoby prawo pacjenta mówiące o tym, że zarówno przy wyborze środka przymusu, jak i metody leczenia należy wybierać jak najmniej uciążliwe metody (art. 12 i 18 ust. 3 ustawy o o.z.p.). Jak już podkreślono, w tego typu przypadkach całkowicie uprawnione wydaje się zastosowanie przymusu w postaci przytrzymania w celu uspokojenia pacjenta, co znajduje swoje uzasadnienie także w czasie oczekiwania personelu poradni na przyjazd np. karetki pogotowia ratunkowego. To jej załoga uprawniona jest do zastosowania w tym wypadku przymusu w postaci: unieruchomienia oraz przymusowego podania leku uspokajającego. Wydaje się, że również personel poradni powinien posiadać prawo do zastosowania ostatniej z wymienionych form działań przymusowych. Przymusowe podanie leku może być jednak wykonane jedynie w sytuacji, gdy zachodzą ustawowe przesłanki dokonania przymusu, stosuje go wyszkolony personel medyczny na zlecenie lekarza lub pielęgniarki, poradnia dysponuje odpowiednim środkiem uspokajającym.

Zaprezentowany w niniejszej pracy temat w sposób widoczny zwraca uwagę, iż uchwalona szesnaście lat temu ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w swoich zapisach nie uwzględnia licznych problemów, z jakimi na co dzień stykać się mogą w takich wypadkach pracownicy poradni zdrowia psychicznego. Nie ulega jednak wątpliwości, iż ustawa ta stwarza sytuację, w której pacjent traktowany jest w sposób podmiotowy. Filozofia ustawy nakazuje, by ewentualne zabezpieczenie pacjenta przed nim samym odbywało się zawsze w sposób, który wychodzi naprzeciw prawom człowieka.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111, poz. 535, z późn. zm.).
2. Dąbrowski S., Pietrzykowski J.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – komentarz. Wydawnictwo IPiN, Warszawa 1997: 165.
3. Duda J.: Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2006: 124-133.
4. Karkowska D.: Prawa pacjenta psychiatrycznego. W: Wojciechowska M. (red.): Problemy zdrowia psychicznego – ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych. Wydawnictwo AHE, Łódź 2010: 152-153.
5. Boratyńska M., Konieczniak P.: Prawa pacjenta. Wydawnictwo Delfin, Bydgoszcz 2003: 407.
6. Nesterowicz M.: Prawo medyczne. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2005: 132-133.
7. Paragraf 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz.U. nr 103, poz. 514).
8. Artykuł 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. z 2006 r., nr 117, poz. 790) oraz rozdz. 3 i art. 23, 26 i 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., nr 52, poz. 4.)
9. Artykuł 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. z 2006 r., nr 117, poz. 790).
10. Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A.: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – komentarz. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010: 66-69.
11. Bujny J.: Prawa pacjenta – między autonomią a paternalizmem, C.H. Beck, Warszawa 2007: 146-147.
12. Karkowska D.: Prawa pacjenta, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004: 315-319.
13. Paragraf 1 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 06.247.1819).
14. Artykuł 32 i 33 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., nr 101, poz. 926).

Szanowni Autorzy

Upzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów publikacja artykułu w czasopiśmie „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwia doliczenie 20 punktów edukacyjnych za każdy artykuł do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest notka bibliograficzna z artykułu.