



Biuro Studiów i Analiz Kancelarii Senatu

S-4B

październik 1994 roku

Prawa pacjenta w ustawie psychiatrycznej

Seminarium

Praca w zespołach roboczych

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

Dział Szybkiej Informacji

Seria: Stenogramy

Spis treści:

1. I zespół roboczy – przewodnicząca Anna Ciupa str. 1.
2. II zespół roboczy – przewodniczący Jacek Jakubowski str. 19.
3. III zespół roboczy – przewodnicząca Alina Naporowska str. 35.
4. IV zespół roboczy – przewodniczący Andrzej Wiśniewski str. 49.

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 T E N O G R A M
z posiedzenia I zespołu roboczego podczas seminarium
"Prawa pacjenta w ustawie psychiatrycznej"
w dniu 5 września 1994 r.

(Posiedzeniu przewodniczy Anna Ciupa)

Przewodnicząca Anna Ciupa

Rozumiem, że to o co apelował pan senator Madej jest tylko w pewnym stopniu możliwe do zrealizowania, ponieważ na pewno nie jesteśmy w sytuacji przygotowywania takiej wypowiedzi, która nadaje się wyłącznie do zapisania.

Państwa wypowiedzi mogą składać się również z części, które stanowią opis pewnego kontekstu albo też komentarz. Tym niemniej proponowałabym, aby ostatni fragment wypowiedzi stanowił zapis odnoszący się albo do samej ustawy, albo jej warunków realizacji. Myślę, że przy tak przyjętych regułach nasza dyskusja może przebiec sprawnie.

Wobec tego rozpoczynam dyskusję i udzielam głosu panu senatorowi Orzechowskiemu. Bardzo proszę.

Jan Orzechowski
Senat RP

Ustawa wypełnia lukę prawną, jaka istnieje u nas praktycznie od 1952 r., to jest od czasu instrukcji ministra zdrowia o przyjmowaniu i wypisywaniu osób ze szpitali psychiatrycznych. Nie było do tej pory ustawowego uregulowania tych kwestii, a umowy międzynarodowe, między innymi pakt praw politycznych i obywatelskich, jak również pakt praw gospodarczych i kulturalnych, uchwalone przez ONZ w grudniu 1966 r. zostały ratyfikowane przez Polskę w marcu 1977 r. Oba te pakt i cytowana dzisiaj konwencja o ochronie praw i podstawowych wolności nakładają obowiązek ustawowego uregulowania wszystkich przypadków, kiedy ktoś ma być pozbawiony wolności.

Dzisiaj dyskutowana ustawa jest realizacją tych zobowiązań międzynarodowych Polski. Senat będzie rozpatrywał ustawę na najbliższym posiedzeniu, tj. 8 września i jest teraz pytanie, czy do ustawy będą wniesione poprawki, czy też nie?

Nie wiem co myślą inni senatorowie na ten temat, ale moim zdaniem, mimo że można do poszczególnych sformułowań ustawy mieć takie lub inne uwagi, to jednak powinniśmy ją przyjąć.

Ustawa jest potrzebna chociażby i dlatego, że w tej chwili jeżeli chodzi o sieć zakładów psychiatrycznych i zakłady opieki psychiatrycznej, to my w tej chwili jesteśmy jeszcze bardzo opóźnieni. Zakładów psychiatrycznych jest za mało w stosunku do potrzeb. Przyjęcie ustawy będzie jednym z argumentów, że na te cele trzeba będzie szukać środków w budżecie państwa.

Jeśli chodzi o podstawowe rozwiązania prawne, to w moim przekonaniu, ustawa w zasadzie gwarantuje ochronę podstawowych praw pacjenta. Jest tu wprowadzony nadzór sądowy i od strony rozwiązań prawnych w zasadzie można powiedzieć, że na dzień dzisiejszy ustawa te wymogi spełnia.

Ustawę trzeba rozpatrywać też i w powiązaniu z innymi przepisami, które już obowiązują, między innymi z ustawą o zakładach opieki społecznej, która reguluje pewne rzeczy, w szczególności chodzi o art. 18 i 19 ustawy.

Jeżeli te oba akty powiązemy ze sobą, to wydaje mi się, że ta ustawa powinna, przynajmniej na dzień dzisiejszy, rozwiązać podstawowe problemy i dlatego głosowałbym za przyjęciem ustawy przez Senat, chyba że państwo mnie przekonacie, że powinienem zająć inne stanowisko. Dziękuję bardzo.

Marcin Olajossy

Katedra i Klinika Psychiatrii AM, Lublin

Chciałbym poprzeć to co powiedział pan senator i dodać, że w tej chwili, po tak długim okresie prac nad ustawą wprowadzanie jakichś dużych czy istotnych zmian może spowodować zastopowanie ustawy. Przy czym wcale nie jest pewne, że unikniemy ułomności prawnych czy innych kłopotów jakie będą wynikały z nowych rozwiązań, które będą postulowane.

Chciałbym przypomnieć, że prace nad ustawą trwają 20 lat, głównie były prowadzone przez środowisko psychiatryczne, od pewnego czasu aktywną rolę również odgrywało środowisko prawnicze. Pół roku, jak mówił poseł Balicki, pracowano intensywnie w komisjach i zbierano bardzo różne głosy i opinie o projekcie ustawy. W tej chwili Senat ma kilka dni na zebranie opinii środowiskowych.

Oczywiście będę miał kilka uwag dotyczących niektórych rozwiązań, jeżeli będzie można na ten temat jeszcze później dyskutować, ale chciałbym jednak poprzeć opcję, by nie wprowadzać istotnych zmian, ponieważ to wcale nie musi oznaczać, że ustawa będzie lepsza. Za takim stanowiskiem przemawia to, że pracowano nad nią bardzo długo, w różnych środowiskach i jest ona, moim zdaniem, jakimś wyrazem kompromisu i różnych uzgodnień. Dziękuję.

Maria Pałuba

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Tworki

Jestem dyrektorem Szpitala Psychiatrycznego w Tworkach, a równocześnie przewodniczącą Komisji Szpitalnictwa Psychiatrycznego w Polsce, z ramienia Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Również dołączam się do stwierdzenia pana senatora o konieczności wyższego rzędu, ażeby ustawa ta z etapu projektu stała się dokumentem obowiązującym nas wszystkich.

Nie będę już mówić o historii prac nad ustawą. Sama brałam udział w niektórych fragmentach tychże prac, znam wszystkie wersje i też mam pewne zastrzeżenia do poszczególnych sformułowań, czy pewnych braków, ale nie tak znaczących, ażeby mogły one być przyczynkiem do wydłużenia drogi legislacyjnej tej ustawy.

Wydaje mi się, że pewne poszerzenia bądź pewne sprecyzowania można będzie zrobić już później na zasadzie rozporządzeń wykonawczych i odpowiednich dokumentów wtórnych.

Natomiast niezależnie od tego chciałabym, ponieważ pani powiedziała, że również możemy mówić nie tylko na temat tych zapisów, które już są, ale także dotyczyć obszaru wykraczającego poza ten dokument. Chciałabym, żebyśmy w porę zdali sobie sprawę z pewnych trudności obiektywnych, które będą towarzyszyły realizacji i wprowadzaniu w życie postanowień ustawy, aby nie doszło do takiej sytuacji, że będzie ustawa, będzie odnośnik, do którego możemy się odwoływać, natomiast to co się zacznie robić i jak ona będzie realizowana może zniweczyć bardzo wielkie osiągnięcia i dorobek bardzo wielu ludzi.

Myślę o proponowanym przez ustawę środowiskowym modelu organizacyjnym psychiatrii. Jest to rzecz na pewno niezbędna, bardzo ważna, ale również bardzo trudny będzie proces wprowadzania tego. Jest to sprawa konieczności zmiany systemu finansowania jednostek służby zdrowia, przynajmniej w zakresie psychiatrii. Odczuwam to na własnej skórze w codziennej pracy i wiem, że nie jest to proste.

Mamy również duży niedosyt wiedzy na temat materiału i programu tej ustawy. I to nawet, o dziwo, w środowiskach psychiatrycznych. I tutaj jest ogromna potrzeba zorganizowania programu wyjaśniającego ustawę również służbom medycznym poza służbami psychiatrycznym.

Na przykład w tej chwili rozmowy z moimi kolegami lekarzami innych specjalności przerażają mnie, gdy oni wypowiadają się na temat tej ustawy – co to będzie jeżeli ona zacznie funkcjonować?

Proszę państwa, również myślę o uwzględnieniu potrzeby pewnego programu szkolenia i przeszkolenia. I to jest rzecz bardzo ważna, ponieważ model, który się proponuje wiemy już jak ma wyglądać, jakie mają być formy pośrednie, ale muszą być przygotowani ludzie, którzy tam będą pracować.

Przed wszystkim mamy niedosyt kadry psychiatrycznej, po wtóre chyba należy sobie zdawać sprawę, że będziemy spotykali się z pewnymi oporami, nawet w

środowisku psychiatrycznym, we wprowadzeniu tychże form. Dlatego, że bardzo duża grupa, nawet lekarzy, jest na przykład w wieku przed emerytalnym i nie jest zainteresowana szkoleniami, przestawianiem się na coś nowego, ponieważ ten model i ten program to już nie będzie ich. Za kilka dni oni tym się nie będą zajmować, swoje przepracowali i chcieliby dotrwać w miarę spokojnie, bezpiecznie do swojej emerytury.

Nie wiem czy również część lekarzy, która odeszła do praktyki prywatnej będzie tak bardzo zainteresowana i aktywnie włączy się w proces szkoleń i tworzenia form pośrednich.

Wydaje mi się, że ten program jest niedostatecznie uwzględniony w programie szkolenia lekarzy domowych, czy rodzinnych. Jeżeli ten system zacznie funkcjonować w psychiatrii środowiskowej, to znacząca część opieki nad ludźmi bądź wypisanymi ze szpitala, bądź tych, którzy do nich nie trafią będzie również w gestii lekarza rodzinnego.

Mogłabym wymieniać tutaj jeszcze wiele powiedzmy uwarunkowań ważnych dla wprowadzenia ustawy, natomiast chciałam już na wstępie zasygnalizować, żebyśmy się nie upoili tym, że ustawa przejdzie, jeżeli senatorowie tak będą głosować. To jest właściwie początek procesu i będzie bardzo ważne to, co się będzie działo potem – od czego się zacznie, jak się zacznie i jak to się będzie realizować, żeby to rzeczywiście miało szansę zaistnienia w naszych niełatwych warunkach transformacji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Anna Ciupa

Dziękuję bardzo. Myślę, że jest to wypowiedź znowu angażująca senatorów, żeby tę ustawę promować i myślę, że wskazanie przez panią obszarów gdzie to należy już rozpocząć jest rzeczywiście bardzo ważne.

Proszę bardzo, pani przewodnicząca Mrugalska.

Krystyna Mrugalska

Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym

Chciałabym wyrazić radość ze stanowiska pana senatora, ponieważ uczestniczyłam w pracach nad tą ustawą wiele, wiele lat, również w ciągu tego ostatniego pół roku pracy podkomisji, i wiem jaką koronkową robotę wykonano konstruując całą ustawę. To nie jest problem jednego artykułu, czy jednego rozdziału, cała ustawa ma swoją myśl przewodnią i w zasadzie jest całością, wobec tego jeżeli zmieni się jedno słowo, czy jeden artykuł, to natychmiast trzeba sprawdzić czy na przykład w dziesięciu innych artykułach nie powstała sprzeczność. Jest to bardzo zobowiązujące, jeżeli się proponuje jakąś zmianę w tej chwili, kiedy już nie ma na to czasu.

Chciałabym zająć się upośledzeniem umysłowym. Jest to stan, który pojawia się w ustawie w wielu miejscach, natomiast nigdy nie był traktowany, jako najważniejsza część tej ustawy i bardzo słusznie. Wszyscy byli zajęci głównie

stosowaniem przymusu, ale jednak ludzie upośledzeniem umysłowym będą mieli zagwarantowane pewne prawa i dlatego chciałam się tym zająć.

Otóż upośledzenie umysłowe nie jest chorobą psychiczną i muszę to na wstępie zaznaczyć, ponieważ pociąga to za sobą szereg konsekwencji. Jedną z konsekwencji będzie ustosunkowanie się do tego co zaproponował pan senator prowadzący dzisiejsze obrady, a mianowicie, żeby się zastanowić, jak mają być określone prawa i obowiązki wobec osób upośledzonych umysłowo, w stosunku do których ma być stosowany przymus leczenia.

Otóż w stosunku do osób upośledzonych umysłowo ma nie być stosowany przymus, pod warunkiem, że nie są one jednocześnie chore psychicznie, bo oczywiście zdarza się, że z upośledzeniem umysłowym jest sprzężona choroba psychiczna. I wtedy, w razie konieczności stosowane są artykuły dotyczące przymusu, które dotyczą osób chorych psychicznie.

Obecnie na świecie upośledzenie umysłowe zaczyna być nazywane trudnościami w uczeniu się. I być może, że za ileś tam lat przestanie w ogóle figurować ten stan w spisie chorób. Jest to po prostu niesprawność intelektualna na tle uszkodzenia mózgu, w którymś okresie rozwojowym do wczesnego dzieciństwa włącznie. I z tego powodu we wszystkich artykułach, w których mówi się o leczeniu nie występuje upośledzenie umysłowe.

Natomiast we wszystkich artykułach, w których mówi się o przystosowaniu społecznym, wczesnej interwencji, czyli wczesnym rozpoznawaniu, o urządzeniach społecznych, które mają służyć podtrzymaniu jednostki w jej funkcjonowaniu społecznym tam mówi się o chorobie psychicznej i o upośledzeniu umysłowym, ponieważ to dotyczy tych ludzi, którzy mają trudności intelektualne, a nie mając żadnych specjalnych innych zaburzeń znakomicie mogą funkcjonować razem z nami.

I tutaj chcę zwrócić uwagę na art. 7, w którym jest mowa o prawie do nauki. Otóż jest to jeden z tych artykułów, o których mówił pan poseł Balicki, w których nie stanowi się prawa, tylko powołuje się na prawo już ustanowione, ale nie realizowane konsekwentnie. Otóż ustawa o systemie oświaty stanowi, że wszystkie dzieci w Polsce mają prawo do edukacji, ale praktyka jest taka, że w stosunku do dzieci głębiej upośledzonych umysłowo, które niby też mają to samo prawo, bardzo łatwo stosuje się zwalnianie z obowiązku szkolnego.

W przypadku dzieci głęboko upośledzonych z reguły stosuje się zwalnianie z obowiązku szkolnego, twierdząc, że na to nie ma ani form, ani metod, ani ludzi, a przede wszystkim nie ma podstaw prawnych. Otóż właśnie ten art. 7 ma być tą podstawą prawną. Na podstawie tego artykułu ma się ukazać rozporządzenie wykonawcze resortu edukacji o realizacji obowiązku szkolnego przez dzieci głęboko upośledzone, czyli wreszcie będzie ta luka wypełniona.

Realizacja obowiązku szkolnego w Polsce jest bezpłatna, wobec tego taki jest zapis w art. 7 i przepisy ustawy o systemie oświaty mówiące co jest płatne, co jest bezpłatne, oczywiście tutaj mają pełne zastosowanie.

Chcę zwrócić uwagę na ustawę o zmianie ustawy o systemie oświaty. Myślę, że ta sprawa szczególnie powinna zainteresować panów senatorów, ponieważ wszystkie

ustawy trafią do Senatu i trzeba być bardzo czujnym, czy jakiś resort nie usiłuje obronić swojego stanowiska w innej ustawie.

Otóż tu mamy właśnie taką przedziwną sytuację. W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w art. 7 wprowadza się prawo do nauki wszystkich dzieci upośledzonych i ukaże się rozporządzenie wykonawcze, natomiast w tym samym czasie jest ustawa o zmianie ustawy o systemie oświaty, w którym resort edukacji wprowadza zapis, że dzieci głęboko upośledzone umysłowo będą mogły być zwalniane z obowiązku szkolnego w każdym wieku na wniosek rodziców, czyli również przed 15 rokiem życia. Jest to tym bardziej cyniczny zapis, że wiadomo, iż rodziców takich dzieci bardzo łatwo doprowadzić do takiej decyzji.

Doprowadzenie takiego dziecka do jakiegoś miejsca, przygotowanie, ubranie, umycie itd. jest wielkim wysiłkiem. Jeżeli rodzice będą to robić i przez tydzień będą się spotykać z takimi powiedzeniami: po coście państwo go tu przyprowadzili, on się i tak niczego nie nauczy albo: kto się nim zajmie, nie mamy na to personelu, to rodzice bardzo szybko wystąpią o zwolnienie z obowiązku szkolnego, poza tym są rodzice, którzy w ogóle nie są przekonani, że tym dzieciom trzeba pomagać w rozwoju i oni również wystąpią o zwolnienie z obowiązku szkolnego. Moim zdaniem ten zapis jest celowym działaniem na rzecz utrzymania status quo. I sytuacja będzie gorsza niż 40 lat temu, ponieważ tej chwili będziemy mieli zapis ustawowy, że wolno zwalniać z obowiązku szkolnego. Jest to takie bardzo specyficzne, perfidne działanie.

I ostatnia sprawa, na którą chciałam zwrócić uwagę, a dotyczy ona przyszłości, czyli okresu realizacji ustawy. W kilku miejscach w ustawie pisze się na przykład w art. 1 ust. 2, iż zadania objęte ustawą mogą być realizowane również przez organizacje pozarządowe, samopomocowe itd.

Otóż dziedzina, którą ustawa się zajmuje jest szczególnie predysponowana do tego, żeby w rozwiązaniach uczestniczyły organizacje pozarządowe. Tymczasem w Polsce status organizacji pozarządowych nie jest ustalony tak, jak jest to w krajach zachodnich. Wobec tego zadania państwowe prowadzone przez organizacje pozarządowe nie są odpowiednio traktowane w zleceniach resortowych. I na przykład organizacja, która prowadzi dom środowiskowej samopomocy nie ma podpisanej umowy z administracją, że dla tylu i tylu osób świadczy takie i takie usługi, na takim i na takim standardzie i tyle i tyle to kosztuje.

Rozlicza się z tego, co jest sprawdzane, wtedy jest jasna sprawa. Tylko, że organizacja prowadząca taki dom od czasu do czasu dostaje ileś tam pieniędzy – tyle, ile jest. Nie ma to żadnego związku z rzeczywistymi kosztami.

Otóż, uważam, że organizacje pozarządowe, które uzupełniają działania na jakimś polu, mogą bazować na akcjach charytatywnych, sponsorach itd. Natomiast organizacje, które realizują zadania państwowe w stosunku do obywateli, do których państwo jest zobowiązane muszą swoją działalność opierać na jakimś określonym statusie.

I wniosek mój jest taki, żeby Senat podjął inicjatywę ustawodawczą dotyczącą statusu organizacji pozarządowej. Ten status powinien określać prawa i obowiązki organizacji pozarządowej i relacje pomiędzy taką organizacją a administracją państwową. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Anna Ciupa

Rozumiem, że pani uważa, iż należy wyjaśnić i czynić pewne wysiłki na rzecz edukacji społecznej, a także wypowiada się na tematy niektórych zapisów tejże ustawy oraz wprowadzenia nowych inicjatyw ustawodawczych w związku z tą ustawą.

Bardzo proszę o zabieranie głosu.

Oswald Danielak

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Międzyrzecz Wielkopolski

Mam uwagi szczegółowe do ustawy, ale chciałbym je przedstawić porównawczo z jedną uwagą ogólną. Tak jak ubezwłasnowolnienie człowieka dokonuje się na szczeblu sądu wojewódzkiego, jest obwarowane udziałem trzech sędziów zawodowych i jest traktowane z najwyższą powagą, tak nie są chronione interesy ubezwłasnowolnionych i spowodowane jest to brakiem kuratorów i opiekunów.

Parę lat temu w towarzystwie psychiatrii sądowej wykazałem na podstawie badania akt w kilku województwach zachodnich, że w tym względzie jest bardzo niedobrze. Ubezwłasnowolniony zostaje człowiek dla jakiejś sprawy, następnie staje się niemal rezydentem szpitala, a nie ma kto faktycznie go reprezentować.

Zmierzam do wątpliwości pod adresem art. 16 ustawy, który stanowi, że w razie stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga ubezwłasnowolnienia jej, kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym prokuratora.

W jednej z opinii nam udzielonych wynika nawet, że prawnik postuluje, ażeby dyrektor szpitala miał wносить, aby dla dobra pacjenta prokurator wszczął postępowanie o ubezwłasnowolnienie tego pacjenta.

Kluczem do sprawy jest to, czy się wyznaczy temu człowiekowi właściwego opiekuna bądź kuratora, bo na tym polega sens ubezwłasnowolnienia, a nie na samym ubezwłasnowolnieniu.

Wątpliwość moja dotyczy tego, czy szpital ma przejmować na siebie rolę czynnika, który chce pacjenta postawić w takiej sytuacji. Mówię o tym opierając się na swoim doświadczeniu, być może mój obraz jest skrzywiony. Proszę państwa, szereg ZOZ-ów naszego szpitala jest odległych od naszej placówki o 200 km. Utrzymywanie kontaktów jest sprawą szalenie trudną. Ponieważ stacjonarnej opieki na miejscu najczęściej nie ma, dochodzi do tego, że kurator zostaje ustanowiony albo w szpitalu, jeśli się uda, i wtedy jego rola jest dość specyficzna, bo nie prowadzi do powrotu pacjenta do domu, albo kuratorem zostaje ktoś z rodziny i zdarza się, że jest zainteresowany tym, ażeby jak najdłużej pacjent przebywał w szpitalu. Mieliśmy szereg przypadków, gdy interweniowaliśmy

u władz, że opiekun wzywany do szpitala, aby wypisał pacjenta nie wymagającego pobytu tam, ale ubezwłasnowolnionego nie zgłaszał się.

Pierwszy raz zadano mi czytanie wstępnego projektu ustawy w styczniu 1960 roku, była to piąta redakcja. Nie powołuję się na materiały archiwalne, ale na to co musiałem sam zrobić.

Byłbym rad, a jestem człowiekiem wymienionym przez panią dyrektor w grupie tych przed emeryturą, ażeby chociaż na starość przestano mi wymawiać, że opiekuję się pacjentami, przyjmuję ich, leczę i proszę o akt prawny tak niskiej rangi, jak rozporządzenie. Chciałbym, żeby po prostu ta ustawa, która została przez Sejm uchwalona została przyjęta i weszła w życie.

Jej realizacja będzie zależna nie od jej brzmienia, ale od zarządzeń wykonawczych, jakie zostaną wydane. Senat nie jest właściwym adresatem uwag jakie chciałoby się zgłaszać, bo te wszystkie rozporządzenia wykonawcze będą na szczeblu resortu i władz terenowych. Mówi się na przykład o tym, że o liczbie łóżek psychiatrycznych ma decydować wojewoda. Nasz szpital jest w sytuacji takiej, że mamy czterech wojewodów, bo taki jest nasz rejon szpitala. I kiedy na przykład wynikają problemy, to każdy z nich mówi, że co złego to nie oni. Tak więc dopiero zarządzenia wykonawcze dadzą odpowiedź na pytania.

Kwestie szczegółowe, do których można by się odnieść – art. 19 czy art. 51 – są już sprawami natury szczegółowej i gdyby miała ustawa zostać przyjęta, to lepiej aby została przyjęta w takiej formie, a w praktyce "dotrze się" i jeśli ewentualnie za parę lat zajdzie potrzeba znowelizowania jakiegoś artykułu, to będzie sprawa prostsza. Byłbym rad, gdyby po tych mniej więcej 35 latach od pierwszego projektu, którym się zajmowałem, żebym odchodził jako człowiek, który jednak pracuje w firmie działającej w oparciu o ustawę, co do której pryncypiów nie można mieć zasadniczych zastrzeżeń. Dziękuję.

Przewodnicząca Anna Ciupa

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pan dyrektor chce wprowadzić zapis, że te uwagi powinny znaleźć się w rozporządzeniach, które są anon:owane przez ustawę.

Oswald Danielak

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Międzyrzecz Wielkopolski

Uznając ustawę w jej obecnym brzmieniu za pożyteczną dla pacjenta, jego rodziny i pracowników, uważam że powinna zostać przyjęta, natomiast szczególne znaczenie dla jej prawidłowego wdrożenia i realizacji będzie miało postanowienie prawidłowych, przemyślanych zarządzeń wykonawczych, bo z nimi są zawsze kłopoty.

Jan Orzechowski

Senat RP

Chciałbym ustosunkować się do pana wypowiedzi. Otóż jeżeli chodzi o art. 16, to wydaje mi się, że został on tutaj celowo zapisany, dlatego że zgodnie

z kodeksem postępowania cywilnego, prokurator jest upoważniony do występowania z powództwami we wszystkich sprawach cywilnych.

Aby nie obciążać szpitala tymi wnioskami, bo postępowanie o ubezwłasnowolnienie czasami jest skomplikowane, ustawa przerzuca to na prokuratora, a szpital ograniczy się tylko do zawiadomienia.

Oswald Danielak

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Międzyrzecz Wielkopolski

Przepraszam najmocniej, jeśli mogę wpaść w słowo. Kodeks postępowania cywilnego stanowi, że z wnioskiem może wystąpić małżonek, krewny w linii prostej. Prokurator jest cały czas tylko stroną w procesie ubezwłasnowolnienia.

Jan Orzechowski

Senat RP

Owszem, jeżeli będzie taka sytuacja, że ani małżonek, ani żaden z pozostałych członków rodziny nie będą chcieli wystąpić z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie, to niestety będzie to musiał zrobić organ państwowy, jakim jest prokurator, jeżeli będzie wymagał tego interes chorego.

Wreszcie jeżeli chodzi o kwestię opieki. Otóż na opiekę trzeba patrzeć przez pryzmat kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Jest ogólna zasada obowiązująca w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym, że we wszystkich przypadkach, kiedy zachodzi potrzeba ustanowienia opiekuna, to na podstawie zawiadomienia, sąd opiekuńczy powinien podjąć działanie w tym kierunku i takiego opiekuna ustanowić. I stąd też w art. 17 jest tylko zapis o zawiadomieniu, bo reszta powinna należeć do sądu.

Powiecie mi państwo, że różnie to bywa z tą procedurą sądową, że może czasami nie zawsze idzie ona sprawnie. Niestety tak to bywa, że może w niektórych wypadkach, jakieś uchybienia w pracy sądów się znajdują i nie wydaje mi się, żeby na przykład niektóre terminy, a w szczególności termin 14-dniowy, od zawiadomienia, wyznaczenia rozprawy był zawsze przez sąd respektowany.

Proszę pamiętać o tym, że to jest termin instrukcyjny i wobec tego nieraz tak się zdarza, że sąd w tym terminie nie zmieści się i przypuszczam, że w życiu też się tak zdarzy. Kodeks postępowania cywilnego przewiduje na przykład przyspieszony tryb w sprawach o roszczenia pracownicze. A niestety nawał pracy tego typu w sądach powoduje, że nieraz sprawa o roszczenie pracownicze toczy się rok, choć zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego powinna się skończyć możliwie szybko.

Dlatego rozwiązanie przyjęte w ustawie wydaje mi się prawidłowe – że nie trzeba obarczać tym zakładów psychiatrycznych, wystarczy, że będzie informacja dla właściwego organu, to znaczy dla prokuratora lub sądu opiekuńczego.

Oswald Danielak

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Międzyrzecz Wielkopolski

Punkt 4 mówi o trudnościach z wyznaczeniem przez sąd opiekuna prawnego dla osoby zaburzonej psychicznie i z tego powodu ubezwłasnowolnionej. W materiałach z kilku sądów wojewódzkich opiekuńczych, które miałem wynikało, że ustanowiono kuratorów lub opiekunów dla około 30% osób ubezwłasnowolnionych przebywających w tym regionie. Co oznacza, że 60% ludzi zostało ubezwłasnowolnionych, natomiast opiekę miało zapewnionych 30%, zakładając że ta opieka jest właściwa. Stąd moja uwaga, że ta ustawa i akty wykonawcze są tymi czynnikami, które decydują o skutkach.

Przewodnicząca Anna Ciupa

Nie zmienia to jednak faktu akceptacji ustawy przez pana, prawda?

Wobec tego proponuję dalszą dyskusję. Proszę bardzo.

Witold Turaj

Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Bielsko-Biała

Nazywam się Witold Turaj, jestem lekarzem psychiatrą, pracuję w Bielsku-Białej. Z tego powodu, że jestem psychiatrą praktykiem koncentrowałem się na tych częściach ustawy, które dotyczą podejmowania decyzji o leczeniu wbrew woli pacjenta lub mimo tej woli oraz na tych częściach, które dotyczą ochrony tajemnicy.

Generalnie opowiadam się za jak najszybszą akceptacją tej ustawy w tej formie, w jakiej ona jest. Tu podpisuję się dwoma rękami pod tym co powiedzieli moi przedmówcy. Myślę, że jakiś czas potrwa opracowanie aktów wykonawczych, jakiś czas potrwa edukacja psychiatrów i to jest bardzo ważne – zmiana nawyków. Pamiętam co się działo, gdy wprowadzano istnienie społeczności terapeutycznej na oddziale, ile czasu musiało upłynąć, żeby sami psychiatrzy przekonali się co do tej formy leczenia.

Myślę, że zmiana postaw, też nie jest sprawą taką prostą. Widzę to jako pewien proces rozłożony w czasie. Dziękuję bardzo.

Teodor Bulenda

Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji, Uniwersytet Warszawski

Proszę państwa jestem trochę w niezręcznej sytuacji, jako że z profesorem Rzeplińskim napisaliśmy uwagi i jeszcze nad nimi pracujemy, żeby w środę przedstawić je bardzo szczegółowo, zatem nie będę dzisiaj ich prezentował.

Chciałbym jednak do pewnych rzeczy się odnieść. Po pierwsze, nie jestem za tym, żeby uchylać ustawę, która nie jest dobra.

Po pierwsze, ustawa ma to do siebie, że musi być aktem dobrym i na wydziałach prawa uczono pierwszej zasady i cechy aktu prawnego, jakim jest ustawa,

że musi ona mieć charakter trwały. Oznacza to, że nie może ona być nowelizowana co jakiś krótki czas, a tu się zapowiada, że wzorem wszystkich aktów wydanych w ostatnich latach i ten akt będzie musiał być wielokrotnie nowelizowany.

W takiej sytuacji nie osiągniemy nawet tego celu, o jaki nam chodzi, między innymi świadomości prawnej. Jak można poznać akt, który jest wielokrotnie zmieniany? A tak będzie i z tym aktem.

Proszę państwa, to jest jedna generalna uwaga. Po prostu wychodzę z założenia, że ten akt należałoby jednak dopracować, jeżeli już tyle czasu czekało się.

To jest taki elementarny wymóg, że trzeba uchylać dobre akty prawne, a tym bardziej, że dla ustawy zawsze jest pewna zastrzeżona materia. Mam przyjemność być w tym gmachu, w senackich komisjach drugi raz, i słyszę coś, co prawnika powinno zabołec, mianowicie uchwalmy akt, aby był bez względu na to, czy jest on dobry.

Po drugie, jeżeli nie będzie normy w akcie takim, jak ustawa, to nie będzie aktu wykonawczego. To przecież powołujemy się na ustawę, na normy ustawowe i patrzmy, czy ten akt wykonawczy przypadkowo nie jest sprzeczny z normą ustawową, a jeżeli tej normy tam nie będzie, to i nie będzie aktu wykonawczego.

Trudno mi pogodzić się z tym, że było tyle uwag krytycznych, a były uwagi krytyczne dotyczące praw pacjenta. Proszę zwrócić uwagę, że przecież to w tej ustawie powinny te prawa być sprecyzowane, a nie są.

Nawet nie wypełniamy elementarnego zapisu z konwencji europejskiej, gdzie dwa podstawowe prawa powinny być w tej ustawie zapisane, a ich tu nie odnajdujemy.

Na podstawie recenzji pani Eleonory Zielińskiej widzimy, jaki jest bałagan i chaos w tej materii, w jej uporządkowaniu.

Nie chodzi tu tylko o czytelność aktu, ale o jego prawidłowe stosowanie. Akt prawny wtedy jest dobrze stosowany, gdy ma klarowne przepisy.

Nie ulega wątpliwości, zgadzam się tu z panem senatorem, że zapis art. 16 jest tu jak najbardziej na miejscu. Nie chcę rozwijać tej kwestii co do ubezwłasnowolnionych, ale na prośbę pani Łętowskiej kiedyś badałem ten problem i chcę powiedzieć, że mamy takie bezgraniczne zaufanie do sądów, a często bez wiedzy osoby została ona ubezwłasnowolniona. A wiemy przepisy są takie, że ona może brać udział w sprawie, że kurator musi z nią rozmawiać itd., itd. Na przykład na wniosek męża małżonka została ubezwłasnowolniona, nie wiedząc o tym, że w ogóle jest ubezwłasnowolniona.

Jeśli chodzi o opiekę, to rzeczywiście problemem jest znalezienie osoby, która mogłaby tę opiekę spełniać. Z panem Rzeplińskim doszliśmy do wniosku, żeby nie było fikcji, że w szpitalu, a także w domach pomocy społecznej często pracownicy socjalni pełnią rolę opiekuna. Przyjmują na siebie rolę opiekuna i mają takich, nazwijmy ich w cudzysłowie, podopiecznych kilku. Jeżeli ma pięć, sześć, siedem osób, to przekonaliśmy się, że te osoby nie wiedzą na czym polega funkcja opiekuńcza. Po

prostu im się wydawało, że te trochę pieniędzy z renty, z emerytury, które zostaje po potrąceniu za pobyt, będą mogły spokojnie im przekazywać, bo rodzina często ich nie przekazuje.

Aby tej fikcji nie było, należy ten przepis zachować, ale nakazać na przykład, żeby pracownik socjalny nie opiekował się więcej niż dwiema osobami. Można się zastanowić nad tym, żeby pracownicy nie brali na siebie takich fikcyjnych ról.

I jeszcze jedna uwaga – jakież to status powinny mieć organizacje pozarządowe? Przepraszam, że o to pytam, ale przecież wiemy, że te organizacje mają różne podstawy prawne, chyba że chodzi o jakiś status związków poszczególnych organizacji pozarządowych, bo jest ustawa o stowarzyszeniach, jest ustawa o fundacji i tam jest to pięknie unormowane i te organizacje pozarządowe mogą sobie funkcjonować.

Chciałbym teraz wrócić do praw pacjenta. Proszę państwa, kiedy tu się mówi o prawach, z którymi ma być zapoznany między innymi ten, który został przymusowo umieszczony w zakładzie psychiatrycznym, to powstaje pytanie, czy chodzi o prawa procesowe, czy chodzi o prawa z którymi on ma do czynienia w szpitalu? Nie wiadomo o jakie prawa tu chodzi.

Poza tym, gdy chodzi o zapisywanie praw, nie można zgodzić się z kryterium, które zostało przyjęte. Mianowicie selekcja została dokonana w ten sposób, że mimo, że istnieją prawa w innych ustawach, to wybieramy te, które są albo martwe, albo są nadużywane, albo przekracza się te prawa.

Moim zdaniem, jeżeli istnieje w ustawie już określone prawo i to prawo jest zapisane w kodeksie cywilnym, czy w innym akcie prawnym, to nie należy już go powtarzać. A jeżeli już chcemy powtarzać, to powtórzmy wszystkie prawa bez no selekcji.

Przykładem może być prawo do nauki osoby upośledzonej umysłowo. Przecież mamy tę ustawę o systemie oświaty, która jednoznacznie mówi, iż każdy ma prawo do nauki, że istnieje obowiązek szkolny i podaje się granice wiekowe.

Proszę państwa, jeżeli resort nawet planuje jakieś odstępstwa i chce powiedzieć, że rodzic mógłby w tym wypadku zdecydować i odstąpić od obowiązku szkolnego i daje się jakby szansę dziecku bądź rodzinie, to nie sądzę, że to ma być również racją umieszczenia tego zapisu w tej ustawie.

Ta ustawa wcale nie jest dalej idąca niż ustawa o systemie oświaty, to jest powtórzenie, tylko trochę inaczej sformułowane. I teraz dla mnie konkluzja byłaby taka: jeżeli mamy mówić o prawach pacjenta, to powinniśmy mówić o tych, które zostają wypowiedziane w ogóle w nauce, wśród praktyków i tych, które są w dokumentach międzynarodowych. Mam tu na uwadze chociażby prawo do eksperymentowania, do badań naukowych itd., czy na przykład w zakładzie psychiatrycznym można pacjentów pokazywać dla celów dydaktycznych. I to wszystko powinno gdzieś tu być zapisane, a tego nie ma.

A jeżeli nie mamy mówić o tych prawach i zakładamy, że one są tylko, że porozrzucane, to przyjmijmy i takie rozwiązanie, ale chciałbym powiedzieć, że nie byłoby to czytelne dla pacjenta, który ma tą ustawę posługiwać się.

Zatem powinniśmy wpisać do ustawy prawa pacjenta, które byłyby klarowne dla lekarzy, dla pacjentów i dla tych, którzy mają interes w tym, żeby prawa pacjenta były chronione. Takie jest moje zdanie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Anna Ciupa

Rozumiem, że jest pan za takim uzupełnieniem samej ustawy, a nie aktów wykonawczych. Dziękuję.

Joanna Kuleszyńska

Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej

Chciałabym troszeczkę polemizować z panem doktorem o tym co powinno być w akcie prawnym, a czego być nie powinno, bo to wśród prawników jest jasne i wiadome. Natomiast bardzo często trudno przekonać innych specjalistów, że jak coś jest gdzie indziej zapisane, to już nie musi być koniecznie zapisane w następnym akcie.

Pan doktor powiedział, że lepiej jest, żeby nie weszła ustawa zła, że trzeba ją poprawić. W moim przekonaniu ta ustawa nie jest zła, ta ustawa jest po prostu dobra. Wiele spraw, które tutaj państwo zgłaszacie, było zgłaszanych na ostatnim posiedzeniu, było bardzo szczegółowo i głęboko dyskutowanych w czasie tych kilkudziesięciu posiedzeń, w których brałam udział.

Te zapisy są wynikiem różnego rodzaju kompromisów, choćby między językiem prawniczym, a językiem medycznym lekarzy psychiatrów. Na przykład kwestia zgody świadomej. Dla prawnika zgoda musi być świadoma, bo jak jest nieświadoma, to w ogóle nie ma zgody.

Większość z tych spraw naprawdę była bardzo szczegółowo dyskutowana. Boję się jednej rzeczy, że jeśli przeniesiemy tę dyskusję w tej chwili do Senatu, to może się ona przeciągnąć.

Jako przedstawiciel rządu chcę zwrócić państwu uwagę, że musi być ustawa, abyśmy w ustawie budżetowej przewidzieli pieniądze na to. Dopóki tej ustawy nie ma, na przyszły rok nie ma pieniędzy na sprawy, które są w tej ustawie poruszone. Więc chociażby z takich bardzo pragmatycznych powodów warto ją uchwalić.

Zawsze się zakłada, że praktyka może pokazać, że pewne rozwiązania wymagają zmiany. Ale nie wydaje mi się, żeby się okazało, że ta ustawa musi być natychmiast nowelizowana. Biorąc pod uwagę wszystkie sprawy związane z wejściem w życie tej ustawy, to że w sześć miesięcy po wejściu w życie ustawy będzie opracowany program dotyczący zarówno szpitalnictwa, jak i domów samopomocy, to wszystko wymaga czasu. Jeśli zaczniemy od początku na ten temat dyskusje, boję się, że bardzo odsunie nas to w czasie od uchwalenia ustawy. Dziękuję.

Czesław Czabała
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Nawiązując do tego co mówiła pani minister Kulaszyńska, chcę dodać, że to jest bardzo dobra ustawa. W stosunku do projektu rządowego to, co przyjął Sejm jest to naprawdę ogromny postęp, dlatego że w ciągu tego pół roku eksperci, osoby pracujące ze strony rządowej, posłowie z podkomisji mnóstwo czytali, mnóstwo uczyli się i poznali mnóstwo różnych przepisów międzynarodowych.

Rozumiem, że można doskonalić i pewnie trzeba doskonalić tę ustawę. Nie chcę mieć takiej ustawy, która będzie obowiązywała przez następne 75 lat, bo byłaby ona nieprawdziwa i nie przystawała do życia. myślę, że jeżeli trzeba ją będzie zmienić, to dlatego, że będą zmieniały się warunki i dlatego, że w ogóle sama istota zaburzeń psychicznych, sama klasyfikacja, rozumienie zaburzeń psychicznych.

Proszę państwa, na przestrzeni ostatnich lat, zaczęło się to w 1900 roku, kiedy zaczęto klasyfikować w sposób normalny zaburzenia psychiczne, mamy dziesiątą rewizję, z tym, że ostatnie sześć rewizji klasyfikacji zaburzeń psychicznych nastąpiło na przestrzeni ostatnich 40 lat.

Nie chciałbym polemizować ze szczegółowymi uwagami pana doktora i pana profesora Rzeplińskiego, będzie na to czas w środę, natomiast pozwolę sobie ogólnie tylko stwierdzić, że lektura tych uwag w dużej mierze prowadzi się do modyfikacji słownych i poprawek redakcyjnych, które prawdopodobnie są słuszne. Nawet w tak ścisłych naukach, jak nauki prawne, gdzie są jasne reguły, także dyskutuje się czy uwzględniać jakieś rzeczy, czy powtarzać coś w ustawach, czy nie.

Poza tym nie sadzę, że ta ustawa może szczególnie regulować zachowanie psychiatry wobec pacjenta, tak jak proponują autorzy tych uwag. Wydaje mi się, że to jest rzeczywiście ochrona praw pacjenta i zgadzam się z tym, że w wielu sytuacjach niewiele będziemy mogli zrobić dzisiaj, jutro, za pięć lat, ale każdy, kto będzie chciał coś zrobić, będzie miał podstawę prawną.

Pani mówi o budżecie, to jest niezwykle ważne. I nie chodzi o to, żeby się spieszyć, bo jest budżet. Wszyscy nam dookoła powiadają: nic nie zrobicie, bo pieniędzy nie ma, bo psychiatria jest tak niedoinwestowana, a ona nie może być inwestowana, jeżeli nie ma prawa do upominania się o te pieniądze.

Oczywiście, że to nie od Sejmu, Senatu zależy, bo to od ustawy budżetowej i od nas zależy ile będzie tych pieniędzy. To na co one będą wydawane i jak będą wydawane będzie zależało od tego, czy ludzie będą mogli odwoływać się do pewnych regulacji prawnych.

Uważam, że ta ustawa w istocie swojej jest niezwykle nowoczesną ustawą, jeżeli idzie o ideologię leczenia psychiatrycznego. Myślę, że to co jest tu zawarte po raz pierwszy w ogóle, to zapisy o profilaktyce, choć tutaj są one bardzo ogólne.

Proszę państwa, pozwólcmy ludziom upominać o profilaktykę, to znaczy o ośrodki poradnictwa psychologicznego, ośrodki interwencji kryzysowej i wsparcia, grupy samopomocy, dziesiątki różnych rzeczy, które ludzie wymyślą, nie my, ludzie

wymyślą. Dajmy im szansę, żeby mając możliwości wpływania na rzeczywistość mieli okazję do tego, żeby się odwoływać do ustaw, do prawa. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Anna Ciupa

Doktor Pałuba chciałaby zabrać głos, proszę bardzo.

Maria Pałuba

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Tworki

Uważam, że na obecne możliwości ustawa jest dobra i trzeba robić wszystko, żeby weszła w życie. Zdaję sobie sprawę z jej mankamentów i raz jeszcze to podkreślam.

Pan doktor był uprzejmy mówić o prawach pacjenta. Nie mogą one być tak od początku do końca zapisane w ustawie. Obliguje nas Dziennik Ustaw z października 1991 roku, gdzie mówi się o prawach pacjenta, przede wszystkim w odniesieniu do zakładów publicznej służby zdrowia jest mowa. I na przykład w moim szpitalu, a wiem, że nie tylko w moim, ponieważ mam kontakt z dyrektorami różnych szpitali, takie prawa zostały opracowane.

Na przykład poprzedni dokument zobowiązuje dyrektorów szpitali do tego, żeby takie prawa pacjenta były opracowane, prawa te zatwierdza i uchwała rada nadzorcza każdego szpitala. A przynajmniej w mojej radzie nadzorczej sędzia Sądu Najwyższego miał bardzo duży wpływ na to, jak te prawa zostały sformułowane. Zostały one rozdane na każdym oddziale, pacjenci dyskutują, mamy już rzecznika praw pacjentów. W ciągu pół roku było 72 zgłoszeń pacjentów do tego rzecznika. Z pacjentami naszego szpitala, korzystając z zaproszenia, byliśmy w Sejmie podczas czytania projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Ważne jest to o czym mówił pan docent Czabała, żeby ludzie zaczęli mówić, żeby ta ustawa otworzyła im drogę do tego, żeby mieli prawo występowania i mówienia o różnego rodzaju sprawach. I to też już będzie bardzo duże osiągnięcie.

Nie zawrzemy wszystkich propozycji i możliwości w takim dokumencie, którym jest ustawa. Życie będzie dostarczać pewnych modyfikacji i trzeba się z tym liczyć. Natomiast znając doświadczenia i tak dramatyczną sytuacją, w jakiej znajduje się polska psychiatria, szpitalnictwo psychiatryczne, w pewnym sensie obliguje nas to do tego, żeby zacząć coś robić i to bardzo szybko. Dziękuję.

Przewodnicząca Anna Ciupa

Dziękuję. Rozumiem, że to co pani powiedziała jest materiałem na środową dyskusję.

Piotr Przybysz
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Chciałbym zwrócić uwagę państwa na pewną dość istotną sprawę, mianowicie w ustawie nie jest wyjaśnione kto, może prowadzić działania w sferze ochrony zdrowia psychicznego. Czy tylko państwo, czy także ktoś inny?

Występuje tutaj rozbieżność, na przykład art. 1 ust. 1 stanowi, że ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organa administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. Można sobie wyobrazić spółkę akcyjną, która została utworzona w celu prowadzenia psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej. Albo fundacja, to już nie ma znaczenia, czy to jest fundacja, czy spółka akcyjna, czy cokolwiek innego. Jest to także instytucja do tego powołana, ponieważ może to mieć zapisane w umowie spółki albo w statucie.

Z drugiej strony, art. 6 stanowi, że wojewoda tworzy i prowadzi psychiatryczne zakłady opieki zdrowotnej. Z tego wniosek jest tylko jeden – tylko wojewoda może utworzyć, utrzymywać i prowadzić zakład psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Tak można by sądzić, gdyby nie wczytywać się w inne przepisy. Artykuł 3 ust. 2 twierdzi, że mogą być takie szpitale psychiatryczne, które są utrzymywane nie przez wojewodę, ale przez inne podmioty: przez gminy, przez organy samorządu, przez któregoś z ministrów albo przez kościół, stowarzyszenia itd., itd.

Można interpretować te dwa przepisy, art. 3 i 6, w ten sposób, że jeżeli chodzi o wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, które sprawują całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, to mogą być one utrzymywane wyłącznie przez wojewodów, a inne zakłady opieki zdrowotnej mogą sprawować opiekę psychiatryczną, ale nie w wymiarze całodobowym. I to jest istotne ograniczenie udziału tych innych podmiotów, także organów administracji samorządowej.

Mam wrażenie, że należałoby wyjaśnić treść art. 10 ust. 1. Pojawia się w nim stwierdzenie na temat bezpłatności świadczeń zdrowotnych udzielanych przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej. To sugeruje, że istnieją także niepubliczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej, gdzie świadczenia zdrowotne udzielane chorym psychicznie albo upośledzonym umysłowo są płatne. W związku z tym należałoby zdecydować kto będzie prowadzić zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej: czy tylko wojewodowie, czy organa administracji rządowej, czy także ktoś jeszcze? Dziękuję.

Przewodnicząca Anna Ciupa

Czy chciałby pan, aby przedyskutować to dzisiaj, czy też jest to apel do senatorów o zastanowienie się nad jasnością niektórych artykułów?

Piotr Przybysz
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Może niech to będzie problem do rozważenia dzisiaj.

Przewodnicząca Anna Ciupa

Czy wobec tego są osoby, które zechcą zabrać głos.

Tadeusz Nasierowski**I Klinika Psychiatryczna AM, Warszawa**

Jest u nas fundacja, która w tej chwili założyła ambulatorium i decyzję o tym podejmuje wojewoda. Żeby zakład mógł funkcjonować jako zakład opieki zdrowotnej, musi musi spełnić wszystkie kryteria.

Piotr Przybysz**Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich**

Wiem, o tym że wojewoda wydaje decyzję o wpisaniu zakładu opieki zdrowotnej do rejestru, ale to nie jest to samo co utrzymywanie zakładu opieki zdrowotnej przez wojewodę. To są dwie zupełnie różne rzeczy. Wojewoda wpisuje do rejestru i skreśla z tego rejestru wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, ale za tym nie idą żadne pieniądze od wojewody do zakładów opieki zdrowotnej.

Ta ustawa stanowi w art. 6, że właśnie wojewoda utrzymuje zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Według mnie art. 6 nie stwarza innym podmiotom żadnej możliwości utworzenia zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Przewodnicząca Anna Ciupa

Rozumiem, że jest tu zapis o publicznych zakładach psychiatrycznych, ale że ta ustawa nie daje żadnych podstaw do tworzenia niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. *(Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu.)*

Tadeusz Nasierowski**I Klinika Psychiatryczna AM, Warszawa**

Chciałbym na koniec dołączyć się do głosów popierających przyjęcie ustawy. Jeżeli chodzi o przyszłość, to bardzo wiele zależy od rozpropagowania tej ustawy właśnie w środowiskach medycznych. Jako przykład mogę przytoczyć takie sytuacje, które u nas się zdarzają, ponieważ my konsultujemy różne oddziały i bardzo łatwo przesyła się pacjentów na oddział psychiatryczny, tylko dlatego, że wystąpiły zaburzenia, na przykład świadomości, które są uwarunkowane pogorszeniem stanu chorego. Lekarze, którzy to czynią, powinni po prostu znać tę ustawę, jakie są warunki przyjęcia tego kogoś do szpitala. To jak ustawa będzie funkcjonowała bardzo wiele zależy od jej rozpropagowania. Trzeba by było znaleźć jakieś sposoby, żeby móc to wyegzekwować, może w ramach specjalizacji nie tylko psychiatrycznej, ale innych specjalizacji, aby po prostu znano tę ustawę. Dziękuję.

Krystyna Mrugalska

Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym

Dręczy mnie sprawa czy powtarzać w tej ustawie rzeczy zapisane w innych, czy nie. Chciałam tylko zwrócić uwagę, że na świecie wydaje się akty prawne, nie masowo oczywiście, na przykład w celach dydaktycznych. Zbiera się jakieś prawa związane z konkretną grupą osób, czy w jakiejś specjalnej dziedzinie na przykład problemy osób upośledzonych umysłowo. W różnych krajach na Zachodzie, w ten właśnie sposób zebrano część aktów prawnych w celach dydaktycznych.

Przewodnicząca Anna Ciupa

Dziękuję bardzo. Uważam, że ogólnie wszyscy jesteśmy za ustawą, że jak to zwykle bywa z działalnością człowieka, nie jest ona bezbłędna, wobec tego jest parę uwag przed ostatecznym zatwierdzeniem tej ustawy.

Na koniec chciałabym zaapelować o kształtowanie świadomości całego społeczeństwa o tej ustawy psychiatrycznej. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 17)

S T E N O G R A M
z posiedzenia II zespołu roboczego podczas seminarium
"Prawa pacjentów w ustawie psychiatrycznej"
w dniu 5 września 1994 r.

(Posiedzeniu przewodniczy Jacek Jakubowski)

Przewodniczący Jacek Jakubowski

Proszę państwa, pani Anna Semenowicz z Biura Studiów i Analiz będzie zapisywać nasze tezy i wnioski. Bardzo proszę o przedstawianie się.

Tak więc bezzwłocznie ruszamy do pracy. Kto miałby ochotę jako pierwszy zabrać głos? Proszę bardzo.

Janusz Morasiewicz

Katedra Kliniki Psychiatrii AM, Wrocław

Proszę państwa, przysłuchując się wcześniejszym wypowiedziom, chciałbym przedstawić kilka krytycznych tez o dotychczasowych rozwiązaniach w projekcie ustawy. Podeprę się tutaj jedną z prac, którą razem z kolegami pisaliśmy na ten temat i będę próbował przedstawić to w formie pewnych tez.

Chodzi w szczególności o to, co podkreślał tutaj może najbardziej dobitnie pan dr Nowicki, mianowicie o zgodność lub, moim zdaniem, właśnie niezgodność projektu ustawy z innymi regulacjami prawnymi: z konwencjami międzynarodowymi, ze standardami zalecanymi przez organizacje profesjonalne, w tym Światowe Towarzystwo Psychiatryczne, z nomenklaturą, z międzynarodowymi klasyfikacjami medycznymi, jak również z wewnętrznym ustawodawstwem krajowym.

Ten projekt jest, w moim odczuciu, zdecydowanie lepszy niż wcześniejsze, ale są jeszcze pewne niezgodności. Co do prawa międzynarodowego, projekt nie zapewnia, wymaganej prawem międzynarodowym, bieżącej kontroli sądowej, zgodności decyzji o zastosowaniu przymusu i poddaniu badaniu psychiatrycznemu bez zgody. Nie będę komentował tych niezgodności, tylko będę je wymieniać.

Badanie psychiatryczne osoby badanej bez zgody miałyby pozostawać bez kontroli sądowej, tylko miałyby być poddane kontroli administracyjnej – lekarskiej.

Bieżąca kontrola sądowa, zdaniem Trybunału Europejskiego, obejmuje też okresowe kontrole już podjętych decyzji o hospitalizacji bez zgody i innych form pozbawienia ograniczenia wolności, związanych z zastosowaniem procedur

przymusowych w psychiatrii, czego w ogóle nie przewidziano w projekcie ustawy. I tutaj nie zgadzam się z twierdzeniem pana dr Nowickiego, który w kuluarach przyznał mi poniekąd rację. Projekt nie ma takiej regulacji. Jest w nim tylko możliwość kontroli przez sąd legalności przebywania w szpitalu psychiatrycznym, natomiast nie ma obligatoryjności tej kontroli, a Trybunał Europejski i konwencja zakłada właśnie obligatoryjność. To jest uchybienie jednoznaczne.

Regulacja dotycząca kontroli przez sąd jest bodajże w art. 43. Przy czym tutaj jest mowa tylko o tym, że sędzia może w każdej chwili wejść do szpitala w celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania w takim szpitalu, ale na przykład nie może już kontrolować legalności zastosowania przymusu bezpośredniego, czy stosowania przymusu leczniczego w tym przypadku. Jest to w ogóle pominięte. A poza tym jest to tylko możliwość, a nie nakaz.

Zgodnie z orzeczeniami Trybunału Europejskiego pozbawienie wolności przez internowanie w szpitalu psychiatrycznym nie może odmawiać takiej osobie prawa do sądu w sprawach cywilnych, rodzinnych i karnych. A projekt w ogóle nie ma żadnej wzmianki, jak to prawo ma być realizowane.

Dotyczy to również dostępu do obrońcy i już tutaj była o tym mowa, że jest to tylko możliwość dana sądowi, a nie obowiązek dany pacjentowi, czy osobie przebywającej w tym szpitalu, jak wymagają tego standardy europejskie.

Ten brak kontroli sądowej stosowania przymusu bezpośredniego badania psychiatrycznego bez zgody osoby badanej wskazuje na niezrealizowanie uprawnień do ochrony sądowej w sposób wystarczający.

Kolejną niezgodnością jest brak dwuinstancyjności postępowania sądowego. Nie wiem dlaczego, ale nad tym jakoś się nikt tutaj nie zastanawiał, że w zasadzie projekt przewiduje tylko jednoinstancyjność, co byłoby ewenementem w postępowaniu sądowym przewidywanym ustawodawstwem. Żadne inne postępowanie nie jest jednoinstancyjne, tylko dwuinstancyjne. Myślę, że jest to jeszcze relikwyt czasów, kiedy ta ustawa powstawała i jednoinstancyjność była postępowaniem, ale konwencje międzynarodowe zakładają dwuinstancyjność.

Dalej, niezgodność ze stanowiskiem Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego, które to stanowisko bodajże przed dziesięciu czy więcej laty zostało przyjęte też przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Jaka to jest niezgodność? Ta dwuinstancyjność, którą zaleca Światowe Towarzystwo Psychiatryczne.

Dalej, informacja o kontrolowaniu przez sąd, również dotycząca przymusu bezpośredniego, a ustawa nie zakłada tej kontroli sądowej.

Dalej, ustawa nie zapewnia możliwości odwołania się do sądu od każdej decyzji pozbawienia wolności, jak założono w projekcie ustawy. Na przykład od decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego projekt ustawy nie daje żadnej możliwości odwoławczej. Jak państwo dokładnie przestudiujecie ten projekt, to pacjent może być wysłuchany tylko na okoliczność odmowy wypisania ze szpitala. Natomiast nie ma możliwości zgłoszenia sędziemu faktu, że jest on przymusowo leczony, czy przymusowo unieruchomiony.

Interwencja przymusowa, według Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego, powinna być przeprowadzona zgodnie z zasadą najmniejszych ograniczeń, a nie najmniejszych uciążliwości, jak zakłada projekt. To jest szalona różnica. Uciążliwość jest kategorią subiektywną, a ograniczenie jest kategorią, którą się da zobiektywizować, nawet zmierzyć. I zostawienie tutaj pola dowolności w taki sposób, jak przewiduje to projekt ustawy, moim zdaniem, będzie rodziło szereg roszczeń, sporów i konfliktów.

Światowe Towarzystwo Psychiatryczne przy rozpoznaniu choroby umysłowej stwierdza, że powinny być zachowane międzynarodowe normy i kryteria medyczne. A projekt ustawy w ogóle nie odnosi się do tej zasady w żadnym miejscu, promując tylko dyskusyjne kryteria nie występujące w stosowanych klasyfikacjach. Za chwilę jeszcze o tym powiem, a teraz wrócę do pytania pana senatora Jarmużka – co z umysłowo upośledzonymi?

Otóż sformułowanie w prawie dotyczące choroby umysłowej jest sformułowaniem szerszym niż sformułowanie dotyczące choroby psychicznej. I w tym sformułowaniu mieści się również upośledzenie umysłowe. I stąd w ustawodawstwach innych krajów nie ma wątpliwości, bo mówiąc o chorobie umysłowej, myśli się o wszystkich formach zaburzeń.

Co dalej? Międzynarodowa klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów, ani w rewizji dziewiątej, ani w dziesiątej nie posługuje się kryterium choroby psychicznej, co zresztą zauważył w swoim referacie prof. Dąbrowski, tym niemniej podtrzymuje to sformułowanie projekt ustawy.

Co więcej, projekt ustawy, w art. 3 podaje, że osobą chorą psychicznie jest ta osoba, która wykazuje zaburzenia psychotyczne. I tutaj wybiegnę może jeszcze dalej, mianowicie m.in. Światowe Towarzystwo Psychiatryczne, a również WHO zaleca odejście w stosowaniu procedur przymusowych od kategorii diagnozy i przejścia do kategorii ciężkości zaburzeń, o czym zresztą mówił tutaj pan dr Mellibruda.

Utrzymanie sformułowania "zaburzenia psychotyczne" będzie, moim zdaniem, rodziło narastające niespójności w naszym ustawodawstwie w stosunku do ustawodawstwa innych krajów, które owszem, też pan dr Mellibruda o tym wspominał, zawierają sformułowanie "choroba psychiczna" czy "choroba umysłowa", ale są tendencje do wyrównywania tych niezgodności i dlatego nasza ustawa, która ma dopiero powstać, ma być od razu obciążona jakimś błędem i grzechem pierworodnym? Ciężkość zaburzeń, moim zdaniem, powinna odgrywać zdecydowanie większą rolę.

I tutaj powrócę do wyników badań prof. Dąbrowskiego sprzed paru lat. Otóż okazuje się, już nie pamiętam w tej chwili tytułu tej pracy, że przymus bezpośredni i przymus przywiezienia do szpitala psychiatrycznego w stosunku do liczby osób przyjmowanych do szpitali, był najczęściej stosowany w kategorii osób upośledzonych umysłowo.

Pytanie, czy to były błędy lekarskie? Ustawa teraz nie pozwoli zastosować przymusu hospitalizacji wobec upośledzonych umysłowo uważając, że nie są oni chorzy psychicznie. Jest tutaj zdefiniowane upośledzenie, to znaczy zróżnicowanie

kategorii upośledzenia, zróżnicowania choroby psychicznej. Takie zróżnicowanie w świetle chociażby tej informacji byłoby dyskusyjne.

Dalsze uwagi, które tutaj mi się nasunęły. Mianowicie Światowe Towarzystwo Psychiatryczne w przepisach prawnych regulujących prawa umysłowo chorych stwierdza, że mają być dokładnie podane informacje dla tych osób o przysługujących im prawach, to jest o prawie do odwoływania się od decyzji sądu, prawie do wystąpienia przed sądem. Ustawa o tym nigdzie nie mówi. Nie ma tam mowy o tym, że przy przyjmowaniu pacjenta przymusowo, powinien być poinformowany o przysługujących jemu prawach w tym wypadku.

Zdaniem Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego decyzja o praktykach przymusowych, powinna być w regularnych odstępach czasu poddawana weryfikacji. O tym już wspominałem, że jest to też niezgodne z konwencjami międzynarodowymi.

Kolejny aspekt sprawy, o którym tutaj częściowo wspominał pan prof. Puzyński, mianowicie kwestia eksperymentów klinicznych i leczenia doświadczalnego. Światowe Towarzystwo Psychiatryczne stoi na stanowisku, że w przepisach ustawowych powinna być zawarowana niemożność poddawania tym eksperymentom tych osób, które są przymusowo hospitalizowane. Tutaj nie ma takiego uregulowania. Co więcej, nawet pewna kategoria osób, która znajdzie się dobrowolnie w szpitalu, a kategoria osób, która podlega art. 22 ust. 2, czyli ci, co do których są poważne wątpliwości o zdolności wyrażenia zgody na ich hospitalizację, też może być tym eksperymentom poddawana, bo jeżeli uzna się, mimo tych poważnych wątpliwości, że jednak oni mogą jakoś tam decydować o sobie, to mogą być poddawani tym eksperymentom, bo będą w tym wyłączeniu dobrowolni. Więc należałoby rozstrzygnąć jak potraktować te osoby. Dziękuję.

Przewodniczący Jacek Jakubowski

Jeśli mają państwo jakieś uwagi do tej wypowiedzi, to bardzo proszę. Jest to ważne, czy to co pan powiedział zostanie przedstawione jako wynik pracy tej grupy, czy na przykład jest to jeden z głosów i nie jest to stanowisko ekspertów tutaj zgromadzonych, tylko jednego eksperta?

Pan profesor, proszę bardzo.

Stanisław Puzyński

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Muszę powiedzieć, że nie podzielam wielu uwag pana doktora, w szczególności dotyczy to zarówno terminologii, jak i może ducha wypowiedzi.

Pan doktor proponuje odstąpienie od terminu "choroba psychiczna" jako staroświeckiego i rozumiem, że preferuje termin "choroba umysłowa". Myślę, że jest to po prostu nieporozumienie, jest to termin dosyć stary, nie używany w psychiatrii polskiej, i chyba na świecie, i wynika chyba z nieprawidłowego przekładu mental disorders. Są to po prostu zaburzenia psychiczne. Mental nie oznacza tu umysłu i nie wracajmy do tego starego terminu.

Co do sporu czy choroba psychiczna, czy zaburzenia psychotyczne? Spór ten toczył się w czasie obrad komisji i jeszcze przedtem, w okresie prac nad tą ustawą. Pan prof. Dąbrowski był zwolennikiem utrzymania terminu "choroba psychiczna" ze względu na istniejące już zapisy w innych regulacjach prawnych. Mówiąc krótko – brak odpowiedniości mógłby oznaczać po prostu brak spójności prawa. Ja opowiadałem się za pojęciem "zaburzenia typu psychotycznego i niepsychotycznego", jako chyba bliższe trendom, jakie prezentują eksperci WHO, chociaż też nie najlepsze rozwiązanie. Tu jest kompromis. To znaczy mamy zapis "choroba psychiczna" a w nawiasie "zaburzenia psychotyczne".

"Zaburzenia psychotyczne" są pojęciem też wymagającym zdefiniowania, ale na ogół nie prowadzą do istotnych rozbieżności pomiędzy psychiatrami.

Proszę państwa, co do kontroli sądowej, zakładaliśmy, że przepisy wykonawcze, proszę zobaczyć art. 43, określą precyzyjnie sposób jej realizacji. Minister sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem zdrowia i opieki społecznej oraz ministrem pracy w drodze rozporządzenia określi sposób i tryb sprawowania kontroli, o której jest mowa.

Nie sądzę, żeby pan doktor w sposób zawężony widział rolę sędziego, który będzie wizytował szpital, ale gdy wczytamy się w treść art. 43, to są tam bardzo szerokie możliwości jego działania, bo przecież kontroluje legalność przyjęcia i przebywania osób w szpitalu lub domu pomocy społecznej, przestrzegania ich praw oraz kontroli warunków, w jakich tam przebywają.

Następnie pan doktor powiada, że wyodrębnienie kategorii upośledzonych umysłowo jest, jak zrozumiałem, może nie tyle nietrafne, ile pan byłby skłonny włączyć tę kategorię do chorób umysłowych. Tak pan to przedstawiał. Myślę, że byłoby to niebezpieczne poszerzenie kryteriów. Oczywiście, że niektóre zapisy dotyczące przymusu będą dotyczyły osób z upośledzeniem umysłowym wtedy, jeżeli wystąpią u nich zaburzenia psychotyczne. Jeżeli wystąpią, to z tą chwilą będą oni spełniać kryteria osób chorych psychicznie. Uważam, że jest to zawężenie kryteriów, a nie poszerzenie i to zamierzone w tym projekcie ustawy.

Oczywiście powstaje pytanie, czy wszystkie zaburzenia, które mogą być potencjalną przyczyną działania wbrew woli, występujące u osób upośledzonych umysłowo, wyczerpują kryteria zaburzeń psychotycznych? O tym można dyskutować. Być może, że jakaś tam wąska grupa zachowań się znajdzie, nie jestem pewien, ale myślę, że ten zapis pozwala na udzielenie skutecznej pomocy osobom upośledzonym umysłowo, u których wystąpią zaburzenia psychotyczne.

Jerzy Madej
Senat RP

Mam pytanie dotyczące właśnie tej terminologii, czy to jest tożsame? W rozdziale 2, w art. 11 mówi się o świadectwie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi. W art. 13 mamy "osoba z zaburzeniami psychicznymi". W artykule 16 – "w razie stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia". I w art. 17 również –

"w razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo". Czy jest to świadome rozdzielenie, czy jest to tożsame?

Stanisław Pużyński

Instytut Psychiatrii i Neurologii

W zależności od kategorii są proponowane różne rozwiązania. Proszę państwa, może jeszcze raz przypomnę, że pojęcie "zaburzenia psychiczne", czyli mental disorders w języku angielskim, obejmuje całokształt zaburzeń, którymi zajmuje się psychiatria kliniczna. To wszystko.

I wśród tych zaburzeń, umownie, bo to jest oczywiście też sprawa konwencji, ale na ogół akceptowanej na świecie, wyodrębnia się formy niepsychotyczne zaburzeń psychicznych. Do tych form niepsychotycznych zalicza się m.in. zaburzenia nerwicowe, cięższe zaburzenia osobowości, upośledzenie umysłowe. Do zaburzeń psychotycznych, nazywanych dawniej "chorobami umysłowymi", potem "chorobami psychicznymi", należą m.in. schizofrenie, choroby afektywne, inne zespoły urojeniowe nieparanoidalne, cięższe formy otępienia, zaburzenia świadomości. Jest to oczywiście umowne.

W związku z tym, panie senatorze, to co jest zaburzeniem psychicznym, oczywiście nie jest chorobą psychiczną. Ale w przebiegu upośledzenia umysłowego mogą wystąpić zaburzenia psychotyczne, które spełniałyby tradycyjne rozumienie choroby psychicznej. Dopiero wtedy, gdy wystąpią takie zaburzenia u człowieka jest on traktowany jak człowiek chory psychicznie.

Myślę, że ten spór terminologiczny ma zupełnie drugorzędne znaczenie. Gdybyśmy chcieli podjąć próbę zdefiniowania w ustawie kategorii diagnostycznych, bo były takie propozycje, to proszę państwa, do niczego to nie doprowadzi. Myślę, że ta ustawa musi mieć charakter bardziej uniwersalny i nawiązywać do stanu współczesnej wiedzy, niż być podręcznikiem psychiatrii. Jest to przecież niemożliwe.

Janusz Morasiewicz

Katedra Kliniki Psychiatrii AM, Wrocław

Otóż celowo użyłem sformułowania "choroba umysłowa" jako anachronicznego, ale obowiązującego na przykład w prawnych kodeksach anglosaskich. I tam to pojęcie jest pojęciem szerokim. Nie jest to pojęcie obejmujące chorobę psychiczną, tylko właśnie wszystkie zaburzenia psychiczne.

Moim zdaniem anachronizmem jest trzymanie się tutaj tych trzech sformułowań i rozwijania tych zaburzeń. Jeszcze raz wrócę do zaleceń WHO i Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego, które zaleca zastosowanie kryterium ciężkości zaburzeń, a odejścia od kryterium diagnozy, która jest niepewna, niejasna i nie zawsze możliwa do ustalenia. I to jest mój punkt widzenia.

Stanisław Pużyński
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Chciałbym dobrze zrozumieć intencję pana. Pan uważa, że należałoby wszędzie tam, gdzie jest "choroba psychiczna" napisać "poważne zaburzenia psychiczne" albo "z powodu ciężkich zaburzeń psychicznych"? Ale wtedy trzeba zdefiniować co to jest ciężkie zaburzenie.

Zdzisław Bizoń
II Klinika Psychiatrii AM, Warszawa

Myślę, że jeśli chodzi o kryterium ciężkości zaburzeń psychicznych, to ono jest definiowane właśnie opisowo, że to jest na tyle ciężkie, że zagraża swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, i to jest zarówno w stosunku do choroby psychicznej i w stosunku do zaburzeń psychicznych. Czyli kryterium ciężkości jest definiowanie właśnie opisowo.

Stanisław Pużyński
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Podniósł pan bardzo ważną myśl.

Proszę państwa, tutaj w ogóle nie dyskutujemy o ciężkości choroby, ale o zachowaniu. Przecież kryterium przyjęcia jest także zachowanie, które wynika z choroby psychicznej. Natomiast nie mówimy ani o objawach, nie dyskutujemy o ciężkości tej choroby, mówimy o zachowaniu i to się konsekwentnie powtarza w innych zapisach. Proszę zobaczyć art. 24.

Zdzisław Bizoń
II Klinika Psychiatrii AM, Warszawa

Zakłada się, że ktoś może być ciężko chory psychicznie, czy zaburzony umysłowo, ale jeżeli nie zagraża swojemu życiu ani zdrowiu, ani drugim, to nie ma powodu go przymusowo, wbrew jego woli, leczyć. (*Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu*).

Janusz Morasiewicz
Katedra Kliniki Psychiatrii AM, Wrocław

Chciałbym powiedzieć kilka słów o pracy, która, moim zdaniem, jako jedyna badała opinie pacjentów dotyczące rozwiązań ustawowych. Pozwoliłem sobie zostawić tę pracę tutaj, do dyspozycji Biura Studiów i Analiz. Co się okazało po przebadaniu chyba 320 pacjentów, którzy chcieli odpowiedzieć na pytania wyjęte z ustawy?

Opublikowałem to w Lublinie. Okazuje się, że ci pacjenci jako pierwszą kategorię, która powinna, ich zdaniem, być chroniona, najczęściej wskazali swoje zdrowie. Taką kategorię, która może być chroniona również z zastosowaniem przymusu. Nie było to mierzone statystycznie, bo tak ta próba nie była

skonstruowana, ale częściej to było wskazywane niż ochrona zdrowia lub życia innych osób.

Ustawodawca zakłada, że ochrona zdrowia i życia innych osób jest ważniejsza w tym wypadku niż ochrona zdrowia samego pacjenta.

Chciałbym się zapytać, czy ktokolwiek zbadał taki fenomen – jak ma się brak zgody pacjenta przy przyjęciu i po wyjściu w stosunku do procedur, którym oni są poddawani? Moje założenie i hipoteza jest taka, szacunkowo robiłem takie badania, że na około stu pacjentów, którzy protestowali przeciwko przymusowym procedurom, po wyleczeniu tylko około dwudziestu dalej podtrzymywało to żądanie.

W związku z tym należy przypuszczać, że ochrona dobra takiego, jak wolność, w tym wypadku trochę makiawelicznie przedstawiam drugą stronę medalu, jest ona w niezgodzie z opinią 80 procent tych pacjentów. To jest moje obliczenie, ale państwo psychiatrzy przecież macie też jakieś swoje wyrobione zdanie, jak to faktycznie jest. Ile jest ewentualnie procesów roszczeniowych, czy jakiś dążeń roszczeniowych. To jest drugi aspekt sprawy dotyczący wyłączenia tej kategorii zdrowia.

Stanisław Leszczyński
Naczelna Izba Lekarska

Nie jestem psychiatrą, jestem naczelnym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, do którego te wszystkie sprawy trafiają. My mamy obraz łamania praw człowieka chorego psychicznie.

Nie podzielam zdania pana profesora dlatego, że bardzo często – jak to nazwał pan profesor, kiedy był jeszcze moim zastępcą w poprzedniej kadencji – jesteśmy w takim dyskomforcie psychicznym jako rzecznicy.

Przecież my będziemy korzystać i my będziemy bronić tych praw na podstawie właśnie tej ustawy. Żałuję bardzo, nie zostałem zaproszony, bo bym państwu przedstawił statystyczne dane, jak wyglądają skargi pokrzywdzonych chorych, którzy się do nas zgłaszają, z którymi my rozmawiamy. Wynika z nich, że na pierwszym miejscu, stawiają oni własną wolność. I ta wolność, jeżeli jest, to jest jego statut w tym społeczeństwie, do którego on wraca. On jest bardzo często przekreślony, jeżeli wbrew jego woli umieszcza się w szpitalu. A on chce zachować statut człowieka zdrowego i ma prawo do tajemnicy i tę tajemnicę należy respektować. Wydaje mi się, że z tych skarg, to pojawia się troszkę inny obraz.

Janusz Morasiewicz
Katedra Kliniki Psychiatrii AM, Wrocław

Profesor Pużyński twierdzi, że gwarancje sądowe są wystarczające. Podkreślam jeszcze raz, że art. 43 czy 47, już nie pamiętam w tej chwili który, wcale nie zakłada obligatoryjności kontroli i jej powtarzalności. Standardy międzynarodowe nakładają określone terminy powtarzania procedur sprawdzania czy dane decyzje przymusowe zostały i są dalej prawnie kontynuowane.

To jest istotne uchybienie w projekcie ustawy, bo zostawia się dowolność sędziemu, a nie ma tutaj obligatoryjności terminowej.

Stanisław Puzyński
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Myślę, że zarządzenie ministra sprawiedliwości określi dokładniej sposób realizacji tego zapisu. Trudno sobie wyobrazić, żeby w tej chwili, kiedy wszystko jest jeszcze w powijakach, kiedy rozpoczynamy właściwie nową zupełnie praktykę w dziejach leczenia, że znajdzie się zapis, który precyzyjnie określi kontrolę sądową: "raz na dwa tygodnie, raz na siedem dni". Być może byłby to zapis martwy. Myślę, że to się znajdzie w przepisach wykonawczych.

Jerzy Rybakowski
Katedra Kliniki Psychiatrycznej AM, Bydgoszcz

Jeżeli mógłbym coś dodać do tego? Zdaje się, że sprawa sądowa będzie najbardziej trudna do sprawnej egzekucji ze względu na pewne obciążenie sądów itd. Wszystkie te rzeczy, które wpłyną na dodatkowe obciążenie sądów, prawdopodobnie będą sprawiać największą trudność w wykonaniu tej ustawy. Zbyt szczegółowe mówienie o tym byłoby chyba zbyt wczesne.

Stanisław Ilnicki
Centralny Szpital Kliniczny WAM, Warszawa

Chciałem podnieść kwestię, którą wojsko było szczególnie zainteresowane. Otóż w związku z bulwersującymi opinią publiczną wypadkami zabójstw, których sprawcami byli żołnierze, była podnoszona kwestia rzetelności badań poborowych.

W kontekście tamtych spraw ujawniono, iż żołnierze ci w okresie badań przed komisjami poborowymi, a ściślej przez poborowe komisje lekarskie zataili fakt leczenia psychiatrycznego.

Obecnie obowiązujące przepisy o ochronie tajemnicy, jeśli idzie o ten dział, regulowały te sprawy w sposób nieprecyzyjny. Taka jest opinia lekarzy poborowych. Na ich pytania o fakt leczenia, spotykali się z odmową podania powodu.

Myślę, że te skargi nie były pozbawione podstaw, ponieważ w projekcie, które wojsko opiniowało, w tym właśnie rozdziale, w którym jest mowa o ochronie tajemnicy, znalazł się taki punkt, który wyłączał obowiązek zachowania tajemnicy w stosunku do poborowych komisji lekarskich.

W tekście, który mam przed sobą, nie znajduję już tego punktu, natomiast znajduję regulację szerszą. Mianowicie mówi się, iż osoby, które mają kontakt z chorymi psychicznie są zwolnione od zachowania tajemnicy w wypadku, kiedy wypowiadają się na żądanie właściwych organów administracji rządowej, co w jakiejś mierze odnosiłoby się także do tych komisji, ale tylko w zakresie pomocy społecznej.

Prawdopodobnie znaleziono w innych przepisach taki punkt, który pozwala poborowym komisjom lekarskim uzyskiwać odpowiednie dane o poborowych bądź z jakiś innych powodów ta kwestia została tu pominięta. Ponieważ nie jest to jasne,

chciałbym uzyskać odpowiedź od osób, które pracowały nad tekstem ostatecznym. Dziękuję.

Przewodniczący Jacek Jakubowski

Czy ktoś czuje się kompetentny, aby udzielić odpowiedzi?

Stanisław Ilnicki

Centralny Szpital Kliniczny WAM, Warszawa

Wśród podmiotów, w stosunku do których lekarz psychiatra jest zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy; na podstawie ustawy o zawodzie lekarza są: prokurator, sąd, chory. Brakowało tu jakby specyfikacji, że odnosi się też do poborowych.

Natomiast oczekiwanie wojska, nie wiem, czy było ono racjonalne, ale szło w tym kierunku, żeby na przykład organ zajmujący się poborem mógł przedstawić listę poborowych z danego terenu i zapytać, czy takie i takie osoby znajdują się w rejestrze leczonych. Takie życzenie było formułowane publicznie i może znów się pojawić, więc chciałbym wiedzieć, jak to rozstrzygnąć.

Stanisław Pużyński

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Nie jestem autorem tej ustawy, natomiast uczestniczyłem aktywnie w pracach komisji sejmowej, byłem ekspertem, który ją oceniał i oceniał pozytywnie. Być może nie będę do końca kompetentny, aby udzielić odpowiedzi, ale punkt pierwszy dotyczy wszystkich innych osób oprócz lekarza. I osoby wymienione w pkt 1 są zwolnione z obowiązku zachowania tajemnicy. Proszę spojrzeć na konstrukcję tego zapisu. To nie jest mowa o lekarzu w pkt 1. Wszystkie osoby: policjant, pielęgniarka, salowy, urzędnik itd. muszą zachować tajemnicę, ale są z niej zwolnione wobec lekarza. Ustawa nie zawiesza żadnych zobowiązań lekarza wobec organów administracji państwowej i innych.

Janusz Morasiewicz

Katedra Kliniki Psychiatrii AM, Wrocław

Przepraszam, że się włączę do tej dyskusji.

Otóż to sformułowanie art. 50 ust. 2 pkt 2 w tym ostatnim akapicie jest dyskusyjne. W swoim czasie zwracałem uwagę na niedogodność tego sformułowania i zawężenie przepisu tylko do sytuacji pomocy. Zresztą to była intencja prof. Dąbrowskiego, tak jak w dyskusji z nim usłyszałem, jednakże ten aspekt sprawy, który został poruszony jest jednym z wielu aspektów, które mogą się pojawić. Takie zawężenie stanowi duże ograniczenia, które mogą spowodować fatalne konsekwencje, bo instytucja taka jak administracja państwowa nie będzie mogła wystąpić o tę listę w celach jakiejś profilaktyki. (*Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu*).

Jerzy Madej
Senat RP

Proszę państwa, na pytanie, które pan pułkownik zadał, nie ma odpowiedzi. Członek komisji poborowej nie jest lekarzem sprawującym opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi. i w związku z tym nie uzyska tych informacji.

Przypomnę, że jest jeszcze kilka innych zawodów, do których przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi może mieć fatalne skutki dla dużej liczby ludzi, choćby kierowcy autobusów, policjanci, itp. Są to ludzie, którzy albo posługują się bronią, albo takimi środkami, albo takimi urządzeniami, których niewłaściwe wykorzystanie może spowodować zagrożenie dla zdrowia czy życia wielu ludzi. I stąd ten art. 50 tej możliwości nie daje. W art. 50 ust. 2 pkt 2 jest powiedziane tylko "do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej" a nie "zakresu służby wojskowej", czy innych. Tak więc komisja poborowa takich informacji nie dostanie i nie dostanie jeszcze kilka innych organów. W moim przekonaniu te informacje powinny być nie po to, żeby je rozpowszechniać, tylko żeby takiemu człowiekowi uniemożliwić wykonywanie takich czy innych zawodów.

Zdzisław Bizoń
II Klinika Psychiatrii AM, Warszawa

Proszę państwa, powiedziałem "chwała Bogu", bo nigdy nie chcielibyśmy żadnych list chorych psychicznie, osób leczonych nikomu udostępniać. I tego bardzo konsekwentnie przestrzegamy.

Przypomnę państwu, że w związku ze sprawą "łomiarza" żądano takich list, które może by ułatwiły śledztwo. Instytucja, w której pracuję, odmówiła takiej listy. Padł nawet zarzut, że utrudniamy śledztwo. Myślę, że mieliśmy rację. Ta lista nie była nikomu niepotrzebna dlatego, że po pierwsze ten łomiarz prawdopodobnie nie był nigdy pacjentem szpitali psychiatrycznych, a po drugie, całkowicie naruszyłaby zaufanie do zakładów lecznictwa psychiatrycznego.

Myślę, że pytanie pana pułkownika ma mały związek z artykułem, bo przecież gdy lekarz poborowej komisji lekarskiej bada pacjenta, jeżeli ma wątpliwości i ma prawo uzyskać dokumentację ze szpitala psychiatrycznego. Szpital psychiatryczny nie odmówi udostępnienia tej indywidualnej dokumentacji. Natomiast gdyby się komisja zwróciła się o podanie wykazu wszystkich urodzonych od do, leczonych w szpitalu, to szpital odmówi i ma do tego prawo.

Jeżeli chodzi o wątpliwości pana senatora o badanie lekarskie, czy ktoś jest zdolny do wykonywania jakiegoś zawodu. Pewnie lekarz go badał i zawsze lekarz może poprosić o dane. To wcale nie ogranicza tego typu możliwości, gdzie istotnie chodzi o interes tej osoby.

Myślę, że dużo więcej mamy groźnych ludzi, bo np. jeżdżą w stanie nietrzeźwym samochodami i powodują wypadki i nie żądamy z tego powodu list ze szpitali psychiatrycznych.

Chciałbym wrócić do innej rzeczy. Od czego właściwie będzie zależało powodzenie tego wszystkiego? Tu ktoś powiedział, że powodzenie ustawy zależy od

ludzi. Oczywiście, że tego wszystkiego nie odejmuje się prawem. Również psychiatra, jak będzie chciał może wywierać różne wpływy na pacjenta. Nie sposób zapobiec temu ustawą. Zależy to od człowieka i jego postępowania.

Drugim czynnikiem, równie ważnym, od którego to zależy, to jakość tej opieki. I tu jest to czego ministerstwo zdrowia nie chciało, ale co potem jest. Mam na myśli przepisy ogólne, a zwłaszcza art. 6, gdzie zobowiązuje się wojewodów, zgodnie z potrzebami wynikającymi szczególnie z liczby i struktury społecznej ludności do zorganizowania odpowiedniej opieki. Nie mówię o jakości istniejącej opieki, ale o potężnych brakach. Przecież z tego bierze się większość cierpień tych pacjentów. Jeżeli ta opieka jest dobra, to i człowiek chętniej godzi się na leczenie. Częściej protestuje, kiedy musi przebywać w złych warunkach. I to jest elementarna sprawa powodzenia ochrony zdrowia psychicznego w przyszłości.

Zastanawiam się czy do art. 6 pkt 2 – "organizuje usługi i domy pomocy społecznej dostosowane do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi" nie można by dopisać "na możliwie odpowiednim" czy "najwyższym standardzie". Ten zapis pozwalałby może pewne rzeczy egzekwować.

Proszę pamiętać, że często różne instytucje psychiatryczne mieszczą się w zrujnowanych koszarach, które się do niczego nie nadawały albo po starych klasztorach.

Stanisław Pużyński
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Rozumiem intencje pana profesora Bizonia, które są bardzo szlachetne. Zgadzam się z nimi, tylko boję się, że prawnicy na to nie pozwolą, że jest to deklaracja i nic więcej, że nie zdefiniujemy dokładnie co to znaczy "standard" i w związku z tym boję się, że nie ma szans na wprowadzenie takiego zapisu.

Przewodniczący Jacek Jakubowski

Przepraszam, moja propozycja jest taka. Jesteśmy w trakcie seminarium, które ma rekomendować pewne rzeczy. W związku z tym możemy to rekomendować do ustawy, albo po ustawie. Ponieważ wszyscy z tym się zgadzają, to może być bardzo ważna uwaga dotycząca tego, że te wszystkie rzeczy, o które ustawa walczy, nie będą zrealizowane, jeżeli nie będzie tego, o czym pan profesor mówił. W związku z tym, być może można określić dolny standard albo coś w tym rodzaju.

Rozumiem, że merytorycznie państwo zgadzają się, że tak powinno być. Natomiast problemem jest to, czy to powinno znaleźć się w ustawie.

Jerzy Madej
Senat RP

Proszę państwa, odpowiedź będzie zawsze taka: standard będzie taki, na ile pozwoli budżet, a nie na ile nakaże ustawa. I dlatego zapis, nawet jeżeli państwo

zapiszą "pełne zaspokojenie wszystkich potrzeb", to i tak będzie to tylko tyle, na ile pozwoli budżet państwa. Dlatego nie tworzymy takich zapisów. Dziękuję.

Zdzisław Bizoń
II Klinika Psychiatrii AM, Warszawa

Rozdział budżetu też zależy od przyjęcia pewnych pryncypiów. Jeżeli będzie, to można tak zrobić.

Jerzy Madej
Senat RP

Panie profesorze, tak jest w końcu na całym świecie. Jak zaczyna się kryzys, to najpierw obcina się wydatki na kulturę, naukę i zdrowie, a dopiero potem na inne dziedziny. To jest prawidłowość, która działa na całym świecie. Dziękuję.

Zdzisław Bizoń
II Klinika Psychiatrii AM, Warszawa

Myślę, że można to uzupełnić być może jakimiś rozporządzeniami, ale tu właściwie niewiele mówi się o rodzinie, o prawach rodziny. Mówi się o pacjencie, o lekarzach, natomiast nie ma niczego o rodzinie. Zwłaszcza chodziło mi o prawo do interwencji w rodzinie. Przy rozwoju dzisiaj tzw. służb środowiskowych, kiedy działa się nie tylko w szpitalu, a to na co może zgodzić się rodzina, czy ona ma prawo się czemuś sprzeciwić jest bardzo ważne.

Janina Waluk
Biuro Interwencji, Kancelaria Senatu

Chciałabym zapytać, czy państwo dostrzegają jakąś możliwość, żeby do ustawy włączyć ludzi, którzy znajdują się w zakładach penitencjarnych, ponieważ wydaje mi się, że tam rodzi się bardzo dużo psychoz i jest bardzo dużo ludzi z zaburzeniami psychicznymi. A w ustawie nie ma na ten temat mowy. Mówi się o resocjalizacji w innych zakładach, ale mówiąc o resocjalizacji, raczej ma się na myśli na przykład ośrodki wychowawcze, a nie zakłady karne, areszty śledcze, czy zakłady poprawcze.

Zdzisław Bizoń
II Klinika Psychiatrii AM, Warszawa

Proszę pani, w wielu krajach, na przykład w Anglii, są oddziały psychiatryczne przy więzieniach albo jest osobna służba psychiatryczna. I takie byłyby potrzebne u nas, dlatego że zwykłe, publiczne zakłady opieki psychiatrycznej miałyby straszne kłopoty z przejmowaniem więźniów. To muszą być odrębne zakłady.

Janina Waluk

Biuro Interwencji, Kancelaria Senatu

Nie myślę o nadzorze, ale po prostu o obronie zdrowia psychicznego w takich zakładach, jakimi są zakłady penitencjarne w Polsce, o takim sformułowaniu. I to by było w jakiś sposób mobilizujące dla ministerstwa sprawiedliwości, które ma nadzór nad tymi zakładami i wydaje mi się, że to by było bardzo ważne.

Proponowałam nawet, aby w określonym artykule, w art. 1, kiedy się mówi "ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organa administracji rządowej, samorządowej oraz instytucje do tego powołane" i potem w drugim punkcie: "w działach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego powinny uczestniczyć zakłady penitencjarne oraz mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje".

W art. 4 pkt 2 mówi się, że "działania, o których mowa w ust. 1 obejmują w szczególności (...)" i tutaj: resocjalizacyjne i penitencjarne. Bo po prostu "penitencjarne" zostały zgubione, "resocjalizacyjne" to są te, które podlegają ministerstwu edukacji narodowej.

Janusz Morasiewicz

Katedra Kliniki Psychiatrii AM, Wrocław

Miałbym jeszcze takie uzupełnienie. Mianowicie jeden z artykułów, chyba 37, mówi, że ta ustawa nie dotyczy osób kierowanych do szpitala psychiatrycznego przez właściwy organ państwowy na podstawie innych ustaw. Ja tych ustaw nie znam. Tylko jest kodeks karny, kodeks postępowanie karnego, kodeks karny wykonawczy, który pojedynczymi artykułami dotyczą tych spraw, ale w ogóle nie regulują zasad pobytu osób skierowanych właśnie na podstawie tych ustaw. I jeżeli zostawi się tutaj martwe pole, to będzie kolejna niedogodność uregulowania ustawowego.

Stanisław Pużyński

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Proszę państwa, nie chciałbym storpedować działania tej grupy, tej dyskusji, tylko myślę, że trzeba sobie odpowiedzieć na pytanie, czy ta ustawa rzeczywiście wymaga radykalnych korekt? Czy też może nie będąc dziełem doskonałym, wymagającym może w przyszłości nowelizacji, tak zapewne będzie, powinna być niezwłocznie uchwalona?

I w związku z tym, jeżeli my zgłosimy daleko idące propozycje korekt, to nie oznacza nic innego jak oddalenie na następne kilka miesięcy tego bardzo ważnego dokumentu.

Tak więc apeluję, żebyśmy nie przedkładali propozycji zmiany w tej ustawie. Może poza uwagą pani doktor, że również na zakłady penitencjarne należałoby poszerzyć działania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

Jerzy Madej
Senat RP

To o czym pan profesor przed chwilą mówił, jest to pytanie, które zadałem przed rozpoczęciem dyskusji: na ile przyjęcie tej ustawy bez poprawek będzie rozwiązaniem korzystnym w stosunku do stanu istniejącego? Czy rzeczywiście są jakieś poprawki, które powinny bezwzględnie być wprowadzone? Jest obojętne czy będzie jedna poprawka, czy piętnaście – cała procedura przedłuża się o kilka tygodni. Wiem o tym z praktyki.

Jeżeli są poprawki, to prosiłbym, żeby powiedzieć, że są one bezwzględnie konieczne. Natomiast jeżeli ich nie będzie, to nam ułatwi również głosowanie.

Janusz Morasiewicz
Katedra Kliniki Psychiatrii AM, Wrocław

Mam uwagę do art. 13, dotyczącego nieograniczonej możliwości porozumiewania się. Wrócę tutaj do standardów światowych, które mówią, że te ograniczenia są podyktowane zdrowiem i bezpieczeństwem samych pacjentów, zdrowiem i bezpieczeństwem otoczenia. Nieograniczone możliwości porozumiewania się pacjenta z jego otoczeniem – to jest w ogóle nierealne, jeżeli ten artykuł będzie tak sformułowany. To po prostu praktycznie jest niemożliwe i nie ma uzasadnienia merytorycznego.

Procedury sądowe dotyczą wyłącznie zastosowania przymusu, natomiast nie dotyczą zwolnienia z przymusu, co jest nielogiczne. Bo jeżeli ogranicza się komuś wolność, z mocy prawa, to trzeba mu z mocy prawa ją oddać. A ustawa przewiduje, że wyłącznie będzie to w gestii kierownika szpitala czy oddziału.

Skoro sąd o tym decyduje na początku, to powinien również i na końcu, bo to jest niespójność prawna również niezgodna z konwencjami i ustawodawstwem międzynarodowym. Chciałbym na to zwrócić uwagę, bo po prostu będzie to istotny mankament. (*Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu*).

Stanisław Leszczyński
Naczelna Izba Lekarska

Proszę państwa, jak powiedziałem, reprezentuję organ rzecznika, do którego te sprawy spływają. Naszym zadaniem jest ochrona praw człowieka chorego, również człowieka psychicznie chorego. To jest pierwsze nasze zadanie, które staramy się spełniać.

Proszę pamiętać, że sądy cywilne w 90 procentach przypadków czekają najpierw na nasze orzeczenia. I dopiero nasze orzeczenia są bardzo często wykładnią działania sądów cywilnych.

Na tę ustawę czekamy, dlatego że jesteśmy bezbronni. Lekarze są w pewnej takiej nieświadomości, każdy różnie interpretuje, a my jesteśmy bezbronni i nie możemy bronić praw człowieka chorego.

Apeluję i popieram apel pana prof. Pużyńskiego – puśćmy i uchwalmy tę ustawę bez poprawek.

Przewodniczący Jacek Jakubowski

Ponieważ muszę dbać także o zdrowie państwa, chciałbym ogłosić przerwę, po której będzie ogólne spotkanie, gdzie przedstawimy wyniki prac i także własne zdanie, bo każdy może je zachować. Dziękuję.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 46)

S T E N O G R A M
z posiedzenia III zespołu roboczego podczas seminarium
"Prawa pacjenta w ustawie psychiatrycznej"
w dniu 5 września 1994 r.

(Zespołowi przewodniczy Alina Naporowska)

Przewodnicząca Alina Naporowska

Nazywam się Alina Naporowska i mam pomóc państwu dojść do pewnych uzgodnień, dotyczących tego, co byście chcieli państwo jeszcze albo wnieść jako ważne do ustawy, do prac Senatu, albo ewentualnie do dalszych innych prac nad ustawą psychiatryczną. Zachęcam do dyskusji.

Pan Włodzimierz Kucner z Biura Studiów i Analiz Kancelarii Senatu będzie mi pomagał, żebyśmy sprawy, które uzgodnimy wspólnie zanotowali i przedstawili na forum konferencji. Proszę bardzo.

Teresa Stańczak

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Tworki

Wydaje mi się, że mam prawo do zabierania głosu, dlatego że od ponad 20 lat uczestniczyłam w pracach komisji przygotowującej kolejne, zmieniające się projekty ustawy.

Proszę Państwa, chciałam zapewnić, że choć skład części komisji zmieniał się, to trzon tej grupy był od wielu lat względnie stały. Zmiany zachodziły na skutek daleko idących zmian w środowisku psychiatrycznym, w metodach leczenia i widzenia roli psychiatrii w działaniach środowiskowych, nie tylko w bezpośrednim leczeniu chorego, ale i zmieniającej się sytuacji w kraju.

Pogarszająca się sytuacja ekonomiczna wywarła na pewno duże piętno na ustawie, pewne ograniczenia chociażby składu komisji, składu sędziowskiego. Najpierw miało być 2 ławników, mieli być biegli, miał być sędzia. Teraz ograniczyliśmy ten skład do absolutnego minimum ze względów przede wszystkim finansowych. Musicie państwo wziąć pod uwagę również i ograniczenia wynikające z sytuacji w kraju. Na przykład sędziów mamy tak mało, że chyba nie da się więcej niż jednego delegować do tych funkcji.

Udało się, mimo wielu zawirowań, mimo wielu projektów zawężenia ustawy, połączyć ją z ustawą o ochronie zdrowia, wprowadzić w takiej formie, z jaką się państwo zapoznali.

Chciałam powiedzieć jeszcze tylko jedno. Pracowali nad tym ludzie, którzy się na tym dobrze znają i którzy poświęcili temu połowę swego życia. Każde zdanie, każde słowo było wielokrotnie rozważane.

Wydaje mi się, choć bardzo pobieżnie zapoznałam się z tymi uwagami, że wiele zastrzeżeń, jak się im dobrze przyjrzeć, wynikało z pobieżnej znajomości faktów. Weźcie państwo pod uwagę ten fakt i to, że każdy dzień istnienia leczenia psychiatrycznego bez ustawy prowadzi do naruszania obowiązujących w Europie i w świecie norm, do naruszania praw pacjentów wbrew naszej woli. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Według pani ustawa jest dobra, zamknięta i trzeba się spieszyć z jej uchwaleniem – czy dobrze rozumiem? Czy ma pani postulaty czy dyrektywy do dalszych prac nad ustawą albo rozporządzeniami do ustawy?

Teresa Stańczak

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Tworki

Ustawa ma rangę najwyższego aktu prawnego w stosunku do innych aktów prawnych, które będą rozwiązywać praktyczne problemy realizacji ustawy. Rozporządzenia wykonawcze muszą rozwiązać te drobne sprawy, często i ważne, które z biegiem czasu zmieniają się w ten sposób, żebyśmy nie musieli za 2 lata opracowywać nowego projektu ustawy.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Dziękuję i bardzo proszę kolejnego dyskutanta.

Jerzy Aleksandrowicz

Katedra Psychiatrii AM, Kraków

Generalnie zgadzam się ze stanowiskiem pani doc. Stańczakowej. Ustawa dyskutowana zbyt długo może nie mieć możliwości wprowadzenia w życie w jakimś dającym się przewidzieć okresie. I podobnie jak pani docent uważam, że różne zastrzeżenia zgłoszone dzisiaj, a także w materiałach, które otrzymaliśmy, wymagają dyskusji i być może nawet sprzeciwu. Ale o tym za chwilę.

Najpierw chciałbym, mimo apelu pani docent, zaproponować rozważenie istotnej zmiany w art. 10. Artykuł 10 mówi, że świadczenia zdrowotne udzielane przez publiczne zakłady lecznicze osobom chorym psychicznie lub upośledzonym umysłowo są bezpłatne. Jest to sformułowanie, którego sens jest dla mnie oczywisty. W warunkach trudności ekonomicznych zapewnienie bezpłatnego leczenia poprzez ustawę jest adresowane do stosunkowo wąskiej grupy chorych z zaburzeniami

psychicznymi. Ale obawiam się, że za rok czy za dwa będziemy zmuszeni do tego, by ten punkt ustawy zmienić. Istnieje ogromna grupa chorych, cierpiących na zaburzenia psychiczne, a nie na choroby psychiczne lub też upośledzenie umysłowe, która jest ekonomicznie słaba i która nie jest w stanie sobie zapewnić świadczeń zdrowotnych w ramach odpłatnej służby zdrowia. Jest to grupa słaba ze względu na charakter zaburzeń. Mam tu na myśli ciężkie zaburzenia nerwicowe, które nieraz doprowadzają do niemożności kontynuowania pracy, nieraz przykuwają do łóżka. Mam tutaj na myśli osoby używające środków oszałamiające, myślę o narkotykach, i w odniesieniu, do których wydaje mi się konieczne poszerzenie zapisu umożliwiającego korzystanie z bezpłatnego leczenia.

Poza chorymi psychicznymi lub upośledzonymi proponowałbym wprowadzenie innych ciężkich zaburzeń, ponieważ termin zaburzenia psychiczne funkcjonuje w ustawie jako szerszy niż te dwa terminy.

Natomiast obawiam się, że niektóre wnioski przedstawione przez recenzentów ustawy, przygotowujących materiały dla senatorów, mogą spowodować ogromne szkody. Te szkody chciałem zasygnalizować. Szczególnie zaniepokoił mnie tekst opracowany przez pana sędziego Zbigniewa Wielkanowskiego, że w odniesieniu do artykułów 51 i 52 pan sędzia bardzo ostro atakuje zapis chroniący lekarza psychiatrę przed koniecznością stawania przed sądem jako świadek lub też przed donoszeniem o przestępstwie, o którym dowiedział się w ramach badania psychiatrycznego.

Wydaje mi się, że zgoda na zastrzeżenia pana sędziego postawi psychiatrów w sytuacji takiej jak lekarza internistę, lekarza chirurga, a przecież specyfika zawodu psychiatry jest zupełnie odmienna, z czego pan sędzia jakby nie zdaje sobie sprawy. Optowałbym bardzo mocno za odrzuceniem tej i innych, podobnych uwag krytycznych.

Kolejna sprawa, pojawiająca się dzisiaj w dyskusji, to ujawnianie dokumentacji psychiatrycznej chorego. Jest to dokumentacja bardzo szczególnego typu. Być może postulujący to nie zdają sobie sprawy z faktu, że bardzo wielu psychiatrów, na przykład reprezentujących podejście psychodynamiczne, w swoich notatkach musi zarejestrować także swoje stany emocjonalne, swoje przypuszczenia, swoje myśli, swoje odczucia, nieraz obraźliwe dla pacjenta, jednak powstające w tym momencie powstające. Umożliwienie choremu wglądu w ten typ dokumentacji spowoduje bardzo wiele komplikacji nawet u chorych nie mających nastawienia urojeniowego. Jeżeli mielibyśmy zachować generalną zasadę prawa wglądu w dokumentację, mielibyśmy wprowadzić wtedy jakiś zapis mówiący o podstawowych dokumentach, o podstawowych wynikach badań.

Nieraz jesteśmy zobowiązani przez sąd do udostępnienia dokumentacji psychiatrycznej. Nie tylko dla dobra chorego i nie tylko ze względu na nasz wstyd, bo ta dokumentacja nieraz nie nadaje się do pokazania ze względów estetycznych, nie dajemy wglądu w całą dokumentację, lecz sporządzamy kompetentny wypis. I do tego chory powinien mieć dostęp, ale nie do kompletu dokumentacji.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Przepraszam, ponieważ to może dość ważna sprawa, czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos w tej sprawie? Proszę bardzo. (*Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu*).

Jacek Wciórka**I Klinika Psychiatryczna, Warszawa**

Chciałbym tylko powiedzieć, że w sprawie wglądu w dokumentację to nie mamy już nic do powiedzenia, bo ta rzecz została już postanowiona w zakładach opieki zdrowotnej. I tu już właściwie stan prawny istnieje, tu nie mamy nic do gadania.

Maria Nowicka**Helsińska Fundacja Praw Człowieka**

Nie widzę wyraźnego przeciwwskazania, żeby w ustawie psychiatrycznej zawęzić zapis z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. To nie jest zapis podporządkowany tamtemu, tyle, że już wcześniej.

Jeśli chodzi o dostęp pacjentów psychiatrycznych do swojej dokumentacji, zgadzam się z wnioskiem, że utrzymanie tego zapisu prowadziłyby do prowadzenia podwójnej dokumentacji – tej do ujawnienia i tej dla siebie.

Jacek Michnowski**Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej**

A propos wypowiedzi pana profesora Aleksandrowicza. Myślę, że tutaj niewątpliwie jest to problem, tylko wydaje mi się, że znając takie a nie inne postanowienia prawne, terapeuta może sobie wybrać pewien sposób dokumentowania. Dokumentacją w sensie prawa jest historia choroby, ponieważ wszystkie rzeczy są tam umieszczone.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Padło tutaj kilka propozycji – podwójna dokumentacja, dla pacjentów skrótowa, dla lekarza prowadzącego nie wszystkie zapisy, może by to ograniczyć, rozszerzyć... Czy są jakieś uzgodnienia w tej kwestii? Proszę bardzo. (*Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu*).

Jerzy Aleksandrowicz**Katedra Psychiatrii AM, Kraków**

Przed chwilą zaprotestowałam i muszę ten protest uzasadnić. Sądzę, że ten zapis bardziej niż inne jest zapisem o charakterze etyczno-deontologicznym i propozycje prowadzenia podwójnej dokumentacji uważałbym za propozycję podwójnej moralności. Stąd tak gwałtowna moja reakcja.

Z drugiej strony trudno mi się zgodzić z bardzo szanowanym i lubianym przeze mnie przedmówcą, że dokumentacja psychiatryczna jest dokumentacją rozbudowaną. Przeciwnie, większość dokumentacji psychiatrycznej to kilka słów niewiele mówiących o pacjencie i jest to tego typu materia nie tylko w obszarze psychoterapii, ale wszelkiego badania psychiatrycznego, w której trudno uniknąć osobistego wejścia w relacje i nierzetelne byłoby niezapisywanie spostrzeżeń o swoim stanie.

Jeżeli ten punkt dyskusji miałby być zakończony, to chciałbym jeszcze, wracając do swojej pierwszej wypowiedzi, podnieść kolejną sprawę. Była mowa o tym, w wypowiedzi pana dr Nowickiego, że w prawodawstwie belgijskim, które stawiane nam było za wzór, że nie akceptowane poglądy i zachowania społeczne, które nie są akceptowane, jak i polityczne, nie mogą być przedmiotem diagnozy psychiatrycznej.

Otóż wydaje mi się, że pogląd ten jest niesłychanie wątpliwy. O ile poglądy polityczne rzadko kiedy bywają wyrazem psychozy, chociaż bywają, to aspołeczne zachowania niezmiernie często są istotą zaburzenia psychicznego, z którego należy tę jednostkę leczyć. Nie zapominajmy o istnieniu tej grupy chorych i przy wszystkich wątpliwościach i wszystkich możliwościach nadużyć, jakie ten stan rzeczy sprawia, bałbym się zapisu dającego na przykład pełne prawo terroryście, który w Krakowie bawi nas od kilku dni swoimi pomysłami, działania bez żadnych konsekwencji, także mimo to, że jego działanie nosi wszelkie cechy zaburzenia psychicznego.

Wniosek byłby taki, by ostrożnie rozważyć propozycję wprowadzenia belgijskiego sposobu regulacji do naszego ustawodawstwa, ponieważ ten sposób myślenia wydaje się niezgodny z naszą wiedzą o psychiatrii.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Podsumowując pana wypowiedź: pierwszy punkt to była zmiana w art. 10, dotycząca bezpłatnego leczenia. Następnie, żeby art. 51 i 52, dotyczący relacji między lekarzem a pacjentem w sprawie tajemnicy dokumentacji, pozostawić bez zmian i żeby korekty pana Nowickiego nie brać pod uwagę.

Andrzej Piotrowski Instytut Psychiatrii i Neurologii

Przepraszam, jeśli chodzi o art. 10, to chciałbym powiedzieć, że tutaj mówi się o chorych psychicznie, upośledzonych umysłowo, ale to nie oznacza, iż ci chorzy mają mieć bezpłatnie wszystkie leki w każdej sytuacji zdrowotnej jakiej by się znaleźli. I to jest po prostu przedłużenie indeksu leków, które dziś obowiązują. Są mianowicie leki stosowane w chorobach psychicznych, które są wydawane nieodpłatnie. Gdyby tutaj pójść za propozycją mojego znakomitego kolegi, to wszelkie środki zapisywane w nerwicach, a ta lista mogłaby być szalenie długa, musiałyby być nieodpłatne. I co więcej, kto miałby to zapisywać? To znaczy, że wszyscy lekarze pewnie musieliby jeszcze dopisać, że to nerwica. Pomijam już taką sprawę, iż koszty dla budżetu byłyby tutaj bardzo wielkie.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Czy dobrze zrozumiałam, że pan profesor by proponował, żeby leki były bezpłatne tylko w wyjątkowych wypadkach? Dotyczyłoby to bezpłatności leków, tak? Jest pan za utrzymaniem tego.

Widzę, że jest różnica zdań. Proszę bardzo.

Krzysztof Trembla**Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Bielsko-Biała**

Niepokoje mnie zapis pkt. 2 art. 10. Chodzi mi o to, czy pacjenci przebywający w formach pośrednich, czyli w oddziałach dziennych, będą pozbawieni bezpłatnych leków?

Maria Nowicka**Helsińska Fundacja Praw Człowieka**

Proponowałabym, żebyśmy spojrzeli na art. 10 w świetle przepisu art. 24, który mówi, że osoby, które nie są chore psychicznie ani nie są upośledzone, tylko właśnie nie wiadomo co im jest, czyli wykazują zaburzenia, mogą być wbrew swojej woli umieszczone w szpitalu.

Mam pytanie, czy ktoś, kto jest przymusowo wsadzony do szpitala, a nie podpada pod art. 10, ma płacić za ten pobyt, ma nie dostawać jeść? Jest to ewidentna sprzeczność.

W związku z tym proponowałabym art. 10, jeżeli już nie pójść tak daleko, jak pierwotna propozycja prof. Aleksandrowicza, rozszerzyć na wszystkich, którzy przebywają tam wbrew swojej woli. (*Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu*).

Włodzimierz Kucner**Biuro Studiów i Analiz, Kancelaria Senatu**

Bardzo przepraszam, proszę, abyście państwo przedstawiali się. Jest to niezmiernie istotna sprawa ze względów technicznych. Ułatwi nam to odtworzenie zapisu magnetofonowego.

Andrzej Piotrowski**Instytut Psychiatrii i Neurologii**

To co mówiła przed chwilą doc. Stańczak, wskazuje jasno, że każde leczenie w jakimkolwiek oddziale psychiatrycznym jest dla wszystkich bezpłatne.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Myślę, że być może intencja ustawodawcy jest taka, jak pani docent nam to wyjaśniła, natomiast zapis tego tak nie ujmuje. I nie wszyscy będą mieli to szczęście, żeby z zapisem przyjść i zapytać. Po prostu będą to czytali tak, jak to jest zapisane.

Proponowałabym, żebyśmy spróbowali dojść w tej kwestii do pewnych ustaleń. Proszę bardzo.

Teresa Stańczak

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Tworki

Poświęciliśmy w komisji dużo czasu na rozważania nad sprawą odpłatności. I to jest to, o czym mówiłam na początku. Skoro nie można tak ogromnej rzeszy ludzi rozdawać leków całkowicie bezpłatnie, to trzeba gdzieś postawić tę granicę, choć burzy się w nas nasze poczucie sprawiedliwości wobec chorych. Ale trudno, jest jakaś granica. I zostało to wymuszone sytuacją ekonomiczną, że zostały wyraźnie odgraniczone te osoby, które często są w szpitalu nie z własnej woli, nie życzą sobie tego leczenia, z medycznych i społecznych względów są pozbawione wolności i skierowane do szpitala i jeszcze są leczone, choć też protestują, a to jest konieczne. Dla nich to leczenie przecież musi być bezpłatne.

A co do pozostałych, to zależnie od warunków ekonomicznych albo będzie tak jak jest w tej chwili, że lekarz może wypisać leki na receptę z niebieskim paskiem, dla chorego psychicznie w oparciu o rozporządzenie ministra zdrowia. Znowu wracamy do tego, że sytuacje zmieniające się powinny regulować rozporządzenia, sytuacje podstawowe, względnie stałe – ustawa.

Obecnie lekarz w poradni zdrowia psychicznego ma prawo i obowiązek wypisać lek psychotropowy dla swojego pacjenta, jeśli on tego wymaga, na receptę bezpłatnej. Proponuję pozostawienie tego zapisu bez zmian, choć nie wszystkich nas satysfakcjonuje.

Jerzy Aleksandrowicz

Katedra Psychiatrii AM, Kraków

Pani doc. Stańczak ma rację wskazując na art. 3 pkt 2. W jakimś stopniu można by się tutaj doszukać sprzeczności między zapisem pkt 2, szczególnie w ppkt c, mówiącym o sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a art. 10. Ale też art. 10 jest sformułowany, jak sądzę, mocniej i on tutaj decyduje o tym, kto ma prawo do świadczeń zdrowotnych, niezależnie od tego w jakim publicznym zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej leczy się, a kto tych uprawnień nie ma.

Świadczenia zdrowotne to nie są tylko leki. Świadczenia zdrowotne to przede wszystkim jest czas lekarza, proces diagnostyczny. Otóż wydaje mi się, że rozszerzenie o grupę ciężkich zaburzeń psychicznych nie wyniesie znowu takich wielkich kosztów, ponieważ ci chorzy stosunkowo rzadko korzystają z leków, natomiast stworzy dostęp do świadczeń zdrowotnych grupie, która może, powtarzam, zostać pozostawiona na marginesie.

I mimo to, że zdaję sobie sprawę z ograniczeń ekonomicznych, zdaję sobie także sprawę z tego, że poszerzenie tego zapisu drogą zarządzenia ministerstwa będzie niesłychanie trudne, a ograniczanie ze względu na uboższy portfel znacznie łatwiejsze. Dlatego podtrzymuję postulat rozszerzenia zapisu art. 10.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Omówiliśmy głównie dwie podstawowe sprawy, mianowicie tajemnicę dokumentacji i odpłatność leków. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze coś dodać do tego co zostało powiedziane lub do innych artykułów ustawy?

Krzysztof Trembla**Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Bielsko-Biała**

W ustawie jak gdyby w ogóle nie dostrzega się roli rodzącej się, znaczącej roli lekarza rejonowego i dla mnie nie bardzo jest zrozumiałe, dlaczego w art. 21 pkt 2 o konieczności przeprowadzenia badania nie ma zdecydować na przykład lekarz rejonowy, który powinien znać najlepiej środowisko chorego, który najlepiej powinien znać pacjenta. Dopiero później, gdyby on zdecydował o tym, iż tego rodzaju badanie czy kontakt jest potrzebny, wtedy wkraczałby dopiero psychiatra. Byłoby to łatwiejsze technicznie, bo nie wiem czy w tej chwili jest tylu psychiatrów, żeby mogło nawiązać ten kontakt. Z drugiej strony byłoby to bardziej logiczne. Pojawiła się instytucja lekarza rejonowego, który ma być człowiekiem bardzo kompetentnym i znającym środowisko i samego pacjenta. Dla człowieka, który ma być poddany badaniu byłoby to mniej stresujące.

(Przewodnicząca Alina Naporowska: Czy dobrze rozumiem, że przeprowadzenie badania, które miałyby doprowadzić do hospitalizacji pacjenta mógłby przeprowadzać lekarz internista, znający pacjenta, niekonieczne psychiatra?)

Nie, chodzi mi o lekarza rejonowego, lekarza rodzinnego, który będzie bardzo szczególnym lekarzem.

Teresa Stańczak**Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Tworki**

Proszę Państwa, odpowiedź jest zawarta w art. 21. Konieczność przeprowadzenia badania stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry inny lekarz. W razie potrzeby lekarz przeprowadzający badania zarządza bezzwłoczne przewiezienie badanego do szpitala, itd.

Wydaje się, że w sytuacji nagłej trzeba będzie działać wbrew woli pacjenta i każdy lekarz może odesłać pacjenta, ale jednak mimo niedostatku naszej kadry psychiatrycznej pierwsze badanie przed skierowaniem do szpitala, jeśli tylko to jest możliwe, w myśl art. 21, przeprowadza psychiatra. Jeżeli to nie jest możliwe, inny lekarz, może być to lekarz domowy. Dziękuję.

Przewodnicząca Alina Naporowska

To jest chyba wystarczające wytłumaczenie?

Krzysztof Trembla

Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowia, Bielsko-Biała

Tak, tylko przynajmniej zmienilibym kolejność. Jeżeli chodzi o sytuację nagłą, to zgadzam się całkowicie z panią docent, natomiast jeżeli chodzi o art. 30 pkt 2, kiedy tej nagłości nie ma, to znaczy art. 29, do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta...

Teresa Stańczak

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Tworki

To są bardzo trudne przypadki, bo to już jest postępowanie wnioskowe przed sądem, przygotowujące do postępowania sądowego o umieszczenie w szpitalu. Tak więc wydaje mi się, że tutaj psychiatra jest niezbędny. Dziękuję.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Czy chciałby ktoś zabrać głos w tej sprawie czy w jakiejś innej, dotyczącej ustawy psychiatrycznej i dalszych prac wynikających z przyjęcia ustawy?

Jacek Michnowski

Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowia

Poszę Państwa, parę uwag jeszcze a propos art. 10 i wypowiedzi pana prof. Aleksandrowicza, bo chyba wymaga to rozszerzenia, tak jak pan profesor tutaj nadmienia. W załączniku mamy opinię o ustawie, ze stemplem Kancelarii Senatu, w której zwrócono uwagę, że gdybyśmy zastąpili sformułowanie "choroba psychiczna" określeniem "zaburzenia psychiczne", to byłoby to spójne z poprzednimi artykułami. Myślę, że jest to jednak dość ważna sprawa.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Chciałabym zapytać, czy możemy w formie ustaleń tej grupy wnieść taką propozycję, żeby rozszerzyć art. 10 o zapis: "osoby przejawiające ciężkie zaburzenia psychiczne"?

Jacek Michnowski

Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowia

Byłoby dobrze, gdyby to było dosłownie spójne z art. 3 pkt 1, czyli w tych wszystkich trzech znaczeniach byłoby to użyte, bo tu jest chory psychicznie, upośledzony umysłowo i wskazujący inne zakłócenia czynności. Na przykład w wypadku postępowania diagnostycznego są tu też świadczenia zdrowotne.

Mam jeszcze dwie uwagi. Jedna króciutka, która jest zaznaczona w uwagach sędziego Wielkanowskiego, dotyczy miejsca, w którym wydaje się opinie czy bada pacjenta bądź in spe pacjenta. Rzeczywiście jest tak, że chyba ilościowo przeważają badania w sądzie. W ustawie jest tylko mowa, że one mogą być prowadzone w zakładzie opieki psychiatrycznej, ewentualnie w domu.

Sędzia Wielkanowski zwraca uwagę, że ma miejsce taki fakt, jak opiniowanie w sądzie i że może wystarczyłoby stwierdzenie, że w jakimś innym miejscu wtedy, kiedy sytuacja tego wymaga. (*Przerwa w nagraniu*). Szczerze mówiąc nie mam na ten temat zdania, jest to pewien problem organizacyjny. Jest szereg sytuacji czy szereg badań, które mogą być w obiektywny sposób, jak sądzę, również przeprowadzone na terenie sądu i nie wymaga to przewożenia pacjenta.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Proszę Państwa, pozostało nam jeszcze 20 minut. Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos?

Jacek Wciórka

I Klinika Psychiatryczna, Warszawa

Chciałbym wyrazić odmienne zdanie. Uważam, że badanie podsądnych może i powinno odbywać się poza murami instytucji penitencjarnych i ma to pewną wartość, której nie warto tracić. Jeśli ustawa jest w stanie wymusić to, żeby pacjent z powodu zaburzeń psychicznych był badany w placówkach służby zdrowia, to niech tak się stanie, po co mamy jeździć do sądów i po co pacjent ma...

(*Przewodnicząca Alina Naporowska: Rozumiem, że pan podtrzymuje brzmienie ustawy. Dziękuję bardzo. Czy w jakiejś innej sprawie?*)

Czy mógłbym zgłosić jeszcze jedną uwagę? Chodzi mi o artykuł, który mówi o prawie pacjentów do kontaktu na przykład z rodzinami. I słusznie. Natomiast są sytuacje, które z założenia, co prawda za zgodą pacjenta, ograniczają tę dobrowolność, bo są oddziały na przykład leczenia narkomanów, które mają zasadę, że przez kilka pierwszych miesięcy hospitalizacji nie ma kontaktów z najbliższymi. Pacjent się na to zgadza.

Nawiązując do informacji o ustawodawstwie europejskim – jeżeli prawo dowolności jest prawem niekwestionowanym, to jak gdyby na samo życzenie również pacjenta nie można takiego prawa ograniczać. Co z tym, ewentualnie, robić w przyszłości? – nie wiem, ale to jest taka moja refleksja.

Teresa Stańczak

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Tworki

Czy mogę coś wyjaśnić? Sprawy osób uzależnionych są rozwiązywane przez dwie inne ustawy, dlatego tutaj nie wkraczamy w te szczegóły. A jeśli chodzi o leczenie psychiatryczne, to naprawdę nie będziemy tego prawa ograniczać, choć bardzo trudno się z tym pogodzić, bo człowiek do tego przywykł.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Rozumiem, że pani docent odpowiedziała na te wątpliwości, że w sprawach szczegółowych, na przykład dotyczących uzależnień, są inne ustawy, a także rozporządzenia.

Krzysztof Trembla**Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Bielsko-Biała**

Mam taką generalną uwagę. Wiadomo, że zarządzenia wykonawcze zmieniają sens przepisów, który nadał im ustawodawca. W związku z tym, czy nie można wprowadzić takiego zapisu, żeby wszystkie zarządzenia, które mają zostać wydane przez ministra zdrowia i innych ministrów, też wymagały akceptacji na przykład przez nasze środowisko albo przynajmniej dyskusji środowiskowej.

Teresa Stańczak**Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Tworki**

Proszę Państwa, w ustawie są zapisy, że rozporządzenia wykonawcze, które dotyczą kontaktu lekarz-pacjent powinny być konsultowane. Odpowiednie resorty, które będą opracowywać rozporządzenia, będą musiały je konsultować. Dobrze by było, żeby na przykład z Towarzystwem Psychiatrycznym.

Maria Nowicka**Helsińska Fundacja Praw Człowieka**

Ze względu na czas odniosę się do dwóch spraw, które uważam za istotne, a podnoszone wcześniej w dzisiejszych wystąpieniach.

Jedna dotyczy art. 48 pkt 2. Chodzi tu o ustanowienie adwokata z urzędu, jeżeli stroną w postępowaniu przed sądem opiekuńczym jest osoba chora psychicznie. Projekt ustawy mówi, że sąd może ustanowić adwokata z urzędu. Propozycja nie mojego autorstwa, ale którą chciałam tu poprzeć, jest taka, żeby zawsze, w każdej sprawie był przydzielany adwokat z urzędu.

Druga sprawa, którą chciałam poruszyć dotyczy odszkodowania za bezzasadne pozbawienie wolności, która nie jest regulowana ustawą, a wydaje się, że powinna być. Mogę mówić o tym dłużej, ale chyba szkoda czasu na argumentację.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Chciałabym zapytać czy ktoś chciałby zabrać głos w sprawie tego wniosku? Czy tu jest zgodność między Państwem? Czy ktoś w tej sprawie? Proszę bardzo.

Teresa Stańczak**Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Tworki**

Długo nad tym dyskutowaliśmy w komisji i okazuje się, że po pierwsze, jest bardzo wiele przypadków, w których pacjent protestuje, diagnoza jest jasna,

wiadomo, że pacjent za 2 tygodnie czy za tydzień, kiedy wyjdzie z ostrej psychozy sam uzna, że leczenie było potrzebne. I całe to postępowanie jest w tych przypadkach oczywiste, sąd się zgodzi. To jest jeden argument, że niekoniecznie zawsze musi być obrońca w sprawie zupełnie jasnej mimo protestu pacjenta.

Po drugie, nie stać nas na to, żeby w każdej takiej oczywistej sprawie, sąd musiał decydować według własnego rozeznania co do trudności sprawy, czy trzeba wezwać adwokata czy nie trzeba.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Czy ktoś z Państwa jeszcze w tej sprawie? Proszę bardzo.

Jerzy Aleksandrowicz
Katedra Psychiatrii AM, Kraków

Myślę, że ustawy takie jak ustawa, o której dyskutujemy nie są aktami prawnymi na dzisiaj, tylko na daleką przyszłość. Sądzę, że dojdzie kiedyś w Polsce do tego, że nie będziemy rozmawiać z nikim w żadnej sprawie bez adwokata, a szczególnie w przypadku naszej hospitalizacji.

Sądzę, że byłoby znacznie bezpieczniej i niekoniecznie tak strasznie drogo, gdyby wprowadzić ową obligację. Być może zostawiając furtkę na to, by była ona wprowadzana w miarę sił, możliwości i środków finansowych. Z jakimś odroczeniem, a nie z natychmiastowym wykonaniem. Ale stwórzmy tę opcję. (*Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu*).

Przewodnicząca Alina Naporowska

Rozumiem, że słowo "może" budzi takie wątpliwości, że sąd może zachować się według jakiegoś widzimisie, a nie zgodnie z potrzebami pacjenta czy obrońcą jego interesów. Czy rzeczywiście jest taka obawa, czy raczej nie?

Jerzy Aleksandrowicz
Katedra Psychiatrii AM, Kraków

A gdyby pozostawiając "może" dodać "a musi na życzenie pacjenta"? Czy to nie byłoby rozwiązaniem? (*Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu*).

Przewodnicząca Alina Naporowska

Ponieważ zbliżamy się do końca naszej dyskusji, musimy tę kwestię rozstrzygnąć. Część z państwa przychyliła do "musi", ale rozumie różne okoliczności, tak więc pozostaje "może", czy tak?

A co z odszkodowaniem? Czy ktoś w tej kwestii chciałby zabrać głos? Proszę bardzo.

Teresa Stańczak

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Tworki

To już nam dzisiaj wyjaśnił pan poseł Balicki, że sprawa jest jasna. Jest to naruszenie kodeksu przez pracownika państwowego i w drodze postępowania karnego sąd określi jaka jest odpowiedzialność karna, czy odszkodowanie. Szpitale płaciły i płacą odszkodowania za różne rzeczy, które stały się z pacjentami, na przykład jeden pacjent pobił drugiego, złamał rękę i ktoś musi wypłacić to odszkodowanie, bo żąda tego rodzina. Nie mieliśmy możliwości zapewnienia dostatecznego nadzoru, więc płacimy.

Przewodnicząca Alina Naporowska

Rozumiem. Czyli wyjaśnienie pani służy temu, że inne jakby, innego obszaru czyli z przepisów kodeksu karnego wynika to co jest. (*Wymiana zdań poza zasięgiem mikrofonu*).

Ponieważ jeszcze pozostały nam 3 minuty do końca, czy jest coś jeszcze bardzo ważnego, co warto zawrzeć w tej dyskusji?

Dziękuję. Chyba na tym zakończymy dzisiejszą dyskusję. Zapraszam teraz na 15 minut przerwy. Dziękuję bardzo.

(*Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 45*)

STENOGRAM

z posiedzenia IV zespołu roboczego podczas seminarium

"Prawa pacjenta w ustawie psychiatrycznej"

w dniu 5 września 1994 r.

(Posiedzeniu przewodniczy Andrzej Wiśniewski)

Włodzimierz Bogusz

Biuro Studiów i Analiz, Kancelaria Senatu

W imieniu organizatorów mam dwie prośby. Pierwsza prośba jest do tych z państwa, którzy jeszcze nie oddali nam ankiet. Przypominam o tym, bo jest to dla nas ważne.

Druga prośba – ponieważ to nasze posiedzenie jest nagrywane i będzie później sporządzony stenogram, to za każdym razem, kiedy państwo zabieracie głos, proszę się przedstawiać, gdyż w przeciwnym wypadku panie stenografistki nie bardzo wiedzą kto jaką kwestię wypowiada. Dziękuję.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Jestem psychoterapeutą, w związku z czym spróbuję tutaj trochę pomóc państwu w porozumiewaniu się. Mam tylko pytanie, czy państwo przystalibyście na to, żeby udzielić mi trochę władzy?

Rozumiem, że każdy z państwa ma do przekazania pewne ważne informacje, ja chciałbym prosić tylko o dwie rzeczy, żebym mógł czasami klaryfikować, ponieważ nie będę tutaj w ogniu dyskusji, tylko będę się przysłuchiwał i czasami spróbuję sklaryfikować to, co państwo mówicie i zapytam wtedy, czy to właśnie chcielibyście powiedzieć. I druga rzecz, o którą prosiłbym to prawo do skracania wypowiedzi.

Czy to jest możliwe do przyjęcia?

Dobrze, rozumiem, że mamy dwa cele: pierwszy cel, to dostarczyć komisjom senackim jak najwięcej informacji na temat opinii środowiska o ustawie psychiatrycznej i drugi cel, przekazanie sobie nawzajem opinii na ten temat. Proponuję, żebyśmy otworzyli dyskusję.

Kto z państwa pierwszy zabierze głos?

Andrzej Rachowski

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Międzyrzecz

Uważam, że ustawa jest dojrzała i nadszedł czas wprowadzenia jej w życie. Mam kilka refleksji i wątpliwości do niektórych zapisów.

Mianowicie do art. 22 tak pozytywnie ocenionego przez panią profesor Zielińską, który dopuszcza poszerzenie praw, swobód obywatelskich nawet w stosunku do osób ubezwłasnowolnionych. Pragnę się zastrzec, że też jestem za poszerzaniem praw i swobód, ale moje wątpliwości są tego rodzaju: w punkcie 4 artykułu 22 mówi się, że: "Jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej, powyżej 16 roku życia, lub całkowicie ubezwłasnowolnionej zdolnej do wyrażenia zgody...", to według mnie powstała tu swego rodzaju kolizja.

Z jednej strony w kodeksie cywilnym odpowiednikiem częściowego ubezwłasnowolnienia są małoletni do 13 roku życia, częściowo powyżej. Tutaj mamy rozróżnienie – powyżej 16 roku życia, osoba całkowicie ubezwłasnowolniona. Skracając swoją wypowiedź na ten temat, dopatrywałbym się kolizji między tą ustawą a kodeksem cywilnym.

Czy w takiej sytuacji dając uprawnienie osobie ubezwłasnowolnionej nie kwestionujemy zasadności ubezwłasnowolnienia? I czy regulacja tego rodzaju nie byłaby znacznie prostsza i nie zapobiegłaby przeróżnych komplikacji wokół praktycznego podejścia do tego zapisu.

W moim przekonaniu, choć wcale nie obstaję przy tym, że mam rację, zastrzegłem się, że nie jestem prawnikiem, zapis ten zyskałby na przejrzystości, gdyby utrzymać to co jest w kodeksie cywilnym. Przecież i tam jest powiedziane, że osoba powyżej 13 roku życia, a nie dopiero powyżej 16, także ma prawo wyrazić swoją wolę co do przyjęcia do szpitala nie tylko psychiatrycznego, że nie tylko jej opiekun, ale i ona sama. Z jednej strony jest tu umniejszenie tego prawa, a z drugiej strony wydaje się, że poszerzenie – w stosunku do osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej. Nie przeczytałem wszystkich opinii prawników, ale zdziwiłem się, że prawnicy, jak na przykład pan sędzia Wielkanowski nie zwrócił na to uwagi.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Czy państwo zgodzilibyście się z takim zapisem?

Marek Balicki

Sejm RP

Osoby ubezwłasnowolnione częściowo są traktowane tak jak każde inne osoby, czyli zawsze one i tylko one wyrażają zgodę w kwestii badania psychiatrycznego, czy przyjęcia do szpitala, czyli o nich w tym momencie nie mówimy.

To co jest nowością tej ustawy, to obowiązek uzyskania zgody oprócz zgody przedstawiciela ustawowego, bo pozycja przedstawiciela ustawowego nie jest tutaj zakwestionowana. Równolegle obok zgody przedstawiciela ustawowego, osoba, która ukończyła 16 lat, także ma prawo wyrazić zgodę. Granica 16 lat jest przyjęta

arbitralnie i można nad nią dyskutować. Niektórzy psychiatrzy mówią, że można byłoby tę granicę obniżyć, ale ponieważ coś takiego jest wprowadzone po raz pierwszy w polskim prawie, dlatego przyjęto stosunkowo najbardziej bezpieczną, jak się wydawało członkom komisji, granicę 16 roku życia.

Nie ma to żadnego odniesienia do granicy 13 roku życia, która jest w kodeksie cywilnym. Zgodnie z polskim prawem osoba ubezwłasnowolniona nie jest zdolna do wyrażenia zgody. Jej zgoda jest nerelewantna. W tym znaczeniu pojęcie "zgoda", którego użyto w kodeksie cywilnym bardzo różni się od użytego w ustawie psychiatrycznej. Właśnie na tym polega nowość – na obowiązku uzyskania zgody od osoby ubezwłasnowolnionej.

Czy to jest sprzeczne z kodeksem cywilnym? Nie, ponieważ ta ustawa działa na zasadzie *lex specialis*, czyli prawa szczególnego, które w tym zakresie uchyla przepisy ustawy nadrzędnej, w tym przypadku przepisy kodeksu cywilnego, a więc kodeks cywilny obowiązuje, z wyjątkiem wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i wyrażenie zgody na badanie psychiatryczne. W tych częściach jest uchylony przepis kodeksu cywilnego, dlatego nie ma tutaj sprzeczności – jest tylko szczegółowe rozwiązanie.

Jedynym warunkiem, który musi być spełniony jest rzeczywista zdolność do wyrażenia zgody, czyli zrozumienie przedmiotu którego ona dotyczy.

Tutaj nie ma żadnej sprzeczności z kodeksem cywilnym, ale rozumiem, że jest to tak nowa rzecz w polskim prawie, że może budzić wątpliwości i niepokój czy to jest zasadne, aby coś takiego wprowadzić w przypadku chorych psychicznie.

Andrzej Rachowski

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Międzyrzecz

Pragnę podziękować za wyjaśnienie i po tym wyjaśnieniu odstępuję od zastrzeżeń. Wątpliwości, które wyraził również i pan poseł Balicki, bo pewne wyraził, podzielał, ale nie nalegam na jakieś korekty, bo zakładając, że ci, którzy w praktyce będą to rozstrzygali jeszcze lepiej będą wiedzieli o co chodzi. Sprawa nie jest chyba istotna.

Jeśli mogę kontynuować to, podzielę się innymi wątpliwościami, które po wyjaśnieniach być może także przestaną być dla mnie jakimiś wątpliwościami.

Z jednej strony mówi się, że są równoważnie traktowane działy leczenia, a w punkcie 2 artykułu 30 podkreśla się, że "opinie wydaje lekarz psychiatra publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej".

Może i jest jakieś szczególne uzasadnienie, że to musi być lekarz psychiatra publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, choć sam nie doszedłem do tego, jakie? Bo uzasadnienie tego nie jest zawarte w zapisie ustawowym.

Czy mam zrobić przerwę, czy jeszcze podzielić się jedną wątpliwością?

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Poproszę o przerwę.

Bronisław Czech
Sąd Najwyższy

Aby skrócić moją wypowiedź, pragnę odwołać się do konkretnych artykułów tej ustawy.

Muszę powiedzieć, że nie zdążyłem przestudiować wszystkich materiałów, które otrzymaliśmy, bo być może tam byłoby wyjaśnienie moich wątpliwości, o których zaraz powiem.

Moja wątpliwość jest następująca: czy gmina lub właściwy organ administracji rządowej, które zgłaszają wniosek o umieszczenie w zakładzie, bo o to idzie w artykuł 8, czy one są traktowane jako wnioskodawca w ścisłym tego słowa znaczeniu, to znaczy czy pod względem proceduralnym będą w dalszym ciągu uczestniczyć w tym postępowaniu, uczestnik, nie chcę powiedzieć strona, bo to jest postępowanie nie procesowe, ze wszystkimi prawami, na przykład z prawem do zaskarżenia orzeczenia sądu?

Przyznam się, że to by dziwacznie wyglądało, gdyby organ administracji rządowej był traktowany jako uczestnik postępowania ze wszystkimi uprawnieniami, jakie mu przysługują.

Według mnie powinno to być tak traktowane jak w postępowaniu opiekuńczym, dotyczącym małoletnich, czyli jedynie jako sygnał do działania sądu z urzędu. Mojemu wnioskowaniu przeczyłby jednak art. 30 ust. 1, gdzie jest wymóg, aby do wniosku była dołączona opinia. To jest moja pierwsza wątpliwość.

(Przewodniczący Andrzej Wiśniewski: Chciałby pan, żeby było tak jak dotychczas, że organ administracji zgłasza sprawę...)

Ściśle rzecz biorąc, ten zapis mógłby być w brzmieniu jakie ma obecnie, tylko jego wykładnia powinna iść w tym kierunku, że gmina, czy organ administracji rządowej nie będą uczestnikami postępowania w proceduralnym tego słowa znaczeniu, ale pojawia się tu pewna wątpliwość w związku z ust. 1 art. 30. To jest problem do rozważenia.

Następnie artykuł 43, który daje prawo sędziego do wstępu do szpitala psychiatrycznego o każdej porze celem kontroli legalności pobytu chorego.

Przypominam sobie podobny zapis w przepisach wykonawczych do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, gdzie także znajduje się podobny zapis, który nigdy nie był realizowany w praktyce, to znaczy leczenie odwykowe alkoholików nie jest kontrolowane przez sędziego w zakładach lecznictwa odwykowego. To oczywiście jest związane z faktycznymi możliwościami sądów, ale zapis jest.

Potrzeba takiej kontroli istnieje, natomiast należałoby zadbać o jej realizację pod względem organizacyjnym, aby sądy faktycznie miały taką możliwość. Jest to problem natury organizacyjnej.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Co to znaczy zadbać o stronę organizacyjną?

Bronisław Czech**Sąd Najwyższy**

Jest to problem właściwej obsady, czyli znany problem niedofinansowania sądownictwa.

Marek Balicki**Sejm RP**

Oczywiście pan sędzia ma rację, postulując, żeby nasze sądy były sprawne.

W tej ustawie jest zapisane prawo każdego przyjętego w trybie nagłym do stawienia się przed sędzią wizytującym szpital w ciągu 48 godzin od wpłynięcia zawiadomienia do sądu. I ten sędzia chcąc nie chcąc będzie musiał kilka razy w tygodniu przyjeżdżać do tych kilkudziesięciu polskich szpitali psychiatrycznych.

Ze względu na obligatoryjność obecności sędziego w szpitalu prawdopodobnie zwiększy się liczba sędziów, bo ten przepis musi być wykonywany i wtedy będą oni mogli również sprawdzać warunki pobytu, legalność przebywania, czy przestrzegania praw.

Jest tutaj taki bardzo konkretny punkt odniesienia – w ciągu roku 30 tysięcy razy trzeba będzie przeprowadzić krótką rozmowę. Nie z każdym pacjentem da się krótko porozmawiać, czy szybko go wysłuchać, to może pośrednio spowodować zwiększenie liczby sędziów.

Bronisław Czech**Sąd Najwyższy**

Weźcie państwo pod uwagę, że to będzie sędzia z wydziału rodzinnego i nieletnich, w którym często pracują młode osoby, a tym przypadku potrzebne jest odpowiednie przygotowanie do prowadzenia tego typu rozmów.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Może byśmy po prostu zostawili sformułowanie, że widzimy konieczność zapewnienia środków finansowych. To przecież nie będzie zapisane w tej ustawie, tylko gdzieś indziej.

Bronisław Czech**Sąd Najwyższy**

Następna kwestia, to art. 46 ust. 4.

Proszę państwa, artykuł 42 tej ustawy, mówi że stosuje się odpowiednio przepisy kodeksu postępowania cywilnego, a w kodeksie cywilnym jest art. 59 o analogicznym brzmieniu, jak ust. 4 art. 46.

Nawiązując do wypowiedzi pani profesor Zielińskiej chciałbym powiedzieć, że nie należy powtarzać wszystkiego w ustawie z aktów normatywnych, na które się ta ustawa powołuje. Proponuję skreślić ust. 4 art. 46.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Możemy zrobić krótkie referendum, co państwo na to?

Kto jest za tym, żeby się odwoływać w tej sprawie do kodeksu ogólniejszego, czy też istnieje konieczność, żeby ten paragraf zachować?

Pani profesor Zielińska powiedziała, że można by wszystko wywieść z ustawy zasadniczej. Czy my jako psychiatrzy, psychologowie dostrzegamy taką konieczność, żeby akurat ten ust. 4 zachować, mimo że mamy wniosek prawnika, żeby go pominąć?

Jak państwo sądzicie, czy dałoby się to szybko rozstrzygnąć?

Marek Balicki

Sejm RP

Takie dyskusje były toczone w czasie posiedzeń komisji, również o tym ustępie była chyba godzinna, czy dłuższa dyskusja i zaczęto od argumentu, który pan podał, a skończono na tym, że został ten zapis.

Jest to problem, co powtarzać, a czego nie powtarzać. Niektóre z tych powtórzeń, zdaniem większości ekspertów, mają znaczenie. Zostały powtórzone, bo dotyczą tej dziedziny, w której nie zawsze przepisy już istniejące były tak przestrzegane, szczególnie wobec chorych psychicznie. Ale pan ma oczywiście rację – jeśli chodzi o wartość prawną, to jest to powtórzenie.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Kto z państwa jest za tym, żebyśmy zostawili ustęp 4 w takim brzmieniu, jaki jest w tej chwili?

Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Proszę bardzo.

Włodzimierz Szyszkowski

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Nazywam się Włodzimierz Szyszkowski, jestem wicedyrektorem Instytutu Psychiatrii i Neurologii i oczywiście psychiatrą. Mam uwagę natury praktycznej. Zakładam, że ustawa nie wyczerpuje wszystkich sytuacji i pewnie będzie trzeba korzystać z innych aktów prawnych.

W artykule 18, w punkcie 5 jest mowa, że: "W przypadkach określonych w ustępie pierwszym, pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie".

Otóż widzę tu taki problem: kto będzie tą osobą, która pierwsza ma prawo podejść do tego człowieka i zastosować przymus bezpośredni?

Mówię to z własnego doświadczenia. Otóż pracowałem kilka lat w Wielkiej Brytanii i znam trochę szczegółów dotyczących praktyki, takiego codziennego wdrażania przepisów prawa. Mam tutaj na przykład jeden z punktów ustawy, który mówi, że jeżeli funkcjonariusz policji znajdzie osobę w miejscu publicznym, u której podejrzewa zaburzenia psychiczne, która zachowuje się w sposób zaburzający porządek, czy jest zagrożeniem dla otoczenia, to ma prawo wziąć tę osobę na komisariat policji albo do szpitala. I ten paragraf działa przez trzy doby.

Zastanawiam się, czy u nas, gdy będziemy wdrażać tę ustawę, jest to jasne? Czy są jakieś przepisy uzupełniające?

Na przykład w sytuacji kiedy sąsiad donosi poradni zdrowia psychicznego, że za ścianą jest człowiek, który prawdopodobnie nie je od kilku dni. I co wtedy? Kto ma prawo otworzyć czy wyważyć te drzwi? W angielskiej ustawie jest następny paragraf, który mówi, że tenże policjant za zgodą magistratu ma prawo wejść do takiego domu i tego człowieka wyprowadzić. Z praktycznego punktu widzenia mogą być tu pewne problemy.

Mieliśmy taki przypadek, kiedy matka w ciężkiej psychozie i jej dwie córki odmawiały wpuszczenia lekarza. Przez długi czas nie mogliśmy dostać się do tego mieszkania i toczyły się spory: prokurator nie mógł wydać decyzji ani policja, ani straż. Myślę, że to dla praktyków byłoby znakomite, gdyby zostało tutaj wyjaśnione.

Marek Balicki
Sejm RP

Jeśli mogę się włączyć. Artykuł dotyczący przymusu bezpośredniego jest rzeczywiście jednym z kluczowych artykułów. Dotyczy to stosowania przymusu bezpośredniego przez pracowników służby zdrowia wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Ten artykuł nie reguluje spraw, które są określone na podstawie ustawy o policji, gdzie jest rozporządzenie wykonawcze o stosowaniu przymusu bezpośredniego przez policję.

A ustęp dotyczący obowiązku udzielenia pomocy lekarzowi jest po to, żeby lekarz mógł realizować obowiązek zastosowania przymusu bezpośredniego w sytuacjach kiedy trzeba wejść do mieszkania i kiedy trzeba działać w sposób bardzo drastyczny, najczęściej poza szpitalem. Na terenie szpitala rzadko zachodzi potrzeba wzywania policji. Czasem się zdarza. Do Pruszkowa na oddział psychiatrii sądowej czasem wzywa się brygadę antyterrorystyczną, ale to jest raczej wyjątkowe.

Kiedy ta ustawa wejdzie w życie i zdarzy się sytuacja, że ktoś w domu na przykład głodzi się i nie chce nikogo wpuścić i wszystkie przesłanki wskazują na to, że wyczerpuje warunki podane przez artykuł, który mówi o poddaniu badaniu "bez

zgody", to można wejść do tego mieszkania, wezwać policję i jest punkt, na który można się powołać.

Decyzje podejmuje lekarz i lekarz ponosi konsekwencje tej decyzji, ponieważ użycie przymusu jest poddane ocenie, czy on był zasadnie użyty i to jest trudny problem. Właśnie najtrudniejsze sytuacje w jakiś sposób zostały uregulowane tak, że powinny funkcjonować. Czy tak się stanie, to okaże się w przyszłości, ale na pewno będzie dużo lepiej niż obecnie. (*Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu*).

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos w tej sprawie? Proszę bardzo.

Andrzej Rachowski

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Międzyrzecz

Mam wątpliwości dotyczące 4 punktu w artykule 18: "Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę...". Nie o to mi chodzi, żeby to ulegało zmianie, niemniej nie jest to precyzyjne, bo jeśli na przykład odnosi się do osoby, która dopuszcza się zamachu przeciwko życiu, to w praktyce nie będzie okazji do uprzedzenia. A tu jest jednoznacznie stwierdzone, że uprzedza się.

Marek Balicki

Sejm RP

Słuszna uwaga. (*Dyskusja poza mikrofonem*).

To jest zasada, ale od każdej zasady są odstępstwa i w tym przypadku będą to odstępstwa zgodne z prawem, z przepisami o wyższej konieczności.

Tadeusz Chruściel

Zakład Farmakologii Klinicznej i Społecznej, Warszawa

Ponieważ Senat jeszcze może wnosić poprawki do ustawy, ale nie może jej zniżyć, chciałbym zapytać, czy nasze uwagi będą przekazane do komisji senackiej?

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Po to tu jesteśmy.

Tadeusz Chruściel

Zakład Farmakologii Klinicznej i Społecznej, Warszawa

Jeżeli tak, to najpierw chciałbym podziękować pani profesor Zielińskiej, nieobecnej tutaj, za zwrócenie uwagi na prace samorządu lekarskiego w przygotowaniu tej ustawy, ale równocześnie byłbym bardzo wdzięczny, gdyby w wyniku tego seminarium zostało sformułowanych jeszcze kilka, moim zdaniem,

brakujących pytań, adresowanych do samorządu lekarskiego, na które samorząd mógłby odpowiedzieć.

Jestem członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej, ale nie mogę w tej chwili odpowiadać w imieniu samorządu, natomiast samorząd będzie brał udział w posiedzeniach komisji senackiej i sformułowanie pytań do samorządu byłoby celowe.

Pytanie szczegółowe dotyczy punktu 4, gdzie jest mowa o zgodzie. Otóż wiem, że jest to wszystko starannie wyważone i przemyślane, niemniej budzi moją wielką wątpliwość, czy wszyscy prawnicy w sposób jednoznaczny będą interpretować słowa: "osoba rzeczywiście zdolna".

Jak należy rozumieć słowo "rzeczywiście"? Sądzę, że ono może być przez sędziów, przez prawników, przez adwokatów niezwykle różnie interpretowane. Może dobrze byłoby skreślić to "rzeczywiście", a jeżeli nie, to zastąpić je słowem, które jest zdefiniowane w innych regulacjach prawnych, tak, żeby nie budziło ono wątpliwości interpretacyjnych.

Ponieważ nie ma mowy w całym tym tekście o przyczynach zaburzeń psychicznych, tylko o tym, że dotyczy osób z zaburzeniami psychicznymi, to rozumiem, że dotyczy to także zaburzeń psychicznych wywołanych uzależnieniem lekowym. Jest jedna specjalna kategoria zaburzeń psychicznych, które nie są wywołane uzależnieniem lekowym, lecz brakiem podawania leku. Stąd moja wątpliwość, czy ta ustawa przez sformułowanie "zaburzenia psychiczne" obejmuje wszystkie zaburzenia psychiczne związane z problemem uzależnienia lekowego.

Nie widzę także żadnego powiązania tej ustawy z ustawą, o zapobieganiu narkomanii, która ma być niedługo modyfikowana.

Uważam, że w ustawie tak zasadniczej, która, dzięki Bogu, jest i która, według mnie, jest bardzo dobra, brak powiązania z problematyką szczególnych zaburzeń psychicznych, wynikających z okresu wyjścia z uzależnień lekowych, co jest pewną zupełnie odrębną kategorią, jest jej istotnym mankamentem.

I następné pytanie, czy osoby, które uważają w tej chwili, że są niesłusznie leczone w zakładach psychiatrycznych będą miały prawo na podstawie jakiegoś przepisu żądać przeprowadzenia postępowania sądowego? Jeśli tak, to czy to jest przewidziane, bo może to stwarzać pewien problem techniczno-organizacyjny i prawny.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Czy mógłby pan profesor jakoś sprecyzować swoje wnioski?

Tadeusz Chruściel

Zakład Farmakologii Klinicznej i Społecznej, Warszawa

Raczej szukam wyjaśnienia, czy dla kolegów psychiatrów tutaj obecnych, ta szczególna forma zaburzeń psychicznych, które wynikają nie z uzależnienia lekowego, bo ona rzeczywiście jest tutaj objęta pojęciem "zaburzenie psychiczne", ale ta forma zaburzeń psychicznych, która wynika z okresu abstynencji, jest zupełnie szczególną

jednostką, która jest kwalifikowana jako odrębny problem. Nie mam żadnych sugestii, ale chciałem podnieść tę wątpliwość, żeby ona znalazła się jednak w materiałach dyskusyjnych, bo nie widzę tu powiązań między problemem zaburzeń psychicznych wywołanych uzależnieniami, a tą ustawą.

Sądzę, że dobrym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie określenia "zaburzenia psychiczne w tym także i zależne od czynników egzogennych". To już by mnie może zadowalało. Nie chcę proponować niczego, ażeby nie wywołać dyskusji.

Marek Balicki
Sejm RP

Ta ostatnia rzecz, którą pan profesor poruszył jest rzeczywiście ważna, ten punkt zero – wchodzi ustawa i co?

Jest artykuł, który mówi, że każdy przebywający w szpitalu ma prawo złożyć wniosek o wypisanie ze szpitala. Jeśli lekarze szpitalni stwierdzą, że ktoś nie może być wypisany, a zażąda tego wypisu, to jest artykuł 28, który mówi, że jeżeli zachowanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego, za zgodą wymaganą w artykule 22, wskazuje na to, że zachodzą okoliczności ujęte w artykule 23, czyli zagraża życiu i zdrowiu, a obecnie odmawia tej zgody, to wchodzi tryb, tak jakby ktoś został przywieziony z ulicy karetką pogotowia w kaftanie. Czyli tutaj są jasno określone wskazówki dla wszystkich lekarzy. Jeśli lekarz chce osobie chorej psychicznie odmówić wypisu, to musi włączyć się tryb artykułu 23. Oczywiście jeśli uważa, że są spełnione następujące przesłanki: stwierdzona choroba psychiczna, z hospitalizacją z powodu choroby psychicznej, zachowanie stanowiące zagrożenie dla życia lub dla życia i zdrowia innych. We wszystkich innych sytuacjach lekarz będzie musiał wypisać, ewentualnie złożyć do sądu wniosek o przedłużeniu leczenia.

I teraz – dlaczego użyto słowa "rzeczywiście"? Gdybyśmy brali pod uwagę kodeks cywilny i stosowny artykuł kodeksu cywilnego o oświadczeniu, to osoba, która jest chora psychicznie nie może wyrażać oświadczenia zgody. Dlatego jest to słowo "rzeczywiście", żeby rozróżnić: zdolna faktycznie, a nie zdolna w sensie prawa.

Oczywiście można by to doskonalić, ale każdy z tych, którzy to uzgadniali, też ma jakieś poczucie dysonansu.

Zgodnie z przepisami ustawy postępowanie przymusowe stosuje się tylko w stosunku do chorych psychicznie bądź do osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również w przypadku konieczności badania.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

A więc wniosek brzmi następująco: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z powinna korespondować z ustawą o zapobieganiu narkomanii. Czy tak?

Łukasz Czarnecki

Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego, Szczecin

Nie jestem lekarzem, w związku z tym patrzę na zagadnienia trochę z boku, trochę z pozycji pacjenta, który nie jest zainteresowany tworzeniem lobby, które bierze udział w opracowaniu, czy w konstrukcji konkretnych artykułów ustawy.

Otóż pan doktor Rachowski poruszył pewną kwestię, która i mnie się nasunęła przy okazji kontaktu z różnego rodzaju uregulowaniami prawnymi, może nie aż na poziomie ustawy, ale właśnie jakiejś regulacji ministerialnej, którą nazwałbym kwestią niezależności ekspertyzy.

Chodzi mi o takie zarządzenie ministra, czy wiceministra, zdrowia i opieki społecznej, które dotyczy nieodpłatnej realizacji recepty lub skierowania wystawionego przez lekarza publicznej służby zdrowia, natomiast służby zdrowia niepublicznej miało być płatne. Wydaje mi się, że niestety jest pewna praktyka, która pochodzi z czasów, powiedzmy, prymatu publicznych organów nad każdymi innymi.

Właśnie ten artykuł 30 ustęp 2, który mówi, że opinię wydaje lekarz psychiatra publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, właściwego dla miejsca zamieszkania, to już jest sugestia rejonizacji oraz przypisania pacjenta czy oceny stanu pacjenta do pewnego miejsca, a czasami prawdopodobnie do konkretnego lekarza.

Wydaje mi się, że naprawdę jedyną gwarancją prawidłowego rozpoznania, byłby tutaj niezależny ekspert, którego werdykt podlegałby jeszcze weryfikacji, tym bardziej, że artykuł 18 ustęp 6 punkt 2 właśnie podaje taki przykład.

Uważam, że tego rodzaju uregulowania powinny iść w kierunku oddania oceny sytuacji w ręce niezależnych ekspertów, którzy też nie są przypadkowi, lecz wybrani według określonych kryteriów, ponieważ tylko to daje gwarancje niezależnej oceny sytuacji.

W tym samym artykule w punkcie 1 jest powiedziane, że zasadność werdyktu lekarza, a dokładnie chodzi o stosowanie przymusu bezpośredniego, ocenia kierownik tego zakładu, w którym pracuje dany lekarz, to już stwarza sytuację troszeczkę niezdrową, ponieważ kierownik zakładu, który może być na przykład kolegą tego lekarza, z jakichś względów nawet będąc człowiekiem absolutnie uczciwym nie podejmie decyzji całkowicie niezależnej.

Chciałem tę kwestię podnieść, bo wydaje mi się to niezwykle istotne, ponieważ obawiam się, że istnieje w tej chwili praktyka utrzymywania prymatu publicznych organów, szczególnie służby zdrowia, nad niepublicznymi, co chyba jest niezgodne z zasadą równości wobec prawa.

A czy są na przykład lekarze psychiatrzy, którzy prowadzą praktyki, a nie pracują w szpitalach, po prostu mają swoją praktykę? Jeżeli są tacy, a przypuszczam, że są, to wydaje mi się, że oni niekoniecznie są gorszymi psychiatrami, niż lekarze, którzy pracują na etacie w szpitalu. Dziękuję bardzo.

Marek Balicki
Sejm RP

Chyba nie ma lepszych i gorszych psychiatrów. Byłoby niebezpieczne takie założenie, że w stosunku do tak podstawowych spraw, jak wolność człowieka są lekarze lepsi i gorsi i to jeszcze w zależności od tego kto im płaci.

Tak chyba nie jest, ale zwróciłbym uwagę na to, jakiej sytuacji to dotyczy, bo rozumiem te wątpliwości. Zapis ten jest wynikiem przeprowadzonej dyskusji. Chodzi tutaj o świadectwo lekarskie, które będzie podstawą do pozbawienia kogoś wolności. I w związku z tym lepszą ochroną jest psychiatra urzędowy, który posiada dokumentację, bo jest rejonizacja w poradni zdrowia psychicznego, niż rodzina, która zwróci się do psychiatry, który prywatnie świadczy usługi.

Jak zapewnić prawo uzyskania takiego świadectwa, jeśli ono nie będzie zagwarantowane w ustawie? Wtedy byśmy doprowadzili do niekonsumpcji wniosku – sąd przyjmuje wniosek, pod warunkiem, że jest załączone świadectwo lekarskie, nie jest napisane kto powinien wydać to świadectwo. Wtedy każdy powie, że za 100 czy za 500 tysięcy nie będzie się narażał, a tym bardziej w publicznej poradni zdrowia psychicznego psychiatra może odmówić. I wtedy te inne dobra chorego, czyli prawo do poddania się leczeniu, mogłoby być narażone na poważny szwank i byłoby niemożliwe prowadzenie spraw, które również są zasadne, na przykład umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym tych, którzy nie zagrażają życiu i zdrowiu bezpośrednio, a powinni być leczeni. Rodziny z pacjentami maniakalnymi skazane byłyby na piekło i nie mogłyby nic zrobić.

Dlatego został wprowadzony taki zapis, który umożliwia rozpoczęcie sprawy, ale to jest pierwsza instancja, a ten przykład z oceną zasadności, to jest druga instancja. W pierwszej instancji podejmuje decyzje o badaniu lekarz, a w trybie nagłym to nawet nie musi być lekarz psychiatra, tylko każdy lekarz. Ja bym tego nie łączył. To naprawdę nie ma nic wspólnego z tym, kto komu płaci.

Jeśli chodzi o leki to jest to oczywiście niezgodne z prawem – słuszne czy niesłuszne różnicowanie recept w zależności od lekarza, który je wystawił. Więc jeśli taki przepis jest, to należy go wyrzucić do kosza, bo przestrzeganie prawa zależy od nas wszystkich.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Teraz panie proszą o głos.

Danuta Hajdukiewicz
Klinika Instytutu Psychiatrii Sądowej

Ja mym tylko jeden niepokój, który myślę, że pan Balicki rozproszy ten niepokój, mianowicie chodzi mi o tajemnicę lekarską.

W artykule 51 jest powiedziane, że zasadę niewpisywania oświadczeń przyznania się do popełnienia czynu stosuje się również do osób, które są badane na żądanie organu państwowego, a zatem sądu lub prokuratury.

My, wydając opinię o poczytalności, oceniamy stan zdrowia psychicznego sprawcy czynu w czasie jego popełnienia. Chyba to nie znaczy, że my w ogóle nic na ten temat nie piszemy, bo nie będziemy mogli się powołać na dane, które będą świadczyły o niepoczytalności, poczytalności ograniczonej, czy też braku podstaw do kwestionowania poczytalności.

Dotyczy to chyba tylko tych, którzy się wcześniej nie przyznawali do popełnienia czynu, a chcą mówić o tym z lekarzem psychiatrą, bo od czasu do czasu bywa, że pacjent chce być szczery z psychiatrą. W takich sytuacjach zresztą uprzedzaliśmy pacjenta, że przebywa w klinice na zlecenie sądu czy prokuratury i że nie możemy ukrywać tego co on powie przed organami zlecającymi. I wtedy jeśli on chciał to mówić, jeśli nie chciał, to nie mówił, ale był uprzedzony.

W tej chwili jest zakaz. Myślę, że dotyczy to tylko przyznania się po raz pierwszy przed lekarzem, natomiast jeśli pacjent przyznawał się wcześniej, jeśli mówił na temat popełnionego czynu, to mogą notować?

Marek Balicki
Sejm RP

Dokładnie tak, chyba że na przykład sprawa dotyczy podpalenia domu, a w czasie badania wyjdzie, że on ukraść samochód, to dotyczy tego drugiego przypadku.

Danuta Hajdukiewicz
Klinika Instytutu Psychiatrii Sądowej

Chodzi o to, że osoba podejrzana, jeszcze nie oskarżona, nie przyznawała się podczas śledztwa do zarzutu, a będąc w klinice chce powiedzieć, jak to naprawdę było i wtedy jest problem.

To budziło mój niepokój. Gdyby w ogóle na ten temat nie można było nic pisać, to wtedy mijałoby się z celem wydawanie opinii o poczytalności.

Elżbieta Bobiatyńska
Ośrodek Informacji "TOPOS"

Reprezentuję tutaj dwa różne ośrodki: Ośrodek Informacji "TOPOS", który jest placówką niezależną, opartą w większości działań na wolontariacie i współpracującą ze stowarzyszeniami samopomocowymi oraz Zakład Edukacji Zdrowotnej i Problemów Samopomocy w Centrum Organizacji Ochrony Zdrowia, którego niedawno zostałam kierownikiem.

Na początku chciałabym, gdybym miała na to czas, wygłosić hymn na cześć pana Marka Balickiego, bo właśnie z inicjatywy pana powstał proces tworzenia prawa dotyczącego zdrowia psychicznego. (*Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu*). Chodzi o to, że w proces stanowienia prawa zostali wciągnięci ci ludzie, których to prawo dotyczy. I to jest niesłychanie ważne.

Oczywiście jest bardzo wiele stowarzyszeń samopomocowych. Wydaliśmy informator, udostępnimy go wszystkim zainteresowanym, gdzie są wszystkie

stowarzyszenia, te które są w Polsce. W międzyczasie powstały nowe i jeszcze będą powstawać.

Proszę państwa! Te stowarzyszenia samopomocowe i stowarzyszenia rodzin podeszły z pewnym dystansem, spokojem i satysfakcją do faktu, że ta ustawa powstaje i uważają, że pod pewnymi względami jest anachroniczna, na przykład koncentruje się w trzech-czwartych właśnie na problemach choroby, chociaż w tytule ma ochronę zdrowia psychicznego, ale dostrzegają też w niej szansę na reformę opieki zdrowotnej. Opinia ich jest taka – to prawo powinno być jak najszybciej uchwalone.

Nie da się za pomocą jednej ustawy rozwiązać wszystkich problemów tak trudnej i skomplikowanej dziedziny. W przyszłości dużo się zmieni w tej ustawie, będą kolejne nowelizacje, kiedy zostanie rozstrzygnięte, jaki model opieki zdrowotnej zostanie przyjęty w Polsce: czy taki bardziej liberalistyczny, czy bardziej socjalny.

Myślę, że mówię dość nowe rzeczy, zwłaszcza nowe w świetle stwierdzeń, że w Polsce prawa pacjentów są wprowadzane w stylu absolutyzmu oświeconego. Za mało się o tym pisze. W Polsce przez czterdzieści parę lat nie można było o tym otwarcie pisać i my mamy opóźnienie w pisaniu o tym, natomiast nie opóźnienia w działaniu.

(Przewodniczący Andrzej Wiśniewski: Bardzo bym prosił o szczegóły, bo mamy jeszcze tylko piętnaście minut.)

Dobrze. Ustosunkuję się tylko do bardzo szczegółowej ekspertyzy pana Bulendy, który chce, żeby przeformułować bardzo wiele punktów, ale w szczególności artykuł 2 punkt 2 – termin "wielostronna i powszechna opieka" według niego nic nie znaczy i pochodzi z poprzedniej epoki.

Czy można zapewnić opiekę nie powszechnie? Proszę Państwa, nic bardziej błędnego! Mogę się oprzeć na wynikach prowadzonych przez siebie badań, dotyczących oceny realizowania celów z dziedziny zdrowia przez ostatnich czterdzieści lat. W ostatnich czterech dziesięcioleciach wielu respondentów uważało, że opieka zdrowotna mniej więcej zgodna z poziomem wiedzy medycznej była dostępna dla około 30% Polaków. Wiemy, że mamy bardzo wiele nowoczesnych placówek, na przykład w Krakowie ośrodek opieki psychiatrycznej, ale przecież zapewnienie świadczeń wąskiej grupie nie rozwiązuje problemu.

Myślę, że celowe i słuszne jest tutaj zaakcentowanie tej powszechności. To jest bardzo ważne i nie trzeba się obawiać zarzutu, że to jest jakaś nowomowa.

Albo opinia, która dotyczy rodziny. Wiadomo, że aby organizować opiekę środowiskową, to trzeba koordynować i działania rodziny, i różnych instytucji i stowarzyszeń. Wiadomo, że tu nie chodzi o pewne władcze uprawnienia ze strony rodziny. Ta ustawa wymaga już w tej chwili interpretacji, omówienia, pisania, komentowania poszczególnych sformułowań, bo nie da się jasno i wyraźnie sformułować co to jest "oparcie społeczne". Jest to jest termin troszkę z języka poezji, co nie znaczy, że mamy z tego terminu rezygnować, bo nie ma lepszego, ale trzeba to od razu interpretować. Trzeba już zacząć na przykład seminaria, kursy, różnego rodzaju warsztaty, które będą przygotowywały do stosowania tej ustawy.

I już ostatnia sprawa, o której chciałabym powiedzieć. Proszę Państwa, jeśli nie wykorzystamy takiej szansy, którą stwarza ta ustawa dla stowarzyszeń i organizacji samopomocowych, to doczekamy się etatyzacji samopomocy i jak sądzę historia nam tego nie wybaczy. Już jutro będą się odbywały warsztaty z udziałem samorządów lokalnych i stowarzyszeń i będziemy mobilizować i stwarzać warunki do "odetatyzowania" samopomocy. Oczywiście, jeśli będą pieniądze od wojewody, czy burmistrza na środowiskowy dom samopomocy, to nie będzie źle. O to właśnie chodzi. Natomiast wykonawcą takich działań nie powinna być administracja państwowa, która powinna jedynie zlecać takie działania stowarzyszeniom. (*Dyskusja poza zasięgiem mikrofonu*).

Kiedyś pan poseł ostrzegał przed wprowadzaniem do tej ustawy instytucji rzecznika praw, czy adwokata pacjentów, po prostu bojąc się, że zadekretuje się tworzenie instytucji i ośmieszy się ją w ten sposób, ze względu na brak doświadczeń.

Taka możliwość istnieje. Kiedyś powołano etat socjologa i zatrudniano panią, która dawniej była księgową, czy nauczycielką. W ten sposób ośmieszono ideę i podziałano na jej szkodę. Tak samo może się stać z samopomocą.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Wybaczy nam pani, ale jeszcze pan Jurczyk chciał zabrać głos. Proszę bardzo.

Krzysztof Jurczyk

Poradnia Zdrowia Psychicznego, Czechowice-Dziedzice

Chciałbym wypowiedzieć się na temat artykułu 55, który uważam za bardzo istotny, jako że on konstruuje obraz psychiatrii na najbliższe lata. Szczególnie chodzi mi o paragraf 1 tego artykułu, mówiący o opracowanej przez ministra docelowej sieci publicznych zakładów opieki psychiatrycznej.

Czy nie byłoby możliwe bliższe określenie, jaka ma być ta sieć? Czy efektem tej nowej sieci będzie to, że na przykład powstanie nowa klinika, jeszcze jeden nowy szpital w Warszawie, czy w Krakowie, czy będzie tak jak u mnie, że będzie jeden lekarz na sześćdziesięciotysięczny rejon, przy dwuosobowej poradni i do najbliższego szpitala będzie sześćdziesiąt kilometrów?

Chodzi mi o określenie już w ustawie, jak ta sieć docelowa miałaby wyglądać. Chciałbym, żeby była równomierna.

Bronisław Czech

Sąd Najwyższy

Proszę Państwa, nie dokończyłem mojej wcześniejszej wypowiedzi, a mam jeszcze jedną kwestię, dotyczącą artykułu 47, który odstępuje od rygorów przewidzianych w kodeksie postępowania cywilnego dla środków odwoławczych.

W związku z tym powstaje pytanie o skuteczność i prawomocność postanowienia sądu, czy one są natychmiast wykonalne, czy nie? Bo przecież możemy w nieskończoność tutaj ciągnąć to uprawomocnienie się orzeczenia sądu.

To trzeba byłoby przemyśleć uwzględniając ten artykuł 47 i artykuł, który mówi, że stosuje się przepisy kodeksu postępowania cywilnego ze zmianami wynikającymi z tej ustawy.

(Przewodniczący Andrzej Wiśniewski: Bardzo proszę – jeden wniosek, jedno zdanie.)

Jak przedstawia się kwestia wykonalności i prawomocności postanowień sądów w związku z treścią artykułu 47?

I jeszcze jedna kwestia, mianowicie cofam to co powiedziałem, że nie wiadomo, czy gminy lub inny organ administracji państwowej traktować jako wnioskodawcę. Otóż w art. 46 ustęp 1 jest dokładnie powiedziane kto jest uczestnikiem oprócz wnioskodawcy, czyli moja uwaga jest nieaktualna.

Nawiązując zaś do obaw pana profesora Chruściela, co do sformułowania "rzeczywiście zdolny", to też mam takie obawy i wiem, że w praktyce będzie to nastęrczało trudności, ale nic mi w tej chwili do głowy lepszego nie przychodzi. Chcę tylko powiedzieć, że żadne prawo nie jest doskonałe i wymaga wykładni w drodze stosowania, a jakie są reguły wykładni, to wiadomo i prawdopodobnie orzecznictwo do tego nawiąże.

Tadeusz Chruściel

Zakład Farmakologii Klinicznej i Społecznej, Warszawa

Chciałbym zabrać głos na prawach repliki.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Bardzo proszę, ale krótko.

Tadeusz Chruściel

Zakład Farmakologii Klinicznej i Społecznej, Warszawa

Pan doktor Balicki nie przekonał mnie, że należy pozostawić słowa "rzeczywiście zdolna". Nie podał mi bowiem żadnego uzasadnienia, dlaczego "rzeczywiście zdolna". Podtrzymuję mój wniosek, aby skreślić wyrazy "rzeczywiście zdolna".

Proponuję też, ażeby uwzględnić fakt, że są również osoby, które są leczone bez ich zgody – z powodu narkomanii, z zaburzeniami psychicznymi, tego w ustawie nie ma. Chodzi na przykład o więźniów zakładów karnych, których przenosi się do oddziałów leczenia, z czym się zgadzam, jako lekarz. Nie ma żadnych wątpliwości, że próba podjęcia leczenia nawet pod przymusem jest właściwa.

Jednakże wydaje mi się, że jak jest mowa o chorych leczonych bez ich zgody to byłoby dobrze, ażeby w artykule 33 dodać odnośnik: "do osób leczonych bez ich zgody, z powodu uzależnień lekowych" powołując się na odpowiednią ustawę, tam bowiem rozporządzenia, zależne od ministra, regulują tę sprawę.

Zwracam uwagę, że w tej ustawie nie ma w ogóle rozporządzenia o leczeniu, jest tylko rozporządzenie o leczeniu osób bez ich zgody, ale w ogóle rozporządzeń o leczeniu nie wydaje się.

Popieram pogląd pani Hajdukiewicz, że konieczne jest uwzględnienie stowarzyszeń byłych pacjentów, jest to ogromna, potężna siła.

Andrzej Rachowski

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Międzyrzecz

Oдноśnie wypowiedzi pana profesora Chruściela. Nie mam takich wątpliwości, ponieważ w poszczególnych punktach artykułu 3 ustępu 1, wymienione są wszystkie zaburzenia, w których również mieszczą się i te wymienione przez pana. A poza tym w ustępie 2 w punkcie d jest zaznaczone, że nie tylko opieka psychiatryczna, ale także odwykowa.

Natomiast mam jeszcze dwie uwagi. Mam wątpliwości do artykułu 38 i chciałbym, żeby zostały rozwiązane. Mianowicie w przedostatnim i ostatnim wierszu tego artykułu mówi się, że: "Osoba, która wskutek choroby psychicznej i upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą, lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego, przyjęta do domu pomocy społecznej". Według mnie jest to zrównoważenie zgody własnej ze zgodą alternatywną "lub", prawda? Sądzę, że wymaga to wyjaśnienia.

Marek Balicki

Sejm RP

Może od razu wyjaśnię. Przedstawiciel ustawowy jest wtedy, kiedy osoba chora jest ubezwłasnowolniona i wtedy nie może sama podejmować decyzji.

Andrzej Rachowski

Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Międzyrzecz

Z treści to nie wynika. Jeśli można to chciałbym jeszcze się odnieść do artykułu 16, a w zasadzie nie tyle do ustawy, ile do ekspertyzy pana sędziego Wielkanowskiego, który sugerował zamianę: zamiast "powiadomienia, zawiadomienia prokuratora" "wniosek".

Nie akceptuję tego, ponieważ "wniosek" sugeruje, że wszczyna sprawę nie prokurator, tylko kierownik zakładu, co nie byłoby właściwe. Dziękuję.

Łukasz Czarnecki

Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego, Szczecin

Jeszcze dwa słowa. Dziękuję panu posłowi Balickiemu za wyjaśnienie punktu przeze mnie kwestionowanego. Rozumiem, że względy praktyczne stosowania ustawy wzięły górę nad pewnymi ogólnymi zasadami, tym niemniej nadal będę się upierać, że

powinien być ten niezależny ekspert, który jest w stanie zweryfikować działania podjęte przez odpowiednie służby.

Nie mogę teraz znaleźć tego fragmentu, gdzie mówi się o sędzim, który ma prawo wizytować szpital. Dlaczego na przykład on nie może ocenić zasadności postępowania lekarza – co byłoby już bardziej naturalne, niż kierownik, szef tego lekarza, bo tam pewne zależności są. Nadal podtrzymuję zasadę eksperta niezależnego.

Przewodniczący Andrzej Wiśniewski

Przepraszam, jeśli komuś nie pozwoliłem się wypowiedzieć. Bardzo Państwu dziękuję. Teraz mamy krótką przerwę na kawę.

(Koniec posiedzenia zespołu o godzinie 16 minut 16)