INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. centr. 22 45 82 800, fax 22 651 93 01

Warszawa, dnia 30 lipca 2018 r.

DN-071.1.2.2018/PARPA

Szanowny Pan
Krzysztof Brzózka
Dyrektor
Państwowej Agencji Rozwiązywania
Problemów Alkoholowych
al. Jerozolimskie 155
02- 326 Warszawa

Szanowny Panie Dyrektorze,

Działając w imieniu Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w odpowiedzi na pismo Pana Dyrektora z dnia 19 lipca 2017 r. znak: ANA/1216/DPR/2018 przedstawiające propozycję nowelizacji ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 822, z późn. zm.) niniejszym pragnę przedstawić stanowisko Instytutu w przedmiotowej sprawie.

Instytut wyraża **negatywną opinię** wobec proponowanych zmian. W swej zasadniczej części projekt nowelizacji ww. ustaw stwarza niebezpieczeństwo zwiększenia opresyjności w funkcjonowaniu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i stoi w jaskrawej sprzeczności z założeniami reformy psychiatrii ujętymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego przyjętym na mocy Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. z 2017 poz. 458), w tym w szczególności odejściem od azylowego (izolacyjnego) modelu ww. opieki na rzecz modelu środowiskowego.

Spożywanie alkoholu powoduje prawie zawsze przejściowe zaburzenia psychiczne co ma swoje konsekwencje głównie społeczne i prawne, a nie przede wszystkim psychiatryczne W ocenie Instytutu nie sposób nie dostrzec ryzyka związanego z pokusą likwidacji przez jednostki samorządu terytorialnego izb wytrzeźwień, skoro projektowane zmiany zmierzają *de facto* do nałożenia na podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii obowiązku przyjmowania osób, które *de lege lata* kierowane są do ww. izb.

Uzasadniając powyższą negatywną ocenę w sposób bardziej szczegółowy, podnieść należy, że związana jest ona z zagrożeniami dla pryncypiów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Godzi się zauważyć, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego powstawała przez dekady i w formie obecnie obowiązującej jest dużym osiągnięciem środowisk medycznych, prawnych i zajmujących się ochroną praw obywatelskich. Szczególnie w części dotyczącej leczenia bez zgody, zawiera ona nowoczesne regulacje prawne, zbliżone do regulacji prawnych w krajach o dużej kulturze prawnej, medycznej i etycznej. Jej podstawą jest respektowanie wolności decyzji co do leczenia i maksymalne ograniczenie możliwości leczenia bez zgody pacjenta. To ostatnie może zachodzić po spełnieniu dwu ściśle zdefiniowanych przesłanek: medycznej i prawnej. Przesłanka medyczna jest ograniczona praktycznie do konieczności stwierdzenia choroby psychicznej (psychozy), a prawna do stwarzania przez chorego zagrożenia zdrowia lub życia innych osób lub zagrożenia życia pacjenta. Dotyczy to osób przyjmowanych do szpitali w stanach nagłych i wymaga pilnego potwierdzenia przez sądy opiekuńcze. W pozostałych opisanych w ustawach przypadkach, gdy nie zachodzi kryterium nagłości, decyzję podejmują sądy na podstawie zgromadzonej przez inne instytucje (np. gminne komisje ds. rozwiązywania problemów alkoholowych) szczegółowej dokumentacji, w tym medycznej.

Projekt nowelizacji w sposób nieuzasadniony i wbrew powszechnej opinii środowisk prawnych i medycznych rozszerza wskazania do leczenia bez zgody na bardzo szeroką kategorię osób z rozpoznaniami „*zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych*". W tej kategorii mieszczą się zarówno zaburzenia psychotyczne (np. majaczenie alkoholowe, paranoja alkoholowa, halucynoza alkoholowa), które i tak po spełnieniu przesłanki „bezpośredniego zagrożenia swojemu życiu albo zdrowiu lub życiu innych osób" mogą skutkować przyjęciem do szpitala psychiatrycznego bez wymaganej zgody, wobec czego dodatkowe regulacje wobec tych osób są zbędne. Inną kategorią diagnostyczną mieszczącą się w proponowanej kategorii „*zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych*" jest uzależnienie od alkoholu, które na ogół nie spełnia przesłanek „*bezpośredniego zagrożenia swojemu życiu albo zdrowiu lub życiu innych osób*", a jeżeli takie zagrożenie występuje w odniesieniu do zdrowia lub życia innych osób, powinno być przedmiotem interwencji organów ścigania (izby wytrzeźwień, areszty) i wymiaru sprawiedliwości. Kolejną kategorią diagnostyczną są powszechne stany upojenia alkoholowego lub intoksykacji innymi substancjami psychoaktywnymi (niekoniecznie u osób uzależnionych), w

jakich to stanach znajdują się codziennie setki tysięcy osób (zjawisko społeczne). Osoby z ciężkimi, zagrażającymi swojemu życiu stanami są i tak hospitalizowane w oddziałach toksykologicznych (często bez zgody jako osoby z różnego stopnia zaburzeniami świadomości). Tylko część tych osób stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia innych. W myśl projektu nowelizacji, osoby takie mogły by być przyjmowane do szpitali psychiatrycznych, choć nie wiadomo w jakim celu, gdyż wobec nich powinno podejmować się działania izolacyjne (izby wytrzeźwień, areszty) z następowym wszczynaniem procedur karnych związanych z zachowaniami agresywnymi.

Dotychczas stosowane pojęcie w art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego „choroby psychicznej" dawało jednoznaczne podstawy do podejmowania decyzji. W przypadku dopuszczenia przesłanki, jaką jest „zaburzenie psychiczne spowodowane używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych", istnieje prawdopodobieństwo, iż do szpitali psychiatrycznych bez zgody przyjmowane będą osoby m. in. w stanie intoksykacji (upiciu) alkoholowej. Aktualny stan wiedzy nt. zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (DSM-5, a wkrótce może się okazać, że również ICD-11) otwiera dość szeroki katalog rozpoznań, a większość nie wymaga interwencji w szpitalu. Może to spowodować, że szpitale psychiatryczne przejmą rolę oddziałów toksykologicznych lub izb wytrzeźwień, będą stanowić ośrodki, w których przymusem umieszczać się będzie pacjentów wobec subiektywnych przesłanek definiujących „zaburzenie psychiczne" w przebiegu używania substancji. Nieokreślony katalog „innych" obok alkoholu substancji psychoaktywnych nie wyjaśni, czy np. osoba z POCHP paląca papierosy (produkty nikotynowe) ma wskazania do zastosowania artykułu, czy nie. Podobne związki można odnaleźć u osoby pijącej napoje tzw. energetyzujące z kofeiną i tauryną po zawale mięśnia serca, a szeroki katalog substancji psychoaktywnych będzie otwierał omówiony poniżej związek art. 23 u.o.z.p. z art. 24 u.o.z.p. Zmiana w ustawie w odniesieniu do art. 23 u.o.z.p. pociąga za sobą istotnie zmianę w znaczeniu niewspomnianego w projekcie art. 24 u.o.z.p. stwarzając okoliczności do podejmowania decyzji kierując się przesłankami o tym, że dana osoba może mieć zaburzenia psychiczne związane z używaniem „jakiejś" substancji psychoaktywnej, a także w związku z ich domniemanym użyciem może bezpośrednio zagrażać swojemu lub czyjemuś zdrowiu lub życiu.

Reasumując powyższą część, rozszerzenie przesłanek psychiatrycznych do hospitalizacji bez zgody na osoby z zaburzeniami (nie chorobami) psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych może stanowić wyłom w dotychczasowej doktrynie i być precedensem prowokującym do kolejnych

rozszerzeń na osoby z innymi zaburzeniami psychicznymi. Ta część jest także niespójna z regulacjami prawnymi wynikającymi z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Zupełnie nie można zaakceptować celu proponowanych zmian, jakim jest rezygnacja ze stosowania procedury sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu z jednoczesnym rozszerzeniem przesłanek przyjmowania do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta osoby, która wskutek zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo zdrowiu lub życiu innych osób, a jej stan somatyczny pozwala na podjęcie leczenia bez zgody w szpitalu psychiatrycznym. Instytut nie wnosi natomiast zastrzeżeń do drugiego celu zmiany ustawy, jakim jest rozszerzenie zadań gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych o działania konsultacyjno-informacyjne w stosunku do rodzin, w których występują problemy alkoholowe.

Nie do zaakceptowania jest również uzasadnienie wprowadzenia proponowanych zmian opierające się głównie na negatywnej ocenie skuteczności procedur sądowego zobowiązania do leczenia i zastąpienie ich rozszerzeniem przesłanek do podejmowania przez pracowników ochrony zdrowia do leczenia bez zgody pacjenta. Projektodawca powinien zanalizować przyczyny nieskuteczności sądowych procedur zobowiązania do leczenia i je wyeliminować (np. poprzez zapewnienie efektywnej egzekucji tego obowiązku), a nie przesuwać decyzje o ograniczaniu wolności i leczeniu bez zgody na pracowników ochrony zdrowia (potęgując w ten sposób liczbę skarg i procesów sądowych przeciwko podmiotom leczniczym), którzy powinni ograniczyć swoje obowiązki do spraw medycznych i w jak najmniejszym stopniu wchodzić w kompetencje władz sądowych. Poza tym wydaje się, że projektodawca nowelizacji wychodzi z błędnego przekonania, że samo przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody będzie skutkowało większą skutecznością leczenia. Nie ma ku takiemu wnioskowaniu żadnych przesłanek faktycznych, wynikających z wieloletniego doświadczenia personelu Instytutu. Skuteczność leczenia uzależnień jest współcześnie mało satysfakcjonująca, a leczenie osób bez motywacji do zmiany zachowań, a w szczególności leczonych wbrew woli, jest na całym świecie mało efektywne. Natomiast obserwuje się zjawisko negatywnego wpływu osób leczonych bez zgody na inne osoby leczone dobrowolnie, co już dzisiaj wymusza limity pacjentów leczonych odwykowo bez zgody i jest jedną z przyczyn długich terminów oczekiwania na leczenie. W tym kontekście zupełnie niezrozumiałe jest stwierdzenie, że „*w związku z rezygnacją z wynikającego z 32 § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi obowiązku przyjmowania poza kolejnością osób zobowiązanych do poddania się leczeniu*

odwykowemu może zwiększyć się dostępność do leczenia odwykowego pacjentów dobrowolnie poddających się leczeniu". Instytut nie znajduje odpowiedzi, gdzie i kosztem miejsc w jakich oddziałach byliby leczeni pacjenci przyjmowani bez zgody. Prawdopodobnie odbywałoby się to kosztem pacjentów wymagających hospitalizacji psychiatrycznej z innych powodów, dla których już dzisiaj baza łóżkowa jest niewystarczająca.

Odnosząc się do propozycji zmiany art. 23 ust. 2 u.o.z.p. podnieść należy, że projektowana nowelizacja w tym względzie ma istotne znaczenie praktyczne - określa, że o przyjęciu decyduje lekarz psychiatra, a opinii zasięga u drugiego lekarza psychiatry lub psychologa. Instytut ocenia ją w sposób **zdecydowanie negatywny**. Wykreślono z tego ustępu zwrot „*w miarę możliwości*", co zmienia uniwersalność aktu ograniczając go wyłącznie do stosowania w bardzo dużych placówkach, gdzie dyżuruje min. 2 lekarzy psychiatrów lub lekarz psychiatra i psycholog. W sytuacji, gdy w szpitalach w Izbach Przyjęć pełni dyżur lekarz psychiatra, a na oddziałach lekarze w trakcie specjalizacji, innych specjalizacji, a nie dyżurują psychologowie powstaje brak możliwości zasięgnięcia opinii drugiej osoby. Zmiana ta nie wnosi nic do głównych założeń proponowanego projektu, tzn. nie ma związku z rezygnacją z procedury sądowego zobowiązywania do podjęcia leczenia. Na marginesie, należy zauważyć, że brak dodania przez Ustawodawcę zwrotu „*w miarę możliwości*" przy konsultowaniu przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji po jego dwukrotnym zastosowaniu (art. 18a ust. 10 po nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 24 listopada 2017 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 2439)) spowodował liczne problemy praktyczne w podmiotach leczniczych związane ze stosowaniem tego rodzaju przymusui wywołał interwencję Rzecznika Praw Pacjenta.

Dalej, podnieść należy, że Projektodawca zupełnie pominął ocenę skutków sugerowanej nowelizacji. Zwrócił tylko uwagę na zmniejszenie kosztów nieskutecznych procedur zobowiązania do leczenia, a pominął w zupełności generowanie dodatkowych kosztów w szpitalach psychiatrycznych. Nierealistycznie pominięto fakt, że w myśl proponowanych zmian i tak akty przyjęć wbrew woli do szpitali psychiatrycznych będą musiały następczo oceniać sądy opiekuńcze na podstawie opinii biegłych, za to na podstawie mniejszej ilości dokumentacji, które dotychczas były zbierane przez gminne komisje ds. przeciwdziałania problemom alkoholowym. Przy podejmowaniu tak poważnych decyzji (pomijając względy prawne, etyczne i medyczne) powinno się oszacować również koszty wynikające z ew. nowelizacji ustaw. Tymczasem brak jest nawet zgrubnego oszacowania liczby osób hospitalizowanych bez zgody z powodu zaburzeń związanych z używaniem

alkoholu i innych substancji, nie mówiąc już o analizie dostępności (liczba niezbędnych dodatkowych miejsc w szpitalach psychiatrycznych, liczba niezbędnego odpowiednio przeszkolonego personelu, koszty leczenia itp.) i spodziewanej większej efektywności leczenia.

Konkludując, Instytut ocenia proponowane nowelizacje ustaw negatywnie, gdyż:

1. bezzasadnie ograniczają prawa człowieka do decydowania o swoim zdrowiu,
2. nierealistycznie zakładają zwiększoną skuteczność leczenia bez zgody osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji, wbrew wnioskom płynącym z praktyki podmiotów leczniczych,
3. nie analizują finansowych skutków proponowanej nowelizacji,
4. nie antycypują innych niezamierzonych, lecz realnych negatywnych zjawisk (zamiana szpitali psychiatrycznych *de facto* w izby wytrzeźwień, sprzeczność z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego).

Z poważaniem

DYREKTOR
INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII

prof. nadzw. dr hab. med. Janusz Heitzman

Do wiadomości:

1. Pan Prof. Łukasz Szumowski – Minister Zdrowia
2. Pan Bartosz Arłukowicz – Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu
3. Pan Waldemar Kraska – Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu
4. Pani Józefina Hrynkiewicz – Przewodnicząca Podkomisji Stałej ds. Zdrowia Psychicznego Sejmu RP
5. Pan Prof. Marek Jarema – Przewodniczący Rady Zdrowia Psychicznego
6. Pani Justyna Mieszalska – Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwo Zdrowia
7. Pani Prof. Agata Szulc – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
8. Pani Małgorzata Toeplitz – Winiewska - Prezes Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.