

Informator

Prawa pacjenta z problemem narkotykowym w placówkach leczenia uzależnień

Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych zostało powołane przez Polską Sieć Polityki Narkotykowej i Stowarzyszenie Jump 93. Obydwie te organizacje tworzą koalicję terapeutów, lekarzy, prawników, pracowników służby więziennej, pracowników socjalnych, pedagogów, przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz użytkowników środków psychoaktywnych. Poprzez Biuro Rzecznika działają na rzecz humanizacji prawa narkotykowego i systemu leczenia. Biuro monitoruje stan naruszeń praw osób używających narkotyki, pomaga tym którym prawa naruszono, poprzez współpracę z różnymi instytucjami kreuje rzeczywistość wolną od naruszeń.

**Niniejsze opracowanie powstało na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Warszawa, 2013**

Spis treści:

I. Wstęp

II. Akty prawne gwarantujące prawa pacjenta 6

1. Konstytucja
2. Konwencje międzynarodowe
 - 2.1 Europejska Konwencja Praw Człowieka
3. Inne akty prawne: ustawy, rozporządzenia, Karta Praw Pacjenta, Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień (narkotykowych)
 - 3.1 Ustawy
 - Prawo do bezpłatnego leczenia.
 - Prawo do równego traktowania
 - 3.2 Rozporządzenia
 - 3.3 Karta Praw Pacjenta
 - Przykładowe zapisy Karty Praw Pacjenta
 - Inne ważne zapisy z Karty Praw Pacjenta
 - 3.4 Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień (narkotykowych)
 - Wybrane zapisy Kodeksu
 - 3.5 Kodeks Etyczno-Zawodowy Terapeuty Uzależnień PARPA
 - Wybrane zapisy Kodeksu

III. Stacjonarne placówki leczenia uzależnień 22

1. Standardy akredytacyjne a Prawa Pacjenta

IV. Prawa pacjenta w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 roku 25

1. Prawa pacjenta wynikające bezpośrednio z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii
2. Sytuacja prawna pacjenta w zakładzie karnym
3. Możliwość skierowania podejrzanego (oskarżonego) na leczenie

V. Pacjent w leczeniu psychiatrycznym30

- Przymus bezpośredni, niebezpieczne zabiegi
- Zakończenie leczenia w szpitalu psychiatrycznym

VI. Prawa Pacjenta w kontekście ustawy o zawodzie lekarza 32

1. Pacjent zakażony wirusem HIV i jego prawa
2. Prawo do informacji medycznej

VII. Pacjent w leczeniu substytucyjnym 34

VIII. Dochodzenie praw, składanie skargi35

- „Cztery kroki” jako możliwości działań

IX. Wzory skarg39

I. Wstęp

Informator ten opracowaliśmy z myślą o stworzeniu kompendium wiedzy o sposobach ochrony praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w placówkach leczenia uzależnień od narkotyków. Jest on instrukcją obsługi tych przepisów prawa, które powinny skutecznie chronić osobę uzależnioną w jej różnorodnych relacjach z systemem ochrony zdrowia i w takim kontekście, z instytucjami egzekwowania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Ma pomóc pacjentowi w ochronie jego autonomii, godności i zdrowia, wskazać jak bronić się przed dyskryminacją i przemocą.

Drugą istotną rolą poradnika jest edukacja tych, którzy świadczą leczenie i powinni w przestrzeganiu praw pacjenta dostrzegać element warunkujący skuteczną pomoc. Tu poradnik może być przydatny np. w opracowywaniu regulaminów placówek leczniczych.

Chcemy, by osoby uzależnione i ich rodziny, lekarze, terapeuci oraz wszyscy zainteresowani mogli znaleźć w jednym miejscu obszerną informację o tym, jak może przejawiać się naruszanie praw pacjenta oraz jak reagować, gdy dochodzi do naruszeń. Jeżeli jednak czytelnik nie znajdzie odpowiedzi na swoje pytania, zachęcamy do korzystania ze wskazanych w opracowaniu telefonów informacyjnych, adresów e-mail lub osobistego kontaktu z właściwymi instytucjami.

Osoby uzależnione, to grupa szczególnie narażona na marginalizację oraz naruszenia praw, ponieważ używanie narkotyków jest zjawiskiem silnie napiętnowanym przez społeczeństwo. Ten stosunek wobec narkotyków i osób ich używających w dużej mierze kształtowany jest przez strach, co wpływa pośrednio na dobór rozwiązań systemowych przyjętych dla przeciwdziałania narkomanii. W efekcie, większość czynów związanych z używaniem narkotyków jest zabroniona prawem – w tym samo ich posiadanie. Uzależnienie od narkotyków, jak wiadomo, związane jest z częstym, w długich okresach codziennym ich przyjmowaniem, więc zarazem wiąże się ono z nieustannym łamaniem prawa.

Wg badań przeprowadzonych w ramach warszawskiego programu TOPIC II¹ w 2010 r., osoba uzależniona, czynnie używająca nielegalnych substancji psychoaktywnych popełnia średnio 10 przestępstw dziennie, co często jest bezpośrednio związane z chorobą, jaką jest uzależnienie.

Oznacza to, że tysiące osób niepotrafiących uwolnić się od narkotyków pozostaje stale zaangażowanych w działania przestępcze oraz, że skuteczna pomoc terapeutyczna oprócz skutków zdrowotnych, może być dla nich wyzwoleniem od nieuniknionego wchodzenia w konflikt z prawem.

Leczenie i pomoc uzależnionym w naszym kraju, to obszar słabo kontrolowany przez instytucje strażnicze. Jest tu mniej zabezpieczeń, a przypadków naruszeń prawdopodobnie zdarza się więcej, niż w pozostałych segmentach opieki zdrowotnej czy pomocy socjalnej. **Należy zaznaczyć, że problem naruszeń wynika w mniejszym stopniu z nierówności praw, a bardziej z nierówności w ich dochodzeniu.**

Osobie podlegającej wykluczeniu przeciwstawienie się złemu traktowaniu nie przychodzi często nawet do głowy. Osoba uzależniona, doświadczająca szykan, bardzo rzadko kieruje skargi na postępowanie instytucji pomocowych, co utrwała złe praktyki i hamuje wprowadzanie mechanizmów kontroli. Jest bowiem zrozumiałe, że bez odpowiedniej liczby zgłoszeń mechanizmy takie nie zostaną uruchomione.

Polski system pomocy i leczenia dla osób uzależnionych od narkotyków istnieje już ponad 30 lat. W tym czasie dochodziło do naruszeń, zogniskowanych głównie wokół długoterminowych ośrodków stacjonarnych. Specyfika polskiego systemu pomocy polega na oparciu go na takich właśnie ośrodkach, gdzie leczenie, choć dobrowolne, odbywa się w znacznej izolacji i według resocjalizacyjnej tradycji. W ostatnich latach wydaje się, że skala naruszeń maleje, co wynika m.in. z faktu, że placówki muszą spełnić standardy podmiotów prowadzących działalność leczniczą: reforma systemu ochrony zdrowia z końca lat 90-tych, objęła niemal wszystkie ośrodki stacjonarne i większość ambulatoryjnych, a kolejne zmiany prawa, coraz lepiej chronią Prawa Pacjenta.

1

Program współpracy specjalistów terapii uzależnień z Komendą Stołeczną Policji i Sądem Okręgowym w Warszawie, w zakresie możliwości stosowania narzędzi probacyjnych. Maria Charmast, Zasada „leczyć zamiast karać” w działaniu. Doświadczenia Projektu Topic II, Serwis Informacyjny Narkomania 2/2011

II. AKTY PRAWNE GWARANTUJĄCE PRAWA PACJENTA

1. Konstytucja

Samo uznanie praw i wolności człowieka nie ma większego znaczenia, jeżeli nie istnieją procedury pozwalające każdemu obronić się przed ich naruszeniem. (...) Szczególnie wyraźnie było to widoczne w PRL, w którego konstytucji zapisano pewne prawa człowieka (...) ale którego obywatele nie dysponowali prawami proceduralnymi – nie było drogi pozwalającej oskarżyć urzędnika w gminie, policjanta czy ministra o łamanie przysługujących nam praw, a powoływanie się na konstytucję czy międzynarodowe prawo mogło się spotkać w najlepszym razie z łagodną kpinką – pisał w opracowaniu Co to są Prawa Człowieka? (www.hfhr.pl), znany działacz opozycji demokratycznej i obrońca praw człowieka Marek Nowicki.

Podobnie osoba uzależniona, aby mogła bronić swoich praw, powinna wiedzieć, że istnieją odpowiednie przepisy i procedury, powinna mieć dostęp do szczegółowej informacji na ten temat, powinna wreszcie mieć możliwość dotarcia do instytucji rzecznich i pozyskania ich wsparcia. A wcześniej uwierzyć, że obrona może być skuteczna.

W żadnym wypadku nie należy zaniechać reakcji, gdyż samo złożenie skargi, choć w efekcie końcowym może być nieskuteczne, ma pewien potencjał prewencyjny, zmusza naruszydiciela do refleksji i niekiedy do zmiany postępowania. Zaczniemy zatem od praw zasadniczych, by potem przejść do bardziej szczegółowych.

Fundamentem wszelkich praw obowiązujących w naszym kraju jest **Konstytucja**. W niej sformułowane są podstawowe prawa i obowiązki obywateli. Konstytucja może być stosowana bezpośrednio, co oznacza, że we wszystkich skargach możemy powoływać się na konkretne jej zapisy bez konieczności przywoływania przepisów ustaw szczegółowych. Żeby skarga była lepiej uzasadniona warto dodać przepis ustawy, który Konstytucję konkretyzuje. Powołanie się na Konstytucję zaś wskazuje, że doszło do naruszenia praw podstawowych. Uświadamia świadczącemu usługi medyczne, że naruszenie dotyka powszechnie uznanych praw człowieka.

Poniżej przytaczamy kilka najważniejszych z punktu widzenia Pacjenta przepisów.

Konstytucja, art. 40

Nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu. Zakazuje się stosowania kar cielesnych.

Żeby wskazać czyjeś działanie, jako poniżające nie jest konieczne, by poniżenie drugiej osoby było intencją sprawcy. **Istotne jest to, co czuje poszkodowany**, działanie nie musi być więc umyślne. Kluczowe jest wewnętrzne poczucie poniżenia osoby poddanej takiemu traktowaniu. Jeżeli kiedyś (w latach 80.) stosowano w placówkach terapeutycznych karę w postaci ośmieszających pacjenta strojów,

to działania takie było ewidentnie poniżające (w tym wypadku również ze względu na intencje). Niekiedy, mamy do czynienia z przypadkami, gdy intencja poniżenia jest wyraźna, ale osoba będąca celem poniżających praktyk nie protestuje, ponieważ nie ma świadomości swojej sytuacji (np. osoby z zaburzeniami percepcji czy psychicznymi). Wówczas obowiązek zareagowania na naruszenie spoczywa na osobach trzecich. Okrutne lub nieludzkie traktowanie nie może być wyłącznie kwestią subiektywną. Ważne jest postawienie pytania, czy w danej sytuacji i na miejscu użytkownika narkotyków, każda inna osoba czułaby się poniżona.

Przykładem okrutnego traktowania może być, nie podawanie osobie uzależnionej od opioidów trafiającej do szpitala czy do policyjnej izby zatrzymań (cierpiącej z powodu zespołu odstawiennego), odpowiedniej dawki leków uśmierzających cierpienie.

Konstytucja, art. 49

Zapewnia się wolność i ochronę tajemnicy komunikowania się. Ich ograniczenie może nastąpić jedynie w przypadkach określonych w ustawie i w sposób w niej określony.

W placówkach leczenia uzależnień często dochodzi do cenzurowania korespondencji pacjentów co, jak wynika z powyższego zapisu, nie jest praktyką zgodną z Konstytucją. Zwłaszcza, że trudno znaleźć przepis rangi ustawowej dający ośrodkom prawo do cenzurowania korespondencji.

Podobnie w przypadkach zakazu kontaktów z bliskimi, stosowanego do niedawna dość powszechnie w wielu ośrodkach, w początkowym etapie leczenia. Trzeba tutaj zwrócić uwagę na jeszcze jedną praktykę. Chodzi o prawo pacjenta do komunikowania się ze swoim partnerem homoseksualnym. Ograniczenie czy zakaz kontaktów wynikający z nietolerancji dla związków homoseksualnych, przy jednoczesnym przyzwoleniu dla kontaktów heteroseksualnych, jest naruszeniem przytoczonego tu artykułu Konstytucji, a ponadto także art. 32 ust. 1 Konstytucji potwierdzający równość każdego człowieka wobec prawa oraz prawo do równego traktowania przez instytucje, w tym placówki leczenia uzależnień. W art. 32 ust. 2 Konstytucji zawarto wyraźny zakaz dyskryminacji.

Konstytucja, art. 63

Każdy ma prawo składać petycje, wnioski i skargi w interesie publicznym, własnym lub innej osoby za jej zgodą do organów władzy publicznej oraz do organizacji i instytucji społecznych w związku z wykonywanymi przez nie zadaniami zleconymi z zakresu administracji publicznej. Tryb rozpatrywania petycji, wniosków i skarg określa ustawa.

Z tego zapisu wywodzą się prawa do skargi zawarte w szeregu ustaw. Prawo do skargi na działanie placówek leczniczych i pomocowych, skargi na działania lekarza, terapeuty, pielęgniarki i położnej. Pacjenci mają prawo kierować skargi do kierownika placówki, ordynatora oddziału i jego przełożonych, do dyrekcji szpitala, Rzecznika Praw Pacjenta, Ministra Zdrowia, Krajowego Biuro ds.

Przeciwdziałania Narkomanii, Narodowego Funduszu Zdrowia (Sekcja Skarg i Wniosków), do Rzecznika Praw Obywatelskich.

Pamiętajmy, że **brak reakcji na naruszenia utrwała je**, powoduje, że wrastają w nasze życie, stając się czymś naturalnym i społecznie akceptowanym. Niekiedy bierność poszkodowanego wzmacnia poczucie bezkarności u naruszydela, co powoduje przekroczenie przez niego kolejnych granic.

Z drugiej strony, skarga może realnie uzyskać pewne minimum skutków, działając prewencyjnie w odniesieniu do konkretnego zachowania danej osoby. Skarga jest, co najmniej zakomunikowaniem naruszydelowi i jego otoczeniu naszego braku zgody na daną praktykę i jest co najmniej sygnałem dla instytucji, że dzieje się w niej coś złego.

Skarżący nie zawsze doczeka się satysfakcjonującej go reakcji instytucji, ale też nie będzie szczególną naiwnością oczekiwanie przez niego, że skarga zostanie rozpatrzona właściwie. Być może teraz lub w przyszłości, wpisze się ona w większą liczbę podobnych doniesień, co w efekcie wywoła bardziej adekwatną reakcję społeczną i wprowadzenie odpowiednich zabezpieczeń instytucjonalnych.

Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych odnotowało w ostatnich latach dziesiątki skarg kierowanych do różnych instytucji, obiektywnie rozpatrzonych i skutkujących decyzjami satysfakcjonującymi poszkodowanych.

BEZ SKARG NA NARUSZENIA, ICH WYELIMINOWANIE JEST BARDZO TRUDNE I MOŻE TRWAĆ LATAMI

Skarga konstytucyjna jest bardzo dobrym narzędziem pozwalającym usuwać z prawa takie jego przepisy, które zostaną uznane za niezgodne z Konstytucją. Skardze Konstytucyjnej podlegają więc przepisy, nie zdarzenia. Artykuł 79 ust. 1 Konstytucji oraz artykuły 46-52 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym z 1 sierpnia 1997 r. mówią, że prawo do wniesienia skargi konstytucyjnej ma każdy, kto uczestniczył w postępowaniu, w którym wyczerpano wszelkie inne środki prawne, a które zakończyło się wydaniem ostatecznego rozstrzygnięcia opartego na takim kwestionowanym przepisie. W praktyce wygląda to w ten sposób, że gdy została wyczerpana droga odwoławcza, zaś wyrok sądu jest niesłuszny z powodu wadliwości przepisu prawnego, możemy dany artykuł ustawy zaskarżyć do Trybunału jako niekonstytucyjny. Skargę może sporządzić wyłącznie adwokat lub radca prawny.

Konstytucja, art. 68

1. *Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.*

Mamy prawo do ochrony zdrowia oraz, co wynika z innych przytoczonych w niniejszym opracowaniu zapisów prawa, do skutecznych procedur leczniczych i odpowiednich lekarstw. Niestety, bywa tak, że

procedury drogie i potrzebne mniejszej liczbie osób wypierają lub blokują wprowadzanie procedur tańszych i potrzebnych większości chorych na to samo schorzenie.

Wpływ na dostęp do określonych świadczeń zdrowotnych ma struktura ochrony zdrowia. W leczeniu uzależnień od narkotyków dominującą pozycję zajmują placówki stacjonarne, na które przeznaczana jest większa część środków finansowych NFZ przeznaczonych na zakup świadczeń zdrowotnych z powodu uzależnienia od narkotyków, choć obejmują one stosunkowo niewielką grupę pacjentów. Inne świadczenia, jak leczenie ambulatoryjne są finansowane w zaniżonym zakresie, choć korzysta z niego większa część pacjentów uzależnionych od narkotyków i szukających z tego powodu pomocy. Z ograniczonym dostępem mamy także do czynienia w przypadku leczenia substytucyjnego, na które nakłady są zbyt niskie w stosunku do potrzeb. Analiza realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii stanowiącego Rozporządzenie Rady Ministrów prowadzi do konkluzji, że KPPN od wielu lat nie jest właściwie realizowany w obszarze wdrażania priorytetowych kierunków działań w części: Leczenie i Rehabilitacja.

2. Konwencje międzynarodowe

Konwencja międzynarodowa to międzynarodowa umowa, polegająca na wspólnym zobowiązaniu się państw do przestrzegania zasad dotyczących jakiegoś jednego obszaru życia człowieka np. środowiska naturalnego, gospodarki, prowadzenia działań wojennych, ale też interesujących nas tutaj praw człowieka, praw pacjenta, ochrony zdrowia.

2.1 Europejska Konwencja Praw Człowieka

Najbardziej znaczącą konwencją odnoszącą się do naruszeń praw pacjentów jest Europejska Konwencja Praw Człowieka, ze względu na mocną ochronę, jaką postanowienia konwencji przewidują. Chodzi tu o ochronę gwarantowaną przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu. Jest to międzynarodowy europejski sąd powołany do kontroli przestrzegania praw wyrażonych w Konwencji Praw Człowieka.

Do skargi w Strasburgu ma prawo każdy pokrzywdzony, dlatego rola Trybunału we współczesnym świecie jest wyjątkowa. Prawo do skargi stanowi fundament tego systemu, a Trybunał rozpatruje konkretne zarzuty stawiane Państwu przez pokrzywdzonych. Ponadto Trybunał tworzy wspólne standardy dotyczące praw człowieka, zakres ich minimalnej ochrony, nakładając na państwa obowiązek ich przestrzegania.

Aby sprawa mogła być skierowana do Trybunału w Strasburgu musi być spełnionych kilka warunków, w tym:

- ▶ Stroną, na którą się skarżymy jest Państwo, a nie jego instytucje czy osoby prywatne. Jeżeli sprawa dotyczy np. opieszałości polskich sądów, to skarżymy Państwo Polskie.
- ▶ Musimy wyczerpać drogę krajowych środków prawnych (odwołań), skargę można składać w terminie 6 miesięcy od uzyskania ostatecznej krajowej decyzji.
- ▶ Musimy wskazać prawo Europejskiej Konwencji, które zostało naruszone.
- ▶ Uszczerbek jakiego doznaliśmy musi być znaczący.

2.2 Inne Konwencje wyznaczające standardy pozwalające odnieść je do leczenia uzależnienia od narkotyków

KONWENCJA BIOETYCZNA, czyli Konwencja Rady Europy z 04 kwietnia 1997 roku, o ochronie praw człowieka i jego godności, w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny. Zawiera ona nakaz poszanowania godności i integralności każdej osoby oraz wskazuje, że interes osoby stoi ponad interesem społeczeństwa (np. nie można prowadzić badań naukowych kosztem człowieka).

Konwencja ta została przez Polskę podpisana, ale dotąd nie jest ratyfikowana, czyli nie została jeszcze przyjęta przez parlament i prezydenta. Niemniej, sam podpis pod Konwencją premiera polskiego rządu może być traktowany, jako deklaracja jej przestrzegania. Znaczenie tej Konwencji dla leczenia uzależnień w Polsce wynika z zawartej w niej zasady sprawiedliwego dostępu do ochrony zdrowia, czyli dostępu zgodnego z medycznymi potrzebami określonej osoby. Ochrona zdrowia rozumiana jest, jako zabiegi diagnostyczne, profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne. Jest to ważne, biorąc pod uwagę ciągle ogromną dysproporcję pomiędzy dostępem do leczenia szpitalnego a dostępem do terapii substytucyjnej.

WSKAZÓWKI ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA (WHO) z 2009 roku, dotyczące zastosowania farmakoterapii ze wsparciem psychospołecznym w leczeniu uzależnienia od opioidów. Ten dokument (póki co, niedostępny w języku polskim), zawiera wskazówki dla prowadzenia leczenia substytucyjnego.

3. Inne akty prawne: ustawy, rozporządzenia, Karta Praw Pacjenta, Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień (narkotykowych)

3.1 Ustawy

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2011 nr 122, poz. 696)

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2008 nr 136, poz. 857 j.t.)

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. 2011 nr 174, poz. 1039)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417)

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485)

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)

Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania. (Dz.U. 2010 nr 254 poz. 1700).

Prawo do bezpłatnego leczenia

Jest to podstawowe prawo zapewnione przez ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która mówi między innymi o „świadczeniach gwarantowanych”, czyli świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. Koszyk świadczeń gwarantowanych wyodrębnia świadczenia szczególnie ważne dla społeczeństwa, za które poprzez narodowego płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia) jest ono gotowe płacić. Do świadczeń bezpłatnych mają prawo osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ustawa wskazuje też pewne grupy uprawnione do bezpłatnego leczenia, mimo braku ubezpieczenia. Wymienia między innymi osoby, które nie ukończyły 18 roku życia, kobiety w ciąży lub w okresie połogu, osoby o najniższych dochodach lub pozbawione dochodów. W przypadku ostatniej z wymienionych grup, kryterium dochodowe określa art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Najistotniejszą dla niniejszego opracowania informacją jest, że wśród grup uprawnionych do bezpłatnego leczenia mimo braku ubezpieczenia, ustawa wymienia osoby uzależnione od narkotyków i alkoholu. Wprowadza jednak poważne zastrzeżenie: zakres bezpłatnej opieki obejmuje tylko leczenie odwykowe. Tak więc, osoba uzależniona od narkotyków nie posiadająca ubezpieczenia, otrzyma bezpłatną pomoc jedynie w zakresie leczenia uzależnienia. Dla uzyskania innej bezpłatnej pomocy (np. internistycznej czy stomatologicznej) wymagane jest ubezpieczenie. Tu należy pamiętać, że wiele osób spośród uzależnionych spełnia kryterium braku dochodów, przez co może nabyć prawa do bezpłatnego leczenia.

W tym kontekście, chcemy zwrócić uwagę na praktykę łamania prawa w niektórych placówkach leczenia uzależnień. Polega ona na odmowie leczenia nieposiadających ubezpieczenia osób. Ubezpieczenie zdrowotne nie jest warunkiem udzielenia pomocy w zakresie terapii uzależnienia. Takie praktyki należy skarżyć, bo nie tylko są bezprawne, ale tworzą dla wielu uzależnionych najpoważniejszą barierę, powstrzymującą skutecznie przed rozpoczęciem leczenia. Według badań przeprowadzonych w 2012 r. przez Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, aż 40% osób pozostających poza leczeniem, wskazuje brak ubezpieczenia, jako główną przeszkodę dla uzyskania pomocy. Należy zaznaczyć, że wśród badanych były osoby, które doświadczyły odmowy leczenia, ale też takie, które powoływały się na negatywne doświadczenia innych osób.

Pamiętajmy jednak, że mobilizowanie pacjenta do podjęcia działań, które zmierzają do ubezpieczenia go już w trakcie leczenia jest działaniem dla Pacjenta korzystnym. Dzięki ubezpieczeniu Pacjent uzyskuje bezpłatny dostęp do innych, często bardzo potrzebnych mu świadczeń, jak np. do opieki stomatologicznej czy internistycznej. Dlatego też wszelkie działania podmiotów leczniczych, które zmierzają do ubezpieczenia pacjenta są ze wszech miar pożądane. Należy zaznaczyć, iż wiele placówek udziela pacjentom w tym zakresie skutecznej pomocy i wsparcia.

Zwracamy też uwagę, że w nagłych wypadkach, czyli sytuacjach związanych z wystąpieniem stanu wymagającego natychmiastowej interwencji lekarza, brak ubezpieczenia nie może być powodem nieudzielenia pomocy medycznej.

Prawo do równego traktowania

Ustawa o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania weszła w życie 01 stycznia 2011. Ustawa ta, w zakresie opieki zdrowotnej i zasad udzielania świadczeń odnosi się tylko do trzech przyczyn nierównego traktowania: rasy, narodowości i pochodzenia etnicznego.

3.2 Rozporządzenia

W niniejszym opracowaniu, niejednokrotnie odwołujemy się do kilku rozporządzeń Ministra Zdrowia, które w istotny sposób wpływają na podniesienie poziomu rozumienia i respektowania praw pacjenta. Między innymi, kolejne rozporządzenia w sprawie leczenia substytucyjnego, znacząco przyczyniły się do upodmiotowienia osób leczonych w programach terapii zastępczej (co nie oznacza, że jeszcze wiele nie zostało do zrobienia w tym zakresie).

- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012 poz. 739),*

- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 czerwca 2012 r. w sprawie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U 2012 poz. 740),*
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 marca 2013 roku w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz.U. 2013 poz. 368),*
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 lipca 2006 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. 2006 nr 132 poz. 931),*
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 roku, w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1227- tekst jednolity).*

3.3 Karta Praw Pacjenta

Karta Praw Pacjenta jest opracowanym i opublikowanym przez Ministerstwo Zdrowia w 1998 roku zbiorem najważniejszych unormowań prawnych dotyczących praw osoby, która wchodzi w kontakt z systemem ochrony zdrowia. Wskazuje ona konkretne prawo i jego umocowanie, głównie ustawowe.

Przykładowe zapisy Karty Praw Pacjenta

1. **Prawo do ochrony zdrowia** (art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.)
2. **Prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej**, opartej na dostępnych metodach i środkach zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, wykonywanych przez lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarki, położne, diagnostów laboratoryjnych z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych, jawnej procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń (art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).
3. **Prawo do natychmiastowej pomocy medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta** (art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417)

4. Prawo do intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).

Godność osobista obejmuje tu integralność cielesną (tak też ją rozumieją Prawa Człowieka), ale też **nakaz skierowany do innych osób i do instytucji publicznych i prywatnych poszanowania pacjenta**. Takie pojmowanie tego prawa nakłada na terapeutę i lekarza **obowiązek poszanowania systemu wartości i norm Pacjenta. Naruszenia godności często wiążą się z naruszaniem prawa do prywatności, zakazem dyskryminacji lub innymi.**

Przyrodzona i niezbywalna godność jest tu kluczową kwestią, formującą relacje pomiędzy Pacjentem a terapeutą czy lekarzem. To nie miłość do człowieka ani oddanie swojej pracy świadczą, o jakości dostarczanej pomocy terapeutycznej, ale odpowiedzialność za podejmowane działania i poszanowanie godności Pacjenta oraz jego autonomii.

PRZYKŁAD NARUSZENIA GODNOŚCI PACJENTÓW:

- W 2012 r. pacjenci jednego programu leczenia substytucyjnego skarżyli się na naruszające ich godność i prawo do intymności, działania personelu. W toalecie dla pacjentów zainstalowano – wewnątrz każdej z kabin – kamerę, która przekazywała obraz do monitora. W opinii personelu programu leczenia substytucyjnego kamery zastosowano po to, by zapobiec przyjmowaniu w kabinach narkotyków oraz fałszowaniu próbek moczu (pobieranych i badanych na obecność metabolitów zabronionych substancji).

Skarga na postępowanie personelu placówki, skierowana do Rzecznika Praw Pacjenta i Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych oraz interwencje tych instytucji, poskutkowały demontażem kamer. W pisemnej opinii Rzecznika Praw Pacjenta wskazano, że „*forma kontroli, wykraczała poza formy dopuszczone przez przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne – na co wskazał Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii. Niewątpliwie, powyższe działanie naruszyło prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Na podstawie orzecznictwa Sądu Najwyższego, wskazać należy, że „intymność i godność stanowią dobra osobiste każdego człowieka”, „godność jest tym dobrem człowieka, które odzwierciedla wewnętrzne poczucie własnej wartości i ważności, jako indywidualnej osoby ludzkiej. Doznaje naruszenia wówczas, gdy inna osoba daje wyraz gorszej ocenie, co wywołuje usprawiedliwiony stan dyskomfortu psychicznego adresata”*.

Inne ważne zapisy z Karty Praw Pacjenta

- ▶ *Prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania, udzielenia innych świadczeń. Prawo do wyrażenia zgody (na piśmie) na zabieg operacyjny, czy udział w eksperymencie medycznym.*

Przed laty dość powszechne było wymuszanie na pacjentach przeprowadzania testów na obecność przeciwciał HIV. Należy pamiętać (pomijamy tu kwestię racjonalności takiego zachowania), że Pacjent ma prawo odmówić udziału w podobnych badaniach, choćby ze względu na brak gotowości psychicznej na przyjęcie ewentualnie niekorzystnego wyniku. Odmowa poddania się testowi, nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia.

- ▶ *Prawo do pomieszczenia i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia pacjenta.*

Jest to istotne prawo dla osób z dietą cukrzycową czy wątrobową. Znaczna część osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji jest zakażona HBV, HCV i wiele osób z tej grupy wymaga rygorystycznej diety.

- ▶ *Prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego, korespondencyjnego z osobami z zewnątrz podmiotu leczniczego:*

Prawo zabezpiecza art. 33 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r.:

1. *Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.*
2. *Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w ust.1*
(patrz też: Komentarz do artykułu 49 Konstytucji)

Informacje zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta (dane osobowe) zabezpieczane są między innymi przez następujące zapisy Karty:

- ▶ *Prawo do wglądu w dokumentację medyczną i wskazania osoby, która może również mieć taki wgląd.*
- ▶ *Prawo do ochrony danych osobowych.*
- ▶ *Prawo do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem.*

Inne zapisy:

- ▶ *Prawo do przechowania wartościowych rzeczy w depozycie.*
- ▶ *Prawo do uzyskania informacji o realnej możliwości leczenia w innym miejscu, gdy podmiot leczniczy odmawia pomocy*

Występujące w naszym kraju świadczenia w zakresie terapii uzależnienia od narkotyków można podzielić na łatwo dostępne (rehabilitacja stacjonarna) i trudno dostępne. Lokalnie bardzo trudno dostępne bywa leczenie substytucyjne, w mniejszym stopniu niektóre programy ambulatoryjne. Niemniej jednak, **Pacjent zawsze ma prawo do uzyskania rzetelnej informacji o możliwościach leczenia w innym miejscu, w tym o dostępnych gdzie indziej metodach alternatywnych.**

Tu w sukurs idzie nam także:

- ▶ *Prawo do uzyskania informacji o metodzie leczenia, jej założeniach i celu jej zastosowania, także informacji o metodach alternatywnych.*
- ▶ *Prawo do dostępu do informacji o prawach pacjenta, zabezpiecza art. 11. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r.: Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.*
- ▶ *Prawa do skargi na lekarza, na pielęgniarkę, na diagnostę laboratoryjnego – jest to przepis fundamentalny dla realizacji pozostałych praw.*
- ▶ *Prawo do wyboru świadczeniodawcy, który podpisał umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.*
- ▶ *Prawo by zarejestrować się u świadczeniodawcy osobiście, ale też przez osoby trzecie lub telefonicznie.*
- ▶ *Prawo do odmowy lub wyrażenia zgody na uczestniczenie podczas udzielania świadczenia innych osób (np. studentów medycyny, stażystów), gdy to świadczenie ma być połączone z demonstracją szkoleniową.*

W spotkaniach grup / społeczności terapeutycznych, indywidualnych konsultacjach terapeutycznych niekiedy biorą udział stażyści lub studenci. Należy pamiętać, że **każdy członek takiej grupy lub pacjent w kontakcie indywidualnym ma prawo, z różnych względów** (np. dla poczucia bezpieczeństwa), **nie zgodzić się na udział w spotkaniu osób trzecich.** Również po wyrażeniu zgody, już w trakcie spotkania, można stażystę poprosić o opuszczenie sali terapeutycznej. Specjalista udzielający świadczenia powinien wyraźnie i bez wywierania presji zapytać pacjenta, czy zgadza się na obecność innych osób, a co do pacjenta, to powinien czuć się w tej sytuacji zupełnie komfortowo, nie mieć poczucia, że od jego odpowiedzi zależy jakość działań specjalisty.

- ▶ *Prawo do zapewnienia mu środków farmaceutycznych i medycznych, pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia.*

Pacjenci z tzw. podwójną diagnozą, leczeni w społecznościach terapeutycznych (ośrodkach rehabilitacji) lub programach ambulatoryjnych, jeszcze kilka lat temu mieli problem z uzyskaniem właściwego leczenia zaburzeń psychicznych. Problem dotyczył głównie dobrej konsultacji psychiatrycznej, a przez nią dostępu do znoszących objawy psychozy leków. Obecnie w każdym

ośrodka czy poradni powinien być zatrudniony lekarz psychiatra, a Pacjent ma prawo domagać się dodatkowej konsultacji u innego specjalisty.

Tu pomóc mu mogą kolejne prawa:

- ▶ *Prawo do opieki medycznej ze strony wykwalifikowanych lekarzy.*
- ▶ *Prawo do rezygnacji z proponowanej opieki medycznej.*

3.4 Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień

Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień oraz Kodeks Etyczno-Zawodowy Terapeuty Uzależnień to dokumenty opracowane w konsultacji ze środowiskiem terapeutów odpowiednio przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Dokumenty te nie są jednak aktami prawnymi a jedynie określeniem standardów etycznych związanych z wykonywaniem zawodu terapeuty uzależnień. Zapoznanie są zatem przez pacjenta z zapisami kodeksów może być dla niego istotne w zakresie w jakim umożliwia dokonanie oceny czy terapeuta w ramach relacji terapeutycznej nie dopuszcza się wobec niego nadużyć.

Wybrane zapisy Kodeksu Etyki Terapeuty Uzależnień (przygotowanego przez specjalistów w dziedzinie narkomanii)

Jedna z czterech **zasad ogólnych** Kodeksu mówi: „*Terapeuta uzależnień udziela świadczeń zgodnie z obowiązującymi standardami, mając na uwadze posiadane kompetencje i umiejętności zawodowe, i nie podejmuje zadań przekraczających jego możliwości.*”

Z obserwacji pracy wielu placówek oraz z relacji pacjentów dowiadujemy się, że zdarzają się w skrajnych sytuacjach przypadki przyjmowania „każdego, w którego życiu wystąpił choćby jeden epizod narkotykowy”, niezależnie od tego, czy pasuje on do profilu placówki. Np. osoby młodsze i nie uzależnione, trafiają pomiędzy osoby starsze i uzależnione. Proceder ten niesie wiele negatywnych skutków. Pacjent otrzymuje nieadekwatne leczenie, prowadzone nieodpowiednimi metodami, często przez nieodpowiednich specjalistów. Pacjent traci czas ale przede wszystkim – traci wiarę w jakikolwiek sens terapii i zaufanie do specjalistów.

Zasady szczegółowe

2. Terapeuta uzależnień we wszystkich działaniach terapeutycznych, naukowych i dydaktycznych przestrzega przepisów powszechnie obowiązującego w Polsce prawa, ze szczególnym uwzględnieniem ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także ustawy o ochronie danych osobowych.

Ta zasada, jest główną siłą Kodeksu, ponieważ ustawa zabezpieczająca Prawa Pacjenta szczegółowo odnosi się do wielu najczęściej występujących w placówkach „narkotykowych” naruszeń.

3. *Terapeuta uzależnień określa w porozumieniu z pacjentem metody, czas i miejsce terapii oraz informuje o zasadach finansowania.*

4. *Terapeuta uzależnień informuje osoby pozostające w terapii, a za zgodą pacjenta także osoby trzecie, o celu i przebiegu terapii, stosowanych technikach terapeutycznych oraz o możliwych skutkach terapii.*

Uprawnienie to koresponduje z wyrażonym w art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta prawem pacjenta do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Oznacza to, iż terapeuta uzależnień niestosujący się do powyższej zasady łamie nie tylko postanowienia Kodeksu, ale także przepisy prawa powszechnie obowiązującego.

9. *Terapeuta uzależnień nie stosuje wobec pacjentów żadnych form przemocy i nie wykorzystuje przewagi wynikającej z pozycji i zależności.*

Wykorzystywanie przewagi wynikającej ze znajdowania się przez pacjenta w pozycji zależności jest nadal problemem niektórych placówek uzależnień, a przyzwolenie na jej miękkie formy jest zjawiskiem nieodosobnionym. Już podczas przyjęcia do ośrodka pacjent może otrzymać do zaakceptowania **regulamin, który wymusza rezygnację z wielu praw, w tym praw zabezpieczonych przez Konstytucję**, np: „zgadzam się na cenzurę mojej korespondencji”, „zobowiązuję się do wychodzenia poza ośrodek tylko w towarzystwie drugiej, upoważnionej osoby”, „zobowiązuję się do uczestnictwa w praktykach religijnych”.

Podkreślić należy, iż zwłaszcza w odniesieniu do placówek wykonujących świadczenia finansowane ze środków publicznych (np: NFZ) działania takie stanowią całkowicie bezprawne ograniczanie fundamentalnego prawa pacjenta do dostępu do świadczeń zdrowotnych. Przypomnieć też należy, iż zgodnie z ustawą o prawach pacjenta jedynymi przesłankami ograniczenia jego praw są: wystąpienie zagrożenia epidemicznego lub bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. W tym wypadku okoliczności i zasadność ograniczania praw pacjenta bywają dyskusyjne.

10. *Terapeuta uzależnień nie pozostaje w osobistych związkach (w tym intymnych), z pacjentami, a także z ich bliskimi i rodzinami.*

11. *Terapeuta uzależnień unika nadmiernej ingerencji w prywatność pacjenta i dba o jego psychiczne bezpieczeństwo.*

12. *Terapeuta uzależnień w procesie terapii nie narzuca pacjentowi swoich ocen moralnych, osobistych poglądów i postaw, uwzględnia jego system wartości i prawo do podejmowania własnych decyzji.*

Ta zasada bywa naruszana w placówkach prowadzonych m.in. przez wspólnoty religijne czy Kościoły. Przykładem naruszenia powyższej zasady jest wspomniana już powyżej praktyka zmuszania pacjenta

do podpisania zobowiązania, że podda się różnym oddziaływaniom o charakterze nauczania religijnego czy praktykom religijnym.

13. Terapeuta uzależnień świadomy swoich ograniczeń w zawodowej praktyce terapeutycznej konsultuje się w razie potrzeby z odpowiednimi specjalistami.

3.5 Kodeks Etyczno-Zawodowy Terapeuty Uzależnień (przygotowany przez specjalistów w dziedzinie leczenia uzależnienia od alkoholu)

Wybrane zapisy Kodeksu Etyczno-Zawodowego

Zasady Kodeksu Etyczno-Zawodowego obowiązują wszystkich terapeutów uzależnień. Uzyskując certyfikat, terapeuta uzależnień przyjmuje na siebie zobowiązanie skrupulatnego przestrzegania zasad Kodeksu Etyczno-Zawodowego i upowszechnienia ich wśród pozostałych terapeutów.

Inne istotne zapisy to:

10. Terapeuta uzależnień powinien dbać o jakość swoich działań zawodowych niezależnie od tego, kto jest odbiorcą jego czynności i jaki jest jego osobisty stosunek do tej osoby czy osób. W szczególności intencja niesienia pomocy i staranność w wykonywaniu czynności zawodowych nie zależy od takich właściwości pacjenta jak: pozycja społeczno-zawodowa, sytuacja materialna, poglądy polityczne, światopogląd i system wartości, rasa, narodowość, wiek oraz charakter problemów wymagających interwencji doradczej lub pracy terapeutycznej.

Oznacza to, że sposób w jaki Pacjent zostanie potraktowany przez terapeutę nie może zależeć np. od zasobności jego portfela, wyznania, przekonań, czy statusu serologicznego.

11. Terapeuta uzależnień powinien poinformować o ryzyku związanym z metodami terapeutycznymi oraz o istniejących metodach alternatywnych, z uwzględnieniem metod niepsychologicznych.

O jakie metody alternatywne może tu chodzić? Wielu specjalistów w Polsce, utożsamia nadal dobro pacjenta z leczeniem metodą stosowaną przez siebie, czy też w swojej placówce. Takie postępowanie może wyrządzić wiele szkód osobom szukającym pomocy. Jeszcze przed kilkoma laty, z wyraźną niechęcią traktowano grupy Anonimowych Narkomanów jako mało wartościową ofertę, podczas gdy wiadomo z badań naukowych, że mogą one stanowić skuteczną alternatywę dla tradycyjnej terapii w odniesieniu do części pacjentów.

Inny przykład: osoba uzależniona od opiatów niejednokrotnie nie mogła otrzymać w placówce działającej na zasadach *drug-free* (leczenie bez leków), rzetelnej informacji o możliwości leczenia w programach farmakologicznych.

Zgodnie z przytoczonym zapisem, Pacjent powinien nie tylko otrzymać informację o alternatywnych programach, ale powinna być to informacja wyczerpująca. Zakres informacji

powinien w szczególności dotyczyć przedstawienia realnych szans otrzymania wybranego leczenia i tego, że rezygnacja z jednej metody nie wyklucza możliwości skorzystania z innej.

Ważne jest przekazywanie informacji o wyspecjalizowanych dla danego przypadku programach: np. uzależniony od marihuany powinien otrzymać informację o możliwości leczenia w programie Candis, a osoba mająca pierwsze kontakty z narkotykami – informację o najbliższym programie wczesnej interwencji, np. FredGoesNet.

Tu w sukurs idzie dalsza część zapisu:

Jeśli terapeuta uzależnień nie jest w stanie udzielić skutecznej pomocy wskutek braku kwalifikacji potrzebnych w danym wypadku lub powstania wadliwej relacji z pacjentem, kieruje go do innego specjalisty.

12. Rozpoczynając pracę terapeuta uzależnień każdorazowo uzgadnia z pacjentem cel i (...) sposoby postępowania.

Kodeks zaznacza, że wszystkie ustalenia można później negocjować i zmieniać. Tzw. **kontrakt terapeutyczny** okazuje się wobec tego formułą elastyczną, dającą się dopasować do wielu „pacjentów niekontraktowych” i ich zmieniających się potrzeb. Dobrym przykładem możliwości zmiany kontraktu pomiędzy terapeutą a pacjentem jest program CANDIS, w którym na każdym etapie terapii pacjent może renegocjować cel terapii od abstynencji do ograniczania używania substancji psychoaktywnej.

13. Terapeuta uzależnień respektuje system wartości pacjenta i jego prawo do podejmowania własnych decyzji.

Prawo pacjenta do podejmowania własnych decyzji obejmuje także a nawet przede wszystkim prawo do możliwości podjęcia decyzji, co do metody leczenia opartej na udzielonej mu przez terapeutę wszechstronnej informacji o dostępnych procedurach medycznych. Dotyczy to także metod kolidujących z systemem wartości terapeuty. Informacja do przekazania, której terapeuta jest zobowiązany powinna być udzielona w formie fachowej i obiektywnej, odwołującej się do wiedzy zweryfikowanej w badaniach klinicznych.

Należy więc pamiętać, że **Kodeks mówi o obowiązku wskazywania „istniejących metod alternatywnych”**.

15. Osoby małoletnie powinny być traktowane w sposób szczególny, (...) w kontaktach z terapeutą uzależnień mają prawa nie mniejsze niż pacjenci dorośli.

Zasada ta, ma uczulić na potrzebę szczególnej ochrony praw osób małoletnich, należących do grupy pacjentów bardziej narażonej na naruszania ich praw. Zwraca uwagę, że zwłaszcza w kontakcie z terapeutą, ograniczone gdzie indziej prawa małoletniego, nie mogą być ograniczone (m in. chodzi tu o prawo do godnego traktowania, czy poszanowania intymności). Według Kodeksu, terapeuta ma obowiązek informować swoje środowisko i społeczeństwo o przypadkach naruszania tej zasady.

16. Terapeutę uzależnień obowiązuje przestrzeganie tajemnicy zawodowej (...).

Wyjątki od tej zasady to zagrożenie czyjegoś bezpieczeństwa lub zwolnienie z tajemnicy przez samego Pacjenta. Terapeuta powinien mieć na uwadze, by w dokumentacji Pacjenta nie zapisywać informacji, które mogą być potem wykorzystane przeciw niemu (np. przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości, mające prawo zażądać wglądu w dokumentację). Trzeba bowiem pamiętać, że w postępowaniu karnym organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości mają prawo żądać dokumentacji, która stanowi dowód w sprawie. Zachodzi w tym miejscu konflikt interesów organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości z interesem terapeutów i pacjentów. Rozstrzygającym może być to, że terapeuta nie jest funkcjonariuszem Policji, lecz osobą powołaną do leczenia i rehabilitacji. Mając świadomość tego, terapeuta winien skupić się na leczeniu i rehabilitacji, a nie dokumentowaniu kwestii pozostałych. W innym wypadku może dojść do naruszenia zaufania między pacjentem, a terapeuta ze szkodą dla procesu terapeutycznego. Pacjent zawsze ma prawo wglądu w dokumentację i domagania się usunięcia takich wpisów. Każda decyzja o ujawnieniu tajemnicy zawodowej powinna być podejmowana z namysłem, z poszanowaniem prawa - kodeks proponuje więc: *Jeśli jest to możliwe, decyzję w tej sprawie należy dokładnie omówić z doświadczonym i bezstronnym kolegą. Materiały poufne powinny być komisyjnie zniszczone, jeśli zaistnieją warunki grożące ich ujawnieniem.*

O niezagrażającym pacjentowi prowadzeniu dokumentacji, należy pamiętać w szczególności w przypadku osób małoletnich, gdzie obowiązek zachowania tajemnicy ma więcej ograniczeń, a dokumentacja Pacjenta powinna być udostępniona na wniosek jego rodziców, faktycznych opiekunów czy przedstawiciela ustawowego. W tym wypadku także dochodzi do konfliktu interesów. W przypadku osób małoletnich sprawa wydaje się jasna. Rodzice małoletniego mają władze rodzicielską nad nim, która przejawia się w uprawnieniu do zapoznania się z dokumentacją. Jednak i w tym wypadku terapeuta powinien wykazać się wyczuciem i chęcią poszanowania prywatności małoletniego pacjenta, np. informując go wcześniej o uprawnieniach rodziców. Można także przez wzgląd na dobro Pacjenta i jego terapii zalecić rozprawę specjalisty, lekarza czy terapeuty, które informacje umieszczać w dokumentacji, a które nie. Ponadto pamiętać należy, że zgodnie z art. 51 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego „W dokumentacji dotyczącej badań lub przebiegu leczenia osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy, nie utrwała się oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary. Zasadę tę stosuje się również do dokumentacji dotyczącej badań przeprowadzonych na żądanie uprawnionego organu.”

17. *Wnikanie w intymne, osobiste sprawy pacjenta dopuszczalne jest jedynie w takim zakresie, jaki uzasadniają właściwie pojęte cele pomocy pacjentowi w powrocie do zdrowia.*

Za część komentarza niech posłuży tutaj zapis z kolejnego z omawianych w niniejszym opracowaniu kodeksów (kodeksu terapeuty uzależnień „narkotykowych”): *Terapeuta uzależnień unika nadmiernej ingerencji w prywatność pacjenta i dba o jego psychiczne bezpieczeństwo.* Te dwie regulacje odnoszą się do dość znacznego obszaru naruszeń. Za szczególnie nieetyczne uznać należy sytuacje, w których intymne sprawy pacjentów są omawiane na spotkaniach grupowych (np. społeczności ośrodka) pod silną presją wywieraną przez grupę. Jest to szczególnie istotne wobec faktu, iż pozostali członkowie grupy (np. społeczności terapeutycznej) w przeciwieństwie do terapeuty uzależnień nie są prawnie zobowiązani ani uprawnieni do zachowywania w tajemnicy spraw poruszanych podczas terapii grupowej. Mogą zatem przykładowo występować jako świadkowie w sądzie czy składać zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa.

Inną sprawą jest wnikanie przez specjalistów w sprawy intymne Pacjenta, bez zadbania o jego bezpieczeństwo podczas kontaktów indywidualnych. Kwestia wyznaczania granic poznawania takich spraw, każdorazowego negocjowania poziomu wnikania w nie, powinna być w każdym przypadku podyktowana dobrem pacjenta, kompetencjami terapeuty oraz prawem pacjenta do decydowania ile i komu chce ujawnić.

Terapeuta uzależnień jest świadomy niebezpieczeństw wynikających z jego możliwości wpływania na innych ludzi, w związku z czym poddaje się superwizji lub konsultacji klinicznej. Mamy tu zasadę, na którą chcemy zwrócić szczególną uwagę. Wielu terapeutów uchyla się od poddawania ocenie własnej pracy (konsultowania swojej pracy z innym uprawnionym do tego specjalistą w ramach tzw. superwizji klinicznej). Doradzamy więc, by Pacjent każdorazowo zapytał terapeutę czy korzysta z usług superwizora, a także poprosił o podanie jego nazwiska (informację można zweryfikować w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii, tel. 22 6411501).

Innym negatywnym zjawiskiem, jest nie poddawanie ocenie swojej pracy przez samych superwizorów lub też wykonywanie superwizji klinicznej w relacji zależności służbowej (przełożony-podwładny) pomiędzy superwizorem a superwizowanym. Zostawiając na boku dające się w sposób bardzo jednoznaczny rozstrzygnąć kwestie etyczne takiego postępowania, należy pamiętać, że wymogiem dobrej superwizji jest szczery kontakt. W warunkach takiej właśnie podwójnej relacji wymóg ten nie ma szans spełnienia, choćby ze względu na częsty problem ukrywania przez pracownika (przed przełożonym) swoich rzeczywistych problemów związanych z wykonywaniem czynności terapeuty, które równocześnie pozostają czynnościami zawodowymi poddawanych kontroli przez przełożonego wynikającej z zawartego stosunku o pracę.

21. Terapeuta uzależnień nie jest obojętny na odstępstwa od zasad etyki zawodowej ze strony innych terapeutów uzależnień.

Obowiązkiem terapeuty jest więc bezpośrednie zwrócenie uwagi osobie postępującej nieetycznie, poproszenie o wsparcie w takim działaniu innych terapeutów, w przypadku braku zmiany nagannego zachowania skierowanie skargi do właściwego podmiotu.

26. Zajęcia dostarczające uczestnikom okazji do wglądu we własne problemy emocjonalne oraz wpływające na struktury osobowości pacjenta mogą być prowadzone jedynie przez terapeutów uzależnień posiadających odpowiednie przeszkolenie. Ten zapis wskazuje wyraźnie na odpowiedzialność terapeuty za skutki podejmowanych względem pacjenta oddziaływań, nie tylko skutki doraźne, ale też długofalowe. Skutki te są trudne do przewidzenia, więc same procedury terapeutyczne są odpowiednio ustrukturyzowane i zabezpieczone, a ich stosowanie wymaga odpowiednich, potwierdzonych certyfikatem, kwalifikacji.

II. STACJONARNE PLACÓWKI LECZENIA UZALEŻNIEŃ

1. Standardy akredytacyjne a Prawa Pacjenta

W listopadzie 2011 r. Rada Akredytacyjna powołana przez Ministra Zdrowia zatwierdziła standardy akredytacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień². Ich zastosowanie, wraz z wprowadzeniem akredytacji dla placówek, ma na celu podniesienie jakości świadczeń, między innymi poprzez lepsze zabezpieczenie Praw Pacjenta. Celem standaryzacji jest lepsza ochrona zdrowia pacjenta i minimalizacja ryzyka popełnienia błędu przez personel placówki.

Poniżej przedstawiamy niektóre istotne dla tego opracowania standardy akredytacyjne oraz, co ważne, komentarze ekspertów wyjaśniające, jak poszczególne zalecenia powinny być rozumiane. Choć przytoczone tu zapisy są często przeformułowanymi Prawami Pacjenta, to inne ich ujęcie oraz komentarz pozwalają na pełniejsze ich zrozumienie i egzekwowanie.

Standard: Pacjent dobrowolnie zgłaszający się na leczenie wyraża świadomą, pisemną zgodę na przyjęcie do jednostki.

² W dniu 04 lipca 2013 r. Minister Zdrowia opublikował obwieszczenie w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień (Dz. Urz. MZ z dn. 04.07.2013, poz. 28)

Istotnym warunkiem powodzenia terapii uzależnień jest świadoma zgoda pacjenta na przyjęcie do jednostki. Niezbędnym warunkiem jaki musi być spełniony, aby pacjent mógł decydować i wyrażać zgodę w sposób świadomy, jest posiadanie odpowiedniej informacji na temat swojego stanu zdrowia i proponowanego leczenia. Pacjent powinien być szczegółowo i w sposób zrozumiały poinformowany o swoim stanie zdrowia, zasadach i formach leczenia, oczekiwanych korzyściach oraz ryzyku wynikającym z podjęcia terapii, a także o skutkach niepodjęcia proponowanego leczenia.

Standard: Wszyscy wypisywani pacjenci otrzymują kartę informacyjną.

Na ogół leczenie nie powinno kończyć się z chwilą zakończenia pobytu w jednostce. Dla kontynuacji terapii istotne są zarówno informacje o tym, jakich świadczeń zdrowotnych udzielono pacjentowi (diagnostyka, terapia), jak też wskazówki i sugestie dotyczące dalszego postępowania. Wskazówki te winny być kierowane zarówno do pacjenta, jak też do jednostek przejmujących opiekę nad nim i kontynuujących proces terapeutyczny. Do przekazania tych istotnych informacji służy karta informacyjna.

Standard: Opieka nad pacjentem jest sprawowana z poszanowaniem jego godności i prywatności.

Poszanowanie godności i prywatności pacjenta jest szczególnie istotne w czasie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą być dla pacjenta krępujące. Może być to związane zarówno z elementami fizycznymi (np. konieczność rozebrania się), jak też psychicznymi (informacje wymieniane pomiędzy pacjentem a personelem). Pacjent może czuć się skrupowany zwłaszcza wtedy, gdy zmuszany jest do krępujących go zachowań bez dostatecznego wyjaśnienia ich niezbędności, lub gdy czynności wykonywane są w obecności osób, w odniesieniu do których odczuwa szczególne skrupowanie. Zapewnienie godności i prywatności dotyczy każdej okoliczności pobytu pacjenta w jednostce, nie tylko badania lekarskiego czy realizacji programu terapii, lecz także prowadzenia wywiadu czy pobierania zgody na przyjęcie do jednostki i proponowane leczenie. W celu realizacji tego prawa jednostka zapewnia odpowiednie, niekrępujące warunki udzielania świadczeń, a zachowanie personelu cechuje szacunek.

Standard: Prawa pacjenta są znane personelowi i dostępne dla pacjentów.

Każdy pacjent powinien zostać zapoznany z prawami przysługującymi mu w czasie pobytu w jednostce. Cały personel jednostki (również niemedyczny) ma obowiązek znajomości praw przysługujących leczonym pacjentom.

Standard: Pacjent dobrowolnie, pisemnie akceptuje ograniczenie należnych mu praw.

Ograniczenia, czyli przypadki, w których ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów lub zagrożenie epidemiologiczne, prawa pacjenta mogą zostać zawężone (np. ograniczone odwiedziny, kontrola rzeczy osobistych w celu uniemożliwienia wniesienia na teren jednostki np. narkotyków, alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, ograniczenie kontaktów telefonicznych) powinny być

spisane, z uwzględnieniem czasu i formy ich stosowania. Każdy pacjent, który ma być poddany ograniczeniu jego praw, musi pisemnie zaakceptować rodzaj ograniczeń przed ich zastosowaniem, np. przy przyjęciu do jednostki. Pacjenci małoletni oraz ubezwłasnowolnieni podlegają odrębnym przepisom. Pisemna akceptacja przez pacjenta ograniczeń jego praw, jest elementem dokumentacji medycznej.

Wszelkie ograniczenia Praw Pacjenta, o których mowa w przytoczonym standardzie mogą wynikać jedynie z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Doprecyzowując zalecenie, gdy np. ośrodek ogranicza pacjentowi kontakty z bliskimi, nie powinno mieć to charakteru ogólnej i sztywnej regulacji, ale ograniczenie takie powinno dotyczyć dokładnie opisanych sytuacji, gdy ma ono rzeczywiste uzasadnienie i sens wynikający z bezpieczeństwa i celów terapii. Zastosowanie szeregu popularnych ograniczeń nie powinno w ogóle mieć miejsca, ponieważ problemy, do których się odnoszą, można rozwiązywać najczęściej metodami mniej dotkliwymi czy bez ograniczania Praw Pacjenta na przykład stosowane w niektórych placówkach ograniczenia dotyczące posiadania telefonu komórkowego i korzystania z niego, wychodzenia poza teren ośrodka, prowadzenia korespondencji, czytania gazet i oglądania telewizji w wolnym czasie wydają się zdecydowanie wykraczać poza prawnie dopuszczalną sferę ograniczania praw pacjenta.

Może się zdarzyć, że regulamin ośrodka mówi wprost o obowiązku podporządkowania się przez Pacjenta poleceniom personelu czy decyzjom społeczności, nie mówiąc, w jakich sytuacjach. Taki regulamin jest zdecydowanym nadużyciem i daje pole do **manipulacji**.

Nadużyciem jest decydowanie przez społeczność terapeutyczną o pozostaniu Pacjenta w leczeniu lub wykluczeniu z leczenia. Decyzje takie może podejmować wyłącznie personel kliniczny ośrodka rehabilitacyjnego w interakcji z Pacjentem.

Standard: W jednostce określono listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta.

Pacjent ma prawo do podejmowania decyzji związanych z przebiegiem jego leczenia. Rolą jednostki jest określenie sposobu realizacji tego prawa, z zagwarantowaniem możliwości rezygnacji z dalszego leczenia lub odmowy poddania się proponowanej procedurze (np. udziałowi w terapii rodziny pacjenta, superwizji, nagrywaniu sesji), czy udziału w zajęciach dydaktycznych lub badaniach naukowych. Istotne jest aby zarówno pacjent jak i personel wiedzieli na jakie procedury wymagana jest dodatkowa zgoda pacjenta, niezależnie od wyrażonej wcześniej zgody na przyjęcie i leczenie w jednostce. Lista procedur, których stosowanie wymaga dodatkowej zgody pacjenta powinna być zatwierdzona przez kierownictwo jednostki, łatwo dostępna dla personelu i pacjentów.

Standard: Oddziaływania korekcyjne stosowane wobec pacjentów nie są nadużywane.

Jeżeli jednostka stosuje oddziaływania mające na celu korygowanie postępowania pacjenta, to nie mogą one:

- powodować uszczerbku na zdrowiu pacjenta,

- naruszać jego praw,
- naruszać godności
- wpływać negatywnie na rozwój osobisty (np. zakaz kontynuowania nauki szkolnej).

Kierownictwo jednostki powinno okresowo oceniać zasadność i skuteczność stosowanych wobec pacjentów oddziaływań korekcyjnych. Wnioski z takiej oceny powinny być dokumentowane i omawiane na spotkaniach zespołu.

Standard: W jednostce określono wykaz oddziaływań korekcyjnych stosowanych wobec pacjentów.

Jednostka powinna opracować wykaz stosowanych oddziaływań korekcyjnych nie naruszających praw pacjenta. Dokument ten powinien być znany zarówno pacjentom jak i personelowi oraz powszechnie dostępny.

Jeżeli ośrodek stacjonarny stosuje oddziaływania korekcyjne powinien po pierwsze przeanalizować czy nie naruszają one Praw Pacjenta, po drugie poddać ocenie zasadność ich stosowania, po trzecie wymienić wszelkie „konsekwencje” w proponowanym wykazie wraz z zachowaniami, do których są przypisane.

IV. Prawa pacjenta w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 roku

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii jest ustawą szczególną, regulującą kwestie nie tylko ścigania przestępczości narkotykowej, ale także profilaktyki i leczenia uzależnień. Stanowi ona o prawie pacjentów do leczenia oraz o jego dobrowolności i swobodzie wyboru metody. Stanowi również podstawę dochodzenia swoich praw.

Ustawa, hołdując zasadzie „leczyć zamiast karać”, dopuszcza możliwość stosowania alternatywnego podejścia do wymierzania kar za przestępstwa związane z uzależnieniem od narkotyków.

Podmiotem realizującym zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii jest m.in. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN). Jest to agenda rządowa, która na mocy art. 6 ust. 3 pkt 13 ustawy posiada uprawnienia do podejmowania interwencji w sprawach skarg i wniosków dotyczących problematyki przeciwdziałania narkomanii. Oznacza to, że w przypadkach naruszeń w placówkach leczenia uzależnień skargi można kierować bezpośrednio do Biura.

Do Krajowego Biura (lub do Ministerstwa Zdrowia) można składać skargi również na gminę, która na mocy art. 10 zobowiązana jest do zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem. Skargę można złożyć w przypadku, gdy gmina nie zapewnia dostępności do leczenia uzależnień swoim mieszkańcom.

1. Prawa pacjenta wynikające bezpośrednio z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Prawo do leczenia oraz jego dobrowolnego wyboru wyrażone zostało w art. 25 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i stanowi, że podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji osób uzależnionych jest dobrowolne. Od zasady dobrowolności w podjęciu leczenia są przewidziane następujące wyjątki:

Na mocy art. 30, na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna, bądź też z urzędu, sąd rodzinny może skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację.

Wyjątek od tej zasady zawarty jest m.in. w art. 71 ustawy. W razie skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, sąd może zobowiązać skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji.

W przypadku osób, które nie są ubezwłasnowolnione całkowicie lub kiedy sąd nie zdecydował o przymusowym leczeniu, decyzja w tej kwestii z mocy prawa jest pozostawiona Pacjentowi.

Art. 28 ustawy mówi, że osoba uzależniona może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego. Oznacza to, że sama może zdecydować czy chce być leczona tą metodą, choć zakwalifikowanie do programu substytucyjnego jest obwarowane kilkoma warunkami, o czym stanowi rozporządzenie MZ w sprawie leczenia substytucyjnego.

2. Sytuacja prawna pacjenta w zakładzie karnym

Leczenie w zakładzie karnym

Warto pamiętać, że w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej również prowadzi się leczenie, rehabilitację i reintegrację osób umieszczonych w tych zakładach. Osadzony używający narkotyków może domagać się dostępu do leczenia uzależnienia, powołując się na art. 67 Kodeksu karnego wykonawczego, gdzie mowa o celach kary pozbawienia wolności, w tym o celu dotyczącym kształtowania społecznie pożądanых postaw. W ustawie o Służbie Więziennej z dnia 9 kwietnia 2010 roku, mowa o zadaniach pracy resocjalizacyjnych, w tym o zapewnieniu osadzonym opieki zdrowotnej. Możliwe jest również kontynuowanie terapii w ramach leczenia substytucyjnego, o ile pacjent był leczony w ten sposób przed osadzeniem w zakładzie karnym. Kodeks karny wykonawczy z dnia 6 czerwca 1997 roku wprowadza w art. 81 trzy systemy odbywania kary pozbawienia wolności. Jednym z nich jest system terapeutyczny, co odzwierciedla zasadę, iż każda kara powinna być

zindywidualizowana. Jedną z grup osadzonych, którzy powinni odbywać karę w systemie terapeutycznym, są osoby uzależnione.

Zdiagnozowanie pacjenta pod względem stanu i stopnia uzależnienia oraz określenia ewentualnego postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego może nastąpić na podstawie dotychczasowej dokumentacji zgromadzonej przez specjalistów ds. uzależnień w trakcie procesu, bądź – w przypadku niewykonania żadnych badań podczas postępowania karnego – na podstawie badań osobo-poznawczych lub w specjalnych ośrodkach diagnostycznych.

Taka klasyfikacja skazanego, uwzględniająca także dodatkowe czynniki (jak płeć, rodzaj popełnionego przestępstwa i in.) pozwalają na wybór właściwego systemu wykonywania kary, rodzaju i typu zakładu karnego oraz rozmieszczenia skazanych wewnątrz zakładu karnego – w tym np. w ramach systemu terapeutycznego.

Odnosnie nieletnich sąd rodzinny ma szereg środków reakcji na używanie przez nieletniego narkotyków. Sąd orzeka środki wychowawcze m.in. na podstawie art. 7 i art.12 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich. Sąd może nieletniego zobowiązać do współpracy z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, lekarzem lub zakładem leczniczym, jak również umieścić nieletniego w zakładzie leczniczym. Odnosnie nieletnich, którzy dopuścili się poważnych czynów karalnych sąd rodzinny może orzec umieszczenie w poprawczaku. W zakładzie poprawczym także stosuje się leczenie, rehabilitację i reintegrację, lecz nie można wobec nieletniego stosować leczenia substytucyjnego. Do orzeczenia tych środków nie jest konieczna zgoda nieletniego. Przymus podlegania tym środkom nie oznacza jednak wyłączenia konieczności poszanowania godności nieletniego oraz jego praw. Nieletni dalej ma prawo do prywatności i inne prawa przewidziane przez Konstytucję, gdyż wiek nie jest cechą, która ogranicza zastosowanie praw potwierdzonych przez Konstytucję.

Przerwa w wykonywaniu kary

Podejście „leczyć zamiast karać” odzwierciedlono w art. 73a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wedle którego osobie uzależnionej od środków odurzających lub substancji psychotropowych skazanej za przestępstwa pozostające w związku z uzależnieniem można udzielić przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności w celu podjęcia leczenia lub rehabilitacji.

Kolejki osób skazanych oczekujących na miejsce leczenia na oddziale terapeutycznym w zakładach karnych są nadal codziennością. Dlatego art. 73a umożliwia osobom, które w trakcie dotychczasowego odbywania kary nie miały możliwości podjęcia stosownej terapii skorzystanie z przerwy w odbyciu kary na okres leczenia.

Decyzja sądu w kwestii zastosowania art. 73a determinowana jest względami leczniczymi i terapeutycznymi. Dodatkowym warunkiem udzielenia przerwy jest wykazanie przez skazanego, że ma w stosownym podmiocie leczniczym zagwarantowane miejsce leczenia odpowiadające jego potrzebom terapeutycznym. Zatem osoba uzależniona, osadzona w zakładzie karnym może wnioskować o

zastosowanie takiego rozwiązania powołując się na art. 73a jeśli spełnia określone wyżej warunki. Odnosnie nieletniego przepisy takiej szczegółowej podstawy nie zawierają. Zgodnie z art. 71 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich sąd rodzinny może udzielić przerwy w wykonaniu środków wychowawczych lub poprawczych w razie choroby nieletniego lub innych ważnych przyczyn. Do tak ogólnie sformułowanej przesłanki jak „inne przyczyny” spokojnie można zaliczyć także leczenie lub rehabilitację poza ośrodkami lub zakładami poprawczymi. Nieletni są umieszczani w ośrodkach na podstawie ustawy o postępowaniu w sprawie nieletnich.

3. Możliwość skierowania podejrzanego (oskarżonego) do leczenia

Szczególnym przepisem prawnym jest **art. 72** Ustawy, który stanowi kompromis pomiędzy restrykcyjnym podejściem do osób popełniających przestępstwo w związku z chorobą, jaką jest uzależnienie, a prawem pacjentów do leczenia.

Na mocy tego przepisu, jeżeli osobie uzależnionej lub używającej szkodliwie substancji psychoaktywnych zarzucono popełnienie przestępstwa związanego z ich używaniem zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, a osoba ta podda się leczeniu, rehabilitacji lub weźmie udział w programie edukacyjno-profilaktycznym, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia udziału w danej terapii.

Po jej zakończeniu prokurator może wystąpić z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania karnego wobec sprawcy przestępstwa, także w sytuacji, kiedy wcześniej był on karany za jakieś inne przestępstwo.

Oznacza to, że w przypadku popełnienia przestępstwa polegającego np. na posiadaniu narkotyków, osoba uzależniona może wnioskować do prokuratora o zastosowanie dobrodziejstwa art. 72, jako alternatywy do postawienia go w stan oskarżenia.

Przepis ten odzwierciedla także prawo pacjenta do leczenia, które można uznać za występujące w relacji pierwszeństwa do decyzji o ewentualnym zastosowaniu środków karnych.

Art. 70a nakłada na prokuratora w postępowaniu przygotowawczym, a na sąd w postępowaniu sądowym, obowiązek zbierania informacji na temat używania przez podejrzanego (oskarżonego) środków odurzających lub substancji psychotropowych, gdy istnieje uzasadnione podejrzenie, że sprawca używa szkodliwie substancji psychoaktywnych. Zastosowanie art. 72 oraz art. 73 zależy więc od diagnozy specjalisty ds. uzależnień, jakim jest w procesie karnym certyfikowany terapeuta.

Instytucja zawieszenia postępowania z art. 72 jest bardzo dobrym rozwiązaniem prawnym, ponieważ pozwala na skierowanie użytkownika narkotyków do odpowiedniego programu leczniczego lub profilaktycznego bez konieczności wcześniejszego skazywania takiej osoby.

Obecnie obowiązujący mechanizm art. 72 może być stosowany nie tylko w stosunku do uzależnionych od środków odurzających, ale też do osób używających substancji psychoaktywnych szkodliwie, które mogą być skierowane do programu innego niż leczniczy. Dobrym przykładem jest tu program **FredGoesNet**, adresowany między innymi do młodych osób popadających w konflikt z prawem z powodu szkodliwego używania narkotyków.

Warto podkreślić, że zgodnie z art. 71 Ustawy, w razie skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, sąd zobowiązuje skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej i oddaje go pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia. Dodatkowo, sąd może zarządzić wykonanie zawieszony kary pozbawienia wolności, jeżeli skazany w okresie próby uchyli się od tego obowiązku. W razie skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, sąd może orzec umieszczenie sprawcy przed wykonaniem kary w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej na maksymalny okres czasu 2 lat. O zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia lub rehabilitacji. Jeżeli skazany nie poddaje się leczeniu lub rehabilitacji albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu opieki zdrowotnej, zwolnienie może nastąpić także na wniosek zakładu prowadzącego leczenie. Sąd rozstrzyga po zakończeniu leczenia lub rehabilitacji, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności należy wykonać.

Nowelizacja ustawy wprowadziła także zmiany dotyczące postępowania wykonawczego. Artykuł 73a ustawy stanowi, iż skazani uzależnieni od narkotyków odbywający karę pozbawienia wolności mogą starać się o przerwę w wykonaniu kary na okres leczenia lub rehabilitacji w warunkach wolnościowych. Warunkiem udzielenia przerwy jest wykazanie przez skazanego, że ma zagwarantowane miejsce leczenia lub rehabilitacji w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej, odpowiadającym jego potrzebom terapeutycznym oraz zgoda na objęcie go stosownym leczeniem lub rehabilitacją. Dodatkowo, udzielenie przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności jest dopuszczalne, jeżeli skazanemu do końca odbycia kary pozbawienia wolności pozostało nie więcej niż 2 lata. Ważnym warunkiem zastosowania tego rozwiązania jest zgłoszenie chęci podjęcia leczenia w zakładzie karnym. W przypadku udzielania przerwy w karze, sąd penitencjarny, po zakończeniu leczenia lub rehabilitacji i przy uwzględnieniu ich wyników, może warunkowo zwolnić skazanego z odbycia reszty kary pozbawienia wolności.

Wskazane przepisy prawa obowiązują od 11 grudnia 2011 r., zaś celem wprowadzenia w życie tych rozwiązań jest wcielenie zasady „leczyć zamiast karać”, która traktuje prawa pacjenta priorytetowo.

V. Pacjent uzależniony w leczeniu psychiatrycznym

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby niezdolnej do wyrażenia zgody następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, a w przypadkach nagłych może się odbyć na mocy decyzji lekarza. Wówczas lekarz przyjmujący ma obowiązek zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza (*art. 22 ust. 2 i ust. 2a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*). Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez rzeczowej zgody sądu wtedy, gdy jej zachowanie wskazuje na zagrożenie dla jej życia albo zdrowia lub życia innych (*art. 23 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*) oraz gdy nieprzyjęcie jej do szpitala może znacznie pogorszyć jej stan lub gdy nie jest zdolna do samodzielnego funkcjonowania a szpital psychiatryczny może tu pomóc (*art.29*) .

O przyjęciu do szpitala psychiatrycznego decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu pacjenta. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o tym sąd opiekuńczy właściwy dla miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia (*art. 23 ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*). Postępowanie przed sądem opiekuńczym umarza się, jeżeli pacjent, po przyjęciu bez zgody, wyraził następnie zgodę na pobyt w tej lecznicy (*art. 26 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*).

Pacjent szpitala psychiatrycznego ma prawo do nieograniczonych kontaktów z rodziną i osobami bliskimi oraz do niekontrolowania jego korespondencji.

W celu ochrony swoich praw ma prawo:

- ▶ do spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi;
- ▶ do przekazywania przez personel ustnych i pisemnych skarg adresatom;
- ▶ do przekazania mu odpowiedzi na skargę;

Ponadto:

- ▶ Pacjent ma prawo, by zajęcia rehabilitacyjne prowadzone w szpitalach psychiatrycznych oraz domach pomocy społecznej, nie były podporządkowane celom gospodarczym. Jako prace gospodarcze rozumiemy prace porządkowe, remontowe, kuchenne itp.
- ▶ Pacjent ma prawo, by obciążające go wypowiedzi dotyczące naruszenia przez niego prawa nie były utrwalane w dokumentacji medycznej.

Przymus bezpośredni

Pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy) musi wyrazić pisemną zgodę na niektóre bardziej ryzykowne świadczenia, w tym na elektrowstrząsy. Środki przymusu bezpośredniego (izolacja, unieruchomienie) mogą być zastosowane po uprzednim uprzedzeniu Pacjenta. Zastosowanie przymusu bezpośredniego powinno zostać przerwane przed upływem 4 godzin. Jeżeli przyczyny zastosowania przymusu nie mijają, przymus może zostać przedłużony na kolejne cykle tym razem 6 godzinne. Wówczas Pacjent, nie rzadziej niż co 4 godziny, ma prawo do krótkotrwałego uwolnienia, tak by mógł zmienić pozycję lub załatwić potrzebę fizjologiczną.

Uwaga: Obecny system prawa nie przewiduje możliwości stosowania przymusu bezpośredniego w podmiocie leczniczym innym niż szpital psychiatryczny.

Zakończenie leczenia w szpitalu psychiatrycznym

Pacjent ma prawo odwołać się od postanowienia sądu opiekuńczego, gdy ten wyrazi zgodę na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody Pacjenta. Ma też prawo do złożenia wniosku o wypisanie ze szpitala, jeżeli przebywa w nim za własną zgodą.

Może złożyć wniosek o nakazanie wypisania ze szpitala, po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala bez zgody Pacjenta. O wypisie postanawia ordynator lub upoważniony lekarz. Pacjent może wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się szpital psychiatryczny o nakazanie wypisu, w razie odmowy wypisania przez lekarza, w terminie 7 dni od powiadomienia go o odmowie wypisania.

Jeżeli Pacjent wymaga stałej opieki, ale nie wymaga pobytu w szpitalu psychiatrycznym, ma prawo do przyjęcia go do domu pomocy społecznej.

VI. Prawa Pacjenta w kontekście ustawy o zawodzie lekarza

Obowiązki lekarza w sytuacjach nagłych wynikają z Ustawy o zawodzie lekarza z dnia 05.12.1996 r. Lekarz ma obowiązek ratować zagrożone życie i zdrowie, a w nagłych przypadkach nie liczy się czy i gdzie poszkodowany jest ubezpieczony.

Ustawa o zawodzie lekarza w art. 30 mówi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki.

Art. 39: Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

Art. 36: Lekarz ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej Pacjenta, w tym Pacjenta uzależnionego.

Art. 40: ust. 1 Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Wyjątki od tajemnicy lekarskiej są dopuszczalne w przypadku prowadzenia postępowania karnego. Zwolnienie lekarza od tajemnicy lekarskiej następuje wtedy po decyzji sądu. Kwestie te reguluje także Kodeks Etyki Lekarskiej. (patrz też *Kodeks Etyki Lekarskiej art. 19*).

Poszkodowany ma prawo wglądu do dokumentacji swojej choroby. Lekarz ma obowiązek udzielić przystępnej informacji o chorobie. Wszelkie badania i leczenie wymagają świadomej zgody poszkodowanego. (*Ustawa o zawodzie lekarza art. 31, Konwencja Bioetyczna art. 5*)

1. Pacjent zakażony wirusem HIV i jego prawa

Lekarz nie może odmówić udzielenia pomocy medycznej związanej z leczeniem specjalistycznym AIDS, ale także każdego innego świadczenia zdrowotnego, choćby profilaktycznego, np. lekarz stomatolog, ginekolog. (*Rezolucja – wytyczne w sprawie HIV/AIDS i praw człowieka, Ustawa o zawodzie lekarza*).

W tzw. Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych finansowanych ze środków Ministerstwa Zdrowia można zasięgnąć porady lekarskiej, połączonej z dobrowolnymi testami na obecność wirusa HIV wykonywanymi darmowo i bezpłatnie, ale jest to uzależnione od wyrażonej przez pacjenta zgody. (Podstawa prawna, art. 57 ust. 2 pkt 9 ustawy z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, *opinia Komitetu Rady Europy, rekomendacja nr 14 z 1989 r., Konwencja Bioetyczna z 14.04.1997 r.*).

Uwaga: Osoba musi poinformować swojego partnera/partnerkę o tym, że jest zakażona wirusem HIV. Jeśli tego nie zrobi grozi jej kara pozbawienia wolności do lat 3, za narażanie bezpośrednio innej osoby na zakażenie. Nie jest konieczne informowanie o swoim statusie serologicznym personelu medycznego, ani nikogo innego poza partnerem/partnerką. (*Kodeks Karny art. 161*)

Nie istnieją żadne przepisy, które zakazywałyby osobie zakażonej studiowania, uprawiania sportu, pływania we wspólnym basenie itd., więc może ona w pełni uczestniczyć w życiu publicznym i rozwijać swoje zainteresowania. (Podstawa prawna: prawa wynikające z *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich*).

Śmierć pacjenta nie zwalnia lekarza z obowiązku dochowania tajemnicy o tym, że był zakażony HIV. (art. 40 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, *Kodeks Etyki Lekarskiej art. 23*).

Osoba zakażona HIV zgłaszająca się do placówki pomocy społecznej, noclegowni, domu dla bezdomnych powinna zostać przyjęta na takich samych prawach jak pozostali klienci tych placówek. Wybór placówki wyspecjalizowanej (sprofilowanej na pomoc osobom zakażonym HIV) jest wyborem klienta.

2. Prawo do informacji medycznej

Jest to prawo Pacjenta a nie rodziny, czy lekarza (o okolicznościach, w jakich lekarz może uzyskać informacje medyczne o pacjencie, mówi art. 40 *ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*). Pacjent ma prawo do uzyskania wszelkich informacji dotyczących jego stanu zdrowia, w tym dotyczących rokowań i ryzyka związanego z planowanymi procedurami leczniczymi. Ma prawo do wyjaśnień dokładnych i wyczerpujących odnośnie:

- skuteczności i przydatności leczenia
- zabiegów pielęgnarskich i pielęgnacji
- niepomyślnych rokowań
- odstąpienia od leczenia
- tańszego leku zastępczego

Pacjent ma również **prawo do nieinformowania**, tzn. może zastrzec, by nie informowano go np. odnośnie niepomyślnych rokowań. Prawo to ma swój wyjątek dotyczący konieczności poinformowania Pacjenta o zakażeniu.

VII. Pacjent w leczeniu substytucyjnym

Jeszcze do niedawna, aby otrzymać leczenie substytucyjne należało spełniać szereg bardzo restrykcyjnych warunków, wśród nich wymóg wieloletniego uzależnienia od opiatów i wielu prób leczenia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 06 października 2010 roku *zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne*³, wprowadziło szereg zmian długo oczekiwanych przez pacjentów programów substytucyjnych.

- Zmniejszono do minimum liczbę kryteriów kwalifikacji do programu. **Aktualnie jedynymi warunkami kwalifikacji jest uzależnienie od opioidów i wyrażenie zgody na leczenie.** Rozporządzenie pozostawia warunek pełnoletniości, czyli ukończonego 18. roku życia, ale „ważne względy zdrowotne” pozwalają lekarzowi kwalifikować osoby młodsze.
- Wykreślono z rozporządzenia wymóg podejmowania wcześniejszych prób leczenia innymi metodami, co wyeliminowało praktykę „zaliczania” takich prób.
- Znaczącym postępem było zliberalizowanie przepisów dotyczących częstotliwości zgłaszania się pacjenta po leki.

Zbyt częste, niekiedy codzienne wizyty w miejscu wydawania leku, to czynniki sprzyjające podtrzymaniu uzależnienia środowiskowego, co stanowi istotną przeszkodę w powrocie pacjenta do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie, podjęcia pracy czy nauki.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 01 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego, Pacjenci mogą dostawać odliczone dawki leku do domu na krótszy lub dłuższy czas, w zależności od sytuacji, nie dłużej jednak niż na 14 dni. Jest to duże ułatwienie dla Pacjentów mieszkających w znacznych odległościach od punktów wydawania leku, ma też spore znaczenie wobec deficytu programów leczenia substytucyjnego w wielu częściach kraju. Rozporządzenie zabezpiecza też osoby starsze i schorowane, które mogą upoważnić do odbioru leku rodziny i bliskich.

Obecny sposób finansowania programów substytucyjnych powoduje jednak, że Pacjentom trudno jest skorzystać z nowych praw. Każda wizyta po lek jest dla placówki opłacalna, co powoduje, że programy bardzo niechętnie udzielają zgody na rzadsze stawiennictwo, a Pacjent uzyskawszy taką zgodę, łatwo może ją stracić.

Dlatego wydaje się konieczne wprowadzenie alternatywnych rozwiązań dla obecnej formuły działania programów substytucyjnych (zmiany Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii), rozwiązań, które pozwolą na lepsze zabezpieczenie potrzeb osób leczonych substytucyjnie. Takim rozwiązaniem byłoby np. zobligowanie wszystkich poradni „narkotykowych” do prowadzenia terapii podtrzymującej oraz wydawanie leków poprzez sieć ogólnie dostępnych aptek.

³ Aktualnie obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 01. 03. 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego zachowało minimalne kryteria kwalifikacyjne do programu leczenia substytucyjnego

VIII. Dochodzenie praw, składanie skargi

Pacjent uzależniony od narkotyków ma podobnie jak pozostali pacjenci placówek leczniczych wiele możliwości skarżenia działań naruszających jego prawa.

„Cztery kroki” jako możliwości działań

Krok pierwszy: Sekcja ds. Skarg i Wniosków w NFZ.

Narodowy Fundusz Zdrowia w każdym oddziale wojewódzkim wyodrębnił Sekcję ds. Skarg i Wniosków. Jeżeli do naruszenia praw Pacjenta dochodzi w placówce, którą obowiązują warunki kontraktu z NFZ, a naruszenie polega na nieprawidłowym wykonywaniu umowy z Funduszem, wówczas pacjent, może dochodzić swoich praw poprzez złożenie takiej skargi. Prawo do skargi przysługuje także pacjentom nieubezpieczonym. Skarga, bowiem dotyczy realizacji kontraktu z NFZ, a jak już wspomniano leczenie z powodu uzależnienia nie jest powiązane z ubezpieczeniem. Warto też wskazać, że pozytywne rozpatrzenie skargi jest silnym dowodem w sprawie sądowej („krok trzeci”).

Jeśli podmiot leczniczy nieprawidłowo realizuje umowę, NFZ może ją zerwać lub nie podpisać kolejnej.

Krok drugi: Rzecznik Praw Pacjenta.

W drodze dochodzenia swoich praw warto skorzystać z pomocy **Rzecznika Praw Pacjenta**. Rzecznik udzieli pomocy także w działaniach przeciwko świadczeniodawcom, **w szczególności jeżeli są to jednostki opieki psychiatrycznej**.

Zasady działalności Rzecznika Praw Pacjenta reguluje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. **Jest to instytucja strażnicza**, więc warto przy każdym uruchomieniu jakichkolwiek procedur dochodzenia praw (krok pierwszy, trzeci i czwarty) informować o tym Biuro Rzecznika.

Krok trzeci: Ugoda lub postępowanie sądowe.

W sytuacji wyrządzenia Pacjentowi szkody wskutek niewłaściwego leczenia, poszkodowany może ubiegać się, w drodze postępowania cywilnego, o uzyskanie odszkodowania od podmiotu leczniczego, w którym prowadzone było leczenie.

Pacjent, który poprzez wadliwe leczenie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia może żądać dodatkowo zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Także w przypadku zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 445 i art. 446

kodeksu cywilnego). Krzywdą są cierpienia psychiczne lub fizyczne osoby, której wyrządzono szkodę, odszkodowanie natomiast przysługuje, jeżeli poszkodowany doznał uszczerbku majątkowego.

Procedura dochodzenia roszczeń jest przewidziana w kodeksie postępowania cywilnego. Należy rozważyć kwestię, czy zawarcie ugody z ubezpieczycielem (szpital jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej) nie byłoby korzystniejsze niż wytaczanie powództwa. Przede wszystkim pozwoliłoby na uniknięcie kosztownego i nierzadko długotrwałego postępowania sądowego.

Przed złożeniem pozwu wskazane jest zgromadzenie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia. Zgodnie z art. 23 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent może wystąpić do zakładu opieki zdrowotnej o sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii swojej dokumentacji medycznej (na własny koszt).

Krok czwarty: Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej.

W przypadkach braku należytej staranności w wykonywanej praktyce medycznej, popełnionych błędów i zaniedbań w leczeniu oraz gdy lekarz postępuje sprzecznie z zasadami etyki zawodowej lub narusza przepisy o wykonywaniu zawodu lekarza, pacjent może zwrócić się także do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej. Pozytywne rozpatrzenie skargi może spowodować pociągnięcie lekarza do odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Od 2012 r. Pacjent ma możliwość złożenia wniosku do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, które działają w każdym województwie. Komisja podejmuje postępowanie, w wyniku którego ustala, czy szkoda może być uznana za zdarzenie medyczne.

Ze zdarzeniem medycznym mamy do czynienia wtedy, gdy wystąpi zakażenie pacjenta, uszkodzenie jego ciała, pogorszenie zdrowia, śmierć. Do zdarzenia medycznego dochodzi w wyniku:

- diagnozy powodującej niewłaściwe lub spóźnione leczenie,
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego,
- leczenia.

Aby wniosek został rozpatrzony przez Komisję, nie może dotyczyć zdarzenia sprzed 2012 roku. Wojewódzkie komisje zostały powołane ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Celem postępowania Okręgowej Izby Lekarskiej nie jest zaspokojenie roszczeń materialnych pacjenta, ale wyciągnięcie konsekwencji zawodowych wobec pozwanego lekarza. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej wszczyna postępowanie w sprawie pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności dyscyplinarnej za brak należytej staranności w wykonywanej pracy.

Inne drogi składania skarg

- Skarga do administracji podmiotu leczniczego:
 - kierownika podmiotu leczniczego
 - w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do rady społecznej
 - w przypadku publicznych podmiotów leczniczych do organu, który podmiot prowadzi
- Skarga do rzecznika praw pacjenta działającego w ramach danego oddziału NFZ.
- Skarga do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii lub Ministerstwa Zdrowia.

Jak wskazano wyżej, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii jest to agenda rządowa, która na mocy art. 6 ust. 3 pkt 13 Ustawy posiada uprawnienia do podejmowania interwencji w sprawach skarg i wniosków dotyczących problematyki przeciwdziałania narkomanii. Oznacza to, że w przypadkach naruszeń w placówkach leczenia uzależnień skargi można kierować bezpośrednio do Biura lub do Ministerstwa Zdrowia.
- Skarga do Programu Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, działającego jako program bezpłatnej pomocy prawnej dla osób uzależnionych i używających narkotyków.

W każdym przypadku naruszenia Praw Pacjenta dotyczącego osoby używającej narkotyków lub uzależnionej jesteśmy do Waszej dyspozycji.

Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych zostało powołane przez Polską Sieć Polityki Narkotykowej i Stowarzyszenie Jump 93. Obydwie te organizacje tworzą koalicję terapeutów, lekarzy, prawników, pracowników służby więziennej, pracowników socjalnych, pedagogów, przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz użytkowników środków psychoaktywnych. Poprzez Biuro Rzecznika działają na rzecz humanizacji prawa narkotykowego i systemu leczenia. Biuro monitoruje stan naruszeń praw osób używających narkotyki, pomaga tym których prawa naruszono, poprzez współpracę z różnymi instytucjami kreuje rzeczywistość wolną od naruszeń.

Biuro oferuje pomoc m.in. w zakresie:

- ▶ Interwencji prawnych
 - bezpłatnych konsultacji prawnika
 - pomocy w sporządzaniu pism procesowych
- ▶ Naruszeń w placówkach leczenia uzależnień

- polubownego załatwienia sprawy
- monitoringu naruszeń
- pośrednictwa w kontakcie z innymi instytucjami

Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych,

00-683 Warszawa, Marszałkowska 85

tel. 22 400 50 43, 517 933 301, e-mail: rzecznik@politykanarkotkowa.com

IX. Wzory skarg

Wzór 1: skarga na postępowanie lekarza

Miejscowość, data

Mazowiecki NFZ
Dział Skarg i Wniosków
ul. Chałubińskiego 8,
00-613 Warszawa

Andrzej Kowalski

Syn: imię ojca

Ur.....

Miejsce zamieszkania:....

Nr PESEL.....

Skarga na postępowanie lekarza

Wnoszę o pociągnięcie do odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarza Piotra M., z powodu naruszania praw pacjenta w szpitalu nr X w Warszawie, w którym lekarz ten udziela pomocy medycznej. Lekarz ten nie wywiązuje się z umowy z NFZ, ponieważ odmawia przyjmowania pacjentów, którzy posiadają ubezpieczenie zdrowotne.

Dnia 23, czerwca 2012.... Opis sytuacji... odmówił mi udzielenia pomocy..

Wobec powyższego proszę o uwzględnienie mojego wniosku. W obecnym stanie faktycznym jest on zasadny.

Podpis

Wykaz załączników:

Wzór 2: pozew o odszkodowanie/zadośćuczynienie/rentę

Miejscowość, data

Do
Sądu Rejonowego
Wydział Cywilny
w Warszawie

Powód: imię i nazwisko, adres

Pozwany: nazwa szpitala, adres

Wartość sporu: 17 200 zł

Pozew o odszkodowanie, zadośćuczynienie i o rentę

Wnoszę o:

1. Zasądzenie od pozwanego Szpitala nr X na rzecz powoda imię i nazwisko kwoty 5 tysięcy (pięć tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty odszkodowania za utracone zarobki.
2. Zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 10 tysięcy (dziesięć tysięcy) z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty z tytułu zadośćuczynienia.
3. Zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 200 (dwieście) zł miesięcznie z tytułu renty płatnej do 10 dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami do dnia zapłaty.
4. Zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu według norm przepisanych.

Uzasadnienie:

Powód – Marcin Mąka 15 lipca 2009 r. trafił do Szpitala nr X w Warszawie z powodu ostrego zapalenia żył. Nie został on poddany operacji, a wymagał tego poważny stan jego zdrowia.

Dowód:

Karta informacyjna wydana przez szpital

Na początku września u Marcina Mąki wystąpiły objawy zapalenia żył, ale nie został on przyjęty do szpitala zakaźnego w Warszawie, ponieważ nie było miejsc.

Dowód:

Karta informacyjna wydana przez szpital zakaźny

Na skutek znacznego pogorszenia zdrowia po upływie 48 godzin karetka pogotowia przywiozła chorego Kowalskiego do szpitala, gdzie ten przebywał przez okres 7 dni. Przez przebywanie na zwolnieniu lekarskim nastąpiło znaczne obniżenie zarobków powoda. Łącznie przez ten czas stracił z tego tytułu kwotę 5 tysięcy zł, ponieważ o taką kwotę zasiłek chorobowy, jaki otrzymał, był niższy od wynagrodzenia za pracę, które zostałoby mu

za ten okres wypłacone, gdyby w tym czasie świadczył pracę. Uzasadnia to roszczenie powoda o odszkodowanie w tej wysokości.

Dowód:

Zaświadczenie o zarobkach

Wirusowe zapalenie żył może w konsekwencji prowadzić do znacznych powikłań i orzeczenia o zakazie pracy. Zagrożenie to wywołuje olbrzymi stres u powoda. Pogłębia go również fakt, że musi on prowadzić oszczędnościowy tryb życia i przestrzegać diety. Uzasadnia to roszczenie powoda o zadośćuczynienie. Udzielenie powodowi pomocy lekarskiej na czas spowodowałoby wyeliminowanie takiej sytuacji.

Dowód:

Zaświadczenie z zaleceniami odnośnie do diety i oszczędnościowego trybu życia wydane przez szpital zakaźny. Stosowanie diety i konieczność zakupu leków podtrzymujących zdolność chodzenia zalecanych przez lekarza prowadzącego narażają powoda na dodatkowe wydatki co miesiąc na ten cel. Stąd roszczenie powoda o comiesięczną rentę jest uzasadnione.

Dowód:

rachunki z apteki za zakupione leki – 8 szt.

Z powyższego wynika, że wszystkie żądania powoda są uzasadnione.

(własnoręczny podpis)

Załączniki:

zaświadczenie ze szpitala

karta informacyjna – 2 szt.

zaświadczenie o zarobkach

rachunki z apteki – 8 szt.

Wzór 3: skarga do Rzecznika Praw Pacjenta

Warszawa, dnia

Dane pacjenta:

.....

Miejsce zamieszkania:

.....

Rzecznik Praw Pacjenta

al. Zjednoczenia 25

01-829 Warszawa

Skarga na postępowanie lekarzy

Wnoszę o pociągnięcie do odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy (lekarz, specjalista psychiatra) oraz (specjalista psychiatra) z powodu naruszania praw pacjenta w (nazwa placówki). Lekarze nie wywiązali się z umowy z NFZ, ponieważ odmówili mi przyjęcia do szpitala mimo że kwalifikowałem się do natychmiastowej hospitalizacji oraz nie podali leku w postaci metadonu.

Skargę składam w związku z naruszeniem art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152, dalej zwana: „uzl”) oraz art. 7 i 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417; dalej zwana: „upp”), oraz wnoszę o podjęcie niezbędnych środków kontrolnych i nadzorczych, w celu zapobieżenia powtórzenia się poniższej sytuacji oraz o pociągnięcie lekarzy do odpowiedzialności za narażanie mojego zdrowia i życia na uszczerbek.

UZASADNIENIE

W dniu z rozpoznaniem uzależnienia mieszanego otrzymałem skierowanie od lekarza programu substytucyjnego na oddział psychiatryczny.

W tym samym dniu zostałem przewieziony na ostry dyżur do szpitala X przez ratowników Pogotowia Ratunkowego w asyście Policji. Lekarz dyżurny na izbie przyjęć nie uwzględnił skierowania lekarza prowadzącego i pomimo wyraźnej potrzeby hospitalizacji, nie przyjął mnie do szpitala. W wyniku odmowy udzielenia pomocy lekarskiej, mój stan zdrowia fizycznego i psychicznego uległ dalszemu, znacznemu pogorszeniu, następstwem czego były kolejne interwencje Policji i Pogotowia Ratunkowego w ciągu następnych dni.

W dniu roku zostałem przewieziona przez ratowników Pogotowia na izbę przyjęć szpitala Y, gdzie pomimo stanu zagrażającego mojemu życiu odmówiono przyjęcia do placówki z powodu braku możliwości zapewnienia przez szpital kontynuowania przyjmowania substytutu tj. metadonu. Za bezsporny należy uznać fakt, iż powyższe zachowania lekarzy w przedstawionych placówkach, łamią prawa pacjenta i naruszają zasady etyki lekarskiej oraz przepisy związane z wykonywaniem zawodu lekarza.

Przede wszystkim należy stwierdzić, iż wspomniani lekarze odmówili mi prawa do świadczeń zdrowotnych. W myśl art. 7 upp, pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Należy podkreślić, iż wspomniany przepis nie rozróżnia przesłanek podmiotowych, tj. nie wskazuje, komu przysługuje pomoc ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. W przypadku, który jest przedmiotem niniejszej skargi, istnieje uzasadnione założenie, iż odmówiono mi podstawowych praw do pomocy lekarskiej ze względu na fakt uzależnienia od heroiny. Domniemanie to potwierdza odmowa na podstawie niejasnych przesłanek.

Wysoko niebezpiecznym dla bezpieczeństwa zdrowia i życia pacjentów jest fakt, iż lekarz dyżurny może dokonywać subiektywnej oceny stanu zdrowia chorego w kontekście uzależnienia od substancji odurzających, i na tej podstawie decydować o udzieleniu pomocy lekarskiej lub jej odmowie. Następnie należy wskazać, iż powyżej przedstawione sytuacje, ewidentnie naruszają art. 30 uzl, który stwierdza, iż lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Jest to przepis bezwzględnie obowiązujący i nie dopuszcza żadnych wyjątków. Lekarz nie może w sytuacji regulowanej niniejszym przepisem nie podjąć się lub odstąpić od leczenia pacjenta (tak w: art. 38 ust. 1 uzl) ani nie może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem. Nie budzi wątpliwości i chwili przewiezienia mnie kolejno do obu wspomnianych powyżej placówek, byłem w stanie fizycznym i psychicznym, który wymagał natychmiastowej interwencji lekarskiej pod groźbą ciężkiego rozstroju zdrowia. Ponadto, jak stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 września 2010 r. (sygn. akt V KK 34/2010), w wypadku zaistnienia skutków określonych art. 30 uzl w następstwie nieudzielenia pomocy medycznej lekarz może ponosić odpowiedzialność karną za przestępstwo popełnione nieumyślnie. Zarówno dokumentacja medyczna jak i

obecnie opiekujący się mną lekarz psychiatra, potwierdzają, iż w wyniku bezprawnego postępowania lekarzy, wystąpiły u mnie wszystkie następstwa przewidziane w art. 30 uzl.

Należy również wskazać, iż w myśl art. 8 upp, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Bezspornie nie spełnia powyższego prawa odmowa do udzielenia metadonu osobie w trakcie programu substytucyjnego, przy czym należy podkreślić, iż odmowa ta nie nastąpiła z przyczyn obiektywnych i niezależnych od lekarza.

W związku z powyższym proszę o interwencję i o uwzględnienie mojego wniosku. W obecnym stanie faktycznym jest on zasadny.

.....
podpis

Do wiadomości:

- Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej, , ul. Puławska 18, 02-094 Warszawa
- Mazowiecki Dział Skarg i Wniosków, ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa

