مشروع قانون الصحة النفسية:
خطوة أولى على الطريق الصحيح

برنامج الصحة وحقوق الإنسان
المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

نوفمبر ٢٠٠٨

الكتاب : مشروع قانون الصحة النفسية:
خطوة أولى على الطريق الصحيح

الناشر : المبادرة المصرية للحقوق الشخصية
٨ ش محمد علي جناح (البرجاس سابقا)، جاردن سيتي
تيلفاكس: ٢٧٩٦٢٦٨٢ – ٢٧٩٤٣٦٠٦ (202)+

الموقع الإلكتروني : www.eipr.org
البريد الإلكتروني : eipr@eipr.org

الطبعة الأولى: القاهرة نوفمبر ٢٠٠٨م
حقوق الطبع محفوظة
رقم الإيداع بدار الكتب: ٢٢٥٨٢ / ٢٠٠٨

فريق الدراسة

قامت بكتابة هذه الدراسة وجمع مادتها د. راجية الجرزاوي، مسئولة ملف الصحة والتمييز في برنامج الصحة وحقوق الإنسان بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية. وقام بمراجعة وتحرير الدراسة كل من د. علاء غنام، مدير برنامج الصحة وحقوق الإنسان، وسهى عبد العاطي المدير المساعد للمبادرة المصرية، وحسام بهجت المدير التنفيذي للمنظمة. كما تطوع بإبداء الرأي والمشورة أثناء البحث أوليفر لويس، المدير التنفيذي لمركز الدفاع عن قضايا الإعاقة النفسية، ومقره بودابست.

المحتويات

مقدمة..... ٤

أولاً - خلفية تاريخية ٥

تطورات ايجابية ٦

ثانياً- المعايير الدولية لحماية حقوق المصابين باضطرابات نفسية ٧

ثالثاً - حالة الصحة النفسية في العالم: الانتشار والعبء..... ٨

رابعاً ـ أوضاع وخدمات الصحة النفسية في مصر..... ١٠

خامساً ـ دور القانون في حماية حقوق المرضى النفسيين ١٣

سادساً ـ الحاجة إلى قانون جديد للصحة النفسية في مصر..... ١٣

سابعاً - مشروع القانون الجديد للصحة النفسية ١٥

١- عملية صياغة المشروع ١٥
٢- إيجابيات المشروع الجديد..... ١٥
٣- مقترحات المبادرة المصرية للحقوق الشخصية بشأن مشروع القانون الجديد ١٧
أ- نطاق الحماية القانونية للأفراد المصابين باضطرابات نفسية..... ١٧
ب ـ الحق في الإدماج المجتمعي ١٨
ج ـ ضمانات الحماية عند الإدخال القسري والعلاج الإلزامي ٢٠
د ـ قائمة الحقوق والحريات ٢٦
هـ ـ النص على مرجعية حقوق الإنسان وعلى الهدف من التشريع ٢٧
و - كفالة تكافؤ الفرص وتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية ٢٨

الملحق رقم ١: نص القانون ١٤١ لسنة ١٩٤٤ بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية ٣٠

الملحق رقم ٢ : مبادئ الأمم المتحدة لحماية المصابين بعلل نفسية وتحسين الرعاية الصحية النفسية..... ٣٧

مقدمة

في عام ٢٠٠٨ أعلنت وزارة الصحة والسكان في مصر اعتزامها تقديم مشروع قانون جديد للصحة النفسية إلى مجلس الشعب، ليحل محل القانون الساري منذ عام ١٩٤٤ وحتى الآن، والذي يحمل عنوان (قانون حجز المصابين بأمراض عقلية). وتمثل هذه المبادرة التشريعية مناسبة هامة لمناقشة قضية الصحة النفسية من منظور حقوق الإنسان. كما أن مشروع القانون الجديد يعد فرصة لمراجعة البنية التشريعية الحالية، ومدى توافقها مع الالتزامات القانونية الواقعة على الحكومة المصرية بموجب الدستور المصري والقانون الدولي لحقوق الإنسان بشأن كفالة أفضل مستوى ممكن من الصحة النفسية، وحماية حقوق الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية ومنع التمييز ضدهم.

يقدم دستور منظمة الصحة العالمية الصادر عام ١٩٤٨ تعريفاً للصحة بأنها "حالة من الشعور الكامل بالعافية الجسدية والنفسية والاجتماعية." كما دأبت المنظمة على التأكيد على الارتباط والتأثير المتبادل بين كل من الصحة الجسدية والصحة النفسية.[١] وتبرز أهمية الصحة النفسية كذلك في العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الصادر عام ١٩٦٦ والذي ينص على "حق جميع الأفراد في أفضل مستوى يمكن بلوغه من الصحة الجسدية والنفسية." وأكدت الاتفاقيات الحقوقية الإقليمية مثل الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب، والاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان والحريات الأساسية، والاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان على نفس المفهوم.

وبالتوازي مع هذه الاتفاقيات والوثائق، فقد شهدت العقود الماضية انقلاباً حاسماً في مفاهيم الصحة النفسية وإدراك أهميتها، وفي سبل إتاحة الرعاية والعلاج للأفراد المصابين باضطرابات نفسية. وقد جاء مشروع القانون الجديد في مصر استجابة لهذه التطورات. ففي تقديمها للمشروع تذكر الأمانة العامة للصحة النفسية بوزارة الصحة والسكان أن القانون الحالي وضع منذ ما يزيد على ستين عاماً لم تكن طرق العلاج الناجحة في مجال الصحة النفسية قد اكتشفت بعد، مما يشير إلى حاجة ملحة إلى قانون يوائم روح العصر والتطور العلمي ومعايير حقوق الإنسان.[٢] كما جاء في المذكرة الإيضاحية لمشروع القانون أن "مفهوم العلاج النفسي تغير ليصبح هدفه الأساسي علاج المريض وإعادته للمجتمع ليعيش حياة منتجة، وليس إقصائه وعزله في المنشآت النفسية لمدد طويلة كما هو الشأن في ظل القانون [الحالي]."

وتهدف هده الدراسة إلى تحليل مشروع قانون الصحة النفسية من وجهة نظر حقوقية لقياس مدى ملاءمته للمعايير الحقوقية والمبادئ الدولية لممارسة المهنة، آخذة في الاعتبار وضع الرعاية النفسية في مصر. وتتضمن الدراسة خلفية تاريخية عن تطور مفهوم الصحة والمرض النفسي وسبل تقديم الرعاية والعلاج في العالم، وتعرض للارتباط الوثيق بين قضايا الصحة النفسية وحقوق الإنسان، مع الإشارة إلى أهم المعايير الدولية التي تحمي حقوق الأفراد المصابين باضطرابات نفسية. ثم تتناول الدراسة بالتفصيل التعليق على مشروع القانون الجديد

---

[1] منظمة الصحة العالمية، الاستثمار في الصحة النفسية، ٢٠٠٣، ص ١٠.
World Health Organization, "Investing in Mental Health", (2003) p10.

[2] الموقع الالكتروني للأمانة العامة للصحة النفسية:
http://mentalhealthegypt.com/law_arabic_final.htm.

وعرض الجوانب الايجابية التي يحملها مقارنة بالقانون الحالي، ثم تقدم مقترحات تفصيلية لاستكمال ومعالجة بعض أهم جوانب القصور في مشروع القانون.

أولاً – خلفية تاريخية

تعرض المرضى النفسيون عبر العصور وفي مختلف مناطق العالم للتحيز والرفض والخوف والاجتناب، فضلاً عن إساءة المعاملة والاستغلال. وعلى مدى قرون طويلة كان يُنظر إلى الاضطرابات النفسية نظرة غيبية، وكان يعتقد أن أسبابها ترجع إلى قوى خارقة للطبيعة: إما شيطانية شريرة أو إلهية مقدسة. وفي أوروبا شهدت العصور الوسطى قسوة شديدة في التعامل مع المرضى النفسيين، الذين كثيراً ما كان يتم تعذيبهم وقتلهم وحرقهم لطرد الأرواح الشريرة التي تسكنهم. وبحلول القرن السابع عشر تراجعت التفسيرات الغيبية للمرض النفسي وأصبح يعتبر خللاً عضوياً. إلا أن تلك التفسيرات أيضاً لم تكن تستجلب التعاطف أو التسامح، إذ اعتبر المريض مسئولاً عن مرضه وعن الاختلال في مشاعره، وبالتالي فهو يستحق العقاب. وبالفعل، فقد نال العقاب الكثير من المرضى، والفقراء منهم على وجه الخصوص، حيث كان يتم حبسهم في السجون العامة والمصحات والمشاغل والمعازل الفقيرة، وهناك يحيون معيشة غير آدمية وفي ظروف شديدة القسوة، ويتعرضون لكافة أنواع الإساءة والاستغلال.[٣]

ومع بداية ظهور النزعة الإنسانية في منتصف القرن الثامن عشر ظهرت الدعوة إلى وضع حد لهذا التعامل غير الإنساني مع المرضى النفسيين. وتم بناء مصحات كبيرة لاحتوائهم بدلا من السجون. وبدأ تطبيق "العلاج الأخلاقي" الذي يهدف إلى تقديم الرعاية الإنسانية للمرضى وتشجيعهم على مناقشة متاعبهم وعلى التصرف بشكل "سوي". إلا أن الأحوال داخل هذه المصحات الكبيرة سرعان ما تدهورت، لتتحول بدورها إلى أماكن لعزل واحتجاز المرضى في ظروف شديدة السوء. واستمر هذا الوضع في القرن التاسع عشر، على الرغم من أن هذا القرن شهد بداية ظهور علم النفس كأحد فروع الطب. إلا أن المرضى النفسيين، وسواهم من أصحاب السلوك المخالف للسائد في المجتمع، استمروا يعزلون في مصحات كبيرة أو مؤسسات للرعاية تبنى على أطراف المدن ولا تختلف كثيراً عن السجون.[٤]

وفي العالم العربي ارتبط المرض النفسي أيضاً بالقوى الخارقة أو بالتفسير الديني، وعلى وجه الخصوص بالجان الذين كان المرض النفسي ينسب إلى فعلهم. ورغم أن المرضى النفسيين كانوا يتمتعون بالقبول النسبي لهذا السبب، فقد تراوحت الطريقة التي تعامل بها الناس معهم بتراوح القيم التي سادت كل عصر، وإن استمر اجتنابهم واستخدام القسوة ضدهم في أغلب الأوقات. ويذكر أستاذ الطب النفسي الدكتور أحمد عكاشة أن أولى مستشفيات الأمراض العقلية في العالم بنيت في الشام ومصر في القرن الثامن الميلادي.[٥] وتعتبر المؤلفات الطبية لكل من الرازي وابن سينا، في القرنين التاسع والعاشر الميلادي، من بين أولى الكتابات والتصنيفات الطبية في العالم عن الأمراض النفسية، والتي تعاملت مع "الجنون" باعتباره مرضاً يصيب

---

[3] منظمة الصحة العالمية، سياق الصحة النفسية، 2003، ص 15.
World Health Organization, "The Mental Health Context", (2003) p15
http://www.who.int/mental_health/resources/en/context.PDF

[4] منظمة الصحة العالمية، "الصحة النفسية: فهم جديد، أمل جديد"، ٢٠٠١ ، ص ٤٩.
World Health Organization, "World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope", (2001) p49.

[5] أحمد عكاشة، الطب النفسي في مصر، ١٩٩٣، ص ١٧.
Okasha, Ahmed. "Foreign Report: Psychiatry in Egypt." *Psychiatric Bulletin* (1993) p17.

العقل أو الدماغ ويؤثر في وظائفها، وصنفت الأمراض طبقا لهذا الفهم مع توصيف طرق علاجها.

وفي القرن الرابع عشر بلغت مستشفى قلاوون بالقاهرة شهرة كبيرة، وكان بها قسم للأمراض النفسية إلى جانب الأقسام الطبية الأخرى، وتعتبر بهذا مثالاً مبكراً في تقديم الرعاية الطبية النفسية ضمن إطار مستشفيات الصحة العامة قبل وقتنا الحالي بستة قرون. وفضلاً عن أن هذه المستشفى كانت تقدم خدمات الصحة النفسية للفقراء، فقد كان المرضى النفسيون المحتجزون بها لا يتم عزلهم عن باقي المرضى إلا في حالات استثنائية. ويذكر المقريزي أن السلطان بنفسه كان شديد الاهتمام بها، وأنه كان يزور المرضى العقليين المحتجزين بها عند زيارته للمستشفى. غير أن العصور التالية شهدت تدهوراً في أحوال المرضى النفسيين وفقدت مستشفيات القاهرة مكانتها، خصوصاً مع مصادرة أموالها والأوقاف المخصصة لها.[٦] وفي ظل الاحتلال البريطاني، أنشئت مستشفى العباسية في عام ١٨٨٣ لحجز المرضى النفسيين، تلاها في عام ١٩١٢ مستشفى الخانكة، وكلتاهما من المصحات الكبيرة التي ضمت أكثر من ألف سرير وبنيت على مساحات ضخمة على أطراف المدن (آنذاك)، لتماثل النموذج الغربي التي نقلت عنه.[٧]

تطورات ايجابية

مع نمو حركة حقوق الإنسان عقب الحرب العالمية الثانية، وتأكيدها على الحقوق والحريات الأساسية لجميع الأفراد دون تمييز، وما سعت إليه هذه الحركة من الكشف عن الانتهاكات التي يتعرض لها الأفراد، بدأ الكشف عن الانتهاكات البشعة التي كان المرضى النفسيون يتعرضون لها في المصحات النفسية ودور الإيواء. وصدرت شهادات حية وتقارير عديدة عن الظروف السائدة خلف أسوار تلك المصحات، والجرائم والانتهاكات التي ارتكبت بداخلها.[٨]

ومع تواتر هذه التقارير والشهادات، تنامت الإدانة لنظم العلاج في المصحات التي شهدت انتهاكات مريعة لحقوق الإنسان من ناحية، وأثبتت فشلاً ذريعاً في النواحي العلاجية من ناحية أخرى. حيث أظهرت الأبحاث أن الأثر العلاجي لهذه المصحات ضئيل للغاية، بل وأنها قد تؤدي إلى تفاقم المرض نفسه أو إلى ظهور أنواع إضافية من المرض والإعاقة بسبب العزل لفترات طويلة.[٩]

وأدى التقدم العلمي غير المسبوق في علوم الأعصاب والعلوم الكيمائية، إضافة للطفرة التي حدثت في اكتشاف أدوية وعقاقير الأمراض النفسية في النصف الثاني من القرن العشرين وظهور أشكال جديدة من العلاج النفسي والسلوكي إلى تغيير النظرة إلى الاضطرابات

---

[6] مايكل دولس، "الجنون في الطب البيزنطي والإسلامي"، ١٩٨٤، ص ١١٦-١١٧
Dols, Michael, "Insanity in Byzantine and Islamic Medicine," *Dumbarton Oaks Papers*, Vol. 38, Symposium on Byzantine Medicine (1984) pp 116-117.

[7] أحمد عكاشة، الطب النفسي في مصر، ص ١٧.

[8] التقرير السنوي للمقرر الخاص بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والنفسية لعام ٢٠٠٥، فقرة ٩، ص ٦، وثيقة الأمم المتحدة رقم E/CN.4/2005/51 . ويعطي المقرر الخاص في تقريره أمثلة على الانتهاكات التي تم توثيقها: "الاغتصاب والاعتداء الجنسي من جانب مرضى آخرين أو من جانب موظفي هذه المؤسسات، وتعرضهم للتقييد بالسلاسل على أسرة ملوثة لفترات طويلة، وفي بعض الحالات الحبس داخل أقفاص، وممارسة العنف والتعذيب، واتخاذ القرار بالعلاج دون موافقةٍ مستنيرة من أصحاب الشأن، واللجوء إلى العلاج غير المخفف بالتشنجات الكهربائية (أي بدون مادة مخدرة أو مواد لإرخاء العضلات)، والنقص الفادح في المرافق الصحية، والافتقار إلى الغذاء."

[9] سياق الصحة النفسية، ص ١٧.

النفسية، فأصبحت تعتبر أمراضاً مثلها مثل الأمراض الجسدية، تحدث بسبب تفاعل مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، والأهم أنها أيضاً قابلة للعلاج وللشفاء كسائر الأمراض.

وهكذا كان من محصلة الاعتراف بالحقوق الإنسانية للمرضى النفسيين، وتزايد الأدلة على فشل نظام المصحات النفسية، إلى جانب الاكتشافات العلمية والتقنيات الحديثة، أن حدث تحول جذري خلال النصف الأخير من القرن الماضي في النموذج العلاجي للاضطرابات النفسية: من العزل في المصحات النفسية ومؤسسات الإيواء المغلقة إلى الرعاية المفتوحة وإعادة الاندماج في المجتمع. وترتب على ذلك التوجه أن تناقصت أعداد المرضى الذين يعالجون داخل المصحات النفسية وفي بعض الأحوال تم إغلاقها كلية، كما حدث في ايطاليا، حيث نص قانون إصلاح الصحة النفسية الصادر عام ١٩٧٨ على إغلاق المستشفيات النفسية واستبدالها بشبكة متكاملة من خدمات الرعاية المجتمعية. وانخرطت العديد من المجتمعات في الدول المتقدمة والنامية على السواء في عملية التحول من الاعتماد على نموذج العلاج في المستشفيات والمصحات النفسية لصالح توفير الخدمات التي تقدم الرعاية والعلاج النفسي داخل المجتمع، مثل العيادات الخارجية، وأقسام المستشفيات العامة، ومراكز الحالات الطارئة، والخدمات الطبية المتنقلة، وخدمات الإقامة النهارية، وخدمات دعم العائلات والقائمين على الرعاية المنزلية للمرضى.

ويهدف نموذج العلاج داخل المجتمع، على عكس نموذج إبعاد المرضى وعزلهم داخل المستشفيات، إلى ضمان حصول غالبية المرضى على الرعاية الصحية التي يحتاجونها داخل مجتمعاتهم وأماكن إقامتهم، وهي الرعاية التي يجب أن تكون هذه الرعاية متاحة للأفراد المصابين باضطرابات نفسية، وأن تستجيب لاحتياجاتهم وتستعمل تقنيات علاجية فعالة تمكن من تعزيز قدراتهم على مساعدة أنفسهم. كما يجب أن تقوم الرعاية المجتمعية على إشراك العائلات والآخرين من القائمين على العناية بالأفراد المصابين باضطرابات نفسية في كافة الجهود المبذولة لمساندة المرضى، وتحفيز المجتمع من أجل القيام بدوره في هذا الصدد.

ثانياً- المعايير الدولية لحماية حقوق المصابين باضطرابات نفسية

نتج عن التطورات التي شهدتها مفاهيم الصحة النفسية وأساليب العلاج المرتبطة بها أن شرع المجتمع الدولي في الاعتراف بهذه التطورات ودعمها، فتم تنظيم عدد من المؤتمرات والاجتماعات نتجت عنها مجموعة من الصكوك والمبادرات الدولية التي استهدفت حماية وتعزيز الحقوق والحريات الأساسية للمرضى النفسيين وتنظيم قواعد علاجهم ورعايتهم بما يحفظ هذه الحقوق. وتكللت تلك الجهود بإصدار وثيقة بعنوان "**مبادئ الأمم المتحدة لحماية المصابين بعلل نفسية وتحسين الرعاية الصحية النفسية**" عام ١٩٩١.

وتعد مبادئ عام ١٩٩١ ــ والمكونة من خمس وعشرين مادة ــ وثيقة بالغة الأهمية، فقد تضمنت المعايير التفصيلية التي اتفق على ضرورة توافرها كحد أدنى فيما يتعلق بحق الأفراد ذوي الاضطرابات أو الإعاقات النفسية في الرعاية الصحية. واشتملت على مجموعة واسعة من الالتزامات المتصلة بمعايير العلاج والرعاية. كما تتخذ هذه المبادئ موقفاً قوياً وايجابياً إزاء مكافحة الوصم والتمييز ضد المرضى النفسيين، وتدعم إدماجهم في المجتمع، وتسلم بحق

كل شخص مصاب بمرض نفسي أو عقلي في تلقي العلاج والرعاية في المجتمع الذي يعيش فيه، مع بذل أكبر جهد ممكن في سبيل تحقيق ذلك.[١٠]

كما كان المجتمع الدولي في الوقت ذاته يحقق تقدماً مماثلاً في تعزيز حقوق المعاقين، وفي إدراك الصلة بين الاضطرابات النفسية والإعاقة. فقد صار من المتفق عليه أن الإعاقة النفسية تنتج عندما يسبب الاضطراب النفسي طويل الأجل خللاً يمنع الأفراد المصابين به من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين لأسباب مجتمعية. وكان من آثار ذلك الإدراك أن امتدت مظلة الحماية القانونية المتزايدة لحقوق المعاقين لتشمل المصابين باضطرابات أو إعاقات نفسية.

ففي عام ١٩٧٥ تبنت الجمعية العامة للأمم المتحدة "**إعلان حقوق الأفراد المعاقين**"، وفي عام ١٩٨٣ أعلنت عن "عقد الأشخاص المعاقين" وعن إطلاق خطة العمل العالمية بخصوص الأفراد المعاقين. وفي عام ١٩٩٣ اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة وثيقة بعنوان "**القواعد الموحدة المتعلقة بتحقيق تكافؤ الفرص للمعاقين**" واشتملت على مجموعة واسعة من الالتزامات التي تكفل إتاحة الفرص للمعاقين في جميع المجالات، مثل الرعاية الصحية وإعادة التأهيل والتعليم والتوظيف، وتؤكد على أهمية مشاركة الأفراد من ذوي الإعاقة في صنع السياسات وصياغة التشريعات التي ترعى إتاحة وتكافؤ هذه الفرص.[١١]

وتم مؤخراً اعتماد **الاتفاقية الدولية لحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة**، والتي صدقت عليها الحكومة المصرية في إبريل من عام ٢٠٠٨. وتتميز هذه الاتفاقية بالشمول والإلزام القانوني، وتستهدف احترام وحماية وتعزيز تمتع جميع الأفراد ذوي الإعاقة، بما في ذلك ذوو الإعاقة النفسية، بكامل الحقوق والحريات الأساسية دون أي نوع من أنواع التمييز. وتطالب الاتفاقية الدول الأعضاء باتخاذ كافة التدابير لضمان تكافؤ الفرص للأفراد ذوي الإعاقة، بما في ذلك التدابير القانونية والاستثنائية في كافة مجالات العيش لحمايتهم وتعويض الحرمان الذي طالما تعرضوا له.[١٢]

ثالثاً – حالة الصحة النفسية في العالم: الانتشار والعبء

تعتبر منظمة الصحة العالمية أن تمتع الفرد بالصحة النفسية لا يقتصر على مجرد غياب المرض أو الاضطراب النفسي، "بل هي حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة والتكيف مع حالات التوتر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي."[١٣]

إلا أن من الصعب الوصول إلى تعريف محدد للاضطراب النفسي، وذلك لأنه ــ كما تشير منظمة الصحة العالمية ــ "ليس حالة واحدة، بل مجموعة من الاضطرابات لها بعض الملامح

---

[10] مبادئ حماية الأفراد المصابين بالعلل النفسية وتحسين الرعاية الصحية النفسية، قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة، الدورة السادسة والأربعون، 17 ديسمبر 1991. للاطلاع على المبادئ، انظر الملحق رقم (٢) من هذه الدراسة.

[11] القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعاقين، قرار الجمعية العامة، الدورة الثامنة والأربعون، 20 ديسمبر 1993. للاطلاع: http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissrar.htm

[12] اتفاقية حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ٢٠٠٨. للاطلاع:
http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-a.pdf

[13] منظمة الصحة العالمية، "ما هي الصحة النفسية؟": http://www.who.int/features/qa/62/ar/index.html.

والسمات المشتركة."[١٤] وعلى سبيل المثال، يشمل الاضطراب النفسي الاضطرابات القصيرة والطويلة الأجل مثل الفصام، والاكتئاب والألزهايمر. أما الإعاقة النفسية، وكما ذكرنا أعلاه، فإنها تنتج عندما يسبب الاضطراب النفسي طويل الأجل خللاً يمنع الأفراد المصابين به من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين وذلك بسبب وجود أنواع من الحواجز المجتمعية.[١٥] ومن أمثلة الإعاقات النفسية التي تنتج من الاضطراب النفسي: عدم القدرة على الحصول على عمل أو على الاحتفاظ به، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة، وعدم القدرة على أداء النشاطات اليومية مثل الحفاظ على النظافة الشخصية والصحة.[١٦]

والاضطرابات النفسية، على عكس الشائع، ليست مرضاً نادراً، إذ يقدر أن حوالي ٤٥٠ مليون شخص في العالم يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية، وأن عائلة من كل أربع عائلات بها فرد واحد على الأقل مصاب باضطراب نفسي أو سلوكي، وأن واحداً من كل أربعة أفراد معرض للإصابة باضطراب نفسي في مرحلة ما من مراحل حياته.[١٧]

ويزيد احتمال التعرض لإصابة بالاضطرابات النفسية في الدول النامية بشكل ملحوظ. ومن أهم أسباب هذا الخطر زيادة أعداد السكان وخاصة من فئة صغار السن، وهي من أكثر الفئات تعرضاً للاضطرابات النفسية والسلوكية. وهناك أيضاً انتشار الفقر وما يصاحبه من البطالة وضعف مستوى التعليم والحرمان. وقد وُجد أن الفقر يزيد من احتمال الإصابة بالاضطرابات النفسية إلى الضعف.[١٨] وتتعرض البلاد النامية أيضا إلى تحولات سياسية واقتصادية واجتماعية عميقة تؤدي إلى نشوء ظواهر خطرة مثل ارتفاع معدلات النزوح إلى المدن وما ينجم عنها من انتشار العشوائيات والتشرد والازدحام والفقر وازدياد العنف، وكلها عوامل تزيد من احتمالات حدوث الاضطرابات النفسية، خاصة وأن هذه الظواهر يصاحبها في العادة تمزق في النسيج الاجتماعي التقليدي وانهيار للأشكال الاجتماعية والأسرية التقليدية المساندة للفرد.[١٩] كما تعاني الدول النامية إلى جانب كل هذه العوامل من التدهور والقصور في إتاحة خدمات الصحة النفسية.

وتتسبب الاضطرابات النفسية، إلى جانب الآلام والمعاناة التي يتعرض لها المصابون بها، في عبء مرضي واقتصادي كبير على المجتمع.[٢٠] ففي عام ٢٠٠١ كانت الاضطرابات السلوكية تمثل ١٢% من الأعباء العالمية للأمراض.[٢١] وهذه النسب مرشحة للزيادة، حيث من المتوقع أن

---

[14] منظمة الصحة العالمية، "الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع"، 2005، ص 27. للاطلاع: http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage2/en/index.html.

[15] اتفاقية حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الديباجة.

[16] منظمة الصحة العالمية، "الصحة النفسية والإدمان"
World Health Organization, "Mental Health and Substance Abuse,"
.http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1827_8056.htm

[17] الصحة النفسية: فهم جديد، أمل جديد، ص ٢٠.

[18] المصدر السابق، ص ٤٠.

[19] منظمة الصحة العالمية، تقرير الصحة النفسية لمنطقة شرق المتوسط، ٢٠٠٦، ص ٩.

[20] يقيس العبء المرضي الفجوة بين الحالة الصحية الحالية وبين حالة مثالية يعيش فيها كل فرد حياة طويلة خالية من المرض والعجز.
World Health Organization, "Global Burden of Disease: Version 2 Methods and Results", (2002)
.http://www.who.int/healthinfo/paper50.pdf

[21] سياق الصحة النفسية ، ص ١٣.

يصل العبء المرضي للاضطرابات السلوكية إلى ١٥% من العبء المرضي العالمي بحلول عام ٢٠٢٠.[٢٢]

أما عن العبء الاقتصادي، فيتمثل أولاً في عبء مباشر في صورة الإنفاق على تكاليف الرعاية والعلاج وتقديم الخدمة الطبية، وثانياً في عبء أكبر غير مباشر يتمثل في فقدان العمل وانخفاض الإنتاجية ليس فقط من جانب المريض وإنما من جانب أفراد أسرته أو القائمين على رعايته. وتشير التقديرات إلى أن الدول المتقدمة يبلغ فيها العبء غير المباشر من اثنين إلى ستة أضعاف العبء المباشر، أي أن تكلفة عدم علاج المرض النفسي تفوق بكثير تكلفة علاجه. ومن المرجح أن تزيد هذه النسبة في البلاد النامية حيث تميل أسعار العلاج المباشر إلى الانخفاض.[٢٣]

ورغم هذه الأدلة على أن علاج الاضطرابات النفسية يحقق فائدة للمجتمع وليس فقط للمصابين بهذه الاضطرابات، فإن الصحة النفسية تتعرض للإهمال الشديد في الكثير من دول العالم، بل إنها من أكثر عناصر الصحة العامة تعرضاً للإهمال.[٢٤] إذ تقل نسبة الميزانية المخصصة للصحة النفسية في معظم البلدان عن ١% من مجموع الإنفاق الصحي. وفي أكثر من ٤٠% من الدول لا توجد أصلاً سياسة للصحة النفسية، ولا يمتلك أكثر من ٣٠% من الدول أي برامج للصحة النفسية.[٢٥] وفيما يتعلق بالتشريعات الخاصة بالصحة النفسية على مستوى العالم فإن أكثر من نصف هذه التشريعات تم وضعه قبل ما يزيد على عشرين عاماً، بينما يعود حوالي ٢٠% منها إلى الستينات من القرن الماضي.[٢٦]

وبالرغم من ارتفاع أعداد المصابين باضطرابات نفسية في العالم، فإن قلة قليلة منهم يتلقون العلاج، وحتى هؤلاء لا يحصل أغلبهم على أفضل علاج ممكن.[٢٧] وفي الدول النامية نجد أيضاً تفاوتاً مفزعاً بين عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى العلاج النفسي و عدد من يحصلون عليه فعلياً، وهو التفاوت الذي يطلق عليه الفجوة العلاجية. وفي منطقة شرق المتوسط تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن حجم الفجوة العلاجية في ما يتعلق بمرض الاكتئاب مثلاً يصل إلى ٩٥%، وفي حالات الفصام ٨٠%، وفي حالات الصرع يتراوح ببن ٦٠ و٩٨%.[٢٨]

رابعاً ــ أوضاع وخدمات الصحة النفسية في مصر

بينما لا توجد دراسات إحصائية وطنية عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية في مصر، فإن بعض الدراسات تعطي مؤشرات حول مدى هذا الانتشار. ففي أحد المسوح التي تم إجراؤها في عام ٢٠٠٤ تم تقدير معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين البالغين في مصر بحوالي ١٧%.[٢٩] بينما وجدت دراسة أجريت عام ٢٠٠١ أن ٥٠% من الطلبة لديهم أعراض

---

[22] المرجع السابق.
[23] المرجع السابق، ص ١٥.
[24] تقرير المقرر الخاص بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والنفسية، فقرة ٦، ص٥.
[25] الصحة النفسية: فهم جديد، أمل جديد، ص ٣.
[26] الكتاب المرجعي حول الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع، ص1.
[27] تقرير المقرر الخاص بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والنفسية، ص٥، فقرة ٦.
[28] تقرير الصحة النفسية لمنطقة شرق المتوسط، ص ١٠.
[29] دراسة أجراها د. غانم وآخرون، مشار إليها في: منظمة الصحة العالمية، أطلس الصحة النفسية، ٢٠٠٥، ص ١٧٦.

اضطرابات نفسية.[٣٠] وتشير دراسة أخرى أجريت على المسنين عام ١٩٨٨ أن نسبة الإصابة بمرض "الخَرَف" بينهم تبلغ ٤،٥% وبالألزهايمر ٢،٢%.[٣١]

وفيما يتعلق بالتمويل فإن نسبة الإنفاق على الصحة النفسية في مصر لا تتجاوز ٢% فقط من مجمل الإنفاق الحكومي على الصحة، ويذهب أكثر من نصف هذه المخصصات (حوالي ٥٩%) للإنفاق على مستشفيات الصحة النفسية.[٣٢] وتتمركز هذه المستشفيات بوجه عام في المدن الكبرى والمناطق الحضرية.

ويبلغ عدد المستشفيات المخصصة للصحة النفسية في مصر ١٥ مستشفى موزعة على عدد من المحافظات. وتبلغ طاقتها التشغيلية الإجمالية حوالي ٦٠٠٠ سرير.[٣٣] وبلغت نسبة الإشغال في المستشفيات التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية في شهر يوليو من عام ٢٠٠٨ حوالي ٨٠%.[٣٤] ويقدر عدد المرضى الذين تم إدخالهم إلى المستشفيات النفسية التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية عام ٢٠٠٤ حوالي ٢٣،٠٤٧ مريض.[٣٥]

وبالإضافة إلى هذه المستشفيات الحكومية المتخصصة توجد في بعض المستشفيات العامة في عدد من المحافظات أقسام للصحة النفسية تبلغ طاقتها الإجمالية حوالي ٦٠٠ سرير. كما توجد أقسام للطب النفسي في تسعة من كليات الطب بالجامعات المختلفة وبها حوالي ٢٠٠ سرير. أما المستشفيات الخاصة فلا تتجاوز طاقتها الإجمالية ٧٥٠ سرير، وهو ما يشير إلى أن وزارة الصحة تعد المقدم الأول والأساسي لخدمات الصحة النفسية في مصر.[٣٦]

ويبلغ عدد العيادات الخارجية للصحة النفسية في مصر حوالي ٦٢ عيادة، اثنتان منها فقط مخصصتان لخدمة الأطفال والمراهقين. وفي عام ٢٠٠٤ بلغ عدد المترددين على العيادات الخارجية ١٧٦،١٣٣ متردد.[٣٧] وهناك عيادة واحدة فقط تقدم خدمة المتابعة للحالات التي تتلقى العلاج في المجتمع، أي خارج المستشفى، فضلاً عن عيادة متنقلة واحدة فقط.[٣٨] أما مراكز تقديم الرعاية النهارية فلا يتجاوز عددها مركزين اثنين. ووفقاً لتقارير منظمة الصحة العالمية فإنه لا توجد في مصر أي خدمات للإقامة طويلة الأمد أو برامج للإسكان مخصصة للمرضى النفسيين أثناء أو بعد العلاج، كما تعاني مصر بشكل عام من نقص خدمات الصحة النفسية المجتمعية والوقائية.[٣٩]

---

[30] أطلس الصحة النفسية، ص ١٧٦.

[31] المرجع السابق.

[32] منظمة الصحة العالمية، "أداة تقييم أنظمة الصحة النفسية: مصر"، ٢٠٠٦، ص١١
World Health Organization, "Assessment Instrument for Mental Health System: Egypt" (2006) p 11: http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_egypt.pdf.

[33] تقرير الصحة النفسية لمنطقة شرق المتوسط، ص ١١٠-١١١.

[34] الموقع الإلكتروني للأمانة العامة للصحة النفسية:
http://mentalhealthegypt.com

[35] أداة تقييم أنظمة الصحة النفسية: مصر، ص ١١.

[36] تقرير الصحة النفسية لمنطقة شرق المتوسط، ص ١١٠-١١١.

[37] أداة تقييم أنظمة الصحة النفسية: مصر، ص ١٠.

[38] المرجع السابق.

[39] أداة تقييم أنظمة الصحة النفسية: مصر، ص ٧.

أما فيما يخص القائمين على تقديم خدمات الصحة النفسية، فيبلغ عدد الأطباء النفسيين في مصر ٦٠٠ طبيب، يعمل غالبيتهم في القاهرة والإسكندرية والمدن الكبرى. ويعاون هؤلاء الأطباء حوالي ١٥٠٠ ممرض ٢٤١ أخصائياً نفسياً و٦١ أخصائياً اجتماعياً نفسياً.[٤٠]

وقد اتجهت سياسات الصحة النفسية في مصر على مدى العقود الأخيرة إلى تعزيز الخدمات المتاحة، والتحول من النظام المؤسسي في الرعاية النفسية إلى العلاج المجتمعي. ففي عام ١٩٩٧ وتحت رعاية منظمة الصحة العالمية، أعلن وزراء الصحة في دول منطقة شرق المتوسط، ومن بينها مصر، عن برنامج عمل يستهدف تعزيز الصحة النفسية ويتكون من ١٠ نقاط، جاء على رأسها توفير خدمات شاملة للصحة النفسية وإدماج الصحة النفسية في الرعاية الأولية وتطوير خدمات الطوارئ في المجتمع.[٤١] وكانت مصر من المراكز التي تم اختيارها من قبل منظمة الصحة العالمية من أجل وضع استراتيجيات لتمديد نطاق الرعاية الصحية النفسية في الأعوام من ١٩٧٥ إلى ١٩٨١، والتي طورت البرامج المطلوبة من أجل إدماج الرعاية النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية.

واعتباراً من عام ١٩٨٦، حددت الخطط الحكومية فيما يتعلق بالصحة النفسية هدفها في التوجه نحو إدماج الرعاية الصحية النفسية الأساسية ضمن الرعاية الصحية الأولية وضمن الخدمات الاجتماعية، والتعاون مع القطاعات الحكومية وغير الحكومية المعنية من أجل تحقيق هذا الهدف. وتضمنت أهداف سياسة الصحة النفسية التي وضعت عام ١٩٧٨ "تحسين الصحة النفسية للأفراد عن طريق إتاحة الخدمات لمن يحتاجون لها وعن طريق توفير الرعاية المجتمعية ومساندة الأهل."[٤٢] كما جاء في تعديل السياسة الصحية النفسية في ٢٠٠٣ أن من بين الأهداف الجديدة للسياسة: إنشاء وتطوير خدمات الصحة النفسية المجتمعية، وإصلاح المستشفيات النفسية، وتطوير تقديم الصحة النفسية في الرعاية الأولية.[٤٣]

وبالرغم من كل هذا التأكيد على أهمية إدماج الرعاية النفسية ضمن الرعاية الأولية، فإن الجهود التي تم بذلها لتحقيق هذا الهدف لم تكن كافية وجاءت نتائجها محدودة للغاية، ولم تحقق الغرض منها. فحسب منظمة الصحة العالمية فإن نسبة أطباء الرعاية الأولية الذين تلقوا دورات تدريبية قصيرة حول الصحة النفسية لا تتجاوز ٥%. كما أن غالبية هؤلاء الأطباء ليست لديهم أي بروتوكولات للمساعدة في تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية. ولم يقم سوى عدد قليل منهم باكتشاف أو تحويل حالات مرضية إلى أي من الأطباء النفسيين. بل ولم يسبق لأغلب هؤلاء الأطباء أن تعامل على الإطلاق مع الأطباء النفسيين المتخصصين.[٤٤]

وباختصار، فإن جميع الدراسات والتقارير تجمع على أن مصر تعاني من نقص شديد في الموارد المادية والبشرية المخصصة للصحة النفسية، و من قصور في إتاحة خدمات الرعاية الصحية النفسية للأفراد. ومازالت مستشفيات الصحة النفسية هي التي تقوم على توفير أغلبية خدمات الصحة النفسية، وهي الخدمات التي تتوافر في المدن الكبرى أساساً وليس في المناطق الأخرى وخاصة الريف. كما أن الرعاية الصحية الأولية مازالت غير قادرة على تقديم الخدمة الصحية النفسية أو تحويل المحتاجين إليها أو توفير الأدوية النفسية الأساسية. كما تشير

---

[40] تقرير الصحة النفسية لمنطقة شرق المتوسط، ص ١١١.
[41] المرجع السابق، ص ١٠.
[42] أطلس الصحة النفسية، ص ١٧٧.
[43] أداة تقييم أنظمة الصحة النفسية: مصر، ص ٨.
[44] المرجع السابق، ص ١٦.

التقارير إلى ضعف التعاون بين القطاع الصحي الرسمي والقطاعات المجتمعية الأخرى، بما فيها منظمات المجتمع المدني.[٤٥]

خامساً ــ دور القانون في حماية حقوق المرضى النفسيين

يمثل الأفراد المصابون باضطرابات نفسية إحدى شرائح المجتمع الضعيفة والأكثر عرضة لانتهاك حقوقهم، وهم لذلك في حاجة إلى قانون يحميهم ويحمي مصالحهم. فالمرض النفسي قد يؤثر في تفكير المصابين به ومشاعرهم وتصرفاتهم بطريقة تجعلهم غير قادرين على حماية أنفسهم أو الدفاع عن مصالحهم. كما أن الوصم والتمييز الملازم لمرضهم يعد عاملاً إضافياً يسهل تعرضهم لانتهاك عدد من حقوقهم بما في ذلك أثناء تلقيهم للخدمات العلاجية. وفضلاً عن ذلك فإن هناك بعض الأحوال التي يكون فيها المرض النفسي على درجة من الشدة تستدعي التدخل الطبي ضد إرادة المريض حفاظاً علي سلامته وسلامة الآخرين، وهنا تبرز الحاجة إلى قانون يضع ميزاناً دقيقاً بين حفظ حقوق الفرد وحرياته الشخصية في تلك الظروف الاستثنائية، بما فيها حقه في العلاج والرعاية، وبين مراعاة مقتضيات الصحة والسلامة له وللآخرين.

من ناحية أخرى، فإن تعرض المرضى النفسيين للرفض ولإساءة المعاملة وللاستغلال في كل مكان، بما في ذلك الأماكن التي تقدم لهم الرعاية الصحية، وخصوصاً داخل المصحات ودور الإيواء، يثير الحاجة إلى تشريع للصحة النفسية يتضمن عدداً من المبادئ الأساسية المتعلقة بالرعاية الصحية، مثل مبادئ العلاج في أقل البيئات تقييداً للحرية، وحفظ الخصوصية، واحترام الموافقة الحرة المستنيرة على العلاج في حالة القدرة العقلية على منحها، وتوفير الضمانات الملائمة عند اللجوء للحجز أو للعلاج الإجباري، بما في ذلك حق الطعن على هذه القرارات والإجراءات، وحماية كافة حقوق الأفراد المحتجزين داخل المنشآت النفسية.[٤٦]

غير أن من المهم أيضاً الإشارة إلى أن قوانين الصحة النفسية لا تتعلق فقط بالمجال الصحي أو تقتصر على تنظيم قواعد الرعاية والعلاج في المؤسسات النفسية، لكنها يجب أن تتسع لتشمل بنوداً تكفل حماية حقوق الأفراد ذوي الإعاقة النفسية وتمنع التمييز ضدهم في مجالات الحياة المؤثرة عليهم مثل مجالات السكن والتعليم والعمل والضمان الاجتماعي، بما في ذلك تشريعات ضمان تكافؤ الفرص في هذه المجالات.

سادساً ــ الحاجة إلى قانون جديد للصحة النفسية في مصر

يقتصر القانون الساري حاليا ــ **القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية** ــ كما هو واضح من اسمه، على وضع قواعد تنظم احتجاز المرضى النفسيين في المصحات النفسية. ويعبر القانون عن التوجه الذي كان سائداً عند صدوره منذ أكثر من ستين عاماً، حين كان المرض النفسي ينظر إليه على أنه مرض لا شفاء منه ويستمر طوال الحياة، وبالتالي فإن ما يهم هو حماية المجتمع من المرضى النفسيين وإبعادهم خلف أسوار المصحات. وكان ينظر إلى هذه المصحات كأماكن للاحتجاز أكثر من كونها مستشفيات

---

[45] أداة تقييم أنظمة الصحة النفسية: مصر، ص ٢٢.

[46] منظمة الصحة العالمية، تشريعات الصحة النفسية وحقوق الإنسان، ٢٠٠٣، ص ٢
World Health Organization, "Mental Health Legislation and Human Rights" (2003), p 2: http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index1.html.

للعلاج. ويستعمل القانون الحالي بالفعل مصطلحات مثل "الاحتجاز" و"الإفراج" و"التحفظ" و"المشتبه بهم" عند الإشارة إلى المرضى النفسيين.

ورغم أن القانون وضع أصلاً لتقنين إجراءات احتجاز المرضى النفسيين كما ذكرنا فقد شابه القصور في تلك الناحية من عدة أوجه: إذ تسمح شروط احتجاز المريض والتي لم يتم تحديدها جيداً باحتجاز أشخاص قد لا تستدعي حالتهم ذلك من الناحية الطبية. كما أن إجراءات الاحتجاز الإجباري معقدة ولا تضع في الاعتبار الأحوال الطارئة التي يصعب فيها استكمال تلك الإجراءات، وهو ما دفع الممارسين والأهل دائماً للتحايل عليها. وتستغرق آليات مراجعة قرارات الاحتجاز وقتا طويلاً يصل إلى شهر بعد بدء الاحتجاز. كما لم يكفل القانون أي حق للتظلم من تلك القرارات. ومنح القانون عائلة المريض سلطة مبالغاً فيها تسمح لهم بإبقاء المريض في المستشفيات دون ضرورة علاجية، وهو ما سمح بنشوء أوضاع يتم فيها استغلال المرضى دون أي حماية. ولم يتضمن القانون الحالي أي نصوص حول تنظيم أسلوب العلاج داخل المستشفيات.[٤٧]

وإلى جانب كل ذلك، فإن القانون ١٤١ وببساطة لا يتم تطبيقه في الواقع، وذلك لأسباب عديدة على رأسها تعقيد الإجراءات وعدم ملاءمتها. فقد ذكر طبيب يعمل بمستشفى حكومي للصحة النفسية لباحثي المبادرة المصرية للحقوق الشخصية:

> "علشان المريض أقدر ادخله تحت مادة رقم (٤) لازم يكون مع أهله شهادتين طبيتين من أطباء من خارج المستشفى على استمارة رقم (٥٨). الناس اللي جاية من بعيد ومعاها مريض متهيج أقول لهم خدوه وروحوا هاتوا استمارة (٥٨) وخلوا اثنين دكاترة يكتبوها؟"

وعلق طبيب آخر على استمرار هذه الصعوبات البيروقراطية حتى بعد إدخال المريض إلى المستشفى:

> "المريض اللي داخل إراديا لو عاوز أحوله لاحتجاز لا إرادي أعمل إيه؟ هابعت أجيب له شهادتين من دكاتره خارج المستشفى إزاي؟"

بينما شكا طبيب ثالث من عدم فاعلية آليات مراجعة الاحتجاز داخل المستشفيات:

> "أنا لو دخلت المريض بشكل قسري وبلغت مجلس المراقبة،[٤٨] على ماييجي مجلس المراقبة يكون وقت طويل فات. المريض لو تحسن وما أصبحش خطر والأعراض تغيرت يبقي أنا موقفي القانوني إيه؟"

[47] يمكن الاطلاع على نص القانون ١٤١ لسنة ١٩٤٤ في الملحق رقم (١) من هذه الدراسة.

[48] مجلس مراقبة الأمراض العقلية هو جهاز يتبع وزارة الصحة ويمنحه القانون الحالي سلطة النظر فى حجز المصابين بأمراض عقلية والإفراج عنهم والترخيص بالمستشفيات المعدة لهم والتفتيش عليها.

سابعاً – مشروع القانون الجديد للصحة النفسية

١- عملية صياغة المشروع

بدأت الأمانة العامة للصحة النفسية بوزارة الصحة والسكان العمل على وضع مسودة أولى لقانون الصحة النفسية الجديد في عام ٢٠٠٦. وقد تم استلهام هذا المشروع من عدد من القوانين المطبقة في دول أخرى إلى جانب المبادئ التوجيهية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية لإرشاد كافة دول العالم بشأن العناصر الأساسية لأي قانون يتم وضعه لتنظيم قطاع الصحة النفسية. وبعد الانتهاء من هذه الصياغة الأولى، اتبعت الأمانة العامة منهجاً تشاركياً إيجابياً في طرح المشروع للمناقشة وإبداء الرأي واقتراح التعديلات وبناء الاتفاق حوله، وذلك عبر تنظيم عدد من الاجتماعات بحضور خبراء الصحة النفسية والتشريعيين وممثلي المنظمات الحقوقية والإعلاميين. وعلى ضوء المناقشات التي دارت في هذه الاجتماعات تم إدخال تعديلات عديدة على المشروع، الذي تم نشره بعدها على الموقع الالكتروني للأمانة لجمع المزيد من الملاحظات.

في الوقت نفسه قامت الأمانة العامة للصحة النفسية في أغسطس ٢٠٠٧ بتشكيل (اللجنة الرئيسية لرعاية مصالح وحقوق المرضى النفسيين) لتقديم المشورة للأمانة وللمستشفيات بشأن حقوق المرضى وعقد الندوات والدورات التدريبية حولها وتلقي تقارير اللجان الفرعية التابعة لها والمشكلة بمستشفيات الوزارة. وقد قامت هذه اللجنة بدور كبير في إدخال ملاحظات وتعديلات على مشروع القانون، وضمت في تشكيلها ثلاثة من الأطباء العاملين بمستشفى العباسية للصحة النفسية، واثنين من الممرضين، وأستاذاً للطب النفسي بجامعة عين شمس، ومستشاراً بمجلس الدولة، ورئيساً للنيابة، وأحد المحامين، وصحفية مهتمة بقضايا الصحة النفسية. كما ضم تشكيل اللجنة ممثلة عن المبادرة المصرية للحقوق الشخصية لتقديم وجهة النظر الحقوقية. وفي بادرة إيجابية أيضاً ضمت اللجنة أحد المرضى النفسيين المتعافين، للتعبير عن منظور المرضى ومصالحهم.

ثم جرى بعدها عرض المشروع على إدارة التشريع بمجلس الدولة، والتي أدخلت عليه عدداً من التعديلات. وفي أغسطس ٢٠٠٨ أصدر وزير الصحة القرار ٣٤٠ لسنة ٢٠٠٨ بتشكيل لجنة للمراجعة النهائية لمشروع قانون الصحة النفسية، ضمت أربعة من أساتذة الطب النفسي بالجامعة وهم أ.د. أحمد عكاشة وأ.د. محمد فخر الإسلام وأ.د. عماد حمدي غز وأ.د. علاء الدين سليمان، فضلاً عن ممثلين للأمانة العامة للصحة النفسية هما د. مودي زكي ود. أحمد البحيري، ومستشار بمجلس الدولة، وعضوة بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية كممثلة عن لجنة رعاية مصالح المرضى. وقامت هذه اللجنة الجديدة بإدخال دفعة أخيرة من التعديلات على المشروع. وبعد اكتمال كل هذه التعديلات تم تقديم مشرع القانون في صورته الحالية إلى مجلس الوزراء والذي أقره في نوفمبر ٢٠٠٨ تمهيداً لإحالته إلى مجلس الشعب.

2- إيجابيات المشروع الجديد

مقارنة بالقانون الحالي، فإن مشروع القانون الجديد يتضمن دون شك مزايا عديدة ويحتوي بالفعل على العديد من النصوص التي تسعى إلى مراعاة المعايير الحديثة في التعامل مع المرضى النفسيين ومع قضايا الصحة النفسية من منظور حقوقي، وفي تلافي المشكلات التي واجهت القانون الحالي.

فالمشروع ينص على إنشاء مجلس قومي للصحة النفسية يتكون من أعضاء متنوعي التخصصات بغرض إحكام وتفعيل المراجعة والإشراف على منشآت الصحة النفسية، ويتبعه عدد من المجالس الإقليمية تغطي المحافظات المختلفة، بدلاً من مجلس المراقبة الأوحد الذي ينص عليه القانون الحالي والذي لا يكفي بالطبع لأداء هذه المهمة. كما يضم المشروع إلى عضوية المجلس القومي والمجالس الإقليمية أعضاء من منظمات الدفاع عن حقوق الإنسان وغيرها من منظمات المجتمع المدني وممثلين عن المرضى أو عائلاتهم.

وحدد المشروع الأحوال التي تجيز احتجاز المصابين باضطرابات نفسية على غير إرادتهم في مرافق الصحة النفسية بشكل يتماشى مع المعايير المهنية العالمية. وكذلك سعى مشروع القانون إلى تبسيط إجراءات الإدخال القسري وتحقيق إمكانية التدخل العاجل في الأحوال الطارئة. وحدد المدة المسموح للطبيب بمد قرار الاحتجاز فيها بثلاث شهور. كما أوجب مراجعة التقييم من جديد إذا طالت المدة عن ذلك. وكفل القانون حق التظلم للمريض وعائلته من قرارات الاحتجاز، ونص على كفالة كافة الضمانات الإجرائية في هذا الصدد. ويلتزم المشروع بذلك بمبادئ الأمم المتحدة الخاصة بحقوق المصابين بعلل نفسية، والتي توصي بمنح الأفراد المحتجزين في المصحات النفسية كافة الحقوق والضمانات التي يكفلها القانون للأشخاص المحرومين من حريتهم كالمحتجزين والمقبوض عليهم في السجون أو غيرها من أماكن الاحتجاز، وذلك لتوفير الحماية اللازمة من سوء استغلال السلطة أو التعنت أو الاضطهاد الذي قد يتعرض له الأفراد المحتجزون في المصحات النفسية قسراً لأي سبب.

وفيما يتعلق بالنواحي العلاجية، فقد أكد مشروع القانون أيضاً على حق المريض الذي يمتلك القدرة العقلية في الموافقة المستنيرة على علاجه. وتمثل هذه الضمانة تأكيداً لاستقلالية المريض وتشجيعاً لها، كما أن لها أثراً في تشجيع الطاقم العلاجي على تعديل التصور الخاطئ والسائد، والذي ينظر إلى كل مريض نفسي على أنه يفتقر للإدراك. وحظر مشروع القانون علاج المريض دون موافقته إذا كان قد دخل إلى المنشأة بإرداته إلا في أحوال الطوارئ. كما لم يعتبر المشروع أن أي إدخال إلزامي يجب أن يستتبعه فرض العلاج الإجباري، ففرق بين إجراءات الإدخال الإلزامي من ناحية، وإجراءات العلاج الإلزامي من ناحية أخرى. وفرض الحصول على موافقة المريض على العلاج حتى لو كان قد جرى إدخاله قسرياً طالما كان يملك القدرة العقلية على الموافقة.

وحدد المشروع الحالات التي يمكن فيها فرض العلاج علي مريض الإدخال الإلزامي، وأخضع العلاج الإلزامي عموماً للتقييم الدوري، وأوجب على الأطباء تسجيل ومراجعة الخطة العلاجية دورياً بهدف تحسين الأداء الطبي وكفالة المتابعة الجيدة للمريض وعدم الاكتفاء بتكرار العلاج بشكل روتيني. كما استحدث المشروع نظام الأوامر العلاجية لمعالجة المرضى خارج المستشفيات، وذلك لبعض المرضى الذين يحتاجون للعلاج بشكل إلزامي حتى يمكن استمرار علاجهم مع إعطائهم في الوقت نفسه فرصة للعيش في مجتمعهم ووسط أهلهم، مما يسهم بدوره في التقليل من أعداد المرضى الذين يحتاجون إلى الاحتجاز لفترات طويلة في المستشفيات ويمنع تفاقم المرض بسبب طول فترة العزل. وقام مشروع القانون أيضاً بمنع عزل وتقييد المريض دون الالتزام بالضوابط المنظمة لذلك، حتى يقلل اللجوء إلى هذا الإجراء القاسي، ويضمن حماية المرضى الخاضعين له، ويمنع استخدامه كشكل من أشكال العقاب.

ومن أهم مزايا مشروع القانون أنه نص على قائمة بحقوق المريض النفسي داخل المنشآت، وأوجب الالتزام بها ونص على عقوبات في حالة مخالفتها، ونص أيضا على ضرورة تعريف

المريض والقائمين عليه بهذه الحقوق. واستحدث القانون لجنة لرعاية حقوق المرضى بكل منشأة ونص على مشاركة المجتمع المدني فيها. ومن هذه الحقوق التي يتضمنها المشروع: الحق في العلاج والرعاية الصحية الجيدة في ظروف معيشية لائقة، والحق في الحماية من سوء المعاملة ومن الاستغلال بأي شكل من الأشكال، والحق في سرية المعلومات الخاصة بالمرضى، وفي الخصوصية، وفي الموافقة علي العلاج، وفي تلقي المريض للمعلومات المتعلقة بحالته، وأيضاً حقه في الاتصال بالعالم الخارجي، وفي التظلم من أي من الإجراءات التي تتخذ حياله.

3- مقترحات المبادرة المصرية للحقوق الشخصية بشأن مشروع القانون الجديد

تؤيد المبادرة المصرية للحقوق الشخصية الجوانب الايجابية العديدة التي يحتوي عليها مشروع القانون الذي أقره مجلس الوزراء في نوفمبر ٢٠٠٨، والتي تتلافي العديد من السلبيات في مشروع القانون الحالي والتي تم عرضها أعلاه. إلا أن المشروع الجديد ما زال يحتوي على بعض أوجه القصور التي تحول بينه وبين تحقيق غرض التوافق مع الالتزامات القانونية للدولة بشأن الصحة النفسية. وتوصي المبادرة المصرية بأن يتم تدارك هذه الجوانب أثناء مناقشة المشروع في البرلمان، وعند صياغة لائحته التنفيذية، وكذلك عند تطبيق السياسات والبرامج والخطط في إطار تطبيق القانون بعد إقراره.

أ- نطاق الحماية القانونية للأفراد المصابين باضطرابات نفسية

حددت المادة الأولى من الباب الأول من مشروع القانون النطاق الذي تسري فيه أحكام القانون بالمنشآت النفسية، أي مستشفيات الصحة النفسية وأقسام ومراكز الطب النفسي العامة والخاصة، واستثنى مشروع القانون بذلك العيادات الخاصة من نطاق تطبيقه.

وقد قصر مشروع القانون نطاق حمايته على المرضى المحتجزين للعلاج في المصحات النفسية على هذا النحو بافتراض أنهم الأكثر عرضة لانتهاك حقوقهم. ورغم أن هذا حقيقي، إلا أن انتهاك حقوق الأفراد المصابين بالاضطرابات النفسية – للأسف – ليس مقصوراً على تلك الأماكن وحدها. فالأفراد المصابون باضطرابات نفسية معرضون للوصم والتمييز والاستغلال في أي مكان، ومن المأمول في قانون وضع خصيصاً بغرض حمايتهم أن يشمل بالحماية كافة هؤلاء الأفراد، وليس فقط المحتجزين منهم أو الذين يتلقون علاجاً بالمصحات النفسية.

فقد استبعد مشروع القانون من نطاق حمايته مثلاً المرضى المترددين على العيادات الخارجية أو على مراكز الرعاية الأولية أو الخاضعين لأوامر علاجية خارج المستشفيات. كما استثنى القانون المرضى الذين يتلقون العلاج في مراكز التأهيل أو دور الإقامة، والتي قد يتم إنشاؤها في المستقبل، إضافة إلى استثناء العيادات الخاصة غير الملحقة بالمستشفيات من أحكام القانون، علما بأن قانون تنظيم المنشآت الطبية (رقم ٥١ لسنة ١٩٨١) يصرح للعيادات الخاصة بعدد من الأسرة (بحد أقصى ثلاثة). ومن المعلوم أن بعض هذه العيادات تمارس أحيانا أنواعا من العلاجات الخاصة مثل العلاج الكهربائي على مرضاها.

وعندما أثار ممثلو المبادرة المصرية للحقوق الشخصية هذه النقطة مع الأمانة العامة للصحة النفسية، كان رد مسئولي الأمانة أن القوانين المصرية لا يتحدد نطاق سريانها على الأفراد

وإنما على مكان التطبيق، وأن هناك قوانين أخرى بشأن تنظيم أوضاع المنشآت الطبية الخاصة هي المسئولة عن تنظيم تلك المحال ولا ينبغي التعارض معها، وأن هناك صعوبات تحول دون مراقبة تطبيق القانون على تلك الأماكن والتفتيش عليها بسبب نقص الموارد.

غير أن هذه التبريرات والصعوبات لا يجب أن تقف حائلاً دون توفير الحماية القانونية لكافة الأفراد المصابين باضطرابات نفسية أو تمنع مد نطاق القانون إليهم، ولدينا أسوة في هذا الصدد ضمن حزمة تعديلات قانون الطفل التي أقرها مجلس الشعب في شهر يونيو ٢٠٠٨، والتي تسري على كل الأطفال أينما كانوا دون تحديد أماكن سريان القانون، والأمر ذاته ينطبق على مشروع قانون المعاقين المعروض حالياً على مجلس الوزراء. كما أن مشكلات مثل التعارض بين القوانين أو صعوبات مراقبة التطبيق يجب العمل على حلها، لا أن تكون مبرراً لحرمان أغلبية الأفراد المصابين باضطراب نفسي أينما كانوا والمعرضين لسوء المعاملة والاستغلال في البيت وفي العمل وفي المدارس كما في المصحات وفي أي أماكن أخرى من الحماية التي يكفلها القانون.

وتقترح المبادرة المصرية للحقوق الشخصية لذلك أن تعدل المادة الأولى لتحقق هذا الغرض على النحو التالي: "يسري هذا القانون على كافة الأفراد المصابين باضطرابات نفسية، بما في ذلك الأشخاص الذين يتم تقييمهم للدخول إلى مرافق الصحة النفسية."

ب ــ الحق في الإدماج المجتمعي

كما ذكرنا فإن العالم يشهد منذ أواسط القرن الماضي انتقادات متزايدة لعزل الأفراد المصابين باضطراب نفسي في المصحات العقلية، ويتجه نحو الاعتماد على العلاج المجتمعي وخدمات الصحة النفسية المجتمعية عوضاً عن استخدام هذه المصحات. وأصبح الحق في الإدماج المجتمعي ينظر إليه على أنه أحد الحقوق الإنسانية للأفراد المصابين باضطرابات نفسية، فهو يصون كرامتهم ويحفظ لهم استقلاليتهم ويكفل لهم رعاية صحية أفضل، ويوفر لهم فرصة أفضل في العمل والعيش في بيئتهم المألوفة لهم والمشاركة في المجتمع. كما أن علاج الأفراد المصابين بالاضطرابات النفسية في المجتمع وتمكينهم ومساندة عائلاتهم وتحفيز طاقات المجتمع في هذا الصدد تمثل استراتيجية هامة في القضاء على الوصم الاجتماعي والتمييز المقترنين بالمرض النفسي.[٤٩]

وبينما تنبه منظمة الصحة العالمية إلى أن التحول من اتجاه العزل المؤسسي يجب أن يكون جزءاً أساسياً من خطة إصلاح قطاع الرعاية الصحية النفسية، إلا أنها تحذر من أن هذا التحول لا يتم بمجرد إفراغ المصحات النفسية من المرضى، بل يجب أن يتم بالتنسيق الجيد التدريجي وبالتوازي مع إنشاء شبكة محكمة من الخدمات المجتمعية. وتنبه أيضا إلى أن هناك ثلاث جوانب أساسية لضمان نجاح عملية التحول والإصلاح تلك، وهي: تجنب الإدخال غير الضروري إلى المستشفيات عن طريق تقديم بدائل من الخدمة النفسية المجتمعية، وتأهيل المرضى المزمنين داخل المستشفيات تأهيلاً جيداً وإخراجهم إلى المجتمع، ودعم دور المجتمع في تقديم المساندة للمرضى.[٥٠]

---

[49] تقرير المقرر الخاص بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والنفسية، فقرة ٨٥، ص ٢١.

[50] الصحة النفسية: فهم جديد، أمل جديد، ص ٥٤.

ورغم أن مشروع القانون لجأ إلى وضع ضوابط على الإدخال القسري بهدف الحد منه ومنع البقاء لمدد أطول من اللازم في المصحات، كما استحدث نظام الأوامر العلاجية سعياً وراء نفس الهدف، وهي في حد ذاتها أمور ضرورية، إلا أن اللجوء إلى هذه الإجراءات بدون توفير خدمات الصحة النفسية المجتمعية لن يكون كافياً على الإطلاق لحماية حقوق المرضى النفسيين أو للقضاء على بقاء الأفراد داخل المستشفيات دون ضرورة علاجية أو لتسهيل إعادة دمج الأفراد المصابين باضطراب نفسي في المجتمعات.

ويمثل الوضع القائم أزمة حقيقية في المصحات النفسية الحكومية في مصر، والتي تعاني أصلاً من محدودية مواردها المادية والبشرية، وهو ما أكده العديد من الأطباء والعاملين الطبيين في المصحات النفسية الحكومية، الذين قال أحدهم لباحثي المبادرة المصرية:

"عندنا مرضى كثير اتحسنوا بس أهلهم مش عاوزينهم أو ماعندهمش بيت أو حد يرعاهم، لو سبناهم يخرجوا هايتبهدلوا أو حالتهم هاتتدهور وهايرجعوا أسوأ من الأول... بس حرام يقضوا كل عمرهم هنا، ومش عارفين نعمل معاهم إيه."

وكما ورد أعلاه، فإن التحول نحو العلاج المجتمعي يعد أصلاً أحد أهداف سياسة الصحة النفسية في مصر والتي لم تنجح في تحقيقه بشكل كافٍ على مدى عقدين على الأقل. ويعتبر إصدار تشريع جديد للصحة النفسية فرصة جيدة يجب الاستفادة منها إلى أقصى حد لتحقيق أهداف الإدماج المجتمعي.

وتكمن ميزة الإطار التشريعي في أنه يضمن إلزام الدولة بتقديم هذه الخدمات، ويضمن توفير الموارد والدعم والتدريب والتنسيق اللازمين لتنفيذ ذلك، وفي قدرته على توجيه السياسات والبرامج الصحية اللازمة لتحقيق أهدافه.

ويمكن للقانون أن يساهم في نجاح سياسة الإدماج المجتمعي وفي التحول من الاعتماد على نموذج تقديم الرعاية في المؤسسات إلى نموذج العلاج المجتمعي المنشود بالطرق التالية:

١- النص على التزام الدولة بكفالة تقديم خدمات الصحة النفسية ضمن شبكة الرعاية الصحية الأولية. ومن شأن ذلك أن يؤدي إلى تحسين إتاحة خدمات الصحة النفسية ووصولها إلى الشرائح المحرومة في الريف والمناطق البعيدة عن طريق الاستفادة من موارد متواجدة بالفعل، خاصة وأن مصر بها شبكة واسعة من وحدات الرعاية الأولية وشبكة مماثلة لخدمات الرعاية الاجتماعية. كما أن تقديم الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الأولية سيساعد على اكتشاف وعلاج المرض مبكراً ويقلل من الاحتياج إلى الإدخال القسري للمستشفيات. إذ تشير التقديرات العالمية إلى أن حوالي ٢٠% من الحالات التي تتردد على مراكز الرعاية الأولية تعاني من اضطراب نفسي،[٥١] ولكنها لا تكتشف بسبب نقص الخبرة والتدريب المتاح للأطباء والعاملين في هذه المراكز.

٢- النص على التزام الدولة بتوفير وإتاحة خدمات المعالجة المجتمعية. ويمكن النص على الخدمات المطلوب توفيرها تفصيلاً. فقانون الصحة النفسية بدولة جامايكا على سبيل المثال يؤكد على أن "تتولى هيئة الصحة النفسية المجتمعية مهمة توفير خدمات

[51] المرجع السابق، ص ٢٠.

العيادات النفسية الخارجية للمرضى، وخدمات التأهيل للأشخاص الذين خرجوا من المرافق النفسية، والرعاية المنزلية الإشرافية، ودعم المصابين باضطراب نفسي .."[٥٢]

٣- النص على الالتزام بمبدأ اللجوء قدر المستطاع للعلاج في "البيئة الأقل تقييداً" والالتزام بإعطاء الأولوية للعلاج المجتمعي، واللجوء إلى الإدخال القسري إلى المصحات كحل أخير بعد استنفاذ جميع الخيارات العلاجية الأخرى. فمثلاً ينص القانون في الأرجنتين على أنه "الإدخال إلى المستشفى يجب أن يكون آخر الحلول، بعد استنفاذ جميع الخيرات العلاجية الأخرى...وفي كل الحالات، يجب تقليص مدة الإقامة بقدر المستطاع."[٥٣] وكذلك ينص القانون البرتغالي على أن "يتم توفير الرعاية الصحية النفسية أولاً على المستوى المجتمعي، لتجنب إبعاد المرضى عن بيئتهم المألوفة، وتسهيل تأهيلهم وإدماجهم الاجتماعي."[٥٤]

ومن المهم في هذا الصدد أن تعتمد نصوص المواد المتعلقة بالدخول إلى المستشفيات مبدأ "البيئة الأقل تقييدا"، كأن يضاف إلى المادة ٩ من مشروع القانون والمتعلقة بالدخول الإرادي والتي تسمح لكل مريض نفسي بلغ الثامنة عشرة أن يطلب دخول المستشفي، أنه "عند دخول المستشفي يتعين على الطبيب فحص المريض والموافقة على دخوله بعد التأكد من أن سبل العلاج الأقل تقييداً لم تثبت نجاحها أو أنها غير ملائمة لحالة المريض."

ج ــ ضمانات الحماية عند الإدخال القسري والعلاج الإلزامي

يعتبر كل من الإدخال الإلزامي والمعالجة الإجبارية من المواضيع الخلافية الشائكة في الصحة النفسية لأنهما يمثلان قيداً على الحرية الشخصية والحق في الاختيار، ويمكن إساءة استغلالهما في بعض الأحيان. ولهذا حرصت المواثيق الدولية على تحديد المعايير اللازم توافرها عند اللجوء إلى الإدخال القسري والعلاج الإجباري ووضع التدابير الملائمة التي تضمن حماية الحقوق ومنع التجاوزات.

ويبدو جلياً في نصوص مشروع القانون الجديد سعي واضعي المشروع إلى الالتزام بهذه المعايير، وحرصهم على أن تأتي بنوده متسقة مع هذا الهدف. ورغم أن مشروع القانون يحقق هذا الهدف إلى درجة كبيرة، إلا أن هناك بعض الجوانب التي لا زالت تحتاج إلى الاستكمال:

<u>معايير الإدخال الإلزامي</u>

تحدد المادة ١٢ من مشروع القانون الأحوال التي يجوز بمقتضاها إدخال المريض إلزامياً إلى أي من منشآت الصحة النفسية وهي: وجود علامات واضحة تدل على وجود مرض نفسي شديد يتطلب علاجه دخول إحدى منشآت الصحة النفسية وذلك بسبب احتمال لتدهور شديد ووشيك للحالة النفسية أو لأن أعراض المرض النفسي تمثل تهديدا جدياً ووشيكاً لسلامة أو صحة أو حياة المريض أو سلامة وصحة وحياة الآخرين. وبشكل عام فإن هذا النص يتفق مع التوصيات الدولية في هذا الشأن.[٥٥]

---

[52] الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع، ص ٤٠.

[53] المرجع السابق، ص ٣٩.

[54] المرجع السابق.

[55] انظر المبدأ ١٦ من مبادئ الأمم المتحدة لحماية المصابين بعلل نفسية وتحسين الرعاية الصحية النفسية، الملحق رقم ٢.

إلا أن من المهم أيضاً التأكيد عند تحديد وجود المرض النفسي من عدمه على ضرورة الالتزام بكامل مضمون المبدأ رقم (٤) من مبادئ الأمم المتحدة لحماية المصابين بعلل نفسية وتحسين الرعاية الصحية النفسية. ويوجب ذلك المبدأ أن يتم تقرير الاضطراب النفسي وفقاً للمعايير الطبية المقبولة دولياً، وألا يتم تقرير الاضطراب النفسي تبعاً للمركز السياسي أو الاقتصادي أو الاجتماعي أو العضوية في جماعة ثقافية أو عرقية أو دينية أو لأي سبب آخر لا يمت بصلة مباشرة لحالة الصحة النفسية، وألا يكون النزاع الأسري أو المهني أو عدم الامتثال للقيم الأخلاقية أو الاجتماعية أو الثقافية أو السياسية أو المعتقدات الدينية السائدة في المجتمع المحلي لشخص ما عاملاً مقرراً في تشخيص الاضطراب النفسي. كما لا يجب أن يكون تاريخ دخول أو علاج الشخص في مستشفى بصفته مريضاً مبرراً لأي قرار يتخذ بشان تحديد إصابته بعلة نفسية فيما بعد. ولا يجوز لأي شخص أو لأي هيئة تصنيف شخص على أنه مصاب بعلة نفسية أو الإشارة إلى ذلك بأي طريقة أخرى إلا للأغراض التي تتصل بالعلة النفسية أو بعواقبها.

ومن أجل تعزيز مبدأ العلاج في البيئة الأقل تقييدا وتحقيق هدف التقليل من حالات الاحتجاز القسري في المستشفيات ما أمكن، فإن من المفيد أيضاً النص في المادة المتعلقة بالإدخال الإلزامي (مادة ١٢) على وجوب التأكد من أن المصلحة العلاجية المرجوة من الإدخال القسري لا يمكن تحقيقها في بيئة أقل تقييداً من المستشفى. وأن ينص القانون على عدم جواز الإدخال إلى المستشفى لأغراض غير علاجية. ويقترح أيضاً تضمين الأساسيات المذكورة في المبدأ رقم (٤) عند تعريف المريض النفسي في المادة ٣ من الباب الأول من المشروع.

<u>علاج المريض النفسي</u>

فصل مشروع القانون ــ كما ورد أعلاه ــ بين إجراءات الإدخال الإلزامي وإجراءات العلاج الإلزامي، وجعل للأخيرة تقييماً مستقلاً، وحمل الطبيب مسئولية تحديد القدرة العقلية للمريض (مادة ٣١). وحرص مشروع القانون أيضاً على كفالة حق المريض الداخل إرادياً إلى منشآت الصحة النفسية في الموافقة على نوع العلاج المقدم له أو رفضه (المادة ٣١)، وأوجب على الطبيب الحصول على موافقة المريض الحرة المستنيرة قبل العلاج، وتسجيل الخطة العلاجية وموافقة المريض في الملف الطبي. كما حرص على الموازنة بين كفالة هذا الحق وبين ضرورة التدخل في الحالات الطبية العاجلة فسمح بالعلاج الإجباري الطارئ لمدة ٢٤ ساعة (مادة ٣٤). وأوجب مشروع القانون أيضا قيام الطبيب بمراجعة العلاج الإلزامي كل شهر على الأكثر وأوجب الحصول على تقييم مستقل إذا استمر هذا العلاج أكثر من ثلاثة أشهر.

وتتوافق هذه الإجراءات مع المعايير الحقوقية والمهنية إلى حد كبير، ولكن هناك العديد من التفاصيل الهامة التي يحيلها مشروع القانون إلى اللائحة التنفيذية، والتي كان يجب على القانون الجديد أن ينص عليها في متنه، مثل:

- تعريف ومعايير الموافقة المستنيرة الصحيحة على العلاج المطروح أمام المريض وهي: "الموافقة التي يتم الحصول عليها بحرية وبدون تهديدات أو إغراءات، وبعد أن يكشف للمريض بطريقة مناسبة عن معلومات كافية ومفهومة عن التشخيص والغرض

من العلاج وطريقته ومدته وفوائده المتوقعة وأساليب العلاج البديلة والآثار الجانبية للعلاج المقترح."[٥٦]

- تحديد معايير الأحوال العاجلة التي يتم إعطاء العلاج فيها بدون موافقة المريض. ويجب النص على وجوب إثبات أن الالتزام بالإجراءات العادية من شأنه أن يسبب تأخيراً قد ينجم عنه أذى للشخص أو للآخرين، ويجب كذلك ألا يسمح بإخضاع نفس المريض لدورة أخرى من العلاج الطاريء عقب انتهاء الدورة الأولى مباشرة. كما يجب تحديد نوعية العلاجات المسموح بها في تلك الفترة الاستثنائية، والنص على أنه لا يجوز أن يشمل العلاج الطارئ استخدام العلاج الكهربائي أو الأدوية النفسية طويلة المفعول والتأثير، أو أي من العلاجات التي لا يمكن الرجوع عن آثارها مثل الجراحات النفسية.[٥٧]

- توضيح إجراءات فرض العلاج الإلزامي بالتفصيل، وكيف سيتم تقييم المعالجة الإجبارية بشكل منفصل عن تقييم الإدخال الإلزامي ووفقا للمعايير الطبية الدولية.[٥٨] وتتضمن تلك المعايير أن تتم إجازة خطة المعالجة من سلطة مراجعة مستقلة، وبطبيعة الحال أن يكفل للمريض ولممثليه حق الطعن على قرارات العلاج الإلزامي.

العلاجات الخاصة أو التجاوزية

تنص المادة ٣٢ من مشروع القانون على حظر إعطاء المريض النفسي أي علاج من العلاجات المستخدمة في الطب النفسي قبل إحاطته علما وقبل الحصول على موافقته، بينما تبيح للطبيب إجبار المريض على العلاج في بعض الحالات بشرط اتباع إجراءات العلاج الإلزامي.

غير أن مشروع القانون لم يفرق في هذا الصدد بين العلاجات العادية والعلاجات الخاصة أو التجاوزية، مثل الجراحات النفسية أو العلاج بالهرمونات أوغير ذلك من العلاجات، خاصة التي تحمل أثارا لا يمكن الرجوع عنها.[٥٩] كما لم يفرق مشروع القانون في تنظيم الموافقة على تلقي هذا النوع من العلاج بين المريض الذي تم إدخاله بشكل إرادي وغيره ممن تم إدخالهم قسرياً.

فمبادئ الأمم المتحدة تحظر حظراً تاماً إجراء جراحات نفسية أو غيرها من أشكال العلاج التجاوزي الذي لا يمكن تدارك آثاره لمريض مودع إجبارياً في مرفق للصحة النفسية، وأجازت المبادئ استخدام هذه العلاجات لمرضى الدخول الإرادي بشرط أن يكون ذلك "في حدود القانون المحلي، وبعد موافقة مستنيرة من المريض، وبعد أن تكون هيئة مستقلة قد

---

[56] مبدأ ١١ من مبادئ الأمم المتحدة لحماية المصابين بعلل نفسية وتحسين الرعاية الصحية النفسية.

[57] الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية في الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع، ص ٨٠.

[58] وتحدد فقرة ٦ من المبدأ ١١ من مبادئ الأمم المتحدة شروط فرض العلاج الإلزامي بأنها "إذا كان المريض، في وقت اقتراح العلاج، محتجزاً كمريض رغم إرادته؛ وإذا اقتنعت سلطة مستقلة في حوزتها كل المعلومات المتعلقة بالموضوع، بما في ذلك المعلومات المحددة في الفقرة ٢ من هذا المبدأ (المتعلقة بالموافقة المستنيرة)، بأنه لم تكن للمريض، وقت اقتراح العلاج، الأهلية لإعطاء أو رفض إعطاء الموافقة المستنيرة على خطة العلاج المقترحة، أو إذا اقتنعت السلطة المذكورة بأن امتناع المريض عن إعطاء الموافقة المذكورة هو، حسبما تنص عليه القوانين المحلية، امتناع مخالف للمنطق المعقول وفقاً لما تقتضيه سلامة المريض نفسه أو سلامة الأشخاص الآخرين، وإذا اقتنعت السلطة المستقلة بأن خطة العلاج المقترحة تفي باحتياجات المريض الصحية على أفضل وجه."

[59] الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية في الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع، ص ٨٣.

اقتنعت بأن موافقة المريض حقيقية وأن هذا العلاج يفي على أفضل وجه باحتياجات المريض الصحية."[٦٠] كما حظرت المبادئ حظراً تاماً إجراء التعقيم كعلاج لأي اضطراب نفسي.[٦١]

ورغم أن بعض هذه العلاجات قد لا يكون معروفا في مصر حالياً، إلا أنه لا بد من وضع القواعد التنظيمية لها تحسباً للمستقبل. فيجب أن ينص القانون على حظر إجراء جراحات نفسية أو غيرها من أشكال العلاج التجاوزي الذي لا يمكن تدارك آثاره، لمريض مودع إجباريا في مرفق للصحة النفسية أو لأي مريض غير قادر على إعطاء الموافقة الحرة المستنيرة على العلاج. كما يجب أن يحدد القانون كافة الإجراءات الواجب اتباعها لحماية المرضى القادرين على إعطاء الموافقة عند اللجوء إلى هذه العلاجات. ويجب أن تتضمن تلك الإجراءات ضرورة الحصول مسبقا على موافقة مجلس الصحة النفسية بشرط قيام المجلس بفحص المريض والتأكد من قدرته على إعطاء الموافقة المستنيرة، ومن توافر كافة شروط الموافقة المستنيرة الصحيحة، بما في ذلك معرفة المريض بكافة العواقب والتأثيرات الجانبية، ومن أن هذا العلاج هو العلاج الأفضل للمريض. كما يجب النص على حظر إجراء التعقيم كعلاج للاضطراب النفسي حظراً تاماً، وهو ما يخلو منه مشروع القانون الحالي.

آليات المراجعة والإشراف

توجب المعايير الدولية أن تجيز هيئة مراجعة مستقلة كافة قرارات الاحتجاز اللاإرادي، وأن تتم مراجعة تلك القرارات بشكل دوري على فترات محددة. وهذه الهيئة ــ والتي قد تكون قضائية أو شبه قضائية أو ذات طبيعة أخرى ــ يجب أن تكون مستقلة وأن تنشأ بموجب القانون وتعمل وفق إجراءاته. ويجب أن يسمح للمريض بحق تقديم طلبات إليها، كما يحق للمريض ولممثله الشخصي أو لأي شخص معني الحق في أن يطعن أمام محكمة أعلى في قراراتها، وأن توفر للمريض كافة الضمانات الإجرائية في هذا الصدد.[٦٢] كما يجب أن تقوم هيئة تضم أفراداً متنوعي التخصصات بالمهمات الإشرافية والتنظيمية، مثل التفتيش المنتظم على المرافق ورصد أحوال المرضى وتسجيل الإحصائيات وتحديث السجلات وتقديم الإرشادات ورفع التوصيات وغير ذلك.[٦٣]

وينص مشروع القانون على إنشاء (المجلس القومي للصحة النفسية) بوزارة الصحة والسكان، وعدد من المجالس الإقليمية للصحة النفسية التابعة له بمديريات الشئون الصحية بالمحافظات (المادة ٤)، وذلك حتى تتمكن تلك المجالس من إتمام مهام المراجعة والإشراف بشكل وافٍ، وتلافي التقصير الذي قد ينشأ عن اضطلاع مجلس واحد بكل هذه المهام كما هو الحال في القانون الحالي، مع تحديد تشكيل هذه المجالس وطبيعة عملها. ومن إيجابيات المشروع أنه حرص على أن تضم مجالس الصحة النفسية تشكيلة واسعة من الأطباء المتخصصين ومن رجال القضاء ومن الأخصائيين الاجتماعيين. كما ضم المشروع إلى عضوية المجلس ممثلين عن المجلس القومي لحقوق الإنسان وعن الجمعيات الأهلية الممثلة للمرضى وعائلاتهم. واستحدث مشروع القانون أيضاً إنشاء مكاتب تابعة للمجالس النفسية داخل المنشآت، تتمتع بالاستقلالية عن إدارة المنشأة، وذلك بغرض تسهيل عمل المجالس وتأكيد فاعليته (المادة ٨ فقرة ٥).

---

[60] مبادئ الأمم المتحدة لحماية المصابين بعلل نفسية وتحسين الرعاية الصحية النفسية، مبدأ ١١ فقرة ١٤.

[61] المرجع السابق، مبدأ ١١ فقرة ١٢.

[62] المرجع السابق، مبدأ ١٧ و١٨.

[63] الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع، ص ٩٦.

وكما ورد أعلاه، فإن مجالس الصحة النفسية ستتولى مراجعة قرارات الإدخال والعلاج القسري، ومهام الترخيص للمستشفيات والإشراف والتفتيش. وهنا تثور إحدى مشكلات مشروع القانون والتي تتمثل في أن التشكيل الذي ينص عليه المشروع حالياً يغلب عليه الطابع الحكومي بقوة: فأغلب الأعضاء موظفون حكوميون يتم اختيارهم بحكم مناصبهم أو من قبل رؤسائهم أو هيئاتهم الإدارية المعنية، بما في ذلك الجمعيات الأهلية والممثلين عن المرضى وعائلاتهم. بل إن المجلس القومي للصحة النفسية يترأسه الوزير شخصياً، وهو ممثل عن السلطة التنفيذية المنوط بها تقديم الخدمة والتي يفترض أن دور المجلس هو مراقبتها. ومن شأن هذا التشكيل الذي يجعل من الحكومة رقيباً على ذاتها أن يناقض الاستقلالية المنشودة لهذه المجالس ويضعف من قدرتها على أداء دورها المنشود.

وتوصي المبادرة المصرية للحقوق الشخصية أن يراعى في تشكيل تلك المجالس أن يكون أغلب أعضائها من المستقلين، وأن تتوسع في ضم أعضاء من النقابات والجمعيات المهنية والشخصيات العامة والجمعيات الحقوقية وممثلي المرضى النفسيين وعائلاتهم. كما يجب النص على مراعاة عدم وجود تعارض في المصالح عند ممارسة مهام أعضاء المجالس، خاصة من أعضاء الفريق الطبي الذي قد يكون إلى جانب عضويته في المجلس مسئولاً عن إحدى المستشفيات التي يقوم بالتفتيش عليها. ويجب أيضا أن توضع آلية مناسبة لضمان تجديد العضوية دورياً وعلى فترات معقولة.

ومن الهام كذلك أن يحدد القانون النطاق الزمني الذي يجب خلاله على المجالس الإقليمية أن تقوم بمراجعة جميع حالات الإدخال والعلاج الإلزاميين، وأن يتم هذه المراجعة على فترات متقاربة مع إثباتها في السجلات. ويجب أيضاً أن تتم إلى جانب مراجعة حالات الإدخال الإلزامي مراجعة حالات الدخول الإرادي التي يمضي على بقائها داخل المستشفى فترة طويلة، للتأكد من سلامة التقييم الطبي ومن الاستيفاء السليم لمعايير الدخول الإرادي وخصوصا شرط الموافقة الحرة المستنيرة.

حق الشكوى والتظلم

كفلت المادة ٢٠ من مشروع القانون للمريض وذويه ومحاميه كافة حقوق الشكوى والتظلم من قرارات الحجز والعلاج الإلزامي إلى المجلس القومي للصحة النفسية، وأوجبت البت في هذا التظلم في فترة محددة. ومن مزايا هذه المادة أن حق التظلم هذا قد تم تمديده ليصبح من حق لجان رعاية حقوق المرضى التظلم من قرارات الحجز والعلاج الإلزامي نيابة عن المريض، وهو ما يوفر للمرضى الذين يفتقرون إلى إمكانيات مساعدة الأهل أو من يعنى بشئونهم أن تقوم تلك اللجان بالدفاع عن حقهم في التظلم. وتسمح المادة نفسها للمشتكين بالطعن على كافة القرارات الإدارية أمام القضاء، وتكفل لهم جميع الضمانات الإجرائية في هذا الصدد.

غير أن مشروع القانون لا يحدد المقصود بهذه "الضمانات الإجرائية"، وعلى اللائحة التنفيذية أن توضح تلك الضمانات التي يجب أن تتسق مع المعايير الدولية، وعلى رأسها حق المريض أن يختار محاميه، وأن يوفر له محام دون مقابل إذا لم يستطع الدفع، وأن يحصل على نسخ من السجلات أو التقارير والوثائق المطلوبة والمتعلقة بحالته، وأن يجوز له ولمحاميه تقديم تقارير وشهادات مستقلة بشأن حالته النفسية، وأن يحضر الجلسات التي يتم فيها النظر في تظلمه ويشارك فيها، وأن يكون من حقه استدعاء الشهود.

الأطفال والقصر

تعتبر المادة ١١ من مشروع القانون هي المادة الوحيدة في القانون التي تتعلق بالأطفال المصابين بمرض نفسي. وتجيز المادة إدخال الطفل تحت سن ١٨ سنة إلى المستشفى أو إخراجه بناء على طلب الوالدين أو الوصي. إلا أن المادة تجعل من إبلاغ مجلس الصحة النفسية بإدخال الطفل إلى المنشأة النفسية أمراً جوازياً.

وتشير التوصيات الدولية إلى أن تشريعات الصحة النفسية بوجه عام يجب أن تقلل قدر الإمكان من حالات إدخال الأطفال إلى المستشفيات والمنشآت النفسية، نظراً لسهولة تأثرهم وضعفهم وللتأثير السلبي الذي قد يسببه عزلهم على نموهم الطبيعي. ولذلك يجب على التشريعات أن تشجع علاجهم في المجتمع عن طريق الرعاية الأولية أو الرعاية المجتمعية.[٦٤]

وتزداد أهمية التقليل من إدخال الأطفال إلى مصحات الصحة النفسية إذا وضعنا في الاعتبار الندرة الشديدة في المنشآت المخصصة للأطفال في مصر والتي تأخذ بعين الاعتبار احتياجات النمو البدني والنفسي لهم. ويقترح النص في هذه المادة على أن "يراعى عدم إدخال الطفل إلى المستشفى إلا كملاذ أخير وبعد استنفاذ كافة البدائل العلاجية الأقل تقييداً." كما يجب التأكيد على مراعاة النضج النسبي للقاصرين القادرين على التمييز عند اتخاذ القرارات التي تتعلق بإدخالهم إلى المصحات أو علاجهم فيها، وذلك عبر النص على وجوب "مراعاة آراء القصر في قضايا الموافقة على الدخول والعلاج حسب عمرهم ودرجة نضجهم."[٦٥]

وتوصي اتفاقية حقوق الطفل والتي صادقت عليها الحكومة المصرية في عام ١٩٩٩ بمراعاة حق الأطفال الذين يتلقون الرعاية أو العلاج الجسدي أو النفسي داخل المؤسسات في أن تتم مراجعة حالتهم دوريا.[٦٦] ولهذا يلزم أن يوجب القانون إبلاغ مجلس الصحة النفسية عن جميع حالات إدخال الأطفال إلى المستشفيات، وأن يلتزم المجلس بمراجعة أحوالهم دورياً على مدد محددة في القانون، وذلك للتأكد من ضرورة إدخالهم ولضمان سرعة خروجهم من المستشفيات حالما تسمح حالتهم بذلك.

كما يجب على القانون أيضاً أن يحظر حظراً تاماً إخضاع الأطفال للعلاج الكهربائي ولجميع المعالجات الخاصة والجراحات النفسية والتعقيم.[٦٧]

وكما ذكر أعلاه فإن النقص الشديد في المرافق النفسية المخصصة للأطفال، والتي توفر لهم احتياجاتهم من التعليم والدراسة والنمو الاجتماعي والأنشطة المناسبة للعمر، يجب أن يتداركه القانون عبر النص على إلزام الدولة بتوفير وإتاحة هذه الخدمات. وأن ينص على عدم جواز احتجاز الأطفال في الأماكن المخصصة لإقامة البالغين.

الإيداع بقرارات أو أحكام قضائية

يخصص مشروع القانون الفصل الثالث منه للحالات التي يتم فيها إحالة متهم بارتكاب جرم لإيداعه بإحدى منشآت الصحة النفسية بغرض تقييم حالته النفسية.

---

[64] الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع، ص ١١٣.

[65] المرجع السابق.

[66] اتفاقية حقوق الطفل، ١٩٨٩، مادة رقم٢٥.

[67] الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع، ص ١١٤.

ويمثل موضوع المرضى المودعين للعلاج بأوامر قضائية في مستشفيات الصحة النفسية مشكلة كبيرة يجب البحث عن حلول جدية لها. فهناك حالات قضت في أقسام الإيداع أكثر من ضعف المدة الزمنية القصوى للعقوبة المستحقة على الجريمة التي اتهموا بها، وهناك من قضوا سنين طويلة داخل المستشفيات بسبب ارتكابهم مخالفات بسيطة.[٦٨] ورغم انتهاء الأسباب المرضية لاحتجازهم فإن قصور النظام والمخاوف الأمنية المبالغ فيها تترك هؤلاء المحتجزين رهينة للاحتجاز اللانهائي دون أمل في إطلاق سراحهم، مما يدفعهم للانتكاس أو محاولات الهرب المتكررة، وأحيانا إلى الانتحار.[٦٩]

وكانت المسودة الأولى لمشروع القانون الجديد قد تضمنت بنداً ينص على ضرورة إعادة تقييم المرضى المودعين قضائياً للعلاج بمستشفيات الصحة النفسية مرة كل ثلاثة أشهر على الأقل وأن ترفع نتيجة التقييم إلى المجلس المحلي للصحة النفسية للنظر في ضرورة استمرار إيداع المريض للعلاج من عدمها، وأن من حق المودع أو القيم عليه الحصول على صورة من هذا التقييم. غير أن هذه الفقرة تم إلغاؤها من المسودة النهائية للقانون دون سبب واضح.

وينظم قانون الإجراءات الجنائية حالياً في الفصل الثالث عشر من الباب الأول من الكتاب الثاني ــ والذي يحمل العنوان المشين: (المرضى المعتوهين) ــ كيفية التعامل مع المرضى المودعين بأوامر قضائية. وربما يشير عنوان الباب نفسه إلى الحاجة لوضع آلية فعالة للتعامل مع الحالات المودعة لأسباب قضائية، تأخذ في الاعتبار حقوقهم الإنسانية إلى جانب ضمانات السلامة لأفراد المجتمع. ومن الضروري أن تشمل هذه الآلية دورية التقييم النفسي وإجراءات إنهاء الإيداع عند انقضاء أسبابه وبرامج خاصة لإعداد المحتجزين للخروج.[٧٠]

د ــ قائمة الحقوق والحريات

تنص المادة ٤٥ من مشروع القانون على قائمة من حقوق المريض النفسي الذي يعالج بالمنشآت النفسية أوجبت الالتزام بها وفرضت عقوبات على من يخالفها. و توضح هذه المادة حرص واضعي المشروع على حماية حقوق المريض النفسي الذي يعالج داخل تلك المنشآت. إلا أن من الضروري أن تتسع تلك القائمة لتشمل كافة الحريات والحقوق الأساسية التي تكفلها المواثيق الدولية للأفراد المصابين باضطراب نفسي عموماً سواء داخل المنشآت النفسية أوخارجها.

وربما كان لاقتصار نطاق سريان مشروع القانون على المرضى داخل المنشآت النفسية فقط ــ كما ورد أعلاه ــ أن جاء التركيز في هذه القائمة على بعض الحقوق وإغفال غيرها رغم أهميتها، وهو ما يخالف المبدأ الأول من مبادئ الأمم المتحدة لحماية المصابين بعلل نفسية، الذي أوجب كفالة الحقوق والحريات الأساسية لجميع الأفراد المصابين بمرض نفسي أينما كانوا، سواء كانوا موجودين داخل منشأة نفسية أم خارجها. وجاءت قائمة حقوق المريض النفسي في مشروع القانون تخلو من عدد من الحقوق الأساسية مثل الحق في الحماية من كافة أنواع التمييز أو الاستبعاد أو التصنيف. كما جاءت خالية من التأكيد علي ضمان كافة الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وكافة الحقوق والحريات التي تتضمنها المعاهدات الدولية التي صدقت عليها مصر.

---

[68] من واقع زيارة ميدانية إلي قسم المودعين بمستشفي الخانكة في ٢٠٠٨/٤/١٩.

[69] انظر صحف المصري اليوم ٢٠٠٨/٧/٢٠ ص ٣، والأسبوع ٢٠٠٨/٦/١٤ ص ٢٣، والفجر ٢٠٠٨/٦/١٥ ص ٢٤.

[70] الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع، ص ١٠٧-١٠٨.

ويجب ــ كما ذكر أعلاه ــ أن يتوفر أيضاً للمحتجزين في المصحات النفسية كافة الحقوق المتعلقة بالأشخاص الموضوعين قيد الاحتجاز.[٧١] فاحتجاز الأفراد رغماً عنهم وعزلهم وإخضاعهم لأنواع من العلاج الذي قد يحد إلى درجة كبيرة من قدرتهم العقلية والحركية هو أمر جداً خطير، خاصة عندما يكون المعرضون له غير قادرين على الدفاع عن أنفسهم بسبب طبيعة مرضهم ذاته. ولهذا تجب كفالة تلك الحقوق كاملة، إذ يجب النص على ضرورة إبلاغ المريض بلغة يفهمها بسبب احتجازه وكيفية تمكنه من الطعن على قرار احتجازه، وأن يعلم متى وأين ستنعقد الجلسة الخاصة بنظر هذا الطعن، وأن يتم تزويده بمحام بدون مقابل لتمثيله في إجراءات الطعن، مع السماح للمريض ومحاميه بالإطلاع على كافة السجلات الطبية الخاصة بالمريض، والسماح لهم بالوقت الكافي لتجهيز الدفاع وبتقديم الأدلة الخاصة بهم بما في ذلك استدعاء الشهود. كما يجب أيضاً إبلاغ المريض بقرار المحكمة في أقرب وقت وأن يكون هذا القرار مسبباً وقابلاً للاستئناف.

هـ ــ النص على مرجعية حقوق الإنسان وعلى الهدف من التشريع

نظراً لأن قيم حقوق الإنسان تعد "منطلقاً أساسيًا لكافة تشريعات الصحة النفسية"،[٧٢] فإن القانون يجب أن يعلن عن التزامه بهذه المرجعية الحقوقية، وهو ما يفتقده مشروع القانون حالياً. ويساهم النص على تبني القانون للحقوق الإنسانية للمصابين باضطراب نفسي والنص على الالتزام بحق جميع الأفراد في الصحة الجسدية والنفسية، في مكافحة الوصم والتمييز ضد المرضى النفسيين وفي التأكيد على التزام الحكومة بمسئوليتها تجاه حق الأفراد في الرعاية الصحية النفسية جنبا إلى جنب مع الرعاية الصحية الجسدية.

وقد حرصت عدة دول على تضمين مثل هذه المنطلقات الحقوقية في ديباجة و متن تشريعاتها. فعلى سبيل المثال، تنص ديباجة قانون حماية الصحة النفسية في بولندا على أن القانون قد صدر "إقراراً بحقيقة أن الصحة النفسية قيمة إنسانية جوهرية، وأن حماية حقوق المصابين بالاضطرابات النفسية عهد تلتزم به الدولة."[٧٣]

ومن ناحية أخرى، يفتقر مشروع القانون إلى النص على الهدف أو المبادئ العامة التي يبغي تحقيقها. ومن المهم عند صياغة التشريعات أن ينص القانون على ذلك. فالنص على الأهداف أولاً يساعد على ضمان اتساق بنود القانون مع تلك الأهداف، وثانياً لأن صياغة القوانين عادة ما تكون عمومية والنص على المبادئ العامة يقدم إرشادات للقائمين على التنفيذ والتفسير عند صياغة اللوائح التنفيذية وإصدار الأوامر الإدارية، ويوفر إطاراً عاماً يسترشد به واضعو السياسات والبرامج الضرورية لتطبيق القانون. ويجب بطبيعة الحال أن تتسق تلك الأهداف مع المعايير الحقوقية.

وتوصي منظمة الصحة العالمية عموماً بأن الأهداف التي تسعى قوانين الصحة النفسية لتحقيقها يجب أن تشمل "تعزيز وحماية حقوق المصابين باضطراب نفسي وعدم التمييز ضدهم وتحسين إتاحة الخدمات النفسية وانتهاج أسلوب مرتكز على المجتمع في هذا السياق."[٧٤]

---

[71] مبادئ الأمم المتحدة لحماية المصابين بعلل نفسية وتحسين الرعاية الصحية النفسية، المبدأ الأول فقرة ٥.

[72] الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع، ص ٤.

[73] المرجع السابق، ص ٢٦.

[74] الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية وحقوق الإنسان والتشريع، ص ١٦٣.

وتدرج بعض البلاد قائمة تفصيلية وشاملة لأهداف القانون، مثل قانون الرعاية الصحية النفسية لجنوب أفريقيا الذي وضع عام ٢٠٠٢، والذي ينص على أن
"أهداف هذا القانون هي:
أ – تنظيم البيئة الصحية النفسية بطريقة:
١– تمكن من توفير أفضل ما تتيحه الموارد من الرعاية الصحية النفسية والمعالجة والتأهيل،
٢– تجعل الرعاية الصحية النفسية والمعالجة وخدمات التأهيل الفعالة متاحة للجميع بشكل عادل وعلى أفضل وجه، مع تنسيقها ودمجها،
٣–تقع في إطار البيئة العامة للخدمات الصحية؛
ب– تحديد حقوق وواجبات مستخدمي الرعاية الصحية النفسية وواجبات والتزامات مقدمي الرعاية الصحية النفسية؛
ج– تنظيم توفير وإتاحة الرعاية الصحية النفسية إلى:
١– مستخدمي خدمات الرعاية الصحية النفسية طوعاً أو قسراً أو مساعدة،
٢– المرضى غير المؤهلين للمثول أمام المحاكم أو إدراك أفعالهم الإجرامية،
٣– السجناء المصابين بعلة نفسية؛
د– تنظيم أسلوب التعامل مع المرضى النفسيين من قبل المحاكم؛
هـ– الاستعداد للتعامل مع القضايا ذات الصلة."[٧٥]

كما أن من الممكن تحقيق نفس الغرض عبر الاسترشاد بالمبادئ الواردة في المذكرة الإيضاحية لمشروع القانون وإدماجها في ديباجة القانون أو متنه.

و – كفالة تكافؤ الفرص وتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية

ذكرت المذكرة الإيضاحية المرفقة بالمسودة الأولية لمشروع القانون، والموقعة من وزير الصحة والسكان، أن مشروع القانون الجديد يهدف إلى وضع قانون شامل للصحة النفسية.[٧٦] إلا أن مشروع القانون جاء وقد تمركزت غالبية بنوده ــ كما ذكر بالتفصيل أعلاه ــ حول مواضيع الدخول والعلاج في المصحات النفسية. ويحول هذا الاقتصار على التناول الطبي فقط بين القانون وبين تحقيق الحماية المنشودة للأفراد المصابين باضطراب نفسي أو تعزيز الصحة النفسية بشكل عام.

كما أن منظمة الصحة العالمية توصي بأن التشريعات التي تهدف إلى حماية حقوق الأفراد المصابين باضطراب نفسي يجب ألا تقتصر على مواضيع الصحة النفسية أو الصحة العامة فقط، بل تمتد إلى مجالات الإسكان والتعليم والعمل وغيرها، لكون هذه المجالات ضرورية لتحسين معيشة الأفراد المصابين باضطراب نفسي ولتعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية.[٧٧]

---

[75] المرجع السابق، ص ٢٦.

[76] المسودة الأولي من مشروع قانون الصحة النفسية، وزارة الصحة والسكان المصرية، الأمانة العامة للصحة النفسية. حيث نصت على: "وقد راعى مشرع القانون المعروض أن يكون شاملا للصحة النفسية بصورة عامة وليس حجز المصابين بآفة عقلية فحسب."

[77] تشريعات الصحة النفسية وحقوق الإنسان، ص٢١.

ويمثل مشروع قانون حماية الأفراد المعاقين، الذي أعلنت الحكومة مؤخراً عن الانتهاء من صياغته، فرصة لتعويض هذا النقص في مشروع قانون الصحة النفسية. فقانون المعاقين يهدف أساساً إلى إدماج بنود الاتفاقية الدولية لحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في بنية القانون المصري، من أجل حماية وتعزيز حقوق جميع الأشخاص ذوي الإعاقة وكرامتهم، بما في ذلك ذوي الإعاقة النفسية.

وتوجب الاتفاقية، التي صدقت مصر عليها في أبريل ٢٠٠٨، على الدول الأطراف اتخاذ التدابير اللازمة في حدود أقصى ما تتيحه الموارد المتوفرة من أجل التوصل التدريجي إلى الإعمال التام للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لهؤلاء الأفراد، ومن ضمن هذه التدابير إصدار التشريعات،[٧٨] بما فيها التشريعات التي قد تكون ضرورية للتعجيل بالمساواة الفعلية للأشخاص ذوي الإعاقة.[٧٩]

وأخيراً، فإن من المهم التأكيد على أن أي قانون مهما بلغت درجة كماله لن يستطيع وحده تحقيق هدف تعزيز حقوق الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية وإنهاء الوصم والتمييز ضدهم. فقانون الصحة النفسية، مثل غيره من القوانين، حتى بعد إقراره لن يمثل سوى خطوة واحدة على الطريق الصحيح. ولن تنجح هذه الخطوة في تحقيق المقصود منها إلا إن صحبتها وتلتها خطوات أخرى في مجالات التدريب، والتعليم، والإعلام، وتوفير الموارد، وغيرها من الخطوات الضرورية لوقاية المجتمع من الاضطرابات النفسية، وحفظ كرامة وحقوق المصابين بها.

[78] اتفاقية حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، مادة ٤، فقرة أ.
[79] المرجع السابق، مادة ٥، فقرة ٤.

الملحق رقم 1: نص القانون 141 لسنة 1944 بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية [80]

نحن فاروق الأول ملك مصر
قرر مجلس الشيوخ ومجلس النواب القانون الأتى نصه، وقد صدقنا عليه وأصدرناه.

الباب الأول – مجلس المراقبة

مادة ١ – ينشأ بوزارة الصحة العمومية مجلس مراقبة للأمراض العقلية يختص بالنظر فى حجز المصابين بأمراض عقلية و الإفراج عنهم وفى الترخيص بالمستشفيات المعدة لهم والتفتيش عليها طبقا لأحكام القانون.

مادة ٢– يشكل هذا المجلس على الوجه التالى :
وكيل وزارة الصحة العمومية للشئون الطبية أو من يقوم مقامه رئيسا.
مدير قسم الإمراض العقلية بوزارة الصحة العمومية أو من يقوم مقامه.
المحامى العام لدى المحاكم الأهلية أو رئيس نيابة الاستئناف – الأفاكوتو العمومى الأول لدى المحاكم المختلطة أو أحد رؤساء النيابة (مدة فترة الانتقال).
كبير الأطباء الشرعيين أو من يقوم مقامه موظف كبير يندبه وزير الداخلية.
موظف كبير يندبه وزير الشئون الاجتماعية.
أستاذ الأمراض العصبية بجامعة فؤاد الأول.
مندوب من قسم قضايا وزارة الصحة العمومية فى درجة نائب على الأقل.
أحد كبار أطباء وزارة الصحة العمومية يعينه الوزير.
كبير أطباء مصلحة السجون أو من يقوم مقامه.
ويتولى سكرتيرية المجلس من يعينه وزير الصحة العمومية من الموظفين لهذا الغرض.

مادة ٣– ينعقد المجلس فى المواعيد التى يحددها أو بناء على طلب الرئيس عند الحاجة ولا يكون انعقاده صحيحا إلا إذا حضره أكثر من نصف الأعضاء من بينهم أحد ممثلى النيابة العمومية وتصدر قراراته بأغلبية أصوات الحاضرين وإذا تساوت الآراء يرجح الرأى الذى في جانبه الرئيس.
وله فى سبيل القيام بواجباته أن يطلب من المستشفيات وغيرها من الجهات المختصة كافة الإحصاءات والبيانات التى يرى لزومها.

[80] الوقائع المصرية فى ١١ سبتمبر ١٩٤٤ – العدد (١٠٨).

الباب الثاني
حجز المصابين بأمراض عقلية والإفراج عنهم

مادة ٤– لا يجوز حجز مصاب بمرض فى قواه العقلية إذا كان من شأن هذه المرض أن يخل بالأمن أو النظام العام أو يخشى منه على سلامة المريض أو سلامة المريض أو سلامة الغير وذلك طبقا لأحكام هذا القانون.
ولا يكون الحجز إلا فى المستشفيات المعدة لذلك سواء أكانت تلك المستشفيات حكومية أم خصوصية مرخصا بها.
ومع ذلك يحوز أن يكون الحجز فى منزل بأذن خاص من وزير الصحة العمومية بعد موافقة مجلس المراقبة ويشمل الأذن شروط الحجز ومدته.

مادة ٥– إذا رأى طبيب الصحة أن شخصا مصابا بمرض عقلى فى حالة مما نص فى المادة السابقة يأمر بحجزه بواسطة البوليس وللنيابة أو لمأمور الضبطية القضائية من رجال البوليس كذلك إذا علم بمثل هذه الحالة أن يضع المشتبه فيه تحت الحفظ وتعرضه على طبيب الصحة للكشف عليه فى مدة ٢٤ ساعة على الأكثر من وقت القبض عليه فإذا اتضح للطبيب بعد فحصه أنه غير مريض بمرض عقلى مما نص عليه فى المادة السابقة وجب الإفراج عنه فورا.
وإذا قامت شبهة عند الطبيب لدى الكشف أن الشخص فى حالة مما نص عليه فى تلك المادة دون أن يستطيع القطع برأى فى ذلك أن يأمر بوضعه تحت الملاحظة لمدة لا تتجاوز ثمانية أيام فى أحد المستشفيات الحكومية غير المستشفيات المعدة للإمراض العقلية على أن يكشف عليه طبيبا كل يوم وفى نهاية مدة الملاحظة يقرر الطبيب أما الإفراج عنه أو حجزه وفى جميع الأحوال يحرر الطبيب تقريرا بنتيجة الكشف الذي أجراه.
ويكون الحجز فى أحدى المستشفيات الحكومية المعدة لذلك إلا إذا رغب ذوو المريض أو من يقوم بشئونه فى إيداعه فى أحد المستشفيات الخصوصية للأمراض العقلية.

مادة ٦– يجوز لطبيب الصحة إيقاف تنفيذ أمر الحجز مؤقتا إذا لم تسمح حالة المريض الصحية بنقله. فإذا تجاوزت مدة إيقاف تنفيذ الأمر عشرين يوما وجب على الطبيب إخطار مجلس المراقبة فورا ليتخذ مايراه فى ذلك.

مادة ٧– في غير الأحوال المنصوص عليها فى المادة الخامسة لا يقبل المريض فى أحد المستشفيات المعدمة للمصابين بأمراض عقلية بقصد حجزه إلا بناء على طلب كتابى من شخص تربطه بالمريض صلة القرابة أو المصاهرة ممن يقومون بشئونه مشفوعا بشهادتين من طبيبين من غير الأطباء المحقين بالمستشفى يكون أحدهما موظفا بالحكومة تدلان على إصابة الشخص المطلوب حجزه بمرض عقلى مما نص عليه فى المادة الرابعة، ولا يعمل بشهادة الطبيب إذا كان قد مضى على تاريخها أكثر من عشرة أيام قبل تسليمها مدير المستشفى أو إذا كانت قد صدرت من طبيب تربطه يصاحب المستشفى أو بمدير رابطة القرابة أو المصاهرة إلى الدرجة الثالثة.

مادة ٨ – يحدد وزير الصحة العمومية بقرار يصدره البيانات التى يجب أن يتضمنها الطلب والشهادتان، وفى حالة عدم استيفاء هذه البيانات يجوز لمدير المستشفى أن يقبل المريض مؤقتا لحين استيفائها لمدة لا تتجاوز أسبوعين.

مادة ٩– علي مدير المستشفى أن يخطر مجلس المراقبة كتابة عن حجز أى مريض به فى خلال ثلاثة أيام من حصوله وأن يقدم تقرير عن حالته فى خلال الأربعة الأيام التالية وبعد بحث حالة المريض يقرر مجلس المراقبة فى مدة ثلاثين يوما على الأكثر من تاريخ الحجز إما الموافقة على الحجز أو الإفراج عن الشخص المحجوز.

مادة ١٠– لا يكون قرار الموافقة على الحجز نافذ المفعول إلا لمدة سنة من تاريخ صدوره ويجوز لمجلس المراقبة قبل انقضاء هذه المدة أن يأمر بامتداد الحجز لمدة سنة أخرى ثم لمدة سنتين ثم لمدة ثلاث سنوات ثم لمدة خمس سنوات فخمس أخرى وهكذا.
ويكون الأمر بامتداد الحجز بناء على تقرير يقدم للمجلس من مدير المستشفى عن حالة المريض وبيان سير المرض وضرورة استمرار الحجز والعلاج.
وللمجلس فى أى وقت أن يأمر برفع الحجز عن الشخص المحجوز إذا رأى أنه استعاد قوه العقلية أو أن حالته أصبحت لا تدعو إلى استمرار حجزه.
ولمجلس المراقبة فى كل الأحول أن يختبر المريض أم أن يندب عضوا أو أكثر لهذا الغرض وله كذلك أن يستعين بمن يرى ندبه من الأطباء الأخصاءيين للكشف عليه.

مادة ١١– إذا لم يصدر مجلس المراقبة قراراً بالموافقة على الحجز أو بامتداده فى المواعيد المبينة فى المادتين السابقتين يرفع الحجز من تلقاء نفسه عن الشخص المحجوز.

مادة ١٢– إذا هرب المريض المحجوز جاز القبض عليه وإعادة حجزه بالطريق الإدارى فإذا زادت مدة الهرب على ثلاثة أشهر وجب أن يعد عرض أمره على مجلس المراقبة فى خلال ١٥يوماً من تاريخ القبض عليه وإذا جاوزت مدة الهرب ستة أشهر أعيدت إجراءات الحجز.

مادة ١٣– لمدير المستشفى أن يأذن من وقت لأخر لأى من مرضاه الهادئين بقضاء النهار كله أو بعضه خارج المستشفى تحت رقابة كافية لأغراض لا تتنافى مع علاجه.

مادة ١٤– إذا تم شفاء المريض المحجوز وجب على مدير المستشفى أن يرسل فوراً خطابا موصى عليه إلى من أدخل المريض بالمستشفى أو من يقوم بشئونه أو إلى شخص أخ يعينه المريض نفسه يطلب فيه الحضور لاستلامه فى مدى سبعة أيام، أو إذا رفض ذوو المريض استلامه يفرج عنه فوار، وفى هذه الحالة تقوم الحكومة بنفقات ترحيل الفقير المفرج عنه من المستشفيات الحكومية إلى الجهة التى يطلب السفر إليها داخل القطر المصرى.
وفى جمعي الأحوال يخطر المستشفى الجهة الإدارية التى يتبعها المفرج عنه.
وإذا أصبح المريض فى حالة غير ما نص عليه فى المدة الرابعة يرفع عنه مدير المستشفى قدي الحجز وفى هذه الحالة يجور للمريض أو وليه أو لمن يقوم بشئونه أن يطلب إبقاءه إلى أن يتم شفاؤه

مادة ١٥– إذا تقدم طلب الإفراج عن المريض المحجوز من شخص تربطه به صلة القرابة أو المصاهرة أو ممن يقوم بشئونه وجب على مدير المستشفى أن يبت فى هذا الطلب فى مدى ثلاثة أيام من تاريخ تقديمه وفى حالة رفض الطلب أو إصرار مقدمه عليه يرفع الأمر فورا إلى مجلس المراقبة من مدير المستشفى بتقرير عن حالة المريض والأسباب التى تبرر عدم الإفراج عنه، وعلى المجلس أن يصدر قراره فى طلب الإفراج فى مدة لا تتجاوز عشرين يوما من تاريخ رفع الأمر إليه ولا يقبل طلب آخر بالإفراج عن المريض قبل مضى ثلاثة أشهر من تاريخ صدور قرار المجلس.

مادة مستحدثة.

مادة ١٦- يجوز لمجلس المراقبة أن يأمر بالإفراج مؤقتا عن الشخص المحجوز للمدة وبالشروط التى يحددها، وله فى أى وقت أن يلغى هذا الأمر ويأمر بإعادة المريض بالطريق الإدارى إلى المستشفى الذى كان محجوزا فيه أو أى مستشفى آخر للأمراض العقلية.

مادة ١٧- يجوز لمدير لمستشفى أن يخرج المريض بناء على موافقة أحد أقربائه أو من يقوم بشئونه إذا أصيب بمرض جسماني ينذر بالموت.

مادة ١٨- فى حالة الإفراج عن المريض المحجوز أو وفاته يخطر مدير المستشفى مجلس المراقبة بذلك فى مدى يومين من تاريخ الإفراج أو الوفاة

مادة ١٩- لا يجوز نقل مريض محجوز من مستشفى إلى آخر إلا بإذن من مجلس المراقبة.

مادة ٢٠- على مدير المستشفى أن يبلغ النيابة عن حجز كل مريض فى مدى يومين من تاريخ دخوله المستشفى ليتخذ الوسائل اللازمة لحفظ أمواله.

مادة ٢١- يجوز أن يقبل فى المستشفيات المعدة للمصابين بأمراض عقلية كل مصاب بمرض عقلى غير ما نص عليه فى المادة الرابعة بناء على طلب كتابى منه كما يجوز قبوله بالمستشفى بناء على طلب كتابى من وليه أو ممن يقوم بشئونه وفى هذه الحالة تذكر فى الطلب البيانات المنصوص عليها فى المادة الثامنة ويجب على مدير المستشفى أن يرفع إلى مجلس المراقبة تقريرا عن حالته فى خلال يومين من قبوله بالمستشفى.
ويكون للمريض حق ترك المستشفى بناء على طلب كابى منه أو ممن طلب إدخاله.
ومع ذلك إذا رأى المستشفى أن حالته العقلية أصبحت مما نص عليه فى المادة الرابعة وجب عليه التحفظ على المريض وإخطار ذويه والبوليس فورا بذلك لاتخاذ إجراءات الحجز المنصوص عليها فى هذا القانون.

الباب الثالث
المحال المعدة لعلاج وايواء المصابين بأمراض عقلية

مادة ٢٢- لا يجوز أنشاء وإدارة مستشفى خصوصى لإيواء أو معالجة المصابين بأمراض عقلية إلا بناء على ترخيص من وزير الصحة العمومية بعد موافقة مجلس المراقبة وهذا الترخيص شخصى لصاحبه ولا يمنح إلا لطبيب مرخص له بممارسة مهنته فى القطر المصرى أو لجمعية خيرية أو لمؤسسة اجتماعية معترف بها وذلك مع عدم الإخلال بالأحكام والاشتراطات المنصوص عليها فى أى قانون أخر.

مادة ٢٣- يجب أ، تتوافر فى المستشفى على الدوام الاشتراطات الآتية:
(أ) أن يتولى إدارة المستشفى وعلاج المرضى طبيب أو أكثر من الحاصلين على المؤهلات التى يحددها وزير الصحة العمومية بقرار منه.

(ب) أن تكون أمكنة المستشفى صحية حسنة التهوية ومتسعة اتساعا كافيا وموزعة توزيع مناسبا.
(جـــ) أن يجعل لك لكل من الذكور والإناث جناح خاص وأن يترتب المرضى من كل جنس بحسب أعمارهم وطبيعة مرضهم.
(د) أن يكون المستشفى مزودا بالوسائل الطبية والصحية الكافية وأن يكون نظام داخلي يلاءم حاجات المرضى وحالاتهما فى ذلك العدد الكافى من الأطباء وهيئة التمريض والخدم.
وفى حالة خلو وظيفة الطبيب المعالج من شاغلها فى أحد المستشفيات الخصوصية يحب على صاحب الترخيص إبلاغ الأمر فورا إلى وزير الصحة العمومية بخطاب موصى عليه وأن يقوم فى مدة لا تتجاوز شهراً بشغل الوظيفة بطبيب أخر حائز للمؤهلات التقدم ذكرها فإذا انقضت مدة الشهر بغير أن تشغل هذه الوظيفة جاز للوزارة أن تعين طبيبا لشغلها على نفقة صاحب الترخيص وذلك بغير إخلال بالعقوبات المنصوص عليها فى هذا القانون.
وفى جميع الأحوال يجب ألا بخلو المستشفى من طبيب معالج.
وإذا تبين أن المستشفى الخصوصى غير مستوف لأحد الاشتراطات المتقدم ذكرها جاز لوزير الصحة العمومية بعد موافقة مجلس المراقبة أن يأمر بإلغاء الترخيص وغلق المستشفى إداريا.

مادة ٢٤– يجوز أن يخصص فى المستشفيات المعدة لغير الأمراض العقلية مكان قائم بذاته لقبول الأشخاص المصابين بأمراض عقلية وفى هذه الحالة تطبق علي المكان المذكور جميع أحكام هذا القانون.

مادة ٢٥– على مدير المستشفى أن يضع فى كل قسم من أقسامه صندوقا للشكاوى التى يقدمها المرضى باسم مجلس المراقبة.

مادة ٢٦– يجب أن يكون لدى مديرى المستشفيات المعدة للمصابين بأمراض عقلية سجل من صورتين يدون فى كل منهما اسم كل مريض ولقبه وسنه وجنسيته والأوصاف المميزة له ومحل إقامته وتاريخ دخوله وخروجه واسم ولقب من طلب إدخاله وصناعته ومحل إقامته وموطنه وأى بيانات أخرى يقررها وزير الصحة العمومية كما يجب أن يحتفظ المستشفى للمدة التى يحددها وزير الصحة العمومية بأوراق العلاج ومستنداته وبصورة فوتوغرافية لكل مريض لتكون تحت تصرف مجلس المراقبة.
ولا يجوز الاطلاع على هذه السجلات أو المستندات ولا إعطاء صورة منها إلا بأذن من مجلس المراقبة.

مادة ٢٧– يقوم مجلس المراقبة بالتفتيش على جميع المستشفيات المعدة للمصابين بأمراض عقلية سواء أكانت حكومية أم خصوصية وعلى المحل المخصص للمصابين فى المنازل المأذون بحجزهم فيها طبقا للفقرة الثالثة من المادة الرابعة مرة كل سنة على الأقل ويشمل التفتيش تفقد حالة المرضى ووسائل علاجهم ومعاملتهم والاطلاع على أوراق وسجلات المستشفى وعلى محتويات صندوق الشكاوى.
ويكون التفتيش من المجلس بكامل هيئته أو ممن يندبه من أعضائه لهذا الغرض ويوضع تقرير فى كل حالة.

مادة ٢٨– إذا تبين لمجلس المراقبة أن شروط الترخيص بالمستشفى الخصوصى أو الإذن المنصوص عليه فى الفقرة الثالثة من المادة الرابعة قد أصبحت غير كافية أو أن علاج الأشخاص المحجوزين فى المستشفى أو المنزل من شأنه تعريضهم أو تعريض الجمهور

للخطر أو إقلاق راحة الجيران جاز له أن يقرر ما يراه لازما من الاشتراطات ويحدد المهلة الواجب تنفيذها فيها ويبلغ ذلك لوزير الصحة العمومية فإذا وافق عليها أصدر القرار اللازم بتكليف صاحب الشأن بتنفيذها.
وفى حالة عدم تنفيذ هذه الاشتراطات يكون لوزير الصحة العمومية أن يأمر بإلغاء الإذن فى الحالة المنصوص عليها فى الفقرة الثالثة من المادة الرابعة أو إلغاء الترخيص إذا كان المستشفى خصوصيا مع غلقه إدرايا.

مادة ٢٩- إذا توفى صاحب الترخيص أو حلت الجمعية أو المؤسسة المرخص لها بإدارة المستشفى جاز لوزير الصحة العمومية بعد موافقة مجلس المراقبة، الأذن للورثة أو القائمين على تصفية الجمعية أو الهيئة بالاستمرار فى إدارة المستشفى لمدة لا تتجاوز سنة بالشروط التى يراها لازمة لذلك.

الباب الرابع
العقوبات

مادة ٣٠- يعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز سنتين وبغرامة لا تزيد على ١٠٠ جنيه أو بأحدى هاتين العقوبتين:
١- كل طبيب أثبت عمدا فى شهادته ما يخالف للواقع فى شأن الحالة العقلية لشخص ما بقصد حجزه أو الإفراج عنه.
٢- كل من قبض أو حجز أو تسبب عمدا فى حجز أحد الأشخاص بصفته مصابا بأحد الإمراض العقلية فى غير الأمكنة والأحوال المنصوص عليها فى هذا القانون.

مادة ٣١- يعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز شهرين وبغرامة لا تزيد على ثلاثين جنيها أو باحدى هاتين العقوبتين:
١- كل من مكن شخصا محجوزا طبقا لأحكام هذا القانون من الهرب أو سهل له أو ساعده عليه أو أخفاه بنفسه أو بواسطة غيره مع عمله بذلك.
٢- كل من حال دون إجراء التفتيش المخول لمجلس المراقبة أو لمن يندبه لذلك طبقا لإحكام هذا القانون.
٣- كل من رفض إعطاء معلومات فيما يحتاج إليه المجلس أو مندوبه فى أداء مهمته أو أعطى معلومات كاذبة وهو يعلم كذبها.
٤- كل من بلغ إحدى الجهات المختصة كذبا مع سوء القصد فى حق شخص بأنه مصاب بمرض عقلى مما نص عليه فى المادة الرابعة.

مادة ٣٢- يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز سنة وبغرامة لا تزيد على خمسين جنيها أو باحدى هاتين العقوبتين كل من كان مكلفا بحراسة أو تمريض أو علاج شخص مصاب بمرض عقلى وأساء معاملته أو أهمله بطريقة من شأنها أن تحدث له آلاما أو ضررا.
وإذا ترتب على سوء المعاملة مرض أو أصابه بجسم المريض تكون العقوبة الحبس مع الشغل مدة لا تتجاوز ثلاث سنوات.

مادة ٣٣- كل مخالفة أخرى لإحكام هذا القانون يعاقب مرتكبها بالحبس مدة لا تتجاوز سبعة أيام وبغرامة لا تزيد عن مائة قرش صاغ أو باحدى هاتين العقوبتين ويأمر القاضى بإغلاق

المستشفى فى حالة مخالفة المادة ٢٢ ويجوز له الحكم بإغلاق المستشفيات الخصوصية فى حالة مخالفة أحكام المواد ٧و ٩و ٢٣ و ٢٨.

مادة ٣٤- لا تخل أحكام المواد ٣٠، ٣١، ٣٢، ٣٣ بما يقضى به قانون العقوبات أو أى قانون آخر من عقوبات أشد كما لا تخل بالمحاكمات التأديبية.

الباب الخامس
أحكام عامة

مادة ٣٥- يعتبر مفتشو قسم الأمراض العقلية والموظفون الذين يندبون بقرار من وزير الصحة العمومية من مأمورى الضبطية القضائية فى إثبات الجرائم التى تقع مخالفة لأحكام هذا القانون وللقرارات التى تصدر تنفيذا له ولهم بهذه الصفة الحق فى تفتيش جميع المستشفيات ودخول المحال المخصصة للمصابين فى المنازل المأذون بحجز المصابين بأمراض عقلية فيها ولهم كذلك الحق فى فحص السجلات والأوراق المنصوص عليها فى المادة ٢٦.

مادة ٣٦- لا تخل أحكام هذا القانوان بما تقضى به القوانين اللوائح المعمول بها بشأن المتهمين والمجرمين المعتوهين.

الباب السادس
أحكام مؤقتة

مادة ٣٧- يمنح أصحاب المستشفيات الخصوصية المعدة لمصابين بأمراض عقلية والموجودة فى تاريخ العمل بهذا القانون مهلة مدتها ثلاثة أشهر ابتداء من هذا التاريخ لتقديم طلب الترخيص طبقا لأحكام المادة (٢٢).

مادة ٣٨- المرضى المحجوزين عند صدور هذا القانون بمستشفيات الإمراض العقلية الحكومية يعتبر حجزهم صحيحا من تاريخ إدخالهم وتسرى بشأنهم سائر إحكام هذا القانون.
أما المرضى المحجوزين فى مستشفيات خصوصية فيتعين عرضهم على مجلس المراقبة خلال خمسة عشر يوما من تاريخ العمل بهذا القانون.

مادة مستحدثة.
مادة ٣٩- على وزراء الصحة العمومية والداخلية والعدل والشئون الاجتماعية تنفيذ هذا القانون كل فيما يخصه ويعمل به بعد ثلاثين يوما من تاريخ نشره فى الجريدة الرسمية.
ولوزير الصحة العمومية أن يأمر بما قد يلزم من القرارات لتنفيذه.
نأمر بأن يبصم هذا القانون بخاتم الدولة، وأن ينشر فى الجريدة الرسمية وينفذ كقانون من قوانين الدولة.

صدر بقصر عابدين فى ١٢ رمضان سنة ١٣٦٣ (٣١ أغسطس سنة ١٩٤٤).

الملحق رقم 2 : مبادئ الأمم المتحدة لحماية المصابين بعلل نفسية وتحسين الرعاية الصحية النفسية

اعتمدت ونشرت علي الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٤٦/١١٩
المؤرخ في ١٧ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩١

الانطباق

تنطبق هذه المبادئ دون تمييز بأي دافع، كالتمييز بسبب العجز، أو العنصر، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي السياسي أو غير السياسي، أو الأصل القومي أو الإثني أو الاجتماعي، أو المركز القانوني أو الاجتماعي، أو السن، أو الثروة، أو المولد.

التعاريف

في هذه المبادئ:
تعني عبارة "المحامي" ممثلاً قانونيا أو ممثلاً آخر مؤهلاً؛
تعني عبارة "السلطة المستقلة" سلطة مختصة ومستقلة يقضي بوجودها القانوني المحلي؛
تشمل "رعاية الصحة النفسية" تحليل حالة الشخص النفسية وتشخيصها وتوفير العلاج والعناية والتأهيل فيما يتعلق بعلة نفسية أو الاشتباه في الإصابة بعلة نفسية؛
يعني "مرفق الصحة النفسية" أي مؤسسة، أو أي وحدة في مؤسسة تكون وظيفتها الأساسية توفير رعاية الصحة النفسية؛
تعني عبارة "الممارس في الصحة النفسية" طبيبًا، أو أخصائيًا نفسيًا إكلينيكيًا، أو ممرضة، أو أخصائيا اجتماعيا أو شخصا آخر مدربا ومؤهلا على نحو مناسب وذا مهارات خاصة تتصل برعاية الصحة النفسية؛
تعني عبارة "المريض" شخصا يتلقى رعاية صحية نفسية، وتشمل جميع الأشخاص الذين يدخلون مرفقا للصحة النفسية؛
تعني عبارة "الممثل الشخصي" شخصا يكلفه القانون بمهمة تمثيل مصالح المريض في أي ناحية خاصة أو ممارسة حقوق خاصة نيابة عن المريض، ويشمل ذلك الأب أو الأم أو الوصي القانوني على قاصر ما لم ينص القانوني المحلي على غير ذلك؛
تعني عبارة "هيئة المراجعة (الفحص)" الهيئة المنشأة وفقا للمبدأ ١٧ لإعادة النظر في إدخال مريض أو احتجازه قسرا في مرفق للأمراض النفسية.

نص تقييدي عام

لا يجوز إخضاع ممارسة الحقوق الواردة في هذه المبادئ إلا للقيود التي يقضي بها القانون واللازمة لحماية صحة وسلامة الشخص المعني أو غيره، أو لحماية السلامة العامة أو النظام العام أو الصحة العامة أو الآداب العامة، أو حقوق الآخرين وحرياتهم.

المبدأ ١
الحريات والحقوق الأساسية

1) يتمتع جميع الأشخاص بحق الحصول على أفضل ما هو متاح من الرعاية الصحية النفسية التي تشكل جزءًا من نظام الرعاية الصحية والاجتماعية.

2) يعامل جميع الأشخاص المصابين بعلة نفسية أو الذين يعالجون بهذه الصفة معاملة إنسانية مع احترام ما للإنسان من كرامة أصيلة.

3) لجميع الأشخاص المصابين بعلة نفسية أو الذين يعالجون بهذه الصفة الحق في الحماية من الاستغلال الاقتصادي والجنسي وغيرهما من أشكال الاستغلال، ومن الإيذاء الجسدي أو غير الجسدي والمعاملة المهينة.

4) لا يجوز أن يكون هناك تمييز بدعوى العلة النفسية. ويعني "التمييز" أي تفريق أو استبعاد أو تفضيل يؤدي إلى إبطال أو إضعاف المساواة في التمتع بالحقوق. ولا تعتبر التدابير الخاصة التي تتخذ لمجرد حماية حقوق الأشخاص المصابين بعلل نفسية، أو ضمان النهوض بهم تمييزًا. ولا يشمل التمييز أي تفريق، أو استبعاد أو تفضيل يجري وفقًا لأحكام هذه المبادئ ويكون ضروريا لحماية ما لشخص مصاب بعلة نفسية أو لأفراد آخرين من حقوق الإنسان.

5) لكل شخص مصاب بعلة نفسية الحق في ممارسة جميع الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية المعترف بها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، وفي الصكوك الأخرى ذات الصلة مثل الإعلان الخاص بحقوق المعوقين، ومجموعة المبادئ المتعلقة بحماية جميع الأشخاص الذين يتعرضون لأي شكل من أشكال الاعتقال أو السجن.

6) أي قرار يتخذ، بسبب إصابة شخص بعلة نفسية، بأن هذا الشخص عديم الأهلية القانونية، وأي قرار يتخذ، نتيجة لعدم الأهلية، بتعيين ممثل شخصي، لا يجوز اتخاذه إلا بعد محاكمة عادلة تجريها محكمة مستقلة ونزيهة، منشأة بموجب القانون المحلي. ويحق للشخص الذي تكون أهليته موضع النظر أن يمثله محام. وإذا لم يحصل الشخص الذي تكون أهليته موضع النظر على هذا التمثيل بنفسه، وجب أن يوفر له هذا التمثيل دون أن يدفع أجراً عنه طالما لم تكن تتوفر له الإمكانيات الكافية للدفع. ولا يجوز أن يمثل المحامي في نفس الدعوى مرفقا للصحة النفسية أو العاملين فيه، ولا يجوز أيضًا أن يمثل أحد أفراد أسرة الشخص الذي تكون أهليته موضع النظر، ما لم تقتنع المحكمة بانعدام التعارض في المصلحة. ويجب أن يعاد النظر في القرارات المتعلقة بالأهلية وبالحاجة إلى ممثل شخصي على فترات متفرقة معقولة يحددها القانون المحلي. ويحق للشخص الذي تكون أهليته موضع النظر، ولممثله الشخصي، إن وجد، ولأي شخص آخر معني أن يستأنف أي قرار من هذا القبيل أمام محكمة أعلى.

7) عندما تتبين محكمة أو هيئة قضائية أخرى أن الشخص المصاب بعلة نفسية عاجز عن إدارة شؤونه، تتخذ التدابير، في حدود ما يلزم ويناسب حالة ذلك الشخص، لضمان حماية مصالحة.

المبدأ 2
حماية القاصرين

تولى حماية خاصة، في حدود أغراض هذه المبادئ وفي إطار القانون المحلي المتعلق بحماية القصر، لحماية حقوق القصر، بما في ذلك، إذا لزم الأمر، تعيين ممثل خاص من غير أفراد الأسرة.

المبدأ 3
الحياة في المجتمع المحلي

لكل شخص مصاب بعلة نفسية الحق في أن يعيش وأن يعمل، قدر الإمكان، في المجتمع المحلي.

المبدأ 4
تقرير الإصابة بالعلة النفسية

1. يكون تقرير أن شخصا مصاب بعلة نفسية وفقا للمعايير الطبية المقبولة دوليا.

2. لا يجوز أبدا تقرير الإصابة بعلة نفسية على أساس المركز السياسي أو الاقتصادي أو الاجتماعي، أو العضوية في جماعة ثقافية أو عرقية أو دينية أو لأي سبب آخر لا يمت بصلة مباشرة لحالة الصحة النفسية.

3. لا يجوز أبدا أن يكون النزاع الأسري أو المهني، أو عدم الامتثال للقيم الأخلاقية أو الاجتماعية أو الثقافية أو السياسية أو المعتقدات الدينية السائدة في المجتمع المحلي لشخص ما، عاملاً مقررًا في تشخيص العلة النفسية.

4. لا يجوز أن يبرر أي قرار يتخذ في الحاضر أو المستقبل بشأن إصابة شخص بعلة نفسية بمجرد أن يكون هذا الشخص قد سبق علاجه أو دخوله في مستشفى بصفته مريضا.

5. لا يجوز لأي شخص أو لأي هيئة تصنيف شخص ما على أنه مصاب بعلة نفسية، أو الإشارة إلى ذلك بأي طريقة أخرى، إلا للأغراض التي تتصل بالعلة النفسية أو بعواقبها.

المبدأ 5
الفحص الطبي

لا يجوز إجبار أي شخص على إجراء فحص طبي يستهدف تقرير ما إذا كان مصابًا أو غير مصاب بعلة نفسية إلا وفقا لإجراء مصرح به في القانون المحلي.

المبدأ 6
السرية

يحترم الحق في سرية المعلومات فيما يتعلق بجميع الأشخاص الذين تنطبق عليهم هذه المبادئ.

المبدأ 7

دور المجتمع المحلي والثقافة

1. لكل مريض الحق في أن يعالج وأن يعتنى به، قدر الإمكان، في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه.

2. حينما يجري العلاج في مرفق للصحة النفسية، يكون من حق المريض أن يعالج بالقرب من منزله أو منزل أقربائه أو أصدقائه متى أمكن ذلك، وأن يعود إلى مجتمعه المحلي في أقرب وقت ممكن.

3. لكل مريض الحق في علاج يناسب خلفيته الثقافية.

المبدأ 8
معايير الرعاية

1. لكل مريض الحق في أن يحصل على الرعاية الصحية والاجتماعية التي تناسب احتياجاته الصحية، كما يحق له الحصول على الرعاية والعلاج وفقا لنفس المعايير المنطبقة على المرضى الآخرين.

2. توفر لكل مريض الحماية من الأذى، بما في ذلك العلاج بالأدوية التي لا يكون هناك مبرر لها، ومن الإيذاء على أيدي المرضى الآخرين أو الموظفين أو غيرهم، ومن الأعمال الأخرى التي تسبب ألما نفسيًا أو ضيقًا بدنيًا.

المبدأ ٩
العلاج

1. لكل مريض الحق في أن يعالج بأقل قدر من القيود البيئية، وبالعلاج الذي يتطلب أقل قدرممكن من التقييد أو التدخل، ويكون ملائما لاحتياجات المريض الصحية وللحاجة إلى حماية سلامة الآخرين البدنية.

2. يكون علاج كل مريض ورعايته قائما على أساس خطة توضع لكل مريض على حدة وتناقش معه، ويعاد النظر فيها بانتظام، وتعدل حسب الاقتضاء، ويقدمها مهنيون مؤهلون.

3. يكون توفير الرعاية للصحة النفسية دائمًا وفقا لما ينطبق من معايير آداب المهنة المتعلقة بالممارسين في ميدان الصحة النفسية، بما في ذلك المعايير المقبولة دوليا مثل مبادئ آداب مهنة الطب المتعلقة بدور الموظفين الصحيين، ولا سيما الأطباء، في حماية المسجونين والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهنية، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة. ولا يجوز أبدا إساءة استخدام المعلومات والمهارات الطبية في مجال الصحة النفسية.

4. ينبغي أن يستهدف علاج كل مريض الحفاظ على استقلاله الشخصي وتعزيزه.

المبدأ 10
العلاج بالأدوية

1. يتعين أن تفي الأدوية باحتياجات المريض الصحية على أفضل وجه، ولا تعطى للمريض إلا لأغراض علاجية أو تشخيصية، ولا تعطى له أبداً على سبيل العقوبة أو لراحة الآخرين. ورهنا بأحكام الفقرة 15 من المبدأ 11 أدناه من هذه المبادئ، لا يعطي ممارسو الرعاية الصحية النفسية للمريض إلا الأدوية ذات الفعالية المعروفة أو المثبتة.

2. لا يجوز أن يصف الأدوية سوى طبيب صحة نفسية ممارس يصرح له القانون بذلك، ويسجل الدواء في سجلات المريض.

المبد أ 11
الموافقة على العلاج

1. لا يجوز إعطاء أي علاج لمريض دون موافقته المستنيرة باستثناء ما يرد النص عليه في الفقرات 6، 7، 8، 13، 15 من هذا المبدأ.

2. الموافقة المستنيرة (عن علم) هي الموافقة التي يتم الحصول عليها بحرية بدون تهديدات أو إغراءات غير لائقة، بعد أن يكشف للمريض بطريقة مناسبة عن معلومات كافية ومفهومة بشكل ولغة يفهمهما المريض، عن:

أ. التقييم التشخيصي؛
ب. الغرض من العلاج المقترح، وطريقته، ومدته المحتملة والفوائد المتوقعة منه؛
ج. أساليب العلاج البديلة، بما فيها تلك الأقل تجاوزا؛
د. الألم أو الضيق المحتمل، وأخطار العلاج المقترح وآثاره الجانبية.

3. يجوز للمريض أن يطلب حضور شخص أو أشخاص من اختياره أثناء إجراء إعطاء الموافقة.

4. للمريض الحق في رفض أو إيقاف العلاج، باستثناء الحالات المنصوص عليها في الفقرات 6، 7، 8، 13، 15 من هذا المبدأ. وينبغي أن تشرح للمريض عواقب رفض أو إيقاف العلاج.

5. لا يجوز بأي حال دعوة المريض أو إغراؤه بالتنازل عن حقه في إعطاء الموافقة المستنيرة. وإذا طلب المريض هذا التنازل، وجب أن يوضح له أنه لا يمكن إعطاء العلاج دون الموافقة المستنيرة.

6. باستثناء ما تنص عليه الفقرات 7، 8، 12، 13، 14، 15 من هذا المبدأ، يجوز أن تنفذ على المريض خطة علاج مقترحة دون موافقته المستنيرة إذا تحقق الوفاء بالشروط التالية:

آ. إذا كان المريض، في وقت اقتراح العلاج، محتجزا كمريض رغم إرادته؛

ب. إذا اقتنعت سلطة مستقلة في حوزتها كل المعلومات المتعلقة بالموضوع، بما في ذلك المعلومات المحددة في الفقرة 2 من هذا المبدأ، بأنه لم تكن للمريض، وقت اقتراح العلاج، الأهلية لإعطاء أو رفض الموافقة المستنيرة على خطة العلاج المقترحة، أو إذا اقتنعت السلطة المذكورة بأن امتناع المريض عن إعطاء الموافقة المذكورة هو، حسبما تنص عليه القوانين المحلية، امتناع مخالف للمنطق المعقول وفقا لما تقتضيه سلامة المريض نفسه أو سلامة الأشخاص الآخرين؛

ج. إذا اقتنعت السلطة المستقلة بأن خطة العلاج المقترحة تفي باحتياجات المريض الصحية على أفضل وجه.

7. لا تنطبق الفقرة 6 أعلاه على مريض له ممثل شخصي يخوله القانون سلطة الموافقة على علاج المريض، ولكن باستثناء ما هو منصوص عليه في الفقرات 12، 13، 14، 15 من هذا المبدأ، يمكن إعطاء العلاج للمريض دون موافقته المستنيرة إذا وافق الممثل الشخصي بالنيابة عن المريض، وذلك بعد إعطاء الممثل الشخصي المعلومات الوارد وصفها في الفقرة 2 أعلاه.

8. باستثناء ما تنص عليه الفقرات 12، 13، 14، 15 من هذا المبدأ، يجوز أيضًا إعطاء العلاج لأي مريض دون موافقته المستنيرة إذا قرر طبيب صحة نفسية ممارس مؤهل يسمح له القانون بذلك أن العلاج ضروري بصورة عاجلة لمنع حدوث ضرر فوري أو وشيك للمريض أو لأشخاص آخرين. ولا تجوز إطالة مدة هذا العلاج إلى ما بعد الفترة الضرورية تماما لهذا الغرض.

9. عندما يؤذن بإجراء أي علاج دون موافقة المريض المستنيرة، يجب مع ذلك بذل كل جهد لإعلام المريض بطبيعة العلاج وبأي بدائل ممكنة، ولإشراك المريض في وضع الخطة العلاجية بالقدر المستطاع عمليا.

10. يجب تسجيل كل علاج على الفور في سجلات المريض الطبية، مع بيان ما إذا كان العلاج اختياريا أو غير اختياري.

11. لا يستخدم التقييد الجسدي أو العزل غير الاختياري للمريض إلا حسب الإجراءات المعتمدة رسميا لمرفق الصحة النفسية، وفقط عندما يكون ذلك هو الوسيلة الوحيدة المتاحة للحيلولة دون وقوع ضرر فوري أو وشيك للمريض أو للآخرين. ويجب أن لا يمتد هذا الإجراء إلى ما بعد الفترة الضرورية تماما لتحقيق هذا الغرض. وتسجل جميع حالات التقييد الجسدي أو العزل غير الاختياري، وأسبابها، وطبيعتها، ومداها في السجل الطبي للمريض. ويجب إبقاء المريض المقيد أو المعزول في ظروف إنسانية وتحت الرعاية والمراقبة الدقيقة والمنتظمة من جانب موظفي المرفق المؤهلين. ويجب إشعار الممثل الشخصي، إن وجد وإذا كان لذلك صلة بالموضوع، على الفور بأي تقييد جسدي أو عزل غير اختياري للمريض.

12. لا يجوز مطلقا إجراء التعقيم كعلاج للعلة النفسية.

13. لا يجوز إجراء معالجة طبية أو جراحية كبيرة لشخص مصاب بعلة نفسية إلا إذا كان القانون المحلي يسمح بذلك، وفقط في حالة اعتبار أن ذلك يفي على أفضل وجه باحتياجات المريض الصحية، وبشرط موافقة المريض المستنيرة على ذلك، إلا في الحالة التي يكون فيها المريض عاجزا عن إعطاء الموافقة عن علم، ولا يجوز الإذن بالمعالجة إلا بعد استعراض مستقل للحالة.

14. لا يجوز إجراء معالجة نفسية أو غيرها من أنواع العلاج التدخلي الذي لا يمكن تدارك آثاره للعلة النفسية لمريض مودع في مرفق للصحة النفسية دون إرادته، ويجوز إجراء هذه العلاجات، في الحدود التي يسمح بها القانون المحلي، لأي مريض آخر فقط عندما يكون المريض قد أعطى موافقته المستنيرة وتكون هيئة خارجية مستقلة قد اقتنعت بأن هناك موافقة حقيقية المستنيرة وبأن العلاج يفي على أفضل وجه باحتياجات المريض الصحية.

15. لا يجوز مطلقا إجراء تجارب إكلينيكية وعلاج تجريبي على أي مريض دون موافقته المستنيرة، ويستثنى من ذلك حالة عجز المريض عن إعطاء الموافقة المستنيرة، حيث لا يجوز عندئذ أن تجري عليه تجربة إكلينيكية أو أن يعطى علاجا تجريبيا إلا بموافقة هيئة فحص مختصة ومستقلة تستعرض حالته ويتم تشكيلها خصيصا لهذا الغرض.

16. في الحالات المحددة في الفقرات 6، 7، 8، 13، 14، 15 من هذا المبدأ، يحق للمريض أو لممثله الشخصي، أو لأي شخص معني، أن يطعن أمام هيئة قضائية أو سلطة مستقلة أخرى في أي علاج يعطى للمريض.

المبدأ 12
الإشعار بالحقوق

1. يحاط المريض المودع في مرفق للصحة النفسية علما، في أقرب وقت ممكن بعد إدخاله المرفق، بشكل ولغة يمكن للمريض أن يفهمهما، بجميع حقوقه وفقا لهذه المبادئ وبموجب القانون المحلي، ويجب أن تتضمن المعلومات توضيحا لهذه الحقوق ولكيفية ممارستها.

2. إذا عجز المريض عن فهم هذه المعلومات، وما دام عجزه عن هذا الفهم قائما، وجب عندئذ إبلاغ حقوقه إلى الممثل الشخصي، إن وجد وإذا كان ذلك ملائما، وإلى الشخص أو الأشخاص القادرين على تمثيل مصالح المريض على أفضل وجه والراغبين في ذلك.

3. يحق للمريض الذي يتمتع بالأهلية اللازمة أن يعين شخصا تبلغ إليه المعلومات نيابة عنه، وكذلك شخصا لتمثيل مصالحه لدى سلطات المرفق.

المبدأ 13
الحقوق والأحوال في مرافق الصحة النفسية

1. يكفل الاحترام الكامل لحق كل مريض مودع في مرفق للصحة النفسية في أن يتمتع، بصفة خاصة، بما يلي:

آ. الاعتراف في كل مكان بصفته الاعتبارية أمام القانون؛
ب. خصوصيته؛
ج. حرية الاتصالات التي تشمل حرية الاتصال بالأشخاص الآخرين في المرفق، وحرية إرسال وتسلم رسائل خاصة غير مراقبة؛ وحرية تلقي زيارات مكفولة الخصوصية من محام أو ممثل شخصي، ومن زائرين آخرين في جميع الأوقات المعقولة؛ وحرية الحصول على خدمات البريد والهاتف وعلى الصحف والاستماع إلى الإذاعة ومشاهدة التلفزيون؛
د. حرية الدين أو المعتقد.

2. تكون البيئة والأحوال المعيشية في مرافق الصحة النفسية أقرب ما يمكن لأحوال الحياة الطبيعية التي يحياها الأشخاص ذوو السن المماثلة، وتشمل بصفة خاصة ما يلي:

آ. مرافق للأنشطة الترويحية وأنشطة أوقات الفراغ؛
ب. مرافق للتعليم؛
ج. مرافق لشراء أو تلقي الأشياء اللازمة للحياة اليومية والترفيه والاتصال؛
د. مرافق لاشتراك المريض في عمل يناسب خلفيته الاجتماعية والثقافية، وللتدابير المناسبة لإعادة التأهيل المهني من أجل تعزيز إعادة الاندماج في المجتمع، والتشجيع على استخدام هذه المرافق. ويجب أن تشمل تلك التدابير الإرشاد المهني وخدمات للتدريب المهني ولإيجاد العمل، بغية تمكين المرضى من الحصول على عمل في المجتمع أو الاحتفاظ به.

3. لا يجوز في أي ظروف إخضاع مريض للعمل الإجباري، وينبغي أن يتمكن المريض، في الحدود التي تتفق مع احتياجاته ومع متطلبات إدارة المؤسسة، من اختيار نوع العمل الذي يريد أن يؤديه.

4. لا يجوز استغلال عمل مريض في مرفق للصحة النفسية. ويكون لكل مريض الحق في أن يحصل عن أي عمل يؤديه على نفس الأجر الذي يدفع، حسب القانون أو العرف المحلي، عن مثل هذا العمل إلى شخص غير مريض. ويجب أن يكون لكل مريض في جميع الأحوال الحق في الحصول على نصيب منصف من أي أجر يدفع إلى مرفق الصحة النفسية عن عمله.

المبدأ 14
موارد مرافق الصحة النفسية

1. ينبغي أن يكون لمرفق الصحة النفسية نفس مستوى الموارد الذي يكون لأي مؤسسة صحية أخرى، ولا سيما ما يلي:

أ. عدد كاف من الأطباء المؤهلين وغيرهم من العاملين المهنيين المناسبين، ومكان كاف لتوفير الخصوصية لكل مريض، وبرنامج علاج مناسب وفعال؛

ب. معدات لتشخيص الأمراض وعلاج المرضى؛

ج. الرعاية المهنية المناسبة؛
د. العلاج الكافي والمنتظم والشامل، بما في ذلك إمدادات الأدوية.

2. يجب أن تقوم السلطات المختصة بالتفتيش على كل مرفق للصحة النفسية بتواتر كاف لضمان اتساق أحوال المرضى وعلاجهم ورعايتهم مع هذه المبادئ.

المبدأ 15
مبادئ إدخال المرضى في المرافق

1. في حالة احتياج مريض إلى العلاج في مرفق للصحة النفسية تبذل كل الجهود الممكنة لتجنب إدخاله على غير إرادته.

2. تجري إدارة دخول المريض إلى مرفق للصحة النفسية بنفس طريقة دخول أي مرفق آخر من أجل أي مرض آخر.

3. يكون لكل مريض أدخل في مرفق للصحة النفسية على غير إرادته الحق في مغادرته في أي وقت، ما لم تنطبق عليه المعايير المتعلقة باحتجاز المرضى على غير إرادتهم، حسبما يرد بيانه في المبدأ 16 أدناه، وينبغي إعلام المريض بهذا الحق.

المبدأ 16
إدخال المريض في مرفق الصحة النفسية على غير إرادته

1. لا يجوز إدخال شخص مرفق للصحة النفسية على غير إرادته بوصفه مريضا، أو استبقاؤه كمريض على غير إرادته بعد إدخاله كمريض باختياره، ما لم يقرر طبيب مؤهل في مجال الصحة النفسية ومرخص له قانونا بالممارسة في هذا المجال، ويكون قراره، وفقا للمبدأ 4 أعلاه، أن ذلك الشخص مصاب بعلة نفسية، وأنه يرى ما يلي:

أ. أنه يوجد، بسبب هذه العلة النفسية، احتمال جدي لحدوث أذى فوري أو وشيك لذلك الشخص أو لغيره من الأشخاص؛ أو

ب. أنه يحتمل، في حالة شخص يكون اعتلاله النفسي شديدا وملكة التمييز لديه مختلة، أن يؤدي عدم إدخاله المرفق أو احتجازه فيه إلى تدهور خطير في حالته أو إلى الحيلولة دون إعطائه العلاج المناسب الذي لا يمكن أن يعطى إياه إلا بإدخاله مرفق الصحة النفسية، وفقا لمبدأ أقل الحلول البديلة تقييدًا.

وفي الحالة المشار إليها في الفقرة الفرعية (ب) يجب، حيثما أمكن ذلك، استشارة طبيب ممارس ثان في مجال الصحة النفسية، يكون مستقلا عن الطبيب الأول. وإذا

تمت هذه الاستشارة، فإنه لا يجوز إدخال الشخص أو احتجازه على غير إرادته إلا بموافقة الطبيب الممارس الثاني.

2. يكون إدخال الشخص أو احتجازه على غير إرادته في بادئ الأمر لفترة قصيرة يحددها القانون المحلي للملاحظة والعلاج الأولي، في انتظار قيام هيئة مراجعة بالنظر في إدخال المريض أو احتجازه. وتبلَّغ أسباب الإدخال أو الاحتجاز إلى المريض دون تأخير، كما يبلَّغ الإدخال أو الاحتجاز وأسبابه فورا وبالتفصيل إلى هيئة المراجعة، وإلى الممثل الشخصي للمريض، إن وجد، وكذلك إلى أسرة المريض ما لم يعترض المريض على ذلك.

3. لا يجوز أن يستقبل مرفق للصحة النفسية مرضى أدخلوا على غير إرادتهم إلا إذا كلفت سلطة مختصة يحددها القانون المحلي المرفق بالقيام بذلك.

المبدأ ١٧
هيئة المراجعة

1. تكون هيئة المراجعة هيئة قضائية أو هيئة أخرى مستقلة ونزيهة تنشأ بموجب القانون المحلي وتعمل وفقا للإجراءات الموضوعة بمقتضاه. وتستعين هذه الهيئة، في اتخاذ قراراتها، بواحد أو أكثر من الأطباء الممارسين المؤهلين والمستقلين في مجال الصحة النفسية، وتأخذ رأيهم في الاعتبار.

2. تجري إعادة النظر الأولية التي تقوم بها هيئة المراجعة/الفحص، حسبما تتطلبه الفقرة 2 من المبدأ 16 أعلاه، في قرار بإدخال أو احتجاز شخص مريض على غير إرادته في أقرب وقت ممكن بعد اتخاذ ذلك القرار، وتتم وفقا لإجراءات بسيطة وسريعة وفقا لما يحدده القانون المحلي.

3. تقوم هيئة الفحص دوريًا باستعراض حالات المرضى المحتجزين على غير إرادتهم، وذلك على فترات متفرقة معقولة وفقًا لما يحدده القانون المحلي.

4. يكون للمريض المحتجز على غير إرادته حق تقديم طلبات إلى هيئة المراجعة على فترات معقولة، وفقا لما ينص عليه القانون المحلي، لإطلاق سراحه أو تحويله إلى وضع الاحتجاز الطوعي.

5. تقوم هيئة المراجعة، لدى كل استعراض، بالنظر فيما إذا كانت معايير الإدخال على غير الإرادة المبينة في الفقرة 1 في المبدأ 16 أعلاه مازالت مستوفاة، وإذا لم تكن كذلك، تعين إخلاء سبيل المريض كمريض محتجز على غير إرادته.

6. إذا اقتنع الطبيب الممارس في مجال الصحة النفسية والمسؤول عن الحالة، في أي وقت، بأن شروط احتجاز شخص بوصفه مريضا محتجزا على غير إرادته لم تعد مستوفاة، تعين عليه أن يأمر بإخراج ذلك الشخص بوصفه مريضا محتجزا على غير إرادته.

7. يكون للمريض أو لممثله الشخصي أو لأي شخص معني الحق في أن يطعن أمام محكمة أعلى في قرار بإدخال المريض أو احتجازه في مرفق للصحة النفسية.

المبدأ ١٨
الضمانات الإجرائية

1. يحق للمريض أن يختار ويعين محاميا يمثله بوصفه مريضا، بما في ذلك تمثيله في أي إجراء للشكوى أو للطعن. وإذا لم يحصل المريض بنفسه على هذه الخدمات، تعين توفير محام له دون أن يدفع المريض شيئا، وذلك في حدود افتقاره إلى الإمكانيات الكافية للدفع.

2. يكون للمريض أيضًا الحق في الاستعانة، إذا لزم الأمر، بخدمات مترجم شفوي. وفي الحالات التي تلزم فيها هذه الخدمات ولا يحصل عليها المريض بنفسه، يتعين توفيرها له دون أن يدفع شيئا، وذلك في حدود افتقاره إلى الإمكانيات الكافية للدفع.

3. يجوز للمريض ولمحامي المريض أن يطلبا وأن يقدما في أي جلسة تقريرا مستقلا عن الصحة النفسية وأي تقارير أخرى وأدلة شفوية ومكتوبة وغيرها من الأدلة التي تكون لها صلة بالأمر ويجوز قبولها.

4. تعطى للمريض ومحاميه نسخ من سجلات المريض ومن أي تقارير ووثائق ينبغي تقديمها، إلا في حالات خاصة يتقرر فيها أن كشف أمر بعينه للمريض من شأنه أن يسبب لصحته ضررا خطيرا أو أن يعرض سلامة الآخرين للخطر. وفقا لما قد ينص عليه القانون المحلي، فإن وثيقة لا تعطى للمريض ينبغي إعطاؤها لممثل المريض الشخصي ومحاميه عندما يمكن القيام بذلك في إطار الثقة والسرية. وعند الامتناع عن إعطاء أي جزء من أي وثيقة إلى المريض، يتعين خطار المريض أو محاميه، إن وجد،بهذا الامتناع وبأسبابه، مع خضوع هذا الامتناع لإعادة النظر فيه قضائيا.

5. يكون للمريض ولممثله الشخصي ومحاميه الحق في أن يحضروا أي جلسة ويشتركوا فيها وأن يستمع إليهم شخصيا.

6. إذا طلب المريض أو ممثله الشخصي أو محاميه حضور شخص معين في أي جلسة، تعين السماح بحضور هذا الشخص، ما لم يتقرر أن حضوره يمكن أن يلحق ضررا خطيرا بصحة المريض أو أن يعرض سلامة الآخرين للخطر.

7. أي قرار يتخذ بشأن ما إذا كان يجب أن تعقد الجلسة أو أن يعقد جزء منها علنا أو سرا وأن تنقل علنا، ينبغي أن تراعى فيه تماما رغبات المريض نفسه، وضرورة احترام خصوصيته وخصوصية الأشخاص الآخرين، وضرورة منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض أو تجنب تعريض سلامة الآخرين للخطر.

8. يجب تدوين القرار الصادر عن الجلسة وتدوين أسبابه، وإعطاء المريض وممثله الشخصي ومحاميه نسخًا من ذلك القرار. ولدى البت فيما إذا كان القرار سينشر كاملاً أو

جزئيًا، يجب أن تراعى تمامًا في ذلك رغبات المريض نفسه، وضرورة احترام خصوصيته وخصوصية الأشخاص الآخرين، والمصلحة العامة في إقامة العدل علناً، وضرورة منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض أو تجنب تعريض سلامة الآخرين للخطر.

المبدأ 19
الحصول على المعلومات

1. يكون للمريض (الذي يشمل مصطلحه في هذا المبدأ المريض السابق) الحق في الحصول على المعلومات المتعلقة به والواردة في سجلاته الصحية والشخصية الذي يحتفظ بها مرفق الصحة النفسية. ويمكن أن يخضع هذا الحق لقيود بغية منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض وتجنب تعريض سلامة الآخرين للخطر. ووفقا لما قد ينص عليه القانون المحلي، فإن أي معلومات من هذا القبيل لا تعطى للمريض، ينبغي إعطاؤها لممثل المريض الشخصي ومحاميه عندما يمكن القيام بذلك في إطار الثقة والسرية. وعند الامتناع عن إعطاء المريض أيا من هذه المعلومات، يتعين إخطار المريض أو محاميه، إن وجد، بهذا الامتناع وبأسبابه مع خضوع هذا الامتناع لإعادة النظر فيه قضائيا.

2. تدرج في ملف المريض عند الطلب أي تعليقات مكتوبة يقدمها المريض أو ممثله الشخصي أو محاميه.

المبدأ 20
مرتكبو الجرائم

1. ينطبق هذا المبدأ على الأشخاص الذين ينفذون أحكاما بالسجن بسبب ارتكابهم جرائم، أو الذين يحتجزون على نحو آخر أثناء إجراءات أو تحقيقات جنائية موجهة ضدهم، والذين يتقرر أنهم مصابون بعلة نفسية أو يعتقد في احتمال إصابتهم بمثل هذه العلة.

2. ينبغي أن يتلقى جميع هؤلاء الأشخاص أفضل رعاية متاحة للصحة النفسية كما هو منصوص عليه في المبدأ 1 من هذه المبادئ. وتنطبق هذه المبادئ عليهم إلى أقصى حد ممكن، باستثناء ما تقتضيه هذه الظروف فقط من تعديلات واستثناءات محدودة. ولا يجوز أن تخل هذه التعديلات والاستثناءات بما للأشخاص من حقوق بموجب الصكوك المذكورة في الفقرة 5 من المبدأ1 أعلاه.

3. يجوز أن يسمح القانون المحلي لمحكمة أو سلطة أخرى مختصة، تعمل على أساس مشورة طبية مختصة ومستقلة، بأن تأمر بإدخال هؤلاء الأشخاص في مرفق للصحة النفسية.

4. ينبغي في جميع الأحوال أن يتفق علاج الأشخاص الذين يتقرر أنهم مصابون بعلل نفسية مع المبدأ 11 أعلاه.

المبدأ 21
الشكاوى

يحق لكل مريض أو مريض سابق أن يتقدم بشكوى عن طريق الإجراءات المحددة في القانون المحلي.

المبدأ ٢٢
المراقبة وسبل الانتصاف

ينبغي للدول أن تكفل وجود آليات مناسبة سارية للتشجيع على الامتثال لهذه المبادئ، ومن أجل التفتيش على مرافق الصحة النفسية، وتقديم الشكاوى والتحقيق فيها وإيجاد حلول لها، ومن أجل إقامة الدعاوى المناسبة التأديبية أو القضائية بسبب سوء السلوك المهني أو انتهاك حقوق المريض.

المبدأ 23
التنفيذ

1. ينبغي للدول أن تنفذ هذه المبادئ عن طريق اتخاذ تدابير مناسبة تشريعية وقضائية وإدارية وتعليمية وغيرها من التدابير، وأن تعيد النظر في تلك التدابير بصفة دورية.

2. يجب على الدول أن تجعل هذه المبادئ معروفة على نطاق واسع بوسائل مناسبة وفعالة.

المبدأ 24
نطاق المبادئ المتعلقة بمرافق الصحة النفسية

تنطبق هذه المبادئ على جميع الأشخاص الذين يدخلون في مرفق للصحة النفسية.

المبدأ 25
الحفاظ على الحقوق القائمة

لا يجوز إخضاع أي حق من الحقوق القائمة للمرضى لأي قيد أو استثناء أو إلغاء، بما في ذلك الحقوق المعترف بها في القانون الدولي أو المحلي المطبق، بدعوى أن هذه المبادئ لا تعترف بهذه الحقوق أو أنها تعترف بها بدرجة أقل.