

Michał Sułkowski¹, Katarzyna Bargiel², Róża Safin³

¹ Student V roku kierunku lekarskiego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski

² Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych w Krakowie

³ Studentka II roku zdrowia publicznego drugiego stopnia, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu

Przymus w psychiatrii

Coercion in psychiatry

STRESZCZENIE

Zdrowie i życie człowieka to najważniejsze dobra, dlatego też używa się wszelkich środków w celu ich ochrony. W pewnych sytuacjach u osób chorych psychicznie ochrona tych najważniejszych dóbr prawnych stoi w sprzeczności z ochroną konstytucyjnego prawa do wolności. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje możliwości zastosowania przymusu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, które z powodu choroby zagrażają zdrowiu lub życiu swojemu, lub innych osób, lub w znaczny sposób paraliżują prace jednostki medycznej. Możliwe jest również przyjęcie osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody, jeżeli istnieją do tego przesłanki.

Słowa kluczowe: przymus, psychiatria, leczenie psychiatryczne, zdrowie psychiczne

ABSTRACT

Human health and life are the most important values, which is why all means are used to protect them. In certain situations, in the case of mentally ill people, the protection of these legal interests is in direct conflict with the protection of the constitutional right to freedom. The Act of 19 August 1994 on the protection of mental health provides for the possibility of using coercion against people with mental disorders who, due to their illness, pose a threat to their own life or other persons' health or life or significantly paralyze the work of a medical unit. In some cases, it is also possible to admit and treat a mentally ill person in a psychiatric hospital without their consent, if there is a legal basis for such action.

Keywords: coercion, psychiatry, psychiatric treatment, mental health

Adres do korespondencji / Address for correspondence: michal.maciej.sulkowski@gmail.com

ORCID: Katarzyna Bargiel  <https://orcid.org/0000-0002-8200-1087>;

Michał Sułkowski  <https://orcid.org/0000-0003-0523-1388>;

Róża Safin  <https://orcid.org/0000-0002-4687-7030>

Licencja/License: CC BY 4.0 

WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW

UOZP – Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2022, poz. 2123 ze zm.).

KK – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku, Kodeks karny (Dz.U. 2022, poz. 1138 ze zm.).

METODY PRZEGLĄDU I CEL ARTYKUŁU

Przeglądu obowiązujących aktów prawnych, literatury prawnej oraz orzecznictwa dokonano, używając Systemu „Legalis” oraz polskiego Systemu Informacji Prawnej „LEX”. Treść aktualnych przepisów prawa wyszukano również w Internetowym Systemie Aktów Prawnych, znajdującym się na stronie internetowej kancelarii Sejmu RP. Celem niniejszego artykułu jest promowanie edukacji prawniczej, szczególnie wśród pracowników medycznych wykonujących zadania na podstawie UOZP.

WPROWADZENIE

Polskie przepisy gwarantują wiele praw człowieka; oczywiście jest, że prawa te są zagwarantowane również osobom zmagającym się z problemami natury psychicznej. Najważniejszym polskim aktem prawnym jest Konstytucja RP z 1997 roku. Zapewnia ona szereg praw i wolności obywatelom (niektóre prawa są zagwarantowane również cudzoziemcom) zarówno w kwestii poszanowania godności (art. 30), wolności (art. 31), równości (art. 32), prawa do życia (art. 38), jak i dostępu do ochrony zdrowia (art. 68). Prawo zakazuje: eksperymentów na ludziach, jeśli nie wyrazili na nie zgody (art. 39), tortur, poniżania lub niehumanitarnego traktowania (art. 40), co więcej – zagwarantowane jest prawo do nietykalności i wolności osobistej (art. 41). Jednakże ustawodawca przewidział również przypadki, kiedy prawa pacjenta zostają ograniczone z uwagi na konieczność zastosowania różnych (przewidzianych w przepisach) form przymusu (Konstytucja, 1997). Chcąc zrozumieć cały mechanizm działania, należy najpierw wyjaśnić, czym ów przymus jest i kiedy można go zastosować.

Przy interpretacji prawa często używa się wykładni literalnej, która może wymagać sięgnięcia do *Słownika Języka Polskiego*. Według definicji słownikowej, przymus można traktować jako coś osobistego: jak poczucie obowiązku, silną

potrzebę zrobienia czegoś, ale i jako nacisk lub wywieranie wpływu, zmuszanie danej osoby do zrobienia czegoś. Przymusem nazywa się również wszystkie środki prawne, które wymuszają zastosowanie prawa lub wyroku sądowego (Drabik, Kubiak-Sokół, Sobol, 2021). Natomiast według *Encyklopedii PWN* przymus to „bezprawne wywarcie nacisku na inną osobę, pozbawiające swobody działania, [co] nie jest czynem wg pol. prawa, a więc nie jest przestępstwem” (Drabik, Janus-Kwiatkowska, 2020). Nie ma tutaj żadnej wzmianki o tym, że takie działanie może być dobrowolne i spowodowane wewnętrzną potrzebą. Jak wskazuje Aneta Milik, przymus bezpośredni definiowany jest jako „ograniczenie ruchów pacjenta lub jego unieruchomienie przy użyciu siły fizycznej, środków mechanicznych i innych w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i otoczenia oraz wykonania zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych” (Milik, 2007).

We wspomnianym artykule 31 Konstytucji RP (1997) obywatelom zagwarantowano prawo do wolności; należy jednak zwrócić uwagę, że przepis zawiera również ustęp 3, który dopuszcza możliwość ograniczenia praw jednostki „gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”. Dodatkowo w tym samym ustępie zaznaczono, że wszelkie stosowane ograniczenia muszą być opisane szczegółowo w odrębnych aktach prawnych o randze ustawy.

PODSTAWY PRAWNE STOSOWANIA PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO

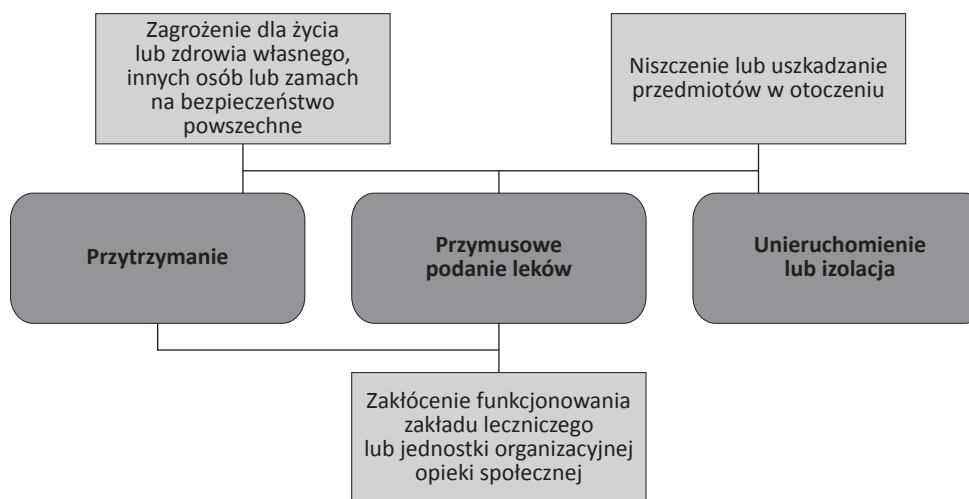
Taką wyjątkową sytuacją, gdy istnieje możliwość ograniczenia swobód jednostki, może być postępowanie z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, czyli z pacjentem chorym psychicznie, upośledzonym umysłowo lub wykazującym inne zakłócenia czynności psychicznych (art. 3 ust 1

UOZP). Szczegółowe postępowanie zostało określone w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (UOZP, 1994). Sąd Apelacyjny w Krakowie wskazuje, że „ustawa ta wprowadza pewne ograniczenia dotyczące dóbr osobistych pacjentów, uzasadnione ich sytuacją zdrowotną, troską o zachowanie bezpieczeństwa zarówno pacjenta, jak i otoczenia” (Sąd Apelacyjny w Krakowie, 2018). Artykuł 3 ustęp 6 UOZP (1994) określa wprost, jakie procedury należą do przymusu bezpośredniego: przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie oraz izolacja. Każda z tych czynności została zdefiniowana w wymienionym artykule. Jako przytrzymywanie należy rozumieć „doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej”; z kolei unieruchomienie to „obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa”; natomiast izolacja: „umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu”. Przymusowe zastosowanie leków to „doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody”.

Artykuł 18a-e UOZP (1994) precyzuje rodzaje przymusu, kiedy może być zastosowany

i w jakich okolicznościach (ryc. 1), a artykuł 18f zawiera delegację ustawową, nakazującą określenie (w postaci rozporządzenia) m.in. sposobu udokumentowania i oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego.

Do dokładnej analizy konieczne jest zwrócenie uwagi, w jakich przypadkach przymus może zostać zastosowany. Ustawa określa trzy takie sytuacje: możliwość narażenia życia lub zdrowia własnego, innej osoby, zagrożenie bezpieczeństwa powszechnego; niszczenie lub uszkodzenie przedmiotów w swoim najbliższym otoczeniu; zakłócenie lub uniemożliwienie funkcjonowania zakładu leczniczego lub jednostki pomocy społecznej (art. 18 ust. 1 pkt 1–3) (UOZP, 1994). Zapis ten jest bardzo ogólny i pozwala na szeroką jego interpretację, która może prowadzić do bezprawnego naruszenia dóbr pacjenta (Wojcieszak, 2022). Agnieszka Wojcieszak dodatkowo zauważa: „że ustawa nie określa, na jakim tle muszą występować zaburzenia, aby można było zastosować przymus bezpośredni. W rezultacie, pacjent ze schorzeniem neurologicznym, urazem czy chorobą wewnętrzną, wykazującą inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, spełnia kryteria, o których



Ryc. 1. Środki przymusu bezpośredniego możliwe do zastosowania

Źródło: opracowanie własne.

mowa w art. 3 pkt 1". Jest to słuszna uwaga, która pozwala na wysunięcie wniosku, że sama diagnoza choroby pacjenta nie może być podstawą do zastosowania przymusu bezpośredniego. Dopiero wymienione w art. 18 ust. 1 pkt 1–3 UOZP zachowania pacjenta mogą stanowić podstawę do zastosowania przymusu, nawet jeżeli stwierdzona u niego choroba lub brak uprzedniej diagnozy bezpośrednio nie wskazują na możliwość wystąpienia u niego zachowań zagrażających zdrowiu lub życiu jego lub osób w najbliższym otoczeniu.

O konieczności zastosowania przymusu decyduje lekarz, a w przypadku jego nieobecności pielęgniarka. To na tych pracownikach medycznych spoczywa obowiązek wybrania metody, jaka ma być zastosowana, oraz nadzorowania całej procedury (zgodnie z art. 18. Ust. 8 UOZP wybrana metoda przymusu powinna być jak najmniej uciążliwa dla pacjenta). Dodatkowo pielęgniarka decydująca o zastosowaniu przymusu bezpośredniego ma obowiązek niezwłocznego poinformowania lekarza o wybranej procedurze i wszystkich okolicznościach z tym związanych. Fakt zastosowania przymusu bezpośredniego oraz uprzedzenia o możliwości takiego działania należy odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 18 ust. 2 UOZP). Samo zastosowanie przymusu jest formą ostateczną i powinno być poprzedzone uprzedzeniem osoby o takiej możliwości (art. 18 ust. 8 UOZP). Jeśli pacjent ma zaburzenia psychiczne, w związku z którymi jest niezdolny do zrozumienia przekazywanych mu informacji, możliwe jest odstąpienie od uprzedzenia o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego, jednak fakt ten należy odnotować w dokumentacji medycznej (art. 18 ust. 2a UOZP). W przypadku, gdy nieobecny jest zarówno lekarz, jak i pielęgniarka, to wówczas do osoby kierującej akcją ratowniczą należy podjęcie decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz sprawowanie osobistego nadzoru nad jego wykonaniem. W takim wypadku konieczne jest poinformowanie dyspozytora medycznego, a następnie odnotowanie przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości podjęcia takiego działania w dokumentacji medycznej (art. 18 ust. 5 UOZP).

Zasadność zastosowania przez lekarza podmiotu leczniczego przymusu bezpośredniego

musi zostać oceniona w ciągu 3 dni przez kierownika podmiotu leczniczego, jeśli ten jest lekarzem, lub przez lekarza, którego wyznaczy kierownik. To samo dotyczy zasadności zastosowania przymusu, jeśli to lekarz podmiotu zażądał działania zlecone przez inną osobę. Jeśli zastosowanie przymusu jest zlecone przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub ratownika prowadzącego akcję czynności ratunkowych – zasadność zażądał lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii wyznaczony przez marszałka województwa (art. 18 ust. 10 pkt 1 i 2 UOZP).

Możliwe do zastosowania rodzaje przymusu są ściśle określone w ustawie (art. 3 pkt 6 lit. a-d UOZP oraz art. 18 ust. 6 pkt 1-3 UOZP), a wybór adekwatnego środka przymusu zależy od konkretnej sytuacji. Na rycinie 1 przedstawiono, kiedy dany środek przymusu będzie uzasadniony. Należy wspomnieć, że w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi dopuszcza się stosowanie więcej niż jednego środka przymusu, jeśli istnieje taka konieczność (art. 18a ust. 1 UOZP).

W przypadku zastosowania izolacji lub unieruchomienia konieczne jest sprawdzenie otoczenia osoby, wobec której stosowany jest przymus, a w szczególności pozbawienie jej dostępu do przedmiotów mogących stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jej oraz innych osób. Do takich przedmiotów zaliczają się m.in. pasek, szelki, sznurowadła, okulary, protezy zębowe, wszelkie ostre przedmioty, źródła ognia (art. 18a ust. 2 UOZP). Przymus może trwać tak długo, dopóki nie ustanie jego przyczyna (art. 18a ust. 4 UOZP). Te zapisy ustawowe były przedmiotem analizy dokonanej przez Sąd Okręgowy w Gliwicach w wyroku z dnia 19 listopada 2014 roku (sygn. akt II C 111/13), dotyczącym śmierci pacjenta jednego ze szpitali psychiatrycznych. Stan pacjenta wymagał zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pasami bezpieczeństwa, sam pacjent był nadpobudliwy i agresywny w stosunku do personelu szpitala, co uniemożliwiało jego zbadanie. Do śmierci doszło na skutek nagłego zatrzymania krążenia. Jak stwierdził sąd: „Zachowanie K.S. stanowiło realne zagrożenie dla zdrowia i życia jego, a także otoczenia, dlatego zastosowanie przymusu bezpośredniego było

prawidłowe i nie miało jakiegokolwiek wpływu na jego śmierć. Warunkiem zwolnienia z przymusu bezpośredniego jest zadziałanie leków w taki sposób, że ustaną przesłanki do odstąpienia od jego stosowania, do czego u pacjenta nie doszło. Zasinienie klatki piersiowej i obrzęk nie stanowią wskazania do zwolnienia od stosowania środków przymusu bezpośredniego, o ile przyczyna jego stosowania nie ustała” (Sąd Okręgowy w Gliwicach, 2014). Dalej w wyroku Sąd podkreśla, że w przypadku pobudzonego i agresywnego pacjenta „Unieruchomienie, obserwacja i przymusowe podawanie leków było jedynym możliwym postępowaniem w sytuacji klinicznej K.S. Pacjent był leczony zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną, zarówno w zakresie farmakoterapii zespołów abstynencyjnych, jak i terapii objawowej oraz w resuscytacji krążeniowo-oddechowej” (Sąd Okręgowy w Gliwicach, 2014).

Jak wynika z powyższego, w tym konkretnym przypadku Sąd nie dopatrzył się naruszenia UOZP, ponieważ nie ustała przyczyna zastosowania przymusu bezpośredniego, a zachowanie personelu medycznego było zgodne z procedurami i aktualnym stanem wiedzy medycznej.

W kolejnych ustępach art. 18a UOZP podane są ramy czasowe przymusu w formie unieruchomienia lub izolacji – nie mogą one trwać dłużej niż 4 godziny (art. 18a ust. 5 UOZP). Stan osoby unieruchomionej lub izolowanej powinien być kontrolowany nie rzadziej niż co 15 minut przez pielęgniarkę, również w trakcie snu osoby poddawanej przymusowi (art. 18a ust. 3 UOZP). Obserwacja ta polega na: sprawdzeniu stanu skóry pacjenta, szczególnie w okolicy przypięcia pasów bezpieczeństwa, i ocenienia, czy nie doszło do otarć (np. wskutek szarpania się) lub innych bolesnych zmian. W razie konieczności pielęgniarka może poluzować pasy i zabezpieczyć pacjenta przed negatywnymi konsekwencjami unieruchomienia (Kwapińska, Grzelak, 2012). Zarówno wszelkie zmiany oraz spostrzeżenia, jak i stan pacjenta w trakcie unieruchomienia powinny być dokładnie odnotowane w jego karcie. W czasie unieruchomienia może dojść do wielu niebezpiecznych i nieprzewidywalnych sytuacji, np. problemów z oddychaniem, niewydolności krążeniowej czy wspomnianych otarć skóry,

dlatego ważna jest stała kontrola i współpraca personelu medycznego.

Lekarz – po osobistym zbadaniu pacjenta – ma możliwość przedłużenia przymusu na kolejne dwa okresy, z czego żaden nie może być dłuższy niż 6 godzin (art. 18a ust. 8 UOZP); natomiast kolejne przedłużenia, jeśli są konieczne, mogą się odbyć tylko pod warunkiem każdorazowego, osobistego zbadania pacjenta przez lekarza psychiatrę (art. 18a ust. 9 UOZP). Dodatkowo kolejne okresy przedłużenia przymusu powinny być poprzedzone uzyskaniem opinii innego lekarza psychiatry (art. 18a ust. 10 UOZP), a zastosowanie przymusu w formie unieruchomienia lub izolacji dłużej niż 24 godziny powinno zostać zgłoszone do ordynatora/lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, gdzie zastosowano przymus (art. 18a ust. 1 UOZP).

Zastosowanie wszelkich form przymusu musi odbywać się przy poszanowaniu godności i intymności pacjenta. Pomieszczenie, w którym umieszczana jest osoba poddana przymusowi bezpośredniemu (w formie unieruchomienia), powinno być jednoosobowe (art. 18d ust. 1 UOZP). Osoba unieruchomiona może przebywać w sali z innymi pacjentami pod warunkiem, że jest od nich odgródzona (art. 18d ust. 2 UOZP). Jednak według Komisji ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego działającej przy Rzeczniku Praw Obywatelskich taka forma nie gwarantuje intymności pacjenta (Gajos-Kaniewska, 2022). Sala izolacyjna powinna mieć monitoring całodobowy (art. 18e ust. 2 UOZP) we wszystkich jej częściach, również tych sanitarno-higienicznych, jednak obraz z nich powinien uniemożliwić ukazanie intymnych części ciała oraz intymnych czynności fizjologicznych (art. 18e ust. 3 UOZP). Sam zapis powinien być przechowywany od 12 do 13 miesięcy (pod warunkiem że nie jest on dowodem w sprawie) (art. 18e ust. 6 UOZP). Dostęp do zapisu mogą mieć tylko osoby upoważnione, które obowiązują tajemnicą (art. 18e ust. 5 UOZP).

Ograniczenie jednego z praw lub wolności pacjenta nie może być przyczyną naruszenia innych praw jednostki. Odnosząc się do tego dylematu, Błażej Kmiecik pyta: „Czy jednak faktycznym naruszeniem owych praw nie

byłaby bierność personelu, kiedy pacjent z powodu doświadczanych objawów psychotycznych podejmuje działania niebezpieczne dla siebie lub innych?” (Kmieciak, 2017). Odpowiadając na powyższe pytanie, można wysnuć wniosek, że wszelkie działania podejmowane przy zastosowaniu przymusu mają na celu przede wszystkim ochronę dóbr prawnych i są wprowadzane zarówno dla dobra samego pacjenta, jak i osób będących w najbliższym otoczeniu, które mogą być zagrożone przez niebezpieczne zachowania pacjenta.

Należy jednak zaznaczyć, że ustawodawca w art. 34 UOZP przewidział sytuację, kiedy przymus bezpośredni może zostać użyty poza okolicznościami, o których mowa w art. 18 UOZP. Dotyczy on osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez ich zgody, kiedy przymus konieczny jest do dokonania niezbędnych czynności leczniczych wymienionych w art. 33 UOZP oraz ma zapobiec samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego przez tę osobę.

HOSPITALIZACJA PACJENTA PSYCHIATRYCZNEGO

Podstawową zasadą udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce jest zasada poszanowania autonomii woli pacjenta i wyrażenia świadomej zgody na hospitalizację. Ustawodawca nie zakłada z góry, że osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne są niezdolne do wyrażenia świadomej zgody (Karczevska-Kamińska, 2018), dlatego co do zasady pacjenci psychiatryczni muszą wyrazić świadomą zgodę na badanie psychiatryczne i hospitalizację w szpitalu psychiatrycznym, a także na proponowane leczenie. Artykuł 3 pkt 4 UOZP definiuje zgodę jako „swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”. Zgoda na hospitalizację musi być wyrażona w formie pisemnej. Co do zasady przyjęcie do szpitala psychiatrycznego następuje na

podstawie skierowania (art. 2 ust. 1 UOZP). W nagłych przypadkach (gdy nie ma możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed przyjęciem do szpitala) możliwe jest przyjęcie do szpitala psychiatrycznego za pisemną zgodą pacjenta, bez skierowania (art. 22 ust. 1a UOZP). Jak stwierdzono w wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 czerwca 2013 roku (I ACa 361/13), rygor zachowania formy pisemnej ma na celu ochronę dobra chorych przy uwzględnieniu dolegliwości leczenia w szpitalu psychiatrycznym, które *de facto* godzi w bardzo ważne dobro osobiste, jakim jest wolność człowieka (Sąd Apelacyjny w Katowicach, 2013). Należy podkreślić, że zgoda na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego nie oznacza jednoczesnej zgody na leczenie, bowiem pacjent powinien wyrazić osobną zgodę na proponowane leczenie, po uprzednim szczegółowym poinformowaniu o celowości zastosowania danej metody leczenia, jej zaletach oraz dających się przewidzieć skutkach ubocznych i powikłaniach (Bobińska, Eichstaedt, Gałęcki, 2016). Jednocześnie obowiązuje zasada jak najmniejszej uciążliwości leczenia dla pacjenta (art. 12 UOZP). Należy przy tym zaznaczyć, że w swoim orzecznictwie Sąd Najwyższy w postanowieniu z 29 kwietnia 2010 roku (IV CSK 9/10) określił, że umieszczenie pacjenta w szpitalu psychiatrycznym jest najbardziej uciążliwym sposobem leczenia (Sąd Najwyższy, 2010). Jak słusznie wskazano w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2009 roku (I CSK 402/08), wykładnia art. 22 UOZP powinna być wąska, a zasadą postępowania w takim przypadku powinno być działanie celowe z punktu widzenia interesu i dobra osoby, której dotyczą podejmowane czynności (Sąd Najwyższy, 2009).

Jeśli pacjent jest niezdolny do wyrażenia zgody na hospitalizację, wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego (art. 22 ust. 2 UOZP). Przykładowo zasada ta będzie stosowana, gdy: pacjent ma mial zaburzenia świadomości z uwagi na alkoholowy zespół majaczeniowy lub zespół majaczeniowy na podłożu otępienia albo znajduje się w stuporze katatonicznym (stan zmniejszonej reaktywności na bodźce zewnętrzne) i z pobudek psychotycznych nie może nawiązać kontaktu z otoczeniem albo pacjent będzie w zaawansowanym stadium procesu otępiennego lub pacjent będzie w stanie

pomocnym po napadzie padaczkowym (Bobińska, Eichstaedt, Gałecki, 2016).

W nagłych przypadkach pacjent może być przyjęty do szpitala psychiatrycznego bez zgody sądu opiekuńczego: wówczas lekarz przyjmujący chorego na hospitalizację ma obowiązek, w miarę możliwości, zasięgnąć pisemną opinię innego lekarza lub psychologa (art. 22 ust. 2a UOZP), a kierownik jednostki przyjmującej powinien zwrócić się do właściwego sądu opiekuńczego w celu uzyskania zgody na pobyt chorego na oddziale psychiatrycznym (art. 22 ust. 2b UOZP).

Należy mieć na uwadze, że ustawa przewiduje wyjątki od zasady wyrażenia zgody przez pacjenta. Jeśli dana osoba z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, możliwe jest przeprowadzenie badania psychiatrycznego bez zgody (art. 21 ust. 1 UOZP).

Polskie prawo przewiduje dwa tryby przyjęcia (bez zgody pacjenta) do szpitala psychiatrycznego: tryb nagły (art. 23 UOZP) i tryb wnioskowy (art. 29 i 30 UOZP).

Na marginesie można również wspomnieć, że przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym może nakazać sąd karny, co stanowi środek zabezpieczający (art. 93a § 1 pkt 4 KK), mający na celu zapobiegnięcie popełnieniu przez sprawcę czynu o znacznej społecznej szkodliwości (art. 93b § 1 KK) (Kodeks karny, 1997). Jednakże przepisy te mogą znaleźć zastosowanie jedynie, gdy wobec danej osoby umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności. Co więcej, aby można zastosować ten środek zabezpieczający, musi być bardzo prawdopodobne, że dana osoba popełni ponownie czyn zabroniony o wysokiej szkodliwości społecznej w związku z chorobą psychiczną (art. 93g § 1 KK, 1997). Niepoczytalność należy rozumieć zgodnie z art. 31 § 1 KK (1997): stanowi on, że nie popełnia przestępstwa osoba, która z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych nie mogła w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem (Karczeńska-Kamińska, 2018). Jak słusznie wskazuje Agnieszka Barczak-Oplustil

(2016), wspomniany środek zabezpieczający stanowi środek o „względnej obligatoryjności izolacyjnych środków zabezpieczających”, co oznacza, że „dopiero bowiem, gdy okaże się, że inne środki zabezpieczające – mniej dolegliwe dla sprawcy, o charakterze nieizolacyjnym – nie są wystarczające, aby zapobiec popełnieniu czynu zabronionego o znacznym stopniu społecznej szkodliwości, aktualizuje się obowiązek orzeczenia pobytu w zakładzie psychiatrycznym”.

Jak wynika wprost z powyższego, zasadą jest, że w pierwszej kolejności stosuje się środki zabezpieczające jak najmniej dolegliwe dla sprawcy, co stanowi ogólną zasadę prawa karnego i pomaga chronić prawa człowieka.

Powróćmy do tematu przyjęcia do szpitala w trybie UOZP. W pierwszej kolejności omówiony zostanie tryb nagły. Ustawodawca w art. 23 UOZP przewiduje możliwość przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody. Należy podkreślić, że przyjęcie w trybie art. 23 UOZP wymaga wcześniejszego rozpoznania u danej osoby choroby psychicznej (nie wystarczy występowanie jakichkolwiek zaburzeń psychicznych) (Karczeńska-Kamińska, 2018). Przesłanką przyjęcia do szpitala bez zgody jest stan psychiczny pacjenta (Bobińska, Eichstaedt, Gałecki, 2016). Zachowanie takiej osoby musi wówczas zagrażać bezpośrednio jej życiu lub życiu i zdrowiu innych ludzi (art. 23 ust. 1 UOZP). Jako sytuacje zagrażające życiu i zdrowiu należy rozumieć zarówno zachowania agresywne wobec innych, jak również działania autodestrukcyjne. Natomiast w przypadku niezdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych możliwa jest hospitalizacja w trybie wnioskowym art. 29 i 30 UOZP (Kępa, 2020), która zostanie omówiona w dalszej części artykułu. Jeśli chodzi o tryb nagły, przed przyjęciem pacjent musi być zbadany przez lekarza, który dodatkowo może zasięgnąć opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa (art. 23 ust. 2 UOZP). Pacjent powinien zostać poinformowany o przyczynach przyjęcia do szpitala bez jego zgody oraz o jego prawach (art. 23 ust. 3 UOZP). Przyjęcie do szpitala bez zgody pacjenta musi zostać zatwierdzone przez lekarza kierującego oddziałem w ciągu 48 godzin od przyjęcia; co więcej, wymagane jest

zawiadomienie właściwego sądu opiekuńczego w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia pacjenta (art. 23 ust. 4 UOZP). Wszystkie informacje dotyczące przymusowej hospitalizacji należy umieścić w dokumentacji medycznej (art. 23 ust. 5 UOZP).

Kiedy postępowanie danej osoby wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża ona bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a jednocześnie pojawiają się wątpliwości, czy jest ona rzeczywiście chora psychicznie, zastosowanie znajduje art. 24 UOZP, pozwalający na hospitalizację obserwacyjną, czyli przyjęcie bez zgody do szpitala na okres nie dłuższy niż 10 dni i bez stosowania leczenia. Wówczas stosuje się zasady i tryb postępowania określone w art. 23 UOZP (opisane już powyżej). W ustawie wskazano – co warto podkreślić – że pojęcie „osoby z zaburzeniami psychicznymi” jest szersze od pojęcia „osoby chorej psychicznie”, co wynika bezpośrednio z art. 3 pkt 1 UOZP. Ten ostatni przepis stanowi, że pojęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi odnosi się do osoby: chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne) lub upośledzonej umysłowo lub wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym. W związku z tym osoba z zaburzeniami psychicznymi, np. upośledzona umysłowo i niebędąca osobą chorą psychicznie nie może być przyjęta do szpitala w trybie nagłym określonym w art. 23 UOZP (Bobińska, Eichstaedt, Gałeczki, 2016).

W postanowieniu Sądu Najwyższego z 16 marca 2012 roku (sygn. IV CSK 373/11) powiązano możliwość hospitalizacji obserwacyjnej z występowaniem u pacjenta zaburzeń psychicznych. Wyłącznym celem takiej hospitalizacji jest wyjaśnienie wątpliwości co do tego, czy pacjent cierpi na chorobę psychiczną (Sąd Najwyższy, 2012), zaś ocena legalności przymusowego przyjęcia do szpitala następować będzie na podstawie tego, jaką podstawę prawną przyjęcia (art. 23 lub art. 24 UOZP) poda kierownik szpitala, zawiadamiając sąd (realizując obowiązek z w art. 23 ust. 4 zd. 2 UOZP) o przymusowej hospitalizacji.

Beata Janiszewska (2013) zaznacza, że przyjęcie powyższego poglądu Sądu Najwyższego ma poważne konsekwencje prawne, gdyż w takim przypadku lekarz przed przyjęciem pacjenta w trybie art. 24 UOZP musiałby stwierdzić, czy dana osoba rzeczywiście ma zaburzenia psychiczne, gdyby bowiem po przymusowej obserwacji okazało się, że pacjent nie cierpi na zaburzenia psychiczne, to przyjęcie go do szpitala okazałoby się bezprawne po fakcie (*ex post*). Konsekwencją tego byłaby możliwość wystąpienia osoby hospitalizowanej z roszczeniami odszkodowawczymi. Cytowana autorka proponuje następującą interpretację przepisów: „wykładnia pojęcia «osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża (...)», powinna akcentować znaczenie elementu «zachowania wskazującego» (...). Wynika z tego, że w ocenie podstaw prawnych obserwacji psychiatrycznej wystarczające jest poprzestanie przez lekarza na konstatacji, iż niebezpieczne zachowanie pacjenta wskazuje na podejmowanie go z powodu zaburzeń psychicznych. Nie jest natomiast wymagane ustalenie rzeczywistych przyczyn tego zachowania” (Janiszewska, 2013).

Wykładnię zaproponowaną przez Beatę Janiszewską przyjęto w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 13 marca 2017 roku (sygn. VI ACa 1405/15). W przywołanej sprawie powód został umieszczony bez wyrażenia zgody w szpitalu psychiatrycznym w trybie art. 24 UOZP, ponieważ wielokrotnie groził, że dokona samopodpalenia z uwagi na toczące się postępowanie mające na celu wywłaszczenie powoda z części nieruchomości pod budowę drogi. Po 5-dniowej hospitalizacji pacjenta wypisano do domu, ponieważ stwierdzono, że nie występuje bezpośrednie zagrożenie życia. Sąd Okręgowy oddalił pozew, stwierdzając, że działanie pozwanego szpitala nie było ani bezprawne, ani zawinione. Następnie sprawa trafiła do Sądu Apelacyjnego, który stwierdził, że nie zostały spełnione warunki z art. 24 UOZP, ale jednocześnie powództwo oddalił z uwagi na brak winy pozwanego (Sąd Apelacyjny w Warszawie, 2017).

Zdaniem autorów niniejszej publikacji, takie rozstrzygnięcie sądu zasługuje na aprobatę. Autorzy podzielają pogląd Beaty Janiszewskiej (2013), ponieważ zazwyczaj lekarz nie jest

w stanie przed hospitalizacją jednoznacznie ustalić, czy u danej osoby rzeczywiście występują zaburzenia psychiczne (tak też było w przedstawionym wyżej przypadku), natomiast wątpliwości rozstrzygane są dopiero po przyjęciu na hospitalizację obserwacyjną. Chcąc ochronić życie pacjenta (lub życie i zdrowie innych osób), należałoby przyjąć wykładnię, która prowadzi do jak najlepszej ochrony tych wartości. Przyjęcie stanowiska, że hospitalizacja na podstawie art. 24 UOZP mogłaby okazać się *ex post* bezprawna, stanowiłoby niewątpliwie czynnik paraliżujący przyjmowanie na hospitalizację obserwacyjną, a to z kolei byłoby znaczną przeszkodą w ochronie najważniejszych dóbr prawnych, jakimi są życie i zdrowie człowieka.

Przymusowe umieszczenie pacjenta w szpitalu psychiatrycznym podlega sądowej kontroli (art. 25 UOZP). Na podstawie zawiadomienia o umieszczeniu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym bez zgody sąd wszczyna postępowanie. Jak podkreślono w wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18 lutego 2015 roku (sygn. I ACa 1681/14), postępowanie wszczęte w tym trybie ma na celu ocenę legalności przyjęcia i przebywania w szpitalu osoby z zaburzeniami psychicznymi, która nie wyraziła na to zgody. Kontrola ta obejmuje sposób postępowania personelu medycznego oraz spełnienie przesłanek przewidzianych w przepisach (Sąd Apelacyjny w Krakowie, 2015).

Przyjęcie do szpitala podlega zatem wstępnej, doraźnej kontroli (kontrola ta ma charakter następczy) przez sędziego wizytującego, który jest uprawniony do wejścia na teren szpitala psychiatrycznego o każdej porze (Boratyńska, Konieczniak, Zielińska, 2019).

Każdy pacjent przyjęty do szpitala w trybie nagłym ma prawo do bycia wysłuchanym przez sędziego wizytującego szpital w ciągu 48 godzin od otrzymania zawiadomienia przez sąd. W przypadku stwierdzenia, że przyjęcie pacjenta jest w sposób oczywisty bezzasadne, sędzia nakazuje natychmiastowe wypisanie pacjenta ze szpitala i wnosi o umorzenie sprawy (art. 45 ust. 2 UOZP).

Drugim przewidzianym trybem przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta jest tryb wnioskowy, określony w art. 29 i 30 UOZP.

W trybie wnioskowym do szpitala psychiatrycznego można przyjąć tylko osobę chorą psychicznie, której uprzednie zachowanie wskazuje na to, że zaniechanie leczenia psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie zdrowia psychicznego danej osoby, lub gdy dana osoba jest niezdolna do zaspokajania swoich podstawowych potrzeb życiowych, a pobyt w szpitalu psychiatrycznym mógłby poprawić stan zdrowia tej osoby (art. 29 ust. 1 UOZP). O potrzebie umieszczenia osoby chorej w szpitalu psychiatrycznym decyduje wówczas sąd opiekuńczy właściwy dla miejsca zamieszkania osoby chorej. Działa on na wniosek małżonka osoby chorej, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę (art. 29 ust. 2 UOZP). Jeżeli osoba chora psychicznie jest objęta wsparciem społecznym, taki wniosek może złożyć również organ pomocy społecznej (art. 29 ust. 3 UOZP). Postanowieniem Sądu Najwyższego wniosek o umieszczenie osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody może złożyć również prokurator. Jednak może to nastąpić tylko „po stwierdzeniu, że nie ma innych osób uprawnionych do jego zgłoszenia albo że osoby uprawnione od tego się uchylają, są nieporadne, upośledzone umyślowo lub z innych przyczyn nie można uzyskać ich stanowiska w sprawie złożenia wniosku” (Sąd Najwyższy, 2008).

Jak wskazuje Jan Ciechorski (2018), nie każda zmiana stanu zdrowia psychicznego i jego możliwe znaczne pogorszenie będą wystarczającym uzasadnieniem do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym. Jako znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego winno się rozumieć doprowadzenie do stanu, kiedy osoba chora nie będzie w stanie funkcjonować w rodzinie, miejscu zamieszkania lub w pracy (Sąd Najwyższy, 2010). Nie powinno się stosować tego przepisu (art. 29 ust. 1 pkt 1 UOZP) wobec osób chorych psychicznie, które zachowują się w sposób rażąco odbiegający od wymagań społecznych, ale mogą funkcjonować w rodzinie, miejscu zamieszkania i pracy bez większych trudnień (Sąd Najwyższy, 2010). Z kolei, aby móc przyjąć do szpitala psychiatrycznego pacjenta niezdolnego do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych,

należy uwzględnić tylko elementarne potrzeby, konieczne do egzystencji (Ciechorski, 2018). Zgodnie z teorią potrzeb Abrahama Masłowa, jako potrzeby podstawowe uznaje się potrzeby fizjologiczne – oddychanie, jedzenie, picie, sen, utrzymanie optymalnej temperatury ciała. Te potrzeby powinny być zaspokajane jako pierwsze, gdyż są one niezbędne do egzystencji i osiągania wyższych celów (Wasilczyk, Bosak, 2020). Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie określa jednak dokładnie, czym są „podstawowe potrzeby życiowe” (Ciechorski, 2013). Odwołajmy się do prostego przykładu: osoba chora psychicznie, która notorycznie odmawia przyjmowania płynów lub też ze względu na stan, w jakim się znajduje, nie może przyjmować ich samodzielnie, może zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym, ponieważ odwodnienie może zagrażać jej zdrowiu lub życiu i konieczna jest interwencja medyczna, aby to zdrowie i życie chronić. Działa wówczas przesłanka o braku możliwości spełniania podstawowych potrzeb życiowych, a osoba chora psychicznie nie jest zdolna do samodzielnego funkcjonowania (Ciechorski, 2013). Cały czas należy pamiętać, że ustawodawca określił dokładnie, że w trybie wnioskowym do szpitala psychiatrycznego może zostać przyjęta tylko osoba chora psychicznie. Tryb wnioskowy nie będzie miał więc zastosowania do osób z zaburzeniami psychicznymi, które nie mają zdiagnozowanej choroby psychicznej (Ciechorski, 2014).

Aby mogło zostać wszczęte postępowanie mające na celu umieszczenie w szpitalu osoby chorej psychicznie, osoby wymienione w art. 29 ust. 2–3 UOZP lub prokurator są zobowiązane do dołączenia do wniosku orzeczenia lekarza psychiatry. Orzeczenie jest wydawane wówczas osobie, która składa wniosek (art. 30 ust. 1 UOZP). Jeżeli orzeczenie lekarskie nie zostało załączone do wniosku lub zostało wydane wcześniej niż 14 dni przed złożeniem wniosku, wniosek jest zwracany przez sąd opiekuńczy (art. 30 ust. 2 UOZP), a jeżeli treść wniosków lub inne załączone dokumenty potwierdzają jego zasadność (a oświadczenie lekarskie nie może zostać załączone lub jest starsze niż 14 dni), sąd może zarządzić poddanie osoby, której dotyczy wniosek, odpowiedniemu badaniu (art. 30 ust. 3

UOZP). Wówczas takie badanie może zostać przeprowadzone bez zgody osoby chorej psychicznie (art. 30 ust. 4 UOZP).

Jak wskazuje w swoim orzeczeniu Sąd Administracyjny w Warszawie (2020), jednorazowe uzyskanie zaświadczenia o stanie zdrowia osoby chorej psychicznie przez osobę uprawnioną do wnioskowania o umieszczenie osoby chorej w szpitalu psychiatrycznym jest w pełni zgodne z prawem, a udzielenie przez takiego lekarza informacji o stanie zdrowia osoby chorej psychicznie jest wówczas uzasadnione i nie stanowi naruszenia przepisów dotyczących przetwarzania danych osobowych. W omawianym przypadku osoba, która została umieszczona w szpitalu psychiatrycznym na wniosek małżonka, a bez jej zgody, wniosła skargę dotyczącą niezgodnego z prawem przetwarzania jej danych osobowych. Uważała ona, że szpital bezprawnie udostępnił małżonkowi dokument (bez jej zgody), który zawierał dane osobowe oraz informacje o stanie jej zdrowia. Zdaniem Sądu Administracyjnego jednorazowe udostępnienie zaświadczenia mężowi strony było zgodne z prawem, a szpital przed wydaniem zaświadczenia nie miał obowiązku uzyskać zgody osoby chorej psychicznie na wydanie wspomnianego zaświadczenia (Partyk, 2020).

Zasadniczym celem omówionych wyżej regulacji jest ochrona życia pacjenta lub zdrowia i życia innych osób. Jak słusznie wskazuje Konrad Burdziak (2019), ustawodawca znacząco ograniczył możliwość dokonania aktu samobójczego przez osoby z zaburzeniami psychicznymi poprzez ustanowienie podstaw prawnych do działania bez zgody pacjenta, jeżeli dana osoba bezpośrednio zagraża własnemu życiu. W takim przypadku przepisy prawa pozwalają na: stosowanie przymusu bezpośredniego, badanie psychiatryczne bez zgody, przewiezienie do szpitala bez zgody, przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody, stosowanie niezbędnych czynności leczniczych bez zgody. Wprowadzone regulacje stanowią realizację, zawartą w preambule ustawy, zasady ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi (w szczególności prawa do życia), które z uwagi na stan zdrowia psychicznego mogą być zagrożone. Niewątpliwie zdarzają się sytuacje, kiedy wyłącznie działanie bez zgody pacjenta może uchronić go

przed utratą życia, dlatego w tym kontekście czasowe ograniczenie konstytucyjnych praw i wolności człowieka wydaje się uzasadnione dla dobra samego pacjenta.

PRAWO MIĘDZYNARODOWE A PRAWO POLSKIE

Omawiając przymus bezpośredni oraz przymusową hospitalizację, warto wspomnieć o aktach prawa międzynarodowego, które również się do nich odnoszą. W roku 2012 Prezydent RP ratyfikował Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych, która w swoim założeniu nie zezwala zarówno na przyjmowanie do szpitala psychiatrycznego pacjentów bez ich zgody, jak i nie zezwala na ich leczenie bez uprzedniej zgody. Już na samym wstępie polskiego tłumaczenia Konwencji pojawia się błąd dotyczący grupy niepełnosprawnych osób, których Konwencja dotyczy. Wymienione są osoby z długotrwałą naruszoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, przy czym „niepełnosprawność umysłowa” i „niepełnosprawność intelektualna” w języku polskim dotyczą tych samych grup osób. Pominięto natomiast osoby z niepełnosprawnością psychiczną, co – jak wskazuje Sprawozdanie Rzecznika Praw Obywatelskich 2012–2014 – może stanowić przeszkodę do objęcia tych osób postanowieniami Konwencji. W oryginalnym angielskim tekście użyto słów „long-term (...) mental (...) impairments”, które bez wątpienia odnoszą się do osób z zaburzeniami psychicznymi (Czubala, 2018).

Konwencja gwarantuje osobom niepełnosprawnym uznanie ich za podmioty prawa, a co za tym idzie – zapewnia im zdolność prawną (art. 12), równość z innymi osobami, a w tym wolność i bezpieczeństwo oraz niepozbawianie wolności z powodu niepełnosprawności (art. 14), wolność od tortur i niehumanitarnego traktowania (art. 15), integralność fizyczną i psychiczną na równi z innymi osobami (art. 17). Artykuł 25 ust. 1 pkt d odnosi się natomiast do ich zdrowia: „Państwa Strony zobowiążą osoby wykonujące zawody medyczne do zapewniania osobom niepełnosprawnym, na podstawie swobodnie przez nie wyrażonej i świadomej zgody, opieki takiej samej jakości jak innym osobom”.

We wrześniu 2015 roku Komitet ds. Praw Osób Niepełnosprawnych orzekł, że przymusowa hospitalizacja oraz leczenie psychiatryczne naruszają postanowienia Konwencji w artykułach 12, 14, 15, 17 i 25, nawet jeśli oprócz zaburzeń psychicznych pacjent przejawia skłonności zagrażające sobie lub innym (Czubala, 2018). Jak wskazuje Michał Czubala: „Samo bezpośrednie zagrożenie życia własnego albo życia lub zdrowia innych osób nie jest podstawą pozbawienia wolności na podstawie przepisów ustawy karnej” w stosunku do ogółu społeczeństwa. Odmienne sprawa się ma przy osobach chorych psychicznie, gdzie art. 23 ust. 1 UOZP pozwala na prewencyjne pozbawienie wolności. Zapis ten jest niezgodny z art. 14 Konwencji, ponieważ dyskryminuje on osoby chore psychicznie jako te, które mogą potencjalnie popełnić czyn zabroniony. Przyczyną pozbawienia wolności nie jest więc popełnienie przestępstwa, a obawa przed jego popełnieniem.

Kolejnym bezpodstawnym pozbawieniem wolności w myśl art. 14 ust. 1 pkt b Konwencji jest przymusowa hospitalizacja bez zgody pacjenta opisana w art. 29 ust. 1 UOZP. Podstawą przyjęcia do szpitala jest choroba psychiczna, inne przesłanki medyczne jedynie ją doprecyzowują (Czubala, 2018). Brak przyjmowania leków i niepodjęcie leczenia skutkujące pogorszeniem funkcjonowania w społeczeństwie nie mogą być podstawą do umieszczenia pacjenta w szpitalu psychiatrycznym. Artykuł 3 lit. a Konwencji zakłada, że każda osoba niepełnosprawna ma swobodę w podejmowaniu decyzji dotyczącej jej życia osobistego (takiego jak praca, życie rodzinne itp.), niedopuszczalną jest ingerencja osób trzecich w tę swobodę wyboru, zagwarantowaną dla osoby niepełnosprawnej. Jeśli więc osoba z zaburzeniami psychicznymi podejmie decyzję o zaprzestaniu leczenia, ta decyzja powinna być uszanowana. Jak można już wywnioskować z powyższego, również stosowanie przymusu bezpośredniego narusza postanowienia Konwencji. W raporcie Specjalnego Sprawozdawcy ONZ z 2008 roku w sprawie tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karności jest mowa, że przymusowe podanie leków psychotropowych może stanowić rodzaj tortury lub złego traktowania w zależności od

okoliczności podania, spowodowanego bólu i efektów zdrowotnych (Nowak, 2008).

Konwencja rzuca zupełnie inne światło na podejście do pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, a ponieważ została ona ratyfikowana w odpowiednim trybie, to w polskim porządku prawnym ma ona pierwszeństwo przed UOZP, jeśli ustawy nie da się pogodzić z zapisami Konwencji. Nie zmienia to jednak faktu, że w polskich szpitalach dalej stosowane są przepisy UOZP. Ponadto w drugim kwartale 2023 roku Rada Ministrów ma przyjąć projekt nowelizacji UOZP, który w dalszym ciągu będzie niezgodny z założeniami Konwencji. Jednak pod koniec czerwca 2023 roku na stronach rządowych nie zamieszczono żadnych informacji, na jakim etapie są prace nad nowelizacją prowadzone przez Radę Ministrów. Projekt omawianej nowelizacji zakłada zmianę terminologii: obecnie do przyjęcia na hospitalizację bez zgody pacjenta kwalifikują się „osoby chore psychicznie”, po zmianach natomiast będą to osoby „z zaburzeniami psychicznymi”, czyli zarówno osoby z zaburzeniami psychotycznymi, jak i te z niepełnosprawnością intelektualną czy zakłóconymi czynnościami psychicznymi (np. z zaburzeniami lękowymi). Spowoduje to zwiększenie grona osób, które będą mogły zostać poddane hospitalizacji bez ich zgody, gdyż do tej pory wymagana była zgoda pacjenta w przypadku osób z zakłóconymi czynnościami psychicznymi lub zgoda sądu opiekuńczego w przypadku osób upośledzonych umysłowo. Zostanie utrzymany przymus bezpośredni, jednak ocena zasadności jego zastosowania będzie następowała w terminie 3 dni od jego zakończenia. Lekarz będzie mógł przedłużyć okres stosowania unieruchomienia bądź izolacji na kolejne okresy, a przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta będzie mogło odbyć się bez konieczności zasięgnięcia opinii innego lekarza psychiatrii, wystarczy opinia lekarza innej specjalizacji. W przypadku osób małoletnich lub ubezwłasnowolnionych całkowicie zgodę wyrażać będzie sąd opiekuńczy.

Zarówno sprawa ochrony zdrowia psychicznego, jak i ochrony praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jest pod ciągłym nadzorem Unii Europejskiej. Komisja Europejska angażuje się w ochronę zdrowia psychicznego, tworząc programy, które mają zapobiegać depresji,

samobójstwom, uzależnieniom itp. Tworzone są różnego rodzaju programy wspierające zdrowie psychiczne, a państwa członkowskie powinny dążyć do faktycznego wdrożenia do swoich porządków prawnych rozwiązań proponowanych przez UE.

Parlament Europejski w rezolucji z 2009 roku wzywa państwa członkowskie do uaktualnienia prawodawstwa zgodnie z międzynarodowymi zobowiązaniami dotyczącymi praw człowieka oraz wzywa do przyjęcia wytycznych definiujących niepełnosprawność zgodnie z konwencją ONZ (Rezolucja 2009). Parlament Europejski popiera więc zapisy o równym traktowaniu osób z zaburzeniami psychicznymi i potępia stygmatyzację czy działania wymierzone przeciwko tym osobom. Już w 2006 roku Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny wydał opinię w sprawie Zielonej księgi zatytułowanej *Poprawa zdrowia psychicznego ludności – strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej*. W opinii podkreślono, jak ważne jest, by to państwo wdrożyło system opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, w każdej możliwej instytucji, zarówno przez programy rządowe, jak i przez udostępnianie odpowiednich informacji przy użyciu środków masowego przekazu. Co więcej, w opinii wprost wskazano, że hospitalizacja powinna dotyczyć osób z najcięższymi zaburzeniami, a główną rolę w leczeniu powinna odgrywać opieka ambulatoryjna. W opinii zwrócono również uwagę na to, że najważniejszy jest rodzaj udzielanych świadczeń, które pokrywają się z potrzebami pacjentów, a nie samo miejsce udzielania świadczenia zdrowotnego.

Autorzy niniejszego artykułu uważają, że praktyka działania podmiotów leczniczych zajmujących się leczeniem psychiatrycznym w Polsce pokazuje, iż wiele spośród zaleceń UE oraz ONZ *de facto* nie jest wykonywanych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w wymienionych podmiotach, co w niektórych przypadkach może naruszać obowiązujące normy prawa międzynarodowego.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Na koniec warto podkreślić, że kluczowe znaczenie dla przestrzegania przepisów ma zwiększanie świadomości prawnej wśród personelu

medycznego. W przypadku bezprawnego, przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego pacjent może żądać zadośćuczynienia w związku z naruszeniem jego praw (art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Nie sposób tracić z pola widzenia również przepisów karnych, bowiem nielegalne przyjęcie pacjenta bez zgody może w określonej sytuacji stanowić bezprawne pozbawienie wolności (tj. czyn z art. 189 § 1-3 KK). Pracownicy medyczni powinni przede wszystkim pamiętać, że pacjent szpitala psychiatrycznego ma takie same prawa jak pacjenci innych oddziałów, a możliwość zastosowania wobec nich przymusu powinna wynikać z sytuacji indywidualnej i być podejmowana tylko w ostateczności, po wyczerpaniu innych możliwości. W związku z tym zasadna jest konkluzja, że lepsza edukacja prawna skierowana do pracowników medycznych może sprawić, iż mniej prawdopodobne będzie poniesienie przez nich odpowiedzialności cywilnej lub karnej za naruszenie regulacji ustawowych.

BIBLIOGRAFIA

- Barczak-Oplustil A., Wróbel W., Zoll A. (red.) (2016). *Kodeks karny. Część ogólna*, t. 2, cz. 2, *Komentarz do art. 53–116*, WK, wyd. II, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/komentarze/kodeks-karny-czesc-ogolna-tom-i-czesc-ii-komentarz-do-art-53-116-587713019> (dostęp: 21.11.2022).
- Bobińska K., Eichstaedt K.Z., Gałęcki P. (2016). *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. LEX, wyd. II, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/komentarze/ustawa-o-ochronie-zdrowia-psychicznego-komentarz-wyd-ii-587512101> (dostęp: 12.11.2022).
- Boratynska M., Konieczniak P., Zielińska E. (red.) (2019). *System prawa medycznego*, t. II, Część 1. *Regulacja prawna czynności medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 889–898, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/monografie/samobojstwo-w-prawie-polskim-369455195> (dostęp: 12.11.2022).
- Burdziak K. (2019). *Samobójstwo w prawie polskim*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 168–174, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/monografie/samobojstwo-w-prawie-polskim-369455195> (dostęp: 12.11.2022).
- Ciechorski J. (2013). Glosa do postanowienia SN z dnia 11 maja 2012 r., II CSK 678/11. *Prawo i Medycyna*, 1–2, 218–234.
- Ciechorski J. (2014). Glosa do wyroku sądu apelacyjnego z dnia 31 stycznia 2013 r. I ACa 766/12. *Palestra*, 10, 73–78.
- Ciechorski J. (2018). Przyjęcie osoby bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – uwagi w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. *Europejski Przegląd Sądowy*, 4, 13–24, <https://przegladprawamedycznego.pl/index.php/ppm/article/view/100> (dostęp: 3.12.2022).
- Czubala M. (2018). Przymusowe leczenie psychiatryczne w świetle Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, LXXX, z. 3, <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/rpeis/article/view/16506> (dostęp: 25.03.2023).
- Drabik L. et al. (red.) (2020). *Encyklopedia powszechna PWN*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Drabik L., Kubiak-Sokoł A., Sobol E. (2021). *Słownik języka polskiego PWN*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/przymus.html> (dostęp: 10.11.2022).
- Gajos-Kaniewska D. (2022). Środki przymusu w szpitalach psychiatrycznych stosowane niezgodnie z prawem. *Rzeczpospolita*, <https://www.rp.pl/zdrowie/art36846241-srodki-przymusu-w-szpitalach-psychiatrycznych-stosowane-niezgodnie-z-prawem> (dostęp: 19.11.2022).
- Janiszewska B. (2013). Podmiotowe uwarunkowania hospitalizacji psychiatrycznej w celu obserwacji (Zagadnienie prawne). *Monitor Prawniczy*, 3, <https://czasopisma.beck.pl/monitor-prawniczy/arttykul/podmiotowe-uwarunkowania-hospitalizacji-psychiatrycznej-w-celu-observacji/> (dostęp: 21.11.2022).
- Karczewska-Kamińska N. (2018). Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 142–155, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/monografie/przymus-leczenia-i-inne-interwencje-medyczne-bez-zgody-pacjenta-369436235> (dostęp: 12.11.2022).
- Kępa M. (2020). Kiedy zgoda pacjenta na leczenie psychiatryczne nie jest konieczna. *Puls Medycyny*, <https://pulsmedycyny.pl/>

- kiedy-zgoda-pacjenta-na-leczenie-psychiatryczne-nie-jest-konieczna-1003722 (dostęp: 11.11.2022).
- Kmiecik B. (2017). Czy szpital psychiatryczny jest (nadal) instytucją totalną? *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 17(2), 142–151.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2009, nr 114, poz. 946).
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2012, poz. 1169).
- Kwapińska C., Grzelak L. (2012). Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Aspekt medyczny. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 1(3), 124–128.
- Milik A. (2007). Przymus bezpośredni w psychiatrii w świetle obowiązujących przepisów. *Prawo i Medycyna*, 7(2), 112–127.
- Nowak M. (2008). Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/63/175, United Nations Digital Library, <https://digitallibrary.un.org/record/635981> (dostęp: 25.03.2023).
- Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie Zielonej księgi zatytułowanej „Poprawa zdrowia psychicznego ludności – strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej” COM(2005) 484 końcowy (2006/C 195/11) (Dz.U.UE C, 18 sierpnia 2006).
- Partyk A. (2020). Szpital nie naruszył prawa, wydając mężowi strony zaświadczenie o stanie jej zdrowia. LEX/el. (dostęp: 4.12.2022).
- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2008 r. sygn. III CSK 178/08. LEX, nr 465372.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2009 r. sygn. I CSK 402/08. LEX, nr 560512.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 2010 r. sygn. V CSK 384/09. LEX, nr 688057.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 29 kwietnia 2010 r. sygn. IV CSK 9/10. LEX, nr 1360297.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2012 r. IV CSK 373/11. LEX, nr 1169841.
- Realizacja przez Polskę zobowiązań wynikających z Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Sprawozdanie Rzecznika Praw Obywatelskich 2012–2014 (dostęp: 25.03.2023).
- Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 19 lutego 2009 r. w sprawie zdrowia psychicznego, 2008/2209(INI).
- Sąd Apelacyjny w Krakowie z dnia 18 lutego 2015 r. I ACa 1681/14. LEX, nr 1668609.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2022, poz. 2123 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 2022, poz. 1138 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2022, poz. 1876 ze zm.).
- Wasilczyk I., Bosak M. (2020). Piramida Maslova. Encyklopedia zarządzania. https://mfiles.pl/pl/index.php/Piramida_Maslova (dostęp: 3.12.2022).
- Wojcieszak A. (2022). Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Warszawa: C.H. Beck.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 czerwca 2013 r. sygn. I ACa 361/13. LEX, nr 1342253.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 19 listopada 2018 r. sygn. akt I ACa 1481/17. LEX, nr 2698090.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 13 marca 2017 r., VI ACa 1405/15. LEX, nr 2287404.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 19 listopada 2014 r. Sygn. akt II C 111/13. LEX, nr 1916909.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 3 marca 2020 r. sygn. II SA/Wa 1353/19. LEX, nr 2979659.

Źródła finansowania / Funding sources: brak źródeł finansowania / no sources of financing

Wkład Autorów / Authors' contributions: Michał Sułkowski 45%, Katarzyna Bargiel 35%, Róża Safin 20%

Konflikt interesów / Conflict of interest: brak konfliktu / no conflict of interest

Otrzymano/Received: 11.01.2023

Zaakceptowano/Accepted: 22.03.2023