

Mgr Filina Sztandera

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

**Gwarancje praw pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do samostanowienia
oraz poszanowania godności i intymności na tle wybranych zagadnień**

W artykule autorka podejmuje tematykę gwarancji poszanowania praw pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do samostanowienia oraz do poszanowania godności i intymności. Analiza dogmatyczno-prawna została poczyniona na tle takich zagadnień jak: przyjęcie do szpitala psychiatrycznego za zgodą, przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody w trybie wnioskowym oraz nagłym, wypisanie ze szpitala psychiatrycznego czy stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel medyczny. Artykuł zawiera postulaty *de lege ferenda* w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Słowa kluczowe: pacjent z zaburzeniami psychicznymi, choroba psychiczna, prawo do samostanowienia, godność, intymność, środki przymusu bezpośredniego

**Guarantees of rights of patients with mental disorders to self-determination
and respect for dignity and intimacy: selected issues**

In the article, the author deals with the subject of guarantee of respect for the patient's rights with mental disorders to self-determination and to respect for dignity and intimacy. Dogmatic and legal analysis has been made on the background of such issues as: admission to a psychiatric hospital with consent, admission to a psychiatric hospital without consent in the application and emergency, discharge from a psychiatric hospital or use of direct coercion by medical personnel. The article contains *de lege ferenda* postulates regarding the use of direct coercion measures for patients with mental disorders.

Keywords: patient with mental disorders, mental illness, right to self-determination, dignity, intimacy, direct coercive measures

I. Wprowadzenie

Tematyka zaburzeń psychicznych nadal stanowi trudny temat w debacie publicznej. Ich źródło może być różne, począwszy od traum, trudnego dzieciństwa, skończywszy na szybko zmieniającej się rzeczywistości, która zmusza do działania w stresie lub pod presją. Długo trwający zły stan psychiczny może stać się źródłem poważnych problemów zdrowotnych. Statystyki pokazują, że ponad 450 milionów światowej ludności cierpi z powodu zaburzeń psychicznych. Ponad 27% dorosłych Europejczyków doświadcza przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w ciągu roku¹. Polskie statystyki nie odbiegają od europejskich. Z pierwszego w Polsce badania epidemiologicznego zaburzeń psychicznych (badanie EZOP) wynika, że co najmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu całego życia wystąpiło u 23,4% badanych (grupa: 10.000 osób w wieku 18-65 lat). Spośród zaburzeń nastroju najczęstsza zachorowalność dotyczy depresji; spośród zaburzeń nerwicowych – fobii specyficznych; natomiast spośród zaburzeń związanych z używaniem substancji – uzależnienia od alkoholu². Problem zachorowalności na zaburzenia psychiczne staje się więc problemem powszechnym.

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi to osoby szczególnie narażone na bezprawne ingerencje w sferę ich praw i wolności³. Regulacje ustawowe z jednej strony powinny minimalizować ryzyko stosowania uciążliwych ingerencji tam, gdzie nie są one niezbędne. Jednocześnie jednak te same regulacje ustawowe winny minimalizować ryzyko zaniechania podejmowania działań tam, gdzie okazują się one konieczne celem ochrony innych wartości akceptowanych w społeczeństwie⁴. Gdy hospitalizacja okaże się konieczna, należy pamiętać, że pacjent z zaburzeniami psychicznymi to nadal osoba o statusie pacjenta, wobec której znajduje zastosowanie zarówno ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (dalej „u.o.z.p.”⁵), jak i ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: „u.p.p.”⁶), ustawa o

¹ Informacje zostały zaczerpnięte z załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 – 2022 (Dz. U. z 2017 r., poz. 458).

² *Ibidem*.

³ Z doniesień prasowych często dowiadujemy się o niesłusznym przyjęciu osób do szpitali psychiatrycznych czy bezzasadnym przetrzymywaniu ich w tych placówkach z błahych powodów, np. kradzieży kawy ze sklepu (zob. m.in.: <https://www.tvn24.pl/katowice,51/14-5-mln-zl-za-8-lat-w-szpitalu-psychiatrycznym-ruszyl-proces,622352.html> [data dostępu: 23.08.2018]).

⁴ Znaczenie to obrazują przypadki, w których nieleczone zaburzenia psychiczne doprowadziły do ludzkich tragedii. Tytułem przykładu wskazuję katastrofę lotniczą samolotu linii Germanwings z dnia 24 marca 2015 r., świadomie spowodowaną przez pilota cierpiącego na depresję, który w ten sposób chciał popełnić samobójstwo.

⁵ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1878).

⁶ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.).

zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: „u.z.l.”⁷). Rozwiązania legislacyjne odnoszące się do leczenia psychiatrycznego pacjenta z zaburzeniami psychicznymi winny: po pierwsze, w możliwie największym stopniu gwarantować ochronę pacjenta z zaburzeniami psychicznymi przed nadużyciami ze strony personelu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej lub ich przedstawicieli ustawowych; po drugie, w możliwie największym stopniu gwarantować także ochronę innych dóbr osobistych, w tym życia i zdrowia (zwłaszcza zdrowia psychicznego) pacjenta z zaburzeniami psychicznymi przed konsekwencjami jego własnych zaburzeń⁸.

Celem artykułu jest analiza ustawodawstwa i orzecznictwa w zakresie gwarancji praw pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Poddane analizie zostaną prawo do samostanowienia rozumiane jako prawo do wyrażenia zgody na leczenie psychiatryczne oraz prawo do poszanowania godności i intymności na tle wybranych zagadnień, tj. procedury przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i wypisania ze szpitala, w tym procedury hospitalizacji przymusowej, oraz stosowania środków przymusu bezpośredniego.

II. Zakres podmiotowy – pacjent z zaburzeniami psychicznymi

Zakres podmiotowy analizowanego zagadnienia wyznacza treść art. 3 pkt 1 u.o.z.p., zgodnie z którym przepisy, które stanowią o osobie z zaburzeniami psychicznymi odnoszą się także: po pierwsze, do osób chorych psychicznie (wykazujących zaburzenia psychotyczne); po drugie, do osób upośledzonych umysłowo oraz po trzecie, do osób wykazujących inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych i wymagających świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Brzmienie przepisu art. 3 pkt 1 u.o.z.p. budzi spore kontrowersje terminologiczne wymagające niezwłocznej ingerencji legislacyjnej⁹. Ustawodawca posługuje się bowiem pojęciem „osoby chorej psychicznie”, chociaż w słowniczku ustawowym brakuje pełnej definicji legalnej zarówno pojęcia „osoby chorej psychicznie”, jak i pojęcia „choroba psychiczna”. Definicja nawiasowa „osoby chorej psychicznie” zastosowana przez ustawodawcę w treści art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p. jest niewystarczająca. W przeciwnym razie,

⁷ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r., poz. 617 z późn. zm.).

⁸ Zapobiegawczy cel ustawy przed skutkiem choroby pacjenta z zaburzeniami psychicznymi podkreśla w doktrynie m.in. H. Frąckowiak; zob.: H. Frąckowiak, *Prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, [w:] K. Flaga-Gieruszyńska (red.), B. Karakiewicz (red.), A. Klich (red.), op. cit., s. 433-454.

⁹ Na problem ten w doktrynie wskazuje także m.in.: S. Pużyński, *Dylematy współczesnej psychiatrii, Problemy kliniczne, etyczne, prawne*, Warszawa 2015, s. 142.

każda osoba wykazująca jakiegokolwiek zaburzenia psychotyczne winna zostać zakwalifikowana jako osoba chora psychicznie, niezależnie od czasu występowania tych zaburzeń, ich częstotliwości czy stopnia nasilenia. W konsekwencji każda osoba wykazująca jakiegokolwiek zaburzenia psychotyczne mogłaby m.in. zostać poddana przymusowej hospitalizacji, o której mowa w treści art. 23 u.o.p.z. czy art. 29 u.o.p.z. Nie takie jest jednak założenie ustawodawcy. Biorąc pod uwagę, że zaburzenia psychotyczne mogą występować u osób z różnym natężeniem, a niekiedy przyjmować różną formę, od rozkojarzenia¹⁰ czy zubożenia do urojeń i omamów, kwalifikowanie osób z wszelkimi zaburzeniami psychotycznymi jako osób chorych psychicznie jest sprzeczne z celem analizowanej ustawy. Konieczność ingerencji ustawodawcy uzasadniona jest także faktem, że w obowiązujących klasyfikacjach diagnostycznych ICD-10¹¹ oraz DSM-V¹² nie występuje pojęcie „choroba psychiczna”¹³, które zostało zastąpione pojęciem „zaburzenie psychiczne”¹⁴.

III. Prawo pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do samostanowienia – zagadnienia ogólne

Co do zasady pacjent wyraża zgodę na wszelkie interwencje medyczne podejmowane w stosunku do niego, co znajduje odzwierciedlenie w treści art. 16 u.p.p.¹⁵ oraz w sprzężonym z nim art. 32 ust. 1 u.z.l.¹⁶ Paternalistyczny model leczenia został zastąpiony modelem partnerskim, w którym pacjent jest aktywnym i świadomym uczestnikiem procesu leczenia¹⁷. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na zabieg leczniczy, a więc prawo do samostanowienia

¹⁰ Definicja „zaburzenia psychotycznego” ze strony internetowej Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; strona internetowa pod domeną: <<http://www.psychologia.edu.pl/sloownik/id.zaburzenia-psychotyczne/i.html>> [data dostępu: 26.07.2018].

¹¹ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (ang. *World Health Organisation*). Od stycznia 2022 r. obowiązywać będzie nowa klasyfikacja, tj. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11.

¹² Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) opracowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

¹³ Zob. także: P. Gałęcki, K. Bobińska, Komentarz do art. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, [w:] P. Gałęcki (red.), K. Bobińska (red.), K. Eichstaedt (red.), Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, Warszawa 2016.

¹⁴ Zob.: J. Kucharska-Mazur, *Psychozy*, [w:] K. Flaga-Gieruszyńska (red.), B. Karakiewicz (red.), A. Klich (red.), *Problematyka osób z zaburzeniami psychicznymi. Aspekty medyczne i prawne*, Sopot 2017; N. Karczevska-Kamińska, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018, s. 127.

¹⁵ Zgodnie z treścią art. 16 u.p.p., pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.

¹⁶ Zgodnie z treścią art. 32 ust. 1 u.z.l., lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

¹⁷ Zob. więcej na temat paternalizmu oraz zasady poszanowania autonomii pacjenta m.in., [w:] J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007; T.L. Beauchamp oraz J.F. Childres, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzynski, Warszawa 1996.

stanowi jeden z aspektów wolności, chronionej - także i przede wszystkim - konstytucyjnie¹⁸ (art. 41 ust. 1 Konstytucji RP¹⁹).

Specyfika sytuacji faktycznej osób z zaburzeniami psychicznymi powoduje, że ich prawo do samostanowienia podlega pewnym modyfikacjom. Osoby te, z uwagi na czasowe lub trwałe zaburzenia oceny rzeczywistości, nierzadko nie mają pełnej i faktycznej zdolności do wyrażenia zgody na leczenie psychiatryczne rozumianej jako rzeczywista zdolność do zrozumienia przekazywanej informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, o stanie zdrowia pacjenta, o proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania²⁰. Tylko „świadoma zgoda” wyłącza bezprawność działania lekarza i w pełni legitymuje go do podjęcia interwencji medycznej naruszającej sferę praw i wolności pacjenta²¹. Innymi słowy, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być niekiedy niezdolna do autonomicznych działań²², wskutek czego uzyskiwanie od niej zgody na zabiegi medyczne jest bezcelowe, a wręcz narażające lekarza na odpowiedzialność dyscyplinarną, cywilną lub karną. Jednocześnie należy podkreślić, że brak faktycznej zdolności po stronie osoby z zaburzeniami psychicznymi do wyrażenia świadomej zgody nie oznacza, iż dopuszczalne jest arbitralne, a więc dowolne i poza wszelką kontrolą, pozbawianie jej wolności.

Tryb przyjęcia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego za zgodą

Tryb przyjęcia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego za zgodą, w tym pacjenta chorego psychicznie oraz pacjenta upośledzonego umysłowo, reguluje art. 22 u.o.z.p. Tryb ten u.o.z.p. modyfikuje w zależności od kategorii podmiotu, którego to postępowanie dotyczy, tj. osoby z zaburzeniami psychicznymi; osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo, która nie jest zdolna do wyrażenia zgody oraz osoby małoletniej lub

¹⁸ Tak m.in.: A. Kołodziej, *Stopień autonomii woli pacjenta na tle ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, [w:] *Prawo i Medycyna* 2002, Nr 11, s. 75.

¹⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483 z późn zm.). Zgodnie z treścią art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie.

²⁰ Zob. treść art. 3 pkt 4 u.o.z.p.

²¹ Zob.: wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 października 2011 r., K 16/10. Więcej na temat funkcji zgody, zob.: B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnętrzny-systemowe*, Warszawa 2013.

²² W bioetyce podkreśla się, że wyrażenia „autonomia” oraz „zdolność do działań autonomicznych” nie są synonimami. Na uwagę zasługuje koncepcja przedstawiona przez M. Nowacką, iż „autonomia jest niezbywalną własnością osoby ludzkiej”, zaś „zdolność do działań autonomicznych” jest stanem realizacji tej własności, [w:] M. Nowacka, *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Białystok 2005, s. 82.

ubezważsownionej całkowicie. Analiza wyrażonych w treści ww. przepisu norm skłania do wniosku, że co do zasady przyjęcie pacjenta z zaburzeniami psychicznymi *sensu largo* wymaga skierowania do szpitala psychiatrycznego²³, a nadto pisemnej zgody pacjenta (w przypadku pacjenta z zaburzeniami psychicznymi *sensu stricto*) albo zgody sądu opiekuńczego (w przypadku pacjenta chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo niemających faktycznej zdolności do wyrażenia zgody lub stanowiska co do faktu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego), albo pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta (w przypadku pacjenta małoletniego lub ubezważsownionego całkowicie).

Warto podkreślić, że śladem za ogólną regulacją ustawową wyrażoną w treści art. 32 ust. 2 u.z.l.²⁴ w zw. z art. 32 ust. 4 u.z.l.²⁵ odnoszącą się do zgody na zabieg medyczny, przyjęcie pacjenta małoletniego powyżej 16 roku życia do szpitala psychiatrycznego wymaga tzw. zgody kumulatywnej²⁶, tj. zarówno jego przedstawiciela ustawowego, jak i samego pacjenta. Ewentualną sprzeczność oświadczeń pacjenta małoletniego i jego przedstawiciela ustawowego rozstrzyga sąd opiekuńczy. Wymóg uzyskania zgody kumulatywnej na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, o której mowa powyżej, odnosi się także do pacjenta, który co prawda jest ubezważsowniony całkowicie, lecz ma faktyczną zdolność do wyrażenia zgody²⁷ i w dodatku jest pełnoletni. Regulacja ta jest zbliżona do regulacji ogólnej, określonej w treści art. 32 ust. 4 zd. 2 u.z.l.

Różnica pomiędzy obiema procedurami uzyskania zgody kumulatywnej na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego (małoletniego a pełnoletniego ubezważsownionego całkowicie) jest taka, że przedstawiciel ustawowy osoby ubezważsownionej całkowicie winien wcześniej uzyskać zgodę sądu opiekuńczego na złożenie swojego oświadczenia wyrażającego zgodę na przyjęcie podopiecznego do szpitala psychiatrycznego, co znajduje umocowanie w treści art. 22 ust. 5 u.o.z.p. Natomiast w przypadku pacjenta małoletniego, wyrażenie zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego jest niewątpliwie istotną sprawą

²³ Za wyjątkiem sytuacji, o którym mowa w treści art. 10 ust. 1a u.o.z.p., zgodnie z którym w nagłych przypadkach uzyskanie skierowania do szpitala psychiatrycznego nie jest obligatoryjne.

²⁴ Zgodnie z treścią art. 32 ust. 2 u.z.l., jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego.

²⁵ Zgodnie z treścią art. 32 ust. 4 u.z.l., w przypadku osoby całkowicie ubezważsownionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.

²⁶ Zob. treść art. 22 ust. 4 u.o.z.p.

²⁷ Zob. przypis nr 20.

dziecka w rozumieniu art. 97 § 2 k.r.o.²⁸, stąd dla skutecznego wyrażenia powyższej zgody wystarczająca jest zgoda obojga rodziców. Innymi słowy, gdy oboje rodzice osiągną porozumienie w kwestii przyjęcia dziecka do szpitala psychiatrycznego, nie mają oni obowiązku uzyskiwania dodatkowo zezwolenia sądu opiekuńczego. Przedstawiciel ustawowy pacjenta ubezwłasnowolnionego całkowicie nie jest uprawniony do samodzielnego podejmowania decyzji w zakresie wyrażenia zgody na przyjęcie swojego podopiecznego do szpitala psychiatrycznego, bowiem każdorazowo winien on uzyskać uprzednio stosowną zgodę sądu opiekuńczego. Mogą pojawić się więc sytuacje, w których ingerencja sądu opiekuńczego w procedurę udzielenia zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pacjenta ubezwłasnowolnionego całkowicie będzie dwukrotna, tj. po pierwsze, sąd opiekuńczy zezwoli przedstawicielowi ustawowemu pacjenta na wyrażenie zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pacjenta; po drugie, sąd opiekuńczy rozstrzygnie sprzeczność oświadczeń między oświadczeniem przedstawiciela ustawowego a oświadczeniem pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji, gdy przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na zabieg medyczny, a sam pacjent tej zgody nie wyraża. Powyższe rozwiązanie legislacyjne należy ocenić pozytywnie, bowiem spełnia ono założenia sądowej kontroli sprawowania opieki nad podopiecznym, o której mowa w treści art. 156 k.r.o.²⁹, co jednocześnie stanowi gwarancję ochrony podopiecznego przed nadużyciami ze strony opiekuna.

Podobna procedura uzyskiwania stosownych zgód została przewidziana przez ustawodawcę w zakresie przyjęcia pacjenta chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo do domu pomocy społecznej³⁰. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do domu pomocy społecznej tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, przyjęcie do domu pomocy społecznej wymaga orzeczenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Powyższa regulacja weszła w życie stosunkowo

²⁸ Zgodnie z treścią art. 97 § 1 k.r.o., jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania. Zgodnie z treścią art. 97 § 2 k.r.o., jednakże o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie; w braku porozumienia między nimi rozstrzyga sąd opiekuńczy.

²⁹ Zgodnie z treścią art. 156 k.r.o., opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku małoletniego.

³⁰ Konieczne jest spełnienie następujących przesłanek: po pierwsze, osoba ta nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych; po drugie, nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób; po trzecie, potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji; po czwarte, nie wymaga leczenia szpitalnego. I tak, w świetle art. 38 ust. 4 u.o.z.p., jeżeli przyjęcie do domu pomocy społecznej dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie.

niedawno, tj. 1 stycznia 2018 r.³¹ wskutek wejścia w życie ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dalej: „nowelizacja”) oraz stanowi próbę dostosowania regulacji prawnych do założeń wyrażonych w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (dalej: ETPC), w tym w sprawie *Kędzior v. Polsce*³². Z uwagi na to, że domy opieki społecznej nie są jednostkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych osobom z zaburzeniami psychicznymi i że materia ta pozostaje nieco poza tematyką opracowania, czytelnika zainteresowanego konkluzjami ww. orzeczenia odsyłam do przypisu³³.

³¹ Art. 38 ust. 2-5 u.o.z.p. zostały dodane ustawą z dnia 24.11.2017 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 2439), która weszła w życie 01.01.2018 r.

³² Wyrok ETPC z dnia 16 października 2012 r., skarga nr 45026/07.

³³ Przed wejściem w życie ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dalej: „nowelizacja”), w świetle art. 38 u.o.p.z. w ówczesnym brzmieniu, umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie w domu opieki społecznej mogło nastąpić za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Zastosowanie w treści ww. przepisu spójnika dwuargumentowego w postaci alternatywy wskazuje na to, że w poprzednim stanie prawnym umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie w domu opieki społecznej mogło nastąpić za zgodą przedstawiciela ustawowego, bez obowiązku uzyskiwania zgody samego pacjenta, nawet działającego z dostatecznym rozeznaniem (lub posiadającego faktyczną zdolność do wyrażenia zgody). Zaistniały w Polsce na kanwie ww. przepisu stan faktyczny stał się przedmiotem analizy ETPC w wyroku *Kędzior v. Polsce*. Skarżący był leczony psychiatrycznie od 16 roku życia, był ubezwłasnowolniony całkowicie z uwagi na zdiagnozowaną u niego schizofrenię, a jego opiekunem prawnym był jego brat. Po pewnym czasie, na wniosek opiekuna prawnego, skarżący został umieszczony w domu opieki społecznej, w którym następnie przebywał ok. 10 lat. Jak wyżej zasygnalizowano, w świetle przepisów prawa krajowego w ówczesnym brzmieniu, jego przyjęcie było dobrowolne i nie wymagało ani zgody sądu ani zgody pacjenta. Co więcej, jedynie opiekun prawny mógł wyrazić zgodę na zwolnienie pacjenta z domu pomocy społecznej. Bez przywrócenia skarżącemu pełnej zdolności do czynności prawnych poprzez uchylenie ubezwłasnowolnienia, skarżący nie miał prawnej możliwości samodzielnego skutecznego złożenia wniosku o wypisanie z domu pomocy społecznej. W ówczesnym stanie prawnym nie było także obowiązku kontroli legalności przyjmowania i przebywania osób zamkniętych w domach pomocy społecznej. Skarżący podnosił, że umieszczenie go w domu pomocy społecznej w okolicznościach sprawy stanowiło bezprawne pozbawienie go wolności, tj. naruszenie art. 5 ust. 1 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (dalej: „Konwencja”), bowiem nigdy nie wyraził on zgody na umieszczenie go w domu opieki społecznej ani też nie zwrócono się do niego celem uzyskania zgody następczej w tej kwestii. ETPC w przedmiotowym wyroku wskazał, że pozbawienie wolności skarżącego było „zgodne z prawem” w sensie formalnej zgodności z proceduralnymi i materialnymi wymogami prawa krajowego. Jednakże, w okolicznościach sprawy, nie zostały spełnione minimalne warunki zaistnienia „zgodnego z prawem pozbawienia wolności osoby umyślowo chorej”, które ETPC wypracował na kanwie sprawy *Winterwerp*, tj.: po pierwsze, istnienie choroby psychicznej musi zostać stwierdzone przez właściwy organ na podstawie obiektywnej wiedzy medycznej; po drugie, rodzaj i stopień zaawansowania choroby psychicznej musi uzasadniać przymusowe odosobnienie pacjenta; po trzecie, zasadność trwającego odosobnienia powinna zależeć od stopnia przewlekłości choroby. Zdaniem ETPC, w sprawie *Kędzior v. Polsce* nie zostały spełnione dwa ostatnie wymogi. Zasadność umieszczenia skarżącego w domu pomocy społecznej oparto bowiem na opinii lekarza – psychiatry, której celem była ocena stanu zdrowia pacjenta pod kątem jego ubezwłasnowolnienia, nie zaś umieszczenia go w domu pomocy społecznej. Opinia ta została więc sporządzona jedynie na potrzeby postępowania o ubezwłasnowolnienie skarżącego, nie zaś postępowania o umieszczenie go w domu pomocy społecznej. Zdaniem ETPC, ówczesne ustawodawstwo nie gwarantowało należytej ochrony osób ubezwłasnowolnionych całkowicie w zakresie umieszczenia ich w domu opieki społecznej. Przede wszystkim, nie gwarantowało środka prawnego, za pomocą którego ubezwłasnowolnieni mogliby samodzielnie zakwestionować pobyt w domu opieki społecznej ani nie przewidywało sądowej kontroli legalności umieszczenia na żadnym etapie postępowania. W konsekwencji, ETPC stwierdził naruszenie art. 5 Konwencji. Wyrok w sprawie *Kędzior v. Polsce* w sposób pozytywny wpłynął na krajowe ustawodawstwo. Z dniem 1 stycznia 2018 r. w życie weszła ww. nowelizacja wprowadzająca nie tylko stosowną procedurę uzyskiwania zgód na przyjęcie do domu pomocy społecznej, wspomnianej już powyżej, lecz także szereg innych instrumentów prawnych, których celem jest ochrona osób chorych

IV. Tryb przyjęcia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody

Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna stwarza podwójne ryzyko naruszenia dóbr osobistych pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, bowiem wbrew jego woli pozbawia go wolności, a niekiedy nawet wiąże się ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego. Jest to jeden z najbardziej uciążliwych instrumentów, jakie można zastosować wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. W związku z tym, potrzeba przymusowej hospitalizacji pacjenta, zgodnie ze standardem proporcjonalności wyrażonym w treści art. 31 ust. 3 Konstytucji RP³⁴, musi być silnie uzasadniona, bowiem stanowi naruszenie praw i wolności chronionych Konstytucją RP czy aktami prawa międzynarodowego, w tym art. 5 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności³⁵. Konstytucyjna zasada proporcjonalności znalazła swoje odzwierciedlenie w treści art. 12 u.o.z.p., zgodnie z którym przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy. Dyrektywa działania określona w treści art. 12 u.o.z.p. nakazuje przyjmując, że jeśli istnieją mniej uciążliwe metody leczenia pacjenta przejawiającego zaburzenia psychiczne, należy w pierwszej kolejności je zastosować. Innymi słowy, hospitalizacja przymusowa winna być traktowana jako rozwiązanie ostateczne (zasada proporcjonalności).

Przyjęcie pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody może nastąpić na dwa sposoby: po pierwsze, w trybie nagłym³⁶; po drugie, w trybie wnioskowym³⁷, z tym zastrzeżeniem, że oba te tryby dotyczą szczególnie wyodrębnionej grupy pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, tj. pacjentów, u których uprzednio zdiagnozowano chorobę psychiczną. Tryby te nie mają więc zastosowania do osób,

psychicznie przed arbitralnością ze strony ich przedstawicieli ustawowych lub jednostek udzielających im świadczeń zdrowotnych, w tym m.in.: wprowadzono obowiązek okresowego badania co 6 miesięcy stanu zdrowia psychicznego osoby w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej (art. 38 ust. 5 u.o.z.p.) oraz zapewniono czynny udział osób przyjętych do domów opieki społecznej nie tylko na etapie uzyskania zgód na przyjęcie, lecz także inicjowania postępowania przed sądem opiekuńczym z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej (art. 41 ust. 1 u.o.z.p.) w przypadku przyjęcia do domu opieki społecznej bez zgody.

³⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483 z późn zm.).

³⁵ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r. poz. 284 ze zm.).

³⁶ Zob. treść art. 23 u.o.z.p.

³⁷ Zob. treść art. 29 u.o.z.p.

u których nie zdiagnozowano wcześniej choroby psychicznej³⁸. Określenie trybu przymusowej hospitalizacji pacjenta jest istotne, bowiem wpływa zarówno na czas pobytu tej osoby w danej placówce, jak i na zakres uprawnień personelu tej placówki w stosunku do pacjenta. Odmienność trybów podkreśla także Sąd Najwyższy: „odmienne przesłanki przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i zakres dopuszczalnej, przymusowo realizowanej terapii wobec pacjenta, który nie wyraził na to zgody powodują, że zastosowanie trybu przewidzianego w art. 23 ust. 1 u.o.z.p. w stosunku do pacjenta, który nie cierpi na chorobę psychiczną i stwierdzenie następnie w postępowaniu kontrolującym zasadność przyjęcia go i poddawania leczeniu bez jego zgody, że nie było po temu podstaw przesądza o bezprawności działania³⁹”.

Osoba chora psychicznie może być przyjęta w trybie nagłym do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 u.o.z.p. tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób⁴⁰. Istotne jest to, że do ziszczenia się przesłanek materialnoprawnych przymusowej hospitalizacji wystarcza sam stan zagrożenia dóbr osobistych (życia pacjent albo życia lub zdrowia innych osób), czyli możliwość ich naruszenia. W orzecznictwie podkreśla się konieczność restrykcyjnej wykładni materialnoprawnych przesłanek przymusowej hospitalizacji w trybie nagłym⁴¹. Uzasadnieniem dla przymusowej hospitalizacji w trybie nagłym jest potrzeba ochrony zarówno interesu społecznego (bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia innych osób), jak i interesu jednostki (bezpośrednie zagrożenie dla własnego życia).

Podstawą przyjęcia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do szpitala w trybie nagłym jest decyzja lekarza⁴², nie zaś orzeczenie sądu, co *prima facie* budzić może wątpliwości pod kątem ochrony autonomii i wolności osobistej pacjenta. Wszak już w rekomendacji R (82)2 Komitetu Ministrów Rady Europy z dnia 22 lutego 1983 r. dotyczącej ochrony prawnej osób cierpiących ma zaburzenia psychiczne przymusowo umieszczonych w

³⁸ Jednakże osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo zdrowiu lub życiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez wymaganej zgody do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości (art. 24 ust. 1 u.o.z.p.), z tym jednak zastrzeżeniem, że jej pobyt w tym szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni (art. 24 ust. 2 u.o.z.p.). Co więcej, pacjent przyjęty do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 24 u.o.z.p. nie może być poddany przymusowemu leczeniu, o którym mowa w art. 33 ust. 1 – 3 u.o.z.p. (art. 33 ust. 4 u.o.z.p.).

³⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lipca 2015 r., I CSK 524/14.

⁴⁰ Zob. treść art. 23 ust. 1 u.o.z.p.

⁴¹ Zob.: wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 23 listopada 2016 r., I ACa 1155/15: „wykładnia przepisu art. 23 powinna być ścisła, nie można jednak tracić z pola widzenia celu omawianej normy, tj. nie można interpretować przepisu w sposób pozbawiający go zasadniczej funkcji – ochrony samego chorego i osób trzecich przed zagrożeniem wynikającym z jego - mających chorobowe podłoże – zachowań.”

⁴² Zob. treść art. 23 ust. 2 u.o.z.p.

zakładach leczniczych zaleca rządów państw członkowskich uwzględnienie w regulacjach krajowych, by przymusowe umieszczenie osoby cierpiącej na zaburzenia psychiczne w zakładzie psychiatrycznym mogło nastąpić wyłącznie na podstawie orzeczenia sądu lub innego właściwego organu, określonego przez ustawę, a jedynie wyjątkowo odstępować od tej zasady. Należy jednak wskazać, że zgodnie ze standardem konstytucyjnym wyrażonym w treści art. 41 ust. 2 Konstytucji RP⁴³, istnieją mechanizmy uniemożliwiające arbitralność decyzji lekarza oraz mechanizmy sądowej kontroli legalności takiej formy pozbawienia wolności pacjenta. Po pierwsze, lekarz wyznaczony do przyjęcia pacjenta w miarę możliwości winien uzyskać opinię drugiego lekarza psychiatry albo psychologa⁴⁴; po drugie, decyzja ta wymaga zatwierdzenia przez ordynatora w terminie 48 godzin od chwili przyjęcia⁴⁵; wreszcie, kierownik szpitala ma ustawowy obowiązek zawiadomienia o przyjęciu pacjenta w ww. trybie sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala w terminie 72 godzin od chwili przyjęcia⁴⁶, co powoduje wszczęcie postępowania kontrolnego⁴⁷. Co więcej, na wypadek niespełnienia powyższego obowiązku przez kierownika szpitala, istnieje możliwość wszczęcia postępowania przed sądem opiekuńczym również m.in. na wniosek osoby przyjętej do szpitala⁴⁸ oraz innych osób, tj. jej przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę. Tak szeroki katalog podmiotowy osób, które mogą wszcząć postępowanie kontrolne przed sądem opiekuńczym minimalizuje ryzyko zaniechania wszczęcia postępowania kontrolnego, co zasługuje na pełną aprobatę. Wszczęcie postępowania kontrolnego prowadzonego przez sąd opiekuńczy chroni przed arbitralnym pozbawieniem wolności i tym samym spełnia standardy europejskie⁴⁹.

Podstawą przyjęcia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym jest orzeczenie sądu⁵⁰ wydane w postępowaniu wszczynanym na wniosek: krewnego w linii prostej, rodzeństwa, przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej faktyczną opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi⁵¹. Wniosek

⁴³ Zgodnie z treścią art. 41 ust. 2 Konstytucji RP, każdy pozbawiony wolności nie na podstawie wyroku sądowego ma prawo odwołania się do sądu w celu niezwłocznego ustalenia legalności tego pozbawienia. O pozbawieniu wolności powiadamia się niezwłocznie rodzinę lub osobę wskazaną przez pozbawionego wolności.

⁴⁴ Zob. treść art. 23 ust. 2 u.o.z.p.

⁴⁵ Zob. treść art. 23 ust. 4 zd. 1 u.o.z.p.

⁴⁶ Zob. treść art. 23 ust. 4 zd. 2 u.o.z.p.

⁴⁷ Zob. treść art. 25 ust. 1 u.o.z.p.

⁴⁸ Zob. treść art. 25 ust. 2 u.o.z.p.

⁴⁹ Zob. m.in.: wyrok ETPC z dnia 20 lutego 2003 r. w sprawie *Hutchison Reid v. Wielkiej Brytanii*, skarga nr 50272/99.

⁵⁰ Zob. treść art. 29 u.o.z.p.

⁵¹ Zob. treść art. 29 ust. 2 u.o.z.p.

kierowany jest do sądu opiekuńczego miejsca zamieszkania osoby chorej psychicznie⁵². Sąd bada potrzebę przyjęcia tej osoby do szpitala psychiatrycznego, a więc spełnienie przesłanek materialnoprawnych określonych w treści art. 29 ust. 1 u.o.z.p.⁵³ W orzecznictwie podkreśla się konieczność restrykcyjnej wykładni materialnoprawnych przesłanek przymusowej hospitalizacji w trybie wnioskowym⁵⁴. Warto odnotować także, że w przepisie tym posłużono się zwrotem niedookreślonym „znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego”. Nie każde więc pogorszenie stanu zdrowia uzasadnia przymusową hospitalizację, a jedynie „znaczne”. Rozwiązanie legislacyjne trybu wnioskowego – w przeciwieństwie do trybu nagłego – nakazuje przyjąć, że istnieją sytuacje, w których przymus leczenia uzasadniony jest tylko i wyłącznie interesem jednostki, tj. stanem jej zdrowia psychicznego. W przepisie tym nie ma bowiem mowy o naruszeniu bądź zagrożeniu naruszenia dóbr osobistych osób trzecich⁵⁵, co wiązało by się z potrzebą ochrony interesu społecznego.

Podsumowując, przymus leczenia psychiatrycznego uzasadniony jest ochroną zdrowia w wymiarze jednostkowym lub społecznym. Przymusowa hospitalizacja jako przejaw paternalizmu w swej istocie nie narusza autonomii pacjenta, lecz „stanowi odpowiedź na niezdolność pacjenta do pełnego korzystania z przysługującej mu autonomii⁵⁶”, o ile odbywa się ona w warunkach określonych przez ww. przepisy. Na aprobatę zasługują także inne ustawowe rozwiązania, stanowiące gwarancje procesowe pacjenta, a które odnoszą się zarówno do trybu nagłego, jak i trybu wnioskowego przymusowej hospitalizacji: udział osoby przymusowo przyjętej do szpitala w postępowaniu przed sądem opiekuńczym⁵⁷, obowiązek przesłuchania jej w ramach tego postępowania⁵⁸ czy wreszcie ustanowienie z urzędu profesjonalnego pełnomocnika⁵⁹.

V. Procedura wypisania ze szpitala psychiatrycznego

⁵² Zob. treść art. 29 ust. 2 u.o.z.p.

⁵³ Zgodnie z treścią art. 29 ust. 1 u.o.z.p., do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22, osoba chora psychicznie: 1) której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź 2) która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

⁵⁴ Zob. m.in. wyrok SN z dnia 22 czerwca 2018 r., II CSK 22/18.

⁵⁵ Zob. wyrok SN z dnia 22 czerwca 2018 r., II CSK 22/18: „Aspekt ochrony osób trzecich nie został w ogóle objęty zakresem przesłanek określonych w art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 882 ze zm.). Podlega on jednak uwzględnieniu na tle art. 23 ust. 1 ustawy, który dopuszcza przymusową hospitalizację ze względu na stan bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia osób trzecich, które stwarza osoba chora psychicznie.”

⁵⁶ M. Nowacka, *Autonomia...*, s. 84.

⁵⁷ Zob. treść art. 46 ust. 1 u.o.z.p.

⁵⁸ Zob. treść art. 42 u.o.z.p.

⁵⁹ Zob. treść art. 48 ust. 2 u.o.z.p.

Procedurę wypisania ze szpitala psychiatrycznego określają przepisy art. 35-37 u.o.z.p. Istotne – z punktu ochrony autonomii pacjenta z zaburzeniami psychicznymi – jest to, że każdy pacjent, również ten przymusowo hospitalizowany, może złożyć wniosek o nakazanie wypisania go ze szpitala psychiatrycznego⁶⁰. O wypisaniu tej osoby ze szpitala psychiatrycznego decyduje ordynator szpitala⁶¹. Jego arbitralność w tym zakresie została jednak słusznie ograniczona możliwością wystąpienia do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania ze szpitala⁶². Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że – po wejściu w życie nowelizacji – wniosek o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego złożyć może także pacjent ubezwłasnowolniony całkowicie⁶³. Brak zdolności do czynności prawnych pacjenta nie stanowi bezwzględnej przeszkody skutecznego złożenia wniosku. Złożenie wniosku przez pacjenta o nakazanie wypisania go ze szpitala psychiatrycznego odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Podsumowując, w obecnym stanie prawnym pacjentowi z zaburzeniami psychicznymi zapewnione zostały instrumenty prawne zmierzające do wypisania go ze szpitala psychiatrycznego, tj. wniosek o nakazanie wypisania oraz możliwość wystąpienia do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania w razie odmowy wypisania przez ordynatora⁶⁴. W obu przypadkach pacjent ten może działać samodzielnie. W mojej ocenie, taki stan prawny zapobiega przypadkom niesłusznego i bezpodstawnego przebywania pacjentów w szpitalach psychiatrycznych. Instrumenty te stanowią także wyraz poszanowania autonomii pacjenta z zaburzeniami psychicznymi.

Prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do poszanowania wolności, w tym godności i intymności a stosowanie środków przymusu bezpośredniego

Godność pojmowana jest w doktrynie⁶⁵ i orzecznictwie dwuaspektowo. Z jednej strony, godność stanowi wartość o charakterze niezbywalnym i przyrodzonym⁶⁶. Z drugiej

⁶⁰ Zob. treść art. 36 ust. 1 u.o.z.p. Poza pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, wniosek o wypisanie ze szpitala pacjenta – w świetle art. 36 ust. 2 u.o.z.p. – mogą złożyć także: przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca faktyczną opiekę nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi.

⁶¹ Zob. treść art. 35 ust. 1 u.o.z.p.

⁶² Zob. treść art. 36 ust. 3 u.o.z.p.

⁶³ Zob. treść art. 36 ust. 1 zd. 1 u.o.z.p.

⁶⁴ Odpowiednio, w stosunku do osób umieszczonych w domach opieki społecznej, znajdują zastosowanie następujące regulacje ustawowe: art. 41 ust. 1 u.o.z.p. (wniosek o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej – w stosunku do osób, które wcześniej wyraziły zgodę na przyjęcie do domu opieki społecznej, lecz nie wyrażają zgody na dalsze w nim przebywanie) oraz art. 41 ust. 3 u.o.z.p. (wniosek o zniesienie obowiązku przebywania w domu pomocy społecznej – w stosunku do osób, które nie wyraziły zgody na przyjęcie do domu opieki społecznej).

⁶⁵ Szeroko na temat godności: L. Bosek, *Gwarancje godności ludzkiej i ich wpływ na polskie prawo cywilne*, Warszawa 2012.

strony, godność to także „prawo osobistości, obejmujące wartości życia psychicznego człowieka oraz te wszystkie wartości, które określają podmiotową pozycję jednostki w społeczeństwie i które składają się, według powszechnej opinii, na szacunek należny każdej osobie”⁶⁷. Podkreślić trzeba, że godność w pierwszym aspekcie przysługuje każdemu i nie podlega żadnym ograniczeniom. Intymność natomiast rozumiana jest jako „najbardziej osobista sfera życia człowieka, która pozostaje w ukryciu lub jest ujawniana jedynie osobom szczególnie bliskim”⁶⁸. Zasady poszanowania intymności i godności pacjenta swoje ustawowe źródło znajdują w treści art. 20 u.p.p.⁶⁹. Godność i intymność pacjenta są jednak przede wszystkim wartościami chronionymi już na poziomie konstytucyjnym⁷⁰.

Katalog środków przymusu bezpośredniego to katalog zamknięty, do którego należą: przetrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie oraz izolacja⁷¹. Oznacza to, że nie można stosować innych środków przymusu bezpośredniego niż te określone w ustawie oraz nie można dopuszczać się ich stosowania w innych sytuacjach niż te określone w ustawie. Ustawodawca określa także przesłanki materialnoprawne ich zastosowania⁷². Przesłanki materialnoprawne stosowania środków przymusu bezpośredniego zostały sformułowane za pomocą zwrotów nieostrych takich jak m.in.: „poważne zakłócanie lub uniemożliwianie funkcjonowania zakładu leczniczego” lub „niszczenie lub uszkodzenie przedmiotów znajdujących się w otoczeniu w sposób gwałtowny”. Pas nieostrości związany z powyższymi sformułowaniami rodzić może ryzyko nadużyć w zakresie stosowania wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi środków przymusu bezpośredniego⁷³. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego należy odnotować w dokumentacji

⁶⁶ Postanowienie TK z dnia 22 lipca 2015 r., SK 20/14.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 2005 r., I CK 753/04.

⁶⁹ Zgodnie z treścią art. 20 ust. 1 u.p.p., pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Natomiast zgodnie z treścią art. 20 ust. 2 u.p.p., prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.

⁷⁰ Zgodnie z treścią art. 38 Konstytucji RP, przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Natomiast zgodnie z treścią art. 47 Konstytucji RP, każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym.

⁷¹ Zob. treść art. 3 pkt 6 u.o.z.p.

⁷² Po pierwsze, dopuszczenie się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu, lub po drugie, w sposób gwałtowny niszczenie lub uszkodzenie przedmiotów znajdujących się w otoczeniu, lub po trzecie, poważne zakłócanie lub uniemożliwianie funkcjonowania zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej (art. 18 ust. 1 u.o.z.p.). Co więcej, wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować, poza okolicznościami określonymi w art. 18, także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33 (art. 34 zd. 1 u.o.z.p.). Przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego (art. 34 zd. 2 u.o.z.p.).

⁷³ Na problem ten zwraca także uwagę m.in.: N. Karczevska-Kamińska, *Przymus...*, s. 133-134.

medycznej⁷⁴. Z kolei przed każdym zastosowaniem przymusu bezpośredniego należy uprzedzić o tym osobę, wobec której środek ma być podjęty, a w przypadku, gdy osoba ta jest niezdolna do zrozumienia przekazywanych jej informacji, w dokumentacji medycznej odnotowuje się przyczynę odstąpienia od uprzedzenia⁷⁵.

Na uwagę zasługuje zmiana legislacyjna, która weszła w życie wskutek ww. nowelizacji, a odnosząca się do definicji „unieruchomienia”. W poprzednim stanie prawnym „unieruchomienie” definiowano jako obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych. W obecnie obowiązującej definicji zrezygnowano ze sformułowania „innych urządzeń technicznych”, co zasługuje na pełną aprobatę. Zamknięto bowiem drogę do stosowania unieruchomienia za pomocą urządzeń ostrych lub po prostu niebezpiecznych dla zdrowia lub życia pacjenta. Powyższa zmiana legislacyjna odpowiada także standardowi konstytucyjnemu⁷⁶.

Krytyce poddać należy regulację ustawową dotyczącą czasu stosowania unieruchomienia oraz izolacji. Co do zasady, stosowanie środków przymusu bezpośredniego może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego stosowania⁷⁷. Zgodnie z treścią art. 18a ust. 5 u.o.z.p., zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz zleca na czas nie dłuższy niż 4 godziny. Istnieje jednak możliwość przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, po osobistym zbadaniu pacjenta, na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin⁷⁸, co łącznie wynosić może aż 16 godzin (pierwsze i drugie przedłużenie stosowania). Jednakże nawet po dwukrotnym przedłużeniu stosowania unieruchomienia lub izolacji, nadal istnieje możliwość przedłużania ich stosowania na kolejne okresy, trwające nie dłużej niż 6 godzin⁷⁹, których maksymalna liczba nie została już przez ustawodawcę określona (trzecie i kolejne przedłużenie stosowania). W związku z tym, nie ma górnej granicy temporalnej zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji w stosunku do pacjenta z zaburzeniami psychicznymi w warunkach szpitalnych, co stanowi

⁷⁴ Zob. treść art. 18 ust. 2 zd. 3 u.o.z.p.

⁷⁵ Zob. treść art. 18 ust. 2a u.o.z.p.

⁷⁶ W wyroku z dnia 24 lipca 2013 r. Trybunał Konstytucyjny w sprawie o sygnaturze Kp 1/13 stwierdził sprzeczność art. 1 pkt 6) ustawy z dnia 4 stycznia 2013 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w części dotyczącej art. 42 ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356), w zakresie, w jakim umożliwia ona stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia z użyciem "innych urządzeń technicznych" z art. 2 oraz z art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Jak słusznie zauważa N. Karczevska-Kamińska, teza ta zyskuje na aktualność także w zakresie stosowania unieruchomienia w poprzednim brzmieniu ustawowym na gruncie u.o.z.p., [w:] N. Karczevska-Kamińska, *Przymus...*, s. 129.

⁷⁷ Zob. treść art. 18a ust. 4 u.o.z.p.

⁷⁸ Zob. treść art. 18a ust. 8 u.o.z.p.

⁷⁹ Zob. treść art. 18a ust. 9 u.o.z.p.

istotne zagrożenie wolności pacjenta, a także jego godności. Zasada dwukrotnego przedłużenia stosowania środków przymusu bezpośredniego określona w treści art. 18a ust. 8 u.o.z.p. wobec brzmienia art. 18a ust. 9 u.o.z.p. jest iluzoryczna. Skuteczniejszym rozwiązaniem legislacyjnym *de lege ferenda* – w duchu poszanowania praw pacjenta z zaburzeniami psychicznymi – byłaby konieczność: po pierwsze, zaprzestania stosowania unieruchomienia lub izolacji, gdy cel ich stosowania, po dwukrotnym przedłużeniu, nie został osiągnięty⁸⁰; po drugie, zmiany stosowanego wcześniej dwukrotnie unieruchomienia lub izolacji na inny środek przymusu bezpośredniego, np. przymusowe podanie leków, w tym leków uspokajających pacjenta stwarzającego nadal zagrożenia dla siebie lub otoczenia celem chociaż tymczasowego przywrócenia go do normalnego funkcjonowania.

Ponadto, z treści art. 18a ust. 8 i 10⁸¹ u.o.z.p. wynika, że pierwsze i drugie przedłużenie stosowania unieruchomienia i izolacji wymagają osobistego zbadania przez lekarza (ustawodawca nie wskazuje specjalizacji) i uzyskania opinii lekarza-psychiatry. Natomiast już po dwukrotnym przedłużeniu stosowania środków przymusu bezpośredniego, każde kolejne przedłużenie wymaga osobistego zbadania pacjenta przez lekarza konkretnej specjalizacji, tj. lekarza-psychiatrę, co znajduje uzasadnienie w treści art. 18a ust. 9 u.o.z.p.⁸². Trudno sobie jednak wyobrazić sytuację, w której lekarz, zgodnie z treścią art. 18a ust. 10 u.o.z.p., w warunkach określonych w treści art. 18a ust. 8 u.o.z.p., wystawia opinię co do przedłużenia stosowania unieruchomienia lub izolacji wobec pacjenta bez jego osobistego zbadania. Moim zdaniem, dopiero osobista styczność z pacjentem oraz jego zbadanie dają lekarzowi-psychiatrze podstawy do oceny zasadności przedłużania środków przymusu bezpośredniego wyrażonej ostatecznie w opinii, o której mowa w art. 18a ust. 10 u.o.z.p. *De lege ferenda* należy dodać do treści art. 18a ust. 10 zdanie drugie, że „opinia, o której mowa w treści tego przepisu wydawana jest jedynie po osobistym zbadaniu pacjenta”.

Co więcej, zgodnie z treścią art. 18a ust. 9 u.o.z.p., po dwukrotnym przedłużeniu stosowania ww. środków przymusu bezpośredniego, każde kolejne przedłużenie wymaga każdorazowego zbadania pacjenta przez lekarza-psychiatrę. W treści art. 18a ust. 8 u.o.z.p. nie ma jednak mowy o każdorazowym zbadaniu. *A contrario*, przedłużenie stosowania ww. środków przymusu bezpośredniego na warunkach określonych w art. 18a ust. 8 u.o.z.p. (do

⁸⁰ Zob. treść art. 18a ust. 4 u.o.z.p.

⁸¹ Zgodnie z treścią art. 18a ust. 10 u.o.z.p., przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9, wymaga uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.

⁸² Zgodnie z treścią art. 18a ust. 9 u.o.z.p., po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę.

dwukrotnego przedłużenia) nie wymaga każdorazowego zbadania pacjenta przez lekarza. Zakładając jednak, że pacjent musi być co najmniej raz osobiście zbadany przez lekarza (co wynika z treści art. 18a ust. 8 u.o.z.p.), drugie przedłużenie stosowania unieruchomienia lub izolacji *de lege lata* nie wymaga osobistego zbadania pacjenta przez lekarza. Taki stan prawny nie zasługuje na aprobatę. *De lege ferenda* należy dodać do treści przepisu art. 18a ust. 8 u.o.z.p. zwrot „po osobistym każdorazowym zbadaniu pacjenta” celem rozwiania wszelkich wątpliwości co do obowiązku każdorazowego zbadania pacjenta przez lekarza przed każdym przedłużeniem stosowania unieruchomienia lub izolacji. Powyżej proponowana przeze mnie zmiana legislacyjna doprowadziłaby do podwyższenia standardu ochrony godności pacjenta.

Krytyce poddać należy brak ustawowych gwarancji poszanowania intymności i godności pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, wobec którego stosuje się środki przymusu bezpośredniego. Jedynie w treści art. 18d ust. 2 u.o.z.p. mowa o obowiązku poszanowania intymności i godności pacjenta, którego umieszcza się w pokoju wieloosobowym i w stosunku do którego stosuje się unieruchomienie, co należy uznać za regulację niewystarczającą⁸³. Przede wszystkim, należy postulować wprowadzenie *expressis verbis* zasady poszanowania godności i intymności pacjenta w treści u.o.z.p., która odnosić się będzie do wszystkich pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, przymusowo i dobrowolnie hospitalizowanych, w szczególności pacjentów w stosunku do których stosuje się środki przymusu bezpośredniego w każdej ich formie, nie tylko w formie unieruchomienia, ale również m.in. w formie izolacji.

VI. Podsumowanie

Proces leczenia pacjenta, w tym pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, to proces zawsze związany z pewnym ryzykiem, bowiem dotyczy fundamentalnych wartości – zdrowia, a czasami nawet życia pacjenta. Bez dokładnego określenia zakresu podmiotowego nie da się jednak w pełni zagwarantować ochrony tych praw i wolności. W obecnym stanie prawnym brak wyczerpujących definicji pojęć „osoba chora psychicznie” oraz „choroba psychiczna”. Brak zmian ustawodawstwa w tym zakresie należy uznać za zaniechanie legislacyjne.

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi to szczególna grupa pacjentów. Z jednej strony, są to osoby narażone na bezprawne ingerencje w sferę ich konstytucyjnie i ustawowo

⁸³ Zgodnie z treścią art. 18d ust. 2 u.o.z.p., w przypadku braku możliwości umieszczenia osoby, o której mowa w ust. 1, w pomieszczeniu jednoosobowym, osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych.

gwarantowanych praw i wolności. Z drugiej strony, ingerencje te, często podejmowane bez zgody pacjentów przejawiających zaburzenia psychiczne, niekiedy są konieczne i uzasadnione: po pierwsze, z uwagi na ochronę praw i wolności innych osób; po drugie, z uwagi na ochronę dóbr osobistych samego pacjenta. Instrumentem ograniczającym wolność pacjenta z zaburzeniami psychicznymi jest niewątpliwie możliwość jego przymusowej hospitalizacji, która z kolei jest niedopuszczalna w stosunku do pacjentów bez zaburzeń psychicznych. Należy jednak mieć na uwadze, że procedura ta – w myśl art. 12 u.o.z.p. odzwierciedlającej zasadę proporcjonalności – jest stosowana w ostateczności, gdy inne metody leczenia lub postępowania z takim pacjentem okażą się nieskuteczne. Co więcej, przymusowa hospitalizacja – w myśl art. 23 i art. 29 u.o.z.p. – uzasadniona jest wówczas, gdy wskutek działania osoby z zaburzeniami psychicznymi w warunkach wolnościowych zagrożone jest jej życie (dotyczy zarówno trybu wnioskowego, jak i nagłego) lub życie czy zdrowie innych osób (tryb nagły). Innymi słowy, przymusowa hospitalizacja jako ograniczenie praw i wolności pacjenta stosowana jest w ściśle określonych przez ustawę przypadkach i znajduje aksjologiczne uzasadnienie, co – w moim przekonaniu – spełnia wymogi proporcjonalności określone w art. 31 ust. 1 Konstytucji RP.

Testu proporcjonalności – moim zdaniem – nie spełniły natomiast regulacje odnoszące się do stosowania wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi środków przymusu bezpośredniego. Nie ma bowiem górnej granicy temporalnej zastosowania unieruchomienia lub izolacji w stosunku do pacjenta z zaburzeniami psychicznymi w warunkach szpitalnych. Zasada dwukrotnego przedłużenia stosowania środków przymusu bezpośredniego określona w treści art. 18a ust. 8 u.o.z.p. jest iluzoryczna wobec brzmienia art. 18a ust. 9 u.o.z.p. Taki stan prawny narusza istotę wolności pacjenta, a także jego godność.

Bibliografia

Literatura

Beauchamp T.L. oraz Childres J.F., *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Warszawa 1996.

Bosek L., *Gwarancje godności ludzkiej i ich wpływ na polskie prawo cywilne*, Warszawa 2012.

Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.

Flaga-Gieruszyńska K. (red.), Karakiewicz B. (red.), Klich A. (red.), *Problematyka osób z zaburzeniami psychicznymi. Aspekty medyczne i prawne*, Sopot 2017.

Gałecki P. (red.), Bobińska K. (red.), Eichstaedt K. (red.), *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2016.

Janiszewska B., *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013.

Karczewska-Kamińska N., *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018.

Kołodziej A., *Stopień autonomii woli pacjenta na tle ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, *Prawo i Medycyna* 2002, Nr 11.

Nowacka M., *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Białystok 2005.

Pużyński S., *Dylematy współczesnej psychiatrii, Problemy kliniczne, etyczne, prawne*, Warszawa 2015.

Orzecznictwo

Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 lipca 2015 r., SK 20/14

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 października 2012 r., skarga nr 45026/07 w sprawie Kędzior przeciwko Polsce

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 20 lutego 2003 r. w sprawie Hutchison Reid v. Wielkiej Brytanii, skarga nr 50272/99

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2018 r., II CSK 22/18

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lipca 2015 r., I CSK 524/14

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 2005 r., I CK 753/04

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 23 listopada 2016 r., I ACa 1155/15

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 października 2011 r., K 16/10

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lipca 2013 r., Kp 1/13

Akty prawne

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483 z późn zm.)

Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. 1993 r., nr 61, poz. 284)

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1878)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r., poz. 617 z późn. zm.)

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 – 2022 (Dz. U. z 2017 r., poz. 458).

Kodeks Etyki Lekarskiej

Inne źródła

<https://www.tvn24.pl/katowice,51/14-5-mln-zl-za-8-lat-w-szpitalu-psychiatrycznym-ruszył-proces,622352.html>