

Prawne aspekty stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych

Wstęp

„Obecnie jesteśmy świadkami paradoksalnego zjawiska, które polega na braku równowagi pomiędzy ogromnym postępowaniem nauki a postawami społecznymi wobec osób zaburzonych psychicznie”¹. Niewątpliwie społeczne i sytuacyjne uwarunkowania zachowań determinują działania wyrażane w haśle „od nadzorującej opieki (*custodial care*) do społeczności terapeutycznej (*therapeutic community*)”². Dotykając materii dość spornej, wkraczamy z konieczności w dziedzinę niezwykle delikatną, bo w ogólną problematykę stosowania wobec osób cierpiących na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne środków przymusu, gdy inne, mniej formalne mechanizmy zapewniania porządku oraz społecznego systemu kontroli, zawodzą.

W artykule podjęto próbę skonfrontowania założeń teoretyczno-dogmatycznych z modelem normatywnym, przy uwzględnieniu

¹ A. Bilikiewicz, *Zakres psychiatrii oraz jej miejsce w kulturze i wśród innych dyscyplin nauki*, [w:] A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 2006, s. 14.

² J.S. Brown, P.J. Wooldridge, *Interpersonal attraction among psychiatric patients: patterns of interaction and choice*, „Journal of Health and Social Behavior” 1973, t. 14, nr 4, s. 308.

zasad deontologii lekarskiej oraz obowiązujących standardów leczenia psychiatrycznego. Celem opracowania jest zwięźle przedstawienie istoty zagadnień dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego, stanowiących wycinek szeroko pojętej tematyki, ze swej istoty znajdującej się na pograniczu dwóch nauk, jakimi są prawo i medycyna, ściślej – psychopatologia. Ocena przyjętych założeń z punktu widzenia pragmatycznego (zdadność do realizacji założonego *ratio legis*) i konstytucyjnoprawnego (respektowanie praw i wolności jednostki) pozwoli przedstawić celowość dalszych zmian prawnych w wyznaczonym kierunku. Poza ramami prawnych rozważań pozostają kwestie związane z orzekaniem i stosowaniem detencyjnych środków zabezpieczających w ramach procesu karnego.

1. Konflikt wartości konstytucyjnych z zasadami deontologii lekarskiej

Do zagadnień niezwykle istotnych, teoretycznie spornych, lecz praktycznie doniosłych, należy kwestia stosowania przymusu lekarskiego wobec osób psychicznie chorych. Z prawnego punktu widzenia potrzeba istnienia trybu przymusowego postępowania medycznego w stosunku do określonej kategorii osób w szczególnych sytuacjach nie budzi wątpliwości. Trudności, jakie napotyka w praktyce przedstawiciele świata medycznego oraz wśród teoretyków prawa środek przymusu bezpośredniego (zasadny z medycznego punktu widzenia, lecz dokonywany bez zgody³ osoby zainteresowanej lub, co więcej, wbrew jej woli), stają się bardziej zrozumiałe,

³ Stosownie do treści art. 3 pkt 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 1245), dalej: u.o.z.p., „zgoda” oznacza 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.

jeśli zważy się, że korzystanie z przymusu przekracza granicę konstytucyjnych praw i wolności jednostki⁴. Zagadnienia moralne i jurydyczne, które wiążą się z ogólnym dylematem współczesności związanym z ograniczaniem autonomii jednostki, rodzą konieczność pochylenia się nad problematyką moralnego usprawiedliwienia praktyk lekarskich naruszających prawa pacjenta. Wnikliwa analiza czynników, które kształtują specyficzną sytuację prawną osób, u których diagnozuje się zaburzenia psychiczne⁵, pozwala na zidentyfikowanie obszarów potencjalnego zagrożenia prowadzącego do nadużyć. Problem, z natury swej już dość złożony, ulega dalszej komplikacji z uwagi na specyfikę zakłóceń w sferze psychicznej, niejednoznaczność definicji choroby psychicznej⁶ oraz dyskusyjność interpretacji pojęcia „przymus”.

Uznając, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicz-

⁴ Zob. art. 41 ust. 1 oraz art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 114, poz. 946 z późn. zm.), dalej: Konstytucja.

⁵ W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, poza wskazaniem grup osób z zaburzeniami psychicznymi, brak jest normatywnej definicji pojęcia „zaburzeń psychicznych” (zob. art. 3 pkt 1 u.o.z.p.). Zgodnie z definicją przyjętą w klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, zaburzenia psychiczne to „szczególnego rodzaju zespół kliniczny o objawach psychologicznych i behawioralnych, powodujących dyskomfort psychiczny lub upośledzenie funkcjonowania”. Por. J.H. Scully, *Psychiatria*, Wrocław 1998, s. 14. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), wskazuje się na szerszy zakres pojęcia „zaburzenie” od „choroby” (ang. *disease or illness*), jako że objawy psychopatologiczne są wynikiem nie tylko sklasyfikowanych jednostek chorobowych. Zob. S. Pużyński, J. Wciórka (red.), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa 2000, s. 16.

⁶ Jak słusznie dostrzegł Sąd Apelacyjny w Łodzi, „choroba psychiczna» jest pojęciem bardzo ogólnym. Zdarza się, że te same objawy chorobowe czy zespół objawów występują w chorobie psychicznej, jak też w innych zakłóceniach psychicznych niezaliczonych do chorób psychicznych. Zob. postanowienie SA w Łodzi z 28 grudnia 2005 r., II AKz w 824/05, KZS 2006, z. 1, poz. 42.

Tabela 1. Zaburzenia psychiczne wśród mieszkańców Polski w wieku 18–64 lata

| Grupa zaburzeń | Szczegółowe rozpoznanie | Odsetki (CI95%) | Oszacowania w tys. | Dolna granica w tys. | Górna granica w tys. |
|---|--|-------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| Zaburzenia nerwicowe | agorafobia | 0,6 (0,5–0,7) | 153,9 | 122,8 | 185,0 |
| | uogólnione zaburzenia lękowe | 1,1 (1,0–1,3) | 289,9 | 244,8 | 335,0 |
| | napady paniki | 0,4 (0,3–0,5) | 100,8 | 76,5 | 125,1 |
| | fobie społeczne | 1,8 (1,5–2,0) | 455,7 | 395,2 | 516,2 |
| | fobie specyficzne | 4,3 (3,9–4,6) | 1103,5 | 1010,4 | 1196,6 |
| | PTSD | 1,1 (0,8–1,5) | 291,7 | 203,4 | 380,0 |
| | neurastenia | 1,0 (0,8–1,2) | 252,6 | 199,5 | 305,7 |
| | ogółem zaburzenia nerwicowe | 0,6 (8,0–10,3) | 2470,3 | 2298,6 | 2641,9 |
| Zaburzenia nastroju (afektywne) | depresja | 3,0 (2,7–3,3) | 766,2 | 692,8 | 839,7 |
| | dystymia | 0,6 (0,5–0,8) | 160,4 | 127,9 | 193,0 |
| | mania | 0,4 (0,3–0,5) | 101,1 | 76,8 | 125,3 |
| | ogółem zaburzenia nastroju | 3,5 (3,2–3,8) | 904,3 | 825,1 | 983,4 |
| Zaburzenia impulsywne | zaburzenia opozycyjno-buntownicze | 0,2 (0,1–0,4) | 61,0 | 24,8 | 97,2 |
| | ADHD | 0,0 (0,0–0,1) | 11,2 | 4,5 | 17,8 |
| | zaburzenia zachowania | 2,4 (2,0–2,8) | 612,8 | 512,4 | 713,3 |
| | zaburzenia eksplozywne | 0,8 (0,7–1,0) | 2047 | 165,0 | 244,4 |
| | ogółem zaburzenia impulsywne | 3,5 (3,1–4,0) | 906,9 | 789,0 | 1024,8 |
| Zaburzenia związane z używaniem substancji | nadużywanie alkoholu, w tym: | 11,9 (10,9–12,0) | 3065,4 | 2814,9 | 3315,8 |
| | uzależnienie od alkoholu | 2,4 (2,0–2,9) | 616,1 | 495,6 | 736,5 |
| | nadużywanie narkotyków, w tym: | 1,4 (1,2–1,8) | 371,7 | 292,5 | 450,9 |
| | uzależnienie od narkotyków | 0,3 (0,2–0,4) | 69,6 | 37,5 | 102,1 |
| | ogółem zaburzenia związane z używaniem substancji | 12,8 (11,8–13,8) | 3297,1 | 3040,6 | 5335,5 |
| Ogółem przynajmniej jedno zaburzenie, w tym: | | 23,4 (22,2–24,7) | 6053,5 | 5151,9 | 6355,1 |
| dwa zaburzenia i więcej | | 5,7 (5,2–6,3) | 1475,5 | 1343,2 | 1607,7 |
| trzy zaburzenia i więcej | | 0,9 (0,8–1,1) | 242,8 | 201,6 | 283,9 |

Źródło: Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska”

nymi należy do obowiązków państwa⁷, konieczne jawi się przedstawienie rozwiązań prawnych umożliwiających stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób chorych psychicznie.

2. Regulacje prawne dotyczące funkcjonowania szpitali psychiatrycznych

„Leczenie moralne”, dokonywane w pewnych granicach konieczności, z zachowaniem ściśle określonych granic minimum egzystencji, odbywa się w instytucjach działających w obszarze pomocy społecznej, nierzadko określanymi mianem „instytucji totalnych” (*total institutions*)⁸. Chociaż „historia ewolucji zakładów dla obłąkanych to dzieje dobrych intencji prowadzących na manowce”⁹, nie sposób zrozumieć współczesnych rozwiązań prawnych bez ich historycznych korzeni.

Poglądy o opętaniu psychicznie chorych przez demony i zewnętrzne siły nadprzyrodzone, z którymi walczyć można jedynie za pomocą egzorcystów, astrologii, teologii i magii, ustąpiły stworzonym w głównej mierze przez greckich filozofów i myślicieli fundamentalnym tezom o konieczności leczenia chorych psychicznie przy użyciu racjonalnych i naukowych metod¹⁰. Nową kartę w historii leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi otworzyła koncepcja *self-restraint* (samopowściągnięcia się), w myśl której to przede

⁷ Zob. preambułę ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

⁸ Posługiwanie się terminologią *total institution*, zaproponowaną przez Ervinga Goffmana, wynika z przyjętego paradygmatu teoretycznego. Zob. E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach instytucji totalnych*, Sopot 2011, s. 319.

⁹ E. Shorter, *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, Warszawa 2005, s. 45.

¹⁰ Słynny psychiatra epoki Oświecenia Philippe Pinel opracował koncepcję zwaną *moral treatment*, w myśl której „chorzy psychicznie zasługują na leczenie, a skuteczna terapia wymaga uwolnienia ich z kajdan i okowów”. Zob. A. Miller, *Szpital psychiatryczny jako instytucja totalna – socjologiczne studium przypadku*, Warszawa 2013, s. 59.

wszystkim wola pacjenta, jego zdolność, determinacja i motywacja do zmiany własnego zachowania, swoista wewnętrzna przemiana miały stanowić podstawę kuracji. Spojrzenie na problematykę chorób psychicznych jako zespołów chorobowych przyczyniło się do zmiany strategii władz państwowych poprzez objęcie regulacjami natury prawnej zaburzeń umysłowych¹¹. Realizacja założeń nowego modelu miała nastąpić poprzez powołanie do życia i rozwój instytucji opieki zrównoważonej.

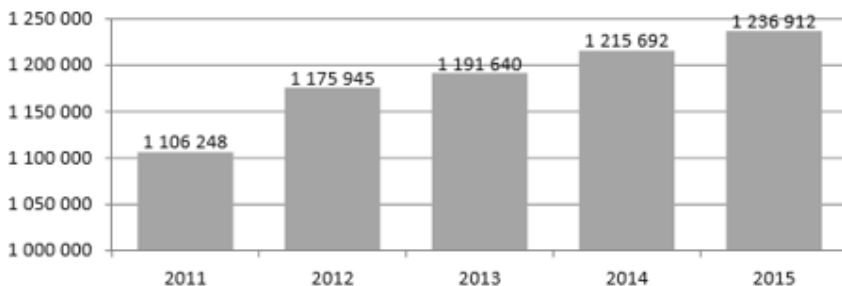
Obecnie funkcjonuje w Polsce tzw. tradycyjny model opieki psychiatrycznej, skonstruowany na podstawie zinstytucjonalizowanej opieki w szpitalach psychiatrycznych i poradniach. Podstawy prawne opieki zdrowotnej wykonywanej nad chorymi psychicznie stwarza ustawa o ochronie zdrowia psychicznego¹². Zgodnie z art. 5 u.o.z.p., opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicz-

¹¹ Wśród regulacji prawnych odnoszących się do osób z zaburzeniami psychicznymi wymienić należy: Rezolucję nr 2856 (XXVI) przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 20 grudnia 1971 r. pod nazwą Deklaracja Praw Osób Upośledzonych Umysłowo; Zalecenie nr 818 Rady Europy z dnia 8 października 1977 r. dotyczące sytuacji osób psychicznie chorych; Zalecenie nr R/823/2 Komitetu Rady Ministrów z dnia 22 lutego 1983 r. w sprawie ochrony prawnej osób cierpiących na zaburzenia psychiczne przymusowo umieszczanych w zakładach leczniczych; Deklarację hawańską sporządzoną w Wiedniu w dniu 10 lipca 1983 r.; Zasady ochrony psychicznie chorych i poprawy opieki psychiatrycznej, przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w formie uchwały w dniu 17 grudnia 1991 r. w Rio de Janeiro; Zalecenie Rady Europy nr 1235 z dnia 12 kwietnia 1994 r.; Konwencję o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z dnia 4 kwietnia 1997 r.; Powszechną Deklarację w sprawie Bioetyki i Praw Człowieka z dnia 19 października 2005 r.

¹² Wśród krajowych rozwiązań prawnych dotyczących regulacji statusu prawnego osób z zaburzeniami psychicznymi oraz hospitalizacji osób chorych psychicznie wymienić należy: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r. poz. 740), dalej: rozporządzenie z dnia 28 czerwca 2012 r.; rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 października 2012 r. w sprawie sprawowania kontroli przyjęcia i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej oraz sposobu jej dokumentowania (Dz. U. z 2012 r. poz. 1147), dalej: rozporządzenie z dnia 11 października 2012 r.

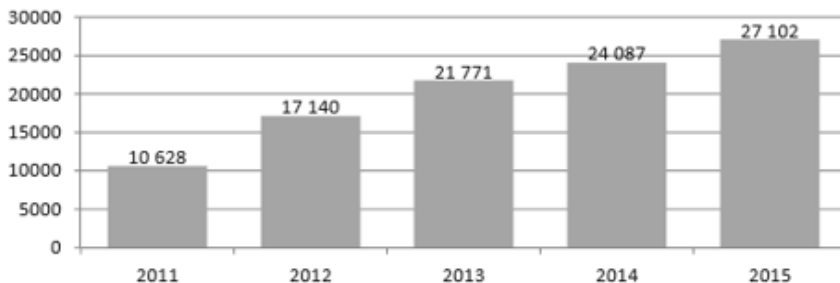
nymi wykonywana jest w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej.

Wykres 1. Liczba osób objętych opieką ambulatoryjną, dzienną w latach 2011–2015



Źródło: Dane NFZ.

Wykres 2. Liczba osób leczonych w zakresie leczenia środowiskowego w latach 2011–2015



Źródło: Dane NFZ.

Szeroka definicja pojęcia „szpital psychiatryczny” pozwala objąć nim różne typy instytucji, w tym oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych (oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, rehabilitacji psychicznej, oddziały psychiatrii sądowej), kliniki psychiatryczne, sanatoria dla osób z zaburzeniami psychicznymi czy

też inne zakłady lecznicze podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej¹³ sprawujące całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje (art. 3 pkt 2 u.o.z.p.).

Tabela 2. Opieka szpitalna dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi

| Rodzaj szpitala/zakładu | Lata | Oddziały/ placówki | Lokalizacja, uwagi |
|---|------|-----------------------|---|
| Szpitale psychiatryczne | 2010 | 325 | 2014: oddziały w 48 szpitalach, w 45 miejscowościach |
| | 2014 | 310 | |
| Szpitale ogólne (inne niż psychiatryczne) | 2010 | 120 | 2014: oddziały psychiatryczne w 105 szpitalach, w 90 miastach |
| | 2014 | 134 | |
| Zakłady opiekuńcze i pielęgnacyjne | 2010 | 58 | 21 zakładów to dawne oddziały szpitali psychiatrycznych |
| | 2014 | 58 | |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych GUS.

Ośrodki psychiatrycznej opieki pozaszpitalnej obejmują w szczególności oddziały dzienne, hostele, zespoły leczenia środowiskowego.

Tabela 3. Opieka pozaszpitalna dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi

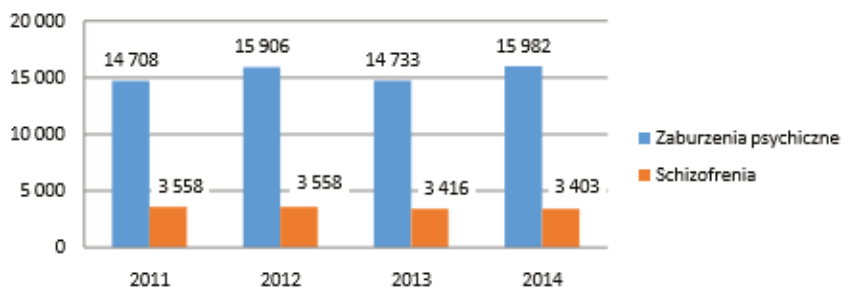
| Rodzaj | Lata | Oddziały/placówki | Lokalizacja, uwagi |
|---------------------------------|------|-------------------|---------------------------------------|
| Opieka dzienna | 2010 | 152 | 2014: w 164 zakładach, w 100 miastach |
| | 2014 | 221 | |
| Opieka ambulatoryjna | 2010 | 1135 | 2014: w 342 powiatach |
| | 2014 | 1232 | |
| Zespoły leczenia środowiskowego | 2010 | 48 | 2014: nie dotyczy |
| | 2014 | 132 | |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych GUS.

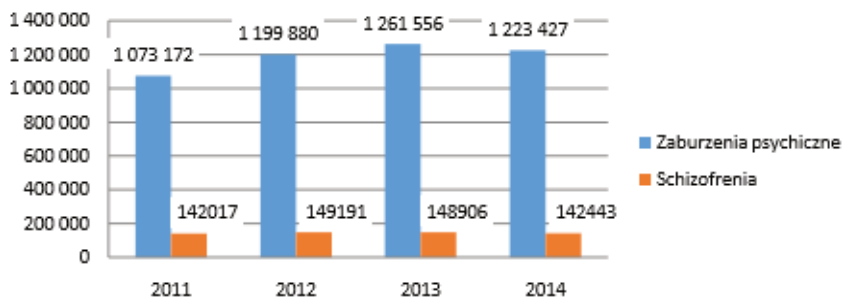
¹³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1948).

Poniżej graficzna prezentacja danych z tabeli 3.

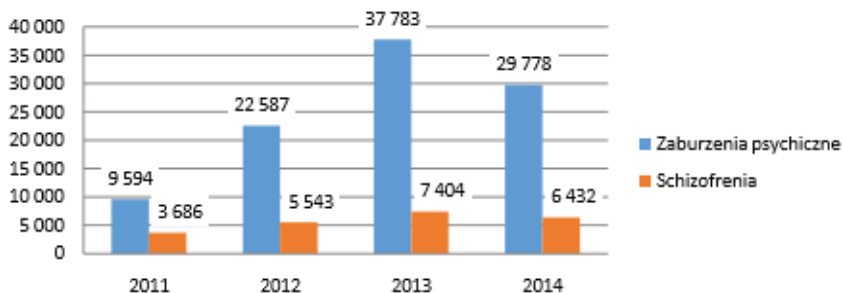
Oddziały dzienne



Opieka ambulatoryjna



Opieka środowiskowa



Źródło: Sprawozdanie zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

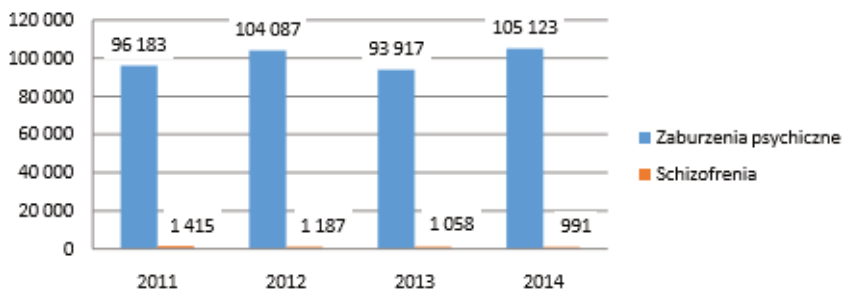
Tabela 4. Dzieci i młodzież z zaburzeniami psychicznymi leczeni w psychiatrycznej opiece szpitalnej i pozaszpitalnej w latach 2011–2014

| Formy opieki | Rok | | | |
|----------------------|--------|---------|--------|---------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Opieka ambulatoryjna | 96 183 | 104 087 | 93 917 | 105 123 |
| Oddziały dzienne | 2325 | 1835 | 2157 | 2399 |
| Oddziały całodobowe | 7697 | 7478 | 7184 | 7311 |
| Oddziały opiekuńcze | 67 | 81 | 74 | 73 |

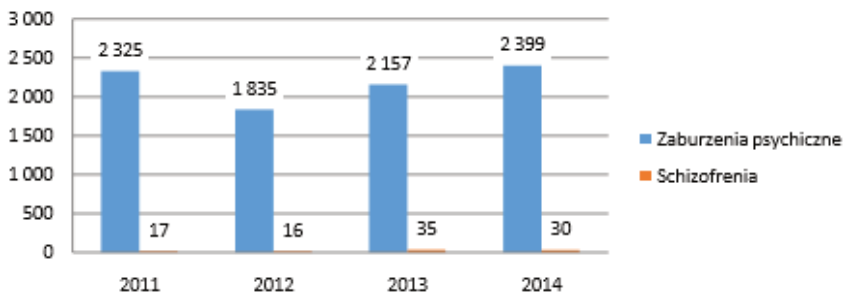
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych GUS.

Poniżej graficzna prezentacja danych z tabeli nr 4.

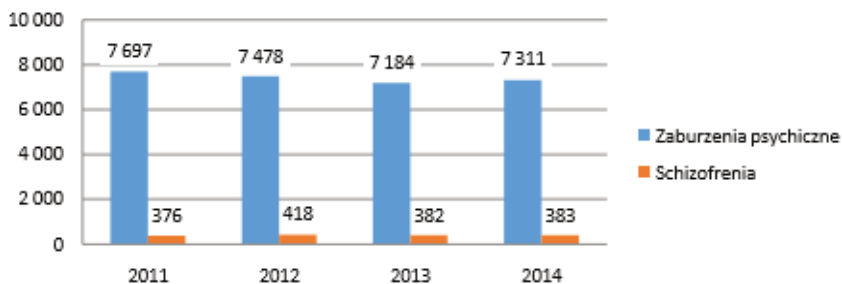
Opieka ambulatoryjna



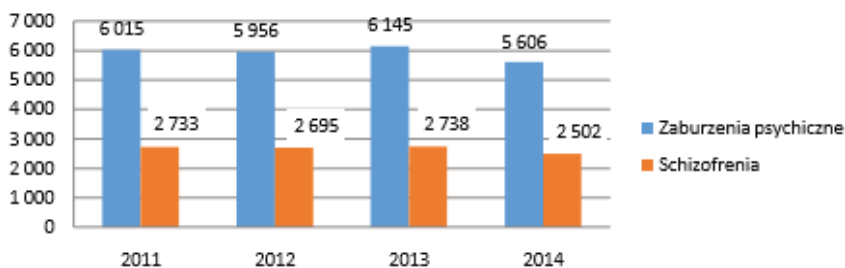
Oddziały dzienne



Oddziały całodobowe



Oddziały opiekuńcze



Źródło: Sprawozdanie zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do opracowania projektu Narodowego Programu ochrony Zdrowia Psychicznego.

Podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej tworzy i prowadzi samorząd województwa, zgodnie z potrzebami wynikającymi z liczby i struktury społecznej ludności województwa. Mowa tu o zadaniach z zakresu administracji rządowej (art. 6 ust. 1–3 u.o.z.p.)¹⁴.

¹⁴ Zgodnie z art. 2 ust. 1 u.o.z.p., ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności: 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym; 2) zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; 3) kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych po-

Udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej następuje w oparciu o umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierane przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia, stosownie do treści art. 132 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵.

Za świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielane osobom chorym psychicznie (wykazującym zaburzenia psychotyczne) oraz upośledzonym umysłowo, przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie pobiera się opłat (art. 10 ust. 1 u.o.z.p.).

3. Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

Twierdzenie, zgodnie z którym „lekarz nie może sobie arogować prawa zmuszenia pacjenta do poddania się określonemu działaniu wbrew jego woli, choćby zachowanie pacjenta było następstwem braku rozsądku lub lekkomyślności”¹⁶, zastąpione zostało przeświadczeniem o dopuszczalności ograniczenia w określonym stopniu niezależności jednostki poprzez zastosowanie wobec niej przymusu bezpośredniego. Przez lata wypracowywano w Polsce rozwiązania zgodne z duchem europejskich dyrektyw i międzynarodowych regulacji, przewidujące możliwość poddania osób procedurze medycznej zarówno w przypadku chorób psychicznych, jak również podejrzenia wystąpienia takich zaburzeń.

Obowiązująca ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, stanowiąca gwarancję realizacji zasad poszanowania praw i wolności

staw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

¹⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 1948.

¹⁶ Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2007.

obywatelskich, wyróżnia trzy sytuacje, w których zastosowanie przymusu bezpośredniego jest dozwolone prawem:

- 1) podejrzenie choroby psychicznej,
- 2) konieczność wykonania badania psychiatrycznego¹⁷,
- 3) przyjęcie do szpitala psychiatrycznego¹⁸.

Nie sposób nie wspomnieć również o wyraźnym upoważnieniu ustawowym do stosowania przymusu bezpośredniego w przypadku konieczności zapewnienia realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego¹⁹.

Dalsze rozważania wymagają ustalenia, co należy rozumieć pod pojęciem „przymus bezpośredni”. Enumeratywne wyliczenie form

¹⁷ Por. art. 21 ust. 1-3 u.o.z.p.

¹⁸ Osobne podstawy umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym albo innym odpowiednim zakładzie przewidywały przepisy prawa administracyjnego zawarte w instrukcji Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 1952 r. w sprawie przyjmowania i wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych (Dz. Urz. Ministra Zdrowia Nr 24, poz. 240). Instrukcja określała tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, wskazując obok „życzenia chorego”, „wniosku członka rodziny, przedstawiciela ustawowego bądź osoby sprawującej faktyczną opiekę nad chorym”, także sytuację, gdy „chory jest szczególnie niebezpieczny dla siebie albo otoczenia” lub „istnieje przypadek nagły, a zwłoka w przyjęciu mogłaby wpłynąć na znaczne pogorszenie stanu chorego”. Zgodnie z treścią dokumentu, którego moc obowiązującą potwierdziło obwieszczenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 czerwca 1984 r. (Dz. Urz. Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej Nr 8, poz. 45), umieszczenie chorego w szpitalu psychiatrycznym w celu leczenia lub obserwacji zależało wyłącznie od decyzji dyrektora szpitala lub upoważnionego lekarza na podstawie świadectwa lekarskiego. W nagłych wypadkach decyzja taka mogła być wydana na podstawie świadectwa wystawionego przez lekarza dyżurnego szpitala.

¹⁹ Zgodnie z art. 46 ust. 2b u.o.z.p., zapewnienie realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź osoby, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia, należy do marszałka województwa. Por. art. 46a Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w kształcie nadanym przez art. 1 pkt 21 Ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 6, poz. 19), który zastąpił dotychczasowy zwrot stanowiący o „doprowadzeniu przez Policję do publicznego zakładu opieki zdrowotnej w obecności lekarza lub pielęgniarki”.

dozwolonej ingerencji w sferę praw i wolności jednostki zawiera art. 3 pkt 6 u.o.z.p. Zgodnie z brzmieniem przepisu, pod zbiorczym określeniem „przymus bezpośredni”, bez wskazania środka przymusu bezpośredniego, wymienia się:

- a) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody,
- c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,
- d) izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Na użytek naukowej wartości publikacji decydującej o jej merytorycznej poprawności zasadne jawi się wskazanie, że przymus bezpośredni można stosować tylko w razie wystąpienia najcięższych naruszeń, gdy przepis ustawy o ochronie zdrowia psychicznego do tego upoważnia, to jest w sytuacjach, w których pacjenci:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
- 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznego opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej (art. 18 ust. 1 u.o.z.p.).

Chociaż ustawodawca ograniczył możliwość stosowania przymusu wobec osób chorych psychicznie do niezbędnego minimum, stwarzając jednocześnie dodatkową gwarancję prawidłowości ocen i decyzji lekarskich, ścisła kontrola przymusowego postępowania medycznego stanowi uzasadnione *ultima ratio*²⁰. Słuszność przyjęte-

²⁰ Por. L. Paprzycki, *Stosowanie przymusu w postępowaniu psychiatrycznym (w świetle obowiązującego prawa oraz projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 1993, nr 2, s. 314.

go rozwiązania jest tym większa, jeśli zważy się, że zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w art. 3 pkt 6 u.o.z.p.

W granicach określonych prawem o stosowaniu przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu, a jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarz (art. 18 ust. 2 u.o.z.p.). Do obowiązków lekarza należy niezwłoczne zatwierdzenie zastosowanego przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarzkę lub nakazanie zaprzestania jego stosowania (art. 18 ust. 4 u.o.z.p.).

Pomimo zachowania przy wyborze środka najmniej uciążliwego szczególnej ostrożności i dbałości o dobro chorego psychicznie, każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego wiąże się z obowiązkiem uprzedzenia o tym osoby, wobec której środek ma być podjęty (art. 18 ust. 8 u.o.z.p.). Godzi się podkreślić, że wszelkie przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej (por. art. 18 ust. 2 *in fine* u.o.z.p., § 12 rozporządzenia z dnia 28 czerwca 2012 r.), przy czym, jeśli zastosowanie przymusu bezpośredniego ma miejsce w szpitalu psychiatrycznym, informacja o jego zastosowaniu zamieszczana jest w historii choroby oraz w księdze raportów pielęgniarzskich, jeśli zaś zlecającym zastosowanie przymusu bezpośredniego jest lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej albo grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej – stosowną adnotację zamieszcza się w historii choroby lub historii zdrowia i choroby (§ 14 ust. 1 ww. rozporządzenia).

Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną oso-

bę, ocenia w terminie trzech dni kierownik tego podmiotu (jeżeli jest lekarzem) lub lekarz przez niego upoważniony. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę ocenia zaś – w terminie trzech dni – upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii (art. 18 ust. 10 pkt 1 i 2 u.o.z.p.). Przyjęte założenie niewątpliwie łączy skrajne rozwiązania legislacyjne wobec osób chorych psychicznie z dobrem interesu społecznego oraz postulatami sprawiedliwości społecznej, nadto uwzględnia realizowane przez instytucje totalne funkcje leczniczo-terapeutyczne.

Uznając, że ukształtowany model przymusu stanowi swoistą gwarancję zabezpieczenia przysługujących osobom z zaburzeniami psychicznymi uprawnień, przedłużanie czasu stosowania środków przymusu bezpośredniego²¹ nie podważa założeń racjonalności prawodawcy.

Prima vista przedłużanie przymusu bezpośredniego może budzić uzasadnione wątpliwości. Przyjęte w rozporządzeniu z dnia 28 czerwca 2012 r. ograniczenia stanowią pośrednie rozwiązania pomiędzy potrzebą zagwarantowania bezpieczeństwa innych osób a koniecznością uwzględnienia dobra chorego, w myśl zasady *salus aegroti suprema lex*.

Przenosząc rozważania na grunt § 4 ust. 1-6 wyżej wymienionego rozporządzenia, nadmienić należy, że zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie powinno trwać dłużej niż 4 godziny, jednakże lekarz – po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi – może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego na następne dwa okresy nie dłuższe niż sześciogodzinne. Przedłużenie stosowania przymusu na kolejne

²¹ Zgodnie z § 3 rozporządzenia z dnia 28 czerwca 2012 r. przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania. Nadużywanie przymusu może być kwalifikowane jako złamanie zakazu tortur lub poniżającego traktowania. Tak m.in. Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania lub karnania, Juan Mendez, w raporcie z lutego 2013 r., <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HR_Council/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf> [dostęp: 26.04.2016].

okresy nie dłuższe niż sześciogodzinne jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz uzyskaniu opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą. Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego, o którym mowa, lekarz ma obowiązek powiadomić ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).

Poddanie ścisłej regulacji prawnej form przymusu bezpośredniego nabiera szczególnego znaczenia w przypadku środków najbardziej represywnych, nierzadko związanych z użyciem siły fizycznej lub zastosowaniem unieruchomienia z użyciem pasów bądź uchwytów. Dostrzec bowiem należy, że naprzeciwko siły zinstytucjonalizowanego systemu realizującego zadania leczniczo-terapeutyczne stoi osoba o ograniczonych funkcjach intelektualnych, nierozpoznająca naganności swojego postępowania

Podsumowanie

Systemy i metody stosowania przymusu nie funkcjonują w próżni, lecz w realnych warunkach społeczno-kulturowych i cywilizacyjnych, które w wieloraki i intensywny sposób wpływają na ich powstanie, upowszechnienie i skuteczność²². Analizując warunki dopuszczalności stosowania przymusu bezpośredniego z moralno-społecznej perspektywy, przez pryzmat skuteczności i funkcjonalności prawa, z uwzględnieniem wpływu zmniejszania stopnia punitywizmu na rzecz zwiększania permisywizmu dla oceny moralnej skutków zachowań osób chorych psychicznie, trudno oprzeć się wrażeniu, że prawo medyczne obrało słuszny kierunek. Jakkolwiek nie sposób odmówić praktycznej doniosłości temu stwierdzeniu, brak jest wciąż wystarczających podstaw do zapew-

²² W. Jedlecka, *O metodzie socjologicznej w badaniu prawa*, s. 182, <http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/64498/11_Jedlecka_W_O_metodzie_socjologicznej_w_badaniu_prawa.pdf> [dostęp: 5.04.2017].

nienia poszanowania wolności osobistej osób z zaburzeniami psychicznymi.

Chociaż przyjęte przez ustawodawcę środki – dla jednych adekwatne, dla innych nie w pełni wystarczające do zamierzonych celów – zgodne są ze standardami państwa prawa, klauzulą interesu publicznego oraz międzynarodowym poziomem ochrony praw i wolności jednostki, nie chronią w sposób wystarczający osób z zaburzeniami psychicznymi przed arbitralnością w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego.

Działania legislacyjne²³ podjęte w związku z realizacją wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 października 2012 r. w sprawie *Kędzior przeciwko Polsce*²⁴ oraz 25 listopada 2014 r. w sprawie *K. C. przeciwko Polsce*²⁵, polegające m.in. na wprowadzeniu do u.o.z.p. przepisów normujących zasady stosowania przymusu bezpośredniego, monitorowania i raportowania przypadków jęgo użycia (zob. art. 18a-18f projektu ustawy)²⁶, a także na zmianie treści art. 3 pkt 6 lit. c u.o.z.p. w zakresie, w jakim przepis ten umożliwia stosowanie wobec osób chorych psychicznie unieruchomienia za pomocą „innych środków technicznych”²⁷, uznać należy za słuszne, nawet jeśli nie przyczyniają się do całkowitego rozwiązania omawianego problemu²⁸.

²³ Zob. rządowy projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw z dnia 27 września 2016 r. <<http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290405>> [dostęp: 2.11.2016].

²⁴ Skarga nr 45026/07.

²⁵ Skarga nr 31199/12.

²⁶ Projektowana zmiana stanowi w istocie przeniesienie na grunt ustawy regulacji zawartych obecnie w rozporządzeniu z dnia 28 czerwca 2012 r.

²⁷ Usunięcie tego nieprecyzyjnego zwrotu jawi się jako konieczne w świetle wyroku TK z 24 lipca 2013 r., Kp 1/13, w którym stwierdzono, że analogiczny przepis ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 1982 r. nr 35, poz. 230 z późn. zm.) jest niezgodny z art. 41 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP oraz zasadą poprawnej legislacji.

²⁸ Celem udoskonalenie systemu stosowania przymusu bezpośredniego postuluje się wprowadzenie do u.o.z.p. szczegółowych przepisów dotyczących stosowania przymusu wobec pacjentów poniżej 16. roku życia w związku z ich szczególną wrażliwością psychiczną.

Legal aspects of using direct coercion in psychiatric hospitals

Summary

This paper discusses major issues related to the application of coercive measures in psychiatric hospitals. The situations are presented when a physician is authorized to initiate compulsory medical procedure against persons posing threat for their own life or health, their immediate surroundings or common security – against their own will. Provisions of the Mental Health Act regarding the application of direct coercive measures within the limits of necessity are vital guarantee of respecting the rights and freedoms of an individual.