

ANNA GOLONKA

## **PROBLEMATYKA ZGODY NA LECZENIE WYRAŻONEJ PRZEZ OSOBĘ Z TZW. ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

### **Streszczenie**

*Przedmiotem opracowania jest zgoda pacjenta cierpiącego na zaburzenia psychiczne na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i poddanie się leczeniu. Rozważaniom został poddany zarówno sam charakter prawny zgody, która stanowi oświadczenie woli- w rozumieniu prawa cywilnego, jak i jej aspekt prawnokarny. Ten ostatni wiąże się z bardzo zbliżonymi znaczeniowo pojęciami, jakimi posługują się obydwie regulacje - tj. Kodeks karny oraz ustawa o zdrowiu psychicznym, a które - jak wskazuje ich analiza, nie zawsze rozumieją przez nie to samo. Problematyka dotycząca tych kwestii stanowi również punkt odniesienia do zagadnienia przyjęcia pacjenta do jednostki leczenia psychiatrycznego w warunkach zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego.*

### **I. Wstęp**

Zagadnieniu zgody pacjenta udzielonej w postępowaniu lekarskim poświęcono już wiele miejsca na łamach licznych publikacji, w tym w szczególności z zakresu prawa karnego<sup>1</sup>. W większości przypadków jej prawnokarna analiza wiązała się jednak z odpowiedzialnością lekarza za podjęcie leczenia, względnie wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody, albo nawet wbrew wyraźnej woli pacjenta<sup>2</sup>. Tym samym, tematyka dotychczas podnoszona w

---

<sup>1</sup> Por. np. M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991.

<sup>2</sup> Por. np. M. Filar, *Lekarskie prawo...*, *op. cit.*, s. 242-306; a także: A. Zoll, *Brak zgody pacjenta na zabieg (Uwagi na tle postanowienia SN z 27 października 2005 r., III CK 155/05)*, *Prawo i Medycyna* 2006, nr 4, s. 5-9;

fachowym piśmiennictwie sprowadzała się najczęściej do analizy odpowiednich przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>3</sup>, tudzież do wyeksponowania kwestii spornych, pojawiających się na tle przepisów zawartych w tej regulacji<sup>4</sup>. Dodatkowo obejmowały one również wykładnię znamion wybranych typów czynów zabronionych uregulowanych w Kodeksie karnym, w tym zwłaszcza przestępstwa określonego w art. 192 k.k., normującego występki przeprowadzenia zabiegu bez zgody pacjenta<sup>5</sup>. W niniejszym opracowaniu problematyka zgody pacjenta na leczenie zostanie ukazana z nieco innej perspektywy, a mianowicie przez pryzmat jej charakteru cywilnoprawnego. Ponadto zostanie ona zrelatywizowana do regulacji normujących jedynie fragment zagadnień odnoszących się do ochrony szeroko pojętego zdrowia, bowiem ograniczy się ona jedynie do kwestii związanych ze skutecznością jej wyrażenia przez osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi. To ostatnie sformułowanie nasuwa zaś pytanie o rodzaje zakłóceń, jakie będą się mieściły w pojęciu „zaburzeń psychicznych”. Pytanie to będzie o tyle uzasadnione, że zbliżoną nomenklaturą posługuje się również ustawodawca karny przy określeniu, kiedy- w świetle art. 31 § 1 k.k., zachodzi niepoczytalność sprawcy czynu zabronionego. W konsekwencji jednak rzutuje ono na sposób interpretacji przepisów k.k., regulujących stosowanie środków zabezpieczających, wśród których szczególne miejsce zajmuje skierowanie „zaburzonego” sprawcy na leczenie do szpitala psychiatrycznego.

## II. Podstawowe regulacje prawne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego

W polskim systemie prawnym zarówno ochrona zdrowia czy poszanowanie praw pacjenta, jak i prawo do zasadniczo nieskrępowanego decydowania o wyborze metody leczenia są zagwarantowane przepisami najwyższej rangi. Zgodnie z postanowieniami zawartymi w art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a władze

---

B. Kolasiński, *Samostanowienie pacjenta a odpowiedzialność karna lekarza* [w:] *Nauka wobec współczesnych zagadnień prawa karnego w Polsce. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Aleksandrowi Tobisowi*, red. B. Janiszewski, Poznań 2004, s. 109-122; M. Kondycka, S.M. Przyjemski, *Aspekt prawno-karny braku zgody pacjenta na zabieg medyczny*, *Wojskowy Przegląd Prawniczy* 2008, nr 2, s. 25-37; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna...*, *op. cit.*, s. 51-76.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity: Dz. U. Z 2011 r., Nr 277, poz. 1634, ze zm.).

<sup>4</sup> Por. np. K. Daszkiewicz, *Uchylenie odpowiedzialności karnej za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, *Palestra* 2002, nr 11-12, s. 31-44; M. Filar, *Postępowanie lecznicze (świadczanie zdrowotne) w stosunku do pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody*, *Prawo i Medycyna* 2003, nr 13, s. 41-48; P. Kardas, *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy a problem odpowiedzialności karnej lekarza za niewypelnienie obowiązku zapobiegania skutkowi*, *Przegląd Sądowy* 2005, nr 10, s. 55-84; J. Kulesza, *Brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy a obowiązek udzielania pomocy*, *Prawo i Medycyna* 2005, nr 2, s. 66-83; S. Rutkowski, *Zgoda na zabieg leczniczy w ujęciu art. 192 k.k.*, *Prokuratura i Prawo* 2000, nr 2, s. 15-30.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, ze zm.).

publiczne zapewniają każdemu obywatelowi równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych i to niezależnie od jego sytuacji materialnej<sup>6</sup>. Nadto, na mocy art. 41 ust. 1 Konstytucji, każdemu zapewnia się nietykalność i wolność osobistą, a ich pozbawienie lub ograniczenie może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonym ustawie. Swoistym doprecyzowaniem powyższych zapisów Konstytucji, w zakresie odnoszącym się już wprost do ochrony zdrowia psychicznego, są przepisy zawarte w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (dalej jako ustawa o.z.p.)<sup>7</sup>. Regulacja ta w Preambule nakazuje uznawać zdrowie psychiczne za fundamentalne dobro osobiste człowieka, a ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi powierza ona państwu, czyniąc z niej jeden z jego podstawowych obowiązków względem społeczeństwa. Analiza przepisów powołanej ustawy, tudzież kilku innych aktów normatywnych odnoszących do ochrony zdrowia psychicznego, pozwalają jednak na wysunięcie pewnych wniosków, które niekoniecznie pokrywają się z treścią powyższej deklaracji. Do jeszcze mniej optymistycznych konkluzji prowadzi jej konfrontacja z rzeczywistością, co ukazują m.in. kontrole prowadzone w zakładach leczenia psychiatrycznego. Wyniki inspekcji przeprowadzonej przez wrocławską delegaturę Najwyższej Izby Kontroli w placówkach leczenia psychiatrycznego w 2008 r. unaocniły braki, jakimi wykazywały się kontrolowane jednostki. W ocenie NIK nie został stworzony wystarczająco spójny system, gwarantujący kompleksową opiekę osobom z zaburzeniami psychicznymi, z powodu nie podejmowania przez uprawnione organy efektywnych działań, które by zmierzały do integracji i przywrócenia takich osób do funkcjonowania w „normalnym” społeczeństwie<sup>8</sup>. Badający sprawę kontrolerzy zgłosili zastrzeżenia zarówno pod adresem stanu technicznego obiektów, panujących w nich warunków sanitarnych, a nawet braków w podstawowym wyposażeniu specjalistycznym, jak i uchybień w prowadzeniu podstawowej dokumentacji medycznej<sup>9</sup>. Prawdziwą skalę nieprawidłowości w tym zakresie ujawniły dopiero wyniki kontroli przeprowadzonych w 34 jednostkach na terenie całego kraju. W 368 na 492 badanych przypadków w dokumentacji medycznej pacjentów przyjętych do szpitali psychiatrycznych za ich zgodą (czyli w 74,8% sprawach) nie odnotowywano w ogóle faktu udzielenia pacjentowi

---

<sup>6</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2.04.1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).

<sup>7</sup> Tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r., Nr 231, poz. 1375, ze zm.

<sup>8</sup> Por. *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej*, zaprezentowana przez Delegaturę Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu, koordynującą kontrole na temat: „Funkcjonowanie opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej”, Wrocław - marzec 2008 r., s. 3. Pełna wersja informacji jest dostępna na stronie internetowej NIK pod adresem: <http://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/kontrole,4112.html> [dostęp dnia 14.02.2013 r.].

<sup>9</sup> *Ibidem*.

informacji o jego stanie zdrowia, a także o proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych<sup>10</sup>. W dziewięciu wizytowanych szpitalach psychiatrycznych uwagi pokontrolne wykazały zaś nieprawidłowości dotyczące przyjmowania i leczenia pacjentów bez ich zgody. Jak dowiodły rezultaty kontroli, w 43 przypadkach (tj. w 10,2% badanych spraw) nie przestrzegano nawet obowiązku poinformowania pacjentów o przyczynach przymusowego przyjęcia do szpitala, a w 11 hospitolowanych szpitalach pacjentów nie zapoznawano z planowanym postępowaniem leczniczym<sup>11</sup>. Powyższe dane stanowią niezbity dowód tego, jak wybiórczo, a nierzadko wręcz machinalnie, stosowane są przepisy, które w założeniu mają przecież stanowić barierę przed łamaniem praw przyznanych osobom z zaburzeniami psychicznymi. Zatem już na wstępie wypada wyraźnie zaznaczyć, że charakter prawnej gwarancji praw osób cierpiących na zaburzenia psychiczne - to jedno, drugie zaś, to realne przestrzeganie przepisów.

Skuteczność zabezpieczenia praw przyznanych pacjentom psychiatrycznym, zależy przy tym w dużej mierze od znajomości przepisów, których egzekwowanie powierzono odpowiednim instytucjom i osobom w nich zatrudnionym. Wspomniana już ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r., chociaż stawia sobie za cel ochronę zdrowia psychicznego, to jednak uchyla się od definicyjnego ujmowania tego pojęcia. Jak słusznie zaznaczono w literaturze przedmiotu, termin „zdrowie psychiczne” ma charakter wybitnie wartościujący i jawi się on jako niejednoznaczny<sup>12</sup>. Takie stanowisko ustawodawcy, wbrew wyrażanym niekiedy poglądom krytycznym,<sup>13</sup> wydaje się być jednak działaniem przemyślanym i uzasadnionym, zważywszy chociażby tylko na bardzo szeroki zakres znaczeniowy tego pojęcia, a i nie mniejszą liczbę odnoszących się do niego definicji<sup>14</sup>. Nie przeszkadza to jednakże w wyprowadzeniu możliwie najbardziej klarownego wniosku, polegającego na uznaniu, że za pojęciem zdrowia psychicznego będzie się kryła po prostu prawidłowa konstrukcja psychiczna, której najlepszą definicją – na wzór niepoczytalności określonej w Kodeksie karnym, pozostanie definicja negatywna. Podobnie, jak w Kodeksie karnym nie sprecyzowano, co należy rozumieć pod pojęciem poczytalności, a każdy anormalny – w

---

<sup>10</sup> *Ibidem*, s. 31-32. Por. także wyniki postępowań kontrolnych prowadzonych przez wybrane Delegatury NIK, opublikowane jako: *Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym*, nr ewid. P/11/093. Dostępne na stronie: <http://www.nik.gov.pl/kontrolne/wyniki-kontroli-nik/kontrolne,9804.html> [dostęp dnia 14.02.2013 r.]

<sup>11</sup> *Ibidem*, s. 32-34.

<sup>12</sup> S. Dąbrowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Podstawowe informacje dla lekarzy*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995, s. 8.

<sup>13</sup> Por. J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, wydaw. LexisNexis, Warszawa 2006, s. 20.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

świecie opinii wydanej przez biegłych lekarzy psychiatrów<sup>15</sup>, stan, uznaje się za odbiegający od niej, tak i w ustawie o.z.p. dla interpretacji terminu odnoszącego się do zdrowia psychicznego, wystarczającym jest wskazanie na zaburzenia psychiczne, które to zdrowie naruszają<sup>16</sup>.

Ustawa o.z.p., pomimo iż nie określa w sposób pozytywny, czym jest samo zdrowie psychiczne, to jednak sporo miejsca poświęca ona aspektom związanym z poszanowaniem praw osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Ochronie tych praw mają służyć tak normy o charakterze materialnoprawnym, jak i procesowym. Te pierwsze stwarzają dodatkowo podstawy do ich ujęcia w kategorii pewnych zasad, stanowiących wyznacznik postępowania personelu medycznego z chorym pacjentem od momentu pierwszego z nim kontaktu, aż po ewentualne zakończenie procesu świadczenia opieki zdrowotnej. Do najważniejszych z nich należą: zasada zgody, zasada najmniejszej uciążliwości w stosowaniu środków leczniczych, zasada swobody komunikacji i kontaktów lekarz – pacjent, zasada szczególnych gwarancji procesowych oraz zasada ochrony tajemnicy<sup>17</sup>. Spośród wymienionych, najbardziej doniosłe znaczenie wydaje się mieć zasada zgody, a kwestia z nią związana wydaje się być godna podkreślenia z uwagi na samą jej naturę prawną.

### **III. Problematyka zgody wyrażonej przez osobę z zaburzeniami psychicznymi**

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w art. 3 pkt. 4) definiuje – na potrzeby jej stosowania, pojęcie „zgody”. Stosownie do tego przepisu, „zgoda” w rozumieniu powołanej ustawy, oznacza swobodnie wyrażoną zgodę przez osobę z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od faktycznego stanu jej zdrowia psychicznego, jest zdolna do rzeczywistego zrozumienia przekazywanej jej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych, a także o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania. Z powyższego wynika, że prawo do nieskrępowanego wyrażenia zgody przez osobę z zaburzeniami psychicznymi zostało ograniczone do pewnych kwestii, wymienionych

---

<sup>15</sup> Więcej na ten temat- por. np. L.K. Paprzycki, *Prawna problematyka opiniowania psychiatryczno-psychologicznego w postępowaniu karnym oraz w zakresie ochrony zdrowia psychicznego*, wydaw. Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 2006, s.133-152, a także: *idem*, *Kryteria oceny opinii biegłego psychiatry i psychologa w postępowaniu karnym*, Palestra 1999, z. 11, s. 6-8.

<sup>16</sup> W piśmiennictwie zdarza się także spotykać określenie: stan psychiczny, jako pojęcia szerszego od terminu zdrowie psychiczne, por. E. Habzda-Siwiek, *Diagnoza stanu psychicznego sprawcy a rozstrzygnięcia w procesie karnym*, Kraków 2002, s. 14-15.

<sup>17</sup> Por. S. Dąbrowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego...*, *op. cit.*, s. 15.

taksatywnie w ustawie o.z.p. Na tle tego rozwiązania pojawia się jednak pytanie o charakter prawny zgody i jej ważność z punktu widzenia ogólnych przepisów prawa?

Nie ulega wątpliwości, że zgoda, o której mowa w art. 3 pkt. 4) ustawy o.z.p. będzie oświadczeniem woli w rozumieniu prawa cywilnego. Kodeks cywilny w art. 82 k.c. stanowi natomiast wyraźnie, że nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych. Pozostaje zatem do rozważania wzajemny stosunek obydwu przepisów normujących problematykę zgody ujmowanej jako oświadczenie woli i wyrażonej przez osobę dotkniętą zaburzeniami psychicznymi. Wydaje się, że w oparciu o konstrukcję specjalności, kolizję przepisów należałoby usunąć przyznając w takim wypadku pierwszeństwo stosowania przepisom ustawy o.z.p. Za taką interpretacją może dodatkowo przemawiać okoliczność, że przyznanie prawa do swobodnego wyrażania zgody osobom objętym zakresem podmiotowym wspomnianej ustawy stanowi wyraz poszanowania ich praw, które w przeciwnym wypadku nabrałyby jedynie iluzorycznego charakteru<sup>18</sup>. W literaturze zasadnie podkreślano również, iż: „Ustawodawca w ten sposób statuuje podmiotowość osób z zaburzeniami psychicznymi w sposób niezależny od zdolności do czynności prawnych w rozumieniu k.c.”<sup>19</sup>. Ponadto zgoda na przyjęcie do jednostki leczenia psychiatrycznego zasadniczo powinna być wyrażona przez przyszłego pacjenta na piśmie, a przyjęcia do niej dokonuje się na podstawie ważnego skierowania, wydanego po uprzednim osobistym zbadaniu takiej osoby przez wyznaczonego do tej czynności lekarza (por. art. 22 ust. 1 ustawy o.z.p.). Przesłanki te wzmacniają prawo pacjenta cierpiącego na zaburzenia psychiczne do ważnego i skutecznego złożenia oświadczenia woli w zakresie objętym przepisami ustawy o.z.p. Zarazem jednak wymóg odnoszący się do szczególnej formy, w jakiej ma zostać wyrażona zgoda przez pacjenta cierpiącego na zaburzenia psychiczne na objęcie go opieką medyczną przewidzianą w ustawie o.z.p. rodzi dalsze pytanie o jej stosunek do bardziej ogólnie ujętej zgody, o której mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej jako ustawa z.l.l.d.)?<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> *Ibidem*, s. 64.

<sup>19</sup> T. Cysek, Ł. Korózs, *Funkcjonowanie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Monitor Prawniczy 1997, nr 3, s. 97.

<sup>20</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634, ze zm.)

Przepis ten uprawnia lekarza mającego przeprowadzić zabieg leczniczy do odebrania od pacjenta zgody, która – w sytuacji, gdy jest on osobą pełnoletnią i poczytalną<sup>21</sup>, może mieć formę ustną, albo nawet zostać wyrażona „poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym” (art. 32 ust. 7 ustawy z.l.l.d.). Zapis taki prowadzi do wniosku, że w przedmiocie formy prawnej niezbędnej do skutecznego wyrażenia zgody przez osobę z zaburzeniami psychicznymi na jej przyjęcie do placówki leczenia zdrowia psychicznego i poddanie w niej leczeniu, ustawa o.z.p. stanowi *lex specialis* względem ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ta ostatnia zastrzega jednakże wyraźnie, że w przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, zgodę na poddanie się czynnościom medycznym wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby (art. 32 ust. 4 ustawy z.l.l.d.)<sup>22</sup>. To zaś nasuwa kolejną wątpliwość dotyczącą prawa osoby z zaburzeniami psychicznymi, która przy tym została całkowicie ubezwłasnowolniona z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego, albo innego zakłócenia czynności psychicznych, do wyrażenia zgody na czynności medyczne przewidziane w ustawie o.z.p.? Czy osoba taka może ją samodzielnie wyrazić, czy też należałoby uzyskać również akceptację ze strony jej przedstawiciela ustawowego? Wypada uznać, że jeżeli zgoda na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i poddanie się leczeniu psychiatrycznemu zostanie wyrażona przez osobę, która została ubezwłasnowolniona z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego, albo innego zakłócenia czynności psychicznych, to oceny prawnej skuteczności jej oświadczenia woli w tym względzie należy dokonywać z uwzględnieniem art. 3 pkt. 4 ustawy o.z.p. Tym samym powinna ona zostać uzależniona od tego, czy – w opinii lekarza specjalisty przyjmującego pacjenta na leczenie psychiatryczne, osoba taka, mimo zaburzenia psychicznego, na które cierpi i z powodu którego została ubezwłasnowolniona, jest zdolna do zrozumienia przekazywanej jej w przystępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, o jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania. Koreluje to z postanowieniami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która nawet w odniesieniu do pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego (oprócz zgody jej przedstawiciela ustawowego) nakazuje *expressis verbis* uzyskanie także jego zgody, o ile „osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania” (art. 32 ust. 4 *in fine* ustawy z.l.l.d.). W wypadku,

---

<sup>21</sup> T. Dukiet-Nagórska, *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polski*, Prawo i Medycyna 2000, z. 6-7, s.87

<sup>22</sup> *Ibidem*, s. 90-93, a także: J. Kulesza, *Brak zgody pacjenta...*, *op. cit.*, s. 73-83.

gdyby zgodzie na poddanie leczeniu psychiatrycznemu, wyrażonej przez całkowicie ubezwłasnowolnionego pacjenta, towarzyszył brak akceptacji ze strony jej przedstawiciela ustawowego na leczenie, to zasadnym wydaje się zwrócenie się przez lekarza, który ma podejmować stosowne czynności medyczne z wnioskiem do sądu opiekuńczego o wyrażenie zgody zastępczej.

W świetle przepisów ustawy o.z.p. (art. 23 tej ustawy) istnieje również możliwość przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez wymaganej zgody. Sytuację taką należy jednak traktować jako wyjątek od reguły, który będzie dopuszczalny tylko wówczas, gdy osoba cierpiąca na zaburzenia psychiczne dopuszcza się zamachu na życie, albo zdrowie własne lub innych osób, zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu lub poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej (*argumentum ad art. 18 ustawy o.z.p.*). Prawdopodobnie z tego powodu, ustawodawca zdecydował się na ograniczenie stosowania przepisu zezwalającego na przyjęcie pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez uzyskania od niego uprzednio zgody na leczenie, jedynie do osób chorych psychicznie, a nie do osób z szeroko pojętymi zaburzeniami psychicznymi<sup>23</sup>. W takim wypadku o przyjęciu do szpitala decyduje wyznaczony lekarz po zbadaniu chorego i w miarę możliwości po wcześniejszym zasięgnięciu opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa<sup>24</sup>. Swoistą „namiastką” akceptacji na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w takiej sytuacji pozostaje konieczność wyjaśnienia choremu przez lekarza przyczyny, dla której zostaje on przyjęty do szpitala psychiatrycznego na warunkach leczenia przymusowego oraz poinformowania go o przysługujących mu prawach<sup>25</sup>. Wydaje się, że – zważywszy na zaprezentowane powyżej wyniki kontroli dokumentacji medycznej, ten aspekt leczenia pacjenta powinien być szczególnie restrykcyjnie potraktowany, a jego przestrzeganie powinno być przedmiotem wnikliwej analizy uprawnionych organów<sup>26</sup>. Warto odnotować, że powody zastosowania

---

<sup>23</sup> Za wąskim rozumieniem przymusu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym, ograniczonym tylko do osób chorych psychicznie opowiada się także S. Dąbrowski. Por. S. Dąbrowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego...*, *op. cit.*, s. 19, a także *idem*: (w.): S. Dąbrowski, W.A. Brodniak, S. Welbel, *Ocena przestrzegania przepisów o zgodzie na leczenie w szpitalu psychiatrycznym*, *Psychiatria Polska* 2005, nr 1, s. 140 i n. Por. także: L.K. Paprzycki, *Stosowanie przymusu w postępowaniu psychiatrycznym (w świetle obowiązującego prawa oraz projektu ustawy o zdrowiu psychicznym)*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1993, t. 2, nr 3, s. 311-316.

<sup>24</sup> L.K. Paprzycki, *Ustawa o zdrowiu psychicznym. Wprowadzenie*, Kraków 1996, s.47-49.

<sup>25</sup> Por. J. Morasiewicz, *Kompetencja do wyrażenia zgody na przyjęcie i pobyt w szpitalu a kompetencja do wyrażenia zgody na leczenie*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000, nr 9, s. 102 i n.

<sup>26</sup> Kontrolę legalności przyjmowania i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych lub domach pomocy społecznej, a także warunków, w jakich osoby te w nich przebywają,



przymusu bezpośredniego w pierwotnym brzmieniu ustawy o.z.p. zostały unormowane w sposób dużo mniej precyzyjny. Okoliczności uzasadniające jego zastosowanie obejmowały nie tylko zamach na życie albo zdrowie własne, albo innej osoby, zamach na bezpieczeństwo powszechne oraz niszczenie lub uszkodzenie (w sposób gwałtowny) przedmiotów znajdujących się w otoczeniu chorego, ale również – w miejsce przyjętego obecnie powodu, jakim jest zakłócanie funkcjonowania zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej przez taką osobę, zastosowanie przymusu uzasadniał każdy wypadek, w którym przepis ustawy o.z.p. do tego upoważniał. Zapis taki, jako wyjątkowo nieściśły, rodził poważne wątpliwości dotyczące możliwości przymusowego hospitalizowania także w przypadkach innych, niż wskazane w art. 18 ustawy o.z.p. W literaturze podnoszono jednak, że ze względów gwarancyjnych rozwiązanie takie nie powinno zostać zaakceptowane<sup>27</sup> Oczywiście jest, że również w obecnym stanie prawnym pogląd ten zachowuje swoją aktualność z tym jednak, że zmiana art. 18 ustawy o.z.p. dokonana za sprawą noweli do ustawy o.z.p. z dnia 1 lipca 2005 r. znacznie ograniczyła jego praktyczny wymiar<sup>28</sup>. W obecnym stanie prawnym nie do przecoczenia pozostaje również wyraźne uprawnienie do stosowania przymusu bezpośredniego w wypadku, gdy taka potrzeba zaistnieje przy wykonywaniu postanowienia sądowego o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego<sup>29</sup>. Najbardziej doniosłą wydaje się być jednak zmiana art. 18 ustawy o.z.p., przeprowadzona ustawą nowelizującą z dnia 11 lutego 2011 r.<sup>30</sup> Za jej sprawą nadano rangę ustawową przepisom określającym, na czym polega stosowanie przymusu bezpośredniego. Zgodnie z ust. 6 tego artykułu, sprowadza się ono zasadniczo do przytrzymania, przymusowego podania leków, unieruchomienia lub izolacji, z zastrzeżeniem, że wobec osoby, która poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie może on polegać na jej unieruchomieniu czy izolacji. Wzmocnieniu praw „przymusowego pacjenta” służy dodatkowo gwarancja stosowania przymusu bezpośredniego „nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy

---

sprawuje sędzia „obeznany z problematyką ochrony zdrowia psychicznego”, wyznaczony przez Prezesa tego Sądu Okręgowego, w którego okręgu znajduje się zakład (por. § 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 lutego 1995 r. w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej (Dz. U. Nr 23, poz. 128).

<sup>27</sup> A. Ciecierska, D. Gajdus, *Ochrona zdrowia psychicznego*, Kontrola Państwowa 1998, nr 1, s.69.

<sup>28</sup> Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 141, poz. 1183).

<sup>29</sup> Por. art. 46a ustawy o.z.p. w kształcie nadanym mu przez art. 1 pkt. 21 ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 6, poz. 19), który zastąpił dotychczasowy zwrot stanowiący o „doprowadzeniu przez Policję do publicznego zakładu opieki zdrowotnej w obecności lekarza lub pielęgniarki”.

<sup>30</sup> Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 6, poz. 19)

lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego”. Aktualnym pozostaje także obowiązek uprzedzenia osoby, wobec której ma zostać użyty taki przymus o jego zamierzonym zastosowaniu. Zaakcentowano również *expressis verbis* zasadę stosowania środka możliwie najmniej dotkliwego dla chorego i powinności zachowania przy tym szczególnej ostrożności i dbałości o jego dobro (ust. 8 art. 18 ustawy o.z.p.). Każdorazowo oceniana jest także zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego. W sytuacji, gdy decyzję w tej sprawie podjął lekarz zakładu opieki zdrowotnej, do wydania oceny uprawniony jest kierownik tego zakładu (jeżeli sam jest lekarzem, a w przeciwnym wypadku – upoważniony przez niego lekarz), natomiast, gdy decyzję o zastosowaniu środka wydał inny lekarz, pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub osoba kierująca akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, ocena należy do upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalisty z zakresu psychiatrii, który na jej wydanie ma 3 dni. W bardziej szczegółowy sposób materię związaną z warunkami i trybem poddawania chorego przymusowi bezpośredniemu, polegającemu na przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu i izolacji, reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r.<sup>31</sup> Przewiduje ono m.in., że przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym, w domu pomocy społecznej oraz w innych, doraźnych sytuacjach może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności. Szkolenie pracowników w zakresie stosowania takiego przymusu organizuje zaś kierownik danej jednostki, w której może dojść do potrzeby jego zastosowania<sup>32</sup>.

Ograniczenie przymusowego (tj. bez potrzeby uzyskania zgody pacjenta) przyjęcia do szpitala psychiatrycznego nasuwa dalsze spostrzeżenie, dotyczące możliwości objęcia opieką zdrowotną osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, które popełniają czyn zabroniony znajdując się w stanie wyłączającym zdolność rozpoznania znaczenia podejmowanego zachowania, a w konsekwencji najczęściej również w stanie wyłączającym zdolność adekwatnego do niego pokierowania swoim postępowaniem. Sprowadzają się one do potrzeby ustalenia, w jakiej wzajemnej relacji pozostają przepisu ustawy o.z.p. regulujące problematykę przymusowego leczenia oraz art. 93 i 94 k.k., w których zostały określone warunki, na jakich stosuje się środek zabezpieczający polegający na umieszczeniu

---

<sup>31</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514).

<sup>32</sup> Por. § 17 rozporządzenia.

niepoczytalnego sprawcy czynu zabronionego w zamkniętym zakładzie leczenia psychiatrycznego? Nie podlega chyba dyskusji, że również w tym drugim wypadku od „pacjenta” nie wymaga się zgody na poddanie go leczeniu. W takiej sytuacji przepisów ustawy o.z.p. nie należy jednak odczytywać jako *lege speciales* w stosunku do ogólnego unormowania, jakim miałyby być regulacja zawarta w k.k.<sup>33</sup> Zastosowanie środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 k.k. (podobnie zresztą, jak i pozostałych określonych w rozdziale X k.k.) jest bowiem zdeterminowane nie tylko popełnieniem przez sprawcę znajdującego się w czasie popełniania czynu zabronionego stanie niepoczytalności, o której mowa w art. 31 § 1 k.k., ale również ograniczone koniecznością występowania dalszych przesłanek wskazanych w art. 94 k.k. i przepisie go poprzedzającym takich, jak m.in. znaczna społeczna szkodliwość popełnionego czynu, poważne niebezpieczeństwo dla porządku prawnego, jakie swoim zachowaniem wywołuje sprawca oraz wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia takiego czynu w przyszłości. Stąd też w pełni uzasadnionym jest stanowisko, wedle którego: „Dla tych przypadków, w których nie można mówić o >>wysokim prawdopodobieństwie<<, a wskazane jest leczenie sprawcy z uwagi na zalecenia lekarskie lub interes społeczny, zgodnie z *ultima ratio* prawa karnego, przewiduje się odpowiednie zakłady wskazane przez ustawę o ochronie zdrowia psychicznego”<sup>34</sup>.

Inną sprawą pozostają problemy, jakie w praktyce może stwarzać potrzeba ustalenia przez sąd, czy *in concreto* zachodzą podstawy do przyjęcia zgody w trybie nagłym, czyli w przypadku braku możliwości uzyskania pisemnej akceptacji pacjenta na warunki udzielanej pomocy lekarskiej, czyli zazwyczaj jeszcze przed zgłoszeniem się tej osoby do szpitala psychiatrycznego. Zwraca na to uwagę Sąd Najwyższy. W postanowieniu z dnia 14 lutego 1996 r. sąd ten wyraźnie zaakcentował dominującą rolę, jaką w takich sytuacjach odgrywa opinia biegłych, a nadto zaznaczył, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego z pominięciem zgody jest dopuszczalne tylko na warunkach i w trybie określonym w art. 23 ust. 1 ustawy o.z.p.<sup>35</sup> Co więcej, podkreślił on, że zagrożenie, o którym mowa w tym przepisie musi być

---

<sup>33</sup> W tej sprawie por. np. postanowienie Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 9 sierpnia 2007 r., w którym Sąd ten uznał, że w przypadku stosowania tymczasowego aresztowania wobec oskarżonego, u którego biegli w wyniku badania połączonego z obserwacją stwierdzili chorobę psychiczną uniemożliwiającą mu udział w toczącym się postępowaniu, art. 260 k.p.k. jest wystarczającą podstawą do umieszczenia oskarżonego w szpitalu psychiatrycznym celem podjęcia leczenia i nie stosuje się wówczas przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego postanowienie. Postanowienie Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 9 sierpnia 2007 r., sygn. akt II AKz 402/2007, *Krakowskie Zeszyty Sądowe* 2007, z.12, poz. 75.

<sup>34</sup> Z. Cwiąkański [w:] G. Bogdan, Z. Cwiąkański, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Szewczyk, W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Komentarz. Część ogólna. Tom I – komentarz do art.1-116 k.k.*, wyd.4, wydaw. Zakamycze, Kraków 2007, s. 1062-1063.

<sup>35</sup> Por. uzasadnienie do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 1996 r., sygn. akt II CR 201/95 (nie publik), *Lex* nr 24925, *Prokuratura i Prawo (dodatek)* 1996, nr 6, s. 35.

realne i bezpośrednie, co oznacza, że hospitalizacja ma zapobiec zdarzeniu, które jeszcze nie nastąpiło, a którego prawdopodobieństwo wystąpienia jest stosunkowo wysokie<sup>36</sup>. Do przyjęcia, że zachowanie stwarza bezpośrednie zagrożenie dla życia osoby chorej psychicznie, bądź życia czy zdrowia innych osób, nie wystarcza samo stwierdzenie, że zachowanie takie jest uciążliwe dla otoczenia, jeżeli nie pociąga ona za sobą uzasadnionej obawy o naruszenie konkretnych dóbr prawnych<sup>37</sup>.

#### **IV. Zakres ochrony prawnej przyznanej osobom z zaburzeniami psychicznymi**

Wyjątkowo dyskusyjną kwestią pozostaje również zakres podmiotowy ochrony prawnej przyznanej osobom z zaburzeniami psychicznymi. W świetle art. 3 pkt. 1 ustawy o.z.p. za osoby z takimi zaburzeniami należy uznawać osoby chore psychicznie (tj. dotknięte zaburzeniami psychotycznymi)<sup>38</sup>, osoby upośledzone umysłowo, jak również osoby wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, z zastrzeżeniem jednakże, iż osoba nimi dotknięta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym. Zapis przyjęty w ustawie o.z.p. pozwala zatem na wyróżnienie trzech różnych kategorii podmiotów objętych ustawą o.z.p., co częściowo koreluje z treścią art. 31 § 1 k.k. Ten ostatni przepis, określający niepoczytalność sprawcy czynu zabronionego, bazuje na dwóch podstawowych metodach analitycznego ujmowania niepoczytalności<sup>39</sup>. W literaturze przedmiotu przyjmuje się zatem jednomyślnie, że w prawnokarnym ujęciu niepoczytalności można wyróżnić tzw. racje psychiatryczne, inaczej – biologiczne oraz psychologiczne<sup>40</sup>. Racją psychiatryczną są stany prowadzące do zniesienia poczytalności sprawcy czynu zabronionego, którymi – z mocy ustawy, są: choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe oraz tzw. „inne zakłócenia czynności psychicznych”. Natomiast następstwa psychologiczne sprowadzają się do spowodowanego tymi przyczynami

---

<sup>36</sup> Na temat szerokiego sposobu ujęcia tego zwrotu - por. L.K. Paprzycki, *Ochrona praw człowieka w świetle projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (część II)*, Palestra 1993, z. 11, s.22-23.

<sup>37</sup> *Ibidem*.

<sup>38</sup> Zaburzenia psychotyczne to zaburzenia, w których występują objawy psychotyczne, a więc omamy, urojenia, zaburzenia świadomości, znaczne zaburzenia nastroju itp. Natomiast zaburzenia niepsychotyczne to m. in. zaburzenia nerwicowe, większość zespołów organicznych, upośledzenie umysłowe, zaburzenia osobowości)- Por. *Encyklopedyczny słownik psychiatrii* pod red. L. Korzeniowskiego i S. Pużyńskiego, wyd. III, Warszawa 1989, s. 614.

<sup>39</sup> W. Wolter, *Prawo karne. Zarys wykładu systematycznego. Część I- ustawa karna i przestępstwo*, nakład Gebethnera i Wolffa, Warszawa 1947, s. 276.

<sup>40</sup> Taki sposób uregulowania niepoczytalności w polskim prawie karnym funkcjonował już od czasu pierwszej kodyfikacji karnej- tj. k.k. z 1932 r. - por. J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, Lwów 1932, s. 32.

braku zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem. O ile przy tym nie stwarza większych problemów – przynajmniej z teoretycznego punktu widzenia, zdefiniowanie w oparciu o fachową literaturę pojęcia choroby psychicznej czy upośledzenia umysłowego<sup>41</sup>, o tyle istota trzeciej z wymienionych kategorii stanów – tj. „innych zakłóceń czynności psychicznych”, jest już bardziej sporna. Dodatkowe problemy pojawiają się natomiast ze sposobem jej rozumienia, jeżeli zważyć na tekst art. 3 pkt. 1 ustawy o.z.p. Ustawa o.z.p. wymaga bowiem, aby były to zakłócenia, „które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych”, a nadto, aby osoba nimi dotknięta wymagała świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy czy opieki. W takim ujęciu do tej kategorii należałoby więc zaliczyć zaburzenia niepsychotyczne (wyłączywszy upośledzenie umysłowe) takie, jak np. zaburzenia organiczne osobowości (w praktyce sądowo-orzeczniczej najczęściej określane szerokim, i nie do końca precyzyjnym, pojęciem – zespołów psychoorganicznych<sup>42</sup>), stany zależności alkoholowej i od innych substancji odurzających, zaburzenia nerwicowe<sup>43</sup>. Zmiany (uszkodzenia) struktur mózgu, spowodowane doznanyymi urazami, albo procesami chorobowymi takimi, jak.: zawały, krwawienia, zapalenia czy guzy mózgu, mogą prowadzić np. zaburzeń orientacji w czasie, utraty autobiograficznych informacji; powodować sugestywne i rozbudowane konfabulacje, a także niepamięć wsteczną w zakresie materiału werbalnego oraz wzrokowego<sup>44</sup>. Zawężenia odnoszącego się do konieczności korzystania przez sprawcę popełniającego czyn zabroniony w stanie „innego zakłócenia czynności psychicznej” z form opieki zdrowotnej lub pomocy innych osób, nie zawiera natomiast k.k. Być może z tego względu w literaturze prawnokarnej można spotkać się z postulatem szerokiej interpretacji znamienia takich zakłóceń i objęcie jego znaczeniem również takich zaburzeń: „(...) u podstaw których nie leżą defekty wrodzone ani procesy chorobowe, lecz które są wynikiem z reguły krótkich i przemijających reakcji organizmu na określone bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne (np. zatrucie alkoholem, lekami, truciznami,

---

<sup>41</sup> Por. np. J. Heitzman, *Psychiatria sądowa i orzecznictwo* [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, pod red. A. Bilikiewicza, wyd. III, PZWL, Warszawa 2009, s. 648-649, podobnie: T. Wierzbiński, *Podstawowe wiadomości z psychiatrii sądowej* [w:] *Podstawy psychiatrii. Podręcznik dla studentów pod redakcją M. Jarosza*, wyd. V, PZWL, Warszawa 1988, s. 379-380.

<sup>42</sup> Na ten temat - por. L. Wdowiak, *Ważniejsze wiadomości z psychiatrii sądowej* [w:] *Psychiatria kliniczna*, pod red. T. Bilikiewicza, PZWL, Warszawa 1973, s. 750.

<sup>43</sup> S. Pużyński [w:] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii* pod red. L. Korzeniowskiego i S. Pużyńskiego, wyd. III, Warszawa 1986, s. 614.

<sup>44</sup> A. Cieślak, T. Grzywa, M. Janas-Kozik, K. Jena, M. Kania, A. Klasik, I. Krupka-Matuszczyk (red.), K. Krysta, M. Krzystanek, K. Kucia, M. Matuszczyk (red.), S. Niezgoda, Z. Pilarz, Z. Podbielski, M. Twardowska, W. Twardowski, A. Wilk, *Psychiatria- podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2007, s. 83.

silne afekty, menstruacja, ciąża, poród, pokwitanie i przekwitanie, hipnoza itp.)<sup>45</sup>. Dobitnie akcentuje się jednocześnie przemijający, najczęściej wręcz „chwilowy” charakter „innych zakłóceń czynności psychicznych”<sup>46</sup>. Przy takim podejściu do tej kategorii stanów należałoby zatem zaliczyć nie tylko stany patologiczne, ale również i fizjologiczne, będące następstwem np. nietypowej reakcji organizmu na pewne substancje, albo czynniki zewnętrzne<sup>47</sup>. Nieco inaczej sprawa zdaje się przedstawiać z punktu widzenia ustawy o.z.p. Wobec doprecyzowania zawartego w art. 3 pkt. 1 powołanej ustawy, odnoszącego się do „innych zakłóceń czynności psychicznych”, jak się zdaje zaburzenia epizodyczne, w szczególności jednorazowe, o krótkotrwałym charakterze nie będą rodziły wymogu korzystania ze świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki „niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym”. Sposób sformułowania użyty w tym przepisie sugeruje bowiem, że chodzi tutaj o względnie trwałe leczenie („wymaga świadczeń zdrowotnych”), bądź porównywalne z nimi inne formy pomocy, albo opieki („niezbędne do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym”). To zaś rzuca nieco inne światło na interpretację znamienia użytego w art. 31 § 1 k.k.

W tym miejscu można zatem wysunąć, jako postulat *de lege ferenda*, propozycję ujednolicenia terminologii użytej w obydwu regulacjach, tj. w art. 31 § 1 k.k. oraz ustawie o.z.p. W tej mierze najbardziej zasadnym wydaje się być zastosowanie w Kodeksie karnym odesłania do ustawy o.z.p., a ujmując to precyzyjniej – do szeroko pojętych zaburzeń psychicznych<sup>48</sup>. Sugestia ta nie zmierza naturalnie do prób definiowania w k.k. jednostek nozologicznych (chorobowych) mogących stanowić rację psychiatryczną niepoczytalności (skoro nie wskazuje ich nawet ustawa o.z.p., z oczywistego względu, jakim jest ich zróżnicowanie, mnogość, a niekiedy wręcz nie dający się jasno ustalić rodzaj schorzenia)<sup>49</sup>,

---

<sup>45</sup> Por. M. Filar [w:] J. Bojarski, M. Bojarski, M. Filar (red.), W. Filipkowski, O. Górniok, S. Hoc, P. Hofmański, M. Kalitowski, A. Kulik, L.K. Paprzycki, E. Pływaczewski, W. Radecki, Z. Sienkiewicz, Z. Siwik, R.A. Stefański, L. Tyszkiewicz, A. Wąsek, L. Wilk, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2010, Wydawn. LexisNexis, s. 128-129. Podobnie J. Giezek (w:) J. Giezek (red.), N. Kłaczyńska, G. Łabuda, *Kodeks karny. Część ogólna- komentarz*, wydaw. Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 271.

<sup>46</sup> M. Filar [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, pod red. M. Filara, ..., *op. cit.*, s. 128, a także: L. Gardocki, *Prawo karne*, wyd. 14., C. H. Beck, Warszawa 2008, s. 136.

<sup>47</sup> Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 7 września 2005 r., sygn. akt II AKa 117/2005, *Krakowskie Zeszyty Sądowe* 2005, z. 10, poz. 24.

<sup>48</sup> Krytycznie do takich propozycji odniosła się A. Wdowiarz - por. *idem*, *Stosowanie środka zabezpieczającego wobec sprawcy niepoczytalnego i o poczytalności zmniejszonej*, *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych* 2002, nr 1, s. 145.

<sup>49</sup> Na praktyczny wymiar trudności diagnostycznych zwracano już niejednokrotnie uwagę w literaturze medycznej - por. np. Por. J. Heitzman, M. Opio, E. Waszkiewicz-Białek, *Choroba - obrona - manipulacja: trudności opiniowania sądowo-psychiatrycznego*, *Psychiatria Polska* 2008, z. 4, s. 609-622. Potwierdzeniu tej tezy miały służyć również badania przeprowadzone przez Davida Rosenhana z udziałem ośmiu osób, które - symulując chorobę psychiczną, zostały przyjęte (wszystkie bez wyjątku!) na obserwację lub leczenie do szpitali psychiatrycznych, a z których część miała następnie problemy z zakończeniem „leczenia” i to nawet wówczas,

ale do posłużenia się przez ustawodawcę karnego terminem „zaburzeń psychicznych” w znaczeniu nadanym temu pojęciu przez powołaną ustawę z dnia 19.08.1994 r. To jednakże wymagałoby weryfikacji przepisu art. 3 pkt. 1 ustawy o.z.p. poprzez jego zmianę i wskazanie w nim na sposób rozumienia takich zaburzeń, a nie – jak ma to miejsce obecnie, na „osoby z zaburzeniami psychicznymi”. Zaletą takiego rozwiązania – w przypadku regulacji odnoszących się do zaburzeń psychicznych, byłoby wyraźne zasygnalizowanie, że chodzi o wszystkie trzy kategorie podmiotów (tj. osoby chore psychicznie, upośledzone umysłowo oraz wykazujące się „innymi zakłóceniami czynności psychicznych”).

Dodatkowo argumentacji przemawiającej za przyjęciem takiego rozwiązania dostarczają same przepisy, a- ściślej, trudności wynikające z niejednoznacznego charakteru znamienia „innych zakłóceń czynności psychicznych”. Pozostają one aktualne tak w odniesieniu do k.k., jak i samej ustawy o.z.p. W przypadku regulacji kodeksowej, widoczne są one na przykładzie chociażby art. 93, 95a czy 198 k.k.<sup>50</sup> Podobne uwagi można poczynić na gruncie ustawy o.z.p., jak również innych aktów normatywnych, tematycznie pokrewnych jej, które nie zawsze w jednolity sposób gwarantują ochronę praw pacjentów cierpiących na dany rodzaj zaburzenia psychicznego. Wyraźnie zdeprecjonowana jest tutaj w szczególności trzecia z kategorii podmiotów, czyli osoby cierpiące na „inne zakłócenia czynności psychicznych”, wymagające jednakże korzystania z opieki, albo innych form pomocy medycznej koniecznej do życia w społeczeństwie.

Co interesujące, w tej mierze sama definicja legalna zawarta w art. 3 pkt. 1 ustawy o.z.p. zdaje się pozostawać w pewnej sprzeczności z treścią dalszych przepisów tej ustawy. Jako przykład wystarczy wskazać na art. 38 i 39 ustawy o.z.p. Stwarzają one swoistą alternatywę wobec leczenia szpitalnego dla osób, które nie są zdolne do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie mają możliwości korzystania z opieki innych osób, a przy tym potrzebują one stałej opieki i pielęgnacji. Po wyrażeniu przez nie zgody mogą one zostać umieszczone w domu pomocy społecznej. Przesłanką zasadniczą pozostaje w tym wypadku brak zdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, wywołany chorobą psychiczną albo upośledzeniem umysłowym. Z niejasnych powodów ustawodawca odmówił jednak prawa do korzystania z domu pomocy społecznej osobom z „innymi zakłóceniami psychicznymi”, pomijając tę kategorię podmiotów w przepisach art. 38 i 39 ustawy o.z.p. Czyni to nawet wbrew wyraźnej deklaracji uczynionej we wstępnej części cytowanej ustawy

---

gdy „ujawniły” już one, że brały jedynie udział w doświadczeniu; więcej o tym - por. D. L. Rosenhan, *On being sane in insane places*, „Science” 1973, t. 179, nr 4070, s. 252 i n.

<sup>50</sup> Więcej na ten temat- por. A. Golonka, *Zaburzenia preferencji seksualnych a „inne zakłócenia czynności psychicznych”*, *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych* 2011, nr 3, s. 93-105.

– w art. 3 pkt. 1, gdzie przyznaje osobom z zaburzeniami psychicznymi (a więc wszystkim trzem kategoriom) prawo do skorzystania z innych, oprócz świadczeń zdrowotnych, form pomocy i opieki, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

## V. Zakończenie

Reasumując, wypada podkreślić, że przedstawione powyżej zagadnienia dotyczące zgody na leczenie wyrażonej przez pacjenta cierpiącego na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne, stanowią jedynie fragment tematyki obejmującej prawa takich osób do podejmowania swobodnych decyzji i ich skuteczne wyrażenie. Problemy z tym związane potęguje niewątpliwie również ich specyfika, prowadząca do konieczności oparcia się w ramach podejmowanych rozważań na tematyce ze swej istoty znajdującej się niejako „na pograniczu” dwóch nauk, jakimi są prawo i medycyna (a ściślej – psychopatologia). To natomiast pociąga za sobą dalsze komplikacje związane z nie zawsze spójną terminologią, czego najlepszym przykładem są trudności w interpretacji pojęcia „innych zakłóceń czynności psychicznych”. Jeszcze innym problemem jest nierzadko ograniczony zakres ochrony przyznanej pacjentowi psychiatrycznemu, która- być może właśnie z powodu kłopotliwego charakteru wspomnianego stanu psychicznego, pomija niejednokrotnie tę kategorię zaburzonych osób (tj. dotkniętych owymi „innymi zakłóceniami czynności psychicznych”). Co jednak bardziej niepokojące, prawodawca nawet w jednym i tym samym akcie prawnym, wybitnie odnoszącym się do tematyki ochrony zdrowia, jakim jest ustawa o.z.p., nie ustrzegł się braku precyzji. Zarzut z tym związany dotyczy wybiórczego traktowania pacjentów, którym przyznaje od różny zakresowo poziom ochrony ich praw, uzależniony przede wszystkim od charakteru zaburzeń psychicznych. Niedoskonałości legislacyjne to jedno. Inną sprawą pozostaje zaś niewykonywanie tych regulacji w praktyce i to nawet w sytuacji, gdy przepisy prawne wyraźnie przewidują określony tryb postępowania z osobami zaburzonymi psychicznie. Stąd też równie wiele, co teoria, pozostawia do życzenia praktyka, która obrazuje – nie zawsze w barwnych kolorach, rzeczywisty stopień respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.