

Przesłanki przyjęcia osoby chorej psychicznie bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym

Grounds for admitting a mentally ill person without their consent to a psychiatric hospital under the application procedure

Dorota Karkowska^{1,2}, Arkadiusz Nowak³, Aleksander Araszkiewicz⁴

¹ Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

² Kancelaria Radcowska Dorota Karkowska w Warszawie

³ Collegium Medicum Uniwersytet Zielonogórski

⁴ Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

Summary

Placing a mentally ill person in a psychiatric hospital without their consent, in a situation where the person does not pose a direct threat to their health and life, or to the health and life of third parties, and does not pose a threat to public safety, is quite a specific restriction of the human right to freedom, sanctioned by the state. This compulsion is used as a means of preventing the occurrence of specific threats to the mentally ill person in the near future.

Słowa kluczowe: przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Key words: admission to a psychiatric hospital, Mental Health Protection Act

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie autorskich komentarzy w zakresie analizy przesłanek przyjęcia osoby chorej do szpitala psychiatrycznego wbrew jej woli na podstawie orzeczenia wydanego przez sąd opiekuńczy w ramach postępowania wszczętego na wniosek podmiotu uprawnionego, a założenia w nim zawarte oparte są na obowiązujących aktach normatywnych.

Wykorzystano metodę analizy aktualnych przepisów prawa medycznego i przepisów prawa zabezpieczenia społecznego. Zebrano, zaprezentowano i rozważono orzecznictwo sądowe, w szczególności Sądu Najwyższego, które stanowi praktyczną wskazówkę w zakresie oceny spełnienia lub niespełnienia przesłanek umieszczenia

pacjenta bez zgody w szpitalu psychiatrycznym. Zaprezentowano literaturę przedmiotu i komentarze do analizowanych przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Wyniki

W toku analizy aktualnych przepisów prawa wzięto pod uwagę następujące akty prawne: Ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (dalej zwana ustawą lub u.o.z.p.) [1], Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (u.p.p.) [2], Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (u.ś.o.z.) [3], Ustawę z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (k.p.c.) [4], Ustawę z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (k.c.) [5], Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (u.z.l.) [6]. Analiza przepisów wymienionych aktów prawnych pozwoliła na dokonanie następujących ustaleń.

Zgodnie z brzmieniem art. 29 ust. 1 u.o.z.p. do szpitala psychiatrycznego może zostać przyjęta osoba chora psychicznie bez wyrażenia przez nią zgody, jeżeli: dotychczasowe zachowanie tej osoby wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź osoba ta jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia [1]. Przez przyjęcie pacjenta do szpitala psychiatrycznego rozumie się również przyjęcie pacjenta do oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, do kliniki psychiatrycznej, do sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje (art. 3 pkt 2 u.o.z.p.) [1]. O potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie orzeka sąd opiekuńczy właściwy dla miejsca zamieszkania tej osoby, a podstawą wszczęcia postępowania w tej sprawie jest wniosek złożony przez upoważniony podmiot.

Ustawodawca w art. 29 ust. 2 u.o.z.p. określił zamknięty katalog osób, które mogą wystąpić z takim wnioskiem do sądu opiekuńczego; są to: małżonek osoby chorej psychicznie, jej krewny w linii prostej, tj. zstępny (syn lub córka, wnuk, prawnuk) albo wstępny (rodzic, dziadek, pradiadek lub babka, prababka), rodzeństwo, przedstawiciel ustawowy chorego oraz osoba sprawująca nad nią opiekę faktyczną (art. 29 ust. 2 u.o.z.p.) [1]. Warto tu zwrócić uwagę na wskazanie osoby sprawującej opiekę faktyczną nad chorym psychicznie jako osobę ustawowo upoważnioną do wystąpienia z wnioskiem o leczenie szpitalne swojego podopiecznego w analizowanym trybie. Nie jest to z całą pewnością rozwiązanie przypadkowe. Analiza przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w wielu miejscach zrównuje pozycję prawną opiekuna faktycznego i opiekuna ustawowego w kontekście podjęcia pomocy w ochronie praw osoby chorej psychicznie (także w: art. 10a ust. 2; art. 10b ust. 2 pkt 3; art. 18b ust. 3; art. 25 ust. 2; art. 36 ust. 2; art. 41 ust. 1 i 3 oraz art. 4 ust. 1 u.o.z.p.) [1]. Jednocześnie brak w analizowanej ustawie wyjaśnienia, kogo należy rozumieć przez „osobę sprawującą opiekę faktyczną” nad osobą chorą psychicznie. Należy

zatem przyjmując, że właściwe jest odniesienie się w tym zakresie do przepisów Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jako aktu prawnego *lex generalis*, mającego zastosowanie do praw osób chorych psychicznie w zakresie nieuregulowanym odmiennie przepisami Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jako aktu prawnego *lex specialis*. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 u.p.p. opiekun faktyczny to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga [2]. Opieka faktyczna jest tu postrzegana jako swoisty stan przejściowy, bez ekspektatywy ustanowienia formalnych relacji opiekuna i osoby chorej psychicznie przez sąd opiekuńczy. Pod pojęciem opieki stałej należy rozumieć stałą pieczę nad osobą wymagającą ciągłego z nią przebywania (nieodstępowanie jej) i wyręczanie jej we wszystkich codziennych czynnościach opieki, stałą gotowość i możliwość udzielenia pomocy w sytuacji, gdy taka potrzeba w danym momencie zaistnieje. Określenie „stała opieka” wskazuje, że nie może to być opieka świadczona każdego dnia, a nawet jeżeli codziennie, to tylko przez część doby, zatem sporadycznie [7].

Jeżeli natomiast osoba chora psychicznie jest objęta oparciem społecznym, wniosek o jej przyjęcie do szpitala psychiatrycznego złożyć może także organ do spraw pomocy społecznej, taki jak gmina, powiatowy ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, ośrodek pomocy społecznej (art. 29 ust. 3 u.o.z.p.) [1]. Wnioskodawcą nie może być pracownik socjalny kontaktujący się z samotną psychicznie chorą osobą ani osoba świadcząca specjalistyczne usługi opiekuńcze [8]. Oparciem społecznym objęte są osoby, które z powodu choroby psychicznej mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych (art. 8 ust. 1 u.o.z.p.) [1].

Wnioskodawca ma obowiązek dołączenia do wniosku opinii lekarza psychiatry szczególnie uzasadniającej potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Kierując się wykładnią literalną, można stwierdzić, że lekarzem, który może wydać opinię w przedmiotowej sprawie, jest tylko lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (art. 3 pkt 7 u.o.z.p.) [1]. Nie ma zatem ustawowego przyzwolenia, że opinię taką może wydać lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub lekarz innej specjalności, np. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Orzeczenie, o którym mowa, lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie osoby uprawnionej lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania w przedmiocie wnioskowego trybu przyjęcia osoby chorej psychicznie bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego (art. 30 ust. 1 zdanie drugie) [1]. Zwrot „na uzasadnione żądanie” jest wyrażeniem nieostrym, można co najmniej oczekiwać, że podmioty uprawnione do wystąpienia do lekarza psychiatry z takim żądaniem uprawdopodobniają, że brak hospitalizacji osoby chorej psychicznie powoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego lub że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. Uprawdopodobnienie nie musi dawać pewności, jest ono ujmowane jako najniższy stopień pewności [9]. Z istoty uprawdopodobnienia wynika, że ustalenia nie muszą być zgodne z rzeczywistością, a jedynie wysoce prawdopodobne. Ocena, czy zgłoszone uwagi mają taką cechę, należy do lekarza psychiatry. Świadome wprowadzenie w błąd lekarza

psychiatry przez podanie mu nieprawdziwych informacji stanowi przestępstwo, które jest zagrożone karą grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 53 u.o.z.p.) [1].

W sytuacji, kiedy lekarz psychiatra otrzyma informację uprawdopodobniającą zasadność leczenia w szpitalu psychiatrycznym osoby chorej psychicznie i oceni ją jako wiarygodną, jest zobowiązany do przygotowania orzeczenia, które ma być dokumentem dołączanym do wniosku o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Z literalnej wykładni art. 30 ust. 1 zdanie pierwsze u.o.z.p. nie wynika, czy przed wydaniem tego orzeczenia lekarz psychiatra ma obowiązek osobistego zbadania pacjenta, którego wniosek dotyczy [1]. Niemniej jednak zgodnie z ogólną zasadą wyrażoną w art. 42 ust. 1 u.z.l. lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby [6]. Natomiast osoba chora psychicznie, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego. W celu przeprowadzenia tego badania można zastosować przymus bezpośredni (art. 21 u.o.z.p.) [1]. Przed przystąpieniem do badania uprzedza się osobę badaną o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody, z zastosowaniem przymusu bezpośredniego. Jak zauważył SN: „Osoba poddawana badaniu psychiatrycznemu jest jego podmiotem i tak powinna być traktowana przy zachowaniu procedury umożliwiającej jej uzyskanie świadomości tego, że w określonym celu jest poddawana badaniu psychiatrycznemu” [10]. Lekarz psychiatra, który przeprowadził badanie psychiatryczne, jest zobowiązany do odnotowania tej czynności w dokumentacji medycznej, ze wskazaniem na okoliczności uzasadniające podjęcie postępowania przymusowego. Ustawodawca nakłada na lekarza psychiatrę przeprowadzającego badanie bez zgody pacjenta obowiązek zgłoszenia tego faktu podmiotom wskazanym w przepisach w celu dokonania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego (art. 18 ust. 10 u.o.z.p.) [1]. Jeżeli badanie pacjenta zostało wykonane w podmiocie leczniczym, to oceny takiej dokonuje w terminie 3 dni kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony. Jeżeli natomiast badanie pacjenta zostało przeprowadzone poza podmiotem leczniczym, np. w domu pacjenta, to oceny takiej powinien dokonać w terminie 3 dni upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

W praktyce nasuwa się jednak pytanie, czy zasadne i konieczne jest zawsze osobiste badanie osoby chorej psychicznie przed wydaniem orzeczenia. Wnioskowy tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego dotyczy pacjentów już zdiagnozowanych jako osoby chore psychicznie i co do zasady objętych opieką medyczną, a co za tym idzie – posiadających dokumentację medyczną, w której powinien być odwzorowany w szczególności ich aktualny stan zdrowia oraz dotychczasowy przebieg leczenia. Dodatkowo osoby uprawnione do złożenia wniosku, występując do lekarza psychiatry o wydanie orzeczenia, muszą uprawdopodobnić swoje żądanie. Naszym zdaniem nie

można wykluczyć sytuacji, że do wydania orzeczenia w celu przedłożenia go sądowi opiekuńczemu tylko do celów wszczęcia postępowania wystarczającym źródłem informacji dla lekarza psychiatry może być dotychczasowa dokumentacja medyczna osoby chorej psychicznie oraz zakres informacji przekazany mu przez osoby upoważnione, które wystąpiły do niego z żądaniem przygotowania tego orzeczenia. Pragniemy zauważyć, że gdy mamy już dostateczną wiedzę na temat stanu zdrowia pacjenta na podstawie dwóch wymienionych źródeł, zastosowanie procedury przymusu bezpośredniego tylko w celu formalnego dopełnienia obowiązku przeprowadzenia osobistego badania bezpośrednio przed wydaniem orzeczenia – może nie być uzasadnione medycznie. W każdej sytuacji wobec osób chorych psychicznie należy postępować nie tylko zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 u.p.p.) [2], ale także należy dokonywać wyboru metody postępowania najmniej dla tych osób uciążliwej (art. 12 u.o.z.p.) [1].

Generalną zasadą jest, że przesłanką wszczęcia postępowania przez sąd opiekuńczy w przedmiocie umieszczenia osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym w trybie wnioskowym jest dołączenie orzeczenia lekarza psychiatry w ustawowo wskazanym terminie. Swoistym gwarantem ochrony praw osób chorych psychicznie jest zobowiązanie lekarza psychiatry do szczegółowego uzasadnienia zaistnienia medycznych wskazań do przyjęcia danej osoby do szpitala psychiatrycznego. Negatywne orzeczenie lekarza psychiatry wywiera taki sam skutek, jaki ustawa wiąże z brakiem orzeczenia (czyli sąd opiekuńczy nie rozpocznie postępowania). Pozytywne orzeczenie lekarza psychiatry musi zostać wydane nie później niż w okresie 14 dni przed datą złożenia wniosku. Orzeczenie przekazuje się podmiotowi, który zwrócił się do lekarza psychiatry o jego wydanie. Pozytywna opinia lekarza psychiatry nie jest wiążąca dla sądu opiekuńczego, orzeczenie o potrzebie przyjęcia pacjenta w tym trybie może nastąpić tylko wtedy, gdy dołączona do wniosku opinia nie zostanie podważona w toku postępowania [11]. Przesłanką wydania takiego orzeczenia nie może więc być jedynie wyjaśnienie wątpliwości, czy osoba, wobec której toczy się postępowanie, jest w ogóle chora psychicznie i zachodzą dalsze przesłanki z art. 29 ust. 1 u.o.z.p. [11].

Zgodnie z generalną zasadą w razie niezłączenia do składanego wniosku orzeczenia lekarza psychiatry lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek wnioskodawcy (art. 30 ust. 2 u.o.z.p.) [1]. Ustawodawca wskazuje, że w sytuacji zaistnienia wymienionych uchybień formalnych przepisy art. 130 k.p.c. nie mają zastosowania, czyli sąd zwraca wniosek bez rozpatrzenia, bez obowiązku uprzedniego wezwania wnioskodawcy do uzupełnienia braków formalnych w wyznaczonym terminie (art. 30 ust. 2 u.o.z.p.) [1, 12].

Jednocześnie w art. 30 ust. 3 u.o.z.p. ustawodawca wprowadził od tej zasady wyjątek [1]. Sąd opiekuńczy nie może zwrócić wniosku z powodu braków formalnych, tj. braku dołączenia do wniosku orzeczenia lekarza psychiatry w przypadku, gdy treść wniosku lub załączone do wniosku dokumenty uprawdopodobniają zasadność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, a złożenie orzeczenia lekarza psychiatry nie jest możliwe. Skonstruowany wyjątek nakazuje sądowi opiekuńczemu zachowanie aktywnej roli na etapie oceny złożonego wniosku, która nie może ograniczyć się tylko do aspektów formalnych, ale obligeje również sąd opiekuńczy do wstępnej oceny merytorycznej.

Po pierwsze, sąd jest zobowiązany do zapoznania się z treścią wniosku i załączonymi do niego dokumentami uprawniającymi zasadność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Po drugie, sąd jest zobowiązany do zbadania przyczyn braku dołączenia orzeczenia lekarza psychiatry. Należałoby przyjąć, że wnioskodawca bez wezwania musi wykazać, dlaczego złożenie orzeczenia lekarza psychiatry „nie jest możliwe”. Brak jest w ustawie określenia procedury i formy poinformowania sądu o przyczynie niemożności dołączenia do wniosku orzeczenia lekarza psychiatry, niemniej jednak zasadne wydaje się dołączenie stosownych wyjaśnień w formie pisemnej. Po trzecie, sąd dokonuje samodzielnej, ale nie dowolnej, oceny wskazanych przez wnioskodawcę przyczyn uniemożliwiających dołączenie orzeczenia lekarza psychiatry. Brak w ustawie wskazówek, jakie okoliczności mogą być uznane za zniszczenie się wymienionej przesłanki, natomiast na pewno muszą to być sytuacje wyjątkowe, rzeczywiste i nieusuwalne, które mogą leżeć zarówno po stronie osoby chorej psychicznie, jak i wnioskodawcy. Po czwarte, sąd zarządza poddanie osoby, której dotyczy wniosek, odpowiedniemu badaniu.

Jednocześnie w razie stwierdzenia, że osoba, wobec której wszczęto postępowanie w trybie wnioskowym, w jego trakcie wskutek choroby psychicznej zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, to jeszcze przed zakończeniem tego postępowania osoba taka może zostać umieszczona w szpitalu psychiatrycznym bez zgody pacjenta w trybie nagłym na podstawie art. 23 u.o.z.p. w zw. z art. 31 u.o.z.p. [1].

W przedmiocie przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym orzeka sąd opiekuńczy, stosując odpowiednio przepisy kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu nieprocesowym ze zmianami wynikającymi z przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (pierwsze zdanie art. 42) [1, 12]. Sąd jest uprawniony do stosowania środków przymusu w stosunku do osoby, której ustalenie stanu zdrowia psychicznego wymaga przeprowadzenia badania przez biegłego sądowego, a dana osoba uchyla się od tego badania (por. art. 46 ust. 2a u.o.z.p.) [1].

Zapewnienie realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego danej osoby należy do marszałka województwa (art. 46 ust. 2b u.o.z.p.) [1]. Sąd opiekuńczy podejmuje z urzędu czynności w celu skierowania orzeczenia do wykonania, niezależnie od aktywności w tej materii podmiotów i organów, które zainicjowały postępowanie o przymusowe leczenie osoby chorej psychicznie (art. 578¹ § 3 k.p.c. w zw. z art. 46 ust. 2 u.o.z.p.) [1, 12], z możliwością zarządzenia zatrzymania i przymusowego doprowadzenia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego przez policję (art. 46 ust. 2c u.o.z.p.) [1]. Sąd, orzekając o umieszczeniu osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym, nie wskazuje czasu trwania leczenia, jednak przepisy Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego określają zasady i terminy stałej weryfikacji stanu zdrowia psychicznego osoby chorej psychicznie [13]. W celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania ich praw oraz kontroli warunków, w jakich przebywają, sędzia ma prawo wstępu do szpitala o każdej porze (art. 43 u.o.z.p.) [1].

Omówienie wyników

Zgodnie z ogólną zasadą leczenie szpitalne może odbywać się tylko wówczas, gdy cel leczenia nie może zostać osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne (art. 58 u.ś.o.z.) [3]. Odnośnie do pacjenta chorego psychicznie istotne jest także, aby przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego brać pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale też interesy oraz inne jego dobra osobiste i dążyć do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy (art. 12 u.o.z.p.) [1].

Tryb wnioskowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego może mieć zastosowanie tylko wobec pacjenta chorego psychicznie, czyli wykazującego zaburzenia psychotyczne (art. 29 u.o.z.p w zw. z art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p.) [1]. Jednocześnie sam fakt występowania choroby psychicznej nie odbiera pacjentowi prawa do samostanowienia. Przepisy Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oparto na założeniu, że status prawny pacjenta psychiatrycznego nie powinien się różnić od statusu innych pacjentów. Kluczowe znaczenie dla poszanowania jego godności i autonomii ma zawarte w art. 3 pkt 4 u.o.z.p. pojęcie zgody: „Ilekcroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o [...] zgodzie, oznacza to 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”. Na skuteczność zgody wyrażonej przez osobę chorą psychicznie nie ma wpływu art. 82 k.c., który stanowi: „Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome lub swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby przemijającego zaburzenia czynności psychicznych” [14]. W świetle art. 17 ust. 2 ustawy oraz art. 32 ust. 2 i art. 34 ust. 3 Ustawy lekarskiej pacjentów chorych psychicznie nie uznaje się za osoby „niezdolne do wyrażenia zgody” [6]. Przeciwnie – regułą jest potrzeba uzyskania zgody takiego pacjenta, jeśli tylko zachował on rzeczywistą zdolność zrozumienia przekazywanej informacji [15]. Ustawodawstwo polskie nigdy nie przewidywało utraty zdolności do składania oświadczeń woli tylko ze względu na fakt dotknięcia danej osoby chorobą psychiczną [16].

Dlatego, aby osoba chora psychicznie bez wyrażenia zgody mogła zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym, musi zaistnieć jedna z dwóch przesłanek:

- (1) jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego (art. 29 ust. 1 pkt 1 u.z.p.) [1], bądź
- (2) osoba ta jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia (art. 29 ust. 1 pkt 2 u.z.p.) [1].

Przepis art. 29 ust. 1 u.o.z.p. zawiera dwie różne przesłanki umieszczenia osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody i są one znacznie szerzej określone niż przesłanki, które muszą być spełnione przy przyjęciu pacjenta bez zgody do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym – wychodzą poza granice bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia (o którym mowa w art. 23 i 24 u.o.z.p.) [1].

Pojęcie „znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego” nie zostało zdefiniowane przez ustawodawcę, natomiast próby określenia zakresu tego pojęcia wielokrotnie podejmował Sąd Najwyższy, co pozwoliło na dokonanie następujących ustaleń. Pojęcie „znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego” należy rozumieć jako doprowadzenie się przez osobę chorą psychicznie, na skutek niepodejmowania leczenia, do stanu uniemożliwiającego jej funkcjonowanie w rodzinie, w miejscu zamieszkania lub pracy [17]. Takie rozumienie tego pojęcia pozwala ograniczyć hospitalizację przymusową tylko do tych osób, dla których jest ona niezbędna. Nie należy bowiem ułatwiać jej stosowania wobec osób chorych psychicznie, które zachowują się w sposób nawet rażąco odbiegający od wymagań społecznych, ale mogą funkcjonować bez większych trudności w rodzinie, miejscu zamieszkania i pracy [18]. Należy podkreślić, że przewidywanie „znacznego pogorszenia stanu zdrowia” zawiera element prognozujący, oparty na ocenie, jak może wpłynąć brak leczenia szpitalnego na stan zdrowia osoby chorej psychicznie, przy czym ocena ta musi uwzględniać ocenę dotychczasowego zachowania chorego i jego zmiany w aspekcie czasowym oraz wpływ tego zachowania na stan zdrowia w okresie przed wydaniem orzeczenia. Na pewniejsze prognozowanie takiego pogorszenia w przyszłości pozwala ustalenie związku przyczynowego odmowy leczenia ze znacznym pogorszeniem stanu zdrowia w okresie przed wydaniem orzeczenia [17]. Nie wystarczy samo tylko „pogorszenie” stanu zdrowia osoby chorej psychicznie. Perspektywa „zwykłego” pogorszenia stanu zdrowia nie jest wystarczająca do wydania orzeczenia na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p. [1]. Należy podkreślić, że ustawodawca ma tu na względzie pewien stan o charakterze ciągłym, a nie zachowanie gwałtowne, które jako akt jednorazowy godzi w życie lub zdrowie osoby chorej psychicznie [15].

Pojęcie „osoba niezdolna do samodzielnego zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych” także jest zwrotem niedookreślonym. Przepisy Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jak i przepisy innych ustaw prawa medycznego nie zawierają ani definicji komentowanego pojęcia, ani wskazówek, jakie elementy wchodzi w jego zakres. Wskazówką natomiast, w drodze wniosku *per analogiam*, mogą być przepisy prawa zabezpieczenia społecznego w zakresie orzekania o niepełnosprawności, jak i orzekania o prawie do renty [19]. W przepisach prawa zabezpieczenia społecznego przyjęto, że o wystąpieniu niezdolności do samodzielnej egzystencji mówić można w razie stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. W interpretacji wymienionych przepisów wskazano na konieczność odróżnienia opieki oznaczającej pielęgnację, czyli zapewnienie człowiekowi możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej itp., od pomocy w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat,

odbywanie wizyt u lekarza. Wszystkie powyższe czynniki łącznie wyczerpują treść terminu „niezdolność do samodzielnej egzystencji” [20]. Tym samym niezdolna do samodzielnej egzystencji jest zatem zarówno osoba, która ze względu na naruszenie sprawności organizmu wymaga stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, jak i osoba, która ze względu na naruszenie sprawności organizmu wymaga stałej lub długotrwałej pomocy innej osoby [21].

Innym sposobem analizowania przesłanki niezdolności do samodzielnego zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych jako podstawy umieszczenia pacjenta bez zgody w szpitalu psychiatrycznym w trybie wnioskowym jest zastosowanie metody słowotwórczej (etymologicznej) pojęcia „samodzielnie” i „podstawowych potrzeb” [22, 23].

Rodowód słowa „samodzielnie” wywodzi się z języka greckiego – od słowa *auto*, które stanowi jeden z dwóch elementów słowa „autonomia” [24, 25]. W pojęciu autonomii wyróżnia się dwa uzupełniające aspekty [24, 25]. Pozytywny aspekt autonomii to możliwość samodzielnego decydowania w najważniejszych sprawach podmiotu, prawo podmiotu do swobodnego wyboru sposobu życia i metod jego realizacji oraz kształtowania stosunków z innymi podmiotami. Negatywny aspekt autonomii wyraża niezależność od ingerencji otoczenia i ma na celu podkreślenie, że każdemu podmiotowi przysługuje sfera, w której obrębie może on działać bez przeszkód ze strony osób trzecich. Oba aspekty autonomii wzajemnie się przeplatają i uzupełniają, a jej rdzeń stanowi samodzielność decyzyjna, czyli możliwość wszechstronnego kształtowania własnej sytuacji. Współcześnie *słownik języka polskiego* nie rozróżnia powyższych kontekstów i traktuje słowo „samodzielny” jako synonim słowa „niezależny” i „autonomiczny” [25].

Pojęcie podstawowych potrzeb życiowych ma charakter polemiczny i może być różnie interpretowane w zależności od przyjętych założeń aksjologicznych [26]. Zakres podstawowych potrzeb życiowych jest pojęciem niestałym i zmiennym, ponieważ zależy od konkretnych warunków społecznych, kulturalnych i ekonomicznych oraz od stanu świadomości społecznej na danym etapie rozwoju społeczeństwa:

Im wyższy jest stopień tego rozwoju oraz przeciętny poziom życia obywateli, tym większe i bardziej różnorodne są potrzeby uznawane za podstawowe. Przy wyższym stopniu rozwoju niezbędne staje się bowiem nie tylko samo zabezpieczenie człowiekowi minimum egzystencji w postaci środków do życia (żywność, odzież, mieszkanie), ale także – odpowiednio do wieku – zapewnienie niezbędnego wykształcenia i przygotowania zawodowego, jak również możliwość korzystania z dóbr kulturalnych [27].

Jednocześnie ustawodawca wskazuje, że osoba chora psychicznie już jest „niezdolna” do zaspokojenia podstawowych potrzeb, czyli wyraźnie trzeba podkreślić, że nie chodzi o stan narażenia na niebezpieczeństwo niezdolności do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych w przyszłości.

Zaistnienie pierwszej przesłanki w postaci znacznego pogorszenia stanu zdrowia u osoby chorej psychicznie lub zaistnienie drugiej przesłanki, tj. niezdolności osoby chorej psychicznie do samodzielnego zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych,

nie są jeszcze wystarczającymi okolicznościami do umieszczenia tej osoby w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody w trybie wnioskowym [28]. Umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym na podstawie pkt 1 ust. 1 art. 29 ustawy ma charakter prewencyjny, tj. następuje w celu zapobieżenia znacznemu pogorszeniu się stanu zdrowia psychicznego chorego, co nastąpi, gdy chory nie zostanie przyjęty do szpitala psychiatrycznego (w celu leczenia) [1]. Z kolei na podstawie pkt 2 ust. 1 art. 29 ustawy ma charakter naprawczy, tj. wynika z niego, że dopuszcza on umieszczenie osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody, gdy osoba ta znajduje się w szczególnej sytuacji, tzn. jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a ponadto uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia [1]. Uregulowania te zawierają element przewidywania, zakładający hipotetyczność oceny sądu opiekuńczego w przedmiocie tego, co dopiero może w przyszłości nastąpić. Oba przepisy stanowią całość normatywną, a u jej podstaw leży przewidywalność oparta na dowodach w postaci opinii lekarzy psychiatrów, a nie dowolność czy też przekonanie wnioskodawcy o pozytywnych skutkach leczenia szpitalnego dla osoby chorej psychicznie [29].

Generalnie w sprawach prowadzonych na podstawie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zawsze na sądzie opiekuńczym spoczywają szczególne obowiązki w zakresie postępowania dowodowego i w związku z tym nie może on stosować reguły wyrażonej w art. 6 k.c., która brzmi: „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne” [14, 30]. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego ocena materialno-prawnej przesłanki orzeczenia przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym wymaga z jednej strony wiadomości specjalnych uzasadniających konieczność dopuszczenia dowodu z opinii jednego lub kilku biegłych psychiatrów, zgodnie z art. 278 § 1 k.p.c. i art. 46 u.o.z.p., w celu ustalenia, czy i na jakie schorzenia psychiczne cierpi dana osoba, jaki jest sposób jej leczenia, szczególnie w szpitalu psychiatrycznym, oraz czy i dlaczego brak takiego leczenia spowoduje znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia [1, 12]. Z drugiej strony wymaga się wnikliwej oceny sądu, jakie okoliczności sprawy, w szczególności jakie zachowania osoby chorej psychicznie wskazują na to, że nieprzyjęcie jej do szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego oraz na czym to znaczne pogorszenie mogłoby polegać [31].

Obowiązkiem sądu opiekuńczego prowadzącego postępowanie w przedmiocie umieszczenia osoby chorej w trybie wnioskowym bez jej zgody w szpitalu psychiatrycznym jest zgromadzenie wyczerpującego i pełnego materiału dowodowego, w tym w postaci opinii biegłych sądowych lekarzy psychiatrów, dokumentacji medycznej, akt rentowych osoby ubezpieczonej, opisu jej sytuacji życiowej, które mają stanowić podstawę właściwej oceny tego materiału. Wnioski opinii biegłych lekarzy psychiatrów, na których sąd ma oprzeć ustalenia faktyczne, muszą być jednoznaczne i nie nasuwać zastrzeżeń w zakresie oceny stopnia samodzielności i poradności w zaspokajaniu codziennych potrzeb osoby chorej psychicznie.

Wnioski

1. Przyjęcie osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego bez zgody w trybie wnioskowym może nastąpić na podstawie dwóch różnych przesłanek wskazanych w art. 29 ust. 1 u.o.z.p. Jest to uregulowane przepisem szczególnym, który powinien być wykładany ściśle, bez odwoływania się do zasad wykładni rozszerzającej bądź analogii, a naczelną dyrektywą działania sądów winien być wymóg celowości orzeczenia z punktu widzenia dobra i interesu osoby, której postępowanie dotyczy [32].
2. Naszym zdaniem nie można wykluczyć sytuacji, że do wydania orzeczenia w celu przedłożenia go sądowi opiekuńczemu tylko do celów wszczęcia postępowania wystarczającym źródłem informacji dla lekarza psychiatry może być dotychczasowa dokumentacja medyczna osoby chorej psychicznie oraz zakres informacji przekazany mu przez osoby upoważnione, które wystąpiły do niego z żądaniem przygotowania tego orzeczenia. Gdy posiada się już dostateczną wiedzę na temat stanu pacjenta na podstawie dwóch wymienionych źródeł, zastosowanie procedury przymusu bezpośredniego tylko w celu formalnego dopełnienia obowiązku przeprowadzenia osobistego badania bezpośrednio przed wydaniem orzeczenia może nie być uzasadnione medycznie.
3. Konieczne jest poszukiwanie takiej interpretacji przesłanek umieszczenia osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody, która respektując zagwarantowaną przez Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego zasadę poszanowania autonomii pacjenta, umożliwi posłużenie się regulacją ustawową wymuszającą hospitalizację, gdy zachodzą ku temu faktyczne i prawne podstawy.
4. Zawsze celem orzeczenia sądu opiekuńczego ma być umożliwienie podjęcia leczenia, które z dużym prawdopodobieństwem przyniesie osobie chorej psychicznie poprawę stanu zdrowia.
5. Fakt zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych osoby chorej psychicznie kosztem znacznego wysiłku osoby współzobowiązanej do osobistej opieki czy też instytucji państwowych nie wyłącza ustawowego znamienia narażenia na niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych osoby chorej psychicznie.
6. Znaczny stopień niepełnosprawności nie wystarcza do umieszczenia pacjenta bez zgody w szpitalu psychiatrycznym.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 685.
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 849.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1285.
4. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1805.

5. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1740.
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 790.
7. Wyroku WSA w Bydgoszczy z 3.09.2019 r., II SA/Bd 396/19, LEX nr 2751906; wyrok NSA z 2.02.2017 r., I OSK 2201/15, LEX nr 2240790.
8. Postanowienie SN z 12.07.1996 r., II CRN 81/96, OSNC 1996/12, poz. 164.
9. Postanowienie SN z 11.01.2006 r., II CNP 13/05, OSNC 2006/6, poz. 110.
10. Postanowienie SN z 16.04.2009 r., I CSK 402/08, LEX nr 560512.
11. Postanowienie SN z 12.02.1997 r., II CKU 72/96, OSNC 1997/6–7, poz. 84.
12. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. z 2020 r., poz. 1805.
13. Postanowienie SN z 9.09.2020 r., II CSK 121/20, LEX nr 3080597.
14. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. z 2020 r., poz. 1740.
15. Świdarska M. *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*. Toruń: Dom Organizatora TNOiK; 2007.
16. Postanowienie SN z 19.08.1971 r., I CR 297/71, OSNPC 1972, nr 3, poz. 53, s. 45; postanowienie SN z 11.11.1970 r., II CR 336/70, LEX nr 6818; postanowienie SN z 20.01.1970 r., II CR 618/69, Biul. SN 1970, nr 6, poz. 109.
17. Postanowienie SN z 25.06.2021 r., V CSKP 247/21, LEX nr 3211340.
18. Postanowienie SN z 22.04.2010 r., V CSK 384/09, LEX nr 688057; postanowienie SN z 5.11.2015 r., V CSK 456/15 (niepubl.).
19. Art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721; art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych, Dz.U. z 2021 r., poz. 291.
20. Wyrok SA w Katowicach z 21.02.2012 r. w sprawie III AUa 1333/01, LEX nr 80634.
21. Wyrok SA w Katowicach z 19.11.1998 r. w sprawie III AUa 1035/98, LEX nr 38010.
22. Kotarbiński T. *Kurs logiki dla prawników*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1975.
23. Kotarbiński T. *Elementy teorii poznania, logiki formalnej i metodologii nauk*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1986.
24. Koczoł J. *Autonomia i wolność a prawo*. W: Gromski W. red. *Zagadnień teorii i filozofii prawa. Autonomia prawa*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001. S. 93–94.
25. Szymczak M. red. *Słownik języka polskiego*, t. 1–2. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1979.
26. Kańtoch B, Szatur-Jaworska B. *Potrzeby ludzkie i poziom życia w polityce społecznej*. W: Rajkiewicz A, Supińska J, Księżopolski M. *Polityka społeczna*. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”; 1998. S. 43–46.
27. Majchrzak K. *Niemożliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych w świetle art. 209 kodeksu karnego*. SEMINARE 2017; 38(3): 123–130.
28. Postanowienie SN z 12.07.1996 r., II CRN 81/96, OSNC z 1996 r. Nr 12, poz. 164.
29. Postanowienie SN z 16.12.2020 r., IV CSK 85/20, LEX nr 3093430.
30. Postanowienia SN z 24.11.2016 r., III CSK 35/16 (niepubl.); postanowienie SN z dnia 9.09.2020 r., II CSK 121/20, LEX nr 3080597.
31. Postanowienie SN z 22.07.2010 r., I CSK 234/10, LEX nr 686075; postanowienie SN z 10.11.2020 r., II CSK 207/20, LEX nr 3080395.

32. Postanowienie SN z 14.02.1996 r., II CRN 201/95, LEX nr 24925. Prokuratura. i Prawo. – wkład 1996, nr 6.

Adres: Dorota Karkowska
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
e-mail: dorota.karkowska@uj.edu.pl

Otrzymano: 16.11.2021
Zrecenzowano: 6.03.2022
Otrzymano po poprawie: 3.04.2022
Przyjęto do druku: 10.04.2022