

Emilia Sarnacka\*

## Ochrona zdrowia psychicznego jako szczególne zadanie ustawodawcy – zastosowanie przymusu bezpośredniego

**Use of force during medical treatment – protection of mental health as a specific task of lawmakers:** The paper investigates a new Polish regulation which requires doctors' permission to use force during medical treatment. It begins with an overview of the former regulations and the dilemmas, especially those associated with patients with medical disorders treated in non-psychiatric hospitals. The second section focuses on the problems with a new procedure regarding the use of force against patients who are treated in psychiatric and non-psychiatric hospitals and are not able to produce legally binding consent. It also looks at the differences between the current and the former procedures. The article concludes that the new regulation has not improved patients' safety and management of hospitals.

**Słowa kluczowe:** leczenie, szpital, psychiatria

**Keywords:** medical treatment, hospital, psychiatry

\* Asystent w Zakładzie Prawa Medycznego i Deontologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, adiunkt w Zakładzie Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie; e-mail: sarnacka.emilia@gmail.com.

### Wstęp

Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. 2018, poz. 1878; dalej: u.o.z.p. lub ustawa psychiatryczna) jest szczególnym aktem prawnym z zakresu prawa medycznego, bowiem przez 24 lata funkcjonowania nowelizowana była jedynie sześć razy<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ustawa z 31 lipca 1997 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. nr 113, poz. 731; ustawa z 1 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. nr 141, poz. 1183; ustawa z 23 lipca 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. nr 180, poz. 1108; ustawa z 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 2011, nr 6, poz. 19; ustawa z 12 października 2017 r. o zmianie

Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi<sup>2</sup> stanowi wyjątkowe działanie, które można podjąć wyłącznie w sytuacjach przewidzianych w ustawie psychiatrycznej oraz gdy wspomniane osoby: [...] *dopuszczają się zamachu a) przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej* (art. 18 ust. 1 u.o.z.p.)<sup>3</sup>.

Celem prezentowanych rozważań jest analiza ostatniej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wprowadzonej ustawą z 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2439). Akt koncentruje się głównie na dwóch zagadnieniach – stosowaniu przymusu bezpośredniego wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oraz zasadach przyjmowania do domu pomocy społecznej<sup>4</sup>. Z uwagi na ramy objętościowe niniejszy artykuł ograniczony zostanie do pierwszej kwestii. Prezentowane rozważania odnoszą się będą do koncepcji wprowadzenia unormowań dotyczących przymusu do aktu rangi ustawowej, rozszerzenia możliwości jego stosowania na podmioty lecznicze nieudzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień oraz procedury związanej z zastosowaniem przymusu ze szczególnym uwzględnieniem oceny jej praktycznego zastosowania w podmiotach, które do momentu wejścia w życie nowelizacji nie były uprawnione do jej stosowania. Analiza ma również na celu

---

ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. poz. 2245; ustawa z 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. poz. 2439.

<sup>2</sup> Na potrzeby niniejszego artykułu termin „osoba z zaburzeniami psychicznymi” należy definiować analogicznie do art. 3 pkt 1 u.o.z.p., odnosi się również do osoby chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne), upośledzonej umysłowo oraz wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym. Na temat problemów z definiowaniem choroby psychicznej w systemie prawnym zob. S. Pużyński, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska” 2007, t. XLI, nr 3, s. 299–308.

<sup>3</sup> Zob. szerzej: S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997; P. Gałecki K. Bobińska, E. Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, LexisNexis, Warszawa 2013; J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, LexisNexis, Warszawa 2013.

<sup>4</sup> Motywacją ustawodawcy do nowelizacji tych przepisów były wyroki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w dwóch sprawach: *Kedzior vs. Polska* (skarga nr 45026/07) oraz *K.C. vs. Polska* (skarga nr 31199/12).

odpowiedź na pytanie, czy nowa regulacja wpłynęła na poprawę bezpieczeństwa pacjenta oraz usprawniła funkcjonowanie podmiotu leczniczego.

Autorka koncentrować się będzie wyłącznie wokół nowelizacji przepisów dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego, zatem poza jego ramami pozostaną regulacje dotychczas obowiązujące, w tym definicja oraz formy przymusu bezpośredniego<sup>5</sup>, stosowanie przymusu przez zespoły ratownictwa medycznego, które były już przedmiotem licznych analiz doktryny<sup>6</sup>. Rozważania poprzedzi analiza zmiany stanowiska ustawodawcy w sprawie aktu prawnego normującego stosowanie przymusu bezpośredniego. Następnie skoncentruje się wokół adresatów nowej regulacji, a w szczególności na ocenie zasadności poszerzenia kręgu podmiotów uprawnionych do stosowania przymusu. Analizie zostanie poddana również procedura związana z zastosowaniem przymusu bezpośredniego, w tym w porównaniu z derogowaną regulacją.

W prezentowanym badaniu posłużono się przede wszystkim metodą dogmatyczno-prawną (przy badaniu materiału normatywnego oraz dorobku doktryny). Równolegle stosowano metodę teoretycznoprawną (twórcza analiza instytucji prawnych oraz ocena jej praktycznego zastosowania). Posiłkowano się także metodą historyczną oraz prawnoporównawczą (porównanie nowej regulacji z derogowaną).

<sup>5</sup> Warto odnotować, że nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wyłączyła możliwość stosowania „innych urządzeń technicznych” przy stosowaniu unieruchomienia (zob. art. 3 pkt 6c u.o.z.p.).

<sup>6</sup> W tej kwestii zob. N. Karczevska-Kamińska, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018; B. Kmieciak, *Leczenie szpitalne w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień* [w:] A. Jacek, B. Kmieciak, E. Sarnacka, *Prawo dla lekarzy psychiatrów*, Difin, Warszawa 2018, s. 159–162; M. Balicki, *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 40–60; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, C.H. Beck, Warszawa 2017, s. 346–358; M. Babula, *Przymus w leczeniu pacjenta – wybrane problemy*, „Administracja: Teoria, Dydaktyka, Praktyka” 2014, nr 3(36), s. 77–94; T. Sroka, *Ochrona zdrowia psychicznego* [w:] *System prawa medycznego*, t. II, *Szczególne świadczenia zdrowotne*, C.H. Beck, Warszawa 2018, s. 492–503; A. Kubanek, *Przymus bezpośredni stosowany w celach leczniczych*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ” 2015, nr 4, s. 159–188; E. Sarnacka, *Leczenie w szpitalu psychiatrycznym. Formy i możliwości stosowania przymusu* [w:] *Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów*, red. A. Jacek, E. Sarnacka, Difin, Warszawa 2014, s. 167–184; A. Milik, *Przymus bezpośredni w psychiatrii w świetle obowiązujących przepisów*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 27, t. 9, s. 112–127. Na temat stosowania przymusu bezpośredniego przez zespoły ratownictwa medycznego zob.: M. Rudzki, B. Kmieciak, *Problem działań przymusowych podejmowanych wobec dzieci transportowanych do szpitala psychiatrycznego* [w:] *Zagadnienia prawa medycznego*, red. A. Górski, E. Sarnacka, Difin, Warszawa 2018, s. 167–183; M. Goniewicz, K. Goniewicz, M. Chrzanowska-Wąsik, *Przymus bezpośredni – nowe uprawnienia ratowników medycznych* [w:] *Nowa dekada polskiej medycyny ratunkowej*, red. J. Jakubaszko, PTMR, Wrocław 2012, s. 85–95; M. Goniewicz, I. Skitek-Adamczak, M. Witt, K. Goniewicz, *Stosowanie przymusu bezpośredniego w praktyce zespołów ratownictwa medycznego*, „Hygeia Public Health” 2015, nr 50(1), s. 70–74.

## Podstawa prawna stosowania przymusu bezpośredniego

Na wstępie prezentowanych rozważań należy zaznaczyć, że przed wejściem w życie omawianej nowelizacji, tj. przed 1 stycznia 2018 r., procedura stosowania przymusu bezpośredniego była unormowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 28 czerwca 2012 r. w sprawie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. poz. 740; dalej: derogowane rozporządzenie, r.p.b.) wydanym na podstawie upoważnienia ustawowego z art. 18 ust. 11 ustawy psychiatrycznej.

Przyjęte przez ustawodawcę rozwiązanie budziło uzasadnione zastrzeżenia odnośnie do jego konstytucyjności. Stosowanie przymusu bezpośredniego w samej swojej istocie związane jest z ograniczeniem wolności jednostki, tym samym powinno być unormowane w ustawie, a nie w rozporządzeniu<sup>7</sup>. Wolą ustrojodawcy wolność człowieka podlega ochronie prawnej (art. 31 ust. 1 Konstytucji RP), natomiast ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP). Użyty w art. 31 ust. 3 Konstytucji zwrot: „*tylko w ustawie*” nie jest równoznaczny z bezwzględnym zakazem zamieszczania jakichkolwiek ograniczeń konstytucyjnych praw i wolności w aktach podustawowych, jednakże zasadnicza i pierwszoplanowa rola w tym względzie powinna być odgrywana w ustawie<sup>8</sup>. Jak dalej zauważono w doktrynie: *Konstytucja RP wyraża i realizuje fundamentalną ideę, zgodnie z którą ograniczenia konstytucyjnych praw i wolności mogą zostać wprowadzone i utrzymane tylko wtedy, gdy przewiduje je (i ustanawia – przynajmniej w sensie pierwotnym) przepis prawa powszechnie obowiązującego zawarty w ustawie, a więc przepis, który jest przyjęty przez demokratycznie legitymowany parlament, w drodze przewidzianej prawem procedury ustawodawczej (gwarantującej przede wszystkim otwartość parlamentarnej debaty oraz możliwość pluralistycznego uwzględniania różnego rodzaju wchodzących w dany przypadek w grę interesów), odpowiednio ogłoszony i promulgowany oraz w przypadku którego istnieje – przynajmniej potencjalnie – możliwość poddania go prewencyjnej oraz następczej kontroli ze strony TK pod względem jego zgodności z Konstytucją RP*<sup>9</sup>.

Jak już wspomniano, Konstytucja RP dopuszcza przypadki, w których ustawodawca w ustawie formułuje jedynie podstawowe elementy ograniczeń, zaś ich rozwinięcie i uzupełnienie dokonywane jest w innym akcie. Należy jednak podkreślić, że powinny to być wyłącznie sytuacje, gdy w ustawie nie jest możliwe precyzyjne określenie, jakie ograniczenia mogą być ustanowione<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> Analogicznie: T. Sroka, *Ochrona zdrowia*, op. cit., s. 493–494,

<sup>8</sup> Za: L. Bosek, M. Szydło, *Komentarz do art. 31 [w:] Konstytucja RP*, t. I, Komentarz. Art. 1–86, red. M. Safjan, L. Bosek, C.H. Beck, Warszawa 2016.

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

<sup>10</sup> Za: B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2012.

Trybunał Konstytucyjny również podkreślił wyjątkowość takiej sytuacji, stojąc na stanowisku, że niedopuszczalne jest przyjmowanie w ustawie uregulowań blankietowych, które umożliwiają organom władzy wykonawczej lub samorządu lokalnego swobodę normowania kształtu ograniczeń, a zwłaszcza wyznaczania ich zakresu<sup>11</sup>. Regulacje dotyczące stosowania i kontroli przymusu bezpośredniego wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi do nich nie należą.

Mając powyższe na uwadze, nie można pozytywnie ocenić wcześniejszych działań ustawodawcy uprawniających ministra właściwego do spraw zdrowia do normowania zasad stosowania przymusu bezpośredniego w akcie rangi podustawowej. Dlatego należy pozytywnie ocenić zmiany przedmiotowej regulacji i umieszczenie zasad stosowania przymusu bezpośredniego w art. 18–18f u.o.z.p. Zasadne jest nawet stwierdzenie, że był to krok konieczny z uwagi na niekonstytucyjność dotychczasowego rozwiązania.

### **Krąg podmiotów uprawnionych do stosowania przymusu bezpośredniego**

Kluczowym aspektem nowelizacji przepisów dotyczących przymusu bezpośredniego było poszerzenie kręgu podmiotów uprawnionych do jego stosowania o podmioty lecznicze inne niż tylko szpital psychiatryczny<sup>12</sup> i świadczące całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową. Przyjęte rozwiązanie ma zasadnicze znaczenie dla kompleksowej oceny nowej regulacji, bowiem dotychczasowe pominięcie podmiotów innych niż szpitale psychiatryczne stanowiło duży problem natury praktycznej.

Ramy tego opracowania wykluczają prezentację zawiłości omawianej materii, będącej przedmiotem szerokich dyskusji w literaturze<sup>13</sup>. Konieczne jednak jest ukazanie skali problemów, których rozwiązania ustawa o ochronie zdrowia psychicznego dotychczas nie przynosiła. Jak słusznie wylicza B. Janiszewska, szerokiemu unormowaniu zasad przyjęcia do szpitala psychiatrycznego nie to-

<sup>11</sup> Wyrok TK z 12 stycznia 2000 r., sygn. akt P 11/98, Legalis nr 46357. Szerzej: B. Banaś, *Konstytucja Rzeczypospolitej, op. cit.*

<sup>12</sup> Pod pojęciem „szpital psychiatryczny” ustawa o ochronie zdrowia psychicznego rozumie również oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym, klinikę psychiatryczną, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz inny zakład leczniczy podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej sprawujący całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową (art. 3 pkt 2 u.o.z.p.)

<sup>13</sup> Zob. A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, *Stosowanie przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnozowania i terapii małoletnich pacjentów*, „Pediatria Polska” 2013, nr 88, oraz wskazana tam literatura; M. Łuksza, *Problem stosowania przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w niepsychiatrycznych podmiotach wykonujących działalność leczniczą wobec tzw. pacjenta agresywnego* [w:] *Zagadnienia prawa medycznego*, red. A. Górski, E. Sarnacka, Difin, Warszawa 2018, s. 113.

warzyszyła kompleksowa regulacja zasad udzielania zgody na czynności lecznicze przez pacjenta hospitalizowanego. Drugim wskazanym dylematem była odpowiedź na pytanie, jakimi normami odnośnie do zgody na leczenie należy się kierować w przypadku leczenia psychiatrycznego poza szpitalem psychiatrycznym, np. w przychodni. Szeroka definicja szpitala psychiatrycznego nie obejmuje świadczeń z zakresu psychiatrii udzielanych w formie ambulatoryjnej. Trzecią wątpliwość budzi potrzeba udzielenia pacjentowi psychiatrycznemu świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym niż szpital psychiatryczny – czy należy wówczas stosować kryteria zgody stypizowane w art. 3 pkt 4 u.o.z.p., czy na zasadach ogólnych<sup>14</sup>.

Warto następnie zwrócić uwagę na podwójny dylemat związany z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, któremu udzielane są świadczenia zdrowotne inne niż z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień. Pierwsze to pacjent z zaburzeniami psychicznymi, który w trakcie hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym wymagał innych świadczeń zdrowotnych i został przetransportowany do tego podmiotu leczniczego. Drugie – pacjent psychiatryczny, który wymaga leczenia nie z powodu zaburzeń psychicznych, ale np. z powodu kontuzji kończyny dolnej potrzebuje zabiegu chirurgicznego. Zdawać by się mogło, że ustawodawca dotychczas pomijał obie te kwestie.

Anna Augustynowicz i Iwona Wrześniewska-Wal dostrzegły również zawiłość kwestii zastosowania przymusu wobec małoletniego przyjętego do szpitala psychiatrycznego, któremu nie towarzyszy przedstawiciel ustawy. Przykładem obrazującym omawiany problem jest małoletni pacjent z zaburzeniami psychicznymi polegającymi na pobudliwości psychoruchowej będącej następstwem zapalenia opon mózgowych lub choroby zakaźnej, który został przywieziony do szpitala, niebędącego szpitalem psychiatrycznym, bez przedstawiciela ustawowego<sup>15</sup>.

W doktrynie wyrażono pogląd o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi hospitalizowanych na oddziałach, które nie udzielają świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień na podstawie art. 18 ust. 1 u.o.z.p. stanowiącego podstawę do zastosowania przymusu wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, który stwarza zagrożenie dla swojego zdrowia lub życia<sup>16</sup>. Zdaniem T. Dukiet-Nagórskiej: *ten sposób odczytywania treści art. 18 ust. 1 ustawy otwiera możliwość jego [przymusu bezpośredniego – uwaga E.S.] zastosowania (ale istnienia*

<sup>14</sup> Za: B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, C.H. Beck, Warszawa 2013.

<sup>15</sup> A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, *Stosowanie przymusu*, op. cit., s. 209.

<sup>16</sup> Zob. T. Dukiet-Nagórska, *Stosowanie ustawy o zawodzie lekarza przez psychiatrów i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przez lekarzy innych specjalności*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 4, s. 19; A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, *Stosowanie przymusu*, op. cit., oraz wskazana tam literatura; M. Łuksza, *Problem stosowania*, op. cit., s. 113.

tej możliwości nie przesądza), także w sytuacji, która polega na tym, że pacjent na skutek schorzeń somatycznych znajduje się w stanie psychicznym uniemożliwiającym działania medyczne, czyli nieświadomie dokonuje zamachu na swoje zdrowie<sup>17</sup>. Przywołany przepis nie tylko nie określa rodzaju placówki, w której może być zastosowany, ale również podmiotu działającego na jego podstawie, może nim być zatem lekarz o specjalizacji innej niż psychiatria lub bez specjalizacji<sup>18</sup>. Kontrowersje wśród przedstawicieli doktryny wzbudzał pogląd, że lekarz, który stoi w swego rodzaju konflikcie psychicznym – czy, aby udzielić pomocy pacjentowi niezdolnemu do wyrażenia zgody, może podjąć działania, do których nie ma umocowania prawnego? – może odwołać się do normy zawartej z art. 26 § 5 Kodeksu karnego<sup>19</sup>. Negacja stanowiska umożliwiającego lekarzowi zastosowanie przymusu podczas leczenia pacjenta, który w wyniku zaburzeń somatycznych nie jest zdolny do wyrażenia zgody, jest uzasadniona zwłaszcza przez teoretyków prawa. Powyższe rozwiązanie opiera się jedynie na wykładni systemowej, którą można podważyć w aspekcie stosowania przymusu w konfrontacji z przyrodzonym prawem do wolności<sup>20</sup>.

Obawy lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w podmiotach innych niż szpitale psychiatryczne potęgował również fakt, że przytoczony już art. 26 Kodeksu karnego wyłączał jedynie odpowiedzialność karną. Nie ograniczał możliwości pacjentów dochodzenia odpowiedzialności cywilnej tytułem naruszenia dóbr osobistych z art. 448 Kodeksu cywilnego<sup>21</sup>, zgodnie z którym sąd może przyznać osobie, której dobra osobiste zostały naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jej żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nią cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia. Warto odnotować, że obecnie w judykaturze panuje pogląd, zgodnie z którym dopuszczalna jest kumulacja roszczeń przewidzianych w art. 448 Kodeksu cywilnego<sup>22</sup>.

Wykazywano również niekonsekwencję ustawodawcy i rozbieżność pomiędzy uprzednio obowiązującym art. 18 u.o.z.p. a § 14 r.b.p., w świetle którego:

<sup>17</sup> T. Dukiet-Nagórska, *Stosowanie ustawy*, *op. cit.*, s. 19.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

<sup>19</sup> Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1600. Zob. T. Dukiet-Nagórska, *Stosowanie ustawy*, *op. cit.*, s. 20; A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, *Stosowanie przymusu*, *op. cit.*, s. 210; M. Łuksza, *Problem stosowania*, *op. cit.*, s. 115.

<sup>20</sup> Za: M. Łuksza, *Problem stosowania*, *op. cit.*, s. 115–116.

<sup>21</sup> Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1025.

<sup>22</sup> Uchwała SN Izba Cywilna z 9 września 2008 r., sygn. akt III CZP 31/08, Legalis; wyrok SN Izba Cywilna z 26 sierpnia 2009 r., sygn. akt I CSK 528/08, Legalis; uchwała SN Izba Cywilna z 19 czerwca 2007 r., sygn. akt III CZP 54/07, Legalis; wyrok SN Izba Cywilna z 17 marca 2006 r., sygn. akt I CSK 81/05, Legalis; wyrok SN Izba Cywilna z 28 września 2005 r., sygn. akt I CK 256/05, Legalis.

*gdy zastosowanie przymusu bezpośredniego ma miejsce w podmiocie leczniczym innym niż określony w § 13 ust. 1 [szpital psychiatryczny – przyp. E.S.] albo zlecającym jego zastosowanie jest lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej albo grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej, jest ono odnotowywane odpowiednio w historii choroby lub historii zdrowia i choroby. Analizując znaczenie przywołanej regulacji nie można nie zauważyć, że nie była ona spójna z uprzednim brzmieniem art. 18. u.o.z.p. Należy się zgodzić z poglądem wyrażonym w doktrynie, że literalne brzmienie normy zawartej w art. 18 ust. 1 pkt 1 i 2 umożliwia zastosowanie przymusu w stosunku do pacjenta znajdującego się w stanie psychicznym uniemożliwiającym podjęcie jakichkolwiek interwencji medycznych z powodu schorzeń somatycznych. Co więcej, przywołany przepis nie określał rodzaju placówki udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz specjalizacji lekarza uprawnionego do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu<sup>23</sup>. Zasadne jest zatem stwierdzenie, że ustawodawca miał na myśli również lekarzy w trakcie specjalizacji.*

Poszerzenie kręgu podmiotów uprawnionych do zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi widoczne jest w znowelizowanym art. 18 ust. 1 i 2 u.o.z.p. Ustawodawca dodał zwrot „innego zakładu leczniczego” do art. 18 ust. 1 pkt 3, umożliwiając stosowanie przymusu wobec osób, które poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego oraz jednostki pomocy społecznej, oraz do art. 18 ust. 2 i 4, które stanowią, że o zastosowaniu przymusu decyduje lekarz, jeżeli jednak uzyskanie jego decyzji jest niemożliwe – uprawnioną do zastosowania omawianego środka jest pielęgniarka.

Nowelizacja kręgu podmiotów uprawnionych do stosowania przymusu bezpośredniego ma duże znaczenie praktyczne, gdyż usprawni funkcjonowanie podmiotów leczniczych, które nie udzielają całodobowych świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień. Jedyne, nad czym w tym miejscu można się zastanowić, to odpowiedź na pytanie, czy właściwy był wybór miejsca wprowadzenia tej regulacji? Decyzją ustawodawcy procedura ograniczania wolności pacjentów z zaburzeniami psychicznymi została unormowana w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Warte rozważenia jest wprowadzenie omawianych przepisów do ustaw regulujących wykonywanie zawodu lekarza<sup>24</sup> oraz pielęgniarki<sup>25</sup>, ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2017, poz. 1318, ze zm.; dalej: ustawa o prawach

<sup>23</sup> M. Łuksza, *Problem stosowania*, op. cit., s. 113.

<sup>24</sup> Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, t.j. Dz.U. 2018, poz. 617, ze zm.

<sup>25</sup> Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, t.j. Dz.U. 2018, poz. 123, ze zm.



pacjenta, u.p.p.)<sup>26</sup> lub ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2018, poz. 160). Co prawda, można wysnuć argument natury socjologicznej, przemawiający za pierwszym rozwiązaniem – rosnąca znajomość ustawodawstwa zawodowego przez środowisko medyczne<sup>27</sup>, jednakże nie jest to argument prawny i takie rozwiązanie powodowało obowiązek dublowania przepisów celem umieszczenia ich zarówno w ustawie adresowanej do lekarzy, jak i pielęgniarek. Pomimo braku analiz znajomości ustaw branżowych przez pacjentów, można przypuszczać, że jest ona niewielka. Takie rozwiązanie byłoby zarówno sprzeczne z zasadami techniki prawodawczej, jak też nie wpłynęłoby pozytywnie na poziom znajomości regulacji. Rozważenia wymaga propozycja nowelizacji ustawy o prawach pacjenta, w szczególności rozdziału piątego dotyczącego prawa pacjenta do wyrażenia zgody<sup>28</sup> (art. 15–19). Proponowana koncepcja mogłaby zwiększyć świadomość prawną pacjentów oraz umożliwić kontrolę zasadności i procedury stosowania przymusu bezpośredniego przez Rzecznika Praw Pacjenta. Co więcej, naruszenie omawianych norm rodziłoby możliwość uzyskania przez pacjentów odszkodowania tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 4 u.p.p. Kwestią natury socjologicznej, nad którą warto się zastanowić, byłaby również ocena wpływu umieszczenia przedmiotowych norm w ustawie o prawach pacjenta na ich znajomość przez personel medyczny<sup>29</sup>, a tym samym na poziom respek-

<sup>26</sup> Taki postulat wysunęły A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, zob. *idem*, *Stosowanie przymusu*, *op. cit.*

<sup>27</sup> Zob. badania poziomu znajomości regulacji prawnych warunkujących wykonywanie zawodu przez personel medyczny: E. Grochans, T. Głowacka i in., *Wpływ poziomu wykształcenia pielęgniarek na znajomość wybranych aktów prawnych wykorzystywanych w pielęgniarstwie*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2011, nr 19, t. 4, s. 463–467; M. Pawlaczyk, K. Korzeniowska, R. Szajba, W. Gabrysiak, *Znajomość regulacji prawnych w badaniach klinicznych przez lekarzy – badanie pilotażowe*, „Farmacja Współczesna” 2015, nr 8, s. 1–5; M. Kotlenga, H. Grabowska, D. Świetlik, *Ocena wiedzy na temat aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki w Polsce w grupie pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2013, nr 21, t. 3, s. 290–296; E. Rozwadowska i in., *Ocena znajomości ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej przez studentów pielęgniarstwa i położnictwa oraz pielęgniarki i położne*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010, nr 18, t. 4, s. 443–454.

<sup>28</sup> Szerzej zob.: B. Janiszewska, *Zgoda pacjenta*, *op. cit.*; R. Kubiak, *Zgoda na zabieg medyczny. Kompendium dla lekarzy*, Warszawa 2013; M. Podgórnjak i in., *Rola świadomej zgody pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia*, „Journal of Education, Health and Sport” 2016, nr 6(4), s. 103–114.

<sup>29</sup> Zob. badania poziomu znajomości praw pacjenta przez personel medyczny: S. Kryska, A. Rej-Kietla, *Kształtowanie się wiedzy lekarzy oraz studentów ostatnich lat medycyny w zakresie prawa pacjenta do poufności informacji*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2014, t. XIV, nr 2, s. 271–280; J. Gotlin, G. Dykowska, Z. Sienkiewicz, E. Skanderowicz, *Ocena wiedzy i postaw personelu medycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Orłowskiego w Warszawie wobec praw pacjenta*, „Annales Academiae Midecae Silesiensis” 2014, nr 68, t. 2, s. 84–93.

towania<sup>30</sup>. Najtrafniejsze wydaje się zatem ostatnie z proponowanych rozwiązań – stypizowanie norm dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego w ustawie o działalności leczniczej, a dokładniej w rozdziale pierwszym działu drugiego („Zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych”) zatytułowanym „Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne”. Zasadność umieszczenia przedmiotowej regulacji w tym miejscu wynika ze specyfiki jej adresatów, którymi są nie tylko pacjenci i personel medycznych, ale również podmioty lecznicze. Przestrzeganie omawianych norm byłoby wówczas obowiązkiem całego personelu placówki – medycznego i administracyjnego. Co więcej, ustawa o działalności leczniczej, która ujednoliciła zasady przyjmowania pacjentów do szpitala, wprowadziła obowiązek informowania w razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, adresowana jest do wszystkich podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych, a tym samym zapewnia – a przynajmniej ma na celu – jednolite traktowanie pacjentów w podmiotach leczniczych. Zmiana miejsca regulacji nie ograniczyłaby uprawnień kontrolnych rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego<sup>31</sup> (dalej: RPPSP), gdyż pacjenci hospitalizowani w szpitalu psychiatrycznym, na podstawie normy stypizowanej w art. 10b ust. 1 u.o.z.p. nadal mieliby prawo do ochrony swoich praw<sup>32</sup> i pomocy RPPSP. Pacjenci hospitalizowani w innych podmiotach leczniczych nie zostali objęci zakresem podmiotowym kompetencji rzecznika. Należy w tym miejscu podnieść, że poszerzenie katalogu podmiotów uprawnionych do stosowania przymusu bezpo-

<sup>30</sup> Sprawozdanie Rzecznika Prawa Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2017 wykazało 73 naruszenia prawa pacjenta do informacji i wyrażenia zgody. Wykazano, że – w ujęciu procentowym – frekwencja utrzymuje się na poziomie analogicznym do roku 2016. Największą dotychczas poprawę w respektowaniu prawa pacjenta do informacji i wyrażenia zgody Biuro Rzecznika Praw Pacjenta odnotowało w 2016 r., [https://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/bip/sprawozdania\\_roczne/sprawozdanie\\_rpp\\_za\\_2017r.pdf](https://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/sprawozdania_roczne/sprawozdanie_rpp_za_2017r.pdf). Zob. także analizę sprawozdań Rzecznika Praw Pacjenta z lat 2010–2011: A. Jacek, K. Ożóg, *Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny*, „Hygea Public Health” 2012, nr 47(3), s. 264–271.

<sup>31</sup> Na temat RPPSP zob. J. Ciechorski, *Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 1(58), t. 17; B. Kmiecik, *Prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi* [w:] A. Jacek, B. Kmiecik, E. Sarnacka, *Prawo dla lekarzy psychiatrów*, Difin, Warszawa 2018, s. 169–179; U. Drozdowska, *Prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Działalność rzeczników praw pacjenta psychiatrycznego* [w:] *Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów*, red. A. Jacek, E. Sarnacka, Difin, Warszawa 2014, s. 151–166.

<sup>32</sup> W zakresie praw pacjentów szpitala psychiatrycznego zob. B. Kmiecik, *Prawa pacjenta*, *op. cit.*, s. 177–180; U. Drozdowska, *Prawa pacjenta*, *op. cit.*, s. 166–168; NIK, „Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym”, informacja o wynikach kontroli, nr ewid. 19/2012/p/11/093/KZD.

średniego przy jednoczesnym ograniczeniu kompetencji RPPSP do pacjentów szpitala psychiatrycznego stanowi poważną niekonsekwencję ustawodawcy.

Podsumowując powyższe, należy stwierdzić, że poszerzenie kręgu podmiotów uprawnionych do stosowania przymusu bezpośredniego o podmioty nieudzielające świadczeń całodobowych i stacjonarnych z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień jest rozwiązaniem słusznym, gdyż umożliwia tym placówkom korzystanie ze środka, który niekiedy jest dla nich konieczny. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi nie wymagają jedynie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii, są hospitalizowani również na innych oddziałach, np. w związku z potrzebą interwencji chirurgicznej. Co więcej, coraz częściej spotykane przejawy agresji wobec personelu medycznego<sup>33</sup> wykazują potrzebę typizacji środków przymusu we wszystkich podmiotach leczniczych. Poszerzenie katalogu uprawnionych podmiotów powinno jednak spowodować zmianę miejsca przedmiotowej regulacji. Ustawodawca, tworząc normy adresowane do wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych pacjentom z zaburzeniami psychicznymi, powinien stypizować je w akcie prawnym adresowanym do tego rodzaju podmiotów, którym – w obowiązującym stanie prawnym – jest ustawa o działalności leczniczej.

### **Stosowanie przymusu bezpośredniego w podmiocie leczniczym**

Ocena nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie może być prowadzona w oderwaniu od zasad towarzyszących jej stosowaniu. Prezentowane w tej części rozważania dotyczyć będą zarówno praktycznych aspektów stosowania omawianego środka w szpitalu psychiatrycznym, jak też w podmiocie leczniczym, który nie udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień całodobowo i stacjonarnie. Ponadto, nowa procedura zostanie skonfrontowana z uprzednią regulacją wynikającą z derogowanego rozporządzenia.

Analogicznie do wcześniejszej regulacji decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego podejmuje lekarz (art. 18 ust. 2 u.o.z.p.), który określa rodzaj zastosowanego środka oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Nałożony

---

<sup>33</sup> Zob. K. Kowalczyk i in., *Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89, t. 2, s. 211–215; B. Jankowiak i in., *Narażenie pielęgniarek na agresję w miejscu pracy*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D” 2006, nr 2, s. 458–463; J. Lickiewicz, J. Piątek, *Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarzkiej*, „Sztuka Leczenia” 2014, nr 3–4, s. 11–22; D. Grudzień, P. Zurzycka, T. Radzik, *Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2015, nr 45, t. 4, s. 242–247; K. Frydrysiak, J. Ejdukiewicz, M. Grzeškowiak, *Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu szpitalnego oddziału ratunkowego*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2016, nr 10, s. 46–51; K. Frydrysiak, *Agresja pacjentów zagrożeniem w pracy zespołów ratownictwa medycznego*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2014, nr 8, s. 381–391.

przez ustawodawcę obowiązek osobistego nadzoru wyklucza podjęcie decyzji o zastosowaniu przymusu za pomocą środków komunikacji na odległość. Przedmiotowa regulacja stanowi *lex specialis* do art. 2 ust. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym lekarz może udzielać świadczeń zdrowotnych za pomocą systemów teleinformatycznych oraz systemów łączności. Wyłączenie możliwości wydania na odległość decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego stanowi dobre rozwiązanie, gdyż nie jest wówczas możliwe współdziałanie pacjenta z uwagi na jego stan psychiczny. Co więcej, zastosowanie przymusu w leczeniu jest sytuacją nadzwyczajną. Decyzja o jego zastosowaniu powinna być podjęta wyłącznie po dokładnej analizie stanu zdrowia pacjenta oraz tylko wówczas, gdy inne środki nie mogą być zastosowane bądź ich uprzednie zastosowanie okazało się niewystarczające. Nadto, obowiązkiem lekarza jest nie tylko podjęcie decyzji o zastosowaniu środka możliwie najmniej niedogodnego dla pacjenta, ale również zapewnienie, że jego wykonywanie będzie proporcjonalne do stanu zdrowia pacjenta. Fakt, że świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentowi, który ma zaburzenia psychiczne, nie wyłącza obowiązku stosowania przez personel medyczny oraz personel pomocniczy (m.in. sanitariusze, salowe, personel administracyjny) praw pacjenta, zwłaszcza prawa do poszanowania godności i intymności.

Zarówno obowiązująca, jak i derogowana ustawa nie wymagają, by decyzja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz nadzór nad jej wykonaniem podejmowana była przez lekarza psychiatrę. Ustawodawca posługując się terminem „lekarz”, przyznał omawiane uprawnienie każdej osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu lekarza, również tym bez specjalizacji. Przyjęte rozwiązanie ma duże znaczenie praktyczne, gdyż zastosować przymus bezpośredni wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi może każdy lekarz opiekujący się pacjentem w danym momencie, w tym również lekarz dyżurny. Niepokój budzi jedynie pełne zaufanie ustawodawcy do podmiotów leczniczych pod kątem braku wymogu doświadczenia przy pełnieniu dyżurów medycznych<sup>34</sup>.

<sup>34</sup> Do pełnienia dyżuru medycznego mogą być zobowiązani wszyscy pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (art. 95 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Należy zgodzić się ze stanowiskiem wyrażonym w doktrynie, że obowiązek pełnienia dyżurów powstaje równocześnie z zawarciem umowy o pracę przez pracownika wykonującego zawód medyczny i posiadającego wyższe wykształcenie. Zobowiązanie pracownika do pełnienia dyżuru ma charakter polecenia pracodawcy, za: M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 332. Jednakże SN stanął na stanowisku, że dyżur medyczny stanowi odrębną kategorię prawną pracy ponadnormatywnej. Godziny dyżuru nie mogą pokrywać się z „normalnymi godzinami pracy” w ramach wymiaru (wyrok SN Izba Pracy z 4 czerwca 2013 r., sygn. akt I PK 293/12). Co za tym idzie, lekarze (w tym lekarze rezydenci) uprawnieni są do dodatkowego wynagrodzenia z tytułu pełnienia dyżurów medycznych.

Obowiązujące przepisy nie wykluczają (a tym samym umożliwiają) pełnienie samodzielnie dyżurów przez lekarzy rezydentów. W efekcie prawdopodobna jest sytuacja, kiedy dyżur realizowany jest samodzielnie nawet przez lekarza rezydenta będącego w trakcie pierwszego roku specjalizacji. Brak odpowiedniego przygotowania i doświadczenia może mieć negatywny wpływ na jego nadzór nad zastosowaniem przymusu, a tym samym na realizację praw pacjenta.

W przypadku braku możliwości uzyskania natychmiastowej decyzji lekarza, ustawodawca upoważnił pielęgniarkę do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu oraz zobowiązał ją do osobistego nadzoru nad jego wykonaniem. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na dychotomię kompetencji pielęgniarki wykonującej zawód w podmiocie leczniczym oraz w domu pomocy społecznej, a w szczególności na nadzór nad tą decyzją. Pierwsza z wymienionych zobowiązana jest do natychmiastowego poinformowania lekarza oraz odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej. Druga natomiast informuje kierownika domu pomocy społecznej, którego obowiązkiem jest zawiadomienie o podjętych działaniach lekarza psychiatrę upoważnionego przez marszałka województwa. Decyzja pielęgniarki zatrudnionej w podmiocie leczniczym będzie przez lekarza zweryfikowana niezwłocznie bądź w najszybszym możliwym terminie, który niekiedy może trwać kilka godzin, jeżeli lekarz odpowiedzialny za pacjentów jest w trakcie konsultacji lekarskiej w innej części budynku (np. na szpitalnym oddziale ratunkowym) bądź na sali operacyjnej. Jednakże nawet wydłużony czas oczekiwania na zatwierdzenie bądź nakaz zaprzestania stosowania przymusu będzie w praktyce znacznie krótszy niż w przypadku pielęgniarki zatrudnionej w domu pomocy społecznej, której obowiązkiem jest poinformowanie kierownika. Warto odnotować, iż ustawodawca nie nałożył na kierownika obowiązku kontroli stosowania przymusu, co jest uzasadnione brakiem obowiązku posiadania przez niego wykształcenia medycznego. Ma to jednak wpływ na moment pierwszego nadzoru nad decyzją pielęgniarki. Powiadomiony przez personel domu pomocy społecznej lekarz psychiatra również nie jest zobowiązany do kontroli podjętych działań. Co więcej, moment uzyskania informacji o zastosowaniu przymusu również może być znacznie późniejszy niż w przypadku działań podjętych w szpitalu. Powołani przez marszałka województwa lekarze psychiatry nie są zobowiązani do pozostawania w pełnej dyspozycyjności przez całą dobę. Możliwa jest zatem sytuacja, że o działaniach podjętych w porze nocnej lekarz psychiatra uzyska informację dopiero rano. Z uwagi na fakt, że stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji w domu pomocy społecznej możliwe jest przez maksymalnie 8 godzin, po upływie których należy zakończyć stosowanie środka lub przewieźć mieszkańca do szpitala (art. 18b ust. 2 u.o.z.p. oraz uprzednio § 5 ust. 1 r.p.b.), nie można wykluczyć możliwości, iż lekarz psychiatra uzyska tę informację po przewiezieniu pacjenta do szpitala bądź po zaprzestaniu stosowania przymusu.

Konsekwencją powyższego jest dysproporcja w środkach nadzoru nad decyzją o stosowaniu przymusu przez pielęgniarkę wykonującą zawód w podmiocie leczniczym oraz w domu pomocy społecznej, którego efektem może być nadużywanie uprawnień przez placówki wykonujące zadania z zakresu polityki społecznej.

Ustawodawca chcąc wyeliminować, a przynajmniej ograniczyć, możliwość nadużywania uprawnień stosowania przymusu bezpośredniego, zdecydował się na wprowadzenie obowiązkowej oceny zasadności jego stosowania w terminie 3 dni<sup>35</sup>. Decyzję lekarza wykonującego zawód w podmiocie leczniczym (w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie przymusu przez innego lekarza) ocenia kierownik tego podmiotu, natomiast decyzję innych osób (pielęgniarki i osoby kierującej zespołem ratownictwa medycznego) – wyznaczony przez marszałka województwa lekarz psychiatra. Kwestią budzącą uzasadnione wątpliwości jest brak związku między art. 18a ust. 10 pkt 2 u.o.z.p. a art. 43 ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (t.j. Dz.U. 2018, poz. 913) regulującym zadania marszałka województwa. Ustawodawca przewidując obowiązek oceny stosowania przymusu przez lekarza psychiatrę wyznaczonego przez marszałka województwa, nie nałożył na tego ostatniego obowiązku powoływania tego lekarza. Marszałek województwa nie jest zobowiązany do powoływania lekarzy oceniających stosowanie przymusu, a jedynie do tego uprawniony. Możliwe jest zatem, że w województwie nie ma podmiotu oceniającego stosowanie przymusu.

W tym miejscu można się zastanowić, czy nie lepszym rozwiązaniem byłoby zobowiązanie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii do kontroli przedmiotowych działań. Co prawda, zastrzeżenia do proponowanego rozwiązania budzi fakt, że powołanie konsultantów wojewódzkich oraz wybór dziedzin, z których są powoływani, jest uprawnieniem a nie obowiązkiem wojewody (art. 6 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, t.j. Dz.U. 2017, poz. 890; dalej: u.k.o.z.), jednak praktyka wskazuje, że w przeważającej większości województw konsultanci wojewódzcy z zakresu psychiatrii zostali powołani<sup>36</sup>. Co więcej, zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 10 ust. 1 pkt 1

---

<sup>35</sup> Interesującym, aczkolwiek pozostającym poza ramami niniejszego opracowania, tematem jest sądowa kontrola stosowania przymusu bezpośredniego stosowanego w szpitalach psychiatrycznych oraz domach pomocy społecznej stypizowana w art. 43 u.o.z.p. Z analizy sprawozdań sędziów kontrolujących szpitale psychiatryczne i domy pomocy społecznej w 2011 r. oraz do kwietnia 2012 r. wynika, że zbyt często kontrola miała charakter formalny, rutynowy, wręcz powierzchowny. Niepokojem napawa również fakt, że badania wykazały, niekiedy drastyczne, naruszanie praw osób leczonych psychiatrycznie lub poddanych opiece psychiatrycznej, zob. T. Gardocka, *Efektywność sądowej kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi, przebywających w domach pomocy społecznej i zakładach leczenia psychiatrycznego*, „Prawo w Działaniu. Sprawy Karne” 2013, nr 13, s. 7–31.

<sup>36</sup> Województwami niedysponującymi konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii są wyłącznie łódzkie oraz śląskie, zob. <https://www.gov.pl/zdrowie/konsultanci-wojewodzcy> oraz wskazane tam serwisy urzędów wojewódzkich (stan na 6 września 2018 r.).

u.k.o.z. do zadań konsultantów wojewódzkich należy przeprowadzanie kontroli podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, jednakże wyłącznie tych, które realizują kształcenie przed- i podyplomowe zawodów medycznych i innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia<sup>37</sup>. Kontrargumentem do proponowanego rozwiązania jest obawa, że nadmierne obciążanie konsultantów obowiązkami, przy jednoczesnym niewielkim wynagrodzeniu za ich pracę, może skutkować brakiem chętnych do pełnienia tej funkcji. Ponadto zmiana podmiotu oceniającego zastosowanie przymusu bezpośredniego wymagałaby postulatów *de lege ferenda* nowelizacji ustawy o konsultantach wojewódzkich w ochronie zdrowia.

Kwestią wymagającą szczególnej uwagi jest procedura stosowania przymusu bezpośredniego. Prezentowana część rozważań koncentrować się będzie wokół oceny nowej regulacji z perspektywy praktycznego zastosowania w szpitalu psychiatrycznym oraz w podmiocie leczniczym, który nie prowadzi działalności leczniczej w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień całodobowo i w formie stacjonarnej. Skonfrontowane zostaną także podobieństwa i różnice pomiędzy znowelizowaną ustawą a derogowanym rozporządzeniem.

Stosowanie przymusu bezpośredniego stanowi okoliczność wyjątkową. Odstępstwo od obowiązku uzyskania zgody pacjenta nie może być traktowane jak każdy inny środek stosowany w terapii. Co za tym idzie, czas jego stosowania powinien być zarówno najkrótszy, jak też limitowany. Ustawodawca przyjął słuszne stanowisko, że przymus może trwać wyłącznie do czasu ustania przyczyn jego zastosowania (art. 18a ust. 4 u.o.z.p. oraz § 3 r.p.b.).

Zastosowanie przymusu w formie unieruchomienia oraz izolacji może trwać nie dłużej niż 4 godziny (art. 18a ust. 5 u.o.z.p. oraz § 4 ust. 1 r.p.b.). Jeżeli ten okres będzie niewystarczający, lekarz może przedłużyć jego stosowanie na dalsze dwa okresy trwające 6 godzin każdy. Każdorazowo ma jednak obowiązek osobiście zbadać pacjenta (art. 18a ust. 8 u.o.z.p. oraz § 4 ust. 4 r.p.b.). Przyjęte rozwiązanie jest analogiczne w omawianej ustawie oraz rozporządzeniu dotyczącym stosowania przymusu. Jest ono również zgodne z podejściem ustawodawcy do samej instytucji – obowiązku stałego monitorowania pacjenta oraz decyzja o stosowaniu środka wyłącznie po jego zbadaniu. Po upływie 24 godz. od zastosowania przymusu lekarz jest zobowiązany do poinformowania o tym fakcie osobę kierującą oddziałem (art. 18a ust. 11 u.o.z.p. oraz § 4 ust. 6 r.p.b.).

W przeciwieństwie do norm zawartych w rozporządzeniu, nowelizacja ustawy psychiatrycznej wprowadziła obowiązek uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą przy każdorazowej decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

---

<sup>37</sup> O uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli konsultanci wojewódzcy zobowiązani są poinformować organy administracji rządowej, podmioty tworzące oddziały wojewódzkie NFZ oraz Rzecznika Praw Pacjenta (art. 10 ust. 1 pkt 4 u.k.o.z.).

(art. 18a ust. 10 u.o.z.p.). Należy się zgodzić z poglądem wyrażonym w doktrynie, że literalne brzmienie omawianego przepisu wyklucza możliwość wydania opinii przez lekarza będącego w trakcie specjalizacji z zakresu psychiatrii<sup>38</sup>.

Przyjęte rozwiązanie nasuwa jednak problem natury praktycznej. O ile jego zastosowanie w szpitalu psychiatrycznym nie powinno stanowić problemu, o tyle sytuacja w podmiocie leczniczym, w którym oddział psychiatryczny stanowi tylko jeden z oddziałów placówki i w którym podczas dyżurów udziela świadczeń wyłącznie jeden lekarz psychiatra, będzie zdecydowanie trudniejsza. Jeszcze większy problem z realizacją normy stypizowanej w art. 18a ust. 10 u.o.z.p. będzie miał lekarz, który udziela świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym, który nie współpracuje z żadnym lekarzem psychiatrą. Pojawia się wówczas pytanie – jakie są możliwości uzyskania opinii lekarza psychiatrii w sprawie przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego? Czyjej opinii powinien zasięgnąć lekarz dyżurujący w podmiocie leczniczym, który nie zatrudnia lekarza psychiatrii?

Dostrzegając opisany wyżej problem, Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się, w piśmie z 26 marca 2018 r. o numerze RzPP-DZP-WRI.420.4.2018.13.BOL<sup>39</sup>, z prośbą o nowelizację przepisów dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego. Podstawą przywołanej interwencji były wyniki ankiety przeprowadzonej w ponad 100 szpitalach psychiatrycznych w całej Polsce, dotyczącej problemów związanych ze stosowaniem omawianych norm. Rzecznik podkreślił, że z uwagi na braki kadrowe zasięgnięcie opinii lekarza psychiatrii jest bardzo utrudnione, a niekiedy wręcz niemożliwe. Przeprowadzone badanie wykazało duże rozbieżności w realizacji omawianych norm. W części placówek przymus stosowany był na zasadach obowiązujących przed nowelizacją, tym samym z naruszeniem obowiązujących norm. Niektóre podmioty lecznicze przyjęły rozwiązanie, które również należy ocenić negatywnie, a mianowicie opinia zasięgnięta jest wyłącznie, jeśli przymus został zlecony przez lekarza innej specjalności niż psychiatra. Rozwiązaniem, które należy ocenić pozytywnie, było zawarcie dodatkowych umów na opinie przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego (negatywną jednak konsekwencją był fakt, iż zwiększono w ten sposób finansowanie udzielania świadczeń zdrowotnych przy jednoczesnym braku zapewnienia źródła pokrycia nowych kosztów). Odpowiadając na wniosek Rzecznika Praw Pacjenta, Ministerstwo Zdrowia zapewniło, że konieczność uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą będzie jeszcze przedmiotem konsultacji z tym środowiskiem<sup>40</sup>.

<sup>38</sup> Za: B. Kmiecik, *Leczenie szpitalne*, op. cit., s. 160, przypis 79.

<sup>39</sup> [http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/bip/wystapienia\\_rzecznika/dzp-wri.420.4.2018.13.bol-26.03.18.pdf](http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/wystapienia_rzecznika/dzp-wri.420.4.2018.13.bol-26.03.18.pdf) [dostęp: 6 września 2018 r.].

<sup>40</sup> Pismo z 24 kwietnia 2018 r. nr IK 1288420, [http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/bip/praca/odpowiedz\\_w\\_sprawie\\_rzpp-dzp-wri.420.4.2018.13.bol.pdf](http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/praca/odpowiedz_w_sprawie_rzpp-dzp-wri.420.4.2018.13.bol.pdf) [dostęp: 7 września 2018 r.].



Podsumowanie tej części należy rozpocząć od stwierdzenia, że nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego tylko w nieznacznym stopniu różni się od uprzednio stosowanych norm zawartych w rozporządzeniu. Z wyłączeniem nowego obowiązku uzyskania konsultacji lekarza psychiatry przy przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego, można uznać, że normy stypizowane w rozporządzeniu zostały przeniesione do ustawy psychiatrycznej. Zastanowienia wymaga natomiast nowa regulacja, która już budzi kontrowersje środowiska lekarzy psychiatrów. Badania przeprowadzone w szpitalach psychiatrycznych przez Rzecznika Praw Pacjenta wykazały trudności w interpretacji oraz stosowaniu nowych przepisów. Rozwiązaniem mogłoby być natomiast doprecyzowanie przez ustawodawcę podmiotu zobowiązanego do udzielania przedmiotowych opinii. Pojawia się jednak pytanie o to, kto będzie podmiotem konsultującym? Nie byłoby właściwe rozwiązanie polegające na nałożeniu tego obowiązku na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii, gdyż nie można zapewnić pełnej dyspozycyjności tego konsultanta dla wszystkich placówek o każdej porze. Jest to problematyczne, tym bardziej że ustawodawca nie przewidział instytucji zastępców konsultantów. Drugim, bardziej trafnym rozwiązaniem, jest wprowadzenie całodobowej infolinii, umożliwiającej kontakt, obejmujący także osobiste zbadanie pacjenta, z lekarzem psychiatrą i finansowanej przez oddziały wojewódzkie NFZ. Ta propozycja rozwiązałaby problem ewentualnego dodatkowego obciążenia finansowego podmiotów leczniczych, stąd obowiązek zapewnienia takich konsultacji przez te placówki nie jest nawet proponowany – zwiększyłyby zobowiązania wszystkich placówek na terenie województwa, natomiast infolinia finansowana przez NFZ nie powodowałaby tego problemu. Co więcej, nadzór nad konsultacjami udzielanymi przez lekarzy psychiatrów mógłby sprawować konsultant wojewódzki ds. psychiatrii. *Ratio legis* proponowanego rozwiązania jest nie tylko możliwość jednolitego realizowania omawianych przepisów przez wszystkie placówki, ale również zapewnienie odpowiedniego nadzoru, który jest konieczny przy stosowaniu tak nadzwyczajnego środka, jakim jest przymus bezpośredni.

## Podsumowanie

Reasumując wszystkie rozważania przedstawione w tekście, można wyciągnąć kilka wniosków. Po pierwsze, typizacja norm dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego w ustawie, a nie w rozporządzeniu była rozwiązaniem koniecznym. Ustawodawca, podejmując się nowelizacji, rozwiązał problem niekonstytucyjności przepisów.

Po drugie, umożliwienie stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi hospitalizowanych nie tylko w szpitalach psychiatrycznych należy uznać za rozwiązanie dobre oraz potrzebne. Nie można bowiem założyć, że ci pacjenci nie będą korzystali z innego rodzaju świadczeń, np. chirurgicznych czy geriatrycznych.

Po trzecie, nie można w sposób uprawniony stwierdzić, że analizowana regulacja została przez ustawodawcę doprecyzowana. Bardziej trafne jest stwierdzenie, że ustawodawca „poszedł na skróty”, ograniczając się w znacznej mierze do przeniesienia norm stypizowanych w rozporządzeniu o stosowaniu przymusu bezpośredniego do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przy jednoczesnym poszerzeniu ich o obowiązek konsultacji lekarza psychiatry. Przepis ten spowodował znaczne utrudnienia w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych.

Po czwarte, zastrzeżenia budzi fakt, że nadal brakuje jednolitego oraz mającego praktyczne zastosowanie dla wszystkich placówek rozwiązania zapewniającego prawidłowy nadzór nad stosowaniem przymusu bezpośredniego wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Wszystko wskazuje na to, że ustawodawca, podejmując się nowelizacji, zaniedbał analizę jej praktycznego zastosowania przez wszystkie podmioty lecznicze, które od jej uchwalenia będą uprawnione do stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oraz obowiązek zapewnienia poszanowania prawa i godności omawianych grup pacjentów. Konieczna zatem jest ponowna nowelizacja ustawy przy jednoczesnej konsultacji nie tylko z lekarzami psychiatrami, ale również z kierownikami podmiotów leczniczych, zwłaszcza tych placówek, które nie mają oddziałów psychiatrycznych i dla których dostęp do konsultacji lekarza psychiatry jest utrudniony. Powyższe prowadzi zatem do konkluzji, że odpowiedź na pytanie postawione na początku prezentowanych rozważań, czy nowa regulacja wpłynęła na poprawę bezpieczeństwa pacjenta oraz funkcjonowanie podmiotów leczniczych, musi być przecząca.

## Bibliografia

- Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., *Stosowanie przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnozowania i terapii małoletnich pacjentów*, „Pediatria Polska” 2013, nr 88.
- Babula M., *Przymus w leczeniu pacjenta – wybrane problemy*, „Administracja: Teoria, Dydaktyka, Praktyka” 2014, nr 3 (36).
- Balicki M., *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2012.
- Bosek L., Szydło M., *Komentarz do art. 31 [w:] Konstytucja RP, t. I, Komentarz. Art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Ciechorski J., *Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 1(58), t. 17.
- Dąbrowski S., Pietrzykowski J., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997.

- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Drozdowska U., *Prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Działalność rzeczników praw pacjenta psychiatrycznego* [w:] *Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów*, red. A. Jacek, E. Sarnacka, Difin, Warszawa 2014.
- Duda J., *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, LexisNexis, Warszawa 2013.
- Dukiet-Nagórska T., *Stosowanie ustawy o zawodzie lekarza przez psychiatrów i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przez lekarzy innych specjalności*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 4.
- Frydrysiak K., *Agresja pacjentów zagrożeniem w pracy zespołów ratownictwa medycznego*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2014, nr 8.
- Frydrysiak K., Ejdukiewicz J., Grześkowiak M., *Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu szpitalnego oddziału ratunkowego*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2016, nr 10.
- Gałęcki P., Bobińska K., Eichstaedt E., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, LexisNexis, Warszawa 2013.
- Gardocka T., *Efektywność sądowej kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi, przebywających w domach pomocy społecznej i zakładach leczenia psychiatrycznego*, „Prawo w Działaniu. Sprawy Karne” 2013.
- Goniewicz M., Goniewicz K., Chrzanowska-Wąsik M., *Przymus bezpośredni – nowe uprawnienia ratowników medycznych* [w:] *Nowa dekada polskiej medycyny ratunkowej*, red. J. Jakubaszko, PTMR, Wrocław 2012.
- Goniewicz M., Skitek-Adamczak I., Witt M., Goniewicz K., *Stosowanie przymusu bezpośredniego w praktyce zespołów ratownictwa medycznego*, „Hygeia Public Health” 2015, nr 50(1).
- Gotlin J., Dykowska G., Sienkiewicz Z., Skanderowicz E., *Ocena wiedzy i postaw personelu medycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Orłowskiego w Warszawie wobec praw pacjenta*, „Annales Academiae Midecae Silesiensis” 2014, nr 68, t. 2.
- Grochans E., Głowacka T. i in., *Wpływ poziomu wykształcenia pielęgniarek na znajomość wybranych aktów prawnych wykorzystywanych w pielęgniarstwie*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2011, nr 19, t. 4.
- Grudzień D., Zurzycka P., Radzik T., *Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2015, nr 45, t. 4.
- Jacek A., Ożóg K., *Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny*, „Hygeia Public Health” 2012, nr 47(3).
- Janiszewska B., *Zgoda pacjenta na udzielanie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnętrz-systemowe*, C.H. Beck, Warszawa 2013.
- Jankowiak B. i in., *Narażenie pielęgniarek na agresję w miejscu pracy*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D” 2006, nr 2.
- Karczewska-Kamińska N., *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018.

- Kmieciak B., *Leczenie szpitalne w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień* [w:] A. Jacek, B. Kmieciak, E. Sarnacka, *Prawo dla lekarzy psychiatrów*, Difin, Warszawa 2018.
- Kmieciak B., *Prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi* [w:] A. Jacek, B. Kmieciak, E. Sarnacka, *Prawo dla lekarzy psychiatrów*, Difin, Warszawa 2018.
- Kotlenga M., Grabowska H., Świetlik D., *Ocena wiedzy na temat aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarstwa w Polsce w grupie pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2013, nr 21, t. 3.
- Kowalczyk K. i in., *Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89, t. 2.
- Kryśka S., Rej-Kietla A., *Kształtowanie się wiedzy lekarzy oraz studentów ostatnich lat medycyny w zakresie prawa pacjenta do poufności informacji*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2014, t. XIV, nr 2.
- Kubanek A., *Przymus bezpośredni stosowany w celach leczniczych*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ” 2015, nr 4.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, C.H. Beck, Warszawa 2017.
- Kubiak R., *Zgoda na zabieg medyczny. Kompendium dla lekarzy*, Warszawa 2013.
- Lickiewicz J., Piątek J., *Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarstwa*, „Sztuka Leczenia” 2014, nr 3–4.
- Łuska M., *Problem stosowania przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w niepsychiatrycznych podmiotach wykonujących działalność leczniczą wobec tzw. pacjenta agresywnego* [w:] *Zagadnienia prawa medycznego*, red. A. Górski, E. Sarnacka, Difin, Warszawa 2018.
- Milik A., *Przymus bezpośredni w psychiatrii w świetle obowiązujących przepisów*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 27, t. 9.
- NIK, „Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym”, informacja o wynikach kontroli, nr ewid. 19/2012/p/11/093/KZD.
- Pawlaczyk M., Korzeniowska K., Szajba R., Gabrysiak W., *Znajomość regulacji prawnych w badaniach klinicznych przez lekarzy – badanie pilotażowe*, „Farmacja Współczesna” 2015, nr 8.
- Podgórnik M. i in., *Rola świadomej zgody pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia*, „Journal of Education, Health and Sport” 2016, nr 6(4).
- Pużyński S., *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska” 2007, nr 3, t. XXI.
- Rozwadowska E. i in., *Ocena znajomości ustawy o zawodzie pielęgniarstwa i położnej przez studentów pielęgniarstwa i położnictwa oraz pielęgniarki i położne*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010, nr 18 t. 4.
- Rudzki M., Kmieciak B., *Problem działań przymusowych podejmowanych wobec dzieci transportowanych do szpitala psychiatrycznego* [w:] *Zagadnienia prawa medycznego*, red. A. Górski, E. Sarnacka, Difin, Warszawa 2018.
- Sarnacka E., *Leczenie w szpitalu psychiatrycznym. Formy i możliwości stosowania przymusu* [w:] *Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów*, red. A. Jacek, E. Sarnacka, Difin, Warszawa 2014.

Sroka T., *Ochrona zdrowia psychicznego [w:] System prawa medycznego*, t. II, *Szczególne świadczenia zdrowotne*, C.H. Beck, Warszawa 2018.

### **Akty prawne**

- Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1025.
- Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1878.
- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, t.j. Dz.U. 2018, poz. 617, ze zm.
- Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, t.j. Dz.U. 2018, poz. 1600.
- Ustawa z 31 lipca 1997 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. nr 113, poz. 731.
- Ustawa z 1 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. nr 141, poz. 1183.
- Ustawa z 23 lipca 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. nr 180, poz. 1108.
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz.U. 2017, poz. 1318, ze zm.
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, t.j. Dz.U. 2017, poz. 890.
- Ustawa z 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 2011, nr 6, poz. 19.
- Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz.U. 2018, poz. 160.
- Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, t.j. Dz.U. 2018, poz. 123, ze zm.
- Ustawa z 12 października 2017 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. poz. 2245.
- Ustawa z 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. poz. 2439.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 czerwca 2012 r. w sprawie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, Dz.U. poz. 740.

### **Orzecznictwo**

- Wyrok TK z 12 stycznia 2000 r., sygn. akt P 11/98, Legalis.
- Wyrok SN Izba Cywilna z 28 września 2005 r., sygn. akt I CK 256/05, Legalis.
- Wyrok SN Izba Cywilna z 17 marca 2006 r., sygn. akt I CSK 81/05, Legalis.
- Uchwała SN Izba Cywilna z 19 czerwca 2007 r., sygn. akt III CZP 54/07, Legalis.
- Uchwała SN Izba Cywilna z 9 września 2008 r., sygn. akt III CZP 31/08, Legalis.
- Wyrok SN Izba Cywilna z 26 sierpnia 2009 r., sygn. akt I CSK 528/08, Legalis.
- Wyrok SN Izba Pracy z 4 czerwca 2013 r., sygn. akt I PK 293/12.

**Źródła internetowe**

<https://www.gov.pl/zdrowie/konsultanci-wojewodzczy>.

[http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/bip/wystapienia\\_rzecznika/dzp-wri.420.4.2018.13.bol-26.03.18.pdf](http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/wystapienia_rzecznika/dzp-wri.420.4.2018.13.bol-26.03.18.pdf).

[http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/bip/praca/odpowiedz\\_w\\_sprawie\\_rzpp-dzp-wri.420.4.2018.13.bol.pdf](http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/praca/odpowiedz_w_sprawie_rzpp-dzp-wri.420.4.2018.13.bol.pdf).

[https://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/bip/sprawozdania\\_roczne/sprawozdanie\\_rpp\\_za\\_2017r.pdf](https://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/sprawozdania_roczne/sprawozdanie_rpp_za_2017r.pdf).