

Ograniczenie autonomii jednostki, a może ochrona konstytucyjnych praw i wolności człowieka? Normatywne aspekty stosowania „przymusu bezpośredniego” w psychiatrii

Anna Lisowska

**Limiting autonomy of the individual or human rights and freedoms protection?
Legal aspects of physical coercion in psychiatry.**

Abstract: The publication is concentrated on the use of direct coercion in psychiatry. I tried to answer on the question whether using direct coercion always leads to the limitation of individual autonomy, whether provides the protection of constitutional law and human freedom. Unraveling above background would be impossible without refer to the human rights which is a source of basic laws and freedom. The reference to limitation of individual autonomy was based on Bioethical Convention. Situation and requirements became closer which explain and can create a foundation for using a direct coercion. In this article, circumstances were introduced in which in compliance with law, using direct coercion is acceptable as well as rules and the course. The relationship was noticed between its application and required agreement of individual to grand the health care.

Keywords: dignity, respect for human dignity, human rights, freedom, protection, limitation of autonomy, legal aspect, coercive measures, psychiatry

* Uniwersytet Łódzki
anna.l@uk.pl

Wstęp

Od pierwszej chwili samo pojęcie „przymusu” wywołuje w nas negatywne emocje. Nikt nie lubi być do niczego zmuszanym, gdyż ogranicza to naszą swobodę decyzji i niejednokrotnie stanowi narzuconą odgórnie czynność, do której musimy się zastosować. Samowolne stosowanie środków przymusu jest czynem normatywnie zakazanym. W życiu jednakże zdarzają się sytuacje, w których zachodzi konieczność wywarcia presji na jednostkę, celem wymuszenia u niej posłuszeństwa lub możliwości dokonania konkretnego działania, z uwagi na jej dobro. Każdorazowo są to okoliczności określone przepisami prawa, które argumentują i dopuszczają możliwość zastosowania środków przymusu, w razie ich wystąpienia.

Dopuszczalność wykorzystania środków przymusu bezpośredniego, przewidziana przepisami prawa, nie rozwiązuje jednak licznych problemów, które są z nim związane, a także nie udziela odpowiedzi na kontrowersyjne pytania. Sytuacje i okoliczności, w których przymus bezpośredni znajduje zastosowanie, nie są z sobą tożsame. Z tego względu skorzystanie ze środka lub środków przymusu bezpośredniego, będzie spotykało się z różną oceną poszczególnych przedstawicieli nauk.

W ramach tak krótkiej publikacji, nie da się rozstrzygnąć wszystkich problematycznych kwestii, które wiążą się ze stosowaniem przymusu bezpośredniego. Przedmiotem jej, jest próba odpowiedzi na pytanie czy przymus bezpośredni zawsze ogranicza autonomię jednostki i jej prawo do samostanowienia, czy być może chroni podstawowe prawa i wolności człowieka?

1. Geneza podstawowych praw i wolności człowieka

Najprościej „przymus” można zdefiniować, jako ograniczenie niezależności i woli jednostki w swobodnym podejmowaniu decyzji oraz samostanowieniu. Początkowo słusznie każdy z nas zauważa, że zastosowanie środków przymusu narusza podstawowe prawa i wolności człowieka, gwarantowane, nie tylko przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej i prawo krajowe, ale również przez regulacje międzynarodowe.

Wywodzą się one z powszechnej i niepodzielnej wartości, którą jest godność człowieka. Jest ona nie tylko ontologiczną i aksjologiczną podstawą praw człowieka, lecz również wiąże się z demokracją i suwerennością kraju¹. Godność jako fundament wolności, sprawiedliwości i pokoju na świecie, stanowi nieodłączny element przy właściwym rozumieniu wymienionych praw².

Godność człowieka jest pojęciem prawnym, używanym w wielu różnych aktach normatywnych. Regulacje odnoszące się do godności uwzględniono w przepisach prawa międzynarodowego, prawie Unii Europejskiej, a także Ustawach Zasadniczych państw, będących członkami Wspólnoty Europejskiej. Karta Narodów Zjednoczonych z dnia 26 czerwca 1945 r., Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z dnia 10 grudnia 1948 r., Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r., a także Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z dnia 19 grudnia 1966 r., to podstawowe umowy międzynarodowe zawierające bezpośrednie odniesienie do godności³. Pomimo, iż godność jest podstawową ideą antropologiczną w formułowaniu praw człowieka, w przepisach prawa międzynarodowego nie zawarto jej legalnej definicji⁴. Tak naprawdę, na gruncie przepisów prawa nie znajdziemy definicji legalnej pojęcia „godność”. Jest ono przede wszystkim wyrażeniem teologicznym i filozoficznym, a jego jednolite zdefiniowanie, nawet na gruncie wymienionych nauk jest niemożliwe⁵.

Najwcześniejsze źródła odnoszące się do godności możemy znaleźć już w starożytności. Pierwszy raz pojęcie to zostało użyte w piśmie „De inventione” przez Cyncerona⁶. Zdaniem Seneki godność jest nierozdzielnie połączona z posiadaniem

¹ Andrzej Wróbel (red.), *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej: komentarz*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 28.

² Marek Piechowiak, *Filozofia praw człowieka w świetle ich międzynarodowej ochrony*, Wyd. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1999, s. 85.

³ Andrzej Wróbel (red.), *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej: komentarz*, op. cit., ss. 30-31.

⁴ Marek Piechowiak, *Filozofia...*, op. cit., s. 79.

⁵ Paweł Kuczma, *Prawa człowieka w zarysie*, Wyd. Dolnośląskiej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Techniki, Polkowice 2012, s. 40.

⁶ Ibidem, s. 39.

przez każdego człowieka, również niewolnika, a także osobę niewpływową, duszy⁷. Jej ślady odnajdujemy w judaizmie, a także Biblii⁸. Na uwagę zasługuje również oświeceniowa koncepcja głoszona przez Immanuela Kanta. Zakładał on, że posiadanie godności jest zależne od zdolności tworzenia prawa i umiejętności podporządkowania się mu⁹.

Często pojęcie godności istoty ludzkiej utożsamiane jest z jej autonomią. Być może wynika to z faktu, że ograniczenie autonomii jednostki wiąże się z brakiem poszanowania dla jej godności. Wzajemne utożsamianie godności z autonomią budzi liczne niedogodności. Wyraz „autonomia” wywodzi się od dwóch greckich słów tj. „autos” i „nomos”, w języku polskim rozumiane jako „samostanowienie” lub „samookreślenie się”¹⁰. Najczęściej rozumiane jest jako możliwość decydowania o własnym życiu, bez konieczności odwoływania się do zewnętrznych sił¹¹. W V wieku p.n.e. „autonomia” stanowiła termin polityczny, uwydatniający samodzielność konkretnego miasta lub państwa względem innych terytoriów. Do etyki została wprowadzona przez Immanuela Kanta. Uważał, że autonomia jako samostanowienie jest nie tylko możliwością, ale również zadaniem, które człowiek musi realizować jako istota rozumna¹². Prezentował stanowisko jej ścisłego powiązania z niezależnością woli jednostki, która sama dla siebie była prawem¹³. Współczesna definicja autonomii nieco odbiega od idei Immanuela Kanta, przez co często określana jest „pokantowską.” Należy przez nią rozumieć uprawnienie i swobodę wyboru¹⁴.

Obecnie duże zamieszanie terminologiczne, a także pozwolenie na eksperymentowanie medyczne wywołują sformułowane w Georgetown, zasady etyki medycznej zastępujące zasadę

⁷ Ibidem.

⁸ Ibidem.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Wojciech Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, Wyd. Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2007, s. 55.

¹¹ Ibidem.

¹² Na ten temat obszernie pisze Ewa Nowak-Juchacz w książce *Autonomia jako zasada etyczności. Kant, Fichte, Hegel*, Monografie FNP, Wrocław 2002.

¹³ Wojciech Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, op. cit., s. 56.

¹⁴ Ibidem.

godności zasadą autonomii. W związku z powyższym eutanazję możemy traktować jako prawo osoby do godnej śmierci, chociaż w rzeczywistości narusza ona prawo do życia¹⁵.

1.1. Przymus naruszeniem konstytucyjnych praw i wolności jednostki

Zgodnie z koncepcją przytoczoną w powyższej części publikacji „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”¹⁶. Na gruncie art. 31 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej „Wolność człowieka podlega ochronie prawnej”¹⁷. Najczęściej rozumiana jest jako element natury człowieka, który po prostu mu się należy. Jest związana z możliwością wyboru przez jednostkę konkretnego zachowania, zgodnego z jej wolą, w określonej sytuacji¹⁸.

Zgodnie z prawem konstytucyjnym, każdy ma prawo do ochrony zdrowia¹⁹. Ponadto art. 35 Karty Praw Podstawowych (2010/C 83/02) reguluje, że „Każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”²⁰. Zarówno w przepisach prawa międzynarodowego, jak i krajowego życie i zdrowie ludzkie prezentuje najwyższą wartość. Bezspornym pozostaje ich ochrona, nawet za cenę ograniczenia autonomii jednostki poprzez zastosowanie środków przymusu. Jak zauważa Paweł Kuczma „ochrona życia jest wpisana w istotę państwa”²¹. Dla jednostek stanowi natomiast najwyższą wartość jako dar niepodlegający przywróceniu²².

¹⁵ Ibidem, s. 57.

¹⁶ *Ustawa Zasadnicza z dnia 2 kwietnia 1997 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483), art. 30.

¹⁷ Ibidem, art. 31 ust. 1.

¹⁸ Bogusław Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej: komentarz*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2012, s. 201.

¹⁹ Ibidem, art. 68 ust. 1.

²⁰ *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej* (2010/c 83/02), art. 35.

²¹ Paweł Kuczma, *Prawa...*, op. cit., s. 73.

²² Ibidem.

Stanowisko, iż środki przymusu zawsze naruszają prawa i wolności człowieka, po głębszej analizie okazują się koncepcją tylko pozornie prawdziwą. Przytoczoną myśl można byłoby uznać za uniwersalną wyłącznie przy prawdziwości założenia, że każdy z nas nieustannie jest w pełni świadomy podejmowanych decyzji i zawsze jest w stanie rozpoznać znaczenie działania oraz może pokierować swoim postępowaniem. Bez wyjątku, nawet osobom cierpiącym na choroby i zaburzenia psychiczne wydaje się, że są w pełni poczytalne. W gruncie rzeczy jest to tylko iluzja. Nikt z nas nie jest w stanie samodzielnie ocenić stanu swojego zdrowia psychicznego wpływającego na zachowanie, czy podejmowane decyzje. Ocena stanu zdrowia psychicznego pacjenta przysparza wiele trudności także doświadczonym lekarzom psychiatrii. Muszą oni opanować język psychiatryczny oraz poznać wszelkie objawy psychopatologiczne obejmujące całość zachowania i emocje. Niektóre objawy psychopatologiczne odnoszą się do prawidłowych form życia psychicznego pacjenta i można je ujmować jako zakres pomiędzy normą a patologią²³. Kondycja psychiczna człowieka jest zależna od wielu czynników m. in. genetycznych, czy środowiskowych. Osoba doświadczająca halucynacji, omamów i urojeń lub nawet jednego z nich, albo będąca w szoku po traumatycznym dla niej zdarzeniu nie postrzega rzeczywistości takiej, która jest faktycznie prawdziwa, a podejmowane przez nią decyzje są adekwatne do zaburzeń świadomości. Osoba doświadczająca omamu zgodnego z nastrojem depresyjnym lub maniakalnym postępuje według niego. Chory będący w manii słysząc głos mówiący mu, że jest niezmiernie bogaty i ma nieskończone możliwości, roztrwania swój majątek, kupując luksusowe i drogie, często zbędne przedmioty, w wyniku czego po minięciu fazy maniakalnej, nie jest w stanie pokryć kosztów podstawowych wydatków²⁴. Na myśl, nasuwa się tutaj pytanie czy w tak owych okolicznościach stosowanie środków przymusu stanowi naruszenie praw i wolności człowieka, czy może jest wypełnieniem

²³ Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, wyd. II, pod red. Sławomira K. Sidorowicza, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004, s. 16.

²⁴ Ibidem, s. 23.

woli i decyzji jednostki, którą demonstrowałaby ona, będąc w pełni świadoma? W końcu można zauważyć, że prezentowana przez jednostkę wola w trakcie ostrej fazy chorobowej jest zdominowana przez jej objawy i nie można przyjąć jej za swobodny wybór człowieka. Czy możemy uznać, iż przytrzymując, a tym samym uniemożliwiając, osobie chorej na depresję popełnienie samobójstwa naruszamy jej wolność i nietykalność osobistą, a może chronimy jej prawo do życia? W końcu próba samobójcza jest wynikiem zaburzenia funkcjonowania mózgu, a nie świadomą decyzją, podjętą przez jednostkę będącą w pełni sił umysłowych.

Prezentowane powyżej pytania mają charakter głównie filozoficzny. Ciężko udzielić na nie jednoznacznej odpowiedzi, o ile w ogóle możemy przyjąć, że jest to możliwe. Wzoru-jąc się na problematyce prawa do eutanazji, czy kwestiach odnoszących się do zapłodnienia *in vitro* z łatwością można zauważyć, że wśród przedstawicieli nauki prezentowane będą odmienne spostrzeżenia. Dla jednych stosowanie środków przymusu będzie ograniczeniem niezależności jednostki, a dla innych zagwozdką czy w przypadkach osób niezdolnych do podejmowania świadomej decyzji będzie to w ogóle naruszenie ich prawa do samostanowienia? Dla przedstawicieli koncepcji godności człowieka jako fundamentu jego podstawowych praw i wolności, każdorazowe zastosowania środków przymusu, niezależnie od sytuacji będzie pewnie stanowiło ich naruszenie. Inaczej opinie mogą kształtować się wśród reprezentantów doktryny, dla których godność i autonomia człowieka nie mogą być rozpatrywane osobno. W przypadku, jeżeli osoba nie jest zdolna do samostanowienia, co ma miejsce np. w przebiegu niektórych chorób psychicznych i tym samym nie możemy stwierdzić czy naruszamy jej wolę, gdyż nie da się jej określić, jaka byłaby ona, jeśli osoba miała zachowaną równowagę psychiczną, to czy tym samym możemy stwierdzić, że stosując przymus, naruszamy jej godność i wywodzące się z niej prawa i wolności? We wspomnianych okolicznościach, najczęściej staramy się chronić te dobra, które w powszechnej opinii uznawane są za najważniejsze, przyjmując, że osoba zdrowa psychicznie zgadzałaby się z ustaloną hierarchią wartości. Osobiście uważam, że przyjęte rozwiązanie jest słuszne, ponieważ ważniejsze jest życie pacjenta niż np. prawo do samostanowienia

i tym samym np. przyzwolenie na popełnienie samobójstwa przez osobę będącą w ciężkiej depresji, której wola jest przejawem objawów chorobowych. Jestem zdania, że akceptacja woli osoby niepoczytalnej, która szkodzi jej lub otoczeniu byłaby absurdalna i tym samym faktycznie mogłaby naruzać prawa i wolności nie tylko jej samej, ale i innych osób. Akceptację przejawu woli osoby niezdolnej do podjęcia świadomej decyzji, możemy porównać do potwierdzenia realności np. jej omamów słuchowych uznanych za „nieodpowiadające rzeczywistości, fałszywe spostrzeżenie dźwiękowe, najczęściej głośy, ale także inne rodzaje, np. muzyka”²⁵ u pacjenta, dla przykładu cierpiącego na schizofrenię paranoidalną, której są częstym przejawem²⁶.

Na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej istnieje możliwość stosowania środków przymusu, pod warunkiem zawarcia regulacji dotyczącej ich użycia w ustawie. Omawiane rozwiązanie ma związek z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej²⁷, regulującym, że

Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.²⁸

Ochrona praw i wolności człowieka wiąże się z przyrodzoną i niezbywalną godnością człowieka. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona zgodnie z prawem należy do obowiązków władz publicznych²⁹. Nienaruszalność godności człowieka, a także jej poszanowanie i ochronę unormowano również w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej (2010/C 83/02)³⁰.

²⁵ Harold I Kaplan, Benjamin J. Sadock, Virginia A., Sadock, *Psychiatria kliniczna...*, op. cit., s. 22.

²⁶ Ibidem, s. 119.

²⁷ *Ustawa Zasadnicza z dnia 2 kwietnia 1997 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483).

²⁸ Ibidem, art. 31 ust. 3.

²⁹ Ibidem, art. 30.

³⁰ *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej*, op. cit., art. 1.

2. Kolidują „dobra prawne” codziennością w pracy funkcjonariuszy medycznych

Nie budzi wątpliwości fakt, że w życiu codziennym zdarzają się liczne sytuacje i wydarzenia, które uzasadniają stosowanie przymusu bezpośredniego. Najczęściej mają one miejsce, w sytuacjach, w których pojawia się ból, cierpienie i emocje, z którymi osoba nie jest w stanie poradzić sobie sama. Funkcjonariusze medyczni, a także personel jednostek organizacyjnych udzielających świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej oraz zajmujących się ochroną życia i zdrowia ludności często spotyka się z przypadkami, w których zastosowanie środków przymusu jest bezcenne dla ratowania życia jednostki. Wynika, to przede wszystkim z charakteru funkcji pełnionej przez lekarzy, a także nieokreślonej liczby chorób i zaburzeń funkcjonowania organizmu ludzkiego, wpływających na świadomość i zachowanie pacjentów. Ograniczenie autonomii jednostki przez personel medyczny najczęściej związany jest z wystąpieniem sytuacji będącej kolizją dóbr chronionych przez prawo. Przez „kolizję” zwykle rozumiemy zdarzenie, w którym dochodzi do zderzenia co najmniej dwóch wartości, gdzie nie ma możliwości „ocalenia” ich obydwu. W związku z tym zachodzi konieczność ochrony dobra o oczywiście wyższej wartości. Zwykle w przypadku kontraktów trudno określić, które z „dóbr prawnych” przedstawia wyższą wartość, jednakże w kontekście ochrony zdrowia, z reguły wynika ona z przepisów normatywnych. Ilustracją może być położenie osoby chorej psychicznie przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody, jeżeli z dotychczasowego zachowania wynika, iż z powodu choroby psychicznej zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób³¹. W omawianym przykładzie występuje kolizja takich dóbr, jak wolność i nietykalność osobista oraz ochrona życia pacjenta albo życia lub zdrowia innych osób. Niepodważalnym jest to, że życie lub zdrowie jednostki przewyższa wartością jej wolność wyboru, decyzji i samostanowienia o sobie, a także nietykalność osobistą.

Podobną, lecz nieco odmienną od konstrukcji kontraktu jest konkurencja praw i wolności człowieka. Jest ona

³¹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. – o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111 poz. 535), art. 23 ust. 1.

wynikiem niemożliwości, a zarazem braku ścisłego określenia granic konstytucyjnych praw i wolności osoby. Występuje w razie możliwości powoływania się przez jednostkę na różne prawa i wolności przysługujące jej w danej sytuacji z uwagi na ochronę jej interesów³².

Autonomia jednostek najczęściej ograniczana jest u osób cierpiących na zaburzenia i choroby psychiczne. Uzasadnia to fakt, że powyżej omówione podmioty często są nieświadome dolegliwości, z którymi borykają się na co dzień. Osoby takie nie wyrażają zgody na leczenie, czy nawet przebadanie przez lekarza psychiatrę twierdząc, że wszystko jest z nimi w porządku, gdyż pozostają bezkrytyczni w stosunku do urojeń, omamów i halucynacji, na które cierpią. Z reguły społeczeństwo nastawione jest negatywnie do ludzi dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, uniemożliwiającymi im normalne funkcjonowanie, a często nawet wykluczającymi z życia zawodowego lub społecznego, którzy nie widzą potrzeby skorzystania z pomocy lekarza psychiatry. W gruncie rzeczy osoby takie bardzo cierpią, ponieważ z jednej strony nie potrafią poradzić sobie z urojeniami i przekonaniem o istnieniu rzeczy, faktów, a także zjawisk magicznych, dziwacznych lub takowych, które nie mają prawa bytu, a z drugiej nie dostrzegają absurdalności swoich doświadczeń. To wszystko jest wynikiem niewłaściwej pracy mózgu, dlatego osoby takie wymagają specjalistycznej pomocy profesjonalistów, umiejących postawić właściwą diagnozę i dobrać odpowiednie leczenie przywracające równowagę pracy organizmu. Z tego względu ustawa o ochronie zdrowia psychicznego³³ dopuszcza możliwość ograniczenia w określonym stopniu niezależności jednostki poprzez możliwość zastosowania środków przymusu bezpośredniego, czy też przyjęcia osoby bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego we wskazanych w akcie normatywnym okolicznościach³⁴.

Z ograniczeniem niezależności jednostki poprzez np. założenie kaftanu bezpieczeństwa, unieruchomienie pacjenta,

³² Bogusław Banaszak, *Konstytucja...*, op. cit., s. 208.

³³ *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. – o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. 1994 nr 111 poz. 535).

³⁴ *Ibidem*, art. 18, art. 23, art. 24, art. 29.

czy podanie mu środków uspakajających lub nasennych możemy się spotkać również w szpitalach, z czego najczęściej na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Środki przymusu wykorzystywane są także przez personel Ratownictwa Medycznego. Udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej w pierwszej kolejności. Pomagają pacjentom w najcięższych stanach, będących np. w szoku powypadkowym, psychozach polekowych, narkotykowych lub alkoholowych oraz złej kondycji psychicznej spowodowanej położeniem, w którym się znajdują. Tacy chorzy zwykle nie są w stanie rozpoznać znaczenia czynu lub pokierować swoim postępowaniem. Mają ograniczoną lub nawet całkowicie wyłączoną poczytalność, a dla ratowania ich życia oraz zapobiegnięciu zagrożeniu życia lub zdrowia otoczenia konieczne jest zastosowanie środków przymusu. Wiąże się to z zakresem czynności wykonywanych przez ratowników medycznych w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy, wymienionych w art. 14 ustawy – o Państwowym Ratownictwie Medycznym³⁵ – obejmujących:

- 1) resuscytację krążeniowo-oddechową, bezprzyrządową i przyrządową, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego;
- 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran;
- 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć;
- 4) ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem;
- 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 6) stosowanie tlenoterapii biernej;
- 7) ewakuację z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 8) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 9) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 43 ust. 2.³⁶

³⁵ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. – o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006 nr 191 poz. 1410).

³⁶ Ibidem, art. 14.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych stało się powszechnym problemem zdrowotnym, upośledzającym funkcjonowanie w wielu dziedzinach. Wywołane nimi zaburzenia psychiczne często naśladują inne schorzenia psychiczne i często są z nimi mylone. Przybierają postać zaburzeń afektywnych, psychotycznych i lękowych³⁷. W szczególności wynika to z substancji psychoaktywnej pod wpływem, której jest osoba. Dla przykładu amfetaminy i inne substancje sympatykomimetyczne, powodują takie objawy behawioralne jak np. pobudzenie, hałaśliwość, euforię, nadmierną aktywność, drażliwość, tendencje urojeniowe, omamy dotykowe i wzrokowe³⁸. Czasem osoba nie jest w stanie przewidzieć, że znajdzie się pod ich wpływem. Zatrucie lotnymi węglowodorami i pochodnymi ropy naftowej, klejami, benzenem, benzyną, rozpuszczalnikami, paliwem do zapalniczek lub aerozolami powoduje np. euforię, przymglenie świadomości, bełkotliwą mowę, omamy, a w 50 % przypadków objawy psychotyczne³⁹. Trudno wyobrazić sobie sytuację, w której poszkodowany w wypadku samochodowym, będący w szoku nie zgadza się na opuszczenie pojazdu, który może w każdej chwili się zapalić i wybuchnąć, albo agresywną osobą będącą w psychozie polekowej, atakującą ratowników medycznych, próbujących udzielić jej pomocy medycznej bez możliwości ograniczenia ich swobody. Zespół ratownictwa medycznego do stosowania środków przymusu, w określonych sytuacjach upoważniono w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w art. 18 ust. 5, art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3⁴⁰.

3. Normatywne i bioetyczne aspekty zastosowania przymusu bezpośredniego w psychiatrii

Jak wspomniałam we wcześniejszej części publikacji, zgodnie z przepisami Ustawy Zasadniczej, warunkiem uznania legalności zastosowania środka przymusu jest wskazanie okoliczności i formy jego użytkowania. Nie budzi wątpliwości racjonalność przyjętego rozwiązania. Możliwość posłużenia

³⁷ Harold I Kaplan, Benjamin. J. Sadock, Virginia A., Sadock, *Psychiatria kliniczna...*, op. cit., s. 93.

³⁸ Ibidem, s. 98.

³⁹ Ibidem, s. 99.

⁴⁰ *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. – o ochronie zdrowia psychicznego*, op. cit., art. 18 ust. 5, art. 21 ust. 3, art. 46a ust. 3.

się tak intensywną ingerencją w autonomię jednostki na zasadach dobrowolności skutkowałaby licznymi nadużyciami. Analizując normatywne aspekty stosowania środków przymusu bezpośredniego warto zwrócić również uwagę na bioetyczne aspekty dokonywania czynności medycznych. Jest to ważne choćby z uwagi na odmienne postrzeganie istoty ludzkiej przez poszczególne dziedziny nauki. Zarówno w prawie, jak i w medycynie odmienne kształtuje się hierarchia wartości. Nie budzi wątpliwości, że w obydwu dziedzinach najważniejsze jest dobro jednostki, jednak rozumiane inaczej.

3.1. Ograniczenia autonomii jednostki w świetle zapisów Konwencji Bioetycznej.

Dla każdego z nas pojęcie istoty ludzkiej wydają się bezsporne, przecież każdy z nas wie, kim jest człowiek. W większości przypadków jednak nieświadomi jesteśmy tego, w jaki sposób ujmujemy istotę człowieczeństwa. Zależy to przede wszystkim od kręgu kulturowego, stopnia rozwoju cywilizacji, w której żyjemy czy też prezentowanego poziomu wykształcenia. Inaczej istota ludzka zostanie zdefiniowana przez przedstawiciela nauk matematycznych, przyrodniczych, medycznych czy w końcu humanistycznych. Każda z powyżej wymienionych dziedzin naukowych odmienne podchodzi do człowieczeństwa i na innych aspektach koncentruje swoją uwagę oraz przeprowadzane badania. Różnice odnoszące się do postrzegania istoty ludzkiej występują przede wszystkim w naukach biomedycznych i prawnych. W terminologii biologicznej człowiek traktowany jest jako przedstawiciel gatunku *Homo sapiens*⁴¹. Dla przedstawicieli nauk filozoficznych czy też prawnych takie określenie mogłoby zostać uznane za bulwersujące. W końcu człowiek jako istota rozumna, obdarzona duszą i mająca wolną wolę, będąca przedmiotem, a także podmiotem praw nie może, być traktowana w tak bezosobowy sposób. Biologia i nauki medyczne prowadzą jednak badania i zainteresowane są takim, a nie innym wymiarem istnienia ludzkiego, a człowiek traktowany jest w nich po prostu jako osobnik lub przedstawiciel gatunku⁴². Pojęcie osoby

⁴¹ Tadeusz Mazurczak (red.), *Zastosowanie biologii w medycynie a godność osoby ludzkiej: aspekty etyczne i prawne*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 21.

⁴² Ibidem, ss. 21, 23.

ma charakter abstrakcyjny i używane jest w filozofii, teologii i prawie⁴³. Nie budzi wątpliwości, że sposób ujmowania istoty ludzkiej w naukach biologicznych, znacznie odbiega od jej postrzegania przez przedstawicieli nauk prawnych.

Istotnym przykładem w omawianej materii może być Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, która głosi, że: „Strony niniejszej konwencji chronią godność i tożsamość istoty ludzkiej i gwarantują każdej osobie, bez dyskryminacji, poszanowanie dla jej integralności oraz innych podstawowych praw i wolności wobec zastosowań biologii i medycyny”⁴⁴. Wspomniany artykuł Konwencji określający jej przedmiot i cel dotyczy ochrony godności i tożsamości istoty ludzkiej oraz poszanowania praw osoby⁴⁵. Przy założeniu, że Konwencja uznaje niezależnie od stopnia rozwoju czy stanu psychofizycznego organizmu człowieka, istnienie istoty ludzkiej, to w każdym momencie człowiekowi przysługuje szacunek dla jego godności, a zatem poszanowanie jego praw i wolności⁴⁶. W przytoczonej koncepcji każdorazowe zastosowanie środka przymusu, byłoby zatem naruszeniem praw istoty ludzkiej. O ile w przypadku bezwzględnej ochrony prawa do życia jednostki Konwencja zawiera jasne i klarowne stanowisko, o tyle w przypadku wolności, tożsamości i integralności jest ona mniej kontrowersyjna⁴⁷.

Odnosi się to przede wszystkim do wykorzystania osiągnięć medycyny w zakresie diagnostyki, transplantologii i przeprowadzania badań naukowych na ludziach. Istotne w powyższych okolicznościach jest wyrażenie przez pacjenta swobodnej i świadomej zgody, bez której interwencja medyczna nie może być dokonana⁴⁸. Wyrażenie zgody, przez osobę powoduje, iż staje się ona nie tylko przedmiotem działań medycznych,

⁴³ Ibidem, s. 23.

⁴⁴ *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie przyjęta przez Komitet Rady Ministrów w dniu 19 listopada 1996 r.*, art. 1.

⁴⁵ Tadeusz Mazurczak (red.), *Zastosowanie biologii w medycynie...*, op. cit., s.23.

⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ Ibidem, s. 24.

⁴⁸ *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny...*, op. cit., art. 5.

ale również podmiotem, co służy poszanowaniu jej praw i wolności. W tym miejscu pojawia się kolejne pytanie, skoro zgoda osoby musi być świadoma i swobodna, czyli niczym nie ograniczona, również przez przymus wewnętrzny, wynikający z choroby psychicznej, to co w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi? Konwencja zapewnia ochronę osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne. Osoba taka

może bez wyrażenia zgody zostać poddana interwencji medycznej mającej na celu leczenie tych zaburzeń, jeżeli brak interwencji stwarza ryzyko znacznego uszczerbku dla jej zdrowia, pod warunkiem zachowania gwarancji określonych przez prawo, obejmujących nadzór, kontrolę i środki odwoławcze.⁴⁹

W stosunku do osób niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody, z pewnymi wyjątkami interwencja medyczna może być przeprowadzona tylko wtedy gdy jest to dla niej bezpośrednio korzystne⁵⁰. W oparciu o powyższą Konwencję można stwierdzić, że również ona nie wyklucza stosowania środków przymusu bezpośredniego, przyjmując, że w określonych sytuacjach jest to konieczne dla dobra jednostki. Zakłada natomiast prymat istoty ludzkiej, przedkładając jej interes i dobro nad wyłącznie interes społeczeństwa lub nauki⁵¹.

3.2. Przymus bezpośredni na gruncie art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Przymus bezpośredni polega na ograniczeniu swobody ruchów pacjenta lub jego unieruchomieniu przy wykorzystaniu siły fizycznej, środków mechanicznych, a także innych, aby zapewnić bezpieczeństwo zarówno pacjentowi, jak i jemu otoczeniu, oraz móc udzielić środków opieki zdrowotnej o charakterze leczniczym, jak również pielęgnacyjnym⁵². Uznawany jest za interwencję o charakterze terapeutycznym, mającym na celu poprawę zdrowia osoby chorej psychicznie lub cierpiącej na zaburzenia psychiczne, dążącą do powrotu samokontroli jednostki⁵³.

⁴⁹ Ibidem, art. 7.

⁵⁰ Ibidem, art. 6.

⁵¹ Ibidem, art. 2.

⁵² Piotr Gałecki, Kinga Bobińska, Krzysztof Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Wyd. LexisNexis, Warszawa 2013, s. 119.

⁵³ Ibidem.

Okoliczności zastosowania środka przymusu bezpośredniego zostały unormowane w art. 18 ustawy – o ochronie zdrowia psychicznego. Ust. 1 powyższego artykułu reguluje, że

- Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:
- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) 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 podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.⁵⁴

Na szczególną uwagę zasługuje twierdzenie, iż środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane do osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, co oznacza, że można się nimi posłużyć nie tylko w przypadku jednostek cierpiących na chorobę psychiczną, ale również w sytuacjach, kiedy chorzy borykają się z zaburzeniami osobowości lub nerwicowymi⁵⁵. Ponadto może znaleźć zastosowanie nie tylko w szpitalu psychiatrycznym, czy domu pomocy społecznej, ale również w innych miejscach, przy zaistnieniu wyznaczonego położenia, jeżeli stanowi tak akt normatywny⁵⁶. W analizowanym akcie prawnym rozważono cztery główne przesłanki upoważniające do użycia wobec osoby środka przymusu bezpośredniego. Niewątpliwie jedną z nich stanowi dopuszczenie się przez jednostkę niebędącą w pełni władz umysłowych zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu albo innej osoby bądź bezpieczeństwu powszechnemu. Przez zamach należy rozumieć nagłe i brutalne zachowanie, w wyniku czego zdrowie bądź życie jednostki lub osób ją otaczających pozostaje w niebezpieczeństwie⁵⁷.

⁵⁴ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. – o ochronie zdrowia psychicznego, op. cit., art. 18 ust. 1.

⁵⁵ Piotr Gałęcki, Kinga Bobińska, Krzysztof Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, op. cit., s. 118.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Ibidem, s. 119.

Do omawianych zachowań, zaliczyć możemy np. usiłowanie popełnienia samobójstwa, dokonanie samookaleczeń, nadmierną stymulację ruchową prowadzącą do groźnego wyniszczenia⁵⁸. Każde zachowanie jednostki, nawet to niewykazujące przejawów agresji, będące zagrożeniem dla bezpieczeństwa powszechnego stanowi zamach przeciwko niemu⁵⁹. Przejawy agresji obecne są natomiast w nagłych i gwałtownych działaniach polegających np. na uszkodzeniu lub niszczeniu przedmiotów znajdujących się w najbliższym otoczeniu i często są wynikiem mocnego wyładowania emocjonalnego.⁶⁰ Wskazane postępowanie, również uzasadnia zastosowanie środków przymusu⁶¹. Ustawa, dopuszcza możliwość, ograniczenia autonomii jednostki poprzez korzystanie z ucisku w przypadku poważnego zakłócenia lub uniemożliwienia funkcjonowania jednostek organizacyjnych określonych w art. 18 ust. 1 pkt. 3⁶². Piotr Gałęcki słusznie zauważa w komentarzu do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, iż fraza „poważne zakłócenia” jest terminem niewystarczająco precyzyjnym⁶³. Ciężko bowiem określić, które zachowania możemy uznać za znacznie utrudniające albo paralizujące działanie podmiotu leczniczego. Nie są to jedyne okoliczności tłumaczące naruszenie wolności jednostki, można je stosować zawsze, gdy przepis aktu normatywnego do tego upoważnia⁶⁴.

3.2.1. Podmioty uprawnione do podjęcia decyzji o zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego

Decyzję o wdrożeniu środka przymusu bezpośredniego oraz jego rodzaju wydaje lekarz, który jest również odpowiedzialny za nadzór nad jego przebiegiem. W niektórych

⁵⁸ Stanisław Dąbrowski, Janusz Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997, s. 111.

⁵⁹ Piotr Gałęcki, Kinga Bobińska, Krzysztof Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego...*, op. cit., s. 121.

⁶⁰ Ibidem, s. 120.

⁶¹ *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. – o ochronie zdrowia psychicznego*, op. cit., art. 18 ust. 1 pkt. 2.

⁶² Ibidem, art. 18 ust. 1 pkt. 3.

⁶³ Piotr Gałęcki, Kinga Bobińska, Krzysztof Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego...*, op. cit., s. 120.

⁶⁴ *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. – o ochronie zdrowia psychicznego*, op. cit., art. 18 ust. 1.

okolicznościach, gdy uzyskanie powyższej zgody od lekarza nie jest możliwe, rozstrzygnięcie i czynności za niego dokonuje pielęgniarka, zobowiązana do niezwłocznego poinformowania o nich lekarza⁶⁵. Jednakże w jednostce organizacyjnej, niezatrudniającej lekarza, informacja jest przekazywana do kierownika jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza o specjalności w dziedzinie psychiatrii⁶⁶. Każdorazowe zastosowanie środków przymusu bezpośredniego, a także wcześniejszego poinformowania o opcji ich użycia podlegają wpisowi w dokumentacji medycznej⁶⁷. Decyzja o zastosowaniu środka przymusu, a także jego rodzaju podjęta przez pielęgniarkę, podlega zatwierdzeniu przez lekarza psychiatrę. Może on uznać czynności zleczone przez pielęgniarkę za zasadne lub nakazać zaprzestanie ich stosowania⁶⁸. W niektórych ustawowo określonych sytuacjach, gdy uzyskanie reguł postępowania, dotyczące naruszenia autonomii jednostki od lekarza psychiatry lub pielęgniarki jest niemożliwe, jak również w odniesieniu do osób wymienionych w art. 18 ust. 1, jeżeli pomoc udzielana jest im przez zespół ratownictwa medycznego, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Jest on również odpowiedzialny za osobisty nadzór ich przebiegu i niezwłocznie informację przekazuje dyspozytorowi medycznemu⁶⁹.

3.2.2. Czynności stosowane podczas realizacji środków przymusu bezpośredniego

Osoby, które dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu albo innej osoby, bądź bezpieczeństwu powszechnemu, a także w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu można przytrzymać, przymusowo podać im leki, unieruchomić, jak również odizolować⁷⁰. Przytrzymanie lub przymusowe zaaplikowanie lekarstw jest możliwe w stosunku

⁶⁵ Ibidem, art. 18 ust. 2.

⁶⁶ Ibidem, art. 18 ust. 3.

⁶⁷ Ibidem, art. 18 ust. 2.

⁶⁸ Ibidem, art. 18 ust. 4.

⁶⁹ Ibidem, art. 18 ust. 5.

⁷⁰ Ibidem, art. 18 ust. 6.

do osób poważnie zakłócających albo uniemożliwiających funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii, czy też jednostki organizacyjnej pomocy społecznej⁷¹. W przypadku realizacji przymusu bezpośredniego zleconego przez kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, może on polegać jedynie na przytrzymaniu lub unieruchomieniu⁷². Stosuje się go nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a jeśli jest ono utrudnione, to przez czas niezbędny do przewiezienia osoby do jednostki organizacyjnej udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu psychiatrii, lub też szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Powyższe przewiezienie pacjenta następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego⁷³.

Wybierając środek przymusu bezpośredniego, należy wybrać ten, który dla osoby będzie najmniej dolegliwy, a przy jego wykonywaniu, zastosować się do szczególnych reguł ostrożności, stawiając na piedestale dobro osoby. Nie wolno również zapomnieć o wcześniejszym uprzedzeniu osoby o zastosowaniu w stosunku do niej tak owego mechanizmu⁷⁴.

Ze względu na istotne ograniczenie niezależności jednostki w wyniku posłużenia się w stosunku do niej środkiem przymusu bezpośredniego weryfikuje się jego zasadność. W przypadku, gdy został zlecony:

- 1) przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony;
- 2) przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.⁷⁵

⁷¹ Ibidem, art. 18 ust. 6.

⁷² Ibidem, art. 18 ust. 7.

⁷³ Ibidem, art. 18 ust. 7.

⁷⁴ Ibidem, art. 18 ust. 8.

⁷⁵ Ibidem, art. 18 ust.10.

3.3 Regulacje prawne w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia – w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania⁶

Szczegółowo zasady stosowania środków przymusu bezpośredniego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia – w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. Zawarto w nim regulacje dotyczące sposobu stosowania środków nacisku bezpośredniego, ich dokumentowania oraz dokonywania oceny ich zasadności⁷⁷. Przymus bezpośredni można stosować tylko i wyłącznie do czasu ustania przyczyny uzasadniającej jego zastosowanie i dopuszczalne jest wykorzystanie więcej niż jednego z wariantów wymienionych poniżej, tj.:

- a) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody,
- c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,
- d) izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu^{78,79}.

Zlecenie zastosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji następuje na czas nie dłuższy niż 4 godziny⁸⁰. W sytuacji, gdy z przyczyn określonych w ustawie, decyzja o wymienionej formie ucisku nie

⁶ *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. – w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania* (Dz. U. 2012 poz. 740).

⁷⁷ *Ibidem*, § 1.

⁷⁸ *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. – o ochronie zdrowia psychicznego*, op. cit., art. 3 pkt 6.

⁷⁹ *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. – w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*, § 3 i § 2.

⁸⁰ *Ibidem*, § 4.1.

może być podjęta przez lekarza, zastępuje go pielęgniarka, informująca go niezwłocznie o powyższym⁸¹. Zastosowanie środka przymusu bezpośredniego na zlecenie pielęgniarki wymaga zatwierdzenia przez lekarza po osobistym zbadaniu przez niego pacjenta w szpitalu psychiatrycznym. Lekarz może również nakazać zaprzestanie unieruchomienia lub izolacji jednostki, jeśli uzna, że jest ono bezpodstawne⁸². W sytuacji, gdy zachowanie pacjenta uzasadnia dalsze stosowanie przymusu bezpośredniego, środki w postaci unieruchomienia lub izolacji mogą zostać przedłużone, po osobistym zbadaniu przez lekarza na dwa okresy, nie dłuższe niż 6-cio godzinne⁸³. Choroby i zaburzenia psychiczne charakteryzują się przede wszystkim długoterminowością. U pacjenta np. w stanie psychiatrycznym czasem trzeba przedłużyć środki nacisku, ponad ramy czasowe wymienione powyżej. Istnieje możliwość przedłużenia tego czasu, na kolejne dwa okresy, nie dłuższe niż 6-cio godzinne. Decyduje o tym lekarz po każdorazowym zbadaniu pacjenta. Sytuacja takowa jest dopuszczalna, jednakże wymaga opinii innego lekarza ze specjalnością z psychiatrii⁸⁴. Ordynatora, lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której stosuje się przymus bezpośredni, zawiadamia się po upływie 24-godzinny od rozpoczęcia ich wdrażania⁸⁵. Inaczej sytuacja wygląda, gdy środki przymusu bezpośredniego wykorzystywane są w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, jeśli nie istnieje możliwość uzyskania zlecenia od lekarza. Wówczas, w razie konieczności o przedłużeniu izolacji lub unieruchomienia pacjenta decyduje pielęgniarka, jednakże nie może ono trwać dłużej, niż 4 godziny, a łącznie przekraczać 8-miu godzin⁸⁶.

3.3.1. Zasady stosowania unieruchomienia lub izolacji pacjenta z zaburzeniami psychicznymi

Z reguły unieruchomienie pacjenta odbywa się w sali jednoosobowej. W razie braku takowej możliwości stosowanie środka przymusu powinno przebiegać w sposób umożliwiający oddzielenie pacjenta z zaburzeniami psychicznymi

⁸¹ Ibidem, § 4.2.

⁸² Ibidem, § 4.3.

⁸³ Ibidem, § 4.4.

⁸⁴ Ibidem, § 4.5.

⁸⁵ Ibidem, § 4.6.

⁸⁶ Ibidem, § 4.7, § 5.1.

od innych osób na sali, gwarantujący poszanowanie jego godności i intymności, a zabiegi pielęgnacyjne należy wykonywać bez obecności innych, zbędnych podmiotów⁸⁷. Izolacja natomiast wykonywana jest

w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz w sposób odpowiadający pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.⁸⁸

Pomieszczenie to wyposażone jest w system monitoringu, niezbędny do zapewnienia stałego nadzoru nad osobą dotkniętą zaburzeniami psychicznymi oraz kontrolowania wymaganego przez przepisy prawa sprawdzania stanu fizycznego powyższej osoby, nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie jej snu⁸⁹. Istotną kwestię stanowi zapewnienie pełnego, najwyższego poziomu bezpieczeństwa uciśnionej osoby. Związane jest to z koniecznością odebrania jej przedmiotów, stanowiących zagrożenie dla jej życia lub zdrowia, a także innych osób. Zaliczamy do nich w szczególności przedmioty ostre, wszelakie szelki, paski, sznurowadła, okulary, zapalniczki, zapałki i inne⁹⁰.

4. Element zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, na podstawie ustawy — o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁹¹, w odniesieniu do art. 22 ustawy — o ochronie zdrowia psychicznego

Rozdział 5-ty ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nosi tytuł „Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych”⁹². Podkreśla on doniosłość uprawnienia jednostki do samostanowienia o własnym życiu i zdrowiu. Wedle art. 16 analizowanego aktu normatywnego,

⁸⁷ Ibidem, § 7.1, § 7.2.

⁸⁸ Ibidem, § 8.1.

⁸⁹ Ibidem, § 8.2.

⁹⁰ Ibidem, § 9.

⁹¹ *Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417).

⁹² Ibidem, rozdział V.

pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub odmowy jej udzielenia na dokonanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej po uzyskaniu informacji o stanie jego kondycji fizycznej i psychicznej, rozpoznaniu, możliwych i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, ewentualnych następstwach zastosowania lub zaniechania omówionej techniki, wynikach leczenia oraz rokowaniu⁹³. Ze względu na szczególny charakter działań medycznych istnieje też możliwość przeprowadzenia badania lub innego świadczenia zdrowotnego, bez zgody pacjenta, w konkretnych ustawowo wskazanych przypadkach, a zasady i reguły ich przeprowadzania normują przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry^{94,95}.

Również ustawa o ochronie zdrowia psychicznego reguluje, iż „Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą...”⁹⁶. Hospitalizacja osób małoletnich, a także całkowicie ubezwłasnowolnionych, następuje po wyrażeniu pisemnej zgody, przez ich przedstawiciela ustawowego⁹⁷. W sytuacji osób małoletnich po ukończeniu przez nich 16-tego roku życia oraz pełnoletnich całkowicie ubezwłasnowolnionych, ale zdolnych do podejmowania świadomej decyzji, wymagane jest również uzyskanie ich przyzwolenia. W razie sprzeczności woli przedstawiciela ustawowego i powyższych jednostek, decyzję o hospitalizacji podejmuje sąd opiekuńczy, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta⁹⁸. Sąd Najwyższy – Izba Cywilna w orzeczeniu z dnia 27 lutego 2008 r. sygn. akt III CSK 318/2007 orzekł, że „Fakt ubezwłasnowolnienia całkowitego z powodu choroby psychicznej nie upoważnia sądu do wydania zezwolenia na przyjęcie osoby chorej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody”⁹⁹. W większości przypadków świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są po wyrażeniu

⁹³ Ibidem, art. 16.

⁹⁴ *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. – o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, (Dz. U. 1997 nr 28 poz. 152).

⁹⁵ Ibidem, art. 32 ust. 1, art. 33 ust. 1.

⁹⁶ *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r., – o ochronie zdrowia psychicznego*, op. cit., art. 22 ust. 1.

⁹⁷ Ibidem, art. 22 ust. 3.

⁹⁸ Ibidem, art. 22 ust. 4.

⁹⁹ *Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 27 lutego 2008 r. sygn. akt III CSK 318/2007*.

aprobaty przez pacjenta. Niemniej jednak, osoby borykające się z problemami natury psychicznej nie zawsze są w stanie podejmować racjonalne decyzje, bo trudno o takowych mówić, w przypadku ludzi z zaburzeniami świadomości. Przytoczonych jednostek nie można jednak zostawić samych sobie i należy otoczyć je szczególną opieką, z uwagi na zagrożenia i niebezpieczeństwo związane z zaburzeniami psychicznymi. Z tego względu osoby chore psychicznie lub upośledzone umysłowo, które są niezdolne do wyrażenia swojego stosunku do leczenia ich w szpitalu psychiatrycznym lub udzielenia na nie zgody, przyjmowane i hospitalizowane są po uzyskaniu zgody sądu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania chorego¹⁰⁰. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby, która z uwagi na swoją kondycję zdrowia psychicznego nie jest w stanie wyrazić świadomej aprobaty, może nastąpić również bez zgody sądu opiekuńczego, w przypadku stanu nagłego, po uzyskaniu w miarę możliwości przez lekarza ją przyjmującego, pisemnej opinii innego lekarza, najlepiej psychiatry lub psychologa¹⁰¹. Wówczas kierownik szpitala psychiatrycznego zobowiązany jest do niezwłocznego zawiadomienia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę szpitala, aby uzyskać zgodę na pobyt i leczenie tej osoby¹⁰².

5. Opinie i zastrzeżenia pacjentów, pracowników szpitali psychiatrycznych oraz studentów medycyny odnośnie do przymusu bezpośredniego

Według badań przeprowadzonych metodą ankietową w Specjalistycznym Zespole Psychiatrycznym Opieki Zdrowotnej i Klinice Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Szpitalu dla Nerwowo Chorych w Międzyzrzeczu w latach 1993-1994 dotyczących przeprowadzenia badania psychiatrycznego bez zgody pacjenta, którego zachowanie wskazuje na występowanie zaburzeń psychicznych, aż 9,0 % chorych było przeciwnych rozwiązaniu proponowanemu w projekcie ustawy o możliwości przeprowadzenia takiego badania bez zgody

¹⁰⁰ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. – o ochronie zdrowia psychicznego, op. cit., art. 22 ust. 2.

¹⁰¹ Ibidem, art. 22 ust. 2a.

¹⁰² Ibidem, art. 22 ust. 2b.

pacjenta¹⁰³. Około 28,0 % pracowników szpitali opowiadało się za rozszerzeniem zakresu wskazań do przeprowadzenia przymusowego badania psychiatrycznego¹⁰⁴. Co ciekawe również inne powody uznawane były w grupach studentów i pracowników, niż wśród pacjentów za wystarczające do przeprowadzenia przymusowego badania psychiatrycznego. Dwie pierwsze grupy stawiały na piedestale zagrożenie życia innych osób, natomiast dla pacjentów ważniejsze było zagrożenie ich własnego zdrowia, jako argument uzasadniający przeprowadzenie badania psychiatrycznego, bez uzyskania ich wcześniejszej zgody¹⁰⁵. W przypadku pytań o dopuszczalność stosowania przymusu bezpośredniego w psychiatrii przeważały odpowiedzi pośrednie. Nie trudno przewidzieć, że pacjenci w obawie o swoje prawa i ewentualne nadużycia przy stosowaniu środków nacisku sprzeciwiali się takiemu rozwiązaniu, inaczej niż pracownicy szpitali¹⁰⁶.

Jestem zdania, że pomimo wzrostu świadomości społeczeństwa na temat chorób i zaburzeń psychicznych ich opinie odnośnie przymusowego badania psychiatrycznego, czy zastosowania w stosunku do jednostki przymusu bezpośredniego, nie różnią się bardzo od tych prezentowanych powyżej. Zwracając uwagę na błędy popełniane w sztuce lekarskiej, ludzie pozostają nieufni wobec kompetencji personelu medycznego i starają się być od niego jak najmniej zależni, a każdorazowe ograniczenie ich autonomii w kwestiach zdrowia, zwłaszcza psychicznego budzi sprzeciw.

Zakończenie

Moim zdaniem stosowanie środków przymusu bezpośredniego niewątpliwie ogranicza swobodę i niezależność jednostki, jednakże w przypadku osób cierpiących na choroby

¹⁰³ Piotr Baranowski, Janusz Morasiewicz, Maria Jańska-Skomorowska, Monika Kantorska, Monika Szczyrbowska, „Przymus w psychiatrii – punkty widzenia/ Coercion in psychiatry – viewpoints”, *Postępy Psychiatrii i Neurologii/ Advances in Psychiatry and Neurology*, Tom 3, Nr 4, 1994 (ss. 497-510), s. 498.

¹⁰⁴ Ibidem.

¹⁰⁵ Ibidem.

¹⁰⁶ Ibidem, s. 498.

i zaburzenia psychiczne oraz niebędących w stanie podjąć świadomej decyzji z innego powodu jego wykorzystanie często bywa jedynym środkiem pozwalającym na uratowanie ludzkiego życia. Niewątpliwie jest, że osoby będące w pełni świadomości poświęciłyby wiele, aby móc uratować życie lub zdrowie swoje i otoczenia. Z tego względu ograniczenie autonomii jednostki w tej płaszczyźnie jest raczej realizacją jej woli prezentowanej w kondycji zdrowia psychicznego i fizycznego.

Nie zgadzam się z pozostawieniem osoby stwarzającej zagrożenie dla siebie lub innych, samej sobie, bez udzielenia jej pomocy, nawet za cenę ograniczenia prawa do samostanowienia. Takie zachowanie naruszałoby nie tylko godność jej, ale i innych podmiotów. Specjaliści medycyny w zakresie zdrowia psychicznego od dawna wiedzą, że choroby i zaburzenia psychiczne spowodowane są zaburzeniem w funkcjonowaniu pracy mózgu. Naukowcy na całym świecie przeprowadzają badania i podejmują próby znalezienia metody pozwalającej na ich zapobiegnięcie lub przywrócenie do prawidłowego stanu. Mając na względzie przeprowadzone badania i wypowiedzi psychiatrów, nie możemy uznać za prawdziwą wolę jednostki tej, która jest wynikiem urojeń, omamów, halucynacji lub innego zaburzenia w jej pracy mózgu. W takim przypadku nielogiczne pozostawałyby próby leczenia tych osób. Stoję na stanowisku, że w odniesieniu do osób, które nie są zdolne do wyrażenia świadomej i swobodnej zgody, należy podejmować decyzję w oparciu, o ogólnie przyjętą przez prawo i społeczeństwo hierarchię wartości.

Stosowanie przymusu bezpośredniego zawsze będzie budziło wiele kontrowersji. Pomimo, iż jego stosowanie zostało unormowane przepisami prawa, o tyle normy te mają charakter generalny i abstrakcyjny. Ponadto każdy pacjent, nawet jeśli choruje na to samo zaburzenie psychiczne co ktoś inny, przejawia różne objawy chorobowe o odmiennym nasileniu lub czasie trwania. Należy również zwrócić, uwagę, że decyzję o zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego podejmuje lekarz psychiatra, pielęgniarka lub koordynator medycznych czynności ratunkowych, które uwarunkowane są ich wiedzą, doświadczeniem i umiejętnościami zawodowymi. Podsumowując, zastosowanie środków przymusu bezpośredniego każdorazowo może powodować wiele zastrzeżeń. Decyzja o ich użyciu powinna być podejmowana przez wysoko

wykwalifikowany personel i tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla ochrony życia lub zdrowia jednostki albo osób z otoczenia, a inne metody okazały się nieskuteczne. Nie zawsze jednak ma to miejsce. Niekompetencja osób uprawnionych do decydowania o zastosowaniu środków przymusu, wymuszona okolicznościami, szybkość reakcji powodują nadużycia w sferze przymusu bezpośredniego. Regulacje prawne pozwalają na częste unikanie takich sytuacji. Osobom, których prawa i wolności zostały bezprawnie naruszone, przysługuje wniosek do sądu.

Moim zdaniem przymus bezpośredni nie zawsze zasługuje na krytykę, ponieważ często umożliwia ochronę czyjegoś życia lub zdrowia. Stoję na stanowisku, że większym naruszeniem praw człowieka, a w szczególności prawa do życia stanowiłoby nieudzielenie pomocy osobie chorej psychicznie, która sama nie jest w stanie rozpoznać znaczenia czynu lub pokierować swoim postępowaniem.

Nie jest łatwo udzielić odpowiedzi na pytanie: czy przymus jest ograniczeniem autonomii jednostki, czy też ochroną konstytucyjnych praw i wolności człowieka? Wszystko zależy od sytuacji, w której jest użytkowany? Na pewno zdarzają się wypadki, gdzie nie powinien on znaleźć zastosowania i wtedy niewątpliwie narusza prawa i wolności człowieka gwarantowane przepisami prawa krajowego i międzynarodowego. Z całą pewnością, nie możemy jednak stwierdzić, że jest tak zawsze. W większości przypadków przymus bezpośredni stosowany jest do ochrony praw i wolności człowieka.

Literatura

- Banaszak Bogusław, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej: komentarz*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2012.
- Baranowski Piotr, Morasiewicz Janusz, Jańska-Skomorowska Maria, Kantorska Monika, Szczyrbowska Monika, „Przymus w psychiatrii – punkty widzenia/ Coercion in psychiatry – viewpoints”, *Postępy Psychiatrii i Neurologii/ Advances in Psychiatry and Neurology*, Tom 3, Nr 4, 1994 (ss. 497-510).
- Bołoz Wojciech, *Bioetyka i prawa człowieka*, Wyd. Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2007.
- Dąbrowski Stanisław, Pietrzykowski Janusz, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997.

- Gałecki Piotr, Bobińska Kinga, Eichstaedt Krzysztof, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Wyd. Lexis-Nexis, Warszawa 2013.
- Kaplan Harold I., Sadock Benjamin J., Sadock Virginia A., *Psychiatria kliniczna*, wyd. II, pod red. Sławomira K. Sidorowicza, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004.
- Kuczma Paweł, *Prawa człowieka w zarysie*, Wyd. Dolnośląskiej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Techniki, Polkowice 2012.
- Mazurczak Tadeusz (red.), *Zastosowanie biologii w medycynie a godność osoby ludzkiej: aspekty etyczne i prawne*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Nowak-Juchacz Ewa, *Autonomia jako zasada etyczności. Kant, Fichte, Hegel*, Monografie FNP, Wrocław 2002.
- Piechowiak Marek, *Filozofia praw człowieka w świetle ich międzynarodowej ochrony*, Wyd. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1999.
- Wróbel Andrzej (red.), *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej: komentarz*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2013.