

# Lech K. Paprzycki

---

## Ochrona praw człowieka w świetle projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego : (część 2)

---

Palestra 37/11(431), 21-28

---

1993

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

## Ochrona praw człowieka w świetle projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (część II)\*

Sytuacja pacjenta (chorego), ochrona jego praw (praw i wolności przysługujących każdemu obywatelowi), a także regulacja stosunków lekarz–pacjent to niezwykle istotne problemy w kontekście ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Dlatego też projekt takiej ustawy, zwłaszcza w sytuacji Polski, która dotychczas nie ma w tym zakresie unormowań rangi ustawowej, wymaga szczególnie starannej uwagi. Krytycyzm, nawet nadmierny, służy dobrej sprawie, zwłaszcza że w tym wypadku konieczne jest, jak sądzę, uzgodnienie poglądów w gronie lekarzy psychiatrów, psychologów i prawników.

Przyjrzyjmy się wobec tego projektowi ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w wersji z 27 listopada 1992 r.

Przepis art. 3 zawiera wyjaśnienie niektórych wyrażeń ustawowych. Jest ich tylko trzy: „osoba z zaburzeniami psychicznymi”, „szpital psychiatryczny”, „dom pomocy społecznej”.

Z całą pewnością są to podstawowe instytucje, jednakże lektura całego tekstu projektu prowadzi do wniosku, że poszerzenie tego „słowniczka” byłoby użyteczne. Tego rodzaju akt normaty-

wny jest przeznaczony w pierwszej kolejności dla lekarzy, których obowiązują już inne akty normatywne dotyczące wykonywania zawodu lekarza i organizacji ochrony zdrowia. Bez trudu z takim tekstem dadzą sobie radę prawnicy. Natomiast kłopoty z odczytaniem treści ustawy będzie miał przeciętny obywatel, dla którego ustawa też powinna być zrozumiała, w każdym razie co do określenia zasadniczych instytucji.

W art. 3 zawierającym pkt 2 o „szpitalu psychiatrycznym” stwierdza się, że przepisy projektu odnoszące się do takiego szpitala dotyczą również „innych zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń zdrowotnych osobom z zaburzeniami psychicznymi”. Mam wątpliwości, czy pojęciem zbiorczym „zakład psychiatrycznej opieki zdrowotnej” projekt obejmuje również przychodnie zdrowia psychicznego – inne, a w zasadzie wszystkie placówki (instytucje) zajmujące się opieką i leczeniem osób z „zaburzeniami psychicznymi” (w rozumieniu art. 3 pkt 1 projektu), w tym jednostki organizacyjne służby więziennej, gdzie umieszczani są skazani dotknięci „zaburzeniami psy-

\* Część I artykułu Lecha K. Paprzyckiego: *Ochrona praw człowieka w świetle ustawy o zawodzie lekarza*, ukazała się w numerze 9–10/93 „Palestry”.

chicznymi” zaistniałymi lub też stwierdzonymi po uprawomocnieniu się orzeczenia merytorycznego w sprawie karnej. Nie ma żadnych powodów, by ochrona praw tej ostatniej grupy chorych miała być mniejsza.

### **Badanie, leczenie, rehabilitacja, opieka i pomoc (omówienie przepisów ogólnych, patrz: część I)**

W art. 12 projektu chyba niewystarczająco wyraźnie sformułowany jest priorytet „celu zdrowotnego” w „postępowaniu leczniczym”. Jest oczywiście, że pod ochroną prawa pozostają wszystkie dobra przysługujące choremu z zaburzeniami psychicznymi, tak jak każdemu obywatelowi. Jeżeli jednakże „konieczność lecznicza” tego wymaga, to według projektu ustawy naruszenie „dóbr osobistych” będzie dozwolone w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla uzyskania poprawy zdrowia lub wyleczenia chorego.

W art. 13 formułuje się zasadę prawa do nieograniczonego porozumiewania się osoby z zaburzeniami psychicznymi, przebywającej w szpitalu psychiatrycznym lub domu pomocy społecznej, „z rodziną i innymi osobami” oraz stwierdza się, że korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli. To ostatnie uregulowanie nie budzi zastrzeżeń. Natomiast zastanowienia wymaga, czy nie mogą pojawić się przeciwwskazania medyczne do nieograniczonego, w istocie, kontaktowania się chorego z wszelkimi osobami. Jeśli okazałoby się, że konieczne jest wprowadzenie pewnych ograniczeń, pozostałby bardzo istotny problem kontroli ewentualnych zakazów.

Projekt ustawy posługuje się pierwszy raz (w art. 14) określeniem „osoba z zaburzeniami psychicznymi”, której przebywanie poza szpitalem psychiatrycznym lub domem pomocy społecznej „nie zagraża bezpieczeństwu tej osoby lub innych osób”. W dalszych przepisach (np. art. 22 ust. 1) mówi się o osobie, która „może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób”. Co oczywiste, projektodawcy nieprzypadkowo używają w tekście dwóch różnych w treści określeń. Zdecydować jednak trzeba, na użytek całości regulacji, zaistnienie jakich okoliczności uzasadniać będzie podejmowanie działań na rzecz chorego wbrew jego woli. Jest to unormowanie kluczowe w całym projekcie, decydujące dla oceny jego poprawności.

Pierwsze z tych określeń (art. 14) wydaje się nie tyle zbyt szerokie, co niewystarczająco precyzyjne. Natomiast drugie określenie (art. 22 ust. 1 i szereg dalszych przepisów) zbyt wąskie.

Zasady udzielania zgody na okresowe przebywanie poza szpitalem psychiatrycznym osoby z zaburzeniami psychicznymi (art. 14) muszą być bardzo zbliżone (prawie identyczne) do zasady wypisywania ze szpitala (art. 37), a więc ściśle związane z normami obowiązującymi przy przyjmowaniu chorego do szpitala psychiatrycznego (art. 25 ust. 1).

Osoba z „zaburzeniami psychicznymi” w rozumieniu projektu ustawy stwarza „stan niebezpieczeństwa”<sup>1</sup> dla siebie i dla innych. Opieka, jaką taka osoba ma w szpitalu, zapobiega, mówiąc w największym uproszczeniu, powstaniu szkody m.in. w postaci targnięcia się na własne lub cudze życie,

zdrowie, mienie lub inne dobro. Na gruncie wykładni przepisów art. 99 i 100 k.k. istnieje spór co do tego, ochrona jakich dóbr może zdecydować o umieszczeniu sprawcy czynu zabronionego w szpitalu psychiatrycznym w tym właśnie trybie<sup>2</sup>. Przytoczona tam argumentacja powinna być uwzględnieniem przy podejmowaniu próby formułowania odpowiednich przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Uwzględniając powyższe wyrażam pogląd, że zwolnienie ze szpitala psychiatrycznego powinno następować (również w wypadku zwolnienia okresowego) tylko wówczas, gdy pacjent w wyniku leczenia dojdzie do takiego stanu zdrowia psychicznego, że znajdując się poza szpitalem, nie będzie stwarzał istotnego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia innych osób, dla własnego życia, a także dla własnego zdrowia (jeśli, na przykład zachodzi niebezpieczeństwo spowodowania ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia – w rozumieniu art. 155 § 1 k.k.). Można tu dla poparcia tego stwierdzenia przytoczyć szereg argumentów, wynikających z obserwacji praktyki lekarskiej, które nakazywałyby umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym i zakaz zwolnienia również w wypadkach niebezpieczeństwa spowodowania lżejszych, ale uporczywie się powtarzających samookaleceń. Wydaje się, że niejednokrotnie wymaga tego dobro chorego. Możliwość zniszczenia lub uszkodzenia mienia, zwłaszcza wielkiej wartości, na przykład w drodze podpalenia lub spowodowanie niebezpieczeństwa powszechnego, to kolejne trudne problemy, tak dla lekarzy, jak i dla prawników. To wszystko oraz wiele innych sytuacji trze-

ba umieć przewidzieć, nie zapominając o ochronie praw zarówno osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, jak i tej która ma tam być umieszczona, a czego gwarantem będzie pełna kontrola sądowa.

Z powyższego punktu widzenia norma proponowana w art. 14 projektu wymaga wyraźnego sprecyzowania, ponieważ obecne jej brzmienie pozwala na dobrą sprawę, zwolnić każdego chorego i nie zwolnić żadnego – bez wyraźnego naruszenia tego przepisu.

W art. 17 projektu, z przyczyn niemożliwych do ustalenia, nie przewiduje się obowiązku zawiadomienia prokuratora o potrzebie ubezwłasnowolnienia chorego przebywającego w szpitalu psychiatrycznym, również w wypadku stwierdzenia „innego rodzaju zaburzeń psychicznych” w rozumieniu art. 13 § 1 k.c., a więc nie będących chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym (np. niedorozwój umysłowy – art. 13 § 1 k.c.).

### **Przymus bezpośredni (art. 19)**

Tego rodzaju sposób postępowania w stosunku do pacjentów szpitali psychiatrycznych jest w chwili obecnej nie do uniknięcia, a zakres jego stosowania, niestety, przewidywać należy dość szeroko. Z tych powodów kontrola stosowania środków tego rodzaju musi być bardzo ścisła. Leży to w interesie chorych, ale także w interesie lekarzy, którzy (z reguły bezzasadnie) podejrzewani są o nadużywanie przymusu bezpośredniego. Nieporozumieniem jednak wydaje się zaliczenie do przymusu bezpośredniego „przymusowego karmienia” (ust. 3), gdy mają być spełnione przesłanki

z ust. 1 art. 19, bo chyba odmowy przyjmowania posiłków nie można nazwać zamachem na własne życie lub zdrowie. Nawet jeśli moje spostrzeżenie jest nietrafne, wydaje się, że sprawę „przymusowego karmienia” powinno się uregulować oddzielnie, nie w ramach przepisów dotyczących przymusu bezpośredniego.

Zakres stosowania środków przymusu bezpośredniego, ich rodzaje, nie powinny budzić wątpliwości, jeżeli uwzględni się realia funkcjonowania szpitali psychiatrycznych, zwłaszcza że podlegają one dość rygorystycznej kontroli.

**Przymusowe badanie psychiatryczne** (art. 22) Określenie warunków praworządnego a jednocześnie sprawnie funkcjonującego modelu przymusowego badania stanu zdrowia psychicznego jest wyjątkowo trudne. Czy propozycja projektu jest udana? – mam wątpliwości, które wyrażają się bardziej odczuwaniem niepokoju, niż możliwością przedstawienia konkretnych zarzutów. Także dla mnie jest oczywiste, że decyzja o przymusowym zbadaniu i ewentualnym skierowaniu, również przymusowym, do szpitala psychiatrycznego, musi pozostawać od początku do końca w rękach lekarza-psychiatry. On podejmuje decyzję na podstawie ustalenia okoliczności, które dla niespecjalisty mogą wydawać się jeżeli nie obojętne, to często nie przekonujące o potrzebie badania, nie mówiąc już o przymusowym leczeniu szpitalnym.

Z drugiej jednak strony pamiętać trzeba, że wstępna diagnoza, oparta niejednokrotnie, zresztą z konieczno-

ści, na fragmentarycznych danych, może okazać się błędna, gdy tymczasem dolegliwości związanych z przymusowym badaniem i przewiezieniem do szpitala cofnąć nie można. Nie na wiele zda się zalecenie (art. 22 ust. 5), że w tych wypadkach „należy zachować szczególną ostrożność i uczynić wszystko, aby osoba poddawana badaniu nie doznała krzywdy psychicznej i moralnej” nawet jeżeli dowiemy się ostatecznie, co ten ostatni rodzaj krzywdy oznacza.

W tym zakresie nie ma żadnej kontroli wstępnej co do zasadności podjęcia działań przez lekarza i to też budzi mój niepokój.

**Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego** (art. 23–33). Jeżeli następuje to za zgodą chorego, to nie ma większego problemu z określeniem zasad, według których powinno się to odbywać. Zgoda opiekuna ustawowego osoby małoletniej, podejmowanie w niektórych wypadkach decyzji co do osób ubezwłasnowolnionych przez sąd opiekuńczy, powiadamianie tego sądu o przyjęciu do szpitala tych osób – nie mogą budzić wątpliwości (art. 23). Również za wystarczającą uznać należy kontrolę sprawowaną przez lekarza kierującego oddziałem szpitalnym i nadzorującego szpital sędziego w wypadku osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, które ze względu na swój stan psychiczny nie są zdolne do wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala (art. 24). Nie wiem natomiast, dlaczego w tym ostatnim przepisie pominięto osoby z innymi „zaburzeniami psychicznymi”, które w art. 3 pkt 1 projektu określone zostały, jako

„takie zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej, zaliczane są do zaburzeń psychicznych wymagających świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej (...)”.

Przymus leczenia psychiatrycznego jest powszechnie akceptowany i to nie tylko przez psychiatrów i prawników<sup>3</sup>. Jednocześnie jednak bardzo wyraźnie akcentuje się potrzebę uzyskania zgody, poza wyjątkowymi sytuacjami, również osoby chorej psychicznie na leczenie, a zwłaszcza na zabieg operacyjny<sup>4</sup>.

Projekt w sposób właściwy określa postępowanie w stosunku do osób, które odmawiają zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym lub zgodę tę cofną (art. 25–29). W takich wypadkach po tymczasowym przyjęciu do szpitala, które podlega zatwierdzeniu przez ordynatora oddziału, decyzję podejmuje sąd opiekuńczy. Wszczęte przez sąd postępowanie może być umorzono tylko w wypadku wcześniejszego zwolnienia chorego ze szpitala, lub wobec wyrażenia przez niego zgody na pobyt w szpitalu. W tym ostatnim wypadku sąd podejmuje decyzję dopiero po wysłuchaniu pacjenta. Decyzja sądu opiekuńczego, stwierdzająca bezpodstawność umieszczenia w szpitalu, jest niezwłocznie wykonywana. Podejmowanie czynności przez sąd z urzędu wydaje się niezbędne, chociażby ze względu na wyjątkową wagę przedmiotu postępowania.

W przepisach art. 30 i 31 projektu normuje się postępowanie o umieszczeniu w szpitalu psychiatrycznym osób chorych psychicznie bez ich zgody, a dotyczy to pacjentów należących do dwóch bardzo różnych kategorii. Po

pierwsze chodzi o grupę osób, o których można orzec na podstawie ich dotychczasowego zachowania, że zagrażają własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (pkt 1). Druga grupa to osoby, które z powodu niezdolności do samodzielnego zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych doprowadzają się do stanu wyniszczenia organizmu, a istnieje możliwość podjęcia skutecznych czynności leczniczych (pkt 2).

Przepisy te mówią o osobach „chorych psychicznie”. Jest to więc sytuacja, gdy co do tych osób została już uprzednio wydana opinia psychiatryczna stwierdzająca występowanie choroby.

W takiej sytuacji, moim zdaniem, wszczęcie postępowania przez sąd opiekuńczy powinno następować na wniosek osoby najbliższej, przedstawiciela ustawowego, kuratora lub nawet z urzędu (art. 30 ust. 2 i 3). Jeżeli natomiast okaże się, że istniejąca opinia psychiatryczna jest niewystarczająca, sąd z urzędu powinien zwrócić się o wydanie dodatkowej opinii. Angażowanie do tego wnioskodawcy niczym nie jest uzasadnione, a ponadto może spowodować niedopuszczalną zwłokę ze szkodą dla dobra chorego i wbrew interesowi społecznemu.

Już tylko na marginesie zauważyć należy, że przesłanki uznawania stanu zdrowia chorego psychicznie za stwarzające zagrożenie dla dóbr wskazanych w art. 30 ust. 1 pkt 1, zostały określone mało precyzyjnie i będą wymagały uściślenia.

**Postępowanie lecznicze w stosunku do osoby leczonej bez jej zgody** (art. 35, 36). Nie budzi w zasadzie

zastrzeżeń postanowienie, że w stosunku do tej kategorii chorych można stosować postępowanie lecznicze przewidziane w ustawie o zawodzie lekarza i w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, jak też stosowanie przymusu bezpośredniego w postępowaniu leczniczym oraz dla zapobieżenia opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego.

**Wypisywanie osoby przebywającej bez jej zgody w szpitalu psychiatrycznym** (art. 37–40). W tym zakresie tryb postępowania został dobrze pomyślany. W sumie dotyczy to wszystkich tych sytuacji, gdy przebywający w szpitalu psychiatrycznym pacjent chce ten szpital opuścić.

Co oczywiste, w pierwszej kolejności zwraca się do prowadzącego go lekarza, co jest równoznaczne ze zwróceniem się do osoby zarządzającej szpitalem (oddziałem) i o ile ordynator podejmie taką właśnie decyzję, sprawa zostaje ostatecznie załatwiona, z tym że należy powiadomić sąd opiekuńczy (art. 37).

W razie odmowy wypisania ze szpitala, konieczne jest przewidzenie możliwości postępowania odwoławczego, które zabezpieczy interes pacjenta, ale jednocześnie zapobiegnie (zapewne tylko w odosobnionych wypadkach) lawinie korespondencji między różnymi instytucjami. Z tego właśnie powodu wydaje mi się, że wystarczające byłoby uprawnienie do złożenia kolejnego wniosku po upływie 60 a nie 30 dni od wydania ostatniej decyzji w tej samej sprawie. Zgłoszenie żądania takiej treści musi zobowiązywać ordynatora szpitala (oddziału) do wydania decyzji

na piśmie ze wskazaniem trybu odwołania. Odwołanie na piśmie do sądu opiekuńczego powinno być przesłane za pośrednictwem szpitala w tym celu, aby została dołączona stosowna dokumentacja, niezbędna do podjęcia decyzji przez sąd. Byłby to tryb postępowania prosty, a jednocześnie w pełni gwarantujący ochronę praw osoby, która ma pozostać w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody.

**Umieszczenie w domu pomocy społecznej** (art. 41–44). Nie wiem, czy istnieje potrzeba uregulowania w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego problematyki umieszczania w domu tego typu osób z „zaburzeniami psychicznymi” (art. 1 pkt 1), jeśli wyrażają one na to zgodę. W takiej sytuacji wystarczające są przepisy ogólne dotyczące przyjmowania do domów pomocy społecznej<sup>5</sup>. Problem pojawia się dopiero wówczas, gdy zaistnieje potrzeba zapewnienia opieki w domu pomocy społecznej, a osoba z zaburzeniami psychicznymi nie wyraża na to zgody. Wydaje się, że ochrona tej kategorii chorych uzasadnia przymusowe umieszczenie nie tylko wówczas, gdy brak opieki zagraża życiu tej osoby, ale także zdrowiu. Postępowanie mogłoby być wszczynane na wniosek osób bliskich, a także z urzędu, po uzyskaniu przez sąd informacji o zaistnieniu takiej sytuacji z jakiegokolwiek źródła. Tryb zwalniania z domu pomocy społecznej powinien być w zasadzie taki sam, jak w wypadku wypisywania ze szpitala psychiatrycznego. Z powyższych względów uważam, że propozycje projektu, zawarte zwłaszcza w art. 42 i art. 44, można co do zasady akceptować.

**Przepisy szczególne o postępowaniu przed sądem opiekuńczym** (art. 45–52). Projekt przewiduje stosowanie w tych sprawach przepisów k.p.c. o postępowaniu nieprocesowym (art. 45) i wydanie postanowienia kończącego postępowanie w sprawie (art. 49 ust. 2). Stąd chyba bezzasadnie w art. 50 jako środek zaskarżenia wskazuje się „rewizję”, gdy tymczasem z treści art. 394 § 1 k.p.c. wynika, że powinno przysługiwać „zażalenie”, co do rozpoznania którego zastosowanie mają prawie wszystkie przepisy o postępowaniu rewizyjnym. Zastanowienia natomiast wymaga, czy w sprawach tych nie powinien być wydawany wyrok, od którego przysługiwałaby rewizja rozpoznawana przez sąd odwoławczy na rozprawie.

W art. 47 można znacznie to uprościć przewidując, że sąd opiekuńczy wszczy- na stosowne postępowania na wniosek lub z urzędu, jeżeli uzna, że zachodzą wystarczające przesłanki ku temu.

Termin miesięczny do przeprowadzenia rozprawy (art. 48) jest zbyt długi. Wydaje się, że dla zgromadzenia niezbędnej dokumentacji i dokonania zawiadomień wystarczy 14 dni. Są to przecież sprawy o szczególnie dużej wadze (przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym, wypisanie ze szpitala osoby, która nie wyraża zgody na pobyt w nim, przymusowe umieszczenie w domu pomocy społecznej i, nie wiadomo dlaczego, nie dotyczy to sprawy zwolnienia z przymusowego pobytu w takim domu).

**Ochrona tajemnicy** (art. 54–56). Przepisy rozdziału 7 są wyjątkowo mało udane, choć z pozoru wydawać by się mogło, że jest tu niewiele

spraw do odrębnego uregulowania i że zagadnienie to nie nastęrcza zbyt wielu wątpliwości.

Zasadnicze kwestie powinny być uregulowane w ustawie o zawodzie lekarza (na ten temat poczyniłem uwagi powyżej), natomiast tu należy się zająć tylko kwestiami szczególnymi, właściwymi dla stosunków: pacjent chory psychicznie – lekarz i inni pracownicy zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

W art. 54 ust. 2 jest zupełnie zbędny – wystarczy przepis ust. 1. Przepisy ust. 3 pkt 2 i 3 są niezrozumiałe, natomiast brak jest normy zwalniającej z tajemnicy zawodowej lekarza biegłego, wydającego opinię na wniosek sądu (nie tylko karnego). Z kolei norma ust. 4, jeżeli już w ogóle, to powinna znaleźć się w ustawie o zawodzie lekarza. Podobna sytuacja jest z art. 55, który zresztą powinien odnosić się do wszystkich okoliczności dotyczących faktu popełnienia czynu zabronionego<sup>6</sup>.

Unormowania zawarte w przepisie art. 56 nie sposób kwestionować, jednak wydaje się, że choć ustawa dotyczy lekarzy psychiatrów, to jednak wobec roli spełnianej przez psychologów przy wydawaniu opinii psychiatrycznych, należało w tym przepisie wspomnieć również o nich<sup>7</sup>.

Przepis karny art. 57 wymaga tylko sprecyzowania w zakresie sankcji, aby wiadomo było, czy chodzi tu o występki, czy o wykroczenie.

Przepis art. 58 – to „pobożne życzenie”, z którego trzeba będzie zapewne zrezygnować, bowiem nierealne jest powołanie zgodnie z istniejącymi potrzebami zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej do nieodległego już 2002 r.



W tym wyjątkowo krótkim podsumowaniu stwierdzić trzeba, że w obu projektach ustaw: o zawodzie lekarza i o ochronie zdrowia psychicznego proponuje się w większości wypadków rozwiązania nadające się do zaaprobowa-

nia. Odpowiadają one standardom międzynarodowym, pozostają w zgodzie z obowiązującą *Ustawą Konstytucyjną*, choć z drugiej strony wymagają jeszcze przemyślenia i równie starannego opracowania legislacyjnego.

## Przypisy:

<sup>1</sup> Por. niezwykle interesujące rozważania na temat pojęcia „niebezpieczeństwa” i literaturę tam wskazaną: A. Spotowski: *Funkcja niebezpieczeństwa w prawie karnym* Warszawa 1990, a w szczególności ss. 9–70.

<sup>2</sup> Por. L.K. Paprzycki: *Umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym (art. 99 i 100 § 1 k.k.) w świetle poglądów doktryny i orzecznictwa Sądu Najwyższego* (w) J. Sobkowiak, E. Milewska, T. Gordon (red.): *Materiały VI Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP* Warszawa 1988, ss. 87–107.

<sup>3</sup> T. Ślipko: *Granice życia...*, op. cit., s. 222–224.

<sup>4</sup> G. Rejman: *Odpowiedzialność karna lekarza*, op. cit., s. 72. J. Jaroszyński: *Badania biomedyczne i behawioralne w psychiatrii (w): Etyczne aspekty badań medycznych, których przedmiotem jest człowiek* Warszawa 1987, s. 77; S. Pomorski: *Problematyka leczenia przymusowego...* op. cit.

<sup>5</sup> Por. przepisy zarządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 15 września 1971 r. w sprawie kwalifikowania kandydatów do domu pomocy społecznej – Dz.Urz. MZiOS 1971 nr 17, poz. 88, a także Z. Falicki: *Psychiatria społeczna* op.cit., s. 92, 93.

<sup>6</sup> Art. 54. 1.: „Osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są obowiązane do zachowania tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, z zastrzeżeniem przepisów niniejszego rozdziału.

2. Z zastrzeżeniem przepisów niniejszego rozdziału zachowują moc odrębne przepisy dotyczące obowiązku zachowania tajemnicy.

3. Od obowiązku zachowania tajemnicy osoba wymieniona w ust. 1 jest zwolniona w stosunku do:

- 1) lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) właściwych organów państwowych co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne dla wykonywania zadań opieki środowiskowej i pomocy społecznej;
- 3) osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach świadczeń w zakresie oparcia społecznego.

4. W razie umyślnego naruszenia tajemnicy, o której mowa w ust. 1 i 2, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumą pieniężną tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę”.

Art. 55: „W dokumentacji dotyczącej badań i przebiegu leczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi nie utrwała się oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary. Przepis ten ma zastosowanie także do dokumentacji dotyczącej badań przeprowadzonych na żądanie uprawnionego organu państwowego”.

<sup>7</sup> Art. 56.1.: „Nie wolno przesłuchiwać osób obowiązanych do zachowania tajemnicy, stosownie do przepisów niniejszego rozdziału, jako świadków na okoliczność przyznania się osoby z zaburzeniami psychicznymi do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary.

2. Zakaz określony w ust. 1 stosuje się odpowiednio do lekarzy wykonujących czynności biegłego”.