

# Małgorzata Babuła

---

## Przymus w leczeniu pacjenta - wybrane problemy

---

Administracja : teoria, dydaktyka, praktyka nr 3 (36), 77-94

---

2014

Artykuł został 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.

## Przymus w leczeniu pacjenta – wybrane problemy

### I. Pojęcie i znaczenie zgody pacjenta

Konstytucja RP nakłada na władze obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym<sup>1</sup>. Należałoby się zatem zastanowić nad znaczeniem terminu niepełnosprawność<sup>2</sup>.

W literaturze występuje kilka definicji niepełnosprawności; według mnie szczególnie istotna i miarodajna jest ta, zawarta w Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z którą poprzez termin ten należy rozumieć długotrwałą, obniżoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub czuciową, która w styczności z różnymi barierami może ograniczać pełny i efektywny udział w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami<sup>3</sup>.

W tym rozumieniu pojęcie zgody należy rozpatrzyć ze szczególną atencją. Albowiem o ile sama zgoda ma fundamentalne znaczenie w procesie udzielania pacjentowi pomocy lekarskiej (jako czynnik warunkujący możliwość podejmowania działań przez lekarza), o tyle nie jej uzyskanie, lecz jej ważność (a zatem prawna skuteczność) determinuje cały proces leczenia. Konwencja o ochronie praw człowie-

---

<sup>1</sup> Art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.; Dz. U. nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>2</sup> Zwłaszcza, że art. 25 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych determinuje prawo każdej osoby niepełnosprawnej do najwyższego standardu opieki medycznej i dostępu do wszelkich powszechnych usług zdrowotnych; patrz: *Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych. Poradnik RPO*, Warszawa 2013, s. 43.

<sup>3</sup> *Ibidem*, s. 12.

ka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny<sup>4</sup> wyraźnie stanowi, iż „nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej”<sup>5</sup>. Do zgody odwołuje się także Kodeks Etyki Lekarskiej, który w art. 15 zastrzega, iż: „postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem (...)”<sup>6</sup>. Natomiast dopuszczalność interwencji względem osoby niezdolnej do wyrażenia zgody istnieje tylko wtedy, gdy „jest to dla niej bezpośrednio korzystne. W stosunku do osoby ubezwłasnowolnionej nie posiadającej zdolności do wyrażenia zgody na interwencję medyczną, interwencja taka może być przeprowadzona za zezwoleniem jego przedstawiciela ustawowego, odpowiedniej władzy albo innej instytucji ustanowionych w tym celu”<sup>7</sup>.

Zgoda jest klasycznym przykładem oświadczenia woli. Dlatego tak jak inne oświadczenia woli podlega przepisom prawa, które stanowią o jej wadliwości<sup>8</sup>. W polskim systemie prawnym istnieją cztery rodzaje wad, tj. brak świadomości lub swobody w powzięciu lub wyrażeniu woli, pozorność, błąd i groźba<sup>9</sup>. Wy-

---

<sup>4</sup> Zwana dalej Konwencją o prawach człowieka i biomedycynie.

<sup>5</sup> Art. 5 Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie, <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/re/1997.html>; dostęp 10.10.2014.

<sup>6</sup> Art. 15 ust. 1 i 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, „Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej” nr 1 (81), Rok XIV, Warszawa 2004, s. 2.

<sup>7</sup> Art. 6 ust. 1 i 3 Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie, <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/re/1997.html>; dostęp 10.10.2014.

<sup>8</sup> Art. 82 Kodeksu cywilnego; Dz. U. 1964, nr 16, poz. 9 ze zm.: „Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych”.

<sup>9</sup> J. Gajda, Z. Gawlik, *Podstawy prawa cywilnego – część ogólna*, red. S. Wójcik, Warszawa 1999, s. 121.

mieniony tutaj brak świadomości i swobody musi być zupełny<sup>10</sup>. Dodatkową kwestią jest to, iż gwarantem uznania oświadczenia za nieważne jest ubezwłasnowolnienie. Osoba, która ma bowiem pełną zdolność do czynności prawnych, ale która ma także zaburzenia psychiczne i istnieją podstawy do jej całkowitego ubezwłasnowolnienia (ale która ubezwłasnowolniona nie jest), może składać oświadczenia woli, które będą ważne. Bez znaczenia jest tutaj to, że stan psychiczny człowieka jest raz lepszy, a innym razem gorszy. O ważności czynności prawnej osoby ubezwłasnowolnionej decyduje to, czy uchylono postanowienie o ubezwłasnowolnieniu<sup>11</sup>. Artykuł 82 k.c. zapewnia jednak możliwość powołania się na brak świadomości, jeżeli ten brak będzie wykazany<sup>12</sup>. „Sąd Najwyższy w wyroku z 11 lutego 1979 r., II CR 448/79 (OSP i KA 3/81, poz. 45) wyraził pogląd, że stosunek psychiczny do podejmowanego zachowania się i jego skutków opiera się na przewidywaniu i woli. Oba te czynniki zakładają istnienie nieupośledzonego działania funkcji psychicznych, pozwalające na właściwe rozeznanie znaczenia i skutków swego zachowania się oraz kierowania swym postępowaniem (...)”<sup>13</sup>.

Słownik języka polskiego definiuje pojęcie zgody, jako zezwolenie na coś, aprobatę<sup>14</sup>. Według Małgorzaty Świdorskiej, zgodę określić można jako „swobodnie podjęty i wyrażony według reguł znaczeniowych dostępnych dla innych uczestników procesu medycznego akt woli pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, podjęty na podstawie przystępnie udzielonej, rzetelnej informacji co do wszelkich stadiów postępowania medycznego”<sup>15</sup>. Alicja Przyłuska-Fiszler mówi z kolei o zgodzie świadomej; tzn. takiej która udzielona została przez osobę kompetentną, w sposób do-

---

<sup>10</sup> S. Dmowski, S. Rudnicki, *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga pierwsza. Część ogólna*, Warszawa 2004, s. 354.

<sup>11</sup> Patrz: J. Gajda, Z. Gawlik, *Podstawy...*, *op. cit.*, s. 121–122.

<sup>12</sup> S. Dmowski, S. Rudnicki, *Komentarz...*, *op. cit.*, s. 355–356.

<sup>13</sup> Szerzej: *ibidem*, s. 354–355.

<sup>14</sup> *Słownik języka polskiego*, Warszawa 2004, s. 1010.

<sup>15</sup> M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 18.

browolny, na podstawie wyczerpujących informacji na temat procedury, ryzyka i korzyści proponowanych oraz alternatywnych metod leczenia<sup>16</sup>.

Jeżeli wziąć pod uwagę fakt, iż zgoda, aby być skuteczna prawnie musi być wyrażona zarówno swobodnie, jak i przez osobę, która jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej jej informacji<sup>17</sup>, niewątpliwie szczególnym przypadkiem jawi się wyrażanie zgody przez osobę z zaburzeniami psychicznymi. W art. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego czytamy: „ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o zgodzie, oznacza to swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”<sup>18</sup>. Wynika stąd jasno, iż zaburzenie psychiczne nie może zatem tego rozumowania ograniczać.

Literatura rozpatruje oddzielnie zgodę osób ubezwłasnowolnionych od zgody osób chorych psychicznie – jakkolwiek jednak choroba psychiczna przy spełnieniu pewnych warunków może stanowić podstawę do ubezwłasnowolnienia. Wynika to z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych zgoda wyrażana jest przez przedstawiciela ustawowego, opiekuna albo sąd opiekuńczy: „jeżeli pacjent jest (...) niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim nie jest możliwe –

---

<sup>16</sup> A. Przyłuska-Fischer, *Etyczne problemy genetyki – zarys problematyki*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4, s. 43.

<sup>17</sup> J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2006, s. 29.

<sup>18</sup> Art. 3 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego; Dz. U. nr 111, poz. 535 ze zm.

zgoda sądu opiekuńczego”<sup>19</sup>. Przepisy bardzo jasno określają zatem podmioty, które działają w imieniu oraz na rzecz osoby ubezwłasnowolnionej. Nie tylko samo badanie jest objęte obowiązkiem zgody pacjenta. To samo dotyczy bowiem zabiegu operacyjnego albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla zdrowia. Również te działania lekarza uwarunkowane są uprzednim uzyskaniem zgody ubezwłasnowolnionego bądź zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, albo porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego<sup>20</sup>. To, że podmiotem uprawnionym do wyrażenia zgody jest nie tylko pacjent, ale także jego przedstawiciel ustawowy, opiekun lub nawet sąd, wynika również m.in. z artykułu 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, gdzie w ustępie 2 artykułu czytamy: „jeżeli pacjent jest (...) niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zgody sądu opiekuńczego”<sup>21</sup>. Dalej, w ustępie 3 i 4 stwierdzono: „jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania (...) zgodę (...) może wyrazić także opiekun faktyczny. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby”<sup>22</sup>. Analogiczne zastrzeżenie zawarto w Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych<sup>23</sup>, gdzie zapisano, iż Państwa Strony Konwencji będą zapobiegać przypadkom odmowy udzielenia ze względu na niepełnosprawność, opieki zdrowotnej lub usług zdrowotnych,

---

<sup>19</sup> Art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1997 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry; Dz. U. nr 28, poz. 152 ze zm.

<sup>20</sup> Art. 34 ust. 1 i 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

<sup>21</sup> Art. 32 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

<sup>22</sup> Art. 32 ust. 3 i 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

<sup>23</sup> Art. 25 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych; <http://www.rpo.gov.pl/pl/konwencja-o-prawach-osob-niepelnospawnych>; dostęp 10.10.2014.

albo pożywienia i płynów<sup>24</sup>. Tym samym za naruszenie Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych uważa się sytuację, w której podczas wizyty lekarskiej lekarz pomija osobę niepełnosprawną w przekazaniu informacji o jej stanie zdrowia, komunikując się wyłącznie z jej opiekunem, albo gdy samodzielnie decyduje o podjęciu leczenia<sup>25</sup>. Ponadto w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego czytamy, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje – co do zasady – za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego<sup>26</sup>. Stosuje się to także w odniesieniu do osób ubezwłasnowolnionych częściowo, jeżeli wynika to z postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu kuratora<sup>27</sup>. Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską może wyrazić pisemną zgodę na przyjęcie tej osoby do szpitala psychiatrycznego po uprzednim uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego<sup>28</sup>.

Wynika z tych uregulowań, że pacjent może samodzielnie wyrazić zgodę wtedy, kiedy jest w stanie zrobić to świadomie i ze zrozumieniem. Jakie okoliczności są zatem uzasadnieniem dla stwierdzenia, że zgodę wyrażono w ten właśnie sposób? Jerzy Przybysz uważa, że podstawą do uznania pacjenta za zdolnego do wyrażenia zgody jest spełnienie przez niego jednego z pięciu warunków: 1 – musi on wykazywać zdolność wyboru decyzji, 2 – wybór, którego dokonuje musi być trafny, czyli taki, który podjęłaby osoba rozsądna będąc w jego sytuacji, 3 – musi umieć uzasadnić wybór, 4 – musi mieć zachowaną ogólną sprawność poznawczą, 5 – musi rozumieć informację dotyczącą leczenia<sup>29</sup>. Jak słusznie pisze Małgorzata Świdorska, kto znajduje się w stanie wyłączającym świadome wyrażenie zgody, bądź to z powodu za-

---

<sup>24</sup> Art. 25 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, <http://www.rpo.gov.pl/pl/konwencja-o-prawach-osob-niepelnospawnych>; dostęp 10.10.2014.

<sup>25</sup> *Konwencja o Prawach Osób...*, *op. cit.*, s. 44.

<sup>26</sup> Art. 22 ust. 3 i 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>27</sup> Art. 20 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>28</sup> J. Duda, *Komentarz...*, *op. cit.*, s. 110–111.

<sup>29</sup> J. Przybysz, *Psychiatria sądowa, część II, opiniowanie w postępowaniu cywilnym*, Toruń 2005, s. 36.

burzeń psychicznych wynikających z choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego, bądź z podeszłego wieku, upojenia alkoholowego lub pozostawania pod wpływem narkotyków – nawet jeżeli jest pełnoletni – nie może zgody wyrazić samodzielnie<sup>30</sup>. Natomiast w sytuacji, kiedy zachowanie ubezwłasnowolnionego wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź osoba ta nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, wówczas nawet bez zgody przedstawiciela ustawowego może być poddana badaniu psychiatrycznemu<sup>31</sup>.

Jakkolwiek ustawa wspomina tylko o osobach małoletnich lub ubezwłasnowolnionych całkowicie, to jednak brak wzmianki o osobach ubezwłasnowolnionych częściowo uzasadnia potraktowanie ich sytuacji prawnej jak podmiotów wymienionych w art. 21 ust. 1<sup>32</sup>.

## **II. Przymus bezpośredni**

Dopuszczalność leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi wyłącznie za ich zgodą, przewiduje również artykuł 22 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w którym czytamy, że przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz stwierdzi wskazania do jej przyjęcia – a w przypadkach nagłych również bez tego skierowania<sup>33</sup>. Jeżeli natomiast osoba nie może udzielić zgody wskutek braku zdolności do jej wyrażenia, podstawą do przyjęcia jej do szpitala psychiatrycznego jest orzeczenie sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby<sup>34</sup>. W przypadkach nagłych osoba niezdolna do wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala

---

<sup>30</sup> M. Świdorska, *Zgoda...*, *op. cit.*, s. 38.

<sup>31</sup> Art. 21 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>32</sup> J. Duda, *Komentarz...*, *op. cit.*, s. 103.

<sup>33</sup> Art. 22 ust. 1 i 1a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>34</sup> Art. 22 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.



la, może być do niego przyjęta również bez zgody sądu opiekuńczego, natomiast lekarz przyjmujący musi w takim przypadku zasięgnąć opinii lekarza psychiatry lub pisemnej opinii psychologa<sup>35</sup>. Wynika to z faktu, że lekarz przyjmujący pacjenta do szpitala musi odnotować w dokumentacji medycznej wskazania uzasadniające przyjęcie (lub analogicznie podstawy odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego). Gwarantem zasadności i legalności badań przeprowadzanych na osobach niezdolnych do wyrażenia na nie zgody, jest art. 17 Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie. Uzależnia on możliwość przeprowadzenia zabiegu/badania od tego, że: 1) ich wyniki muszą być w stanie zapewnić rzeczywistą i bezpośrednią korzyść dla badanego, 2) badania o porównywalnej skuteczności nie mogą być przeprowadzone na osobach posiadających zdolność do wyrażenia zgody, 3) osoba zainteresowana nie sprzeciwiła się badaniom<sup>36</sup>.

Powstaje sporna kwestia o to, czy samo przyjęcie do szpitala/placówki medycznej lub opiekuńczej jest już dorozumianą zgodą na leczenie. Juliusz Duda stwierdza, że jakkolwiek pacjent wyraził zgodę na przyjęcie, nie można tej zgody poczytywać jako równoznacznej z akceptacją leczenia. Zgoda musi bowiem dotyczyć konkretnej czynności, nie może być tylko i wyłącznie zastąpiona brakiem manifestowanego sprzeciwu<sup>37</sup>. W takiej sytuacji należy uzyskać zgodę sądu opiekuńczego na pobyt tej osoby w szpitalu. Z wnioskiem takim występuje do sądu właściwego ze względu na siedzibę szpitala sam kierownik szpitala psychiatrycznego uzasadniając jednocześnie podstawy przyjęcia pacjenta<sup>38</sup>. Innego zdania jest natomiast Jerzy Przybysz, który twierdzi, iż leczenie pacjenta, który wyraził zgodę na przyjęcie do szpitala nie wymaga odrębnej zgody, bowiem wiadome jest to, że przyjęcie jest zasadniczym celem hospitalizacji i należy domniemywać, że

---

<sup>35</sup> Art. 22 ust. 2a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>36</sup> Art. 17 ust. 1 pkt b–e Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie, <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/re/1997.html>; dostęp 10.10.2014.

<sup>37</sup> J. Duda, *Komentarz...*, *op. cit.*, s. 106–107.

<sup>38</sup> Art. 22 ust. 2b ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

zgoda na przyjęcie dotyczy również leczenia<sup>39</sup>. Autor uzasadnia to tym, że lekarz ma obowiązek udzielania pacjentowi informacji na temat proponowanych metod leczenia, które pacjent może zaakceptować lub nie<sup>40</sup>.

Dość charakterystyczne dla psychiatrii jest stosowanie przymusowego postępowania względem pacjentów. Rodzi się tu zatem szczególne zagrożenie dla prawa człowieka do samostanowienia<sup>41</sup>. W psychiatrii wyraźniej niż w innych dziedzinach medycyny widać podporządkowanie pacjenta dominacji systemu medycznego<sup>42</sup>. Konstytucja stanowi, iż każdy jest obowiązany szanować wolności i prawa innych i nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje, ale przewiduje możliwość wprowadzenia ograniczeń w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw, które mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne (...) <sup>43</sup>. Natomiast „każda hospitalizacja przymusowa z natury rzeczy jest pozbawieniem człowieka wolności (...)”<sup>44</sup>. Odstępstwa od prawa do samostanowienia pacjenta o sobie wprowadza się z reguły dla ochrony osób niepełnych z powodu wieku, stanu psychicznego oraz dla ochrony zdrowia publicznego<sup>45</sup>. Na płaszczyźnie prawa międzynarodowego również funkcjonują uregulowania dotyczące gwarancji wolności i bezpieczeństwa osobistego dla każdego człowieka. Przykładem może być chociażby Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z dnia 4 listopada 1950 roku, która sta-

---

<sup>39</sup> Podzielam opinię Jerzego Przybysza. Uważam, że takie rozpatrywanie omawianego zagadnienia wynika z zachowania zdrowego rozsądku.

<sup>40</sup> J. Przybysz, *Psychiatria...*, *op. cit.*, s. 48.

<sup>41</sup> Prawa, które można rozpatrywać jako wolną wolę człowieka. Arthur Schopenhauer dokonuje rozdziału ludzkiej woli na 3 jej aspekty, mówiąc o wolności fizycznej, intelektualnej oraz moralnej. Szerzej, patrz: A. Schopenhauer, *O wolności ludzkiej woli*, Kraków 2014, s. 61.

<sup>42</sup> M. Balicki, *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 57 i 58.

<sup>43</sup> Art. 31 ust. 2 i 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

<sup>44</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 389.

<sup>45</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2005, s. 107.

nowi, iż wolność ta może być ograniczona tylko we wskazanych w niej przypadkach. Wśród tych sytuacji uzasadniających pozbawienie wolności znajduje się choroba psychiczna, alkoholizm i narkomania<sup>46</sup>.

Do przymusowego badania odnosi się m.in. artykuł 21 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z jego treścią badaniu psychiatrycznemu musi być poddana osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Takie badanie może odbyć się bez zgody tej osoby<sup>47</sup>. Przymus bezpośredni można zastosować także w przypadkach:

- 1) jeżeli osoba chora psychicznie lub upośledzona umysłowo sprzeciwia się przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, a jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że zagraża bezpośrednio życiu własnemu lub innych osób<sup>48</sup> i nieprzyjęcie jej do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, a także uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej zdrowia<sup>49</sup>. Lekarz zaś ma obowiązek wyjaśnić pacjentowi przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach<sup>50</sup>;
- 2) gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych lub w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego<sup>51</sup> lub domu pomocy społecznej<sup>52</sup>;
- 3) na etapie postępowania przed sądem opiekuńczym w przypadku, kiedy osoba psychicznie chora ma być poddana ba-

---

<sup>46</sup> Art. 5 ust. 1 pkt e Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z dnia 4 listopada 1950 r.; Dz. U. nr 85, poz. 427 ze zm.

<sup>47</sup> Art. 21 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>48</sup> Art. 22 ust. 2c ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>49</sup> Art. 29 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>50</sup> Art. 23 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>51</sup> Art. 34 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>52</sup> Art. 40 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

daniu przez biegłego, a odmawia stawienia się w zakładzie opieki psychiatrycznej lub w inny sposób uchyla się od tego badania. Wówczas sąd może zarządzić doprowadzenie jej przez Policję do publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej<sup>53</sup>.

Poza przypadkami wyżej wskazanymi, ustawa stanowi, że przymus bezpośredni może być użyty po pierwsze, gdy osoba dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby albo przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu; po drugie, jeżeli w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w swoim otoczeniu; a wreszcie wówczas, gdy poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej<sup>54</sup>. Osobą uprawnioną do zadecydowania o zastosowaniu i o rodzaju stosowanego przymusu bezpośredniego jest lekarz, a w nagłych sytuacjach także pielęgniarka<sup>55</sup>. W dwóch pierwszych przypadkach przymus bezpośredni polega na przytrzymywaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a w przypadku zakłócania funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku. Zawsze przy wyborze środka przymusu decyduje najmniejsza jego uciążliwość dla pacjenta<sup>56</sup>.

Wobec osoby chorej psychicznie leczonej bez jej zgody można podejmować tylko niezbędne czynności lecznicze mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody<sup>57</sup>, a metody te mogą być podejmowane także w formie przymusu bezpośredniego<sup>58</sup>. Ma to szczególne znaczenie dla hospitalizacji względem osób, co do których ma nastąpić wyjaśnienie wątpliwości czy są one psychicznie chore – dotyczy to więc artykułu 24

---

<sup>53</sup> Art. 46 ust. 2a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>54</sup> Art. 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>55</sup> Art. 18 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>56</sup> Art. 18 ust. 3 i 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>57</sup> Art. 33 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>58</sup> Art. 34 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>59</sup>. Odnosi się to bowiem do sytuacji, gdy zachodzą wątpliwości czy osoba jest chora psychicznie, ale jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób. Wówczas może zostać przyjęta do szpitala bez zgody. Priorytetem jest tutaj ustalenie czy rzeczywiście osoba jest chora psychicznie, a służyć temu ma przede wszystkim obserwacja<sup>60</sup>. Podstawą do przyjęcia osoby do szpitala psychiatrycznego, bez uprzedniego uzyskania zgody sądu opiekuńczego są sytuacje nagłe. Powstaje tutaj zobowiązanie po stronie lekarza, do zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza<sup>61</sup>. Oczywiście pozostaje do uzupełnienia uzyskanie zgody sądu opiekuńczego na pobyt takiej osoby w szpitalu psychiatrycznym, a zobligowany do jej uzyskania jest kierownik szpitala psychiatrycznego<sup>62</sup>. W związku z otrzymanym zawiadomieniem o przyjęciu osoby do szpitala psychiatrycznego, sąd opiekuńczy wszczyna stosowne postępowanie. Wspomniane wyżej zawiadomienie może – poza wymienionym już kierownikiem szpitala – złożyć także małżonek osoby oddanej na leczenie, krewni w linii prostej, rodzeństwo, opiekun faktyczny, ale także – a może przede wszystkim – sam chory i jego przedstawiciel ustawowy<sup>63</sup>. Gdyby sąd orzekł, że nie zaistniały żadne przesłanki uzasadniające umieszczenie osoby w szpitalu psychiatrycznym, zawiadamia o tym szpital, który ma wówczas obowiązek wypisać osobę niezwłocznie po otrzymaniu postanowienia sądu<sup>64</sup>.

Przymus bezpośredni jest także przewidziany w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi<sup>65</sup>. Zgodnie z ww. ustawą, sąd wzywa osobę, w stosunku do której

---

<sup>59</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa...*, *op. cit.*, s. 409.

<sup>60</sup> *Ibidem*, s. 409 i 405.

<sup>61</sup> Art. 22 ust. 2a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>62</sup> Art. 22 ust. 2b ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>63</sup> Art. 25 ust. 1 i 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>64</sup> Art. 27 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>65</sup> Art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi; Dz. U. nr 35, poz. 230 ze zm.

orzeczono obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, do stawienia się dobrowolnie w odpowiednim ośrodku w celu poddania się leczeniu; z zastrzeżeniem, że w razie uchylania się od tego obowiązku zostanie zastosowany względem tej osoby przymus<sup>66</sup>. Podobnie jest w przypadku umieszczenia osoby w izbie wytrzeźwień. Zgodnie z przepisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, osoby w stanie nietrzeźwości, które swoim zachowaniem dają powód do zgorzsenia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do izby wytrzeźwień, zakładu opieki zdrowotnej lub innej właściwej placówki<sup>67</sup>. Ponadto jeżeli osoba ta stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia swojego lub innej osoby, albo niszczy przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu, można zastosować przymus bezpośredni w postaci przytrzymywania lub unieruchomienia<sup>68</sup>.

Odrębną kwestią jest umieszczanie osób w domach pomocy społecznej, bez wyrażenia zgody pacjenta i przedstawiciela ustawowego. Szczególny charakter polega tutaj na tym, iż rolą tych placówek nie jest leczenie, ale sprawowanie opieki względem tych, którzy cierpią na chorobę psychiczną; są niezdolni do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych; nie mają możliwości korzystania z opieki innych osób – a potrzebują jej w stałym wymiarze; a przy tym nie wymagają leczenia szpitalnego<sup>69</sup>.

Przyjęcie do domu pomocy społecznej co do zasady odbywa się za zgodą tej osoby lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego<sup>70</sup>.

---

<sup>66</sup> Art. 32 ust. 1 i 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Kwestia doprowadzania i „zatrzymania” osób w izbie wytrzeźwień została dokładniej omówiona w książce Marii Boratyńskiej i Przemysława Konieczniaka, *Prawa pacjenta, op. cit.*, s. 306–310.

<sup>67</sup> Art. 40 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

<sup>68</sup> Art. 42 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

<sup>69</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa..., op. cit.*, s. 410.

<sup>70</sup> Art. 38 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

W przypadku braku zgody zarówno tej osoby jak i jej przedstawiciela ustawowego z wnioskiem do sądu opiekuńczego miejsca zamieszkania tej osoby o przyjęcie do domu pomocy społecznej może wystąpić: organ ds. pomocy społecznej oraz kierownik szpitala psychiatrycznego (jeżeli osoba potrzebuje pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, ale nie wymaga leczenia)<sup>71</sup>. Wniosek organu ds. pomocy społecznej albo kierownika szpitala psychiatrycznego może dotyczyć osoby, która jest niezdolna, ze względu na swój stan psychiczny, do wyrażenia zgody na jej umieszczenie w domu pomocy społecznej. W takich przypadkach o umieszczeniu decyduje sąd opiekuńczy<sup>72</sup>. Osoba przebywająca w szpitalu psychiatrycznym bez swojej zgody może żądać wypisania jej z tego szpitala nie wcześniej jednak niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego o przyjęciu do szpitala lub dalszemu leczeniu tej osoby. Prawo do złożenia takiego wniosku mają także przedstawiciel ustawowy tej osoby, jej małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz opiekun faktyczny<sup>73</sup>.

### III. Przymus pośredni

Innym rodzajem przymusu jest przymus pośredni, który występuje wówczas, gdy prawo zastrzega różne sankcje dla odmowy zgody, co nie stanowi podstawy do przymusu bezpośredniego<sup>74</sup>. Taką formę przymusu przewiduje ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Poddanie się leczeniu odwykowemu jest bowiem dobrowolne, a wszelkie wyjątki w tym zakresie przewiduje ustawa<sup>75</sup>. Na badanie kierowane są osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich (...) systematycznie

---

<sup>71</sup> Art. 39 ust. 1 i 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>72</sup> J. Duda, *Komentarz...*, *op. cit.*, s. 162.

<sup>73</sup> Art. 36 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>74</sup> M. Świdorska, *Zgoda...*, *op. cit.*, s. 248.

<sup>75</sup> Art. 21 ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

zakłócają spójność lub porządek publiczny. Celem badania jest natomiast stwierdzenie czy osoba jest uzależniona od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego<sup>76</sup>; ale także osoby umieszczone w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich<sup>77</sup>.

Na badanie osoba kierowana jest na jej wniosek albo na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych<sup>78</sup>. Artykuł 26 wspomnianej ustawy mówi jedynie o możliwości zobowiązania osoby do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego<sup>79</sup>. Jeżeli na pacjenta nałożono obowiązek poddania się leczeniu, nie może on opuścić terenu zakładu bez zgody kierownika instytucji, a w razie niestawiennictwa – sąd zarządza przymusowe doprowadzenie osoby do zakładu; Policja może także zastosować zatrzymanie takiej osoby, jeżeli wymagają tego okoliczności<sup>80</sup>. Obowiązek leczenia należy stosować tak długo, jak wymaga tego stan pacjenta, nie dłużej jednak niż dwa lata od chwili, kiedy uprawomocniło się orzeczenie sądu o umieszczeniu danej osoby w zakładzie<sup>81</sup>. W ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii również podkreślono dobrowolność leczenia, rehabilitacji lub readaptacji<sup>82</sup>. Istotne jest, że ustawa ta nie przewiduje leczenia osób pełnoletnich – istnieje jedynie możliwość kontynuacji leczenia na wniosek sądu rodzinnego, jeżeli w jego trakcie osoba nieletnia osiągnęła pełnolet-

---

<sup>76</sup> Art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

<sup>77</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa...*, *op. cit.*, s. 305 w zw. z art. 37 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

<sup>78</sup> Art. 25 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

<sup>79</sup> Art. 26 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

<sup>80</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa...*, *op. cit.*, s. 302 w zw. z art. 32 i 33 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

<sup>81</sup> Art. 34 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

<sup>82</sup> Art. 13 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii; Dz. U. nr 179, poz. 1485 ze zm.



niość<sup>83</sup>. Leczenie nieletnich z kolei odbywa się na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu sąd rodzinny może skierować osobę uzależnioną na leczenie przymusowe<sup>84</sup>. Priorytetem jest niewątpliwie to, żeby zgoda była wyraźna, a gdy chodzi o zabiegi związane z podwyższonym ryzykiem – pisemna<sup>85</sup>.

W świetle prawa cywilnego, do zachowania pisemnej formy czynności prawnej wystarcza złożenie własnoręcznego podpisu na dokumencie obejmującym treść oświadczeń woli<sup>86</sup>. W myśl artykułu 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry „zgoda pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego i sądu opiekuńczego może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym”<sup>87</sup>. Takim zachowaniem będzie na przykład sam fakt, że pacjent przyszedł do lekarza. Już to może być rozumiane jako zgoda na ingerencję lekarza w sferę jego wolności w zakresie badań. Stąd możliwość ustnej akceptacji jest alternatywna z dorozumianą zgodą<sup>88</sup>. Należy zatem wnioskować, że o ile ubezwłasnowolniony całkowicie sam nie może godzić się na leczenie, to ubezwłasnowolniony częściowo, jeżeli tylko jest w pełni świadomy; zatem jest zdolny do świadomego wyrażenia woli; sam decyduje o przeprowadzeniu badania<sup>89</sup>. Jednak zabiegi operacyjne lub metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku wobec pacjenta ubezwłasnowolnionego, mogą zostać przeprowadzone tylko po uzyskaniu zgody wyrażonej przez prawem wskazane osoby; tj. po uzyskaniu zgody zastępczej<sup>90</sup>.

---

<sup>83</sup> Art. 17 ust. 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

<sup>84</sup> Art. 17 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

<sup>85</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, op. cit., s. 96.

<sup>86</sup> Art. 78 § 1 Kodeksu cywilnego.

<sup>87</sup> Art. 32 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

<sup>88</sup> J. Ignaczewski, *Zgoda pacjenta na leczenie*, Warszawa 2003, s. 15.

<sup>89</sup> M. Świdorska, *Zgoda...*, op. cit., s. 40–41.

<sup>90</sup> *Ibidem*, s. 41. Patrz także: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, op. cit., s. 99: Zgoda zastępcza jest zgodą przedstawiciela ustawowego, zgodą opiekuna

#### IV. Zakończenie

W niniejszym artykule spotykamy się z zagadnieniem, które cechuje pewna dychotomiczność. Z jednej strony priorytetem zawodu lekarza jest ochrona zdrowia ludzkiego; przy zachowaniu zasady *primum non nocere*. Z kolei poniekąd *a contrario*, niezaprzeczalnym prawem każdego człowieka jest samostanowienie o sobie, swoim zdrowiu i życiu<sup>91</sup>. Do pewnej kolizji dochodzi bowiem, gdy pacjent odmawia zgody na zabieg medyczny. Lekarz, który ma przecież powinność (jak również obowiązek) leczenia musi decydować, czy uszanować wolę pacjenta, czy podjąć stosowne działania pomimo sprzeciwu osoby chorej.

Każdy obywatel polski ma gwarantowane Konstytucją prawo do ochrony zdrowia, a państwo ma konstytucyjny obowiązek zapewnienia swoim obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>92</sup>. Słowem kluczem jest tutaj „prawo”, które z samej swojej definicji nie determinuje obowiązku korzystania z niego. Wprowadza zatem dowolność decyzji – autonomiczną dla każdego czło-

---

faktycznego oraz zgodą sądu opiekuńczego uzyskiwaną w sytuacji, kiedy pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną albo niezdolną do świadomego wyrażenia zgody; co wynika z art. 32 ust. 2 i 3 oraz art. 34 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Patrz także: art. 6 ust. 3 Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie. Zgodę zastępczą stosuje się, jeżeli z powodu ułomności psychicznej, choroby albo innych podobnych powodów osoba dorosła nie ma zdolności wyrażenia zgody na interwencję medyczną. Wówczas można tę interwencję przeprowadzić za zgodą przedstawiciela ustawowego, odpowiedniej władzy albo innej osoby lub instytucji ustanowionych w tym celu przez prawo. Odrębnym instrumentem jest zgoda podwójna: mamy z nią do czynienia, gdy dla wykonania badania nie wystarczy zgoda samego pacjenta albo samego przedstawiciela ustawowego, opiekuna lub sądu opiekuńczego. Zgoda musi być wyrażona łącznie przez pacjenta i któryś z wymienionych wyżej podmiotów; patrz: J. Ignaczewski, *Zgoda pacjenta na leczenie*, Warszawa 2003, s. 18; oraz: jest to wymagane w sytuacjach, gdy pacjent ma skończone 16 lat, co w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry zostało wyrażone poprzez sformułowanie „wymagana jest także jego zgoda” (art. 32 ust. 5 i art. 34 ust. 4).

<sup>91</sup> Art. 31 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

<sup>92</sup> Art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

wieka. Mając powyższe na uwadze zrozumiałe i słuszne jest dla mnie uzależnienie przeprowadzenia leczenia od uzyskania zgody także tego pacjenta, który w świetle przepisów prawa jest osobą ubezwłasnowolnioną. Czym innym jest jednak obiektywna ocena ważności takiej decyzji. Obowiązują natomiast stosowne regulacje oraz przede wszystkim możliwości prawnomedyczne uzależniające ważność i akceptację takiej zgody od tego, czy pacjent jest w stanie realnie odnieść się do jej znaczenia. Bezsprzecznie „zarówno tworzenie prawa, jak i jego stosowanie wymagają znajomości najróżniejszych zagadnień mających znaczenie dla prawa. Wśród tej wiedzy, szczególnie znaczenie ma szeroko pojęta wiedza o człowieku”<sup>93</sup>. Zrozumiałe jest zatem uwarunkowanie podjęcia przez lekarza leczenia od faktu uzyskania (ważnej) zgody osoby podlegającej opiece medycznej. Równie oczywiste jest według mnie to, że zdarzają się sytuacje, kiedy uzyskanie tej zgody jest niemożliwe i wówczas lekarz może niejako sam zdecydować o wdrożeniu leczenia.

## ABSTRACT

### Compulsory medical treatment of a patient – chosen problems

The aim of paper is discussion on an indirect or direct coercion in the context of a consent of an incapacitated person to a medical procedure, particularly taking into consideration incapacitation in the result of a psychological disease, psychological retardation or another type of psychological disorders. This problem is worth considering because of many aspects contained in it. Since treatment takes place not only in hospitals; diagnostics is also carried out in social aid homes and institutions for psychologically ill. The constitutional protection of a patient's right to express his/her agreement or to refuse a consent to acquire definite health services obtains a particular meaning particularly in a situation where the subject authorised to express a consent (or refusal) is an incapacitated person/patient. The used method: a review of literature.

---

<sup>93</sup> M. J. Lubelski, J. M. Stanik, L. Tyszkiewicz, *Wybrane zagadnienia psychologii dla prawników*, Warszawa 1986, s. 5.