

# Adam Strzembosz

---

## Prawo człowieka do obrony przed przymusowym umieszczeniem lub zatrzymaniem w szpitalu psychiatrycznym w świetle tendencji zarysowujących się w środowiskach lekarskich i prawniczych

---

Palestra 32/7(367), 100-114

---

1988

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.

stwierdzenie, że osoba przesłuchiwana złożyła oświadczenia dowodowe niezgodnie z [jej] wolą, a nie stopień intensywności wymuszenia tych oświadczeń. Jest bowiem rzeczą powszechnie znaną, że odporność ludzka na czynniki paraliżujące wolę jest bardzo różna.

Nie negując przeto, że zakaz korzystania z dowodów „pośrednio skażonych” ograniczy w jakimś stopniu realizację zasady prawdy obiektywnej, postulowałbym — mimo wszystko — wprowadzenie takiego zakazu. Prawa człowieka stanowią bowiem wartość nadrzędną, przed którą powinna ustąpić nawet tak ważna zasada, jak zasada prawdy obiektywnej. Rzeczą organów procesowych jest realizacja zasady prawdy obiektywnej bez naruszania praw człowieka. Postęp w zakresie zdobywania i wykorzystywania dowodów jest tak znaczny, że pozostawianie jakiegokolwiek możliwości korzystania z dowodów nielegalnie uzyskanych — zarówno bezpośrednio jak i pośrednio — wydaje się nieuzasadnione.

Postulat zakazania korzystania z dowodów „pośrednio skażonych” napotka zapewne wielu oponentów. Oponentci ci muszą wszakże przyznać, że tego rodzaju rozwiązanie stanowiłoby dobitny wyraz humanitaryzmu i najlepszą tamę przed wszelkimi pokusami ograniczania praw człowieka i łamania gwarancji procesowych oskarżonego. Stanowiłoby gwarancję, że oskarżony nie będzie w żaden sposób przymuszany do tego, by dostarczać dowodów przeciwko sobie.

ADAM STRZEMBOSZ

---

### **PRAWO CZŁOWIEKA DO OBRONY PRZED PRZYMUSOWYM UMIESZCZENIEM LUB ZATRZYMANIEM W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM W ŚWIETLE TENDENCJI ZARYSOWUJĄCYCH SIĘ W ŚRODOWISKACH LEKARSKICH I PRAWNICZYCH**

1. Ogromne wyczulenie społeczeństwa polskiego na gwarancje odnoszące się do osobistej wolności, będące faktem historycznym, a także zjawiskiem występującym w dniu dzisiejszym, nie jest tak konsekwentne, jak by można było przypuszczać na podstawie przebiegu dyskusji toczących się w różnych formach i w różnych obiegach. Poza zasięgiem zainteresowania szerszej opinii publicznej znalazł się bowiem człowiek chory psychicznie, podejrzany o chorobę psychiczną albo któremu imputuje się chorobę psychiczną.

A takich osób mamy nie dziesiątki, lecz setki tysięcy.<sup>1</sup> Są to w dodatku osoby wymagające szczególnej ochrony i opieki medycznej, społecznej i prawnej, gdyż znaczna część z nich rzeczywiście nie jest w stanie samodzielnie strzec swych interesów, mogą więc one paść ofiarą zarówno swej rodziny czy sąsiadów, jak i interesujących się nimi — z jakiegokolwiek innego powodu — różnych organów lub instytucji. Stają się takie osoby ofiarą drugiego człowieka nie tylko na skutek jego złej woli, ale również ze względu na jego wygodnictwo lub takie rozumienie dobra chorego, które jest zgodne z wyobrażeniem osoby zdrowej o interesie osoby chorej, ale nie ma to nic wspólnego z rzeczywistymi przeżyciami i pragnieniami, a także z obiektywnie ocenianym dobrem człowieka kierowanego do zakładu leczniczego.

W szpitalu psychiatrycznym lub w innej placówce leczniczej umieszczane są bez swej woli dwie kategorie osób podejrzanych o chorobę psychiczną albo ze stwierdzoną już chorobą psychiczną lub z innymi poważnymi zaburzeniami osobowości:

- osoby skierowane na obserwację na mocy postanowienia prokuratury lub sądu jako podejrzani o popełnienie przestępstwa,<sup>2</sup> a także osoby umieszczone tam na mocy orzeczenia sądowego jako niepoczytalni sprawcy czynów zabronionych i sprawcy przestępstw popełnionych w stanie ograniczonej poczytalności, niebezpieczni w poważnym stopniu dla porządku prawnego, albo sprawcy przestępstw popełnionych w związku z nałogowym nadużywaniem alkoholu lub innego środka odurzającego,<sup>3</sup>
- osoby skierowane wbrew swej woli do szpitala przez lekarza psychiatrę i przyjęte do niego na mocy decyzji dyrektora szpitala psychiatrycznego (kierownika kliniki, oddziału psychiatrycznego) lub wyznaczonego przez niego lekarza oraz osoby zatrzymane w szpitalu (klinice, oddziale) psychiatrycznym na mocy decyzji jego dyrektora lub wyznaczonego przez niego lekarza.<sup>4</sup>

Trzeba przy tym zauważyć, że pierwsza kategoria osób umieszczonych przymusowo w szpitalu psychiatrycznym została objęta przepisami kodeksu karnego, kodeksu postępowania karnego

<sup>1</sup> W 1984 r. chorych leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej było 138.503, w tym leczonych w związku z psychozami — 77.764 (por. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej i społecznej. Rocznik Statystyczny 1984, wyd. Instytutu Psychoneurologicznego, Warszawa 1986, s. 120). Liczba leczonych w poradniach zdrowia psychicznego jest oczywiście znacznie wyższa.

<sup>2</sup> Zob. art. 184 § 1 i 2 k.p.k.

<sup>3</sup> Zob. art. 99, 100 § 1 i 102 § 1 k.k.

<sup>4</sup> Zob. § 4 ust. 1 i § 6 ust. 1 instrukcji Nr 120/52 Ministra Zdrowia z dnia 10.XII.1952 r. w sprawie przyjmowania i wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych (Dz. Urz. Min. Zdrowia Nr 24, poz. 240)

i kodeksu karnego wykonawczego, regulującymi status takich osób, granice czasowe pobytu i sposób postępowania w ich sprawach.<sup>5</sup> O ich dłuższym pobycie w zakładzie leczniczym orzeka niezawisły sąd, a od poddania ich krótkoterminowej obserwacji zarządzonej przez prokuratora przysługuje odwołanie do sądu.<sup>6</sup> Odwołanie, ale do sądu wyższej instancji, przysługuje też wtedy, gdy o skierowaniu na obserwację orzekł sąd, a także gdy sąd orzekł o umieszczeniu w zakładzie leczniczym w ramach środka zabezpieczającego.<sup>7</sup> Warunki i legalność pobytu w szpitalu lub innym zakładzie kontroluje sędzia penitencjarny, a samą legalność — także prokurator.<sup>8</sup>

Druga kategoria — to osoby, o których losie decyduje się w trybie administracyjnym bez możliwości odwołania się do sądu, a więc bez okresowego weryfikowania przez sąd lub sędziego zasadności ich pobytu w zakładzie psychiatrycznym lub innym zakładzie leczniczym, mimo że są to osoby, które w większości wypadków w żaden sposób nie zagrażają cudzemu dobru prawnie chronionemu.

O ile literatura prawnicza dotycząca osób pierwszej kategorii jest ciągle w Polsce bardzo uboga,<sup>9</sup> o tyle literatura prawnicza dotycząca osób drugiej kategorii niemal w ogóle nie istnieje. Dlatego też w opracowaniu niniejszym zajmiemy się wyłącznie osobami przebywającymi w zakładzie leczniczym wbrew swej woli, ale nie w związku z popełnieniem czynu zabronionego objętego postępowaniem karnym.

2. Po raz ostatni uwaga opinii publicznej, a przede wszystkim lekarzy i prawników, skoncentrowała się na osobach umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym<sup>10</sup> wbrew swej woli w związku z opublikowaniem w 1984 r. projektu ustawy z dnia 19.XI. 1976 r., o ochronie zdrowia psychicznego, a więc przed trzema laty. Ogłoszony projekt ustawy (wraz z dwoma rozporządzeniami wykonawczymi) spotkał się z bardzo krytyczną oceną,

<sup>5</sup> W tym ostatnim wypadku kwestie te regulują art. art. 195—198 k.k.w.

<sup>6</sup> Zob. art. 184 § 4 k.p.k.

<sup>7</sup> Zob. art. 184 § 2 i 4 i 374 § 1 k.p.k.

<sup>8</sup> Zob. art. 196 § 3 k.k.w.

<sup>9</sup> Ostatnio ukazały się jednak na ten temat 3 wartościowe pozycje: R. Wnękowski: Polityka orzekania wobec sprawców przestępstw środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym (art. 90 i 100 § 1 kodeksu karnego), „Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne” 1984, nr 5, s. 87—107; K. Postulski: Postępowanie sądowe w zakresie wykonywania orzeczeń o zastosowaniu środków zabezpieczających w okręgu SW w Lublinie, „Nowe Prawo” 1984, nr 7—8, s. 142—151; E. Janiszewska-Talago: Orzekanie i wykonywanie leczniczych środków zabezpieczających, „Studia Prawnicze” 1987, z. 1 (91), s. 143—177.

<sup>10</sup> Mówiąc o szpitalu psychiatrycznym, myślimy jednocześnie o innych zakładach leczniczych, do których kieruje się osoby z zaburzeniami psychicznymi.

prezentowaną głównie przez lekarzy i psychologów oraz niektórych prawników.<sup>11</sup> Wyrażane zastrzeżenia dotyczyły najróżnorodniejszych zagadnień związanych z ochroną zdrowia psychicznego, a więc profilaktyką, organizacją leczenia psychiatrycznego, samego leczenia i wielu innych kwestii. Ze względu na zakres niniejszego opracowania, ograniczonego do przymusowego umieszczenia lub zatrzymania w szpitalu psychiatrycznym, interesować nas mogą tylko te zarzuty, które dotyczyły bezpośrednio tych kwestii. Zanim je przedstawimy, musimy krótko omówić istotę regulacji w omawianej kwestii proponowanych w projekcie ustawy psychiatrycznej. A przedstawimy je dlatego, że — naszym zdaniem — potrzeba wydania takiej ustawy jest ogromna, a zarzuty przeciwko niej opublikowane w 1984 r. w niczym nie straciły na swej aktualności, oraz ponadto dlatego, że dotychczas nowych zarzutów nie sformułowano, wyrastają zaś one z pewnego sposobu myślenia dość rozpowszechnionego w środowiskach lekarskich.

W projekcie z 1976 r. zasadą przyjęcia do szpitala psychiatrycznego jest uzyskanie zgody osoby z zaburzeniami psychicznymi i zbadanie jej osobiście przez lekarza dyżurnego. W wypadku osób niepełnoletnich lub całkowicie ubezwłasnowolnionych zgodę taką wyraża ich przedstawiciel ustawowy (przy czym w wypadku ubezwłasnowolnionych — po uzyskaniu na to zgody sądu opiekuńczego). Jeżeli chory nie sprzeciwia się przyjęciu, ale nie jest w stanie rozpoznać miejsca lub celu pobytu, szpital w ciągu 48 godzin od jego przyjęcia musi zawiadomić o tym sąd opiekuńczy w celu wydania przez ten sąd stosownych zarządzeń.

Tylko osoba chora psychicznie (a więc wyłączone są tu osoby z innymi zaburzeniami psychicznymi) może być bez wymaganej zgody przyjęta do szpitala psychiatrycznego, „jeżeli jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tych zaburzeń zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób” (art. 29). Tymczasowe postanowienie w tej sprawie (natychmiast wykonalne) wydaje lekarz izby przyjęć po osobistym zbadaniu i zasięgnięciu — w miarę możliwości — opinii drugiego lekarza lub psychologa z tegoż szpitala. To tymczasowe postanowienie wymaga zatwierdzenia w ciągu 48 godzin przez kierownika zakładu i zawiadomienia — w tym samym czasie — właściwego miejscowo sądu opiekuńczego. Sąd

<sup>11</sup> Pełny tekst projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wraz z uzasadnieniem i aktami wykonawczymi został opublikowany w „Zdrowiu Psychicznym” 1984, nr 1, s. 81—111. Tam też ogłoszono stanowisko zajęte wobec projektu przez Towarzystwo Higieny Psychiczej oraz 34 opinie indywidualne lub zbiorowe (tamże, s. 5—80).

opiekunicy na podstawie tego zawiadomienia, a gdy go brak, to z własnej inicjatywy albo na wniosek samego pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, wszczyna odpowiednie postępowanie i w jego wyniku wydaje stosowną decyzję. Jeżeli sąd wyda postanowienie o odmowie przyjęcia, pacjent ma być natychmiast wypisany ze szpitala.

Sąd umorzy postępowanie, gdy pacjent przyjęty do szpitala bez swej zgody wyrazi następnie zgodę na leczenie szpitalne, ale dopiero po wysłuchaniu tegoż pacjenta i przekonaniu się, że uczynił to świadomie.

Zatrzymanie pacjenta wbrew jego woli, lecz przyjętego już do szpitala za jego zgodą lub za zgodą jego przedstawiciela ustawowego, może nastąpić tylko w razie zajścia takich okoliczności, które uzasadniają umieszczenie w szpitalu wbrew woli chorego. Obowiązuje też wtedy taka sama procedura, a zatem wymagane jest uzyskanie na to zgody sądu opiekuńczego.

Poza powyższym trybem przyjęcia do szpitala psychiatrycznego wbrew woli chorego został jeszcze przewidziany inny tryb dotyczący osób, których zachowanie wykazuje, że w razie niepodjęcia leczenia szpitalnego będą w bliskiej przyszłości zagrażać własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O przyjęciu tych osób do szpitala psychiatrycznego ma orzekać sąd opiekuńczy na wniosek małżonka chorego, krewnych w linii prostej, osoby sprawującej bezpośrednią pieczę, a w stosunku do osoby objętej opieką środowiskową — także na wniosek właściwego organu administracji państwowej. Wniosek może być rozpoznany tylko wtedy, gdy zostanie do niego dołączona opinia lekarza psychiatry poradni zdrowia psychicznego (właściwej dla miejsca zamieszkania lub pobytu pacjenta) wskazująca na potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Sposób wydania i treść tej opinii zostały szczegółowo określone.

Decyzję o wypisaniu ze szpitala pacjenta przyjętego tam bez jego zgody wydaje ordynator; jest ona natychmiast wykonalna. Natomiast sam pacjent (przyjęty do szpitala bez swej zgody lub zatrzymany w szpitalu wbrew swojej woli), jego przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca bezpośrednią pieczę mogą żądać wypisania ze szpitala nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego o przyjęciu lub zatrzymaniu w szpitalu psychiatrycznym. Na decyzję odmowną ordynatora przysługuje odwołanie do sądu, przy czym odwołanie pacjenta może być złożone w dowolnej formie w szpitalu lub w sądzie.

Tryb umieszczenia — bez zgody zainteresowanego lub jego przedstawiciela ustawowego — w zakładzie pomocy społecznej osób nie wymagających leczenia w szpitalu psychiatrycznym

został zaprojektowany podobnie, jedynie ze zmianami dotyczącymi wnioskodawców.

Tak pokrótce przedstawiał się model umieszczenia i zatrzymania w szpitalu psychiatrycznym wbrew woli chorego w ostatnio opublikowanym projekcie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Przedstawiliśmy go po to, by czytelnik mógł zorientować się w wysuniętych przeciwko niemu zarzutach. Ale to nie wszystko. Należy bowiem przypomnieć jeszcze czytelnikowi, jaki jest obowiązujący w tej chwili stan prawny dotyczący przymusowego pobytu w szpitalu psychiatrycznym.

Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na to, że kwestie nas tu najbardziej interesujące reguluje instrukcja Ministra Zdrowia z dnia 10.XII.1952 r. Nr 120/52 w sprawie przyjmowania i wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych (Dz. U. Min. Zdrowia Nr 24, poz. 240). Jest ona aktem prawnym najniższego rzędu, podlegającym zmianie bez jakiegokolwiek określonej, ściśle wymaganej procedury, a nawet bez konsultacji międzyresortowej.

Otóż według tej instrukcji umieszczenie chorego na leczeniu lub obserwacji w szpitalu psychiatrycznym nie „na życzenie chorego” może nastąpić „na wniosek członka rodziny, przedstawiciela ustawowego bądź osoby sprawującej faktyczną opiekę nad chorym — jeśli chodzi o chorych niepełnoletnich oraz chorych pełnoletnich nie będących w stanie kierować swym postępowaniem” (§ 1 lit. „a” i „b”), przy czym przyjęcie może nastąpić „jedynie po złożeniu świadectwa lekarskiego stwierdzającego potrzebę leczenia lub obserwacji w szpitalu psychiatrycznym” (§ 2 ust. 1). Jednakże w wypadkach nagłych, „gdy zwłoka w przyjęciu mogłaby wpłynąć na znaczne pogorszenie stanu chorego lub chory jest szczególnie niebezpieczny dla siebie lub otoczenia — przyjęcie może nastąpić wyjątkowo na podstawie świadectwa wystawionego przez lekarza dyżurnego szpitala” (§ 2 ust. 2).

„O przyjęciu chorego do szpitala psychiatrycznego na leczenie lub obserwację decyduje dyrektor szpitala lub upoważniony przez niego lekarz — po zapoznaniu się ze świadectwem lekarskim (...) oraz wynikiem badania przeprowadzonego każdorazowo przez lekarza dyżurnego” (§ 4 ust. 1). W wypadku gdy chory całkowicie lub częściowo ubezwłasnowolniony został przyjęty do szpitala bez wniosku opiekuna lub kuratora, szpital jest jedynie zobowiązany do zawiadomienia o tym fakcie powyższych osób, a gdy ich nie zna albo nie zna ich adresu — właściwy miejscowo jest sąd opiekuńczy (§ 5).

Podobnie jak dyrektor decyduje o przyjęciu chorego, również on decyduje także o jego zwolnieniu (albo lekarz przez niego wyznaczony) (§ 1 ust. 1).

Jeżeli „chory jest szczególnie niebezpieczny dla siebie lub otoczenia, szpital powinien odmówić wypisania chorego oraz zawiadomić o odmowie prokuratora, właściwego ze względu na siedzibę szpitala” (§ 6 ust. 4). Z kontekstu innych przepisów wynika, że chodzi tu o sytuacje, w których zwolnienia domaga się sam chory, a w wypadku osób niepełnoletnich lub nie mogących kierować swym postępowaniem albo ubezwłasnowolnionych — gdy domaga się tego członek rodziny lub osoba sprawującą faktyczną opiekę albo opiekun prawny lub kurator (§ 6 ust. 2).

Można zatem nie wypuścić ze szpitala osoby, która tam zgłosiła się sama, a więc została przyjęta na podstawie własnego oświadczenia woli i badań lekarskich.

Na koniec należy podkreślić istotną — naszym zdaniem — okoliczność. Otóż omawiana instrukcja została wydana „w celu usprawnienia pracy szpitali (klinik, oddziałów) psychiatrycznych w zakresie przyjmowania i wypisywania chorych” (preambuła), a nie dla ochrony praw pacjentów szpitali psychiatrycznych.

Od decyzji dyrektora szpitala przysługuje — na ogólnych zasadach postępowania administracyjnego — odwołanie albo do dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej, albo do dyrektora wydziału zdrowia i pomocy społecznej.

Powyższy stan prawny można ocenić bardzo krótko. Pozostaje bowiem poza wszelką dyskusją w naszym kręgu cywilizacyjnym, że ograniczać prawa obywatelskie, w tym tak istotne jak prawo do wolności, można tylko na podstawie normy ustawowej. Nie wolno zatem dokonywać tego przy pomocy jakichkolwiek instrukcji jakiegokolwiek ministerstwa. Zwłaszcza że instrukcja ta pozostawia ocenie samego dyrektora szpitala uznanie, czy powstały przesłanki — z konieczności niejednoznaczne — do umieszczenia lub zatrzymania chorego w szpitalu wbrew jego woli na podstawie co prawda opinii drugiego lekarza psychiatry (jeżeli sam dyrektor jest psychiatrą), ale często lekarza podporządkowanego mu służbowo. Odwołanie się od tej decyzji administracyjnej (wielu lekarzy nie zdaje sobie sprawy, że decyzja dyrektora szpitala nosi właśnie taki charakter) do dyrektora ZOZ lub innego organu administracyjnego (dyrektora wydziału zdrowia i pomocy społecznej) jest najgorszym z możliwych zabezpieczeń prawnych, gdyż temu odwoławczemu organowi administracyjnemu nie można przypisywać cechy już nie tylko niezawisłości, ale nawet niezależności (stanowi on przecież część szerszej struktury administracyjnej, podległej jednoosobowemu kierownictwu wojewody lub prezydenta).

Taki stan prawny, jak podano wyżej, musi więc ulec zmianie. Przedyskutujmy zatem kierunek tych zmian, poddając oce-



nie zarzuty wysunięte przez lekarzy i inne osoby w stosunku do projektu z 1976 r.

3. Interesujące nas zarzuty sprowadzały się do:

— nieuprawnionego włączenia — w proces leczenia — instytucji sądowych, co może u chorego spowodować pogłębienie choroby lub wywołać nowe objawy chorobowe.

— przeniesienia odpowiedzialności za diagnozę i terapię z lekarza na organy sądowe, co stwarza pole do nadużyć i do usankcjonowanych prawnie pomyłek oraz ogranicza możliwość (w wymagających tego wypadkach) natychmiastowego podejmowania decyzji leczniczych,

— możliwości wyzwolenia niebezpiecznego zjawiska skazywania osób chorych lub zaburzonych psychicznie na izolację, degradację społeczną i osobistą lub wywołanie psychozy strachu przed możliwością niesłuszcnej represji ze strony rodziny lub określonej grupy społecznej — przez wprowadzenie ustawowej formy przymusu w leczeniu psychiatrycznym,

— zmiany statusu chorego na status podsądnego przez szczegółowe prawne uregulowanie zagadnień związanych z izolacją chorych.

Wszystkie te zarzuty, zawarte w zgłoszonej opinii Polskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej,<sup>12</sup> uzasadniają — zdaniem Towarzystwa — określenie projektu jako aktu pozbawionego niezbędnych elementów deontologicznych i charakteryzującego się nastawieniem antyhumanitarnym.

Podobne, choć nieco inaczej sformułowane zastrzeżenia dotyczące powyższej materii polegały na:

— zbyt szerokim uwzględnieniu w projekcie roli sądu opiekuńczego, co z jednej strony wymagałoby rozbudowy tego aparatu, a z drugiej groziłoby sformalizowaniem procesu diagnostycznego i leczniczego i jego opóźnieniem albo omijaniem w praktyce przepisów projektowanej ustawy,<sup>13</sup>

— wystarczalności dotychczasowych regulacji prawnych pod warunkiem ich przestrzegania,<sup>14</sup>

— możliwości obudzenia u części psychiatrów poczucia nadmiernej kontroli i ingerencji w ich działalność ze strony społeczeństwa, chociaż zaletą projektu jest zdjęcie z lekarza jednostkowej odpowiedzialności za przymusową hospitalizację i przymusowe leczenie chorego<sup>15</sup> (inne jednak osoby zdjęcie takiej odpowiedzialności uznały za negatywne następstwo projektowanej ustawy<sup>16</sup>),

<sup>12</sup> Tamże, s. 7—8.

<sup>13</sup> Zob. wypowiedź dra med. M. Dworskiego, tamże, s. 12.

<sup>14</sup> Zob. wypowiedź dra med. N. Madejskiej, tamże, s. 15—18.

<sup>15</sup> Zob. wypowiedź prof. dra hab. med. A. Wąsika, tamże, s. 21.

<sup>16</sup> Zob. wypowiedź dra med. J. Domagalskiego, tamże, s. 40.

— tworzeniu konfliktów między lekarzem a pacjentem do czasu wydania przez sąd orzeczenia oraz stworzeniu warunków utrudniających stosowanie psychoterapii,<sup>17</sup>

— obdarzeniu nieuzasadnionym zaufaniem władz sądowych.<sup>18</sup>

Pominięto tu zastrzeżenia co do przyjętych w projekcie definicji i kryteriów przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym, gdyż były to zarzuty szczegółowe nie odnoszące się do generalnej koncepcji prawnych gwarancji przed nieuzasadnioną hospitalizacją osoby z zaburzeniami psychicznymi. Wiele jednak z tych zastrzeżeń było trafnych i z pewnością w dalszych pracach nad projektem ustawy zostały one wzięte pod uwagę.

Przejdźmy teraz do ustosunkowania się wobec zgłoszonych zarzutów.

Pierwszy zarzut, jak pamiętamy, dotyczy rzeczy podstawowej, a mianowicie włączenia sądu w proces leczenia, co może pogorszyć stan zdrowia psychicznego chorego.

Zarzut ten wydaje się być szczególnie nieuzasadniony. Jeżeli bowiem chory gwałtownie opiera się hospitalizowaniu go lub chciałby opuścić szpital, a nie uzyskał na to zgody, to właśnie poczucie bezradności, zdanie „na łaskę i niełaskę” osób go leczących może pogorszyć stan jego zdrowia. Natomiast nie może sprawić tego szansa odwołania się do sądu, instytucji znajdującej się z zewnątrz szpitala i posługującej się opiniami nie zatrudnionych w nim lekarzy psychiatrów, instytucji już choćby z tej racji budzącej zaufanie, że sam chory — słusznie czy najczęściej niesłusznie — nie ma tego zaufania do lekarzy ze szpitala.

Jeżeli natomiast chory chce lub przynajmniej godzi się na umieszczenie go w szpitalu lub dalszy w nim pobyt, to decyzja sądu jest wówczas zbędna, a zatem „włączenie sądu w proces leczenia” w tej sytuacji nie ma tu miejsca.

Oczywiście, pozostaje problem osób niezdolnych do rozpoznania miejsca lub celu pobytu w szpitalu. Projekt z 1976 r. zawierał pewną propozycję jej rozwiązania, której w tym miejscu nie warto oceniać, gdyż w powyższym wypadku wszelkie decyzje sądu lub ich brak — przynajmniej przez czas nieświadomości pacjenta — są dla niego obojętne, a zatem nie mogą one wpłynąć na stan jego zdrowia. Po odzyskaniu przez chorego świadomości albo wyrazi on zgodę na pobyt w szpitalu i wówczas decyzja sądu, jeżeli nawet już zapadła, staje się bezprzedmiotowa, albo też zażąda zwolnienia ze szpitala i wtedy możliwość odwołania się do sądu będzie dla niego wsparciem, a nie źródłem dodatkowych utrapień.

<sup>17</sup> Tenże, s. 40.

<sup>18</sup> Zob. wypowiedź dra med. M. Szadkowskiego, tamże, s. 73.

Drugi zarzut dotyczy przeniesienia odpowiedzialności za diagnozę i terapię z lekarza na organy sądowe.

I ten zarzut, jeżeli po prostu nie wynika z niezrozumienia projektu z 1976 r., wydaje się zupełnie bezzasadny. Decyzja sądu o umieszczeniu konkretnej osoby wbrew jej woli w szpitalu psychiatrycznym lub o zatrzymaniu jej w nim, też wbrew jej woli, może być podjęta tylko wówczas, gdy konieczność tego stwierdzili lekarze szpitala psychiatrycznego i gdy w dodatku, ich zdaniem, stan zdrowia tej osoby był taki, że zagrażała ona bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu innych osób. Wynika więc stąd, że to najpierw lekarze szpitala zdecydowali o konieczności leczenia szpitalnego, a następnie ich opinia została potwierdzona przez lekarzy-biegłych sądowych. Również i w innych przypadkach omawianej choroby, gdy z wnioskiem o umieszczenie występuje ktoś z rodziny chorego lub właściwy organ administracji państwowej (gdyż, ich zdaniem, chory pozabawiony leczenia szpitalnego będzie w bliskiej przyszłości zagrażał swemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób), to wówczas sąd nie będzie mógł orzec o umieszczeniu w szpitalu bez potwierdzającej taki stan zdrowia chorego opinii poradni zdrowia psychicznego. Warunek ten również w dalszych pracach nad projektem ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (prowadzonych przez lekarzy i prawników skupionych wokół prof. dra S. Dąbrowskiego) nigdy nie został podważony, tak że w tej sytuacji stanowisko lekarza wypowiadającego się za niezbędnością leczenia nadal byłoby warunkiem *sine qua non* do podjęcia przez sąd decyzji o przymusowym leczeniu lub jego przymusowym kontynuowaniu.

Wniosek stąd wypływający jest prosty: sąd może jedynie, opierając się na opinii innych lekarzy specjalistów w zakresie psychiatrii, odmówić wyrażenia zgody na przymusowe leczenie konkretnej osoby. Opinia lekarska może więc być przez sąd zdezawuowana na podstawie opinii innych lekarzy, ale sąd nigdy nie będzie mógł zarządzić leczenia wbrew opinii lekarzy. I to również wbrew opinii lekarzy szpitala psychiatrycznego, w którym miałyby być umieszczone lub już został umieszczony chory objęty postępowaniem sądu opiekuńczego. Lekarze szpitala psychiatrycznego, nawet w wypadku postanowienia sądowniego nakazującego przymusowe leczenie, zawsze mogliby odmówić przyjęcia do szpitala lub zatrzymania w nim danej osoby, gdyby uznali, że brak po temu przesłanek merytorycznych. Mogliby oni także w każdej chwili zwolnić pacjenta ze szpitala umieszczonego tam za ich zgodą na mocy orzeczenia sądu opiekuńczego, jeśliby uznali brak potrzeby dalszego jego leczenia (art. 41 projektu). To tylko pacjent, jego przedstawiciel ustawowy i członkowie rodziny chorego nie mogliby — przed upływem 30 dni od

uprawomocnienia się postanowienia sądu — żądać zwolnienia chorego ze szpitala, w którym przebywa na mocy orzeczenia sądu. Zasada ta w dalszych pracach nad projektem nigdy nie była kwestionowana. Orzeczenie sądu wspiera zatem stanowisko zajęte przez lekarza, weryfikuje je przy pomocy opinii innych lekarzy, ale nie zastępuje. Wbrew uchwale P.T.H.P. orzeczenie to nie stwarza pola do nadużyć, ale je znacznie ogranicza, nie „sankcjonuje prawnie pomyłki”, ale zmniejsza ich liczbę przez zwiększenie liczby opiniujących lekarzy. Nie jest też wreszcie prawdą, aby postępowanie sądowe przeszkadzało — gdy zachodzi potrzeba — natychmiastowemu przyjęciu chorego do szpitala, gdyż prawo dyrektora szpitala do natychmiastowego przyjęcia chorego zostało wyraźnie zagwarantowane w projekcie ustawy z 1976 r. (art. 29 ust. 2). Zasadność tego przyjęcia musi być tylko potwierdzona potem przez sąd, gdy hospitalizacja nastąpiła wbrew woli pacjenta.

W świetle powyższych stwierdzeń nie może być mowy o „skazywaniu” chorych na izolację. Decyzja sądu wspiera jedynie i czyni prawnie skutecznym stanowisko lekarza co do konieczności leczenia pacjenta wbrew jego woli. Sąd może nakazać zwolnienie ze szpitala, ale nie może spowodować zbędnego pobytu w nim osoby chorej psychicznie (zbędnego, tzn. pobytu wbrew wskazaniom medycznym).

Trzeba też zapytać chorych, co bardziej może u nich wywołać „psychozę strachu przed możliwością represji ze strony rodziny lub określonej grupy społecznej”: czy sytuacja, gdy o ich umieszczeniu decyduje jedynie opinia lekarza leczącego i lekarza szpitala przyjmującego, czy też gdy nadto w tej sprawie musi się wypowiedzieć organ sądowy — po uprzednim wysłuchaniu zainteresowanego, członków jego rodziny i po zapoznaniu się z badaniami lekarskimi, obwarowanymi szeregiem wymagań formalnych, a m.in. dotyczącymi rodzaju placówki wydającej opinię, formy opinii (szczegółowe uzasadnienie potrzeby przymusowego leczenia) itp. Przecież „rodziny lub określonej grupie społecznej” łatwiej „załatwić” krzywdzące umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym przez nacisk na lekarzy lub ich przekupienie niż przez taki nacisk lub przekupienie lekarzy oraz sądu, przy czym w nowej sytuacji lekarze musieliby sobie здаwać sprawę z tego, że ich opinia zostanie skontrolowana w postępowaniu sądowym, a sąd I instancji wiedziałby o tym, że jego orzeczenie będzie podlegać weryfikacji w trybie kontroli instancyjnej.

Postawmy rzecz brutalnie: nie jest tak łatwo przekupić lub zastraszyć i lekarzy, i co najmniej dwa składy orzekające sądu, gdy w dodatku wszystko odbywa się „przy odkrytej kurtynie”, w sformalizowanym postępowaniu sądowym. Łatwiej jest prze-

kupić lub zastraszyć samych lekarzy, jeśli musimy już mówić o ewentualnym przekupstwie i niedozwolonych naciskach.

Nie należy się dziwić, że lekarze lepiej myślą o lekarzach niż o prawnikach, gdyż psychologicznie jest to uzasadnione i zrozumiałe. Ale niech zechcą sobie uświadomić, że uczciwi lekarze zawsze będą mieli w przewidywanym trybie głos decydujący, gdyż wbrew ich stanowisku sąd nie będzie mógł nikogo przymusowo hospitalizować. A może się też zdarzyć, że sąd odmówi hospitalizacji, jeśli wśród lekarzy znajdzie się jakaś „parszywa owca” lub psychiatra źle przygotowany (od strony fachowej) do wykonywania swego zawodu.

Przez zapadnięcie orzeczenia sądowego wspierającego opinię wydaną przez lekarza chory nie stanie się „podsądnym”, a lekarz decydujący o konieczności przymusowego leczenia będzie się czuł bezpieczniejszy, pewniejszy, że on sam w przyszłości nie stanie się podsądnym, i to nie sądu opiekuńczego, lecz karnego.

Przejdźmy teraz do zarzutów zgłoszonych w dyskusji nad projektem przez poszczególne osoby.

Przed wszystkim warto zaznaczyć, że zaprezentowana wyżej argumentacja bynajmniej nie świadczy o „obdarzeniu sądu nieuzasadnionym zaufaniem”, aczkolwiek należy z całym naciskiem podkreślić, że obiektywnie rzecz biorąc, uzasadnione jest większe zaufanie do trybu sądowego niż administracyjnego.

Trudno też zgodzić się z argumentacją, że konieczność wydania decyzji przez sąd „tworzy konflikt między lekarzem a pacjentem do czasu wydania przez sąd orzeczenia” oraz utrudnia stosowanie psychoterapii. Przecież przyjęcie takiego stanowiska łączyłoby się z założeniem, że tylko poczucie — ze strony pacjenta — zupełnej bezsilności i zdania się na łaskę leczącego likwiduje potencjalne konflikty między nim a lekarzem. Stanowisko takie byłoby wyrazem głębokiego cynizmu.

Jednocześnie należy pamiętać o tym, że możliwość odwołania się lekarza do autorytetu sądu, który również uznał konieczność podjęcia leczenia szpitalnego, nie utrudnia, lecz przeciwnie, ułatwia — tam, gdzie możliwa jest perswazja, ponieważ pacjent zachował jeszcze zdolność krytycznego myślenia — nawiązanie takiego stosunku między nim a lekarzem, który to stosunek jest podstawą do oddziaływania terapeutycznego, a szczególnie psychoterapeutycznego.

Znacznie poważniejszym zastrzeżeniem jest zwrócenie uwagi na niebezpieczeństwo zdjęcia z lekarza jednostkowej odpowiedzialności za przymusową hospitalizację i możliwość powstania u części lekarzy poczucia nadmiernej kontroli i ingerencji w ich działanie ze strony społeczeństwa. Rzeczywiście, część lekarzy może się czuć urażona samą perspektywą poddania ich decyzji

kontroli sądowej i chyba to właśnie tłumaczy tak gwałtowny, często emocjonalny atak na projekt ustawy psychiatrycznej.

Jedyną odpowiedzią na taki odbiór projektowanej ustawy jest zwrócenie uwagi na walor społeczny, a więc dotyczący nas wszystkich, szacunku dla praw człowieka, szczególnie praw człowieka chorego, „kruchego społecznie”, mogącego łatwo paść ofiarą wcale nie lekarzy, ale sąsiadów lub osób najbliższych, pragnących pozbyć się „ciężaru”, objąć po chorym mieszkanie itp. W takiej sytuacji próby wprowadzenia w błąd lekarzy lub wywarcia na nich nacisku są rzeczą normalną i chociaż w skali masowej lekarze się im opierają, to jednak zawsze pozostaje niebezpieczeństwo pomyłki, wykorzystania ludzkiej słabości, zastosowania trudnej do odparcia protekcji w ramach tzw. „linii służbowej”, nacisków administracyjnych i politycznych.

Dlatego w krajach demokratycznych kwestie dotyczące wolności człowieka reguluje nie instrukcja, lecz ustawa, a najlepszym zabezpieczeniem ochrony tej wolności jest — przy wszystkich możliwych jego ułomnościach — postępowanie sądowe. Skoro warunek potwierdzenia zasadności przymusowej hospitalizacji przez decyzję sądową nie obraża lekarzy w innych krajach, którzy mają, podobnie jak lekarze u nas, wykształcone poczucie godności, to nie powinien on obrażać także polskich lekarzy. Nie powinien on także zdejmować z nich poczucia odpowiedzialności — podobnie jak nie może czuć się nieodpowiedzialnym lekarz psychiatra występujący jako biegły w sprawach karnych, chociaż nie on podejmuje decyzję o winie i karze (gdy na przykład wypowiada się w kwestii poczytalności).

A dotychczasowe regulacje nie są, niestety wystarczające, wbrew opinii wyrażonej przez jednego z dyskutantów, który je tak ocenił: „pod warunkiem ich przestrzegania”. Oczywiście, gdyby warunek ten był spełniany, to wszelkie gwarancje przestrzegania prawa byłyby zbędne. Są one jednak konieczne, zwłaszcza we wszystkich instytucjach z natury swej totalnych, a do takich — wśród wielu innych — trzeba zaliczyć również szpital psychiatryczny i dom pomocy społecznej, i to tak długo, dopóki nie będą to placówki zupełnie otwarte, zapewniające swym nieporadnym życiowo pensjonariuszom nieskrępowany kontakt ze światem zewnętrznym, wsparty szerokim wejściem na teren tych placówek osób z zewnątrz, organizacji i instytucji społecznych. Taki stan rzeczy wysuwany jest wprawdzie jako postulat, ale nie wiadomo, czy zawsze realistyczny i łatwy do zaakceptowania przez personel tych zakładów. Dopóki nie zostaną urzeczywistnione dodatkowe gwarancje przestrzegania prawa, dopóty są one potrzebne nawet wtedy, gdy przeszłość nie dostarcza w tej mierze przykładów rażących nadużyć tak dobrze znanych skądinąd z innych krajów,

oraz gdy sami psychiatrzy czuwają nad zachowaniem zasad etycznych właściwych ich zawodowi.

Pozostał jeszcze do rozpatrzenia jeden zarzut, prawdziwie trudny do odparcia. Sprowadza się on do niebezpieczeństwa fikcyjności nadzoru sądu nad hospitalizacją i przetrzymywaniem w szpitalu psychiatrycznym osób broniących się przed takimi formami leczenia oraz nadzoru nad warunkami pobytu w szpitalu psychiatrycznym, a także w innych zakładach leczniczych i pomocy społecznej.

Rzeczywiście, jeżeli nie ma szans takiej rozbudowy aparatu sądowego, która by umożliwiła należycie wyspecjalizowanym w tej problematyce sędziom wykonywanie realnego nadzoru nad zasadnością stosowania przymusu w leczeniu psychiatrycznym, jeżeli nie ma możliwości uzyskania przez sąd opiekuńczy opinii ze strony lekarzy psychiatrów niezależnych — z punktu widzenia podległości służbowej — od lekarzy podejmujących decyzję o przymusowej hospitalizacji, to wówczas nie należy tworzyć pozorów ochrony praw osób chorych psychicznie. Należy więc liczyć się z rzeczywistością, ale z drugiej strony należy również tę rzeczywistość zmieniać. Brak lekarzy-specjalistów w zakresie psychiatrii,<sup>19</sup> brak sędziów i pracowników sekretariatów może wszystko zmienić w grę pozorów, tym niebezpieczniejszą, gdy od strony formalnej wszystko będzie jak najlepiej zabezpieczone. Nie można tego nie brać pod uwagę, chociaż nie zawsze należy się godzić z istniejącym stanem rzeczy. Usterki w zakresie nadzoru sędziów penitencjarnych nad warunkami i legalnością pobytu w zakładach psychiatrycznych i innych leczniczych osób umieszczonych tam na mocy orzeczenia sądowego są rzeczywiście groźnym memento. Wprawdzie wnioski szpitali o zwolnienie są uwzględniane szybko, i to w 100%, ale domaganie się opinii o pensjonariuszach jest nieregularne, a kontakt z chorymi psychicznie w czasie wizytacji szpitali psychiatrycznych i innych zakładów leczniczych — właściwie żaden.<sup>20</sup>

4. Dyskusja nad projektem ustawy z 1976 r. o ochronie zdrowia psychicznego wniosła bardzo dużo cennych uwag pomocnych przy dalszych pracach nad kształtem przyszłej ustawy. Wiele wysuniętych zarzutów dotyczących zarówno profilaktyki, jak i modelu lecznictwa psychiatrycznego zasługiwało w pełni na uwzględnienie. Również szereg poważnych zastrzeżeń odnoszących się do kwestii poruszanych w tym opracowaniu — ta-

<sup>19</sup> Wg informacji zawartych w cyt. artykule E. Janiszewskiej-Talago w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych brak lekarzy psychiatrów jest zatrważający: na koniec 1984 r. na 1 psychiatrę przypadały 142 łóżka, a w wielu szpitalach liczba chorych przekraczała liczbę „etatowych” łóżek nawet o ponad połowę.

<sup>20</sup> Zob. wyniki badań zawartych w cyt. wyżej artykule E. Janiszewskiej-Talago.

kich np., jak definicja osoby objętej przymusowym leczeniem czy kryteria zastosowania przymusu (i to nie tylko leczenia, ale też przymusu badania oraz wykonania zabiegu leczniczego) — zasługiwało na poważne potraktowanie.

Wiem, że prace nad ustawą toczą się dalej. Wiem, że sprecyzowano szereg pojęć, wymagań formalnych, kryteriów, zasad postępowania. Wiem też, że związki między tą ustawą a przygotowującym „kodeksem zdrowia” utrudniają ostateczne sprecyzowanie zakresu regulacji objętych ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.

Nie zapominam także o tym, że lepsze jest wrogiem dobrego.

Wydaje mi się jednak w pełni uzasadnione wysunięcie postulatu jak najszybszego podania do publicznej wiadomości przynajmniej tej części projektu, która dotyczy przymusu badania, leczenia i zabiegu leczniczego o poważniejszych następstwach, aby w środowiskach prawniczych można było szerzej przedyskutować zaprojektowane rozwiązania i przyczynić się w ten sposób, po ewentualnych korektach, do szybkiego postępu w dalszych pracach legislacyjnych.

Analiza zasadniczych zrębów modelu postępowania przy stosowaniu przymusu w leczeniu psychiatrycznym wydaje się być trafna.

Występująca w części środowisk lekarskich tendencja do wyeliminowania z tego modelu sądu, do elastycznego, szerokiego określenia kryteriów uzasadniających stosowanie przymusu w leczeniu psychiatrycznym, umożliwiających lekarzowi swobodną ocenę zasadności stosowania przymusu w konkretnym przypadku, jest — moim zdaniem — niebezpieczna, zwłaszcza gdyby przymus ten był stosowany wyłącznie w trybie administracyjnym. Dlatego, zastrzegając sobie prawo do zgłoszenia uwag szczegółowych, popieram te środowiska lekarskie i prawnicze, które widzą pilną potrzebę ustawowego uregulowania kwestii poruszonych w moim artykule. Doskonałym forum, na którym można by było przedyskutować kolejny projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, byłaby m.zd. „Palestra” — organ prawników, z racji swego zawodu szczególnie predestynowanych do ochrony praw człowieka, także praw człowieka psychicznie chorego.

ZBIGNIEW HOŁDA

---

## OCHRONA GODNOŚCI LUDZKIEJ SKAZANEGO W TOKU ODBYWANIA KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI

*Artykuł dotyczy problematyki godności ludzkiej skazanego.*