

BŁAŻEJ KMIĘCIAK
MIROSŁAW KOWALSKI

RODZINA WOBEC PRAWNYCH PROBLEMÓW
OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO
WYBRANE ZAGADNIENIA*

WPROWADZENIE

Na początku marca 2002 r. swoją światową premierę miał film pt. *Piękny umysł*. Jest to z całą pewnością jedna z najbardziej ciekawych produkcji dotyczących problemu funkcjonowania osób doświadczających zaburzeń psychicznych. Choć w ciągu ostatnich dziesięcioleci dostrzec można interesujące zarówno polskie, jak i zagraniczne filmy poruszające omawianą tematykę, to jednak właśnie ww. obraz zaliczyć można do szczególnie cennych. Jego konstrukcja bowiem pozwala, by widz stał się przez pewien czas współuczestnikiem świata głównego bohatera. Mowa w tym miejscu o matematyku i ekonomście, prof. Johnie Forbesie Nashu, zdobywcy Nagrody Nobla z dziedziny ekonomii w 1994 r. Osoby pierwszy raz oglądające film – w większości przypadków – zapewne nie miały świadomości, iż podobnie jak wspomniany amerykański matematyk, dostrzegają widziane przez niego omamy wzrokowe. W pewnym momencie dopiero ukazana zostaje prawda świadcząca o tym, iż część widzianych przez widzów postaci to

Dr Błażej KMIĘCIAK – Zakład Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131; e-mail: blazej.kmiecianiak@umed.lody.pl

Dr hab. Mirosław KOWALSKI, prof. UZ – Katedra Podstaw Pedagogiki i Logopedii Uniwersytetu Zielonogórskiego, Al. Wojska Polskiego 69, 65-762 Zielona Góra; e-mail: m.kowalski@ipp.uz.zgora.pl

* Artykuł został przygotowany między innymi w ramach realizacji tematu badawczego „Prawnospołeczne wyzwania ochrony zdrowia psychicznego” nr 502-03/6-074-06/502-64-103, finansowanego z środków Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

psychotyczne objawy, które towarzyszyły Nashowi w jego codziennym życiu. Omawiana w tym miejscu produkcja zasługuje na uwagę także w innym kontekście. **Mowa bowiem o sytuacji rodzinnej, jaka zaprezentowana została w filmie. Choroba psychiczna jest wyzwaniem dla całej rodziny.** W *Pięknym umyśle* – choć w sposób wybiórczy – ukazano sytuację rodzinną z jej problemami, ale również i dylematami¹.

Z całą pewnością szczególnym dylematem w omawianym kontekście jest moment podjęcia decyzji o skierowaniu osoby bliskiej do szpitala psychiatrycznego. Podobne zdarzenie dotyczy trudnych momentów dla każdej rodziny. Odnoszą się one najczęściej do niebezpiecznych zachowań jednego z jej członków. Zachowania te spowodowane są występowaniem objawów choroby, które uniemożliwiają racjonalny osąd sytuacji. W tym miejscu warto jednak zaznaczyć, iż przymusowe leczenie w szpitalu psychiatrycznym to procedura, która w sposób dokładny opisana została w polskim prawie. Placówki leczące osoby doświadczające zaburzeń psychicznych niejednokrotnie nadal wzbudzają społeczny lęk. Choć obawy dotyczące metod podejmowanych w tego typu szpitalach są dalece nieuzasadnione, to jednak warto podkreślić, że to właśnie w oddziałach psychiatrycznych istnieje możliwość zatrzymania pacjenta bez zgody, bądź też zastosowania wobec niego działań siłowych². Jak należy dookreślać w tych aspektach zdrowie i chorobę?³ **Jakie jest w omawianych kontekstach miejsce rodziny pacjenta? W jakim położeniu postawiona zostaje rodzina w momencie, w którym podejmowane są działania siłowe wobec osoby bliskiej?** Jakie konkretne sytuacje mogą mieć w tym aspekcie miejsce? Czy przedstawiciele rodziny posiadają określone, istotne prawa w trakcie tego typu trudnych zdarzeniach?⁴ Odpowiedź na powyższe pytania

¹ Zob. szerzej M. MOROŃ, *W świat psychozy. Zaburzenia schizofreniczne w filmach „Pająk” (Spider) oraz „Piękny umysł” (A Beautiful Mind)*, w: M. BROL, A. SKORUPA (red.), *Psychologiczna praca z filmem*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2014, s. 223-290.

² B. KMIECIAK, *Wspomnienia ze szpitala psychiatrycznego – między prawem a medycyną*, w: W. DOLIŃSKI, J. ŻURKO, K. GRZESZKIEWICZ-RADULSKA, S. MĘCFAL (red.), *Rzeczywistość i zapis. Problemy badania tekstów w naukach społecznych i humanistycznych*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 2016, s. 53-67.

³ M. KOWALSKI, A. GAWEL, *Zdrowie – Wartość – Edukacja*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2006; M. KOWALSKI, P. PRÜFER, *Santé – maladie et jeunesse – vieillesse (Dans le contexte des préoccupations, attentes et espoirs de l’homme moderne) /Health – Illness and Youth – Old Age (in the context of concerns, expectations and hopes of modern man)*, Fribourg 2011; M. KALISZEWSKA, M. KOWALSKI, *Mysleć o zdrowiu. Między wolnością a zniewoleniem*, Kielce–Zielona Góra: Wyd. UKiP J&D Gębka 2011.

⁴ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.

poszukiwana będzie na podstawie prezentacji konkretnych przykładów. Głównym elementem analizy poza określonymi przykładami będzie treść ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, odnoszącej się wprost do sytuacji oraz praw pacjenta poddawanego działaniom przymusowym. Zwrócona zostanie również w sposób ogólny uwaga na ustawowe definicje zawarte w innych aktach prawnych, wprost związane z takimi pojęciami, jak: rodzina, opiekun faktyczny i prawny oraz osoba bliska.

1. ZNACZENIE RODZINY

Aby odpowiedzieć na wskazane w tym miejscu pytania, należy przede wszystkim zwrócić uwagę na dostrzegane w polskich przepisach istotne zapisy określające instytucje rodziny. Mowa w tym miejscu o grupie osób, jaką zaliczymy do tego grona. W art. 18 Konstytucji RP zostało podkreślone, że „rodzina, macierzyństwo i rodzicielstwo znajdują się pod ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej”⁵. Interesujące jest to, iż w kluczowym dla relacji rodzinnych polskim akcie prawnym, a więc Kodeksie rodzinno-opiekuńczym nie zamieszczono żadnej definicji rodziny. Zaprezentowano natomiast między innymi zasady zawarcia związku małżeńskiego⁶.

Zwrócona została ponadto uwaga na pojęcie władzy rodzicielskiej, mające szczególne znaczenie w kontekście podejmowania przez rodziców działań bez zgody dziecka. Jerzy Ignatowicz oraz Mirosław Nazar stwierdzają, że władzę rodzicielską określamy „ogół obowiązków i praw rodziców względem dziecka mających na celu zapewnienie mu należytej pieczy i strzeżenie jego interesów”⁷.

Wskazany kodeks informuje natomiast w art. 61(7) § 1, że: „Krewnymi w linii prostej są osoby, z których jedna pochodzi od drugiej. Krewnymi w linii bocznej są osoby, które pochodzą od wspólnego przodka, a nie są krewnymi w linii prostej”. W następnym przepisie wskazano, że: „Z małżeństwa wynika powinowactwo między małżonkiem a krewnymi drugiego małżonka. Trwa ono mimo ustania małżeństwa”⁸. Cytowane wyjaśnienie posiada

⁵ Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

⁶ M. ANDRZEJEWSKI, *Prawna ochrona rodziny*, Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne 1999, s. 26-27.

⁷ J. IGNATOWICZ, M. NAZAR, *Prawo rodzinne*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis-Nexis 2006, s. 284.

⁸ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 2004, Nr 162, poz. 1691.

istotne znaczenie dla zrozumienia przywołanych w kolejnych ustawach zwrotów odnoszących się do relacji rodzinnych. Jak już podkreślono, próżno szukać w polskim ustawodawstwie jednej, spójnej definicji rodziny. Znacznie częściej dostrzec można swoiste opisy dotyczące istniejącej wewnątrz rodziny relacji. W kontekście tym warto przywołać treść art. 115 § 11 Kodeksu karnego, w którym podkreślono, że: „Osobą najbliższą jest małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu”⁹. Widać w tym miejscu, iż ustawodawca zdecydował się odnieść do kluczowych interakcji, świadczących o istnieniu pomiędzy ludźmi zjawiska, jakie określić można mianem „bliskości”. Wskazana bliskość dotyczyć może przede wszystkim osób, których relacje rodzinne mają w istocie charakter naturalny. Mowa np. o relacji na linii rodzic–dziecko. Z drugiej natomiast strony swoiste utworzenie się związku rodzinnego może pojawić się w wyniku działania konkretnych osób. Mowa z jednej strony o zawarciu małżeństwa, a z drugiej o udziale w procedurze przysposobienia¹⁰. Z perspektywy formalnej wyzwaniem nadal jest cytowany powyżej zwrot: „osoba pozostająca we wspólnym pożyciu”. Polskie prawo nie definiuje go w sposób jednoznaczny. Sąd Najwyższy w Uchwale z 25 lutego 2016 r. odnosząc się do przywołanego zwrotu podkreślił, że „określa [on] osobę, która pozostaje z inną osobą w takiej relacji, w której pomiędzy nimi istnieją jednocześnie więzi duchowe, emocjonalne, fizyczne i gospodarcze (wspólne gospodarstwo domowe). Pozostawanie we wspólnym pożyciu jest możliwe także wtedy, gdy brak określonego rodzaju więzi jest obiektywnie usprawiedliwiony (np. wyjazd do pracy za granicą jednego z partnerów)”¹¹.

Na bazie zaproponowanych rozważań warto wskazać znajdujące się w polskim prawie medycznym¹² inne definicje również odnoszące się do relacji rodzinnych. Kluczowa dla systemu ochrony uprawnień osób poddawanych terapii, ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyjaśnia dwa

⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. 1997, Nr 88, poz. 553.

¹⁰ M. ANDRZEJEWSKI, *Prawna ochrona rodziny*, s. 102-113.

¹¹ Uchwała 7 sędziów SN z 25 lutego 2016 r., sygn. akt I KZP 20/15.

¹² Trudno w tym miejscu w sposób jednoznaczny uznać, czy „prawo medyczne” stało się odrębną gałęzią nauki prawa. Z całą pewnością jest to szczególny obszar, w którym łączą się zarówno przepisy karne, jak i cywilne, i to właśnie na ich bazie podejmowane są analizy dotyczące formalnych aspektów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Ponadto warto dodać, że w ostatnich latach kolejne uczelnie decydują się na otwarcie kierunków studiów określanych mianem „prawa medycznego”.

szczególnie istotne pojęcia. Najpierwe wskazano, kim jest opiekun faktyczny. To osoba sprawująca bez „obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga”. W kolejnym punkcie zwrócono uwagę, że przez osobę bliską należy rozumieć „małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta”¹³.

Widać, iż zwrot „opiekun faktyczny” posiada bardzo szeroki zakres. W gronie osób, które potencjalnie w nim znalazłyby się, dostrzec można np. sąsiada określonej osoby. Może okazać się, iż mowa w tym miejscu o sąsiadzie, który na prośbę rodziny osoby starszej opiekuje się nią bez jakiegokolwiek gratyfikacji finansowej. Tym samym nie będzie to osoba bliska, gdyż nie została ona wskazana przez człowieka, nad którym sprawuje się opiekę¹⁴.

2. WYZWANIA PSYCHIATRII

Uczynione wcześniej uwagi terminologiczne mają szczególne znaczenie dla dalszej analizy oraz refleksji. Osoby bliskie, w tym członkowie rodziny regularnie uczestniczą w postępowaniach dotyczących przymusowej hospitalizacji. Wskazany w tym miejscu przymus objawiać się może na różnych etapach leczenia. Przede wszystkim mowa jest o zdarzeniach, w których to postępowanie danej osoby zaczyna być niepokojące jeszcze na terenie miejsca zamieszkania potencjalnego, przyszłego pacjenta. Nagle zmienia ona swoje przyzwyczajenia, staje się pobudzona, posiada istotne problemy z koncentracją / komunikacją, jej działania zaczynają wzbudzać obawy. W podobnej sytuacji bliscy danej osoby mogą odczuwać obawy związane z jej stanem zdrowia. Najczęściej w tego typu chwilach osoba doświadczająca zaburzeń psychicznych zaczyna je negować, bądź też w wyraźnym pobudzeniu bagatelizuje jakiegokolwiek informacje dotyczące jej stanu zdrowia¹⁵. W wypadku występowania w tym miejscu zaburzeń

¹³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.

¹⁴ Szerzej na temat działania opiekuna faktycznego w odniesieniu do czynności medycznych zob. A. AUGUSTYNOWICZ, A. BUDZISZEWSKA-MAKULSKA, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta. Komentarz*, Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu 2010, s. 17.

¹⁵ B. KMIĘCIAK, *Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna w trybie wnioskowym w kontekście poszanowania praw pacjenta poradni zdrowia psychicznego*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 4(2010), s. 282-287.

psychotycznych, człowiek doświadczać może szczególnie niepokojących dla bliskich omamów (słuchowych, wzrokowych) lub urojeń. Mowa zatem o fałszywych przekonaniach oraz sądach, które osoba chora uznaje za prawdziwe, a w sytuacji konfliktowej wręcz wzorcowe¹⁶. W tym miejscu rodzina może zostać uznana za członków określonej grupy, chcącej zrobić krzywdę. Tego typu sytuacje wymagają niejednokrotnie podjęcia natychmiastowych działań ratunkowych. Działania te objawiać się mogą: bądź przewiezieniem przez rodzinę pacjenta do szpitala, bądź też wezwaniem do domu lekarza psychiatrę. Ukazane tu zdarzenia mają niejednokrotnie dynamiczny przebieg, wprost odnoszą się one do praw i wolności osoby chorej¹⁷. W trakcie podobnych zdarzeń kluczowe jest zatem podejmowanie działań zgodnie z zapisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W Polsce jest to podstawowy dokument, który określa zasady działań podejmowanych wobec osób badanych, przyjmowanych lub też wypisywanych ze szpitala psychiatrycznego.

Odnosząc się zatem do wskazanego scenariusza związanego z nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia psychicznego, należy zaznaczyć, że rodzina pacjenta posiada prawo, by wezwać lekarza do domu w związku z zaistnieniem niepokojącej sytuacji. Zgodnie z treścią art. 21 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: „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, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego”¹⁸. Omawiane badanie musi być przeprowadzone w sposób bezpośredni, nie może odbywać się zdalnie. Winien je przeprowadzić lekarz psychiatra, a w razie jego nieobecności inny lekarz. Istotne jest, iż działanie takie może mieć miejsce bez zgody pacjenta, o czym winien być on powiadomiony¹⁹. Tutaj jednak nadmienić

¹⁶ A. BILIKIEWICZ, *Psychiatria*, w: A. BILIKIEWICZ (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2006, s. 730.

¹⁷ Szeroko omawiane sytuacje opisali z własnego doświadczenia Marie Balter i Richard Katz. Autorka Marie Balter przez blisko dwie dekady była pacjentką jednego ze szpitali psychiatrycznych na terenie Bostonu. Po jego opuszczeniu podjęła studia z psychologii. Po ich zakończeniu została jednym z dyrektorów placówki, na terenie której była leczona. M. BALTER, R. KATZ, *Dziecko niczyje*, tł. W. Stańczak, Warszawa: Wydawnictwo BIS 2001.

¹⁸ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.

¹⁹ P. GAŁECKI, K. BOBIŃSKA, K. EICHSTAEDT, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis 2013, s. 127-128.

należy, iż psychiatryczne badanie stanu zdrowia bez akceptacji osoby badanej, to szczególna sytuacja. Opiera się ona w istocie na przyjęciu wywiadu od rodziny, a także analizie zachowania samego pacjenta. Nadmienić należy ponadto, iż badany posiada pełne prawo do uzyskania informacji dotyczącej planowanych wobec niego działań²⁰. Stanisław Dąbrowski, będący jednym z twórców polskiego ustawodawstwa psychiatrycznego, podkreśla, że pacjenci szpitali psychiatrycznych niejednokrotnie pomijani byli w przeszłości w sytuacji podejmowania wobec nich działań medycznych²¹. To jednak przede wszystkim oni, między innymi na podstawie przepisów zawartych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta posiadają prawo do uzyskania pełnej wiedzy o swoim stanie. Nie oznacza to, iż rodzina ma znajdować się w swoistej próżni informacyjnej, choć warto w tym miejscu zwrócić uwagę na potencjalną trudną sytuację. Osoba kierowana do szpitala może uznać, iż to właśnie jej rodzina jest odpowiedzialna za doświadczenie przez nią szkody. Może ona wówczas zażądać od lekarzy pozostawienia wszelkich informacji w tajemnicy²². Podobna sytuacja jest szczególnie trudna dla personelu. Z jednej strony może on zachować wszelkie informacje dla siebie, w pełni szanując opinie pacjenta. Z drugiej natomiast perspektywy może on – uznając, iż jest pacjent niezdolny do zrozumienia kierowanych w jego stronę informacji – przekazać kluczową w danym momencie wiedzę osobie bliskiej²³. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry w podobnej, trudnej sytuacji pozwala lekarzowi na zbadanie pacjenta oraz podjęcie prostych (niestwarzających podwyższonego ryzyka) działań medycznych także bez jego zgody. W tej sytuacji faktyczny opiekun pacjenta może wyrazić zgodę na badanie. Działanie to jest możliwe, kiedy przy osobie chorej nie ma opiekuna prawnego. Nadmienić jednak należy, że przedstawiciel ustawowy osoby ubez-

²⁰ M. JAREMA, *Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii w sprawie struktury opinii sądowo-psychiatrycznej w sprawach karnych i cywilnych*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2007, s. 1-2.

²¹ S. DĄBROWSKI, *Prawa chorych psychicznie i przestanki przymusowego postępowania*, w: M. SIWIAK-KOBAYASHI, S. LEDER (red.), *Psychiatria i etyka*, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego 1995, s. 54.

²² Nadmienić należy w tym miejscu, iż tajemnica o charakterze psychiatrycznym posiada szczególne znaczenie. Niejednokrotnie w literaturze przedmiotu ukazywana jest ona jako zbieżna nie tylko z tajemnicą lekarską, ale również i tajemnicą spowiedzi. Są bowiem takie sytuacje, których to personel szpitala psychiatrycznego nie może ujawnić nawet przed sądem oczekującym od niego złożenia wyjaśnień (mowa o przyznaniu się pacjenta do dokonania czynu zabronionego pod groźbą kary).

²³ Możliwość taką przewiduje art. 31 ust. 6 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2005, Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.).

własnowolnionej przed podjęciem działań szczególnie istotnych dla przyszłości swojego podopiecznego winien uzyskać wcześniejszą zgodę sądu opiekuńczego²⁴. Przyjęcie do szpitala w trybie nagłym uniemożliwia jednak odbywanie podobnych konsultacji.

3. TRUDNY PRZYMUS

Przyjęcie pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody niejednokrotnie wiąże się ze szczególnie trudną sytuacją, w jakiej znajduje się nie tylko osoba, która ma być leczona, ale również osoby jej najbliższe. Przedstawiony przykład osoby, której stan zdrowia psychicznego nagle się pogarsza, bardzo często wiązać się może z zachowaniem chorego, mogąym stwarzać zagrożenie dla niego samego lub np. jego rodziny. Zgodnie z zapisami zawartymi w art. 21 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, lekarz psychiatra, dostrzegając podobne niebezpieczeństwo, może podjąć decyzję o przewiezieniu badanego, bez jego zgody, do szpitala psychiatrycznego²⁵.

Dodać trzeba, iż sformułowanie „choroba” posiada tu szczególne znaczenie. W medycznej literaturze przedmiotu istnieje aktualnie dyskusja dotycząca tego pojęcia. Jak podkreśla Stanisław Pużyński, Polska jest jednym z niewielu krajów, w którym pojęcie choroby psychicznej zostało pozostawione w treści formalnych dokumentów. Zarówno bowiem psychiatria, jak i uznawane międzynarodowe klasyfikacje chorób i zaburzeń nie posługują się już podobnym terminem. W krajowym ustawodawstwie zwrot ten obecny jest tak w przepisach karnych, jak i cywilnych. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w sposób wyraźny wskazuje, że chodzi tu o schorzenia, w których dostrzec można występowanie objawów psychotycznych. Mowa zatem o objawach pozytywnych (omamy lub urojenia) lub negatywnych (drastyczne obniżenie nastroju, pojawienie się silnego lęku, wycofanie się osoby ze społeczeństwa). Jeśli wskazane w tym miejscu objawy prowadzić będą do stwierdzenia niebezpieczeństwa dla pacjenta, lub innych osób, to możemy stwierdzić, iż pojawiają się przesłanki uprawniające do leczenia danej osoby w tzw. trybie nagłym²⁶. Tym samym, jeśli np. rodzina dostrzeże, iż dana osoba podejmuje

²⁴ M. ANDRZEJEWSKI, *Prawna ochrona rodziny*, s. 134-137.

²⁵ S. DĄBROWSKI, J. PIETRZYKOWSKI, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – komentarz*, Warszawa: Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii 1998, s. 122-123.

²⁶ S. PUŻYŃSKI, *Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne i prawne*, Warszawa: Wydawnictwo Eneteia 2015, s. 132-141; A. KAPUSTA, *Spór o pojęcie choroby psy-*

niebezpieczne dla niej działania, kontakt z nią jest ograniczony, a ponadto pojawia się przypuszczenie występowania objawów świadczących o chorobie psychicznej, to sytuację tę określić należy jako w pełni uzasadniającą wezwanie Zespołu Ratownictwa Medycznego.

To właśnie w tym miejscu zlokalizować należy szczególnie trudny moment. W tego typu chwilach zaobserwować można bowiem niejednokrotnie intensyfikację objawów u osoby mającej być przewiezioną do szpitala. Pojawić się mogą oskarżenia, chęć ucieczki, zachowania agresywne bądź auto-agresywne. Sytuacja ta wymaga od personelu podjęcia działań, które określane są mianem „zabezpieczenia pacjenta przed nim samym”. W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego postępowanie to nazwane zostało przymusem bezpośrednim. W sposób dokładny opisane ono zostało w art. 18 ww. ustawy. W zaprezentowanej, potencjalnej sytuacji przymus mógłby zostać zastosowany w chwili, w której to dana osoba kategorycznie odmawiałaby zgody na transport do szpitala. Ratownicy medyczni mogliby podjąć działania siłowe w chwili, w której to dostrzeżono by istnienie niepokojących objawów powodujących u pacjenta pojawienie się stanu, który wymagałby interwencji lekarskiej. Zespół Ratownictwa Medycznego uprawniony został do zastosowania przymusu w formie przytrzymania oraz unieruchomienia pacjenta w trakcie transportu do szpitala. Ratownicy o podobnych działaniach muszą zawiadomić dyspozytora medycznego²⁷.

Na początku 2017 r. złożona została propozycja ustawowa rozszerzenia uprawnień osób pracujących w tego typu grupach ratowniczych. Postuluje się wyposażenie owej grupy specjalistów medycznych w uprawnienie, w postaci zastosowania przymusu w formie siłowego podania leków²⁸. Działanie to obecnie może być podjęte wyłącznie w chwili, w której na terenie ambulansu znajduje się lekarz. Wydaje się, iż propozycja ta jest szczególnie istotna z perspektywy doświadczeń osób najbliższych transportowanemu do szpitala pacjentowi.

Jak już stwierdzono, tego typu sytuacje określić należy mianem „szczególnie trudnych”. Samo przytrzymanie lub nawet unieruchomienie pacjenta –

chicznej, w: W. CHAŃSKA, J. RÓŻAŃSKA (red.), *Bioetyka*, Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer 2013, s. 165-176.

²⁷ Zob. w tym kontekście: M. GONIEWICZ, I. SKITEK-ADAMCZAK, M. WITT, K. GONIEWICZ, *Stosowanie przymusu bezpośredniego w praktyce zespołów ratownictwa medycznego*, „Hygeia Public Health” 1(2015), s. 70-74.

²⁸ Por. Uzasadnienie Projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, 2017, s. 7.

choć zwiększa bezpieczeństwo pacjenta i innych osób – nie prowadzi do istotnego zmniejszenia uciążliwości podejmowanych interwencji medycznych. Pacjent może się nadal szarpać, krzyczeć, kierować oskarżenia itd. Możliwość podania mu przez ratowników medycznych środków uspokajających z całą pewnością mogłaby przyczynić się do poprawy warunków transportu pacjenta do szpitala. **Odnosząc się do szczególnej roli rodziny w trakcie trwania tego typu zdarzeń, należy podkreślić, iż niejako automatycznie stają się oni strażnikami praw pacjenta.** Z całą pewnością personel medyczny nie może być niejako automatycznie traktowany, jako potencjalne źródło naruszenia godności osoby chorej. Podejmowanie działań wobec osoby doświadczającej zaburzeń psychicznych (niejednokrotnie w obecności policji) wymaga szczególnego zwrócenia uwagi na fundamentalne uprawnienia każdego człowieka. Mowa tu o poszanowaniu nie tylko godności, ale również intymności. W granicach tych działań mieści się przede wszystkim informowanie pacjenta o zamiarze zastosowania wobec niego przymusu. Informacja ta winna być przekazana bez względu na stan, jaki prezentuje osoba, która ma być przetransportowana²⁹.

Warto dodać, że działania przymusowe wobec pacjenta mogą być podejmowane także na terenie szpitala psychiatrycznego. Poza przytrzymaniem, przymusowym podaniem leków oraz unieruchomieniem pacjenta, personel medyczny posiada prawo do izolacji osoby, która stwarza zagrożenie dla własnego życia lub życia i zdrowia innych osób. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez personel może wywołać u członków rodziny różne reakcje. Najczęściej działania te wiązać się mogą z wystąpieniem buntu, oskarżeń oraz oburzenia, odnoszącego się np. do podjęcia decyzji przez personel o przywiązaniu danej osoby pasami do łóżka, bądź unieruchomienia za pomocą coraz rzadziej używanego kaftanu bezpieczeństwa. **Dla rodziny pacjenta tego typu widok osoby bliskiej wiązać się może z doświadczanym cierpieniem emocjonalnym. Wspomniany bunt wobec podobnych interwencji wydawać się może zjawiskiem wręcz naturalnym. Reakcja ta może być jeszcze bardziej wyraźna w chwili, gdy przymus podejmowany jest w stosunku do dziecka doświadczającego określonych zaburzeń psychicz-**

²⁹ Szeroko, z perspektywy matki podobne zdarzenia opisuje A. PERZANOWSKA, *Reprezentowanie interesów osób z trudnymi zachowaniami przyjętych do szpitali psychiatrycznych i zabieganie o realizację ich praw*, w: A. ROJNER, J. WYGNAŃSKA (red.), *Rzecznictwo – jak skutecznie zabiegać o realizację praw osób z autyzmem i innymi całościowymi zaburzeniami rozwojowymi*, Warszawa: Fundacja SYNAPSIS 2004, s. 136-151.

nym. Kluczowe jest poznanie przez osoby bliskie przyczyn zastosowania omawianych, także trudnych dla personelu działań.

Należy również nadmienić, iż czynnikiem istotnie wpływającym na zmniejszenie się poziomu oburzenia wobec zastanej sytuacji, może być posiadanie świadomości dotyczących praw pacjenta doświadczającego podobnych działań przymusowych. Pacjent ten również na terenie szpitala posiada prawo do uzyskania informacji o planowej interwencji siłowej. Przymus bezpośredni mogą zlecić wyłącznie lekarz lub pielęgniarka. Mają oni również obowiązek nadzorować jego wykonanie. Pielęgniarka zobowiązana jest co 15 min. sprawdzać stan unieruchomionego lub izolowanego pacjenta. Z kolei lekarz po pierwszych czterech godzinach ma obowiązek powtórnego zbadania pacjenta. Następnie działania te musi osobiście podejmować po sześciu godzinach. Sam przymus może trwać jedynie do momentu, w którym ustaną przyczyny jego zastopowania. W praktyce jednak wielokrotnie zdarzają się sytuacje, w których to personel nie posiada w danym momencie wiedzy świadczącej o możliwym odbezpieczeniu pacjenta. Na przykład w wypadku pacjentów doświadczających uporczywych myśli samobójczych, lub też w odniesieniu do osób, u których zauważono poważne zaburzenia rozwojowe (autyzm), może wystąpić trudność w jednoznacznym stwierdzeniu, iż stan pacjenta zezwala na jego oswobodzenie z unieruchamiających pasów. **Kluczowa w tym miejscu jest współpraca rodziny, która obserwuje zachowanie osoby bliskiej, bądź też w sposób szczególny podejmuje działania opiekuńcze w chwili, w której to pacjent czasowo jest odbezpieczany**³⁰.

4. PRAKTYCZNE OBLICZE PROCEDUR SĄDOWYCH

Podejmowanie przywołanych działań opiekuńczych przez osoby bliskie pacjentowi zostało w sposób wyraźny uwypuklone w treści ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pod przymusem jest z całą pewnością momentem krytycznym w życiu pacjenta oraz jego rodziny. Jednocześnie jednak sytuacja ta daje możliwość zweryfikowania w sposób obiektywny położenia, w jakim znajduje się osoba chora. Mowa w tym miejscu także o stanie, który w sposób ogólny można określić mianem

³⁰ J. DUDA, *Komentarz do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis 2006, s. 83-93; W. LANGIEWICZ, M. HASIOROWSKA, *Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 17(2008), s. 127-133.

„psychologiczno-prawnego”. Chodzi tu o zdolności danej osoby do świadomego podejmowania czynności prawnych. Innymi słowy – badając stan pacjenta należy rozważyć, czy jego sytuacja pozwala na pozostawienie go bez zewnętrznej opieki o charakterze formalnym. Mowa tu o ubezwłasnowolnieniu całkowitym lub częściowym, które w praktyce przenosi całość bądź część uprawnień decyzyjnych na wyznaczonego przez sąd opiekuna prawnego³¹.

Zgodnie z treścią art. 16 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: „W razie stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia, kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym prokuratora”. Warto także zwrócić uwagę na brzmienie kolejnego przepisu ww. aktu prawnego. Jak stanowi bowiem art. 17: „W razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec tej osoby, kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby”³². To właśnie w tym miejscu zwrócona została w sposób szczególny uwaga na doniosły charakter roli, w jakiej znajduje się osoba sprawująca formalną opiekę nad pacjentem. Niejednokrotnie spotkać się można z opiniami wskazującymi, iż opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej to *de facto* jednostka, która posiada wyłącznie uprawnienia. Podejście to jest jednak błędne. Osoba ta jest bowiem przede wszystkim zobowiązana do zadbania o dobro swojego podopiecznego. Jeśli personel dostrzeże, iż działania te podejmowane są w sposób nienależyty, to wówczas posiada on prawo do powiadomienia o powyższym sąd opiekuńczy³³.

Omawiając zagadnienie dotyczące rodzinnych kontekstów przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej, nie można pominąć kluczowej roli, jaką odgrywa sąd opiekuńczy. Określenie to odnosi się do wydziałów rodzinnych i nieletnich, jakie znajdują się w pobliżu danego szpitala psychiatrycznego. Sąd opiekuńczy, co wydaje się kluczowe, analizuje, bada, a nade wszystko kontroluje sytuację przyjęcia danej osoby do szpitala. Zarówno w przywołanym już

³¹ Pominęta zostanie w tym miejscu dokładniejsza analiza tematu ubezwłasnowolnienia z racji na jego obszerny charakter, nie w pełni korelujący z głównym wątkiem proponowanych rozważań.

³² Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.

³³ Na temat szczególnego charakteru sytuacji prawnej, w jakiej znaleźć się może osoba ubezwłasnowolniona, zob. M. BABULA, *Umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w domu pomocy społecznej*, w: A. BIAŁEK, M. WRÓBLEWSKI (red.), *Wybrane aspekty praw człowieka, a bioetyka*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich 2016, s. 143-151.

trybie nagłym, jak i w wypadku przyjęcia pacjenta na dziesięciodniową obserwację, to właśnie wymieniony organ sądowy podejmuje ostateczną decyzję. Wpierw, po maksimum pięciu dniach sędzia ma obowiązek osobistego spotkania się z pacjentem na terenie szpitala. Następnie wyznacza on biegłego, który ma w sposób obiektywny i niezależny od danego szpitala / oddziału ocenić stan zdrowia pacjenta: ma odpowiedzieć na pytanie, czy przymusowe przyjęcie było uzasadnione. Następnie na posiedzeniu sądowym podejmuje ostateczną decyzję odnośnie do dalszego leczenia³⁴. Należy uzupełnić, iż podobna sądowa kontrola jest niezbędna w związku z podjęciem działań, które w sposób bezpośredni prowadzą do izolacji osoby chorej. Zgodnie z treścią art. 46 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, sąd opiekuńczy może zawiadomić o rozprawie małżonka pacjenta oraz osobę sprawującą nad nią faktyczną opiekę. Jak wskazano w przywołanym przepisie, „mogą oni wziąć udział w każdym stanie sprawy i wtedy stają się uczestnikami”³⁵.

Na uwagę zasługuje szczególne uprawnienie, jakie ma opiekun faktyczny oraz małżonek pacjenta przyjętego do szpitala psychiatrycznego bez własnej zgody. Osoby te posiadają prawo do złożenia wniosku o wypis określonej osoby ze szpitala. Działanie to może być podjęte dopiero po 30 dniach od chwili uprawomocnienia się decyzji sądu, związanej z przymusowym przyjęciem. W momencie otrzymania decyzji odmownej ze strony szpitala, osoby te mają prawo do złożenia w ciągu tygodnia wniosku w sądzie opiekuńczym³⁶. Nie ulega wątpliwości, iż uprawnienie to odnosi się do szczególnych sytuacji. W większości bowiem przypadków to sam pacjent podejmuje działania w tej kwestii. W praktyce klinicznej spotkać jednak można osoby, które choć nie są ubezwłasnowolnione, to jednak nie potrafią samodzielnie podejmować decyzji. Więcej, może okazać się, że wskazani pacjenci nie potrafią zakomunikować stosownych informacji³⁷. Polski ustawodawca wła-

³⁴ T.B. KULIK, J. PACIAN, A. PACIAN, H. SKÓRZYŃSKA, K. KOWALCZYK, B. SZPONAR, R. KRZYSZYCHA, *Prawa osób chorych psychicznie w świetle obowiązujących regulacji prawnych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 3(2010), s. 372.

³⁵ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.

³⁶ T.B. KULIK, J. PACIAN, A. PACIAN, H. SKÓRZYŃSKA, K. KOWALCZYK, B. SZPONAR, R. KRZYSZYCHA, *Prawa osób chorych psychicznie*, s. 371.

³⁷ Podobna sytuacja może mieć miejsce np. w momencie, w którym to hospitalizowany jest pacjent, u którego zdiagnozowano zaburzenie rozwojowe ze spektrum autyzmu, upośledzenie umysłowe w stopniu znacznym/ głębokim lub też otępienie. W praktyce zdarza się wielokrotnie, iż osoby te nie są ubezwłasnowolnione, pomimo istnienia pewnych wskazań formalnozdrototnych. Możliwe jest zatem, iż ta grupa pacjentów nie będzie umiała zakomunikować personelowi swojego zdania.

śnie w odniesieniu do tego typu sytuacji przewidział możliwość skontaktowania się najbliższej rodziny, opiekuna prawnego lub faktycznego pacjenta z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Jest to niezależny od władz szpitala urzędnik, który na co dzień analizuje na terenie konkretnych oddziałów stan przestrzegania uprawnień osób diagnozowanych lub leczonych. Nadmienić trzeba, iż przywołana grupa osób najbliższych osobie poddawanej hospitalizacji posiada prawo, by upoważnić wskazanego urzędnika do dokonania wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta³⁸.

Na koniec tej części rozważań warto zatrzymać się nad szczególnie trudnym z perspektywy rodzinnej zagadnieniem tzw. wnioskowego trybu leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Dotyczy on sytuacji, w której to u danej osoby stwierdza się występowanie choroby psychicznej. Nie mogą to być wyłącznie zaburzenia psychiczne takie, jak: uzależnienie, zaburzenie rozwojowe, upośledzenie umysłowe lub np. nerwica. Mowa natomiast wyłącznie o chorobie, w której występują wymienione już powyżej przykładowe objawy psychotyczne. Tryb wnioskowy, w przeciwieństwie do opisanego już trybu nagłego, nie dotyczy sytuacji, w której to pacjent jest w sposób bezpośredni niebezpieczny dla siebie lub innych osób. Jak stanowi art. 29 ust. 1 pkt 2, dotyczy on osoby: „1) której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź 2) która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia”³⁹. Teoretycznie zatem możliwa jest sytuacja, w której to pacjent nie wykazuje żadnych zachowań agresywnych lub autoagresywnych. Możliwe jest jednak jednocześnie, iż podejmuje on niepokojące, utrwalające się zachowania. Dla przykładu można podać sytuację, gdy dana osoba: zaczyna zbierać dziwne przedmioty w domu, niespodziewanie podejmuje dziwne aktywności w stosunku do np. sąsiadów – zaczyna ich śledzić, przyprawdza do domu każdego dnia jakieś zwierzę (pies, kot), chcąc udzielić mu pomocy, zaczyna podejmować nieracjonalne decyzje ekonomiczne itd.⁴⁰ Tym samym osoba ta nie stwarza w sposób bezpośredni dla siebie zagrożenia.

³⁸ Zob. więcej: B. KMIECIAK, *Wspomnienia ze szpitala psychiatrycznego*, s. 73-78.

³⁹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.

⁴⁰ D. KARKOWSKA, *Prawa pacjenta psychiatrycznego*, w: M. WOJCIECHOWSKA (red.), *Problemy zdrowia psychicznego – ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych*, Łódź: Wydawnictwo AHE 2010, s. 51-53.

Kontynuacja tego typu postępowania prowadzić może do tragedii. Jak stanowi art. 29 ust. 2 omawianej ustawy psychiatrycznej: małżonek, krewni w linii prostej oraz opiekun prawny lub faktyczny mogą w podobnej sytuacji złożyć wniosek w sądzie opiekuńczym wskazujący na konieczność podjęcia leczenia w stosunku do osoby prezentującej w wyniku choroby tego typu zachowanie. Do wskazanego dokumentu należy dołączyć zaświadczenie od lekarza psychiatry uzasadniające konieczność zastosowania terapii. Do 2010 r. lekarz psychiatra zakładu opieki zdrowotnej, którego powiadomiła rodzina o trudnej sytuacji oraz planowanych działaniach, mógł wezwać daną osobę do poradni, a w przypadku sprzeciwu mógł oczekiwać doprowadzenia jej przy pomocy policji. Obecnie uprawnienie takie posiada wyłącznie biegły lekarz psychiatra, który ocenia już w trakcie postępowania stan pacjenta na zlecenie sądu. Ostatnia nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wprowadziła stan, w którym to pacjent nie musi stawiać się na ww. wezwanie lekarza poradni, który ma stwierdzić, czy przedstawione przez rodzinę niepokojące informacje są prawdziwe. Osoby bliskie, spotykając się z podobną barierą, mogą złożyć wniosek, dokładnie uzasadniając konieczność podjęcia terapii⁴¹. Choć stan ten w sposób pełny odnosi się do utrwalonych między innymi **w polskiej Konstytucji zasad dotyczących wolności każdego człowieka, to jednocześnie należy nadmienić, iż w praktyce liczne rodziny spotykają się z trudnościami dotyczącymi możliwości leczenia osób chorych bez zgody.** Jeśli bowiem u osoby tej pierwszy raz wystąpiły objawy choroby, to nie będzie możliwości przedstawienia sądowi żadnych dowodów świadczących o występowaniu choroby psychicznej. A zatem leczenie przymusowe będzie możliwe dopiero w momencie, w którym to wystąpią zachowania agresywne lub autoagresywne, pozwalające na zastosowanie tzw. trybu nagłego.

WNIOSKI KOŃCOWE

Doświadczenie choroby jest nieuchronnie związane z pojawieniem się sytuacji kryzysowej. Cierpienie, ból, utrata zdolności samodzielnego funkcjonowania oraz pojawienie się problemów w relacjach z innymi, to tylko niektóre z bardzo dotkliwych elementów dostrzeganych w sposób szczególny u pacjentów doświadczających chorób przewlekłych. Zaburzenia psychiczne określić należy w tym względzie problemami o specyficznym charakterze.

⁴¹ Tamże.

Z jednej strony niejednokrotnie są one niedostrzegalne przez rodzinę czy otoczenie. Możemy nie wiedzieć, iż stojący obok nas pasażer autobusu choruje od pewnego czasu na depresję. W przypadku np. osoby doświadczającej trudności wynikającej z zapalenia oskrzeli, bez trudu zorientować się można, iż określona postać jest chora. Z drugiej natomiast perspektywy należy zauważyć, iż choroba psychiczna wywiera wyraźne piętno na osobie ją doświadczającej. Pomimo wielu działań z zakresu ochrony praw człowieka, psychoedukacji oraz promocji zdrowia psychicznego należy stwierdzić, że schorzenia takie, jak depresja, schizofrenia lub zaburzenia maniakalno-depresyjne wywołują nieustanne obawy. Wydaje się, iż jedną z przyczyn podobnego stanu jest przede wszystkim niewiedza. Odnosi się ona nie tylko do zakresu posiadanych przez społeczeństwo informacji na temat psychopatologii. Sama bowiem psychiatria w wielu obszarach odnosi się wyłącznie do doświadczenia i intuicji klinicznej, a nie faktów popartych dowodami. To właśnie w omawianym kontekście dodać należy, że szeroko pojęte schorzenia natury psychicznej dotyczą całą rodzinę. Z całą pewnością inne reakcje oraz postawy zaobserwować można w zależności od tego, która osoba w rodzinie zaczyna mieć podobne stany. Inaczej doświadcza się cierpienia psychicznego własnego dziecka. Inne myśli towarzyszą zapewne w chwili, gdy to małżonek lub rodzic nagle zaczyna chorować.

Nie ulega jednak wątpliwości, iż to właśnie rodzina jest szczególnym „podmiotem” diagnozy oraz terapii. To bowiem w rodzinie często jest źródło określonego problemu, który utrwalac może doświadczane przez pacjenta trudności. Z drugiej natomiast strony osoby bliskie pacjentowi mają unikalne możliwości oddziaływania terapeutycznego. To między innymi dlatego w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego skonstruowana została możliwość udania się pacjenta na przepustkę w trakcie pobytu w szpitalu, pobytu, który najczęściej trwa kilkanaście tygodni.

Sytuacja rodziny, w której jedna z osób poddana zostaje przymusowemu leczeniu, wiązać się może z wieloma trudnościami, dylematami oraz problemami. Wpierw pojawia się często konieczność działania wbrew woli osoby bliskiej (np. wezwie karetki pogotowia). Następnie wystąpić mogą liczne pytania: Czy o wszystkim informować np. pobudzonego psychicznie syna, męża lub żonę? Czy można zataić przed nimi informacje, o które proszą w chwili, gdy jednocześnie wypowiadają treści związane z doświadczanymi urojeniami? Przymusowe przyjęcie pacjenta w podobnej sytuacji może wiązać się również z niespotykanymi wcześniej przez rodzinę zachowaniami. Pacjent może np. zakazać personelowi informować bliskie mu osoby o jego stanie zdrowia. Możliwe jest również sformułowanie zakazu związanego z brakiem

akceptacji do jakichkolwiek odwiedzin ze strony np. żony, dzieci, innych bliskich osób. W podobnej sytuacji personel może zostać postawiony w sytuacji wyraźnego dylematu. Z jednej bowiem strony to pacjent ostatecznie zarządza informacjami dotyczącymi jego osoby. Ma prawo zabronić, by ktokolwiek był włączony w krąg osób uzyskujących wiedzę na jego temat. Z drugiej jednak perspektywy, jak wspomniano, personel ma prawo poinformować bliskie osoby o jego stanie zdrowia w chwili, gdy dostrzeże, iż z racji na doświadczany stan nie może z odpowiednim rozeznaniem przyjąć konkretnej wiedzy dotyczącej jego sytuacji. Przełamanie w tym miejscu sprzeciwu pacjenta uznane może być za postępowanie o paternalistycznym charakterze. Jednakże mamy tu do czynienia z tzw. miękkim paternalizmem.

Wkroczenie w autonomię osoby chorej spowodowane jest obiektywnymi faktami, świadczącymi o konieczności zabezpieczenia dobra pacjenta. Warto także zwrócić uwagę na wyrażoną w art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zasadę, zgodnie z którą: „Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy”⁴². Zasada ta winna dotyczyć wszystkich osób, które w sposób pośredni, lub bezpośredni, zaangażowane są w działania mające na celu pomoc pacjentowi, nawet wówczas, gdy z powodu choroby nie ma on świadomości, iż potrzebuje natychmiastowego wsparcia.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRZEJEWSKI M., Prawna ochrona rodziny, Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne 1999.
- AUGUSTYNOWICZ A., BUDZISZEWSKA-MAKULSKA A., Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta. Komentarz, Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu 2010.
- BABULA M., Umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w domu pomocy społecznej, w: A. BIAŁEK, M. WRÓBLEWSKI (red.), Wybrane aspekty praw człowieka, a bioetyka, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich 2016, s. 143-151.
- BALTER M., KATZ R., Dziecko niczyje, tł. W. Stańczak, Warszawa: Wydawnictwo BIS 2001.
- BILIKIEWICZ A., Psychiatria, w: A. BILIKIEWICZ (red.), Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2006, s. 683-734.

⁴² Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.

- DĄBROWSKI S., PIETRZYKOWSKI J., Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – komentarz, Warszawa: Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii 1998.
- DĄBROWSKI S., Prawa chorych psychicznie i przesłanki przymusowego postępowania, w: M. SIWIAK-KOBAYASHI, S. LEDER (red.), Psychiatria i etyka, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego 1995, s. 54-56.
- DUDA J., Komentarz do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis 2006.
- GAŁECKI P., BOBIŃSKA K., EICHSTAEDT K., Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis 2013.
- GONIEWICZ M., SKITEK-ADAMCZAK I., WITT M., GONIEWICZ K., Stosowanie przymusu bezpośredniego w praktyce zespołów ratownictwa medycznego, „Hygeia Public Health” 1(2015), s. 70-74.
- IGNATOWICZ J., NAZAR M., Prawo rodzinne, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis 2006.
- JAREMA M., Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii w sprawie struktury opinii sądowo-psychiatrycznej w sprawach karnych i cywilnych, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2007.
- KALISZEWSKA M., KOWALSKI M., Myśleć o zdrowiu. Między wolnością a zniewoleniem, Kielce-Zielona Góra: Wyd. UKiP J&D Gębka 2011.
- KAPUSTA A., Spór o pojęcie choroby psychicznej, w: W. CHAŃSKA, J. RÓŻAŃSKA (red.), Bioetyka, Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer 2013, s. 165-176.
- KARKOWSKA D., Prawa pacjenta psychiatrycznego, w: M. WOJCIECHOWSKA (red.), Problemy zdrowia psychicznego – ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych, Łódź: Wydawnictwo AHE 2010, s. 151-153.
- KMIECIAK B., Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna w trybie wnioskowym w kontekście poszanowania praw pacjenta poradni zdrowia psychicznego, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 4(2010), s. 282-287.
- KMIECIAK B., Wspomnienia ze szpitala psychiatrycznego – między prawem a medycyną, w: W. DOLIŃSKI, J. ŻURKO, K. GRZESZKIEWICZ-RADULSKA, S. MĘCFAL (red.), Rzeczywistość i zapis. Problemy badania tekstów w naukach społecznych i humanistycznych, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 2016, s. 53-67.
- KMIECIAK B., Wspomnienia ze szpitala psychiatrycznego – między prawem a medycyną, w: W. DOLIŃSKI, J. ŻURKO, K. GRZESZKIEWICZ-RADULSKA, S. MĘCFAL (red.), Rzeczywistość i zapis. Problemy badania tekstów w naukach społecznych i humanistycznych, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 2016, s. 73-78.
- KOWALSKI M., GAWĘŁ A., Zdrowie – Wartość – Edukacja, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2006.
- KOWALSKI M., PRÜFER P., Santé – maladie et jeunesse – vieillesse (Dans le contexte des préoccupations, attentes et espoirs de l’homme moderne) /Health – Illness and Youth – Old Age (in the context of concerns, expectations and hopes of modern man)/, Fribourg 2011.
- KULIK T.B., PACIAN J., PACIAN A., SKÓRZYŃSKA H., KOWALCZYK K., SZPONAR B., KRZYSZYCHA R., Prawa osób chorych psychicznie w świetle obowiązujących regulacji prawnych, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 3(2010), s. 369-374.
- LANGIEWICZ W., HASIOROWSKA M., Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 17(2008), s. 127-133.

- MOROŃ M., W świat psychozy. Zaburzenia schizofreniczne w filmach „Pająk” (Spider) oraz „Piękny umysł” (A Beautiful Mind), w: M. BROL, A. SKORUPA (red.), Psychologiczna praca z filmem, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2014, s. 223-290.
- PERZANOWSKA A., Reprezentowanie interesów osób z trudnymi zachowaniami przyjętych do szpitali psychiatrycznych i zabieganie o realizację ich praw, w: A. ROJNER, J. WYGNAŃSKA (red.), Rzecznictwo – jak skutecznie zabiegać o realizację praw osób z autyzmem i innymi całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, Warszawa: Fundacja SYNAPSIS 2004, s. 136-151.
- PUŻYŃSKI S., Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne i prawne, Warszawa: Wydawnictwo Eneteia 2015.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.
- Uchwała 7 sędziów SN z 25 lutego 2016 r., sygn. akt I KZP 20/15.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 2004, Nr 162, poz. 1691.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 2005, Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. 1997, Nr 88, poz. 553.

RODZINA WOBEC PRAWNYCH PROBLEMÓW
OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO
WYBRANE ZAGADNIENIA

S t r e s z c z e n i e

Zdrowie i choroba psychiczna stanowią nadal tajemnicę. Medycyna w wielu przypadkach potrafi wskazać przyczynę pojawienia się zaburzenia, a lekarze udzielić wsparcia pacjentowi doświadczającemu kryzysu psychicznego. W wielu jednak przypadkach podobne schorzenia nie mogą być w pełni wyjaśnione przez specjalistów. Nadal bowiem nie znamy niepodważalnego źródła występowania np. schizofrenii. Nie wiemy również, dlaczego u jednych pacjentów chorujących na nią leki działają, a u innych nie widać pozytywnego efektu. Obserwując z perspektywy społecznej zjawisko, jakim jest choroba psychiczna, można jednak z całą pewnością stwierdzić, iż dotyka ona nie tylko samego pacjenta, ale również bliskie mu osoby, jego rodzinę. Problemy natury psychicznej wymagają zaangażowania osób bliskich, a także edukacji dotyczącej psychopatologii. Czasem rodzina postawiona zostaje przed szczególnie trudnym dylematem. Niepokojący stan pacjenta, zachowania agresywne, występowanie halucynacji powoduje, iż może stać się on niebezpieczny dla siebie lub innych osób. W sytuacji tej bardzo często konieczne jest podjęcie działań przymusowych wobec osoby chorej. Osoba ta twierdzi bowiem, że jest zdrowa. Czasem konieczne jest użycie przez personel siły oraz przymusowe umieszczenie pacjenta w szpitalu psychiatrycznym.

Czy w sytuacji tej rodzina osoby chorej brana jest pod uwagę? Czy posiada ona w tym kontekście określone obowiązki? Być może bliscy mają konkretne uprawnienia, pozwalające na udzielenie

pomocy? Czy polskie prawo dostrzega w tego typu zdarzeniach rodzinę osoby chorej? Na pytania te podjęta zostanie próba udzielenia odpowiedzi.

Słowa kluczowe: rodzina; leczenie psychiatryczne; ustawa o ochronie zdrowia psychicznego; psychopatologia; prawa człowieka.

A FAMILY TOWARDS MENTAL HEALTH LEGAL PROBLEMS SELECTED ISSUES

S u m m a r y

Health and mental illness remain a mystery. Medicine can in many cases indicate the cause of apparition of the dysfunction. Doctors can provide support to a patient experiencing a mental crisis. In many cases, similar afflictions can't be wholly explained by specialists. We still don't know an indisputable source of the occurrence of schizophrenia. We also don't know why some patients get better when they take the drugs and why others patients don't see a positive effect. However, observing from a social perspective the phenomenon of mental illness, we can certainly affirm that it affects not only the patient but also the person close to him or her family. Psychological problems require the involvement of loved ones. They also require education concerning psychopathology. Sometimes, a situation set the family up in particularly difficult dilemma. Disturbing patient condition, aggressive behavior, hallucination cause that a patient can become dangerous for yourself or others. In this situation, it's very often necessary to take obligatory actions against an ill person. This person claims to be healthy. Sometimes it's necessary to use a force by personnel and to place the patient in a psychiatric hospital.

In this situation, the family of the ill person is taken into consideration? Does a family hold specific responsibilities in this context? Perhaps the loved ones have specific rights to help? Does Polish law perceive in this type of events the family of the ill person? This text is an attempt to answer these questions.

Key words: family; psychiatric treatment; Mental health protection act; psychopathology; human rights law.