

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2023.01.06>

dr Jan CIECHORSKI

<https://www.orcid.org/0000-0001-6659-6212>

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie

e-mail: j.ciechorski@ujd.edu.pl

Dopuszczalność stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach innych niż psychiatryczne

Streszczenie

W szpitalach innych niż psychiatryczne zdarzają się sytuacje, w których konieczne jest zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec agresywnego pacjenta. Do 2018 r. zastosowanie środków tego przymusu nie było prawnie uregulowane, a stosowanie środków przymusu było opierane na instytucji stanu wyższej konieczności. Od 1 stycznia 2018 r. przymus bezpośredni może być stosowany w szpitalach innych niż psychiatryczne w sytuacjach i na zasadach określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. W doktrynie zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące możliwości stosowania przymusu bezpośredniego uregulowanego w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w szpitalach innych niż psychiatryczne. Uważam, że stanowisko to jest sprzeczne z wolą ustawodawcy, zasadą racjonalności ustawodawcy, a także zmniejsza ochronę pacjenta przy stosowaniu przymusu bezpośredniego. Reasumując, uważam, że w obecnym stanie prawnym dopuszczalne jest stosowanie przymusu wobec pacjentów szpitali innych niż psychiatryczne na zasadach określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

Słowa kluczowe: przymus bezpośredni, środki przymusu, agresywny pacjent, niepsychiatryczny szpital, racjonalność ustawodawca, zasada proporcjonalności.

Wprowadzenie

Celem opracowania jest ustalenie, czy w oparciu o przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego dopuszczalne jest stosowanie przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjentów szpitali innych niż psychiatryczne. Udzielenie odpowiedzi na powyższe pytanie ma szczególne znaczenie w kontekście obowiązków nakładanych na podmioty lecznicze przy stosowaniu

środków przymusu bezpośredniego, a w konsekwencji ochrony praw pacjentów, wobec których przymus ten jest stosowany. Założeniem poczynionym w oparciu o treść art. 18 ust. 2 zd. 2 powołanej ustawy jest możliwość stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z przesłankami i na zasadach określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego również wobec pacjentów szpitali „niepsychiatrycznych”. Teza ta zostanie skonfrontowana z rezultatami wykładni przepisów dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego, jak i stanowiskiem doktryny prawa oraz judykatury.

1. Zagadnienia wstępne – stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach innych niż psychiatryczne przed 1 stycznia 2018 r.

Psychiatria to dziedzina medycyny, w której najszerzej dopuszczane i dopuszczalne jest użycie przymusu bezpośredniego, jednakże również w innych dziedzinach medycyny konieczne jest stosowanie tego rodzaju postępowania przymusowego. Do 1 stycznia 2018 r. nie było żadnej wyraźnej podstawy ustawowej do zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta oddziału szpitalnego innego niż psychiatryczny. W doktrynie wprost wskazywano, iż ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹ ograniczała możliwość stosowania przymusu bezpośredniego wyłącznie do przypadków wykonywania czynności przewidzianych w tej ustawie². Podobne stanowisko przyjęto w judykaturze – Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 9 maja 2018 r.³ stwierdził:

Artykuł 18 ust. 1 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego jednoznacznie stanowi, że ma on zastosowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi „przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie”. Czynnościami takimi nie są zaś niewątpliwie działania podejmowane wobec pacjentów hospitalizowanych w szpitalach/oddziałach niepsychiatrycznych⁴.

Przyjęty brak możliwości zastosowania instytucji przymusu bezpośredniego w kształcie nadanym jej w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stworzył konieczność poszukiwania innych konstrukcji prawnych umożliwiają-

¹ T.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 ze zm.

² A. Augustynowicz, A. Czerw, *Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 1–2, s. 35–51; T. Dukiet-Nagórska, *Stosowanie ustawy o zawodzie lekarza przez psychiatrów i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przez lekarzy innych specjalności*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 4, s. 5; eadem, *Stan wyższej konieczności w działalności lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2, s. 22.

³ I ACa 978/17, LEX nr 2513019.

⁴ Szersza analiza tego wyroku: J. Ciechorski, *Dopuszczalność stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach innych niż psychiatryczne. Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 9 maja 2018 r.*, I ACa 978/17, OSP 2022/7–8.

cych przedsięwzięcie określonych działań wobec agresywnego pacjenta hospitalizowanego w niepsychiatrycznych placówkach opieki zdrowotnej. Zaproponowano rozstrzygnięcie wskazanego problemu w oparciu o art. 26 § 5 k.k. dotyczący konfliktu interesów, co „pozwole na ekskulpację lekarza stosującego przymus w takiej sytuacji – i to nie tylko w razie bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia, ale nawet w razie pośredniego niebezpieczeństwa dla zdrowia”⁵. Z kolei Maria Boratyńska wskazywała, iż przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczące zastosowania przymusu bezpośredniego zawierają gwarancje dla pacjenta, przyjmując przy tym możliwość ich zastosowania w stanie wyższej konieczności, jak i obrony koniecznej⁶. Z kolei w cytowanym już wyroku Sąd Apelacyjny uznał za uzasadnione „powołanie się na pozakodeksowy kontrakt wyłączający bezprawność zachowania, do którego *per analogiam* stosować należy przepisy o stanie wyższej konieczności (art. 424 k.c.)”.

Odnosząc się do podstawy zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów szpitali niepsychiatrycznych w poprzednim stanie prawnym (przed 1 stycznia 2018 r.), wydaje się, że zaakceptować należy stanowisko dopuszczające odwołanie się w drodze ostrożnej analogii do stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, jednakże – zgodnie z postulatami M. Boratyńskiej – z uwzględnieniem gwarancji przewidzianych dla pacjenta w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego. Z jednej strony umożliwiałoby to przeciwdziałanie wysoce niebezpiecznym zachowaniom pacjenta hospitalizowanego w niepsychiatrycznym szpitalu, z drugiej zaś zapewniało maksymalne poszanowanie jego praw. Przy czym zaznaczyć trzeba, iż kontrakt określony w art. 424 k.c. wyłącza jedynie odpowiedzialność odszkodowawczą sprawcy, nie zaś bezprawność postępowania w stanie wyższej konieczności⁷.

Propozycja rozwiązania omawianego problemu wskazana przez Teresę Dukiet-Nagórską, jakkolwiek ciekawa, pozwala na wyłączenie odpowiedzialności karnej osób stosujących przymus bezpośredni, nadto w doktrynie zgłaszane są wątpliwości dotyczące zastosowania instytucji kolizji obowiązków przy ocenie postępowania osób wykonujących zawody medyczne, w szczególności dotyczy to zachowania proporcji dóbr⁸. Brak karalności określonego czynu z uwagi na kolizję obowiązków nie oznacza *per se* braku bezprawności na płaszczyźnie cywilnoprawnej.

⁵ T. Dukiet-Nagórska, *Stan wyższej konieczności...*, eadem, *Stosowanie ustawy...*

⁶ M. Boratyńska, *Postępowanie z pacjentem w stanie pozabiegowych zaburzeń psychicznych. Analiza przypadku*, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 1, s. 95–122.

⁷ Tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z 24.11.2017 r., III CZ 24/17, LEX nr 2428750 oraz w wyroku z 18 kwietnia 2002 r., II CK 144/02, LEX nr 55104, a w piśmiennictwie: M. Bielski, *Koncepcja kontraktów jako okoliczności wyłączających karalność*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2010, nr 2, s. 25–50.

⁸ J. Giezek, *Kolizja obowiązków spoczywających na pracownikach opieki zdrowotnej w dobie pandemii COVID-19*, „Palestra” 2020, nr 6, s. 29–50; Sz. Tarapata, *Problem rozstrzygnięcia prawnokarnej kolizji dóbr w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych*, „Palestra” 2020, nr 6, s. 176–194; A. Skowron, *Samodzielność jurysdykcyjna organów orzekających w przed-*

2. Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 24 listopada 2017 r.

Stan prawny uległ zmianie po 1 stycznia 2018 r., kiedy to weszły w życie zmiany ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wprowadzone na mocy ustawy z dnia 24.11.2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw⁹. Ustawodawca wskutek wskazanej nowelizacji wprost w przepisach art. 18 ust. 1 pkt 3, ust. 2 zd. 2 *in principio* oraz ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dopuścił stosowanie przymusu bezpośredniego w innych niż szpitale psychiatryczne zakładach leczniczych. Jak podniesiono w uzasadnieniu projektu ustawy nowelizującej:

W szczególności należy doprecyzować regulacje o stosowaniu przymusu bezpośredniego, stanowiąc w sposób jednoznaczny o jego stosowaniu na zasadach określonych w ustawie także wobec osób wykazujących zaburzenia psychiczne w podmiocie leczniczym innym niż udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Za powyższym rozwiązaniem przemawiają trudności w interpretacji, a co za tym idzie również w stosowaniu obecnie obowiązujących przepisów, przez niektóre podmioty lecznicze niebędące szpitalami psychiatrycznymi i przyjęcie przez te podmioty, że ww. kwestia nie jest uregulowana w obowiązującej ustawie, co implikuje konieczność takiego doprecyzowania przepisów ustawy, aby ich stosowanie przez podmioty lecznicze inne niż szpitale psychiatryczne nie budziło jakichkolwiek wątpliwości. Powyższą kwestię reguluje zmiana dotycząca art. 18 ust. 1 pkt 3.

Pomimo woli ustawodawcy jednoznacznie wyrażonej w uzasadnieniu nowelizacji, również po wejściu w życie powołanej noweli w doktrynie podnosi się zastrzeżenia dotyczące możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w podmiotach leczniczych innych niż sprawujące opiekę psychiatryczną. Zgłaszane zastrzeżenia opierają się na utrzymaniu w przepisie art. 18 ust. 1 ustawy zwrotu „przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie”. W jednym z *Systemów Prawa Medycznego* Tomasz Sroka uznaje – i słusznie – że w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego sprecyzowano krąg podmiotów, wobec których może być stosowany w oparciu o jej przepisy, przymus bezpośredni. Autor ten za rozstrzygający w tej kwestii przyjmuje cytowany zwrot „przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie”. Wskazuje, iż określa on zarówno cele zastosowania przymusu bezpośredniego, jak i sytuacje, w których może być stosowany. Według T. Sroki oznacza to „niedopuszczalność stosowania przymusu bezpośredniego w innych sytuacjach faktycznych niż uregulowane w ZdrPsychU”. Powyższe stanowisko prowadzi cytowanego Autora do konkluzji, że „W szczególności przepisy ZdrPsychU nie mogą stanowić uzasadnienia dla sto-

miocie odpowiedzialności zawodowej lekarza i lekarza dentyisty, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 4, s. 85–97.

⁹ Dz. U. poz. 2439.

sowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi np. podczas przyjęcia i pobytu w szpitalu innym niż szpital psychiatryczny”¹⁰. Niewątpliwie trafnie podnosi się brak wewnętrznej spójności przepisu art. 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jednakże wydaje się, że intencją ustawodawcy – zresztą wprost wyrażoną w cytowanym uzasadnieniu nowelizacji – było wprowadzenie (ustanowienie) możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego wobec agresywnych osób z zaburzeniami psychicznymi będącymi również pacjentami szpitali innych niż tylko psychiatryczne. Przy czym – jak wynika z treści cytowanego wyżej fragmentu uzasadnienia projektu nowelizacji – ustawodawca był świadomy niedostatków dotychczasowej regulacji i trudności (a w zasadzie niemożności) zastosowania omawianego przymusu na zasadach określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego wobec pacjentów szpitali innych niż psychiatryczne. Nadto powinny być mu znane wypowiedzi doktryny prawa kontestujące możliwość zastosowania przepisów ustawy dotyczących przymusu bezpośredniego z uwagi na odniesienie jego zastosowania do czynności przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Tym samym pozostawienie tego sformułowania w art. 18 ust. 1 u.o.z.p. należy uznać za:

- niedopatrzenie ustawodawcy albo
- przyjęcie, iż wbrew jego brzmieniu nie ogranicza możliwości stosowania przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczących przymusu bezpośredniego w szpitalach innych niż psychiatryczne.

Drugą ze wskazanych możliwości należałoby odrzucić, byłaby ona bowiem sprzeczna z dekodowaną z zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji) zasadą przyzwoitej (rzetelnej) legislacji, świadome stanowienie norm prawa, o których już wcześniej krytycznie wypowiadali się przedstawiciele nauki prawa. Nadto byłoby to wprowadzanie norm prawa wewnętrznie sprzecznych lub na tyle niejasnych, iż uniemożliwia to ich prawidłowe stosowanie, czemu *nota bene* nowelizacja ta miała – zgodnie z jej uzasadnieniem – przeciwdziałać. W judykaturze wielokrotnie analizowano zasadę przyzwoitej legislacji, uznając przy tym za podstawowy wymóg stawiany ustawodawcy stanowienia przepisów,

które powinny być formułowane precyzyjnie i jasno oraz poprawnie pod względem językowym. Powinny być zrozumiałe dla adresatów, by nie wzbudzać wątpliwości co do treści nakładanych na nich obowiązków i przyznawanych im praw. Precyzja przepisów powinna przejawiać się między innymi w oczywistości treści pozwalającej na ich wyegzekwowanie [...]”¹¹.

Kwestia ta jest tym istotniejsza, iż przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego uprawniające do stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów

¹⁰ T. Sroka, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 2: L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), *Szczególne świadczenia zdrowotne*, Warszawa 2018, s. 492–493.

¹¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 8 kwietnia 2014 r., SK 22/11, OTK-A 2014/4/37 i powołane w nim orzecznictwo.

w określonych sytuacjach w istocie stanowią przekazanie podmiotom leczniczym pewnego zakresu *imperium* przynależnego państwu, jakim jest bez wątpienia pozbawianie, a co najmniej ograniczanie, wolności człowieka. Z art. 2 Konstytucji dekodowana jest również tzw. zasada lojalności państwa wobec obywateli (szerzej podmiotów prawa) przyjmująca, że prawo nie może być stanowione w sposób taki, aby stanowiło ono swoistą pułapkę dla jednostki¹², zasada ta ma szczególne znaczenie w przypadku wprowadzania przepisów umożliwiających ingerencję w podstawowe prawa jednostki. Wyżej przytoczone zasady konstytucyjne uzasadniają przyjęcie stanowiska uznającego pozostawienie zwrotu „przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie” za zaniedbanie, przeoczenie ustawodawcy.

Na marginesie jedynie wskazać należy, iż istnieją czynności (świadczenia zdrowotne) przewidziane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, które powinny być wykonywane w szpitalu innym niż psychiatryczny, dotyczy to świadczeń o podwyższonym ryzyku określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody¹³. Takim świadczeniem m.in. jest punkcja podpotyliczna lub lędźwiowa przeprowadzana w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego lub podania leków, z reguły świadczenia te muszą być wykonane w szpitalu wielospecjalistycznym, ponieważ w szpitalu psychiatrycznym nie ma warunków do ich udzielenia. W takim przypadku zarówno przed 1 stycznia 2018 r., jak i w obecnym stanie prawnym na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest możliwe zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec agresywnego pacjenta z zaburzeniami psychicznymi.

Mając na względzie ochronę praw pacjenta, należy opowiedzieć się za dopuszczalnością stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjentów szpitali innych niż psychiatryczne na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, albowiem stwarza to realną ochronę osób, wobec których przymus ten ma być stosowany. Jednocześnie wydaje się to konieczne z uwagi na bezwzględny wymóg (art. 31 ust. 1 Konstytucji) ustawowego ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych. Nie powinno budzić wątpliwości, iż poprzez zastosowanie przymusu bezpośredniego następuje ingerencja w nietykalność osobistą i wolność osobistą (art. 41 ust. 1 Konstytucji) oraz prawo do decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47 Konstytucji). Jednocześnie – jak słusznie stwierdza się w orzecznictwie¹⁴ – z zasady demokratycznego państwa praw-

¹² Na przykład wyroki Sądu Najwyższego z 11 maja 2022 r., I NSNc 246/21, LEX nr 3342545; z 15 września 2021 r., I NSNc 115/20, LEX nr 3263598; z 2 grudnia 2020 r., I NSNc 102/20, LEX nr 3087051.

¹³ Dz. U. z 2012 r. poz. 494.

¹⁴ Jak wskazał Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gliwicach w wyroku z 23 kwietnia 2018 r., III SA/GI 792/17, LEX nr 2500676 „Z art. 2 Konstytucji wynika nakaz adresowany do wszystkich organów stosujących prawo, by stosowały wykładnię zgodną z Konstytucją i starały się nada-

nego wyniku nakaz przyjmowania takiej interpretacji przepisów, która najpełniej uwzględnia konstytucyjne wartości. Reasumując dotychczasowe rozważania, uważam, iż po 1 stycznia 2018 r. należy opowiedzieć się za dopuszczalnością stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów szpitali innych niż psychiatryczne na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, po spełnieniu przesłanek w niej określonych.

3. Przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego

Trafnie w piśmiennictwie przedmiotu określa się przymus bezpośredni jako interwencję terapeutyczną wobec osoby hospitalizowanej wykonywaną w celu odzyskania przez pacjenta samokontroli¹⁵. J.K. Gierowski z kolei wskazuje, iż celem przymusu jest uspokojenie i zabezpieczenie pacjenta przy użyciu środków farmakologicznych¹⁶. W konsekwencji, przez przymus bezpośredni w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego należy uznać środki określone w tej ustawie podejmowane wobec osoby hospitalizowanej, w celu ochrony jej lub innych osób przed podejmowanymi przez nią działaniami, a finalnie w celu odzyskania samokontroli przez pacjenta.

Wprowadzenie uprawnienia do stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach innych niż psychiatryczne oznacza uwzględnienie przesłanek jego stosowania wskazanych m.in. w art. 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Jako przyczyny uzasadniające zastosowanie przymusu bezpośredniego przepis ten wymienia :

- 1) dopuszczanie się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) gwałtowne niszczenie lub uszkodzanie przedmiotów znajdujących się w ich otoczeniu, lub
- 3) poważne zakłócanie lub uniemożliwianie funkcjonowania zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki pomocy organizacyjnej społecznej.

Każda z wymienionych przesłanek samodzielnie uzasadnia zastosowanie środka przymusu bezpośredniego.

wać interpretowanym przepisom sens najbardziej odpowiadającym wartościom chronionym konstytucyjnie”.

¹⁵ A. Kokoszka, *Postępowanie w stanach naglących*, [w:] A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*, t. 3, Wrocław 2003, s. 321–323.

¹⁶ J.K. Gierowski, *Przymus leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej*, [w:] L.P. Paprzycki (red.), *Środki zabezpieczające. System Prawa Karnego*, t. 7, Warszawa 2012, s. 43.

W doktrynie, przez zamach – w rozumieniu art. 18 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – określa się gwałtowne (również drastyczne) zachowanie pacjenta, które zagraża bezpośrednio życiu lub zdrowiu¹⁷. Przy czym już sama groźba podjęcia wskazanych wyżej działań może stanowić uprawnioną podstawę zastosowania przymusu bezpośredniego, jeżeli wzbudza ona uzasadnione obawy, a zarówno sposób jej formułowania, jak i towarzyszące temu okoliczności wzbudzają obawę realizacji groźby¹⁸. Podzielając powyższą rozszerzającą wykładnię określenia „zamach”, uważam jednak, iż sama werbalizacja zamiaru wykonania nie daje podstaw do zastosowania przymusu bezpośredniego¹⁹. Najbardziej kontrowersyjną z przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego jest poważne zakłócanie lub uniemożliwianie funkcjonowania zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Słusznie wskazuje się w piśmiennictwie, iż jest to przesłanka bardzo nieprecyzyjna, a zakłócanie funkcjonowania oddziału przez osoby z zaburzeniami psychicznymi w nim hospitalizowane należy uznać za zjawisko występujące często, jeżeli nie nagminnie²⁰. Z uwagi na nieokreśloność tej przyczyny, a także okoliczność, że przedmiotowe zakłócanie nie wiąże się z zagrożeniem życia lub zdrowia osoby zakłócającej, a także innych osób uważam, że konieczna jest ścisła, a nawet restryktywna wykładnia tego przepisu. Wydaje się, że prawodawca dostrzegł trudności interpretacyjne dotyczące tej przesłanki, ponieważ w projekcie Ministerstwa Zdrowia z dnia 30 listopada 2022 r. nowelizacji omawianej ustawy wprowadzono jej symplifikację²¹, co samo w sobie nie zredukowało wątpliwości dotyczących braku określoności omawianej przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, co nadal skutkuje dużą uznaniowością w stwierdzaniu jej zaistnienia.

Ustawodawca określił przymus bezpośredni w art. 3 pkt 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, posługując się definicją zakresową poprzez wymienienie wszystkich jego form. W konsekwencji nie mogę podzielić stanowiska wyrażanego w piśmiennictwie²², przyjmującego brak ustawowej definicji przymusu. Zgodnie z powołanym przepisem, przymusem bezpośrednim jest :

¹⁷ S. Dąbrowski, L. Kubicki, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd najważniejszych zagadnień*, Warszawa 1995, s. 29; P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 119.

¹⁸ A. Augustynowicz, A. Czerw, *Stosowanie środków przymusu w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne – wybrane zagadnienia*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 1–2, s. 35.

¹⁹ Odmienne, według mnie niesłusznie, Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z 27 września 2012 r., I ACa 847/12, LEX nr 1236772. Szerzej J. Ciechorski, *Odpowiedzialność odszkodowawcza szpitala psychiatrycznego za wykonywanie władzy publicznej*, Toruń 2021, s. 122–123.

²⁰ P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, op. cit., s. 120.

²¹ W projekcie dokonano zmiany redakcyjnej tej przesłanki, wprowadzając jej następujące brzmienie: „3) swoim zachowaniem poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie innych osób lub podmiotu, w którym się znajdują”.

²² A. Jacek, E. Sarnacka, *Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów*, Warszawa 2014, s. 170.

- przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej;
- przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby, bez jej zgody;
- unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa;
- izolacja – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Przytoczona definicja przymusu bezpośredniego stanowi kompletne wyliczenie jego form (*numerus clausus*), tym samym niedopuszczalne jest stosowanie innych nieprzewidzianych w cytowanym przepisie postaci tego przymusu. Enumeratywność wyliczenia form dopuszczalnego przymusu bezpośredniego w przypadku unieruchomienia odnosi się również do środków używanych przy stosowaniu unieruchomienia.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nakazuje przy wyborze środka przymusu bezpośredniego kierować się regułą najmniejszej uciążliwości dla osoby, wobec której ma być stosowany. Powinien to być najmniej uciążliwy środek ze skutecznych, tym samym została wprowadzona zasada proporcjonalności w stosowaniu środków przymusu bezpośredniego. W przypadku niszczenia przedmiotów przez osobę z zaburzeniami psychicznymi oraz zakłócania lub uniemożliwiania funkcjonowania podmiotu leczniczego, ustawodawca wprost uznał za nieproporcjonalne zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, zakazując ich stosowania. Innymi słowy, w takiej sytuacji możliwe jest jedynie przytrzymanie tej osoby i/lub podanie jej leków (art. 18 ust. 6 powołanej ustawy). Konieczność kierowania się przez osobę podejmującą decyzję o stosowaniu przymusu bezpośredniego zasadą proporcjonalności stanowi uszczegółowienie ogólnej zasady wyrażonej w art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, nakazującej kierowanie się przy wyborze sposobu leczenia jego najmniejszą uciążliwością dla pacjenta oraz uwzględnianie interesów i dóbr osobistych chorego²³. W piśmiennictwie słusznie wskazuje się, że

Wyrazem poszanowania podmiotowości pacjenta i jego autonomii jest przyjęcie przez ustawodawcę w art. 12 zasady respektowania w procesie leczenia osobowości i indywidualnych potrzeb osoby z zaburzeniami psychicznymi. Zasada ta wymaga, aby do przywrócenia lub poprawy stanu zdrowia pacjenta nie dążyć „za wszelką cenę”, lecz brać pod uwagę także potrzebę ochrony innych dóbr osobistych osoby leczonej i dążyć do osiągnięcia poprawy w sposób najmniej dla niej uciążliwy²⁴.

²³ Szerzej na temat zasady najmniejszej uciążliwości (lub proporcjonalności) Sąd Najwyższy w postanowieniu z 29 kwietnia 2010 r., IV CSK 9/10, LEX nr 1360297, także J. Ciechorski, *Głosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 kwietnia 2013 r.*, I ACa 361/13, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2015, nr 4, poz. 41.

²⁴ M. Balicki, *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 40.

4. Stosowanie przymusu bezpośredniego

Ustawodawca, wprowadzając uprawnienie do stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach innych niż psychiatryczne, nie dokonał żadnej modyfikacji przesłanek uzasadniających jego użycie ani nie wprowadził jakichkolwiek zmian odnośnie do dopuszczalnych metod, jak i postępowania przy jego stosowaniu. Oznacza to konieczność przestrzegania wymogów proceduralnych określonych dla stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu psychiatrycznym (uważam, iż jest to zbyt idealistyczne założenie ustawodawcy, o czym szerzej w dalszej części niniejszego opracowania).

Co do zasady, osobą uprawnioną do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego jest lekarz, w przypadku zaś braku możliwości uzyskania natychmiastowej decyzji lekarza, to pielęgniarka decyduje i osobiście nadzoruje stosowanie przymusu bezpośredniego²⁵ (art. 18 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

Ustawodawca zezwala na użycie więcej niż jednego środka przymusu bezpośredniego (art. 18a ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Dopuszczenie kumulatywnego posłużenia się środkami przymusu bezpośredniego jest oczywiście uzasadnione. Wystarczy wskazać chociażby na przymusowe podanie leku, które jest niemożliwe bez uprzedniego przytrzymania pacjenta. Z kolei unieruchomienie bez podania leków sedacyjnych mogłoby być traktowane jako nieludzkie traktowanie czy nawet tortury. Kumulatywne zastosowanie środków przymusu bezpośredniego niewątpliwie skraca okres odzyskania kontroli swego zachowania przez osobę, wobec której przymus jest stosowany, a w konsekwencji sam czas stosowania wobec niej przymusu.

Generalną zasadą dotyczącą czasu stosowania środków przymusu bezpośredniego jest niedopuszczalność ich używania po ustaniu przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego (art. 18a ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Ustawodawca, mając świadomość konieczności upływu czasu dla odzyskania samokontroli przez pacjenta, wobec którego jest stosowany środek przymusu bezpośredniego, nie określiła bezwzględnych ram czasowych trwania unieruchomienia czy izolacji. Podstawowym (pierwszym) okresem stosowania tych form przymusu bezpośredniego są 4 godziny (art. 18a ust. 5 ustawy), po tym czasie lekarz – po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi – decyduje o zakończeniu stosowania przymusu bezpośredniego albo o jego przedłużeniu na okres nie dłuższy niż 6 godzin. Jednakże mając zamiar przedłużyć stosowanie środka przymusu, lekarz obowiązany jest uzyskać opinię lekarza psychiatry. Na tych zasadach możliwe jest dwukrotne przedłużenie stosowania unieruchomienia lub izolacji. Dalsze przedłużenie stosowania tych środków przy-

²⁵ W przypadku podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę, na lekarzu ciąży obowiązek niezwłocznej oceny zasadności podjętego działania, co następuje poprzez zatwierdzenie albo nakazanie zaprzestania stosowania przymusu bezpośredniego.

musu, każdorazowo na okresy nie dłuższe niż 6 godzin, dopuszczalne jest na podstawie decyzji lekarza psychiatry, który uzyskał w tym zakresie opinię drugiego lekarza psychiatry. (art. 18a. ust. 8, 9 i 10 ustawy). Do obowiązków związanych z dłuższym stosowaniem przymusu należy konieczność zawiadomienia ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) o przymusie trwającym dłużej niż 24 godziny. Trudno doszukać się *ratio legis* wskazanego obowiązku, nie sposób określić, jakie czynności miałby przedsięwziąć ordynator (lekarz kierujący oddziałem) po uzyskaniu tej informacji, w szczególności, jeżeli okres 24-godzinny upływa w nocy lub w czasie dnia wolnego.

W czasie trwania przymusu bezpośredniego został nałożony na pielęgniarkę obowiązek sprawdzania co 15 minut stanu fizycznego osoby unieruchomionej lub izolowanej. Kontrola pielęgniarska ma zapobiegać negatywnym następstwom zastosowanego przymusu bezpośredniego, co może być wynikiem zarówno zachowania samej osoby, wobec której przymus jest stosowany, jak i osób postronnych (współpacjentów), a także reakcji organizmu na czas długotrwałego unieruchomienia.

Fakt zastosowania każdej formy przymusu bezpośredniego musi zostać odnotowany w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej (art. 18c ust. 1 o ochronie zdrowia psychicznego). Dokumentacja ta musi odpowiadać wymogom określonym w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi²⁶. Zastosowany przymus (i to niezależnie, w jakiej postaci) podlega ocenie kierownika podmiotu leczniczego, jeżeli jest lekarzem, lub lekarza przezeń upoważnionego (w sytuacji, gdy kierownik nie jest lekarzem). Niestety żaden z przepisów dotyczących przymusu bezpośredniego nie określa skutków niezatwierdzenia przez kierownika podmiotu leczniczego zastosowania przymusu. Nadto wydaje się być co najmniej wątpliwe, aby kierownik podmiotu leczniczego był zainteresowany stwierdzeniem niezasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, bowiem tym samym tworzyłby oczywisty dowód bardzo korzystny dla pacjenta przy ewentualnym roszczeniu o bezzasadne zastosowanie przymusu bezpośredniego. Znamienny dla omawianych przepisów jest brak bieżącej kontroli zewnętrznej zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, jak i przestrzegania przepisów postępowania przy stosowaniu przymusu bezpośredniego²⁷.

²⁶ Dz. U. z 2018 r. poz. 2459 ze zm. Jedyne na marginesie podnieść należy, iż tytuł tego rozporządzenia jest wadliwy, bowiem rozporządzenie nie dotyczy stosowania przymusu bezpośredniego, a jedynie – zgodnie z delegacją ustawową zawartą w art. 18f ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – 1) sposobu dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz sposobu dokonywania oceny zasadności jego zastosowania; 2) sposobu przeprowadzania oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej; 3) rodzajów i wzorów dokumentów stosowanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w pkt 1 i 2. Potwierdzenie takiego zakresu stanowi treść § 1 tego rozporządzenia.

²⁷ Za niewystarczające uznaję uprawnienia Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego do dokonywania oceny przestrzegania praw pacjentów, wobec których został zastosowany przy-

Powyższe, z konieczności pobieżne, przedstawienie regulacji dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego było konieczne dla wykazania, z jakimi określonymi ustawowo obowiązkami wiąże się przyznanie podmiotowi leczniczemu innemu niż szpital psychiatryczny tego uprawnienia. Wydaje się, iż obowiązki ciążące na podmiocie leczniczym stosującym przymus bezpośredni przerażają możliwości szpitali wielospecjalistycznych, którym przyznano uprawnienie do jego stosowania. Stwierdzenie to dotyczy w szczególności obowiązków związanych z przedłużaniem stosowania przymusu w formie unieruchomienia przez lekarzy psychiatrów oraz uzyskiwania przy tym opinii lekarzy tej specjalności. Uważam za co najmniej mało prawdopodobne zatrudnianie lekarzy psychiatrów w szpitalach, w których nie funkcjonuje oddział psychiatryczny. Powszechnie znany jest brak lekarzy psychiatrów również w samych szpitalach psychiatrycznych (o szpitalach ogólnych nie wspominając), do czego przyczynił się również ustawodawca, wykluczając z zakresu definicji lekarza psychiatry tych lekarzy, którzy uzyskali I stopień specjalizacji z psychiatrii²⁸, co dodatkowo uszczupliło grono lekarzy psychiatrów w rozumieniu definicji zawartej w art. 3 pkt 7 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Jeszcze raz należy podkreślić, iż ustawodawca w nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 24 listopada 2017 r., przyznając szpitalom innym niż psychiatryczne uprawnienie do stosowania przymusu bezpośredniego, w żaden sposób nie złagodził wobec nich wprowadzonych w tej noweli wymogów dotyczących jego stosowania. Nastąpiło to wbrew wynikającej z art. 2 Konstytucji zasadzie zaufania do państwa i stanowionego przezeń prawa. Zasada ta w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego rozumiana jest m.in. jako zakaz prowadzenia swoistej gry z podmiotami prawa w postaci przyznania tym podmiotom określonych uprawnień przy jednoczesnym ustanowieniu wymogów korzystania z nich niemożliwych do spełnienia²⁹. Uważam, iż niemożność spełnienia wyżej wskazanych wymogów odnoszących się do stosowania przymusu bezpośredniego implikuje bardzo daleko idące konsekwencje, stosowanie bowiem przymusu bezpośredniego należy kwalifikować jako wykonywanie władzy publicznej. Zgodnie z powszechnie przyjmowanym określeniem wykonywania władzy publicznej jest nim wprost wynikająca z przepisu ustawy kompetencja do jednostronnego, władczego kształtowania sytuacji prawnej lub faktycznej podmiotu prawa niez-

mus bezpośredni (zgodnie z § 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 2242)).

²⁸ Na nietrafność tego rozwiązania prawodawczego wskazywano w piśmiennictwie: R. Pudło, *Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – nadzieje i rozczarowania*, „Psychiatria po Dyplomie” 2018, nr 2(15), s. 40–44; J. Ciechorski, *Dezynwoltura ustawodawcy – refleksje nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2019, nr 2, s. 9–22.

²⁹ Wyrok Trybunału z dnia 18 grudnia 2002 r., SK 43/00, OTK-A 2002/7, poz. 96.

leżnie od jego woli, zagrożone przy tym możliwością zastosowania przymusu³⁰. Na gruncie przepisu art. 417 § 1 *in fine* k.c. nie może budzić wątpliwości, iż osoba prawna może wykonywać władzę publiczną w zakresie przyznanym w przepisie ustawy, ponieważ wynika to wprost z treści tego przepisu. Nadto odpowiedzialność ta jest niezależna od winy podmiotu wyrażającego, oparta jest bowiem na kryterium (przesłance) bezprawności³¹. Przy czym za niezgodne z prawem należy uznawać wszelkie naruszenia przepisów regulujących stosowanie przymusu bezpośredniego, w tym oczywiście również przepisów dotyczących jego dokumentowania oraz zatwierdzania przez kierownika podmiotu leczniczego. W konsekwencji zakład leczniczy niebędący szpitalem psychiatrycznym, wykonując przyznane mu uprawnienie do stosowania przymusu bezpośredniego, naraża się na odpowiedzialność na podstawie art. 417 § 1 k.c. w przypadku np. naruszenia obowiązku dotyczącego uzyskiwania opinii lekarza psychiatry przy przedłużaniu unieruchomienia.

Wydaje się, iż Ministerstwo Zdrowia przyjęło do wiadomości impossybilizm wymagań dotyczących podejmowania decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego, w szczególności przez zakłady lecznicze niebędące szpitalami psychiatrycznymi, ponieważ w powoływanym już projekcie nowelizacji ustawy z dnia 30 listopada 2022 r. odstępuje się od konieczności podejmowania takiej decyzji przez lekarza psychiatrę oraz uzyskiwania opinii od lekarza o tej specjalizacji. Innymi słowy, w przypadku wejścia w życie projektowanych zmian, w każdym wypadku decyzję o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego będzie mógł podjąć każdy lekarz niezależnie od posiadania specjalizacji, a wymóg uzyskania opinii będzie dotyczył opinii innego lekarza niezależnie od posiadanej specjalizacji.

Podsumowanie

Niewątpliwie w szpitalach ogólnych zdarzają się sytuacje, w których wobec pacjenta konieczne jest zastosowanie przymusu bezpośredniego. Do 1 stycznia

³⁰ E. Bagińska, *Odpowiedzialność odszkodowawcza za wykonywanie władzy publicznej*, Warszawa 2006, s. 244; Z. Banaszczyk, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy wykonywaniu władzy publicznej*, Warszawa 2012, s. 105; J. Ciechorski, *Odpowiedzialność szpitala psychiatrycznego...*, passim; M. Safjan, *Odpowiedzialność na podstawie art. 77 Konstytucji*, [w:] M. Wyrzykowski (red.), *Odpowiedzialność władzy publicznej za szkodę wyrządzoną w świetle artykułu 77 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2000, s. 11–12; idem, *Odpowiedzialność odszkodowawcza władzy publicznej (po 1 września 2004 roku)*, Warszawa 2004, s. 31; J.J. Skoczyła, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez władzę publiczną*, Warszawa 2005, s. 180. Także w judykaturze np. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 29 maja 2012 r., I ACa 180/12, LEX nr 1171315; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 2 kwietnia 2014 r., I ACa 1272/13, LEX nr 1469334.

³¹ Pomijam kwestię sporu w doktrynie, czy przepis art. 417 § 1 k.c. kreuje nową przesłankę odpowiedzialności w postaci niezgodności z prawem, czy jest to odpowiedzialność na podstawie szeroko rozumianego ryzyka, ponieważ zdecydowanie wykracza to poza ramy tematyczne niniejszego opracowania.

2018 r. w doktrynie i orzecznictwie przedstawiano różne koncepcje, na podstawie których można by legalizować takie postępowanie (kolizja obowiązków, stan wyższej konieczności, obrona konieczna). Od 1 stycznia 2018 r. obowiązują wprowadzone do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przepisy uprawniające do stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach innych niż psychiatryczne. Niestety, prawdopodobnie przez przeoczenie, nie uchylono zwrotu w art. 18 ust. 1 tej ustawy „przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie”, co uzasadnia wg niektórych przedstawicieli doktryny wnioski o niedopuszczalności stosowania przepisów tej ustawy o przymusie bezpośrednim do stanów faktycznych występujących w szpitalach ogólnych. Uważam, że takie stanowisko przeczy zamiarom ustawodawcy wyrażonym w uzasadnieniu nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a nadto nie uwzględnia charakteru gwarancyjnego tych przepisów wobec pacjenta. Ustawodawca, umożliwiając w art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stosowanie przymusu w szpitalach innych niż psychiatryczne, nie wyłączył wobec nich obowiązywania żadnych regulacji tej ustawy dotyczących przymusu (w szczególności dotyczących przedłużania unieruchomienia i izolacji). Powoduje to brak możliwości legalnego stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z przepisami tej ustawy, a w konsekwencji naraża to te szpitale na ponoszenie odpowiedzialności w surowym reżimie art. 417 § 1 k.c. Obecnie proponowana projektowana nowelizacja przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego znacznie liberalizuje wymagania m.in. dotyczące podejmowania decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego.

Bibliografia

- Augustynowicz A., Czerw A., *Stosowanie środków przymusu w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne – wybrane zagadnienia*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 1–2.
- Bagińska E., *Odpowiedzialność odszkodowawcza za wykonywanie władzy publicznej*, Warszawa 2006.
- Balicki M., *Przymus w psychiatrii – regulacji i praktyka*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Banaszczyk Z., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone wykonywaniu władzy publicznej*, Warszawa 2012.
- Bielski M., *Koncepcja kontratypów jako okoliczności wyłączających karalność*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2010, nr 2.
- Boratyńska M., *Postępowanie z pacjentem w stanie pozabiegowych zaburzeń psychicznych. Analiza przypadku*, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 1.
- Bosek L., Wnukiewicz-Kozłowska A. (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2: *Szczególne świadczenia zdrowotne*, Warszawa 2018.

- Ciechorski J., *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 kwietnia 2013 r.*, I ACa 361/13, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2015, nr 4.
- Ciechorski J., *Dezynwoltura ustawodawcy – refleksje nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2019, nr 2.
- Ciechorski J., *Odpowiedzialność odszkodowawcza szpitala psychiatrycznego za wykonywanie władzy publicznej*, Toruń 2021.
- Ciechorski J., *Dopuszczalność stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach innych niż psychiatryczne. Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 9 maja 2018 r.*, I ACa 978/17, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2022, nr 7–8.
- Dąbrowski S., Kubicki L., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd najważniejszych zagadnień*, Warszawa 1995.
- Dukiet-Nagórska T., *Stosowanie ustawy o zawodzie lekarza przez psychiatrów i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przez lekarzy innych specjalności*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 4.
- Dukiet-Nagórska T., *Stan wyższej konieczności w działalności lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2.
- Gałecki P., Bobińska K., Eischtaedt K., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2013.
- Gierowski J.K., *Przymus leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej [w:] Środki zabezpieczające, [w:] System Prawa Karnego, t. 7.*, red. L.P. Paprzycki, Warszawa 2012.
- Giezek J., *Kolizja obowiązków spoczywających na pracownikach opieki zdrowotnej w dobie pandemii COVID-19*, „Palestra” 2020, nr 6.
- Jacek A., Sarnacka E., *Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów*, Warszawa 2014.
- Kokoszka A., *Postępowanie w stanach nagłych*, [w:] A. Bilikiewicz, S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*, Wrocław 2003.
- Pudło R., *Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – nadzieje i rozczarowania*, „Psychiatria po Dyplomie” 2018, nr 2.
- Safjan M., *Odpowiedzialność na podstawie art. 77 Konstytucji*, [w:] *Odpowiedzialność władzy publicznej za szkodę wyrządzoną w świetle artykułu 77 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, red. M. Wyrzykowski, Warszawa 2000.
- Safjan M., *Odpowiedzialność odszkodowawcza władzy publicznej (po 1 września 2004 r.)*, Warszawa 2004.
- Skoczylas J.J., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez władzę publiczną*, Warszawa 2005.
- Skowron A., *Samodzielność jurysdykcyjna organów orzekających w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza i lekarza dentystry*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 4.
- Tarapata Sz., *Problem rozstrzygnięcia prawnokarnej kolizji dóbr w tracie wykonywania świadczeń zdrowotnych*, „Palestra” 2020, nr 6.

Wykaz aktów prawnych

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 2242.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody, Dz. U. z 2012 r., poz. 494.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, Dz. U. poz. 2459.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, t.j. Dz. U. z 2022 r., ze zm.
- Ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. poz. 2439.

Wykaz orzecznictwa

- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 2017 r., III CZ 24/17, LEX nr 2428750.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 29 kwietnia 2010 r., IV CSK 9/10, LEX nr 1360297.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8 kwietnia 2014 r., SK 22/11, OTK-A 2014/4/37.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2002 r., K 43/01, OTK-A 2002/7/96.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 2022 r., I NSNc 246/21, LEX nr 3342545.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 września 2021 r., I NSNc 115/20, LEX nr 3263698.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2020 r., I NSNc 102/20, LEX nr 3087051.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2002 r., II CK 144/02, LEX nr 55104.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 9 maja 2018 r., I ACa 978/17, LEX nr 2513019.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 2 kwietnia 2014 r., I ACa 1272/13, LEX nr 1469334.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 27 września 2012 r., I ACa 847/12, LEX nr 1236772.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 29 maja 2012 r., I ACa 180/12, LEX nr 1171315.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 23 kwietnia 2018 r., III SA/GI 792/17, LEX nr 2500676.

The admissibility of using direct coercion in non-psychiatric hospitals

Abstract

In hospitals other than psychiatric there are situations in which it is necessary to apply direct coercion to an aggressive patient. Until 2018 the use of coercive measures was based on the institution of a state of emergency. From January 1, 2018, direct coercion may be used in hospitals other than psychiatric in situation and on the terms set out in the Mental Health Protection Act. The doctrine raises reservations regarding of using direct coercion regulated in the Mental Health Protection Act in non-psychiatric hospitals. I figure that this attitude is contrary to the will of the legislator, the principle of rationality of the legislator, and also reduces the protection of the patient when using direct coercion. To sum up, in my opinion, in the current legal situation it is permissible to use direct coercion against patients of hospitals other than psychiatric, on the terms set out in the Mental Health Protection Act.

Keywords: direct coercion, coercive measures, aggressive patient, non-psychiatric hospital, rationality of legislator, principle of proportionality.