

Kwestia stosowania przymusu bezpośredniego oraz leczniczego w trakcie wykonywania leczniczych środków zabezpieczających

ADAM KWIECIŃSKI

Katedra Prawa Karnego Wykonawczego
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

Charakter zaburzeń psychicznych, będący podstawą zastosowania leczniczych środków zabezpieczających (art. 93 w zw. z art. 31 k.k.), zdecydował o tym, że ustawodawca przewidział możliwość ograniczenia konstytucyjnych praw osób internowanych w zakresie wolności osobistej i nietykalności cielesnej oraz samostanowienia o własnym zdrowiu. Specyfika populacji sprawców objętych działaniem tej instytucji prawa karnego przesądziła zatem o potrzebie zabezpieczenia realizacji celów tych środków możliwością zastosowania wobec skazanych umieszczonych w zakładach zamkniętych przymusu bezpośredniego i leczniczego.

W kwestii zasad i trybu użycia tego pierwszego, kodeks karny wykonawczy odsyła do odpowiednich przepisów o ochronie zdrowia psychicznego. Szczegółowe postanowienia w tym względzie zawiera art. 18 i 34 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego¹ oraz wydane na podstawie tego przepisu rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu

¹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535.

stosowania przymusu bezpośredniego². Problematyka takiego przymusu w opiece psychiatrycznej była także przedmiotem odrębnych opracowań i badań w nauce psychiatrii³.

Zgodnie z treścią art. 18 ust. 1 przedmiotowej ustawy, przymus bezpośredni można stosować tylko:

1) względem osoby, która dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu;

2) w sytuacji, gdy sprawca w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu;

3) personel zakładu jest także upoważniony do przeciwdziałania w ten sposób zachowaniu sprawców, którzy uniemożliwiają lub poważnie zakłócają prawidłowe funkcjonowanie zakładu, w którym przebywają.

Z ujęcia przesłanki zawartej w pkt 1) można wywnioskować, że tę najdotkliwszą formę wymuszenia właściwego zachowania się pacjenta stosuje się w sytuacji, gdy dopuszcza się on czynów noszących znamiona przestępstw określonych w rozdziale XIX (przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu) lub XX kodeksu karnego (przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu). Zachowania te mogą przybrać postać zarówno dokonania, jak i usiłowania. Pewne wątpliwości wzbudza natomiast kwestia stosowania takich przymusowych środków w sytuacji targnięcia się pacjenta na swoje życie – polski kodeks karny nie penalizuje zamachów samobójczych. Uzasadnieniem dla zastosowania w takim przypadku przymusu bezpośredniego może być dążenie do udzielenia pomocy osobie, która z uwagi na zły stan zdrowia psychicznego nie jest w stanie rozpoznać znaczenia swojego zachowania ani też nim w sposób racjonalny pokierować. Wskazaniem byłoby jednak uzupełnić zapis ustawowy w tym przypadku o bezpośredniość (czyli ocenianą w chwili realizacji przymusu nieuchronność pojawienia się skutku) zagrożenia dla życia i zdrowia osoby, względem której przymus ten jest zastosowany. *De lege lata* należy postulować,

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego, Dz.U. Nr 103, poz. 514.

³ S. Dąbrowski, *Ocena przestrzegania przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczących przymusu bezpośredniego*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2001, nr 10, s. 375–382; R. Rutkowski, *Badanie przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych*, „Psychiatria Polska” 1992, nr 3–4, s. 287 i n.; idem, *Przymus bezpośredni w opiece psychiatrycznej*, „Psychiatria Polska” 1992, nr 3–4, s. 275 i n.

aby w pkt 2) określić rodzaj, wartość i nawet własność dóbr, na które zamach stanowi, w przekonaniu ustawodawcy, podstawę do uruchomienia procedury przewidzianej w art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego⁴. Doprecyzowanie tych kwestii wydaje się koniecznością w obliczu nieadekwatności chronionych dóbr, z jednej strony przedmiotu materialnego (o dowolnej, nawet niewielkiej wartości, który może być własnością pacjenta), a z drugiej – nietykalności cielesnej i ochrony zdrowia psychicznego internowanego. Podobne wątpliwości pojawiają się w pkt 3) – uniemożliwianie lub poważne zakłócanie działalności zakładu powinno stanowić podstawę do zastosowania wobec sprawcy przymusu bezpośredniego jedynie wówczas, gdy wspomniane zachowania przybiorą taką intensywność i formę, że funkcjonowanie placówki jest niemożliwe. Należy apelować do personelu o szczególnie ostrożne korzystanie z dwóch ostatnich przesłanek, gdyż poprzez nieprecyzyjne sformułowanie, łatwo mogą one się stać narzędziem arbitralnej oceny podmiotów uprawnionych do stosowania przymusu wobec internowanych w zakładach zamkniętych.

Kolejne sytuacje, dopuszczające stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów szpitala psychiatrycznego, przewiduje art. 34 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym przymus taki można stosować wobec osoby przyjętej do szpitala bez jej zgody (należy zaliczyć do tej kategorii pacjentów również internowanych na zasadzie środka zabezpieczającego), także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych przewidzianych w art. 33 (przymus leczniczy). Przymus ten można stosować również w celu zapobieżenia opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego bez zezwolenia. Wprawdzie występuje tutaj kolizja pomiędzy art. 37 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego a art. 204a k.k.w.⁵, jednak wykładnia celowościowa tych przepisów powinna rozstrzygać wątpliwości na korzyść tego drugiego.

⁴ K. Zgryzek, *Przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, [w:] *Problemy nauk penalnych. Prace ofiarowane Pani Profesor Oktawii Górniok*, pod red. L. Tyszkiewicz, Katowice 1996, s. 392–395.

⁵ Art. 204 a k.k.w.: „Wobec sprawcy umieszczonego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego”.

Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego 25, 2009

Wypada podkreślić, że wszelkie formy przymusu bezpośredniego wobec pacjentów mogą być podejmowane wyłącznie przy realizacji przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego czynności. Stosowanie tych środków dla celów ukarania źle zachowującego się pacjenta lub dla komfortu pracy personelu jest niedopuszczalne⁶.

O zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa jego rodzaj oraz nadzoruje jego wykonanie. Jeśli nie jest możliwe natychmiastowe uzyskanie decyzji lekarza, podejmuje ją pielęgniarka. Wszelkie okoliczności zastosowania tego środka muszą być odnotowane w dokumentacji medycznej. Przed jego zastosowaniem należy uprzedzić o tym osobę, wobec której ma on zostać podjęty.

Przedmiotowa ustawa określa także formy zastosowania tego przymusu, a więc: przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie i izolacja⁷. Podczas podejmowania decyzji o formie reakcji na negatywne zachowania sprawcy, podmiot stosujący (lekarz, pielęgniarka) jest zobligowany jednak do wyboru środka najmniej uciążliwego dla sprawcy, a przy jego stosowaniu musi zachować szczególną ostrożność i troskę o dobro sprawcy.

W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego nie znalazło się natomiast postanowienie odnośnie czasu trwania poszczególnych środków przymusu. Zapis mówiący o tym, że środki takie powinny zostać uchylone niezwłocznie, jeśli ustała przyczyna ich zastosowania, znajduje się co prawda w rozporządzeniu wykonawczym do wspomnianej ustawy (§ 9), ale biorąc pod uwagę kwestię ochrony praw podmiotowych skazanego, należałoby wymagać, że taka materia znajdzie miejsce w akcie prawnym rangi ustawy.

Decyzja o zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego nie podlega zaskarżeniu do sądu w trybie art. 7 k.k.w. – nie ma ona charakteru zgodnego ze znaczeniem przyjętym w tym przepisie, gdyż nie podejmuje jej żaden z organów postępowania wykonawczego, określonych w art. 2 pkt 3–6 i 10 k.k.w. Zasadność jej zastosowania jest jednak oceniana w ciągu 3 dni:

⁶ S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *op. cit.*, s. 112.

⁷ Szczegółowy opis tych form został zawarty w odpowiednich przepisach rozporządzenia MZ w sprawie sposobów stosowania przymusu bezpośredniego z dnia 23 sierpnia 1995 r.

- w razie zastosowania przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej
- przez kierownika danego zakładu (jeśli jest on lekarzem) bądź przez upoważnionego przez niego lekarza,
- w razie zastosowania przez pielęgniarkę lub innego lekarza – przez upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę z zakresu psychiatrii (art. 18 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

Szczegółowy sposób stosowania przymusu bezpośredniego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 1995 r.

K. Zgryzek podnosi, że ani ustawa, ani wspomniane wyżej rozporządzenie Ministra Zdrowia nie regulują sytuacji, w których stosowanie przymusu bezpośredniego nie jest dopuszczalne. Autor wskazuje, że przesłanką ograniczającą jego stosowanie mogłaby być groźba wystąpienia poważnych powikłań o charakterze somatycznym, a także dostępność innych skutecznych środków pomocy i opieki⁸. Pożądanym wydaje się zatem uwzględnienie powyższych uwag w tekście ustawy.

Zastosowanie przez ustawodawcę rozwiązania opartego na odesłaniu, w kwestii stosowania środków przymusu bezpośredniego, do odpowiednich w tym względzie regulacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego należy ocenić jako bardzo udane. Jest ono zresztą spełnieniem postulatów wysuwanych przez przedstawicieli doktryny prawa karnego podczas dyskusji nad zmianami nowelizującymi kodeks karny wykonawczy⁹. Niemniej jednak analiza przepisów wspomnianej ustawy nakazuje wysunąć postulat pilnego dokonania niezbędnych korekt w zakresie regulacji stosowania przymusu bezpośredniego, z których część została wskazana w niniejszej pracy.

Problematyka stosowania przymusu leczniczego podczas internacji

Umieszczenie w zakładzie zamkniętym w ramach środka zabezpieczającego nieodzownie łączy się z problematyką podejmowanego w trakcie internacji postępowania leczniczego. Wykonywanie leczniczego środka zabezpieczającego polega przecież na objęciu sprawcy odpo-

⁸ K. Zgryzek, *op. cit.*, s. 399.

⁹ L. Bogunia, *Projektowane zmiany...*, s. 340.

wiednim postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym, a także resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym jego powrót do społeczeństwa oraz dalsze leczenie poza zakładem (art. 202 k.k.w.). Proces leczniczo-terapeutyczny jest więc niejako wpisany w cele i istotę tej instytucji prawa karnego.

Sytuacja wydaje się prosta w przypadku dobrowolnego poddania się przez skazanego terapii zalecanej przez personel zakładu zamkniętego. W przypadku jednak napotkania oporu ze strony skazanego realizacja celów założonych przez ustawodawcę wydaje się być poważnie zagrożona. Gdyby zgodę internowanego na leczenie potraktować jako warunek konieczny wszelkich działań leczniczych wobec niego, to w przypadku jej braku środki zabezpieczający przekształciłyby się automatycznie w środki izolacji skazanego – bezwartościowy z punktu widzenia interesów społeczeństwa. Wydaje się, że w tej sytuacji istotne znaczenie ma pozostawienie przez ustawodawcę „wyjścia awaryjnego” w postaci przymusu terapeutycznego. Należy zdawać sobie sprawę z ostateczności stosowania takiego rozwiązania w praktyce, uwarunkowanego nie tylko znaczną ingerencją w sferę podstawowych praw i wolności internowanego, ale przede wszystkim mniejszą skutecznością takich przymusowych oddziaływań. Część lekarzy i terapeutów twierdzi nawet, że efektywne są tylko takiego oddziaływania, które spotykają się ze zrozumieniem oraz współdziałaniem pacjenta.

Wydaje się, że tak głębokie wniknięcie w obszar swobód i wolności internowanego – odstępstwo od prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia medycznego – wymaga precyzyjnego określenia kryteriów zastosowania takiego przymusu, jak i wyraźnego wyartykułowania tego w ustawie. Podobnego zabiegu dokonano w odniesieniu do odbywających karę pozbawienia wolności skazanych uzależnionych od środków odurzających i sprawców przestępstw popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Ustawodawca za priorytet uznał dobrowolne pozyskanie ich do procesu terapeutycznego, zabezpieczając jednocześnie możliwość przymusowego leczenia w przypadku ich sprzeciwu. Orzeka o tym sąd penitencjarny (art. 117 k.k.w.).

Niestety rozdział XIII k.k.w. w kwestii przymusowego leczenia internowanych w zakładach zamkniętych nie zawiera żadnej wzmianki. Wydaje się, że najbardziej sensownym rozwiązaniem byłoby odesłanie

do odpowiednich przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z art. 33 powołanej ustawy, wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody. Jedynie niektóre ze świadczeń zdrowotnych, stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta, wymagają zgody jego lub jego przedstawiciela ustawowego. Wykonanie tych niezbędnych czynności lekarskich ustawodawca zabezpieczył możliwością zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjenta niewyrażającego na nie zgody (art. 34). Przepisy te mogłyby być z powodzeniem stosowane względem internowanych na zasadzie środka zabezpieczającego, gdyby ustawodawca mocą art. 37 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie wyłączył ich z zakresu zastosowania tego przepisu. Należy zatem postulować o jak najszybsze rozwiązanie tego problemu.