

Potrzeba leczenia psychiatrycznego osób uzależnionych od narkotyków może wynikać pośrednio lub bezpośrednio z uzależnienia. Bez względu na powyższe należy pamiętać, że leczenie psychiatryczne powinno uwzględniać wolę danej osoby. Prawo do samostanowienia jest wartością konstytucyjną.

LECZENIE PSYCHIATRYCZNE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska

Prawnik

Medycyna jest częścią naszej cywilizacji¹. Dynamiczny postęp wiedzy w tym zakresie, niosący zarówno wielkie nadzieje, jak i niemałe zagrożenia dla człowieka, czyni niezwykle aktualną refleksję nad prawem człowieka do życia, zdrowia, a zwłaszcza do samostanowienia². Bez wątplenia autonomia jest podstawową zasadą dopuszczalności udzielania jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych³. Jak słusznie zauważył Trybunał Konstytucyjny, w sferze życia osobistego jednostki mieści się również prawo do decydowania o ochronie własnego życia i zdrowia⁴. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby bez jej zgody jest naruszeniem dobra osobistego, jakim jest wolność człowieka, zgodnie z art. 23 k.c.

Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych⁵, dziennych⁶ lub ambulatoryjnych⁷. Szczegółowe informacje w tym zakresie znajdują się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że osoby z zaburzeniami psychicznymi lub osoby uzależnione raz w roku mogą wyjechać na turnus rehabilitacyjny. Turnus może być zorganizowany w ramach:

a) świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, rehabilitacji psychiatrycznej oraz leczenia zaburzeń

nerwicowych u dorosłych oraz dzieci i młodzieży udzielanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych;

- b) świadczeń rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi, udzielanych w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień;
- c) świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach dziennych psychiatrycznych;
- d) świadczeń gwarantowanych terapii uzależnienia udzielanych w warunkach dziennych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych;
- e) świadczeń gwarantowanych psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży, leczenia nerwic oraz świadczeń gwarantowanych dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju udzielanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego);
- f) świadczeń gwarantowanych terapii uzależnienia udzielanych w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, programu substytucyjnego.

Na podstawie art. 28 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii⁸, osoba uzależniona może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego. Leczenie substytucyjne to forma opieki medycznej, w której stosowana jest podobna lub identyczna substancja o właściwościach i działaniu podobnym do właściwości i działania substancji, która spowodowała uzależnienie, w celu osiągnięcia bardziej kontrolowanej formy uzależnienia⁹.

Leczenie psychiatryczne osób uzależnionych na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

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 uciążliwy¹⁰.

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. Należy podkreślić, że konieczność przeprowadzenia badania bez zgody stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – inny lekarz. Przed przystąpieniem do badania należy uprzedzić osobę badaną lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody. W dokumentacji medycznej każdorazowo odnotowuje się taką czynność, wskazując jednocześnie na okoliczności uzasadniające podjęcie postępowania przymusowego. Jak już wspomniano, leczenie psychiatryczne, wobec osoby uzależnionej od narkotyków bez jej zgody, nie może być regułą. Stan bezpośrednio zagrażający własnemu życiu albo zdrowiu lub zdrowiu innych osób to stan nagły w psychiatrii, czyli wymagający szybkiej interwencji lekarskiej. Przykładem może być próba samobójcza czy samookaleczenie. Sytuacja niezdolności do zaspokajania własnych potrzeb życiowych osoby jest również stanem nagłym, ze względu na istniejące w danym momencie zagrożenie życia i zdrowia tej osoby, ale dynamika w czasie tego stanu jest jednak inna niż w sytuacji nagłej dekompensacji stanu zdrowia psychicznego prowadzącej również do zagrożenia życia i zdrowia osoby. Niezdolność do zaspokajania własnych potrzeb świadczy o długotrwałym procesie doprowadzającym do stanu, w którym osoba chora pośrednio zagraża swojemu życiu (odmowa przyjmowania posiłków w celach samobójczych z powodu głębokich zaburzeń depresyjnych lub doznań psychotycznych, otępienie głębokiego stopnia)¹¹.

Kolejnym wyjątkiem od zasady, że wola pacjenta jest decydująca, jest sytuacja, w której osoba chora psychicznie¹² może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody, ale tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O przyjęciu do szpitala postanawia wówczas lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Lekarz jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach. Ponadto przyjęcie do szpitala w takim trybie wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

Europejski Trybunał Praw Człowieka w orzeczeniu z dnia 20 lutego 2003 roku¹³ orzekł, iż w celu zagwarantowania zgodności z art. 5 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności¹⁴ pozbawienie wolności musi być przeprowadzone w trybie „ustalonym przez prawo” oraz musi być „zgodne z prawem”. Według Europejskiego Trybunału Praw Człowieka osoba nie może być pozbawiona wolności jako „umysłowo chora”, jeżeli nie są spełnione trzy następujące warunki minimalne: choroba umysłowa musi być wiarygodnie wykazana; zaburzenia psychiczne muszą być w rodzaju lub stopniu dającym podstawy do przymusowej izolacji oraz ważność trwającego pozbawienia wolności zależy od utrzymywania się tych zaburzeń. W ocenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka pozbawienie wolności osoby cierpiącej na zaburzenia psychiczne może być konieczne nie tylko wówczas, gdy osoba ta potrzebuje leczenia, podania leków lub innych zabiegów szpitalnych dla swego wyleczenia lub dla poprawienia stanu jej zdrowia, lecz także wówczas, gdy osoba ta potrzebuje kontroli i nadzoru uniemożliwiających, na przykład, skrzywdzenie siebie lub innych osób¹⁵. Zdaniem K. Dąbrowskiego, stwierdzenie występowania bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia własnego bądź innych osób powinno być oparte na następujących kryteriach: 1) zagrożenie rzeczywiste i bezpośrednie podstawowych dóbr (dokonane akty agresji wobec siebie lub innych – pobicie drugiej osoby, poważne samookaleczenie, skok z wysokości, rzucanie ciężkimi przedmiotami itd., usiłowane, lecz powstrzymane akty agresji wobec siebie lub innych, akty agresji przygotowane w ten sposób, że

same czynności zawierają rzeczywisty i poważny stopień zagrożenia (zbieranie materiałów wybuchowych, broni palnej itp.), werbalne groźby dokonania zamachu samobójczego lub zamachu na inną osobę (osoby), jeżeli groźba ta jest wyrażona w sposób i w okolicznościach uzasadniających obawę, że zostanie spełniona, ostre stany psychotyczne wiążące się z tak znaczną dezorganizacją, że stwarzają ryzyko bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia osoby chorej lub otoczenia; 2) potencjalne skutki aktualnego zachowania zagrażające bezpieczeństwu; 3) bezpośrednio zagrażającego zachowania określana przez relacje czasowe pomiędzy agresywnością czynną, usiłowaniem, próbą czy groźbą a momentem przyjęcia do szpitala – im krótszy czas, tym mniejsza możliwość kontroli zachowania i odwrotnie; 4) prawdopodobieństwo powtórzenia zachowania agresywnego wzrasta wraz z częstotliwością występowania podobnych zachowań w przeszłości¹⁶.

Kolejnym wyjątkiem jest sytuacja, w której dotychczasowe zachowanie osoby wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża ona bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, wówczas może być przyjęta bez zgody do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt w szpitalu nie może trwać jednak dłużej niż 10 dni¹⁷. Celem przyjęcia do szpitala jest więc obserwacja osoby, której zachowanie wskazuje na możliwość występowania u niej choroby psychicznej zagrażającej bezpośrednio jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, i w konsekwencji stwierdzenie, czy jest to osoba chora psychicznie czy nie¹⁸. Przymusowa obserwacja psychiatryczna ma za zadanie stwierdzić charakter występujących u pacjenta zaburzeń, a w szczególności ustalenie, czy cierpi on na chorobę psychiczną¹⁹.

Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody, osoba chora psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. O potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby, o której mowa powyżej, bez jej zgody, orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby – na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę. Jak słusznie

zauważył Sąd Najwyższy, konieczne jest ustalenie, iż dana osoba jest chora psychicznie i że bez podjęcia przymusowego leczenia pogorszenie jej zdrowia psychicznego będzie znaczne²⁰. Orzeczenie o potrzebie poddania określonej osoby leczeniu psychiatrycznemu bez jej zgody wymaga ustalenia i wskazania na konkretne okoliczności, które usprawiedliwiają wnioskowanie, że zaniechanie takiego leczenia spowoduje znaczące pogorszenie się jej zdrowia psychicznego, a nie samo tylko pogorszenie się lub brak poprawy stanu jej zdrowia psychicznego²¹. Ponadto orzeczenie sądu o potrzebie przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego nie oznacza, że osoba taka może być umieszczona w szpitalu bezterminowo. Okres pobytu tej osoby w szpitalu zależy od ustania przyczyny wydania przez sąd orzeczenia o jej przyjęciu²². Zadaniem sądu opiekuńczego jest baczne czuwanie, aby korzystanie z wnioskowego trybu przymusowej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym nie prowadziło do nadużyć, które w niektórych wypadkach może być kuszące, lecz następowało tylko w tych sytuacjach, w których spełnione zostaną wszystkie określone w ustawie materialne przesłanki przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym²³.

Sądowa kontrola nad przymusowym umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym

Sąd ma możliwość weryfikacji, czy przymusowa hospitalizacja w szpitalu psychiatrycznym była niezbędna. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż pobyt w szpitalu psychiatrycznym może być uciążliwy, a ponadto w dość istotny sposób ogranicza swobody obywatelskie, albowiem przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym jest związane z pozbawieniem wolności²⁴.

Na podstawie otrzymanego zawiadomienia sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta. Sąd opiekuńczy może rozpoznać sprawę również na wniosek tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę albo z urzędu. Kontrola ta dotyczy zarówno sposobu postępowania (m.in. art. 23 ust. 2–5 u.o.z.p.), jak i przesłanek materialnoprawnych sprecyzowanych w ust. 1 art. 23 u.o.z.p.²⁵. Wydaje się, iż sądowa kontrola powinna stanowić wystarczającą zaporę, aby

skutecznie przeciwdziałać ewentualnym przypadkom bezpodstawnego przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym²⁶. Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że bezprawne umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym może skutkować pociągnięciem winnego do odpowiedzialności karnej za pozbawienie wolności (art. 189 k.k.).

Uwagi końcowe

Stosowanie przepisów dotyczących przymusowego leczenia osób uzależnionych winno następować z uwzględnieniem konstytucyjnych gwarancji praw i wolności obywatelskich oraz odpowiednich norm prawa międzynarodowego, zaś ich interpretacja – z uwzględnieniem zasady, że wszelkie ograniczenia praw i wolności nie mogą naruszać ich istoty²⁷. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że w polskim porządku prawnym osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw. Do zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego²⁸ należy w szczególności pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego oraz wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób. Ponadto Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego powinien współpracować z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób. Do jego zadań należy także inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w omawianym zakresie. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w celu realizacji zadań, o których mowa powyżej, ma m.in. prawo wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; oraz występowania z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika podmiotu leczniczego, oraz do podmiotu tworzącego w rozumieniu tej ustawy, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń.

Przypisy

¹ G. Rejman, „Normy etyczne, moralne, prawne w postępowaniu lekarza”, *Studia Iuridica* XXVI, 1993, s. 58.

² J. Bujny, „Prawa pacjenta między autonomią a paternalizmem”, Warszawa 2007, s. 11.

³ A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, „Dopuszczalność prowadzenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego na podstawie upoważnienia ustawowego przy sprzeciwie osoby uprawnionej do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne – analiza wybranych regulacji prawnych”, *Prawo i Medycyna* nr 1, 2014, s. 47.

⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 lipca 2009 r., SK 48/05, Dz.U.2009.114.956.

⁵ Świadczenia w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień są udzielane w warunkach stacjonarnych - psychiatrycznych, leczenia uzależnień oraz w izbie przyjęć. Pacjenci w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przysługują w warunkach stacjonarnych (załączniki nr 1, 2 i 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U.2013.1386): świadczenia terapeutyczne, czyli działania służące korekcie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz usuwaniu przyczyn i objawów tych zaburzeń, obejmujące w szczególności profilaktykę, diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację; programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne (w tym przedmioty ortopedyczne), wyżywienie (z zastrzeżeniem art. 18 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U.2016.1793), działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

⁶ Świadczenia w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień są udzielane w warunkach dziennych - psychiatrycznych i leczenia uzależnień. Pacjenci w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przysługują w warunkach dziennych (załączniki nr 4 i 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień): świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wyżywienie, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

⁷ Świadczenia w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień są udzielane w warunkach ambulatoryjnych - psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) oraz leczenia uzależnień. Pacjenci w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przysługują w warunkach ambulatoryjnych (załączniki nr 6 i 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień): świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki niezbędne w stanach nagłych, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

⁸ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. z 206 r. poz. 224, z późn. zm.

⁹ <http://www.mz.gov.pl/leczenie/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznienn/>

¹⁰ W wyroku z dnia 14 lipca 1998 r., I SA 426/98, LEX nr 45738, Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie orzekł, że wprowadzić ustawą o ochronie zdrowia psychicznego nakazuje przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego brać pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy i inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi, aby osiągnąć poprawę w sposób najmniej dla osoby chorej uciążliwy, a więc preferować opiekę ambulatoryjną lub dzienną nad całodobową, to jednak nie można odnieść tego do chorych, w przypadku których brak opieki całodobowej zagraża ich życiu. W sytuacji potwierdzonej niezdolności do samodzielnej egzystencji i stwierdzenia, że brak całodobowej opieki zagraża życiu osoby, na właściwym organie administracji ciąży obowiązek przyjęcia jej do domu pomocy społecznej bez okresu wyczekiwania.

¹¹ K. Bobińska, K.Z. Eichstaedt, P. Gałęcki, „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz”, wyd. II, LEX on-line, komentarz do art. 21, teza 3.

¹² Osoba chora psychicznie, zgodnie z definicją podaną przez niniejszą ustawę, to osoba wykazująca objawy psychotyczne. Zaliczać się do nich będą wszelkiej etiologii psychozy, czyli zaburzenia psychiczne przebiegające z objawami psychotycznymi – urojeniami będącymi zaburzeniami treści myślenia, omamami (halucynacjami) będącymi zaburzeniami spostrzegania, a także zaburzeniami formalnymi myślenia, które objawiać się będą zaburzoną tokiem myślenia (rozkojarzeniem, spowolnieniem myślenia, przyspieszonym tokiem myślenia), co będzie się objawiało dezorganizacją mowy, zachowania, wielomównością bądź spowolnieniem mowy. Przyczyny zaburzeń psychotycznych mogą być różnorakie – procesy endogenne (schizofrenia, zaburzenia urojeniowe), zaburzenia

afektywne (depresja z objawami psychotycznymi, mania), zespoły majaczeniowe (np. alkoholowy zespół abstynencyjny z majaczeniem, majaczenie na podłożu otępienia), organiczne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego przebiegające z objawami psychotycznymi (np. stany po urazach mózgu, udarach mózgu). Objawy psychotyczne nie stanowią same w sobie zagrożenia życia czy zdrowia, natomiast ich wpływ na zachowanie pacjenta może stwarzać zagrożenie dla życia i zdrowia danej osoby, a także zdrowia innych osób właśnie poprzez zaburzone zachowanie osoby chorej psychicznie. Nie zawsze pojęcie choroby psychicznej musi się jednak odnosić do choroby przebiegającej z objawami psychotycznymi, by choroba ta spełniała przesłanki choroby psychicznej w ujęciu ustawy. Należy tu być na przykład stan ciężkiej depresji z myślami samobójczymi, w którym objawów psychotycznych się nie stwierdza, a jest to jednostka zaliczana do chorób psychicznych za K. Bobińska, K.Z. Eichstaedt, P. Gałęcki, „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz”, wyd. II, LEX on-line, komentarz do art. 23, teza 9.

¹³ Europejski Trybunał Praw Człowieka w orzeczeniu z dnia 20 lutego 2003 r., 50272/99, LEX nr 78078.

¹⁴ Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.: art. 5 ust. 1 i 4.

¹⁵ Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 25 listopada 2014 r., 31199/12, LEX nr 1541295.

¹⁶ K. Dąbrowski, „Zdrowie psychiczne”, Warszawa 1985, s. 135 i n.

¹⁷ Sąd Najwyższy wyraził słuszny pogląd, iż osobą z zaburzeniami psychicznymi jest osoba, o której mowa zarówno w art. 23 u.o.z.p., jak i w art. 24 u.o.z.p., z tym że w tym drugim wypadku charakter tych zaburzeń, wobec wątpliwości, czy mogą być kwalifikowane jako choroba psychiczna, ma ulec wyjaśnieniu w czasie pobytu w szpitalu. Należy mieć na uwadze, że o przyjęciu do szpitala w obu wypadkach postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po zbadaniu pacjenta i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa, a kontrola przyjęcia następuje w drodze zatwierdzenia przez ordynatora w ciągu 48 godzin od przyjęcia, a następnie dopiero przez sąd (postanowienie

Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2012 r., IV CSK 373/11, LEX nr 1169841).

¹⁸ K. Bobińska, K.Z. Eichstaedt, P. Gałęcki, „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz”, wyd. II, LEX on-line, komentarz do art. 24, teza 1.

¹⁹ B. Janiszewska, „Podmiotowe uwarunkowania hospitalizacji psychiatrycznej w celu obserwacji”, Monitor Prawniczy 2013, nr 3, s. 159.

²⁰ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 sierpnia 2014 r., V CSK 145/14, LEX nr 1504765.

²¹ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2014 r., V CSK 543/13.

²² Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 1998 r., I CKN 571/97, OSNC 1998, nr 10, poz. 170.

²³ I. Wrześniewska-Wal, Wnioskowy tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego – nowelizacja ustawy, Prawo i Medycyna 2011, nr 1, s. 111.

²⁴ K. Bobińska, K.Z. Eichstaedt, P. Gałęcki, „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz”, wyd. II, LEX on-line, komentarz do art. 25, teza 1.

²⁵ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 1996 r., II CRN 201/95, Prokuratura i Prawo wkł. 1996, nr 6, poz. 35. Podobne stanowisko jak Sąd Najwyższy zajął także Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 18 lutego 2015 r., I ACa 1681/14, LEX nr 1668609.

²⁶ J. Nelken, „O konieczności kontroli sądowej nad przymusowym umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym”, NP 1983, nr 3, s. 74–77.

²⁷ M. Paszkowska, „Przymusowe świadczenia zdrowotne”, Jurysta 12/2006, s. 20 oraz H. Haak, „Przymusowe leczenie narkomanów”, Warszawa 2000, s. 220 i n.

²⁸ Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta, o którym mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r. poz. 186, 823, 960 i 1070), i wykonują swoje zadania przy pomocy tego Biura.