

Volume 21, Issue 2  
December 2023

ISSN 1731-8297, e-ISSN 6969-9696  
<http://czasopisma.uni.opole.pl/index.php/osap>

ORIGINAL ARTICLE  
received 2023-07-29  
accepted 2023-09-09



**Uwagi *de lege lata* i *de lege ferenda*  
na tle projektu ustawy o zmianie ustawy  
o ochronie zdrowia psychicznego  
(nr z wykazu prac legislacyjnych UD 444)**

***De lege lata* and *de lege ferenda* remarks  
against the background of the draft law on amendments  
to the Law on Mental Health Care  
(legislative work list number UD 444)**

AGNIESZKA WOJCIESZAK-JOHN

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Wydział Prawa i Administracji  
ORCID: 0000-0003-1739-4037, a.wojcieszak@amu.edu.pl

**Citation:** Wojcieszak-John, Agnieszka. 2023. Uwagi *de lege lata* i *de lege ferenda* na tle projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (nr z wykazu prac legislacyjnych UD 444). *Opolskie Studia Administracyjno-Prawne* 21(2): 223–239.  
DOI: 10.25167/osap.5180.

**Abstract:** This article synthesizes the legal doubts that arise against the background of the draft law on amendments to the Law on Mental Health Protection. The considerations undertaken by the author focus on the proposed changes in psychiatric terminology, the premises for the use of direct coercive measures and the procedure for the use of direct coercive measures. The author analyzes the assumptions of the draft amendments to the Law on Mental Health Protection from the point of view of the situation of patients with mental disorders. Due to the nature of the proposed solutions, as well as criticism of the current law, the author enters into a polemic with the position presented by the authors of the project and proposes *de lege ferenda* postulates. The entire discussion is crowned with a conclusion, in which attention is drawn to the lack of linguistic precision on the part of the drafters. This may contribute to a restriction of the rights and freedoms of patients with mental disorders.

**Keywords:** mental disorders, mental health care, mental disorder patient, health care benefits, direct coercion

**Abstrakt:** Artykuł w syntetyczny sposób prezentuje wątpliwości natury prawnej pojawiające się na tle projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Rozważania podjęte przez autorkę koncentrują się wokół propozycji zmian w zakresie terminologii psychiatrycznej, przesłanek stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz procedury stosowania środków przymusu bezpośredniego. Autorka analizuje założenia projektu nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z punktu widzenia sytuacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Z uwagi na charakter proponowanych rozwiązań, a także krytykę obowiązującego prawa autorka podejmuje polemikę ze stanowiskiem prezentowanym przez twórców projektu, a także proponuje postulaty *de lege ferenda*. Całość rozważań zwieńczona jest podsumowaniem, w którym autorka zwraca uwagę na brak językowej precyzji ze strony projektodawców, która może przyczynić się do ograniczania praw i wolności pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychiczne, ochrona zdrowia psychicznego, pacjent z zaburzeniami psychicznymi, świadczenia zdrowotne, przymus bezpośredni

## 1. Wprowadzenie

W przestrzeni publicznej od dawna dyskutuje się na temat potrzeby wprowadzenia zmian w przepisach Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (dalej: u.o.z.p.). Nie da się bowiem zaprzeczyć, że w aktualnym stanie prawnym sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi nie jest uregulowana w sposób kompletny, a istniejące rozwiązania normatywne niekiedy nadmiernie ingerują w autonomię<sup>1</sup>, nietykalność cielesną oraz integralność (Wojcieszak 2021: 98–116; Bujny 2006: 255; Chełmowska 2017: 17–35; Kobińska 2006: 35–45; Łuków 2005: 127; Świdorska 2007: 252; Radzicki 1967: 82; Axer, Balcerowicz, Geremek, Hołówka, Kołakowski, Michnik, Modzelewski, Myśliwiec, Safjan, Siwiński, Węgleński, Wolszczan, Wróblewski, Zoll [red.] 2004: 91–111; Bosek i Wnukiewicz-Kozłowska [red.] 2018: 419–503; Tałaj i Suchożewska 2007: 34; Kołodziej 2002: 74–75; Bołoz 2007: 55; Haberko 2016: 50; Baggini i Fosl 2010: 13; postanowienie SN z dnia 27 października 2015 r., III CK 155/05). Przez wzgląd na wysoce skomplikowany przedmiot regulacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego niezwykle trudne jest wyważenie odpowiednich proporcji (Janiszewska 2016: 1285–1288). Z jednej strony konieczne jest zagwarantowanie osobom z zaburzeniami psychicznymi poszanowania dla ich podmiotowości, z drugiej zaś każdemu z nich przysługuje prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (Jacek, Kmiecik, Sarnacka [red.] 2018: 126–168; Bagińska [red.] 2016:

---

<sup>1</sup> Autonomia w ujęciu aksjologicznym pozwala pacjentowi na podejmowanie decyzji odnoszących się do jego zdrowia i życia.

98–99). Przy czym najczęściej świadczenia zdrowotne z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielane są w „warunkach przymusowych”, tj. bez zgody pacjenta i przy jednoczesnym stosowaniu środków przymusu bezpośredniego. Zasadnicze znaczenie ma więc ustalenie przesłanek do podjęcia czynności w ramach postępowania leczniczego w warunkach przymusu bezpośredniego (Chełmowska 2017: 24; Janiszewska 2013: 127; Bosek i Wnukiewicz-Kozłowska [red.] 2018: 419–503).

Ponadto liczne trudności interpretacyjne pojawiają się podczas stosowania przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w kontekście terminologii z zakresu psychiatrii. Szczególnie ważkim zagadnieniem pozostaje samo pojęcie „zaburzeń psychicznych”, o którym mowa w art. 3 pkt. 1 u.o.z.p. (Opoczyńska, Rostworowska, Ćwikliński, Robak, Dziasek, Marciak, Pytko, Karolczyk 2009: 37; Szwed 2020: 28–30; Heitzman, Łoza, Kosmowski 2011: 943; Tomaszewska 2008: 37; Pużyński 1993: 526; Kiejana, Małyszczak 2011: 118; Cierpiałkowska 2012: 272; Bosek i Wnukiewicz-Kozłowska [red.] 2018: 419–503). Wspomniany przepis „obejmuje swoim zakresem różniące się między sobą jednostki chorobowe, nie precyzując ich objawów, przebiegu, a także znaczenia dla sfery wolicjonalnej człowieka” (Wojcieszak 2021: 133). Wydaje się jednak, że bez „określonego zakresu znaczeniowego zaburzeń psychicznych trudno w ogóle mówić o ochronie zdrowia psychicznego” (Wojcieszak 2021: 133).

Warto także zauważyć, że z punktu widzenia ustawodawstwa medycznego liczne wątpliwości pojawiają się wraz z analizą przepisów regulujących sytuację pacjentów ubezwłasnowolnionych. Podobnie jest z art. 16 u.o.z.p., który posługuje się kryterium „dobra” pacjenta jako przesłanki do zawiadomienia prokuratora o potrzebie ubezwłasnowolnienia. Poza tym także przepisy regulujące przyjęcie oraz hospitalizację pacjenta ubezwłasnowolnionego „za zgodą” albo „bez zgody” nie są koherentne, a ich interpretacja od lat stanowi przedmiot rozważań ze strony przedstawicieli doktryny (Wojcieszak 2021: 172–214).

W kontekście powyższych uwag kluczowe jest odniesienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>2</sup>. Proponowane zmiany legislacyjne wymagają bowiem analizy, szczególnie że niosą za sobą poważne konsekwencje w zakresie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, a także poszanowania autonomii osób z zaburzeniami psychicznymi.

Mając na względzie, że całość proponowanych zmian stanowi przedmiot dyskusji zarówno ze strony przedstawicieli nauki prawa, jak i medycyny, celowe wydaje się omówienie najważniejszych, z punktu widzenia prawa do samosta-

---

<sup>2</sup> Projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (numer z wykazu prac legislacyjnych UD 444).

nowienia (tj. autonomii w ujęciu funkcjonalnym), proponowanych rozwiązań normatywnych<sup>3</sup>.

## 2. Analiza art. 3 pkt 1 projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Analizując projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, należy szczególnie uwagę zwrócić na propozycję zmian w obszarze przepisów regulujących definicję zaburzeń psychicznych. W odniesieniu do art. 3 ustawy proponuje się, by obecny pkt 1 otrzymał brzmienie:

„a) z zaburzeniami psychotycznymi,

b) z niepełnosprawnością intelektualną,

c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zaliczane są do zaburzeń psychicznych i wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia tej osoby w środowisku społecznym”.

W Uzasadnieniu wskazuje się, że „projektowane zmiany mają na celu m.in. wprowadzenie zmian w terminologii wykorzystanej w przepisach ustawy, która jest archaiczna i może przyczyniać się do stygmatyzacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi oraz w przepisach dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi” (Uzasadnienie: 9). Autorzy projektu podkreślają także, że wejście w życie nowelizowanej ustawy będzie miało pozytywne skutki. Ich zdaniem proponowane zmiany pozwolą na „wykluczenie ewentualnych wątpliwości interpretacyjnych, doprecyzowanie kwestii dotyczących stron postępowania sądowego w sprawach o przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego, jak również jej wypisania, miejsca przeprowadzania rozprawy oraz inne drobne doprecyzowania przepisów ustawy” (Uzasadnienie: 9).

W kontekście powyższego wydaje się, że zaproponowane zmiany legislacyjne w dalszym ciągu nie pozwalają na właściwe zdefiniowanie „zaburzeń psychicznych”. Przede wszystkim samo zrezygnowanie z posługiwania się pojęciem „choroba psychiczna” i zastąpienie go pojęciem „zaburzenia psychotyczne” rodzi uzasadnione wątpliwości w praktyce. O ile sam kierunek zmian terminologicznych uznać należy za właściwy, o tyle „występowanie objawów psychotycznych nie jest jedynym kryterium, na jakim opiera się choroba psychiczna” (Wojcieszak 2021: 134). Nie zawsze bowiem „choroba psychiczna” wiąże się z występowaniem urojeń, omamów czy zaburzeń w postrzeganiu rzeczywistości (Puzyński 2007: 306). Dlatego też obecność zaburzeń psychotycznych nie wyczerpuje definicji

---

<sup>3</sup> Niniejszy tekst nie obejmuje rozważań dotyczących zmian w obszarze jednostek organizacyjnych pomocy społecznej.

choroby psychicznej (Szwed 2020: 32). Innymi słowy, jakakolwiek próba utożsamiania „choroby psychicznej” z „zaburzeniami psychotycznymi” nie znajduje potwierdzenia w psychiatrii (Puzyński 2007: 306; Wojcieszak 2021: 134).

Ponadto w jednym z orzeczeń Trybunał Konstytucyjny (K 13/15) wyraźnie zaznaczył, że „choroba psychiczna stanowi zaburzenie psychotyczne tylko «co do zasady», a więc przyjmując pewne, bliżej niesprecyzowane wyjątki” (Wojcieszak 2021: 142). Oczywiście jest, że zarówno „choroba psychiczna”, jak i „zaburzenia psychotyczne” są pojęciami ogólnymi i nieścisłymi (wyrok SA w Krakowie z dnia 14 marca 2016 r., II AKz 53/16). Z tych też względów, jak już zostało wspomniane wyżej, należałoby rozważyć *de lege ferenda* odstąpienie od utożsamiania ze sobą tych dwóch kategorii pojęciowych na rzecz wprowadzenia pojęcia „zaburzenia postrzegania rzeczywistości zagrażające życiu pacjenta lub innych osób, przejawiające się w szczególności występowaniem objawów zaburzeń świadomości dotyczących funkcjonowania zmysłów”. To z kolei ograniczyłoby nadużywanie terminologii z zakresu psychiatrii do celów niezgodnych z *ratio legis* art. 3 pkt 1, art. 23, art. 24 i art. 29 u.o.z.p.

Natomiast z aprobatą należy odnieść się do proponowanej nowelizacji w zakresie wprowadzenia pojęcia „niepełnosprawności intelektualnej” w art. 3 pkt 1 lit. b u.o.z.p. (Ćwirynkało 2010: 18). W istocie zmiana ta koresponduje z terminologią zawartą w systemie klasyfikacyjnym DSM-V, gdzie „niepełnosprawność intelektualna” traktowana jest jako „zaburzenie charakteryzujące się zarówno deficytem intelektualnym, jak i deficytem w funkcjonowaniu przystosowawczym z początkiem w okresie rozwojowym (a więc przed 18. rokiem życia)” (Aondo-Akaa i Masłowska 2018: 106). Co warte zauważenia, obowiązująca (jeszcze) klasyfikacja ICD-10 posługuje się pojęciem „niedorozwój umysłowy” oraz „upóźnienie umysłowe”, choć już klasyfikacja ICD-11 odwołuje się do „zaburzeń rozwoju intelektu”. Tym bardziej należy uznać za całkowicie słuszne uwzględnienie przez autorów nowelizacji aktualnej terminologii z zakresu psychiatrii i dostosowanie do niej przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Nie należy jednak przy tym tracić z pola widzenia faktu, że o ile na poziomie definicyjnym autorzy projektu posługują się pojęciem „osoby z niepełnosprawnością intelektualną”, o tyle gdy chodzi o zawiadomienie prokuratora o potrzebie ubezwłasnowolnienia osoby oraz o zawiadomienie sądu opiekuńczego o nienależyтым wykonywaniu obowiązków przez przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej jest mowa o „osobie niepełnosprawnej intelektualnie” (zob. art. 16 i art. 17 projektu ustawy). Na tym tle dostrzegalna jest pewna niekonsekwencja autorów projektu, która rzutuje w dalszej perspektywie na „warstwę semantyczną” pojęcia „zaburzeń psychicznych”. Co więcej, trudno jest znaleźć jakiegokolwiek *ratio legis* dla wprowadzenia obu wskazanych kategorii

pojęciowych. Uzasadnione jest zatem dostosowanie projektu ustawy na poziomie terminologicznym.

I wreszcie, niezrozumiałe pozostają zmiany wprowadzone w art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p. Autorzy projektu przyjęli bowiem, że osoba z zaburzeniami psychicznymi to osoba wykazująca „inne zakłócenia czynności psychicznych, które zaliczane są do zaburzeń psychicznych i wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia tej osoby w środowisku społecznym”. Kluczowa wątpliwość, która się tutaj pojawia, dotyczy rezygnacji z kryterium wiedzy medycznej jako podstawy do stwierdzenia zaistnienia zaburzeń psychicznych. W obecnym stanie prawnym art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p. *explicite* przewiduje, że z zaburzeniami psychicznymi mamy do czynienia wówczas, gdy osoba wykazuje „inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych”. Z kolei propozycja legislacyjna pomija kryterium „wiedzy medycznej”, co należy uznać za rozwiązanie trudne do pogodzenia z punktu widzenia zasad już w systemie prawa określonych (Haberko 2022: 125). Poza tym autorzy projektu ograniczają się tylko do lakonicznego sformułowania, że osoba z zaburzeniami psychicznymi to osoba „wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zaliczane są do zaburzeń psychicznych”. Można jedynie wyrazić przypuszczenie, że intencją autorów projektu było wyeksponowanie społecznego wymiaru postrzegania zaburzeń psychicznych. Niemniej w Uzasadnieniu do projektu na próżno szukać wzmianki co do przyczyn wprowadzenia tak daleko idących zmian legislacyjnych.

Ponadto nie da się zaprzeczyć, że „warunkiem koniecznym do uznania osoby z zakłóceniami czynności psychicznych za osobę z zaburzeniami psychicznymi jest wpływ tych zakłóceń na funkcjonowanie osoby” (Wojcieszak 2021: 139). Wątpliwości rodzi jednak ograniczenie się przez autorów projektu do „środowiska społecznego” jako przesłanki udzielenia „świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy” dla osób wykazujących inne zakłócenia czynności psychicznych. Wydaje się, że nie tylko „środowisko społeczne”, ale także życie „w środowisku rodzinnym” winno determinować potrzebę lub brak udzielenia „świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy”. Dlatego przyjęta przez autorów projektu konstrukcja rodzi poważne konsekwencje w praktyce. Pojawia się bowiem wątpliwość, co w sytuacji, gdy osoba wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zaliczane są do zaburzeń psychicznych, nie potrafi funkcjonować w środowisku rodzinnym, a z kolei w środowisku społecznym egzystuje samodzielnie.

Jednocześnie nie można zapominać, że to w warunkach środowiska rodzinnego najczęściej dochodzi do ujawnienia się, a dalej zdiagnozowania stanów świadczących o występowaniu zaburzeń psychicznych. Stąd też propozycja

zmian w obszarze art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p. wymaga zrewidowania w taki sposób, by z jednej strony wyeksponować potrzebę uwzględnienia „aktualnego stanu wiedzy medycznej” jako kryterium stwierdzenia istnienia *de lege ferenda* „innych zakłóceń czynności psychicznych, które wpływają na możliwość kierowania postępowaniem” i które stanowią zaburzenia psychiczne, z drugiej zaś – konieczność prawidłowego funkcjonowania w „środowisku rodzinnym lub społecznym”.

Wypada w tym miejscu podkreślić, że proponowane zmiany w art. 3 pkt 1 lit. a–c u.o.z.p. rzutują także na zakres podmiotowy przepisów regulujących przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym. Autorzy projektu zakładają bowiem, że osoby z zaburzeniami psychicznymi, a więc osoby z zaburzeniami psychotycznymi, niepełnosprawnością intelektualną oraz wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zaliczane są do zaburzeń psychicznych, mogą zostać umieszczone w szpitalu psychiatrycznym w trybie nagłym oraz trybie wnioskowym. To, jak można sądzić, sprowadza się do przyjęcia, że, dla przykładu, osoby uzależnione, z zaburzeniami lękowymi, jak i zaburzeniami neurorozwojowymi w spektrum autyzmu będą traktowane, w świetle art. 23 i art. 29 projektu ustawy, w taki sam sposób, jak osoby wykazujące zaburzenia urojeniowe czy schizofrenię. Innymi słowy, o umieszczeniu osoby w trybie nagłym i trybie wnioskowym będzie decydować sam fakt występowania zaburzeń psychicznych. Natomiast rodzaj zdiagnozowanego zaburzenia psychicznego będzie miał drugorzędne znaczenie.

W kontekście powyższego należałoby jednak rozważyć ograniczenie kręgu osób, które mogą podlegać umieszczeniu w szpitalu psychiatrycznym w trybie art. 23 i art. 29 u.o.z.p.<sup>4</sup>, poprzez odwołanie się do kategorii „zaburzeń postrzegania rzeczywistości zagrażających życiu pacjenta lub innych osób, przejawiających się w szczególności występowaniem objawów zaburzeń świadomości dotyczących funkcjonowania zmysłów”. To z kolei doprowadzi do wyłączenia sytuacji, w których przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego będzie nadużywane, a pilna interwencja lekarska obejmować będzie osoby najbardziej potrzebujące (tj. takie, których stan zdrowia psychicznego wskazuje na zaburzenia w tzw. fazie ostrej).

Ponadto warto zauważyć, że wprowadzenie zmian do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z pominięciem stosownych odniesień w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta doprowadzi do swoistego chaosu terminologicznego, co w dalszej perspektywie rzutować będzie na sytuację pacjentów psychiatrycznych. Jedyne tytułem przykładu

---

<sup>4</sup> W Uzasadnieniu do projektu autorzy nie odnoszą się do zaproponowanych zmian w art. 23 ust. 1 oraz art. 29 ust. 1 u.o.z.p.

wskazać należy, że *de lege lata* przepisy regulujące prawo do wyrażenia zgody, odmowy zgody oraz sprzeciwu nie obejmują swym zakresem *explicite* pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. To z kolei „komplikuje ich pozycję prawną” i rodzi poważne problemy interpretacyjne (Wojcieszak 2021: 246; Karkowska 2009: 323; Bosek i Wnukiewicz-Kozłowska [red.] 2018: 419–503). Nie do końca wiadomo, czy i które przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta należy stosować wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, gdy chodzi o wyrażenie zgody oraz odmowy zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych innych niż z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Poza tym *de lege lata* przepisy art. 17 ust. 3 u.p.p. i art. 32 ust. 6 u.z.l. nie regulują sytuacji prawnej pacjentów z zaburzeniami psychicznymi innymi niż choroba psychiczna lub upośledzenie umysłowe podczas wyrażenia sprzeciwu na udzielenie świadczeń zdrowotnych innych niż z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Mając na względzie powyższe, zauważyć można, że brakuje systemowej konsekwencji ze strony autorów projektu, która w dalszej perspektywie może doprowadzić do nadużywania kategorii pojęciowych przez personel medyczny w kontekście ograniczenia albo pozbawienia autonomii postrzeganej w ujęciu funkcjonalnym. Dlatego też jako uzasadnione jawi się wprowadzenie zmian także w art. 32 ust. 6 u.z.l. i art. 17 ust. 3 u.p.p., tak by w hipotezie norm w nich wysłowionych poza pacjentami małoletnimi, którzy ukończyli 16 lat, osobami ubezwłasnowolnionymi znaleźli się również pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w art. 3 pkt 1 u.o.z.p., o ile dysponują dostatecznym rozeznaniem. Poza tym należałoby rozważyć poszerzenie kręgu podmiotów uprawnionych do wyrażenia zgody o pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w art. 3 pkt 1 u.o.z.p., o ile są zdolni do świadomego wyrażenia zgody.

### **3. Analiza art. 18 ust. 1 pkt 3 projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego**

W odniesieniu do przepisów dotyczących stosowania środków przymusu bezpośredniego również zaproponowano zasadnicze zmiany. Przepis art. 18 ust. 1 pkt 3 miałyby otrzymać brzmienie: „3) swoim zachowaniem poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie innych osób lub podmiotu, w którym się znajdują”. Tym samym wobec pacjenta, który jest niezdiscyplinowany i notorycznie wchodzi do gabinetów lekarskich lub dyżurek pielęgniarskich, utrudniając swoim zachowaniem pracę personelu medycznego, możliwe byłoby zastosowanie środków przymusu bezpośredniego w postaci przytrzymania lub przymusowego podania leków (Karczevska-Kamińska 2018: 128).



Co istotne, a jednocześnie warte podkreślenia, w Uzasadnieniu autorzy projektu nie wskazali *ratio legis* dla proponowanej zmiany. Ograniczono się wyłącznie do lakonicznego stwierdzenia, że „zapropozowano, aby przepis ten odnosił się do poważnego zakłócania lub uniemożliwiania funkcjonowania osób lub otoczenia podmiotu, w którym osoby te się znajdują”. Wydaje się, że sugerowana przez autorów projektu zmiana w art. 18 ust. 1 pkt 3 u.o.z.p. jest nie tylko wysoce dyskusyjna<sup>5</sup>, ale nade wszystko może prowadzić do sytuacji niezgodnych z celem i sensem instytucji przymusu bezpośredniego. Z uwagi na szerokie rozumienie sformułowania „poważnie zakłóca” lub „uniemożliwia funkcjonowanie innych osób lub podmiotu” prawdopodobne jest, że będzie dochodziło do nadużyć ze strony personelu medycznego w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów. Nie można bowiem wykluczyć sytuacji, w których to pacjent z uwagi na posiadane zaburzenia psychiczne będzie notorycznie poruszał się po sali szpitalnej, utrudniając przy tym sen pozostałym pacjentom (tj. „uniemożliwia funkcjonowanie innych osób”) lub będzie nieustannie dzwonił do dyżurki lekarskiej w godzinach ciszy nocnej (tj. „zakłóca funkcjonowanie podmiotu”).

Ponadto nie znajduje uzasadnienia zastąpienie „zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej” pojęciem „podmiotu, w którym się znajdują”. Zmiana ta w znaczący sposób „rozszerza zakres sytuacji, w których przymus bezpośredni może być zastosowany” (Przybyszewski 2023) (np. w ośrodkach leczenia uzależnień).

Z powyższych względów konieczne jest dążenie do stosowania zawężającej wykładni art. 18 ust. 1 pkt 3 u.o.z.p. Słusznie wskazuje się, że „normy prawne pozwalające na tak istotną ingerencję w prawa i wolności jednostki, jak użycie wobec niej przymusu bezpośredniego, polegającego – w tym wypadku – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leków, nie mogą cechować się dowolnością i uznaniowością kryteriów ich zastosowania” (Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej 2023: 2). Innymi słowy, tylko precyzyjne określenie przesłanek stosowania przymusu bezpośrednio zagwarantuje właściwą ochronę praw i wolności pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Dlatego też należałoby rozważyć wprowadzenie zmian w treści art. 18 ust. 1 pkt 3 u.o.z.p. w ten sposób, by *de lege ferenda* tylko wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, która swoim zachowaniem w istotnym stopniu zakłóca lub całkowicie uniemoż-

---

<sup>5</sup> Autorzy projektu nie precyzują, co należy rozumieć przez sformułowania „poważnie zakłóca” lub „uniemożliwia funkcjonowanie innych osób lub podmiotu”. Co za tym idzie, każde zachowanie się, które odbiega od „normy” może być kwalifikowane jako zachowanie „uniemożliwiające funkcjonowanie innych osób lub podmiotu, w którym się znajdują” (np. głośne słuchanie muzyki przez pacjenta z zaburzeniami psychicznymi w sali szpitalnej szpitala psychiatrycznego).

liwia funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, możliwe było zastosowanie środków przymusu bezpośredniego (Wojcieszak 2021: 338). Ocena, czy zachowanie pacjenta spełnia wspomniane kryteria powinna nastąpić z uwzględnieniem dóbr, o których mowa w art. 18 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p. Tylko wówczas ingerencja w wolności i prawa osoby z zaburzeniami psychicznymi będzie uzasadniona.

#### **4. Analiza art. 18a ust. 9 i art. 18a ust. 10 projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego**

Szczególną uwagę należy zwrócić także na art. 18a ust. 9, który miałby brzmieć: „Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza”, zaś art. 18a ust. 10: „Przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9, wymaga uzyskania opinii innego lekarza”. Istota nowelizacji sprowadza się więc do rezygnacji z obowiązku badania oraz konsultowania z lekarzem psychiatrą dalszego stosowania środków przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji. Wydaje się, że zaproponowana zmiana podyktowana jest przede wszystkim brakiem wystarczającej liczby personelu medycznego. Niemniej, z uwagi na potrzebę ochrony podmiotowości oraz autonomii pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, uzasadnione jest zagwarantowanie, w miarę możliwości, by dalsze stosowanie środków przymusu bezpośredniego następowało po każdorazowym osobistym badaniu przez lekarza psychiatrę (Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej 2023: 2).

Nadmienić wypada, że autorzy projektu koncentrują się na wymogu uzyskania opinii innego lekarza podczas dalszego stosowania przymusu bezpośrednio, zapominając o tym, że *de lege lata* ustawa nie przewiduje „górną granicę temporalną” stosowania izolacji lub unieruchomienia (Sztandera 2018: 15). Co więcej, z wykładni literalnej art. 18a ust. 9 projektu ustawy wynika, że przedłużenie stosowania środków przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie wymaga każdorazowego osobistego badania pacjenta. Pacjent jest bowiem badany tylko raz – przed przedłużeniem przymusu bezpośredniego na następne dwa okresy. Dopiero po dwukrotnym przedłużeniu unie-

ruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie następuje tylko po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza.

Co się zaś tyczy „wymogu uzyskania opinii innego lekarza” (art. 18a ust. 10 projektu ustawy), wydaje się, że o zasadności przedłużania środków przymusu bezpośredniego można mówić tylko wówczas, gdy lekarz wyda opinię po każdorazowym uprzednim osobistym zbadaniu pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Przyjęte rozwiązanie, choć wprost nie jest wysłowione w projekcie, pozwala – po pierwsze, na ochronę interesów pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, a po drugie – na respektowanie zasady postępowania *lege artis*.

W rezultacie powyższych rozważań należy stwierdzić, że celowe jest wprowadzenie zmian w art. 18a ust. 9 u.o.z.p. poprzez zagwarantowanie przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza lub lekarza psychiatrę, a także określenie górnej granicy temporalnej stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji lub unieruchomienia oraz poprzez dodanie do treści art. 18a ust. 10 *in fine* u.o.z.p. sformułowania „opinii innego lekarza, w miarę możliwości będącego lekarzem psychiatrą, po osobistym zbadaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi”.

## 5. Analiza art. 16 projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje także zmiany w odniesieniu do instytucji ubezwłasnowolnienia. I tak, art. 16 u.o.z.p. miałyby otrzymać brzmienie: „W razie stwierdzenia, że dobro osoby z zaburzeniami psychotycznymi lub niepełnosprawnej intelektualnie wymaga jej ubezwłasnowolnienia, kierownik podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym prokuratora”. Chociaż proponowane rozwiązanie *prima facie*, wydawałoby się, ma charakter czysto techniczny, albowiem koncentruje się wokół wprowadzenia zmian terminologicznych, to jednak prowadzi do daleko idących konsekwencji prawnych.

Przede wszystkim sugerowane zmiany bezspornie prowadzą do poszerzenia kręgu podmiotów, wobec których możliwe stałoby się wszczęcie postępowania w sprawie ubezwłasnowolnienia, o osoby „z zaburzeniami psychotycznymi” oraz „z niepełnosprawnością intelektualną”, do których zaliczyć można m.in. osoby z zaburzeniami neurorozwojowymi.

Ponadto „dobro osoby z zaburzeniami psychotycznymi lub niepełnosprawnej intelektualnie” powinno stanowić wyłącznie sądowe kryterium oceny zasadności orzeczenia ubezwłasnowolnienia wobec pacjenta. W literaturze *explicite*

wskazuje się, że „ubezwłasnowolnienie jest w danym przypadku celowe jako środek nadzwyczajny i nieunikniony ze względu na interes tej osoby” (Gutowski [red.] 2016: 85). Co więcej, „ubezwłasnowolnienie powinno służyć optymalnemu ukształtowaniu sytuacji osoby fizycznej niezdolnej do samodzielnego jej ukształtowania, a zatem ma na uwadze przede wszystkim jej dobro, rozumiane jako optymalny stan rzeczy” (Gutowski [red.] 2016: 85). Innymi słowy, ubezwłasnowolnienie jest „instytucją powołaną w wyłącznym interesie osoby chorej” (postanowienie SN z dnia 5 października 2022 r., II CSKP 1846/22; postanowienie SN z dnia 29 grudnia 1983 r., I CR 377/83; postanowienie SN z dnia 17 lutego 1981 r., II CR 11/81; postanowienie SN z 27 października 1976 r., II CR 387/76; postanowienie SA w Katowicach z dnia 11 września 2015 r., V ACa 109/15). Natomiast „przy ugruntowanej doktrynie praw człowieka, opartej na poszanowaniu godności osoby ludzkiej, powszechnie przyjętym w orzecznictwie standardem jest to, że ubezwłasnowolnienie może nastąpić tylko wtedy, gdy jest to podyktowane dobrem osoby chorej i leży w jej interesie, w żadnym natomiast wypadku nie może wynikać z interesu wnioskodawcy lub innej osoby trzeciej” (postanowienie SN z dnia 18 kwietnia 2018 r., IV CSK 587/17; wyrok SA w Katowicach z dnia 13 maja 2021 r., V ACa 118/20; postanowienie SA w Katowicach z dnia 18 grudnia 2017 r., I ACa 154/17).

Z tych też względów, *de lege ferenda*, kierownik podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej winien zostać pozbawiony możliwości zawiadomienia prokuratora o potrzebie ubezwłasnowolnienia w oparciu o kryterium „dobra osoby”, do którego odwołać może się wyłącznie sąd orzekający w przedmiocie ubezwłasnowolnienia (tzw. pozakodeksowa przesłanka ubezwłasnowolnienia) (postanowienie SN z dnia 16 kwietnia 2010 r., IV CSK 470/09; postanowienie SN z dnia 6 września 2017 r., I CSK 331/17).

Mając na względzie powyższe, wydaje się, że, *de lege ferenda*, należałoby dążyć do uchylenia art. 16 u.o.z.p. i zastąpienia instytucji ubezwłasnowolnienia pełnomocnictwem ds. zdrowotnych. Instytucja pełnomocnictwa do spraw zdrowotnych z powodzeniem jest stosowana w innych porządkach prawnych (m.in. we Francji). Ponadto wśród przedstawicieli nauki prawa coraz częściej wskazuje się na potrzebę uregulowania pełnomocnictwa do spraw zdrowotnych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Rozwiązanie to podać należy pod rozwagę i to przynajmniej z dwóch względów. Po pierwsze, instytucja pełnomocnictwa do spraw zdrowotnych pozwala na udzielenie wsparcia pacjentom, których stan zdrowia psychicznego jest wątpliwy, bez konieczności ingerowania w zakres posiadanej przez nich zdolności do czynności prawnych. I wreszcie, po drugie, pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, o ile ich stan zdrowia na to pozwala, mogliby samodzielnie wskazać osobę, która decydo-

wałaby o czynnościach podejmowanych przez personel medyczny w ramach ich leczenia psychiatrycznego. To z kolei pozwoliłoby zagwarantować choćby minimalny zakres autonomii w ujęciu funkcjonalnym, ponieważ „celem instytucji pełnomocnictwa jest przede wszystkim ochrona interesów o charakterze niemajątkowym pacjenta, w chwili, gdy nie jest on w stanie samodzielnie kształtować własnej sytuacji” (Wojcieszak 2021: 202).

## 6. Podsumowanie

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego pełni szczególną rolę w polskim systemie opieki zdrowotnej. Z jednej strony chroni wartości takie jak zdrowie i życie pacjenta, z drugiej zaś reguluje okoliczności, w których personel medyczny może podejmować czynności wbrew woli pacjenta. Dlatego jakkolwiek ingerencja w treść przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wymaga uwzględnienia zasad, na których opiera się prawo medyczne.

Naturalnie, potrzeba zmian wobec ciągłego rozwoju medycyny jest nieunikniona. Trzeba mieć jednak na względzie to, że jakkolwiek zmiana przepisów ma w dalszej perspektywie charakter systemowy. Dzieje się tak, ponieważ „system prawny stanowi zespół połączonych ze sobą instytucji, które nie zostały uregulowane wyłącznie w jednym czy dwóch aktach prawnych” (Haberko 2022: 138). Co więcej, system prawny powinien gwarantować w możliwie jak największym i jak najszerszym stopniu ochronę praw i wolności jednostki, w tym także autonomii pacjenta z zaburzeniami psychicznymi.

Wydaje się, że gwarancje ochrony autonomii winny determinować wszelkie proponowane zmiany legislacyjne w ustawodawstwie medycznym, w tym zwłaszcza w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Dzieje się tak, ponieważ autonomia stanowi nieodzowny element relacji pacjent – lekarz. Wywiera zasadniczy wpływ na kształtowanie się sytuacji prawnej pacjenta, w tym zwłaszcza pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Autonomia postrzegana jako prawo do samostanowienia pozwala pacjentowi na podejmowanie decyzji w zakresie jego zdrowia i życia. Tym bardziej więc należy uwzględnić jej charakter, znaczenia, a także sposób postrzegania przy formułowaniu nowych oraz analizowaniu dotychczasowych przepisów prawa.

Mając powyższe na względzie, pozytywnie należy ocenić prowadzone od dłuższego czasu dyskusje w przedmiocie potrzeby wprowadzenia zmian do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Natomiast sam kierunek zaproponowanych rozwiązań w projekcie ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (nr z wykazu prac legislacyjnych UD 444) nie wydaje się słuszny. Brak precyzji, a także posługiwanie się zwrotami nieostrymi i niejednoznacznyymi przez autorów projektu rodzi poważne problemy natury praktycznej.

Podobnie w Uzasadnieniu do projektu brakuje szczegółowego odniesienia się do każdej z proponowanych zmian legislacyjnych. Niezbędne jest więc dopracowanie projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w taki sposób, by sugerowane rozwiązania zagwarantowały ochronę autonomii pacjenta z zaburzeniami psychicznymi.

### Wykaz skrótów

- SA – Sąd Apelacyjny  
SN – Sąd Najwyższy  
TK – Trybunał Konstytucyjny  
u.o.z.p. – Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego  
u.p.p. – Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta  
u.z.l. – Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry

### Bibliografia

#### Akty prawne

- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. 2022, poz. 2123, tekst jednolity.  
Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Dz.U. 2022, poz. 1731, tekst jednolity.  
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. 2022, poz. 1876, tekst jednolity.

#### Orzecznictwo

- Postanowienie SN z 27 października 1976 r., II CR 387/76. Dostęp: 28.07.2023. Legalis nr 19705.  
Postanowienie SN z dnia 17 lutego 1981 r., II CR 11/81. Dostęp: 28.07.2023. Legalis nr 22495.  
Postanowienie SN z dnia 29 grudnia 1983 r., I CR 377/83. Dostęp: 28.07.2023. Legalis nr 24026.  
Postanowienie SN z dnia 16 kwietnia 2010 r., IV CSK 470/09. Dostęp: 28.07.2023. Legalis nr 223297.  
Postanowienie SN z dnia 27 października 2015 r., III CK 155/05. Dostęp: 28.07.2023. LEX nr 172101.  
Postanowienie SN z dnia 6 września 2017 r., I CSK 331/17. Dostęp: 28.07.2023. Legalis nr 1682208.  
Postanowienie SN z dnia 18 kwietnia 2018 r., IV CSK 587/17. Dostęp: 28.07.2023. Legalis nr 1799147.

- Postanowienie SN z dnia 5 października 2022 r., II CSKP 1846/22. Dostęp: 28.07.2023. LEX nr 3459979.
- Wyrok SA w Katowicach z dnia 13 maja 2021 r., V ACa 118/20. Dostęp: 28.07.2023. LEX nr 3281555.
- Postanowienie SA w Katowicach z dnia 18 grudnia 2017 r., I ACa 154/17. Dostęp: 28.07.2023. LEX nr 2557381.
- Postanowienie SA w Katowicach z dnia 11 września 2015 r., V ACa 109/15. Dostęp: 28.07.2023. LEX nr 2144687.
- Wyrok SA w Krakowie z dnia 14 marca 2016 r., II AKz 53/16. Dostęp: 28.07.2023. LEX nr 2229232.
- Wyrok TK z dnia 22 listopada 2016 r., K 13/15. Dostęp: 28.07.2023. LEX nr 2152312.

## Opracowania

- Aondo-Akaa, Grażyna, Monika Masłowska i Katarzyna Pająk. 2018. „Ważne, żeby się dobrze żyło”. Młodzież z lekką niepełnosprawnością intelektualną o sobie, swoich wartościach i marzeniach. *Edukacja Humanistyczna* 2(39): 105–116.
- Baggini, Julian i Peter Fosl. 2010. *Przybornik etyczny. Kompendium metod i pojęć etycznych*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Bołoz, Wojciech. 2007. *Bioetyka i prawa człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UKSW.
- Bujny, Jędrzej. 2006. *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*. Warszawa: C.H. Beck.
- Chełmowska, Paulina. 2017. Przymusowe leczenie szpitalne osób chorych psychicznie – kilka uwag na tle ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. *Studenckie Zeszyty Naukowe XX* (34): 17–35.
- Cierpiałkowska, Lidia. 2012. *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Ćwirynkało, Katarzyna. 2010. *Společne funkcjonowanie osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną (w kontekście autonomii i podmiotowości)*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Gutowski, Maciej. 2016. Komentarz do art. 13. W: Maciej Gutowski (red.). *Kodeks cywilny*. T. 1: *Komentarz. Art. 1–449<sup>11</sup>*, 84–88. Warszawa: C.H. Beck.
- Haberko, Joanna. 2016. Zasady postępowania lekarza w stosunku do pacjenta. Uwagi *de lege lata* i *de lege ferenda* na tle przepisów Kodeksu etyki lekarskiej. *Medyczna Wokanda* 8: 43–56.
- Haberko, Joanna. 2022. Samodzielność decyzyjna małoletniego w kwestiach zdrowotnych. Uwagi na tle projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (druk sejmowy 1432). *Studia Iuridica Lublinesia* 31(3): 123–142.
- Janiszewska, Beata. 2013. *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*. Warszawa: C.H. Beck.
- Janiszewska, Beata. 2016. O skutkach stwierdzenia bezpodstawności hospitalizacji psychiatrycznej. Zagadnienia prawne w orzecznictwie SN. *Monitor Prawniczy* 23: 1285–1288.
- Karczewska-Kamińska, Natalia. 2018. *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*. Warszawa: Wolters Kluwer.

- Karkowska, Dorota. 2009. *Prawa pacjenta*. Warszawa: Oficyna.
- Kiejan, Andrzej i Krzysztof Małyszczak. 2011. *Psychiatria – podręcznik akademicki*. Wrocław: Wydawnictwo UM Wrocław.
- Kmieciak, Błażej. 2018. Leczenie szpitalne w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W: Anna Jacek, Błażej Kmieciak, Emilia Sarnacka (red.). *Prawo dla lekarzy psychiatrów*, 126–168. Warszawa: Difin.
- Kobińska, Anna. 2006. Zakres autonomii pacjenta na przykładzie niewyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości. *Transformacje Prawa Prywatnego* 3–4: 35–51.
- Kołodziej, Anastazja. 2002. Stopień autonomii woli pacjenta na tle ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. *Prawo i Medycyna* 11: 74–83.
- Łuków, Paweł. 2005. *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Opczyńska, Małgorzata, Maria Rostworowska, Zbigniew Ćwikliński, Jolanta Robak, Ireneusz Dziasek, Mira Marciak, Halina Pytko i Bernardetta Karolczyk. 2009. Leczenie bez zgody – dialog czy „psychiatryczne gry językowe”? *Psychoterapia* 2(149): 37–44.
- Puzyński, Stanisław. 1993. *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: Wydawnictwo Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Puzyński, Stanisław. 2007. Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska* 41(3): 299–308.
- Radzicki, Józef. 1967. *Ryzyko zabiegów lekarskich w prawie karnym*. Warszawa: Wydawnictwo Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Safjan, Marek. 2004. Granice autonomii człowieka w prawie współczesnym. W: Jerzy Axer, Leszek Balcerowicz, Bronisław Geremek, Jacek Hołówka, Leszek Kołakowski, Adam Michnik, Karol Modzelewski, Karol Myśliwiec, Marek Safjan, Włodzimierz Siwiński, Piotr Węgleński, Aleksander Wolszczan, Andrzej Kajetan Wróblewski, Andrzej Zoll (red.). *Uniwersyteckie wykłady na koniec starego i początek nowego tysiąclecia*, 91–111. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Sroka, Tomasz. 2018. Ochrona zdrowia psychicznego. W: Leszek Bosek, Agata Wnukiewicz-Kozłowska (red.). *Szczególne świadczenia zdrowotne*. T. 2: *System Prawa Medycznego*, 419–503. Warszawa: C.H. Beck.
- Szwed, Marcin. 2020. *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Świdarska, Małgorzata. 2007. *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*. Toruń: Wydawnictwo Dom Organizatora TNOiK.
- Tałaj, Anna i Janina Suchorzewska. 2007. Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Problemy Pielęgniarstwa* 15(1): 32–38.
- Tomaszewska, Monika. 2008. *Charakter prawny decyzji o ubezwłasnowolnieniu w sądowym stosowaniu prawa*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Wałachowska, Monika. 2016. Postępowanie lecznicze wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W: Ewa Bagińska (red.). *Wielka Encyklopedia Prawa*. T. 10: *Prawo medyczne*, 97–99. Warszawa: Fundacja Ubi societas, ibi ius.
- Wojcieszak, Agnieszka. 2021. *Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi*. Warszawa: C.H. Beck.



**Źródła internetowe**

- Projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (nr z wykazu prac legislacyjnych UD 444). Dostęp: 28.07.2023. <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12367401/12938766/12938767/dokument594604.pdf>.
- Przybyszewski, Tomasz. 2023. PFON krytycznie o projekcie nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Dostęp: 28.07.2023. <https://pfon.org/aktualnosci/pfon-krytycznie-o-nowelizacji-ustawy-o-ochronie-zdrowia-psychicznego/>.
- Stanowisko Nr 5/23/P-IX Prezydium Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2023 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Dostęp: 28.07.2023. [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/documents/doc\\_1673871073\\_ps005-23-ix.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/documents/doc_1673871073_ps005-23-ix.pdf).
- Sztandera, Filina. 2018. Gwarancje prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do samoświadomości oraz poszanowania godności intymności na tle wybranych zagadnień. *Ius et Administratio* 3. Dostęp: 28.07.2023. [http://iusetadministratio.eu/wp-content/Zeszyty\\_naukowe/2018/3\\_2018/3\\_2018\\_4\\_Sztandera.pdf](http://iusetadministratio.eu/wp-content/Zeszyty_naukowe/2018/3_2018/3_2018_4_Sztandera.pdf).
- Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (nr z wykazu prac legislacyjnych UD 444). Dostęp: 28.07.2023. <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12367401/12938766/12938767/dokument594604.pdf>.

