



Odpowiedzialność terapeutyczna zawodowych obrońców praw pacjenta¹

BŁAŻEJ KMIECIAK
UNIwersYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

Z czym kojarzy nam się prawo? Większość osób kojarzy przepisy prawne zapewne z salą sądową, zawodem adwokata lub sędziego. Rzadko jednak w dyskusjach naukowców zwraca się uwagę, iż prawo stanowić może również niezwykle istotny aspekt przeżyć wewnętrznych. Socjologia prawa, a więc nauka analizująca społeczne działania prawa, zwraca uwagę, iż konkretne przepisy mogą oddziaływać w sposób: motywacyjny, informacyjny oraz kontrolny. Oddziaływanie powyższe zawsze wiąże się z doświadczaniem określonych emocji, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Emocje te odgrywają niezwykle znaczenie w procesie powrotu do zdrowia. W ciągu ostatnich lat dostrzec można w procesie tym coraz istotniejszą rolę zawodowych obrońców praw pacjenta. Mowa o sądzie opiekuńczym oraz rzecznikach lub pełnomocnikach zajmujących się ochroną praw pacjenta. Wspomniani eksperci pojawiają się najczęściej w sytuacjach dotyczących zagadnień prawno-rodziny lub też biorą udział w postępowaniach odnoszących się do problemu ochrony zdrowia psychicznego. W tym miejscu warto zastanowić się: czy rola wspomnianych ekspertów ogranicza się wyłącznie do interweniowania oraz udzielania informacji? Czy, przekazując wiedzę dotyczącą praw pacjenta, wpływać mogą pozytywnie lub negatywnie na jego stan? Jakie błędy w podobnej sytuacji mogą być popełniane? Czy można aktualnie dostrzec metody, które dla wspomnianych prawnych specjalistów mogą stanowić wsparcie?

Słowa kluczowe:

prawa pacjenta, prawo rodzinne, sąd opiekuńczy, zdrowie psychiczne, socjologia prawa.

¹ Artykuł powstał w ramach realizacji tematu badawczego *Prawno-społeczne wyzwania ochrony zdrowia psychicznego*, finansowanego ze środków Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – nr 502-03/6-074-06/502-64-103.

Wstęp

W połowie 2017 r. powróciła w Polsce dyskusja dotycząca reformy wymiaru sprawiedliwości. Zgłoszony przez Prawo i Sprawiedliwość pakiet nowelizujący polskie najistotniejsze przepisy dotyczące działania sądów powszechnych wzbudził nie tylko zainteresowanie, ale również i obawy. Powszechnie zaczęto zwracać uwagę, iż sugerowane zmiany mogą wpłynąć na istotne obniżenie standardów poszanowania praw człowieka w Polsce. Łączenie zagadnienia wspomnianych praw oraz wolności z działaniem systemu sprawiedliwości jest zjawiskiem całkowicie naturalnym. To właśnie sądy mają stać na straży sprawiedliwego rozstrzygnięcia danego problemu (Kokot, 2017, online). Rola ta w sposób doniosły daje o sobie znać w sprawach o medycznym charakterze. Odnoszą się one bowiem do unikalnych dla społeczeństwa wartości, jakimi są z całą pewnością zdrowie oraz życie (zob. Karkowska, 2012, s. 30). Analizując relację prawa i medycyny bardzo często natrafic można na sprawy dotyczące np. błędów w sztuce lekarskiej. Media niejednokrotnie przedstawiają nam sytuacje świadczące o wyrządzeniu przez szpital szkody pacjentowi. Najczęściej wówczas wskazuje się pracowników, których spotykają konkretne zarzuty. Także szeroko rozumiana popkultura odnosi się do podobnych wątków, czego doniosłym przykładem jest chociażby twórczość Johna Grishama opisującego sądowe sprawy o medycznym charakterze (Kmieciak, 2015, s. 145). W dyskusjach społecznych rzadziej pojawia się inny kontekst pokazujący unikalny charakter relacji łączącej prawo i medycynę. Mowa w tym miejscu o działaniach jakie podejmują sądy w sytuacji, w której zostaną zawiadomione przez szpital o potrzebie decyzyjnego włączenia się do danej sprawy dotyczącej określonej osoby. Dotykają one kluczowego dla leczenia problemu zgody pacjenta. Sądy zarówno z perspektywy międzynarodowego,

jak i krajowego ustawodawstwa wyposażone zostały w bardzo ważną kompetencję. Mają one bowiem prawo wyrazić tzw. zgodę zastępczą. Uprawnienie to niejako włącza się w momencie, w którym to lekarz, bazując na swojej wiedzy dostrzega, iż pacjent nie posiada pełni kompetencji, by formalnie zaakceptować bądź zanegować proponowane działania diagnostyczno – terapeutyczne (Karkowska, 2010a, s. 234). W podobnej sytuacji lekarz ma najczęściej dwie możliwości działania. W chwili zagrożenia życia pacjenta lub niebezpieczeństwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu może on podjąć działanie lecznicze (mowa w tym miejscu najczęściej o przeprowadzeniu zabiegu). Musi on następnie powiadomić sąd opiekuńczy, który zbada czy działanie bez zgody pacjenta było uprawnione. W sytuacji jednak, w której to działania nie muszą być podjęte natychmiast lekarz ma obowiązek zawiadomić sąd opiekuńczy (Śliwka, 2010, s. 227)

Cel oraz metoda

Przywołane powyżej działania prawnie – medyczne w sposób doniosły kierują nas w stronę istotnych zjawisk. Sędzia wyrażający ostateczną opinię na temat możliwości działania terapeutycznego w sposób nieodzowny włącza się w jego zakres. Choć wprost nie podejmuje on decyzji diagnostycznych oraz leczniczych, to jednak od jego ogólnego rozeznania w tym zakresie zależy dalszy scenariusz interwencji podejmowanych przez lekarza. W jaki jednak sposób sędzia może włączyć się w podobne medyczne interwencje? Czy terapeutyczna rola sędziego wynika wyłącznie z treści przepisów poszczególnych ustaw, czy też w znacznej mierze jest skorelowana z jego postawą? Czy w zależności od rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych możemy dostrzec istotne elementy różnicujące terapeutyczną funkcję sądów oraz sędziów?

Odpowiedzi na wskazane w tym miejscu pytania poszukiwane będą przede wszystkim

po przez poddanie analizie treści wybranych ustaw mających zastosowanie w polskim systemie ochrony zdrowia (Bator, 2008, ss. 24–15). Działanie to wsparte będzie również analizą zawartości przekazów masowych, w tym źródeł medialnych oraz treści znalezionych w doniesieniach internetowych, stanowiących dla coraz większej liczby osób pierwsze źródło informacji (Lisowska – Magdziarz, 2006, s. 3). Istotną pomocą w tym zakresie będzie również analiza dwóch konkretnych przypadków (Juszczak 2013, ss. 8–11). Pierwszy z nich dotyczy będzie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 2016 r. – dotyczy ona kompetencji sądu opiekuńczego w sprawach o charakterze psychiatrycznym. Drugi z kolei odnosić się będzie do tzw. „sprawy z Białogardu” – mowa w tym miejscu o obszernie relacjonowanej przez media sprawie rodziców wcześniaka, którzy wbrew decyzji sądu zdecydowali się na opuszczenie z dzieckiem szpitala, wcześniej odmawiając zgody na jakiegokolwiek interwencje medyczne względem niego.

Sąd w medycynie

Omawianie wskazanych w tym miejscu zagadnień warto rozpocząć od przedstawienia głównych polskich przepisów zwracających uwagę na szczególną rolę sądu opiekuńczego w sprawach z zakresu ochrony zdrowia i życia człowieka. W pierwszym miejscu należy zauważyć treści zawarte w Konstytucji RP. W ustawie zasadniczej w sposób wyraźny powiązane zostały ze sobą dwa zjawiska: godność człowieka oraz jego wolność. To właśnie przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło jego wolności. Bazując jednakże na wskazanym w tym miejscu unormowaniu, należy zwrócić uwagę, że przywołana wolność człowieka nie posiada charakteru absolutnego. Oznacza to, iż może być w pewnych sytuacjach ograniczana. Jak czytamy w art. 31 ust. 3 polskiej Konstytucji: *Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw*

mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. Warto przypomnieć, że ustawa zasadnicza określa również w sposób ogólny zasady ograniczania wolności. W art. 41 omawianego dokumentu podkreślono, że *Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie.* Przywołany w tym miejscu przepis wskazuje, iż ograniczenie wolności człowieka z mocy ustawy podlega kontroli sądu, który winien być powiadomiony o tym fakcie w ciągu 48 godzin (Konstytucja, 1997)

Przenosząc ww. zasady do rzeczywistości medycznej, w sposób naturalny wręcz natrafiamy na przepisy odnoszące się do ograniczenia wolności pacjenta po przez zatrzymanie go na terenie danego szpitala. Pojawiają się tutaj sytuacje dotyczące hospitalizacji bez zgody pacjentów chorych psychicznie, uzależnionych od substancji psychoaktywnych, bądź też stwarzających zagrożenie epidemiologiczne. Pozostawiając przywołane przykłady dalszej refleksji warto dostrzec, że pojęcie wolności nie może być interpretowane wyłącznie w kontekście możliwości fizycznego działania danego człowieka. Odnosi się ono również w sposób bezpośredni do możliwości podjęcia przez pacjenta autonomicznej decyzji. W trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych pojawiają się bowiem tego typu sytuacje, w których to najczęściej lekarze zmuszeni zostają do wkroczenia w obszar decyzji pacjenta. Dzieje się to najczęściej w momencie, w którym to:

1. pacjent nie posiada kompetencji w zakresie świadomego wyrażenia zgody (jest nieprzytomny, pobudzony psychoruchowo,

- jego wiek lub stan psychiczny nie pozwalają mu na autonomiczne podjęcie decyzji);
2. rodzice lub opiekunowie pacjenta nie wyrażają zgody na podjęcie działań skierowanych w stronę ich podopiecznego (mowa tutaj o działaniach, które są niezbędne w celu uniknięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub pojawienia się uszczerbku na jego zdrowiu bądź fizycznym funkcjonowaniu);
 3. działania pacjenta stwarzać mogą zagrożenie dla jego życia lub życia i zdrowia innych osób (Stychlerz, 2008, s. 401).

W odniesieniu do pierwszego przypadku w sposób bezpośredni wypowiadają się przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Dokument ten wskazuje, iż sąd jest właściwym organem decyzyjnym w zakresie ewentualnego zaakceptowania udziału w eksperymencie leczniczym osoby, która pomimo posiadania pełnej zdolności do czynności prawnych nie może wyrazić swojego stosunku do tego typu aktywności. Także w standardowych działaniach lekarskich zgoda omawianego organu posiada kluczowe znaczenie. Art. 32 ust 2 stanowi, że to sąd opiekuńczy wydaje zgodę na badanie pacjenta lub przeprowadzenie wobec niego innych świadczeń zdrowotnych w chwili, gdy nie może w sposób świadomie się do nich ustosunkować lub jest osobą ubezwłasnowolnioną, a kontakt z jego opiekunem prawnym jest niemożliwy. Decyzja ta ma szczególne znaczenie. Bez zgody sądu w podobnej sytuacji lekarz może przeprowadzić jedynie badanie pacjenta. Dopiero akceptacja działań przez sędziego uprawnia do udzielenia dalszych świadczeń zdrowotnych (por. art. 32 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza). Szczególne znaczenie ma w tym miejscu art. 34 ust. 1 i 6 omawianego dokumentu (Ustawa, 1996). Zgodnie bowiem z jego treścią podjęcie w stosunku do pacjenta działań diagnostycznych lub terapeutycznych,

które stwarzają podwyższone ryzyko, możliwe jest za jego pisemną zgodą lub akceptacją ze strony sądu opiekuńczego. Wypowiada się on w sytuacji, w której to pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody. Ważnym jest, że w sytuacji nagłej lekarz może podjąć podobne działania bez zgody sądu. Możliwe jest to jednak w chwili (...) *gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.* (por. art. 34 ust. 7 ustawy o zawodzie lekarza)

Opisane w tym miejscu potencjalne sytuacje dotyczą zdarzeń, w których to zaobserwować możemy relację istniejącą pomiędzy lekarzem i pacjentem. Rola sądu opiekuńczego posiada jednakże równie istotne znaczenie w momencie, w którym to medyk udziela świadczeń zdrowotnych dziecku lub też osobie ubezwłasnowolnionej całkowicie. Mowa w tym miejscu o sytuacji, w której to dostrzec można różnicę zdań pomiędzy rodzicami; opiekunem a np. dzieckiem, które ukończyło lat 16. Sąd opiekuńczy rozstrzyga w podobnej sytuacji, jakie winny być dalsze działania, w tym wypadku odnoszące się do udzielenia świadczeń zdrowotnych (Syroka – Marczevska, 2013, s. 25). Warto także zwrócić uwagę, że wskazując na zasady udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom (osobom ubezwłasnowolnionym oraz niezdolnym do wyrażenia świadomej zgody) ustawa o zawodzie lekarza dopuszcza możliwość udzielenia świadczeń za zastępczą zgodą sądu. Jak już zaznaczono – w momencie, w którym zwłoka w działaniach stanowiłaby zagrożenie dla życia lub zdrowia tej grupy pacjentów, wówczas lekarz ma prawo podjąć

działania bezzwłocznie, następnie informując sąd opiekuńczy (Ustawa, 1996).

Na koniec tej części rozważań warto odnieść się do sytuacji, o której mowa była w trzecim ze wskazanych powyżej punktów, a więc do zdarzeń, w którym sąd musi podjąć decyzję o ewentualnej izolacji pacjenta, który z racji doświadczanej choroby stwarzać może zagrożenie dla siebie lub innych osób. Zgodnie z art. 5 obowiązującej w Polsce Europejskiej Konwencji Praw Człowieka: *Każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Nikt nie może być pozbawiony wolności, z wyjątkiem następujących przypadków i w trybie ustalonym przez prawo.* W jednym z podpunktów do cytowanego tutaj przepisu zwrócono uwagę na sytuację zgodnego z prawem pozbawienia wolności osoby w celu zapobieżenia szerzeniu przez nią choroby zakaźnej, osoby umyślowo chorej, alkoholika, narkomana lub włóczęgi (Konwencja, 1950). W polskim porządku prawnym wprowadzono szereg przepisów dotyczących możliwości działania bez zgody pacjenta znajdującego się w podobnej sytuacji klinicznej. Na szczególną uwagę zasługuje w tym miejscu forma działań przymusowych przyjęta wobec pacjentów doświadczających zaburzeń psychicznych. Odnosi się do niej treść uchwalonej po wielu latach starań ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Ustawa, 1994). W dokumencie tym w sposób szczególny opisana została unikalna rola sądu opiekuńczego. Organ ten jest zawiadamiany w ciągu 48 godzin o zatrzymaniu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym (zarówno osoby badanej na izbie przyjęć, jak i osoby, która uprzednio leczona wycofała zgodę na pobyt w szpitalu). Podobna interwencja możliwa jest jedynie w stosunku do pacjentów, którzy:

- ▶ stwarzają zagrożenie dla siebie lub innych osób, w związku z wystąpieniem objawów choroby psychicznej;
- ▶ zagrożenie to spowodowane jest zachowaniem, które prawdopodobnie wynika z ww.

choroby, konieczna jest jednakże obserwacja mająca na celu potwierdzenie, lub wykluczenie tego stanu (Karkowska, 2010b, ss. 151 – 153).

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wprowadza zasadę, zgodnie z którą sędzia sądu opiekuńczego ma obowiązek osobistego spotkania się z pacjentem przyjętym bez zgody do szpitala. Podobne spotkanie powinno mieć miejsce maksimum trzy dni od chwili uzyskania zawiadomienia ze szpitala. Co warto odnotować – sędzia ma prawo o każdej porze skontrolować stan przestrzegania praw pacjenta na terenie wspomnianego typu placówek. Najczęściej podobne kontrole odbywają się raz na pół roku. Delegowany może być jednakże do nich wyłącznie sędzia posiadający rozeznanie w temacie ochrony zdrowia psychicznego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2012).

Sąd w psychiatrii

Wskazane powyżej działania sądu opiekuńczego w ramach sytuacji przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego skłaniają do dokładniejszego zwrócenia uwagi na kilka istotnych kwestii. Po pierwsze warto w tym miejscu powtórnie podkreślić, że sędzia w szpitalu psychiatrycznym znajduje się w szczególnym położeniu. Osobiście udaje się on bowiem do szpitala w celu dokładnego sprawdzenia przyczyn zatrzymania pacjenta w miejscu, które nadal przez wielu określone jest mianem instytucji totalnej (por. Goffman, 2011, ss. 14–15). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, iż podobne działania kontrolne przybrać mogą wyjątkową postać. Nie ograniczają się one bowiem jedynie do sprawdzenia np. pod kątem formalnym sposobu dokonywania wpisów w dokumentacji medycznej. Sędzia, rozmawiając z pacjentem, analizując na miejscu całość sytuacji w jakiej się on znalazł, posiada prawo żądania, by personel natychmiast wypisał osobę leczoną ze szpitala.

Podobne zdarzenie wynikać może nie tylko z np. błędów formalnych związanych z przyjęciem na oddział danej osoby. Sędzia bowiem, obserwując zachowanie pacjenta, dojść może do osobistego przekonania, zgodnie z którym leczenie go w sposób wyraźny naruszałoby jego prawa (Młodożeniec, Pieżgalska, 2004, s. 295). Jak widać zatem przewidziane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego kompetencje sądu posiadają nie tylko formalny, ale również terapeutyczny charakter. Pogląd ten utrwalony został na początku 2016 r. To wówczas Sąd Najwyższy wydał uchwałę odnoszącą się wprost do terapeutycznej roli, jaką w omawianym typie placówek przyjąć musi sędzia sądu opiekuńczego.

W dn. 8 listopada 2016 r. Sąd Najwyższy zdecydował się odnieść do pytania, jakie zadał mu jeden z sądów okręgowych. Jak wskazano ww. uchwała odnosiła się do następującej wątpliwości: *Czy w postępowaniu prowadzonym na skutek zawiadomienia kierownika szpitala psychiatrycznego o przyjęciu na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego do tego szpitala osoby, która nie wyraziła na to zgody, sąd uprawniony jest jedynie do zbadania zaistnienia przesłanek wskazanych w powołanym w zawiadomieniu przepisie, czy też może ustalać, czy zasadnym było przyjęcie tej osoby do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody na innej podstawie prawnej, w szczególności w oparciu o art. 24 ust. 1 tej samej ustawy?* (Uchwała SN, 2016). Wątpliwość ta powstała w związku z wyjaśnianiem apelacji, jaką wniosła jedna z pacjentek niezgadzących się z decyzją sądu dotyczącą jej przymusowego leczenia psychiatrycznego. Osoba ta została przyjęta do szpitala w tzw. trybie nagłym. Oznacza to, iż wg opinii lekarzy pacjentka z powodu choroby psychicznej zagrażała sobie lub też innym osobom. Szpital zdecydował się zawiadomić sąd opiekuńczy, bazując na art. 23 ustawy psychiatrycznej, który odnosi się właśnie do podobnej sytuacji. Sędzia sądu opiekuńczego doszedł

jednak do wniosku, iż ma również prawo zbadać, czy nie byłoby bardziej zasadne przyjęcie owej osoby na tzw. obserwację psychiatryczną (por. art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Tym samym sędzia uznał, iż nie jest jego zdaniem pewne, czy pacjentka ta jest chora psychicznie czy też nie. Od informacji tej zależało dalsze postępowanie. W wypadku bowiem obserwacji nie można pacjenta poddawać leczeniu, a pobyt w szpitalu nie może przekraczać 10 dni. Tryb nagły natomiast zezwala na natychmiastowe podjęcie m.in. farmakologicznej interwencji terapeutycznej. Działanie to lekarz może wdrożyć tuż po przyjęciu pacjenta na dany oddział psychiatryczny. W sytuacji leczenia bez zgody pacjent może żądać wypisu ze szpitala dopiero pięćdziesiąt jeden dni od wydania przez sąd postanowienia dotyczącego zasadności przyjęcia go do danej placówki psychiatrycznej (uchwała SN, 2016, Kmiecik 2017, ss. 245 – 271).

Sąd Najwyższy, badając ww. sprawę, doszedł do istotnego wniosku. Jak czytamy w uchwale: *Sąd rozpoznający sprawę w przedmiocie przyjęcia osoby o której jest mowa w art. 23 i 24 ustawy (o ochronie zdrowia psychicznego) do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody nie jest związany podstawą prawną przyjęcia wskazaną w zawiadomieniu kierownika szpitala.* (uchwała SN, 2016). Argumentując przywołane stanowisko zwrócono uwagę, iż powiadomienie sądu opiekuńczego przez szpital posiada szczególne znaczenie. Ważne jest w tym kontekście zwrócenie uwagi na podstawę prawną przyjęcia. Najczęściej szpitale nie są obowiązane do odnoszenia się w powiadomieniu do treści konkretnego przepisu. Jak jednak celnie przypomniał SN to właśnie podstawa prawna przymusowej hospitalizacji posiada kluczowe znaczenie dla dalszych działań diagnostyczno-terapeutycznych kierowanych w stronę pacjenta. Omawiana uchwała odniosła się przede wszystkim do kwestii formalnej podobnej sytuacji. Jak zaznaczono w analizowany

dokumentem *Funkcją kontroli sądowej w sprawach o przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym jest strzeżenie, aby lokowanie osoby w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody następowało jedynie wówczas, gdy spełnione zostały ustawowe przesłanki (...). Nakłada to na sąd obowiązek takiej wykładni przepisów tej ustawy, która uwzględnia cel i zamiar ustawodawcy oraz wyjątkowy charakter przyjętej regulacji polegający na odstępstwie od zasady nieskrepowanej możliwości samodzielnej oceny przez każdą osobę potrzeby i rodzaju oraz metod postępowania leczniczego. Podjęte orzeczenie powinno służyć dobru i interesowi osoby, której postępowanie dotyczy* (uchwała SN, 2016). Czytając podobne stwierdzenia, dojść można przede wszystkim do przekonania, że omawiana uchwała bardzo mocno przypomina, iż sąd stoi na straży poszanowania praw człowieka doświadczającego zaburzeń psychicznych. To wskazany organ ma tym samym kompetencje do dokonania oceny, czy podstawa prawna działań przymusowych wskazana została w sposób słuszny. Ukazana tutaj kontrolna funkcja sądu prezentuje nam jednakże niepełny obraz związany z działaniami przymusowymi podejmowanymi wobec pacjentów doświadczających chorób psychicznych lub upośledzenia umysłowego. Jak wskazano powyżej w sprawach o psychiatrycznym charakterze sędzia nie ogranicza się jedynie do refleksji formalnych dotyczących przedstawionej przez szpital sytuacji. Ma on obowiązek spotkać się z pacjentem. Ma także prawo nakazać jego wypis. Uchwała Sądu Najwyższego odsłania nam kolejny element. Sędzia wkracza *de facto* w proces diagnostyczny pacjenta. Zaznaczono bowiem, że ma on prawo nie zgodzić się z zaprezentowanym przez psychiatrów stanem faktycznym. Sąd Najwyższy podkreślił słusznie, że to sędzia, a nie lekarz może kompetentnie ocenić czy podstawa prawna odnosi się w sposób trafny do zaistniałej sytuacji. Trzeba jednakże

dostrzec inny element podobnego stanu. W analizowanej przez SN sprawie sędzia sądu opiekuńczego zdecydował, iż badać będzie sprawę nie w oparciu o uznanie, iż dotyczy ona pacjenta chorego psychicznie (art. 23 ustawy), ale wskazując, że nie jest pewnym, czy osoba ta w ogóle cierpi na podobne psychotyczne schorzenia (art. 24 ustawy). Tym samym sędzia podejmuje w tym miejscu nie tylko decyzję formalną, ale wkracza w proces diagnostyczny pacjenta. Z jego perspektywy sytuacja ta dotyczyć może wyłącznie treści danego przepisu. Prawdopodobnym jest jednak, iż – zmieniając podstawę badania danej sytuacji przymusowej – w sposób istotny wpłynie on na dalsze możliwości działania personelu medycznego. Jak już bowiem wskazano, przyjmując pacjenta do szpitala na dziesięciodniową obserwację, personel nie ma prawa podejmować żadnych działań terapeutycznych (Karkowska, 2010b, ss. 151–153).

Podobne spostrzeżenia mają kluczowe znaczenie nie tylko dla środowiska pacjentów oraz personelu podejmującego wobec nich konkretne działania. Uchwała Sądu Najwyższego bezsprzecznie kieruje nas w stronę terapeutycznej roli, jaką na terenie szpitala sprawuje sąd opiekuńczy. Bazując na przedstawionej powyżej uchwale dostrzec można, iż od trafnej oceny sędziego zależy, czy wobec osoby chorej/ zaburzonej podjęte zostaną trafne interwencje medyczne.

Pojęcie „terapii” ukazuje także inny obszar refleksji dotyczącej działań podejmowanych przez sędziów na terenie szpitala psychiatrycznego. Mowa w tym miejscu o postawie osoby piastującej podobne stanowisko. Rozmawiając z osobą przyjętą do szpitala bez zgody, urzędnik ten występuje nie tyle w roli arbitra, ale także osoby, której zgłaszany jest konkretny problem. Pacjent niejednokrotnie oczekuje wysłuchania oraz pomocy w sytuacji, którą uznaje za niesprawiedliwą. Zdaniem Antoniego Kępińskiego w podobnym

momencie niezwykle łatwo wpaść w pułapkę, w której dany ekspert będzie występował przed pacjentem w „masce”. Będzie unikać nawiązania z nim jakiegokolwiek osobistej relacji. Sędzia może również bazować wyłącznie na arbitralnych np. legalnych osądach – kluczowa w tym miejscu będzie legalistyczna podstawa zapisana w treści ustawy. Pojawić się może również błąd pseudoprofesjonalizmu: rozmawiając z chorym, sędzia odgrywać będzie rolę mędrca oraz wszechstronnie wykształconego w danej materii znawcy tematu (Kępiński, 2001, ss. 340–342). Podobne działania mogą zostać określone jako „błąd jurygeny”². Zagadnienie to pierwszy raz dostrzeżone zostało przez twórców koncepcji Therapeutic Jurisprudence. Skonstruowane zostało ono w 1987 r., gdy Davida Wexlera (wsparty przez Bruce’a Winicka), skierowali list do Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego USA, zwracając uwagę na kluczową, terapeutyczną rolę sędziów na co dzień orzekających w istotnych dla życia społecznego sprawach (Hora P.F., Schma W. G., Rosenthal T., 1999, s. 442). W omawianej koncepcji zwrócono uwagę na niezwykle istotnie powiązanie jakie istnieje pomiędzy podejmowaniem przez sędziego decyzji prawnych a samopoczuciem odbiorcy wskazanych działań. Błędna decyzja sędziego lub też niewłaściwe traktowanie przez niego „klienta wymiaru sprawiedliwości” w sposób bezpośredni wpływa na powstanie u niego konkretnej szkody, w tym także potencjalnej szkody zdrowotnej (Schma, 2003, s. 25).

Tutaj warto jednak zwrócić uwagę, iż pojawić się może sytuacja, w której to sędzia będzie swoją postawą oddziaływać w sposób terapeutyczny na pacjenta. Podobny stan może mieć miejsce w momencie, w którym to

ekspert ten będzie realizował kluczowe zasady definiujące pozytywną relację terapeutyczną. Zdaniem Jana Czesława Czabały są to: wykazywanie empatii oraz zaufania, wzbudzanie nadziei, a także motywacji do leczenia (Czabała, 2000, ss. 176–180).

Sędzia, rodzina, szpital

Zaprezentowane w tym miejscu działania sądu opiekuńczego odnoszą się do zdarzeń, w których konieczne jest podjęcie interwencji mającej na celu zabezpieczenie pacjenta przed nim samym (także zabezpieczenie społeczeństwa). Jak zaznaczono we wstępie wielokrotnie spotkać się można z sytuacjami, w których to omawiany organ powiadomiony zostaje o szczególnie złożonych sytuacjach, w których to np. rodzice dziecka nie zgadzają się na podjęcie wobec niego interwencji terapeutycznej uznawanej przez personel za niezbędną. Szczególnie trudne w tym kontekście wydają się sprawy dotyczące Świadców Jehowy. Zarówno w praktyce klinicznej, jak i w literaturze przedmiotu coraz częściej spotkać można casusy, odnoszące się do sytuacji, w której to rodzice dziecka nie zgadzają się na transfuzję krwi w trakcie np. operacji ich dziecka. Zdarza się, iż mowa jest w tym miejscu o momentach, gdy brak interwencji medycznej prowadzić może do stanu zagrożenia życia pacjenta. Podobne zdarzenia określić należy jako szczególnie złożone. Z perspektywy prawnej personel szpitala nie ma najczęściej problemu z uzyskaniem tzw. zastępczej zgody sądu na zabieg medyczny. Dużo większym, a zarazem bardziej złożonym problemem jest wypracowanie akceptacji u rodziców dziecka, uznających, iż interwencja medyczna jest bezprawna i zła (zob. Antommara, weise, 2013, ss. 962–965).

Z podobną sytuacją mieliśmy do czynienia we wrześniu 2017 r. w tzw. sprawie z Białogardu. Krajowe media zwracały wówczas uwagę na sytuację noworodka

urodzonego w szpitalu we wspomnianym Białogardzie. Jak wskazano w kolejnych materiałach jego rodzice tuż po narodzinach nie zgodzili się na podjęcie wobec niego jakiegokolwiek działań medycznych. Przedstawiciele szpitala wskazywali, że mowa była w tym miejscu o *osuszeniu dziecka, ogrzaniu pod napromiennikiem ciepła, wytarciu z mazi płodowej, kąpieli dziecka w oddziale, podaży witaminy K domięśniowo lub doustnie, szczepieniach ochronnych, ewentualnym dokarmianiu dziecka, gdyby tego wymagało, wykonaniu badań przesiewowych, profilaktyce zakażenia przedniego odcinka oka (inaczej zabieg Credego)* (Depesza, 2017, online). Opisane w tym miejscu postępowanie rodziców można uznać w podobnej sytuacji za nie w pełni racjonalne. Lekarze opiekujący się mamą dziecka podkreślali, że jej decyzja była dla nich zaskoczeniem: akceptowała ona bowiem wcześniejsze decyzje ginekologów. Po porodzie wraz z mężem nie wyraziła zgody na jakiegokolwiek interwencje lekarzy oraz pielęgniarek. Sytuacja ta legła u podstaw decyzji szpitala o powiadomieniu sądu opiekuńczego. Działania te personel podjął bazując na przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Personel uznał w omawianej sytuacji, iż działania rodziców w sposób bezpośredni zagrażać mogą życiu dziecka (Galant, 2017, online). Powiadomienie sądu było w tym wypadku jednoczesnym wkroczeniem w obszar władzy rodzicielskiej. Należy przypomnieć, że instytucja ta jest w sposób szczególny chroniona w polskiej Konstytucji. Analiza zapisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego skłania jednak do zwrócenia uwagi, iż kluczowe uprawnienia rodzicielskie nie posiadają charakteru absolutnego. Są one bowiem ograniczone obiektywnym dobrem osób małoletnich (Kodeks, 1964). Szpital, analizując sytuację noworodka, doszedł do wniosku, że wskazane dobro może zostać naruszone po przez brak działań rodziców zobowiązanych do wypełniania swoich

rodzicielskich obowiązków (por. Ignatowicz, Nazar, 2006, s. 284).

W omawianej tutaj sprawie należy dostrzec kilka istotnych faktów. W pierwszym rzędzie trudno zrozumieć intencje, jakie kierowały rodzicami. Kontestowali oni wszelkie propozycje personelu medycznego. Dotyczyły one standardowych procedur. Z drugiej jednak strony postępowanie lekarzy nie jest w pełni jasne. Jak się bowiem okazuje badający wskazaną sprawę konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii prof. Ewa Helwich doszła do wniosku, że nie było podstaw do powiadomienia sądu opiekuńczego. W rozmowie z Polską Agencją Prasową, zaznaczyła że *w przypadku noworodka z białogardzkiego szpitala nie było podstaw do zgłaszania sprawy sądowi rodzinnemu. Zabrakło cierpliwości i spokojnej rozmowy personelu z rodzicami* (Materiał, 2017, online). Warto zwrócić uwagę na dalsze zdarzenia jakie miały miejsce w tej sprawie. Rozpatrujący ją sąd opiekuńczy – jak wskazywały media – zdecydował się, by rozprawa dotycząca potencjalnego ograniczenia władzy rodzicielskiej odbyła się na terenie szpitala. Jej finałem było wyznaczenie kuratora, który został upoważniony do reprezentowania dziecka w sprawach z zakresu ochrony zdrowia. Podobne ograniczenie władzy rodzicielskiej spotkało się z krytyką rodziców noworodka, którzy zdecydowali się opuścić szpital. Jak się okazuje analizujący powyższą sprawę sąd drugiej instancji stwierdził, że decyzja sądu opiekuńczego była błędna (por. Opinia, 2017, ss. 2–11).

Analizując jednakże w tym kontekście literaturę przedmiotu, dojść można do wniosku, że działanie lekarzy było w pełni uzasadnione. M.in. Eleonora Zielińska, odnosząc się do podobnych zdarzeń, zwróciła uwagę, że możliwość zawiadomienia sądu opiekuńczego przez szpital w sytuacji braku zgody rodziców na działanie medyczne pojawia się w chwili, w której zagrożenie dla życia dziecka nie posiada charakteru bezpośredniego: lekarze

² Termin ten nawiązuje do pojęcia „błąd jatrogenny”. Odnosi się on do złego wpływu na ludzką psychikę szkodliwych działań podejmowanych przez personel medyczny.

oraz pielęgniarki mają w tej sytuacji czas na uzyskanie zgody sądu na ewentualne działania medyczne (Zielińska 2008, s. 512). To właśnie w tym miejscu ponownie dostrzegamy kluczową rolę terapeutyczną sądu opiekuńczego.

W sprawie z Białogardu prawdopodobnie nie pojawiła się sytuacja zagrożenia zdrowia dziecka. Opisy wskazanej sytuacji odnosiły się do procedur medycznych posiadających charakter profilaktyczny. Szpital w żadnym miejscu nie wskazał bowiem, iż rodzice odmówili działań mających na celu ratowanie życia dziecka. Sąd pierwszej instancji prawdopodobnie nie dostrzegł istotnej – także prawnej – różnicy pomiędzy zagrożeniem dla życia dziecka a zagrożeniem dla jego zdrowia. Warto w tym miejscu dostrzec, że ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty przewiduje możliwość zawiadomienia sądu opiekuńczego. W sytuacji ze szpitala w Białogardzie zapewne władze placówki, zawiadamiając sąd opiekuńczy, powołały się na art. 34 ust. 6 wspomnianej ustawy, zgodnie z którym *jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w ust. 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego* (Ustawa, 1996). Zapoznając się dokładnie z opisem wskazanej sprawy trudno dojść do wniosku, by w całej sytuacji mowa była o niebezpieczeństwie utraty życia dziecka lub jego ciężkim rozstroju zdrowia. Dziecko nie znajdowało się w takim stanie, było tzw. późnym wcześniakiem. Lekarze nie chcieli wdrożyć wobec niego terapii ratującej jego życie. Dążyli do realizacji przewidzianych w standardach działań profilaktycznych. Jednocześnie jednak trzeba zaznaczyć, iż oceniając działania pracowników ochrony zdrowia trudno przyjąć wyłącznie

krytyczną postawę wobec faktu powiadomienia sądu. Analizując sytuację zdrowotną noworodka (w tym wcześniaka), nie można w wielu wypadkach uznać, który stan zagraża jego zdrowiu, a który będzie już niebezpieczny dla jego życia. Niestety dojść można do wniosku, iż podobnej refleksji nie było po stronie sądu opiekuńczego. Ponownie wracamy zatem do terapeutycznej roli jaką posiadają omawiane organy. Z całą pewnością sąd nie jest instytucją, która winna w tym miejscu wystawiać np. diagnozę o neonatologicznym charakterze. Winien on posiadać jednak wiedzę, która pozwoli mu na sformułowanie odpowiedniego pytania dotyczącego stanu dziecka, w tym potencjalnego zagrożenia dla jego życia bądź zdrowia. To bowiem od odpowiedzi udzielonej przez personel zależy dalsze działanie mogące mieć różny stopień uciążliwości: przybrać może ono formę przymusu leczenia dziecka lub też akceptacji postawy przyjętej przez rodziców (por. Babiuch, 2014, ss. 7–17).

Wnioski i podsumowanie

Relacja pomiędzy prawem i medycyną posiada z całą pewnością coraz silniejszy charakter. Obecnie nie ma możliwości wykonywania zawodów medycznych bez znajomości odnoszących się do nich unormowań prawnych. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, czy też diagnostki laboratoryjni lub fizjoterapeuci posiadają odrębne ustawy, w których opisano zasady wykonywania ich profesji. Także na poziomie refleksji teoretycznej bazującej na dorobku nauk społecznych dostrzec można podobne powiązanie wspomnianych dyscyplin wiedzy. Stanisław Stadniczenko oraz Leszek Zamielski w ramach refleksji pedagogiczno – prawnych podkreślają, że wydanie orzeczenia przez sąd jest podobne w swej naturze do postawienia diagnozy przez lekarza. W jednym i w drugim przypadku mowa jest bowiem o wydaniu opinii oraz decyzji na podstawie badania człowieka lub zjawiska

(Standniczenko, Zamielski, 2016, s. 19). Z kolei Jerzy Lande, charakteryzując pojęcie polityki prawa, porównał ją do medycyny. Jednocześnie wskazany tutaj kontynuator petrażyckańskiej koncepcji socjologii prawa zwrócił uwagę na jeszcze inny element ważny w omawianych aspektach. Prawo i medycyna jego zdaniem łączy podobna misja. Ich zadaniem jest bowiem zalecanie stosowania określonych działań w celu doprowadzenia do społecznie pozytywnego efektu. Samemu Leonowi Petrażyckiemu bliska była refleksja medyczna. Po pierwsze nim zajął się prawem studiował przez kilka lat medycynę. Po drugie natomiast w swoich pracach podkreślał, iż prawo w sposób wyraźny nie tylko funkcjonuje w naszej psychice, ale na nią działa (Motyka 1993, s. 191). Oddziaływanie to dostrzec można zatem zarówno w gronie przedstawicieli nauk medycznych, wśród pacjentów, jak i w gronie prawniczych ekspertów. W ostatniej ze wskazanych grup widzimy w tych kontekstach także inne zjawisko. Okazuje się bowiem, że wykonywanie takich profesji, jak adwokat, radca prawny lub sędzia nie jest możliwe bez posiadania podstawowych informacji z zakresu nauk medycznych. Tym samym warto wyraźnie zaznaczyć, iż podobnie jak medycyna nie mogą działać bez znajomości prawa, tak prawnicy coraz częściej nie są w stanie wypełniać swoich obowiązków bez posiadania wiedzy o medycznym charakterze.

Ostatnie stwierdzenie odnieść należy przede wszystkim do zawodu sędziego. W kontekście problemu ochrony zdrowia profesja ta kojarzona jest często ze sprawami dotyczącymi głównie błędów w sztuce np. lekarskiej. Sprawy te dotyczą jednak sytuacji, które już miały miejsce. Sąd wsparty opinią biegłego ma tutaj czas na rozstrzygnięcie problemu. Nieco inna jest jednak sytuacja, w której to sąd zawiadamiany jest przez szpital o konkretnym problemie, który się pojawił. Sędzia ma w tym miejscu nie tylko podjąć arbitralną decyzję,

ma on za zadanie rozwiązać daną sytuację. Rozwiązanie to może polegać na wyrażeniu zgody na interwencję medyczną bądź też sprawdzeniu, czy podjęte działania rzeczywiście miały na celu dobro pacjenta. W tym miejscu mowa jest o sytuacjach niecodziennych i nagłych: przyjęcie do szpitala bez zgody, podjęcie interwencji medycznej bez akceptacji pacjenta lub jego bliskich itd. Sędzia nie jest tutaj jednak wyłącznie osobą, która wyznaczona została przez państwo do roli swoistego „akceptatora”. Jest on bowiem tym, który często wkracza w problem o medycznym charakterze. Sędzia jest wsparty opinią lekarzy, ale ostatecznie to on podejmuje decyzje. Sytuacja ta ma miejsce zwłaszcza w opisanych powyżej kontekstach psychiatrycznych. W trackie spotkania sędziego z pacjentem na terenie szpitala wszelkie rozstrzygnięcia wspomnianego urzędnika będą miały charakter terapeutyczny lub antyterapeutyczny. W podobny sposób ocenić można przyjętą przez niego postawę. Antonii Kępiński zaznaczał, że może być ona zarówno lekiem w trakcie kontaktu z chorym, jak i trucizną. Warto w tym miejscu dostrzec, że odpowiednie – także medyczne – przygotowanie sędziego wizytującego szpital psychiatryczny posiada trudne do przecenienia znaczenie. Ekspert ten musi posiadać podstawową wiedzę z zakresu psychopatologii. Nie może on ograniczyć się wyłącznie do refleksji formalno-prawnych. Te bowiem sytuacje dotyczące pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wprost kierują go w stronę np. podobnego pytania: *Czy stan prezentowany przez pacjenta jest chorobą psychiczną?* Od odpowiedzi na tą wątpliwość zależy dalsza możliwość podejmowania działań bez zgody pacjenta. Konteksty psychiatryczne wykonywania zawodu przez sędziego jawią się nam zatem jako przestrzeń wymagająca od tego eksperta znacznie większej aktywności klinicznej niż sprawy dotyczące innych specjalności medycznych.

Rozwój wiedzy, świadomość praw pacjentów oraz pojawiające się konflikty w systemie ochrony zdrowia powodują, iż interwencje sądów stają się zjawiskiem częstym nie tylko po zakończeniu leczenia, ale również w jego trakcie. Niezbędnym jest kształtowanie świadomości w tej kwestii nie tylko w środowisku lekarzy i pielęgniarek, ale także wśród sędziów. W trakcie szkoleń przeznaczonych dla ostatnich ze wskazanych grup warto uświadamiać, iż decyzje sędziowskie mają kluczowe znaczenie praktyczne w trakcie leczenia. Równie istotny bywa sposób przekazania osobie chorej informacji o prawnym charakterze. To od niego czasem zależy, czy dana osoba będzie się leczyć akceptując to działanie czy też zostanie do niego przymuszona, czego w terapii winno się dla dobra pacjenta unikać. 🗨️

Błażej Kmiecik, doktor nauk społecznych w zakresie socjologii prawa, pedagog specjalny, bioetyk, adiunkt w Zakładzie Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, wykładowca prawa w Pracowni Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Łódzkiego, oraz mediator (współpracownik) w Fundacji Wsparcia Psychospołecznego w Łodzi, były Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Afilacja:

Zakład Prawa Medycznego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
e-mail: blazej.kmiecik@umed.lodz.pl

Bibliografia

- Antommara, A. H. M., Weise, K. L. (2013). Conflicts Between Religious or Spiritual Beliefs and Pediatric Care: Informed Refusal, Exemptions, and Public Funding, *Pediatrics* no. 5, s. 962–965.
- Babiuch, H. (2014). Zakres praw rodziców do wychowania dziecka zgodnie z własnymi przekonaniami, *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*, nr 13, s. 7–17.
- Bator, A. (2008). *Wprowadzenie do nauk prawnych. Leksykon tematyczny*. Warszawa: LexisNexis.
- Czabała, J. Cz. (2000). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- Depesza (2017): Rodzice porwali noworodka ze szpitala. Trwają ich poszukiwania, Polskie radio, źródło: <http://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/1855324,Rodzice-porwali-noworodka-ze-szpitala-Trwaja-ich-poszukiwania>. (dostęp 25.10.2017).
- Gruszczyńska-Młodożeniec, A., Pierzgalska, K. (2004). Wybrane zagadnienia prawne w psychiatrii, *Wiadomości Psychiatryczne*, nr 4, t. 7, s. 293–297.
- Galant, G. (2017). Urowadzenie noworodka w Białogardzie. Trwa oblawa, *Polska The Times*, źródło: <http://www.polskatimes.pl/fakty/kraj/a/uprowadzenie-noworodka-w-bialogardzie-trwa-oblawa,12487187/>. (dostęp 25.10.2017)
- Hora, P.F., Schma, W. G., Rosenthal, T. (1999). Therapeutic Jurisprudence And The Drug Treatment Court Movement: Revolutionizing The Criminal Justice Systems Response To Drug Abuse And Criminal In America, *Notre Dame Law Review*, No 1, s. 439–538
- Goffman, E. (2011). *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ignatowicz, J., Nazar, M. (2006), *Prawo rodzinne*. Warszawa: LexisNexis.
- Juszczyk, S. (2013). *Badania jakościowe w naukach społecznych – szkice metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Kępiński, A. (2001). *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Karkowska, D. (2012). *Zawody medyczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Business.
- Karkowska, D. (2010a). *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Business.
- Karkowska, D. (2010b). Prawa pacjenta psychiatrycznego. W: M. Wojciechowska. (red.). *Problemy zdrowia psychicznego* (s. 143–157). Łódź: Wydawnictwo AHE.
- Kmiecik, B. (2015). *Prawa pacjenta i ich ochrona. Studium socjologiczne*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe KUL.
- Kmiecik, B. (2017). Konstytucyjne wzorce ochrony zdrowia psychicznego. W: K. Stępnik, *Dwudziestolecie Konstytucji RP: potrzebna rewizja, czy stagnacja? Księga rocznicowa*, s. 245–271. Warszawa: Wydawnictwo Think – Make.
- Kokot, M. (2017). Kolejne protesty w obronie niezależności sądów w kraju i na świecie, *Gazeta Wyborcza*, źródło: <http://wyborcza.pl/7,75398,22133261,kolejne-demonstracje-w-obronie-niezaleznosci-sadow-w-kraju-i.html>. (dostęp 29.10.2017 r.)
- Motyka, K. (1993). *Wpływ Leona Petrażyckiego na polską teorię i socjologię prawa*. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Materiał (2017). Konsultant ds. neonatologii o noworodku z Białogardu: Nie było podstaw do angażowania sądu rodzinnego, *Gazeta prawna*, źródło: <http://www.gazetaprawna.pl/artykuly/1071811,konsultant-ds-neonatologii-nie-mowle-szczepienie-dzieci-rodzice.html>. (dostęp 29.10.2017 r.)
- Opinia (2017). *Opinia prawna Instytutu na Rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris, skierowana do Sądu Rejonowego w Białogardzie*. Warszawa: Instytut Ordo Iuris.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. z 2012 nr.740).
- Syroka-Marczewska, K. (2013). Prawa dziecka jako pacjenta, *Klinika – Czasopismo Fundacji Uniwersyteckich Poradni Prawnych*, nr 14, s. 23–29.
- Stadniczenko, S. L., Zamielski, P. (2016). *Pedagogika prawa. Vademecum!* Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie.
- Szttychlerz, A. (2008). Prawa pacjenta, a obowiązki lekarza, *Forum Medycyny Rodzinnej*, nr 5, s. 399–402.
- Schma, G.W. (2003). Therapeutic Jurisprudence, *Michigan Bar Journal*, No. 1, s. 23–26.
- Śliwka, M. (2010). *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*. Wyd. 2. Toruń: Wydawnictwo Dom Organizatora.
- Uchwała Sądu najwyższego z dnia 8 listopada 2016 r. Sygn. akt III CZP 66/16.
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 z późn. zm.).
- Ustawa, Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami 3,5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz. U. Nr 61, poz. 284).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. 2004 r. Nr 162, poz. 1691)
- Zielińska, E. (2008). *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Warszawa: Wydawnictwo ABC.

Therapeutic Responsibility of Professional Defenders of Patients' Rights

Abstract

What do we associate with law? Most people associate legal provisions with a courtroom, attorney's or judge's profession. It is rarely mentioned in scientific discussions that the law may be an extremely important aspect of internal experiences. Sociology of law, that is the science analyzing the social action of law points out that specific regulations may affect in a motivational, informative and control manner. This interaction is always associated with experiencing specific emotions, both positive and negative. These emotions play an extraordinary role in the recovery process. In recent years can be seen in the increasingly important role of the professional defenders of patients' rights: the judges of the guardianship court and advocates dealing with the protection of patients' rights. These experts appear most often in legal and family matters or they are involved in proceedings relating to the problem of mental health protection. At this point it is worth to considering: Is the role of these experts limited only to information and intervention? Can they influence positively or negatively on patient condition during the transmission of information about patients' rights? What mistakes can be made in a similar situation? Can we see methods that will support these legal specialists?

Keywords:

patient's rights, family law, guardianship court, mental health, sociology of law.