

Przegląd Prawno-Ekonomiczny

REVIEW OF LAW, BUSINESS & ECONOMICS

styczeń-luty-marzec

Nr 42
(1/2018)



WYDZIAŁ ZAMIEJSKOWY
PRAWA I NAUK
O SPOŁECZEŃSTWIE | **KUL**

WYDAWCA

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II | Wydział Zamiejscowy Prawa i Nauk o Społeczeństwie
w Stalowej Woli

ADRES REDAKCJI

Redakcja „Przeglądu Prawno-Ekonomicznego” | 37-450 Stalowa Wola, ul. Ofiar Katynia 6a |
e-mail: ppe@kul.pl

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

dr Artur Lis – redaktor naczelny (editor-in-chief) | dr David W. Lutz (Holy Cross College w Notre Dame, USA) | dr Dariusz Żak – zastępcy redaktora naczelnego (associate editors) | dr hab. Grzegorz Wolak – sekretarz redakcji (administrative editor) | dr hab. Piotr T. Nowakowski – redaktor ds. międzynarodowych (international editor) | dr Filip Ciepły, dr Isaac Desta (Holy Cross College w Notre Dame, USA), dr Dorota Tokarska, dr Dominik Tyrawa, dr Timothy Wright (Holy Cross College w Notre Dame, USA) – redaktorzy tematyczni (subject editors) | dr Piotr Pomorski – redaktor statystyczny (statistical editor) | mgr Agnieszka Lis – redaktor językowy polskojęzyczny (Polish-language editor) | mgr Tomasz Deptuła (USA) – redaktor językowy anglojęzyczny (English-language editor) | prof. dr hab. Nikolaï Gołowaty (UKRAINA) – redaktor językowy rosyjskojęzyczny | dr Judyta Przyłuska-Schmitt – redaktor konsultant (consulting editor) | mgr Rafał Podlesny – redaktor techniczny (layout editor)

RADA NAUKOWA

ks. prof. dr hab. Antoni DĘBIŃSKI (Rektor KUL Lublin) | prof. dr hab. Thomas BURZYCKI (Holy Cross College w Notre Dame, USA) | prof. dr hab. Wiktor CZEPURKO (Ukraina) | dr hab. Leszek CWIĘKA (KUL Stalowa Wola) | prof. dr hab. Czesław DEPTUŁA (KUL Lublin) | dr hab. Marzena DYJAKOWSKA (KUL Lublin) | abp. prof. dr hab. Andrzej DZIĘGA (Szczecin) | dr hab. Krzysztof GRZEGORCZYK (Wyższa Szkoła Humanistyczno-Przyrodnicza w Sandomierzu) | nadkom. dr Dominik HRYSZKIEWICZ (Wyższa Szkoła Policji w Szczytnie) | prof. dr hab. Aleks JULDASZEW (Interregional Academy of Personnel Management, Ukraina) | prof. dr hab. Marian KOZACZKA (KUL Stalowa Wola) | prof. dr hab. Andrzej KUCZUMOW (KUL Stalowa Wola) | prof. dr hab. Pantelis KYRMIZOGLU (Alexander TEI of Thessaloniki, Greece) | dr hab. Antoni MAGDOŃ (KUL Stalowa Wola) | ks. prof. dr hab. Henryk MISZTAŁ (KUL Lublin) | prof. dr hab. Wojciech NASIEROWSKI (University of New Brunswick) | prof. dr hab. Jurij PACZKOWSKI (Ukraina) | prof. dr hab. Pylyp PYLYPENKO (Ukraina) | prof. dr hab. Anton STASCH (European Akademy of Technology & Management, Oedheim Niemcy) | prof. dr hab. Tomasz WIELICKI (California State University, Fresno) | ks. dr hab. Krzysztof WARCHAŁOWSKI (Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego)

RECENZENCI ZEWNĘTRZNI

dr hab. Leszek BIELECKI (Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych w Kielcach) | dr Walentyn GOŁOWCZENKO (Interregional Academy of Personnel Management, Ukraina) | dr hab. Mirosław KARPIUK (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie) | dr Barbara Lubas (Nadbużańska Szkoła Wyższa w Siemiatyczach) | prof. dr hab. Oleksander MEREŻKO (Ukraina) | dr Kiril MURAWIEW (Interregional Academy of Personnel Management, Ukraina) | dr Łukasz Jerzy PIKULA (Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach) | ks. dr hab. Tomasz RAKOCZY (Uniwersytet Zielonogórski) | dr hab. Krystyna ROSŁANOWSKA-PLICHCIŃSKA (Wyższa Szkoła Zarządzania i Ekologii w Warszawie) | dr hab. Piotr RYGUŁA (Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego) | dr hab. Romuald SZEREMIETIEW (Akademia Obrony Narodowej) | prof. dr hab. Jerzy Tomasz SZKUTNIK (Politechnika Częstochowska) | prof. dr hab. Dariusz SZPOPER (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie) | dr hab. Andrzej SZYMAŃSKI (Uniwersytet Opolski) | dr Agnieszka OGRODNIK-KALITA (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie)

DRUK I OPRAWA

VOLUMINA.PL DANIEL KRZANOWSKI | ul. Ks. Witolda 7-9, 71-063 Szczecin | tel. 91 812 09 08 | e-mail: druk@volumina.pl

ISSN 1898-2166 | Nakład 300 egz.

Spis treści

Artykuły

ANDRZEJ MARIAN ŚWIĄTKOWSKI *Specyficzne pojmowanie badań i metod empirycznych w prawie pracy* | 9

ANDRZEJ SZYMAŃSKI *Gdy bezprawie było prawem. Kilka przykładów dyskryminacji ludzi wierzących w Polsce Ludowej* | 39

ZBIGNIEW KLIMIUK *Metody i formy popierania polskiego eksportu w okresie międzywojennym. Bezpośrednie formy popierania eksportu (część II)* | 61

EDYTA SOKALSKA *Policentryzm jako strukturalna podstawa amerykańskiego federalizmu w recepcji Vincenta Ostroma* | 85

TOMASZ RAKOCZY *Struktury prawne i organizacyjne Kościołów Ewangelickich w zakresie środków społecznego przekazu* | 100

GRZEGORZ WOLAK *O pojęciu uprawnionego w rozumieniu art. 6 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów* | 116

ANNA WOLSKA-BAGIŃSKA *Ekonomiczno-prawne aspekty upadłości konsumenckiej* | 145

BARTOSZ BACIA, PATRYK TOPOROWSKI *Instrument wielostronny MLI – nowa era w międzynarodowym prawie podatkowym* | 159

MAŁGORZATA CHROSTOWSKA *Zagrożenie utraty stabilności systemu finansów publicznych - system ochrony zdrowia w zestawieniu ze starzejącym się społeczeństwem* | 182

MICHAŁ GRUDECKI *Kilka słów o racjonalnym przestępcy w świetle wybranych nowelizacji Kodeksu karnego z lat 2015 – 2017* | 198

AGATA BARAN *Rozwój regulacji dotyczących migracji zarobkowej w Polsce w okresie międzywojennym* | 213

TOMASZ GUZIK *Ocena instytucji ekstradycji z perspektywy ekonomicznej analizy prawa* | 240

KATARZYNA SICZEK *Strasburskie standardy rzetelnego przesłuchania małoletnich pokrzywdzonych na przykładzie skarg wniesionych przeciwko Polsce* | 256

ADRIAN ROMKOWSKI *Przepisy karne ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. w kontekście standardów ochrony danych osobowych w rozporządzeniu GDPR (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.* | 268

MARLENA STRADOMSKA, TOMASZ SŁAPCZYŃSKI *Przymusowe leczenie osób chorych psychicznie i uzależnionych - perspektywa prawno - psychologiczna* | 307

BARTŁOMIJ BIGA *Ekonomiczna analiza patentu w trzech wymiarach* | 323

Glosa

SŁAWOMIR ZWOLAK *Glosa do wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 6 lipca 2017 r., II OSK 2766/15* | 340

Contents

Articles

ANDRZEJ MARIAN ŚWIĄTKOWSKI *Distinctive concept of empirical research orientations and methods in labour law* | 9

ANDRZEJ SZYMAŃSKI *When lawlessness became law. A few examples of the discrimination of the people believing in the Polish People's Republic* | 39

ZBIGNIEW KLIMIUK *Methods and forms of promoting Polish exports in the interwar period. Direct actions aimed at expanding the country's exports (part II)* | 61

EDYTA SOKALSKA *Polycentrism as the structural basis for American federalism in the reception of Vincent Ostrom* | 85

TOMASZ RAKOCZY *Legal and organization structures of Evangelical Churches in the area of means of social communication* | 100

GRZEGORZ WOLAK *About the Notion of Entitled Party within Article 6 of the Act of 18 October 2006 on Liquidation of Unclaimed Deposits* | 116

ANNA WOLSKA-BAGIŃSKA *Economic and legal aspects of personal bankruptcy* | 145

BARTOSZ BACIA, PATRYK TOPOROWSKI *MLI: the new era in international tax law* | 159

MAŁGORZATA CHROSTOWSKA *The risk of the loss of the stability of the public finance system - health care system in correlation with the aging society* | 182

MICHAŁ GRUDECKI *A few words about the rational offender in the light of selected amendments of the Polish Penal Code from 2015-2017* | 198

AGATA BARAN *Development of the legislation on labour migration in Poland during the interwar period* | 213

TOMASZ GUZIK *The Evaluation of Extradiction from the perspective of Economic Analysis of Law* | 240

KATARZYNA SICZEK *Strasbourg's fair trial standards regarding proceedings with examination of aggrieved minor by the example of applications against Poland* | 256

ADRIAN ROMKOWSKI *Criminal infringements of the ustawa o ochronie danych osobowych 1997 in the perspective of personal data protection standards of the General Data Protection Regulation 2016* | 268

MARLENA STRADOMSKA, TOMASZ SŁAPCZYŃSKI *Forced treatment of people who suffer from mental disorders and addicted person in legal-psychological perspective* | 307

BARTŁOMIEJ BIGA *The Economic Analysis of Patent in Three Dimensions* | 323

Gloss

SŁAWOMIR ZWOLAK *Gloss to the judgment of the Supreme Administrative Court of 6 July 2017 file ref. II OSK 2766/15* | 340

Marlena Stradomska, Tomasz Stapczyński

Przymusowe leczenie osób chorych psychicznie i uzależnionych – perspektywa prawnopsychologiczna

Forced treatment of people who suffer from mental disorders and addicted person in legal-psychological perspective

Wprowadzenie

Problemy natury psychicznej niewątpliwie są wyzwaniem cywilizacyjnym XXI wieku¹. Statystyki pokazują, iż ponad 450 milionów populacji światowej cierpi z powodu zaburzeń psychicznych. Należy zaznaczyć, że o wiele więcej ma jednak problemy psychiczne. Ponad 27% dorosłych Europejczyków doświadcza w ciągu roku przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego. Podobnie sytuacja wygląda w Polsce, gdzie systematycznie rośnie liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Zatem niezbędne jest to, aby podejmować działania, szczególnie instytucjonalne, które umożliwią podejmowanie konkretnych, znormalizowanych środków zaradczych². Zdrowie psychiczne i choroba psychiczna są pojęciami wzajemnie sprzężonymi zarówno w znaczeniowym jak i w praktycznym wymiarze funkcjonowania rzeczywistości społecznej³. Uzależnienie, choroby, czy też zaburzenia psychiczne, utrudniają jednostce niemalże każdy aspekt funkcjonowania – zarówno zawodowy, rodzinny czy społeczny⁴.

¹ http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html (dostęp 14 września 2017).

² http://g.ekspert.infor.pl/p/_dane/akty_pdf/DZU/2017/43/458.pdf, 14.09.2017 (dostęp 14 września 2017).

³ W.A. Brodniak, *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Warszawa 2000, s.17.

⁴ <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction> (dostęp 14 września 2017).

Jak wynika z powszechnie obserwowanej praktyki, często decyzje sądu o ubezwłasnowolnieniu czy przymusowym skierowaniu na leczenie osób dotkniętych tymi problemami podejmuje się zdecydowanie za późno. Ustawodawca nie nadał priorytetowego charakteru pomocy takim osobom. Nierzadko opieszałość w kierowaniu na przymusowe leczenie osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnieniami kończy się tragicznie. Brak wsparcia państwa oraz organów samorządowych może prowadzić do generowania kolejnych trudności. Uzależnienie, które często współistnieje z chorobą psychiczną, może w sposób bezpośredni lub pośredni zwiększać ryzyko w postaci konfliktu z prawem, sprowadzania zagrożenia, a także krzywdzenia innych osób⁵. Trudności związane z uzależnieniem, chorobami psychicznymi często prowadzą do próby samobójczej lub w ostateczności samobójstwa dokonanego. Problem samobójstwa jest kwestią wieloaspektową i wielowymiarową, a nad rozwiązaniem niniejszych zagadnień nieprzerwanie pracują specjaliści dziedzin interdyscyplinarnych⁶. Państwo powinno zapewniać możliwości dobrowolnego leczenia osób uzależnionych, ale i w wyjątkowych przypadkach pomagać im przymusowo nie zważając na wolę jednostki⁷.

Niekiedy przymusowe leczenie osób uzależnionych i chorych jest koniecznością. Pozwalają na to odpowiednie uregulowania prawne. Bez podjęcia konkretnych działań umożliwiających prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie często dochodzi do tragicznych w skutkach sytuacji. Wówczas ofiarami stają się osoby najbliższe. Trudności trwają przez lata, co doprowadza do rozpadu więzi, ale też destabilizacji osobowości członków rodziny. Często osoby, które mają problem natury psychicznej nie są w stanie dostosować się do obowiązujących norm zachowania, co działa destrukcyjne na całe środowisko rodzinne czy lokalne. W związku z powyższym dla dobra osoby i jednostek w jej otoczeniu, sięga się po środki prowadzące do przymusowego leczenia. Wiąże się z tym stosowanie środków przymusu fizycznego. Przymus leczenia w Polsce przewidują przepisy takich ustaw jak: Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁸, Ustawa z dnia 19 sierpnia

⁵ Zob. A. Andrzejewska, *Dzieci i młodzież w sieci zagrożeń realnych i wirtualnych. Aspekty teoretyczne i empiryczne*, Warszawa 2014, s. 31–47.

⁶ <http://suicydologia.org/> (dostęp 14 września 2017).

⁷ Zob. A. Koczaska -Siedlecka, *Młodzież i substancje psychoaktywne*, Warszawa 2009, s.17–33.

⁸ Tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 487.

1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁹ oraz Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii¹⁰.

Przedmiotem niniejszego artykułu jest przedstawienie regulacji prawnych dotyczących przymusu leczenia osób uzależnionych i dotkniętych schorzeniami psychicznymi.

Przymusowe leczenie osób uzależnionych

Uzależnienie jest niezwykle trudną sytuacją zarówno dla osoby, która nie jest w stanie funkcjonować prawidłowo bez dostępu do określonej substancji, ale i dla otoczenia - szczególnie rodziny. Często jednostki uzależnione dodatkowo cierpią na zaburzenia natury psychicznej.

Organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego są zobowiązane do działań, mających na celu profilaktykę uzależnień oraz pomocy w momencie, gdy takie problemy już występują. Z przepisów ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wynika, że odpowiednie instytucje powinny wspierać tworzenie i rozwój organizacji społecznych, propagujących trzeźwość i abstynencję. Należy tu jednak podkreślić, iż egzekwowanie od samorządów skutecznego działania w tej materii jest ograniczone, a problemem są przede wszystkim środki finansowe, potrzebne do realizacji zadania.

Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu mogą prowadzić stacjonarne i niestacjonarne zakłady lecznictwa odwykowego i inne zakłady opieki zdrowotnej. Właściwie poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne, jednak są wyjątki od tej zasady. Od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za leczenie odwykowe. Na obszarze województwa organizuje się całodobowe zakłady lecznictwa odwykowego oraz wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia i współuzależnienia. Członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu, dotknięci następstwami nadużywania alkoholu przez osobę uzależnioną, uzyskują w publicznych zakładach opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnień oraz profilaktyki. Świadczenia takie są bezpłatne. Dzieci osób uzależnionych od alkoholu mogą uzyskać bezpłatną pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i publicznych poradniach specjalistycznych oraz

⁹ Tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 882.

¹⁰ Tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 783.

placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych. Pomoc niesiona dzieciom przez osoby lub instytucje może być udzielona wbrew woli rodziców lub opiekunów będących w stanie nietrzeźwym.

Osoby, które powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu oraz w celu wskazania rodzaju zakładu leczniczego. Na badanie takie kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, właściwa według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, na jej wniosek lub z własnej inicjatywy. Osoby uzależnione od alkoholu zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego. O zastosowaniu obowiązku poddania się takiemu leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego orzeka sąd właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy.

Sąd wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora. Do wniosku dołącza się zebraną dokumentację i opinię biegłego, jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone. W przypadku, gdy brak jest opinii biegłego w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, sąd zarządza poddanie tej osoby odpowiednim badaniom. Sąd może zarządzić oddanie badanej osoby pod obserwację w zakładzie leczniczym na czas nie dłuższy niż 2 tygodnie, jeżeli na podstawie opinii biegłego uzna to za konieczne. W wyjątkowych wypadkach, np. na wniosek zakładu, sąd może termin ten przedłużyć do 6 tygodni – jednakże przed wydaniem postanowienia osoba, która ma być poddana leczeniu stawia się w sądzie. Na postanowienie zarządzające oddanie osoby uzależnionej na obserwację do zakładu przysługuje zażalenie. W razie zarządzenia przez sąd badania przez biegłego lub oddania pod obserwację w zakładzie leczniczym osoba taka zobowiązana jest poddać się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz zabiegom niezbędnym do wykonania podstawowych badań laboratoryjnych. Koniecznością jest to, aby były wykonywane przez uprawnionych do tego pracowników służby zdrowia mających odpowiednią wiedzę.

Orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu osoby uzależnionej zapada po przeprowadzeniu rozprawy, która powinna odbyć się w terminie jednego miesiąca od dnia wpływu wniosku. W razie nieusprawiedliwionego niestawienia na rozprawę lub uchylania się od zarządzonego poddania się badaniu przez biegłego albo obserwacji w zakładzie leczniczym, sąd może zarządzić przymusowe doprowadzenie osoby uzależnionej przez funkcjonariuszy Policji.

Orzekając o obowiązku poddania się leczeniu, sąd może ustanowić na czas trwania tego obowiązku nadzór kuratora.

Zarówno osoba uzależniona, jak i organy, które dokonują oceny stopnia uzależnienia powinny działać sprawnie tak, aby nie przedłużać zbędnie procesu leczenia. Osoba, wobec której ustanowiono nadzór kuratora, ma obowiązek prawny stawiania się na wezwanie sądu czy kuratora i wykonywania ich poleceń. Dotyczy to postępowania w okresie nadzoru, może ono przyczynić się do skrócenia czasu trwania obowiązku poddania się leczeniu.

Sąd wzywa osobę, w stosunku, do której orzeczono obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, do stawienia się w oznaczonym dniu we wskazanym zakładzie lecznictwa odwykowego w celu poddania się leczeniu. Jeśli osoba nie stawi się dobrowolnie, zostanie zastosowany wobec niej przymus. Pacjent poddany leczeniu odwykowemu, związanemu z pobytem w stacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego, nie może opuszczać terenu zakładu leczniczego bez zezwolenia kierownika zakładu. Sąd zarządza przymusowe sprowadzenie do zakładu leczniczego osoby uchylającej się od wykonania obowiązku stawiania się do niego na wezwanie. Służba doprowadzająca osobę, która ma być przebadana, ma prawo zatrzymania tej osoby tylko w niezbędnych wypadkach i na czas konieczny do wykonania tego zarządzenia.

Obowiązek poddania się leczeniu trwa tyle, ile wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia. W czasie trwania obowiązku poddania się leczeniu, sąd może na wniosek kuratora, po zasięgnięciu opinii zakładu leczącego, lub na wniosek zakładu leczniczego zmienić postanowienia w zakresie rodzaju zakładu leczenia odwykowego. W czasie trwania obowiązku poddania się leczeniu, placówka lecznicza może skierować osobę leczoną do innego zakładu w celu kontynuowania leczenia odwykowego, powiadamiając o tym sąd.

O ustaniu obowiązku poddania się leczeniu przed upływem ustalonego okresu decyduje sąd, na wniosek osoby zobowiązanej, zakładu leczącego, kuratora, prokuratora lub z urzędu, po zasięgnięciu opinii zakładu, w którym osoba leczona przebywa. W wypadku ustania obowiązku poddania się leczeniu ponowne zastosowanie takiego obowiązku nie może nastąpić przed upływem 3 miesięcy od jego ustania. Sąd, który nałożył na osobę uzależnioną od alkoholu obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, jeśli uzna, że na skutek uzależnienia zachodzi potrzeba całkowitego ubezwłasnowolnienia tej osoby, zawiadamia o tym prokuratora. W razie orzeczenia ubezwłasnowolnienia sąd opiekuńczy określa sposób wykonywania opieki, umieszcza osobę w domu pomocy społecznej lub stosuje inną stałą opiekę.

W zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich prowadzi się leczenie odwykowe nieletnich uzależnionych od alkoholu dostępnymi metodami i środkami, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy, przez osoby legitymujące się posiadaniem fachowych kwalifikacji do ich stosowania oraz działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych. Nieletni uzależnieni od alkoholu umieszczeni w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, mają obowiązek poddania się zarządzonemu leczeniu odwykowemu. Leczenie odwykowe, zarządza dyrektor zakładu poprawczego lub schroniska dla nieletnich w stosunku do małoletniego za zgodą przedstawiciela ustawowego, a w razie jej braku, jak również w stosunku do osoby pełnoletniej - za zezwoleniem sądu wykonującego orzeczenie, wydanym po zasięgnięciu opinii biegłego.

Bardzo ważną kwestią jest to, że sędzia ma prawo wstępu o każdej porze do zakładu leczniczego w celu kontroli legalności skierowania i przebywania w takim zakładzie lub domu osób, na które został nałożony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu. Kontrolę legalności skierowania i przebywania w zakładach leczniczych osób, na które został nałożony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, oraz warunków, w jakich osoby te przebywają, sprawuje sędzia wyznaczony przez prezesa sądu okręgowego, w którego okręgu zakład leczniczy się znajduje.

W zakładach karnych i aresztach śledczych prowadzi się leczenie odwykowe i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu osadzonych w tych jednostkach oraz działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.

Ponadto w celu walki z negatywnymi skutkami picia alkoholu w miastach i powiatach mogą być tworzone izby wytrzeźwień. Organy samorządu terytorialnego w miastach liczących ponad 50 000 mieszkańców i organy powiatu mogą organizować i prowadzić izby wytrzeźwień. Osoby nietrzeźwe, które swoim zachowaniem deprawują innych obywateli w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu, albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do izby wytrzeźwień lub zakładu opieki zdrowotnej. Osoby doprowadzone do izby wytrzeźwień pozostają tam nie dłużej niż 24 godziny¹¹.

O zwolnieniu osoby przyjętej z izby wytrzeźwień decyduje dyrektor izby wytrzeźwień, lub upoważniona przez niego osoba, na podstawie badania

¹¹ Zob. art. 39 – 42³ ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

zawartości alkoholu w organizmie osoby zwalnianej, biorąc pod uwagę opinię lekarza lub felczera. W przypadku braku zgody osoby zwalnianej na przeprowadzenie badania zwalnia się ją na podstawie opinii lekarza lub felczera izby wytrzeźwień lub placówki. Osobę małoletnią po wytrzeźwieniu przekazuje się rodzicom lub opiekunom, a w przypadku ich niezgłoszenia się - najbliższej placówce interwencyjnej.

Przymus bezpośredni zastosowany w izbie wytrzeźwień polega na przytrzymaniu, unieruchomieniu, przymusowym podaniu produktu leczniczego lub izolacji. Przymus bezpośredni w formie: 1) przytrzymania - polega na doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej; 2) unieruchomienia - polega na dłużej trwającym obezwładnieniu osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa; 3) przymusowego podania produktu leczniczego - polega na doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniu produktu leczniczego do organizmu osoby; 4) izolacji - polega na umieszczeniu osoby pojedynczo w zamkniętym pomieszczeniu. Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji może być stosowany nie dłużej niż 4 godziny. W razie potrzeby stosowanie przymusu bezpośredniego w tych formach może być przedłużone na następane okresy, nie dłuższe niż 6-godzinne.

Działania podejmowane w stosunku do osób uzależnionych od narkotyków i innych substancji

Kwestie dotyczące przymusowego leczenia osób uzależnionych od narkotyków zostały uregulowane w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Zgodnie z jej przepisami, leczenie osoby uzależnionej od narkotyków prowadzi zakład opieki zdrowotnej lub lekarz wykonujący praktykę lekarską, także w ramach grupowej praktyki lekarskiej. Leczenie odwykowe jest bezpłatne, niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju. Rehabilitację osoby uzależnionej mogą prowadzić lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie psychiatrii oraz osoby posiadające certyfikat specjalisty terapii uzależnień. W rehabilitacji osoby uzależnionej może uczestniczyć osoba posiadająca certyfikat instruktora terapii uzależnień. Reintegrację osób uzależnionych mogą prowadzić tzw. centra integracji społecznej, tworzone na podstawie przepisów o zatrudnieniu socjalnym. Certyfikat specjalisty terapii uzależnień może otrzymać osoba, która ukończyła studia wyższe lub posiada, co najmniej średnie wykształcenie.

Osoba uzależniona może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego. Jest to leczenie, które może prowadzić podmiot leczniczy po uzyskaniu zezwolenia marszałka województwa, wydanego po uzyskaniu pozytywnej opinii odnośnie spełniania wymagań. Zezwolenie na leczenie substytucyjne w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności wydaje Dyrektor Generalny Służby Więziennej po uzyskaniu pozytywnej opinii. Takie zezwolenie może otrzymać także podmiot leczniczy, który posiada aptekę szpitalną lub zawarł umowę z apteką albo hurtownią farmaceutyczną w zakresie zaopatrzenia w środek substytucyjny i pomieszczenia przystosowane do wydawania środka substytucyjnego, prowadzenia terapii grupowej pracy lekarza oraz posiada pomieszczenia dla terapeuty i pracownika socjalnego, do pobierania próbek do analizy, przechowywania i przygotowania środków substytucyjnych w sposób uniemożliwiający dostęp osób nieupoważnionych. Musi posiadać także odpowiednie warunki kadrowe zapewniające realizację programu prowadzenia leczenia ambulatoryjnego, kierownika programu oraz przeszkolonych w zakresie realizowanego programu pielęgniarki i pracowników pomocniczych. Zezwolenia wydawane są w drodze decyzji administracyjnej. Można je cofnąć wówczas, gdy podmiot leczniczy przestał spełniać warunki stanowiące podstawę wydania zezwolenia. Prowadzony jest Centralny Wykaz Osób Objętych Leczeniem Substytucyjnym w celu wykluczenia udziału pacjenta w tym samym czasie w więcej niż jednym programie leczenia substytucyjnego. Podmiot leczniczy prowadzący leczenie jest obowiązany do niezwłocznego przekazywania informacji o zakwalifikowaniu, wykluczeniu oraz zakończeniu udziału pacjenta w programie realizującym leczenie substytucyjne.

W schroniskach dla nieletnich i zakładach poprawczych oraz jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej prowadzi się leczenie i rehabilitację osób uzależnionych umieszczonych w zakładach leczniczych. Sąd rodzinny może skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu. Czas przymusowego leczenia i rehabilitacji nie jest określany z góry, nie może on być jednak dłuższy niż 2 lata. Jeżeli osoba uzależniona ukończy 18 lat przed zakończeniem przymusowego leczenia lub rehabilitacji, sąd rodzinny może je przedłużyć na czas niezbędny do osiągnięcia celu leczenia lub rehabilitacji¹².

¹² Art. 1-52 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Osoby chore psychicznie oraz ich leczenie

Zaburzenia psychiczne to zespoły zachowań, które utrudniają funkcjonowanie społeczne i indywidualne jednostki¹³. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin.

Prowadzenie działań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin oraz do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia. Ilekroć przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii mówią o osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby chorej psychicznie, czyli wykazującej zaburzenia psychiatryczne, niepełnosprawnej umysłowo, wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym. Pomoc taka udzielana jest w szpitalu lub na oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym, klinice psychiatrycznej, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi¹⁴.

Przymusowe leczenie osób dotkniętych zaburzeniami (chorobami) psychicznymi wiąże się z wieloma ograniczeniami, deficytami, samokontrolą w zakresie opanowywania pobudzenia emocjonalnego, regularnym przyjmowaniem leków oraz odczuwaniem możliwych skutków ubocznych terapii. Trudności pojawiają się także, w obrębie samego planowania podejmowanych działań oraz ich realizacji¹⁵. W niektórych przypadkach następuje konieczność przymusowego leczenia osób, które mogą być niebezpieczne dla siebie oraz otoczenia¹⁶. Uregulowania prawne są niezbędne do podejmowania niniejszych działań.

Trudności w poradzeniu sobie z problematyką zdrowia psychicznego i chorób psychicznych są także udziałem najważniejszych instytucji państwowych. W 2017 roku opublikowany został raport Najwyższej Izby Kontroli, który miał na celu m.in. zmianę zasad organizacji i poprawę efektywności opieki psychiatrycznej, która w obecnych czasach powinna stać się priorytetem. Nie przyniósł

¹³ Zob. A. Bilikiewicz, Landowski, J., Radziwiłowicz, P. *Psychiatria. Repetytorium*. Warszawa 2003, s. 29-30.

¹⁴ <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/przymusowe-leczenie-osob-uzaleznionych>, (dostęp 14 września 2017).

¹⁵ K. de Walden- Galuszko, *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Warszawa 2011, s. 17-33.

¹⁶ B. Hołyst, *Bezpieczeństwo jednostki*, Warszawa 2014, s. 7-21.

on jednak oczekiwanych rezultatów¹⁷. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakończył się niepowodzeniem, gdyż ani administracja rządowa, ani samorządowa nie zrealizowała wyznaczonych celów i wytyczonych zadań. Dodatkowo, nie udało się ograniczyć występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, ani polepszyć jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi, a także osób w ich otoczeniu. Z dostępnych danych wynika, że nie poprawiła się także dostępność świadczeń opieki psychiatrycznej w latach 2011-2015.

Kolejnym ważnym problemem, który wynika także z raportu Najwyższej Izby Kontroli, jest niedobór pracowników w opiece psychiatrycznej, w porównaniu z zalecanymi minimalnymi docelowymi wskaźnikami zatrudnienia w wybranych zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Może to być dodatkową barierą w tworzeniu i funkcjonowaniu Centrów Zdrowia Psychicznego. W 2015 r. liczba psychiatrów wynosiła 3.584, przy oczekiwanej 7.800 i odpowiednio liczba: psychiatrów dzieci i młodzieży 380 (780), pielęgniarek i terapeutów środowiskowych 10.500 (23.400), terapeutów zajęciowych, rehabilitantów 560 (1.560), specjalistów i instruktorów terapii uzależnień 608 (1.900)¹⁸. Prezentowane dane są wyjątkowo niepokojące, gdyż do prawidłowego funkcjonowania i zapewnienia możliwości pomocy wszystkim zainteresowanym, potrzebni są specjaliści. Tymczasem niestety w dalszym ciągu brakuje wysoko wyspecjalizowanego personelu.

Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, można stosować tylko wtedy, gdy przepis tej ustawy do tego upoważnia albo osoby te: 1) dopuszczają się zamachu przeciwko: a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. W przypadku, w którym osoba z zaburzeniami psychicznymi, z uwagi na jej stan, jest niezdolna do zrozumienia przekazywanych jej informacji, w dokumentacji medycznej odnotowuje się przyczynę odstąpienia od uprzedzenia tej osoby o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego.

¹⁷ dziennikustaw.gov.pl/du/2017/458; (dostęp 14 września 2017).

¹⁸ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/fiasco-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.html> (dostęp 14 września 2017).

W stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi mogą być stosowane środki przymusu bezpośredniego¹⁹: przytrzymanie doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej, przymusowe zastosowanie leków, doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego, wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody, unieruchomienie, obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych, izolację, umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego: 1) przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony; przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

Do szpitala psychiatrycznego może być przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, osoba chora psychicznie: 1) której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź 2) 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 takiej osoby, bez jej zgody, orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby - na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej

¹⁹ Tamże.

przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę. W stosunku do osoby objętej oparciem społecznym, o którym mowa w art. 8, wniosek może zgłosić również organ do spraw pomocy społecznej. Do wniosku dołącza się orzeczenie lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Orzeczenie lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania. W przypadku niezłączenia do wniosku orzeczenia lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek. Przepisy art. 130 Kodeksu postępowania cywilnego nie mają w tym przypadku zastosowania.

W sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego oraz wypisania jej z takiego szpitala uczestnikami postępowania z mocy prawa oprócz wnioskodawcy są: ta osoba oraz jej przedstawiciel ustawowy. W miarę potrzeby sąd zawiadamia o rozprawie małżonka osoby, której postępowanie dotyczy, oraz osobę sprawującą nad nią faktyczną opiekę; mogą oni wziąć udział w każdym stanie sprawy i wtedy stają się uczestnikami. Osoba, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, może być doprowadzona na rozprawę sądową na mocy zarządzenia sądowego. W tym przypadku stosuje się odpowiednio art. 547 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego.

Przed wydaniem postanowienia co do istoty sprawy, sąd jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku lekarzy psychiatrów. Biegłym nie może być osoba, która uczestniczyła w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala lub odmowie wypisania osoby chorej psychicznie ze szpitala psychiatrycznego.

Jeżeli osoba psychicznie chora, która ma być poddana badaniu przez biegłego, odmawia stawienia się we wskazanym miejscu lub w inny sposób uchyla się od tego badania, sąd może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby przez Policję do wskazanego miejsca. Jeżeli osoba psychicznie chora, wobec której wydano postanowienie o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, odmawia stawienia się w szpitalu psychiatrycznym lub w inny sposób utrudnia wykonanie tego postanowienia, sąd z urzędu lub na wniosek upoważnionego przez marszałka województwa lekarza psychiatry może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby do szpitala psychiatrycznego przez Policję.

Sąd zawiadamia prokuratora o potrzebie wzięcia udziału w postępowaniu, jeżeli uzna to za konieczne. W sprawach dotyczących wypisania osoby chorej psychicznie ze szpitala psychiatrycznego uczestnikiem postępowania z mocy prawa jest również szpital psychiatryczny. Przy wykonywaniu postanowień sądowych

o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego stosuje się art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, traktujący o środkach przymusu bezpośredniego.

Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego. Działania takie obejmują w szczególności: stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych, tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego, wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez podmioty lecznicze.

Wartościowym elementem jest także wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku, podejmowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym, uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu, a zwłaszcza w programach radiowych i telewizyjnych²⁰.

Podsumowanie

Człowiek cywilizacji XXI wieku staje w obliczu nowych wyzwań w świecie, w którym niemalże każda jego decyzja ma istotne znaczenie dla kondycji psychicznej całego społeczeństwa²¹. W literaturze psychologicznej brak zdrowia wiązany jest ze stresem oraz wynikającymi z niego negatywnymi następstwami. Sytuacja choroby jest szczególnie trudna, gdy pojawia się niespodziewanie, ma dynamiczny przebieg oraz bezpośrednio może zagrażać życiu człowieka. Wystąpienie nieuleczalnej, jak i przewlekłej choroby powoduje, że jednostka musi przeorganizować swoje dotychczasowe życie, wyznaczyć nowe priorytety, odnaleźć się na nowo w relacjach interpersonalnych, a także przygotować się

²⁰ Art. 1-52 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

²¹ Zob. A. Wojtczuk- Turek, *Rozwijanie kompetencji twórczych*, Warszawa 2010, s. 70-78.

na wystąpienie różnych zachowań i reakcji ze strony otaczających ludzi. Społeczeństwo w stosunku do osoby chorej może przejawiać reakcje empatyczne, takie jak wsparcie czy też pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego, okazywać obojętność, a nawet podejmować działania mające na celu jej izolację i wykluczenie z życia społecznego²².

Omawiana problematyka budzi wiele kontrowersji. Często trudno zdecydować się na radykalny krok, który miałby na celu przymus leczenia osoby, która zagraża zdrowiu i życiu innych osób. Zainteresowane osoby są niedoinformowane, nie posiadają konkretnej i jednolitej wiedzy, szukają pomocy na forach internetowych, czatach czy portalach społecznościowych. Często w sieci internetowej lub wśród znajomych próbują znaleźć sposób na polepszenie sytuacji.

W dniu 2 marca 2017 r. zostało wydane Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022²³. Przewiduje ono, że zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, zapewniona zostanie „kompleksowa, wielostronna, powszechnie dostępna opieka zdrowotna” oraz „powszechnie dostępna opieka zdrowotna i inne formy opieki i pomocy niezbędne do życia w środowisku rodzinnym i społecznym”. Dodatkowo, zwraca się w nim szczególną uwagę „na kształtowane wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji”. Dla osób chorych czy uzależnionych, które zazwyczaj nie działają w sposób racjonalny, jest to niezwykle ważny aspekt, który może niwelować stereotypy oraz negatywne postrzeganie w społeczeństwie.

Bibliografia

Akty prawne

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017, poz. 458).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 487).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 882).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 783).

²² Zob. B. Hołyst, *Bezpieczeństwo jednostki*, Warszawa 2014, s. 65-77.

²³ Dz. U. z 2017, poz. 458.

Literatura

- Andrzejewska A., *Dzieci i młodzież w sieci zagrożeń realnych i wirtualnych. Aspekty teoretyczne i empiryczne*, Warszawa 2014.
- Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłowicz P., *Psychiatria. Repetytorium*. Warszawa 2003.
- Brodniak W., *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Warszawa 2000.
- de Walden- Galuszko K., *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Warszawa 2011.
- Hołyst B., *Bezpieczeństwo jednostki*, Warszawa 2014.
- Koczaska-Siedlecka A., *Młodzież i substancje psychoaktywne*, Warszawa 2009.
- Wojtczuk- Turek A., *Rozwijanie kompetencji twórczych*, Warszawa 2010.
- Woronowicz B., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009.

Źródła internetowe

- [http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/przymusowe-leczenie-osob-uzaleznionych](http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/przymusowe-leczenie-osob-uzalezniionych), (dostęp 14 września 2017).
- <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction> (dostęp 14 września 2017).
Addiction – definicja uzależnienia; dostępny na:
- <https://www.nik.gov.pl/aktualnosc/fiasco-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.html> (dostęp 14 września 2017).
- http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html (dostęp 14 września 2017) (dostęp 14 września 2017).
- <http://www.psychiatry.uct.ac.za/mhapp/>, (dostęp 14 września 2017).
- www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf, (dostęp 14 września 2017).
- <https://www.nik.gov.pl/aktualnosc/fiasco-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.html>, (dostęp 14 września 2017).
- <https://www.nik.gov.pl/aktualnosc/fiasco-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.html>, (dostęp 14 września 2017).
- <https://www.nik.gov.pl/plik/id,12692,vp,15090.pdf>, (dostęp 14 września 2017).
- <http://www.infor.pl/aktprawny/DZU.2017.043.0000458,metryka,rozporzadzenie-rady-ministrow-w-sprawie-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego-na-lata-2017-2022.html>, (dostęp 14 września 2017).
- http://g.ekspert.infor.pl/p/_dane/akty_pdf/DZU/2017/43/458.pdf#zoom=90.
- <http://suicydologia.org/>, (dostęp 14 września 2017).

Streszczenie

Artykuł poświęcony jest omówieniu kwestii prawno-psychologicznych dotyczących przymusowego leczenia osób chorych i uzależnionych. Omawiana problematyka ma konotacje interdyscyplinarne. Niewątpliwie jest to bardzo ważny problem z punktu

widzenia zdrowia publicznego, ale także i ekonomii. Leczenie pacjentów uzależnionych oraz dotkniętych zaburzeniami psychicznymi generuje koszty, oni sami także często są wykluczeni ze społeczności pracowniczej. Jest to poważny problem także dlatego, iż osoby takie dokonują aktów samoagresji. Do problemu tego wciąż przywiązuje się za mało uwagi, a liczba samobójstw spowodowana między innymi tego typu schorzeniami (zaburzeniami) jest zatrważająca, w porównaniu z innymi krajami UE. W artykule zwrócono uwagę na niewystarczający wkład polskiego ustawodawcy w opracowanie skutecznego systemu zapobiegania. W obowiązujących procedurach występują luki, które należałoby uzupełnić. Osoby z zaburzeniami często doświadczają nawrotu choroby i w tych wypadkach nie jest im udzielana właściwa pomoc. Ponadto skuteczność procedury przymusowego leczenia takich osób wydaje się być niewystarczająca choćby ze względu na długotrwałość postępowania wynikającą z konieczności skierowania osoby na badania oraz skuteczność stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do osób chorych.

SŁOWA KLUCZOWE: przymusowe leczenie, choroba psychiczna, uzależnienie, perspektywa psychologiczna, perspektywa prawna

Summary

This article is intended to provide a summary of legal and psychological considerations on issues related to the forced treatment of people who suffer from mental disorders and addicted person. The presented subject has interdisciplinary connotations, which are interpreted in a multidimensional manner. These groups of people are exposed to many difficulties in the professional, interpersonal or family environment. Forced treatment involves many limitations, deficits, self-control of emotional control, regular medication and the potential side effects of therapy. What is more, difficulties arise within the planning itself and actions. In some cases, it is necessary to forced treatment people who are dangerous to themselves and their environment. The legal regulations are helpful to undertake these activities. Focusing on the proposed topic may outline the course of action and provide a framework for people who works with individuals and institutions dealing with that kind of problems.

KEY WORDS: forced treatment, mental disorder, addiction, psychological perspective, legal perspective

Nota o autorach

mgr Marlena Stradomska – psycholog, trener, doktorantka w Instytucie Psychologii UMCS, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego Oddział w Lublinie. Zainteresowania naukowe: suicydologia, prawo, zaburzenia natury psychicznej, psychologia.
mgr Tomasz Słapczyński – absolwent prawa na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, członek Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego Oddział w Lublinie. Zainteresowania naukowe: prawo, polityka zdrowotna, działalność gospodarcza.