



EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS
COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

© Ministerstwo Spraw Zagranicznych, www.gov.pl/diplomacy - Permission to re-publish this translation has been granted by the Polish Ministry of Foreign Affairs for the sole purpose of its inclusion in the Court's database HUDOC

© Ministerstwo Spraw Zagranicznych, www.gov.pl/dyplomacja - Zezwolenie na publikację tego tłumaczenia zostało udzielone przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych wyłącznie w celu zamieszczenia w bazie Trybunału HUDOC

EUROPEJSKI TRYBUNAŁ PRAW CZŁOWIEKA

Nota informacyjna nt. orzecznictwa Trybunału nr 225
Styczeń 2019 r.

***Fernandes de Oliveira p. Portugalii [Wielka Izba],
skarga nr 78103/14***

Wyrok z 31.01.2019 [WI]

Art. 2

Obowiązki pozytywne

Art. 2 ust. 1

Życie

Samobójstwo chorego psychicznie mężczyzny przyjętego do państwowego szpitala psychiatrycznego za swoją zgodą celem leczenia po próbie samobójczej: *brak naruszenia*

Fakty – Po próbie popełnienia samobójstwa w dniu 1 kwietnia 2000 r. A.J., syn skarżącego, został przyjęty do państwowego szpitala psychiatrycznego (*Hospital Psiquiátrico Sobral Cid*, „HSC”) za swoją zgodą celem leczenia. W dniu 27 kwietnia 2000 r. uciekł on z terenu szpitala i rzucił się pod nadjeżdżający pociąg. Wcześniej był kilkakrotnie przyjmowany do tego samego szpitala z powodu zaburzeń psychicznych, które pogłębiał nałóg alkoholowy i narkotyki. W świetle jego dokumentacji medycznej szpital był świadomy jego wcześniejszych prób samobójczych.

Skarżący złożył powództwo przeciwko HSC o odszkodowanie za śmierć syna, ale zostało ono oddalone.

Wyrokiem z 28 marca 2017 r. (zobacz [Nota informacyjna nr 205](#)) Izba Trybunału orzekła jednogłośnie, że doszło do naruszenia art. 2 w jego aspekcie materialnym. W opinii Trybunału, zważywszy na pozytywny obowiązek podejmowania działań prewencyjnych w celu ochrony osób, których życie jest zagrożone, i fakt, że pacjentem była osoba chora umysłowo, która niedawno próbowała popełnić samobójstwo i wykazywała skłonność do ucieczki, od personelu szpitala można było oczekiwać zastosowania zabezpieczeń gwarantujących, że pacjent nie opuści terenu szpitala, a także jego bardziej regularnego monitorowania.

W dniu 18 września 2017 r. sprawa została przekazana do Wielkiej Izby na wniosek Rządu.

Prawo – Art. 2 (aspekt materialny): Omawiana sprawa dotyczyła zarzutów zaniedbania medycznego w kontekście samobójstwa pacjenta, który został przyjęty do państwowej instytucji psychiatrycznej za swoją zgodą.

a) *Obowiązek pozytywny wdrożenia ram regulacyjnych* – brak ogrodzeń i murów ochronnych wokół HSC był zgodny z ustawą o zdrowiu psychicznym i standardami międzynarodowymi, które dążą do tworzenia otwartego reżimu leczenia szpitalnego, w którym pacjenci zachowują prawo do swobodnego poruszania się. Ponadto ustawodawstwo krajowe przewidywało możliwość przymusowej hospitalizacji, gdy było to uzasadnione szczególnymi potrzebami pacjenta, a zatem wyraźnie dawało HSC niezbędne środki leczenia odpowiadające na potrzeby medyczne i psychiatryczne A.J.

Ponadto personel dyżurny przestrzegał ogólnych i indywidualnych procedur monitorowania przewidzianych dla pacjentów poddających się dobrowolnej hospitalizacji, które zapewniały przestrzeganie przez pacjentów określonego harmonogramu i weryfikowanie ich obecności w czasie podawania wszystkich posiłków i leków. Dostępna była także bardziej rygorystyczna procedura nadzoru, stosowana na początku pobytu pacjenta i zawsze, gdy lekarz prowadzący uznawał to za konieczne. Wreszcie w sytuacjach nagłych HFC mógł zastosować inne formy przymusu, w tym izolatkę. Istniejąca procedura nadzoru i dostępne środki przymusu zapewniały zatem HSC niezbędne narzędzia leczenia A.J.

Procedura nadzoru zastosowana wobec A.J. miała na celu poszanowanie jego prywatności i była zgodna z zasadą leczenia pacjentów w oparciu o możliwie najmniej restrykcyjny system. System nadzoru, który bardziej ingerowałby w prywatność pacjenta, mógł być również kwestionowany jako niezgodny z prawami chronionymi przez art. 3, 5 i 8 Konwencji, w szczególności mając na uwadze status A.J. jako pacjenta, który dobrowolnie poddał się leczeniu.

W dniu zaginięcia A.J., między godziną 19.00 a 20.00 została uruchomiona procedura dotycząca sytuacji nagłej, polegająca na zaalarmowaniu lekarza dyżurnego, policji i rodziny pacjenta. Procedura ta była odpowiednia i nie było związku przyczynowego między rzekomymi nieprawidłowościami w procedurach dotyczących sytuacji nagłych a śmiercią A.J.

Wreszcie skarżący miał dostęp do środków cywilnych, które pomimo długiego czasu trwania postępowania były skuteczne i umożliwiły ustalenie odpowiedzialności za śmierć A.J.

W związku z powyższym w okolicznościach niniejszej sprawy nie doszło do naruszenia art. 2 Konwencji w zakresie dotyczącym wdrożenia ram regulacyjnych.

b) *Obowiązek pozytywny podjęcia operacyjnych środków zapobiegawczych* – Trybunał już ustalił, że w niektórych ściśle określonych okolicznościach art. 2 może nakładać na władze obowiązek pozytywny podjęcia operacyjnych środków zapobiegawczych celem ochrony osoby przed innymi osobami lub przed nią samą, gdy władze wiedzą lub powinny wiedzieć o istnieniu realnego i bezpośredniego zagrożenia życia osoby. Trybunał stwierdził, że w odniesieniu do pacjentów, którzy dobrowolnie poddali się leczeniu psychiatrycznemu, władze mają ogólny obowiązek podjęcia uzasadnionych środków celem ich ochrony przed realnym i bezpośrednim ryzykiem popełnienia samobójstwa.

W celu ustalenia, czy władze wiedziały lub powinny były wiedzieć, że życie danego pacjenta jest realnie i bezpośrednio zagrożone, co pociągałoby za sobą obowiązek podjęcia odpowiednich środków zapobiegawczych, Trybunał uwzględnił w swym wcześniejszym orzecznictwie szereg czynników, w szczególności historię problemów psychicznych i powagę stanu psychicznego, myśli lub groźby samobójcze oraz oznaki niepokoju fizycznego lub psychicznego.

W omawianej sprawie HSC od dawna wiedział o zaburzeniach psychicznych A.J. oraz o ryzyku popełnienia przez niego samobójstwa. Historia poważnych problemów zdrowia psychicznego A.J. była długa, a między 1984 r. a 2000 r. poddał się on dobrowolnej hospitalizacji w HSC osiem razy. Jedynie ostatni pobyt miał miejsce po próbie samobójstwa. Sądy krajowe ustaliły, że w trakcie swego 25-dniowego pobytu w HSC A.J. nie wykazywał żadnych oznak myśli samobójczych. W dniach bezpośrednio poprzedzających jego samobójstwo nie było żadnych niepokojących sygnałów w zachowaniu A.J.

Chociaż A.J. był osobą szczególnie wrażliwą, znajdował się w dobrze znanym sobie środowisku i znał personel HSC. W czasie pierwszego tygodnia pobytu i w trakcie wcześniejszych pobytów, gdy był hospitalizowany, podlegał on restrykcyjnemu reżimowi leczenia, zamknięty w pawilonie szpitala w piżamie. Gdy HSC uznał, że jego objawy się poprawiają, przyznano mu swobodę poruszania się po budynkach i terenach szpitalnych, a także możliwość powrotów do domu w celu spędzania weekendów z rodziną. Ten znaczący stopień swobody poruszania się przyznawany był pacjentom w celu zwiększania ich odpowiedzialności i stworzenia optymalnych warunków dla ich powrotu do rodziny i społeczeństwa. Ponadto lekarz-psychiatra prowadzący A.J. uznał, że leczenie, które polegało na dopilnowaniu, by brał on przepisane leki i poddał się dobrowolnej terapii, oraz na budowaniu z nim relacji zaufania było odpowiednie i proporcjonalne w tych okolicznościach.

Chociaż w odniesieniu do A.J. nie można było wykluczyć ryzyka popełnienia samobójstwa, HSC dążył do dostosowania się do zagrożenia stwarzanego przez jego zmieniający się stan psychiczny poprzez zwiększanie lub zmniejszanie stosowanego reżimu monitorowania. Decyzja w tej sprawie należała do zespołu lekarskiego odpowiedzialnego za A.J. Trybunał uwzględnił fakt, że zgodnie z dowodami z opinii biegłych całkowite zapobieżenie samobójstwom pacjentów takich jak A.J. jest zadaniem niemożliwym, oraz wniosek Sądu Administracyjnego, że samobójstwo A.J. nie było możliwe do przewidzenia. Ponadto Trybunał odniósł się do kwestii ryzyka w celu oceny, czy było ono zarówno realne, jak i bezpośrednie, i zauważył, że obowiązek pozytywny spoczywający na państwie należy interpretować w sposób, który nie nakłada na władze niemożliwego lub nieproporcjonalnego ciężaru. W świetle tych czynników nie ustalono, że władze wiedziały lub powinny były wiedzieć o istnieniu zarówno realnego, jak i bezpośredniego zagrożenia życia A.J. w dniach poprzedzających 27 kwietnia 2000 r.

W związku z powyższym nie było potrzeby, by Trybunał ocenił, czy władze podjęły środki, których można było od nich w uzasadniony sposób oczekiwać.

Rozstrzygnięcie: brak naruszenia (piętnastoma głosami do dwóch).

Trybunał uznał również, jednogłośnie, że doszło do naruszenia art. 2 w jego aspekcie proceduralnym, ponieważ postępowanie trwało ponad 11 lat w dwóch instancjach.

Art. 41: 10 000 euro tytułem szkody niemajątkowej; roszczenie tytułem szkody majątkowej oddalone.

(Zobacz również *Osman p. Zjednoczonemu Królestwu*, nr [23452/94](#), 28 października 1998 r.; *Keenan p. Zjednoczonemu Królestwu*, nr 27229/95, 3 kwietnia 2001 r., [Nota informacyjna nr 29](#); *Reynolds p. Zjednoczonemu Królestwu*, nr 2694/08, 13 marca 2012 r., [Nota informacyjna nr 150](#); *Younger p. Zjednoczonemu Królestwu* (dec.), nr 57420/00, 7 stycznia 2003 r., [Nota informacyjna nr 49](#); *Dodov p. Bułgarii*, nr 59548/00, 17 stycznia 2008 r., [Nota informacyjna nr 104](#); *De Donder i De Clippel p. Belgii*, nr 8595/06, 6 grudnia 2011 r., [Nota informacyjna nr 147](#); *Hiller p. Austrii*, nr [1967/14](#), 22 listopada 2016 r.; *Lopes de Sousa Fernandes p. Portugalii* [WI], nr 56080/13, 19 grudnia 2017 r., [Nota informacyjna nr 213](#)¹)

© Council of Europe/European Court of Human Rights
Niniejsze streszczenie przygotowane przez Kancelarię nie wiąże Trybunału.

Link do [Not informacyjnych nt. orzecznictwa](#)

¹ Tłumaczenie streszczenia na język polski jest dostępne na następującej stronie:
<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-186202> (przyp. red.).