

## **Przyjęcie małoletniego do szpitala psychiatrycznego w myśl polskiego prawa. Część II\***

### **Admission of a minor to a psychiatric hospital under Polish law. Part II\***

Małgorzata Manowska<sup>1</sup>, Piotr Gałęcki<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uczelnia Łazarskiego, Katedra Prawa Cywilnego

<sup>2</sup> Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Psychiatrii Dorosłych

#### **Summary**

The prevalence of mental disorders among minors is steadily increasing in our country as well as in Europe. Contact of a minor with a psychiatric health service, and especially the admission of such a person to a psychiatric hospital as a matter of urgency, however, raises a lot of legal and medical controversy. Urgent admission allows the consent of both the minor and his legal guardian to be bypassed. The article deals with legal issues related to the direct threat to life of minors for psychiatric reasons, and also presents the conditions that must occur for admission without consent not to be subject to legal tort.

**Słowa klucze:** małoletni, przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

**Key words:** minors, admission without consent to a psychiatric hospital, Mental Health Protection Act

#### **Przyjęcie małoletniego w trybie pilnym**

Przyjęcie małoletniego do szpitala psychiatrycznego w trybie tzw. pilnym oznacza jego umieszczenie w szpitalu bez zgody uprawnionego przedstawiciela ustawowego małoletniego i bez zgody samego małoletniego powyżej 16. roku życia, a nawet wbrew ich woli. Tryb ten ma zastosowanie w ściśle określonych przypadkach. Pierwszy z nich sformułowano w art. 22 ust. 2a u.o.z.p. Zgodnie z tym przepisem w przypadkach

---

\* Stan prawny na dzień 17.04.2020 r.

\* Legal status as of 17.04.2020

nagłych osoba, o której mowa w ust. 2 (osoba chora psychicznie lub osoba upośledzona umysłowo niezdolna do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia), może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku przyjmującą tę osobę ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa. Według art. 22 ust. 2c u.o.z.p., jeżeli osoba, o której mowa w ust. 2, sprzeciwia się przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, a jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo zdrowiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 3–5 oraz art. 25 i 27 u.o.z.p. Pierwszy przypadek stosowania art. 22 ust. 2a u.o.z.p. dotyczy sytuacji, gdy osoba, która ma być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, nie jest zdolna do wyrażenia zgody na przyjęcie ani nawet wyrazić swojego stosunku do przyjęcia do szpitala i leczenia, ale nie sprzeciwia się temu przyjęciu. Sytuacja druga zachodzi wówczas, gdy pacjent wyraża stanowczy sprzeciw i wówczas stosuje się podobne zasady, jakie obowiązują przy przyjęciu do szpitala bez zgody na podstawie art. 23 u.o.z.p. Przepisu art. 22 ust. 2a u.o.z.p. nie stosuje się zasadniczo wobec osób małoletnich, gdyż albo na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wymagana jest wyłącznie zgoda przedstawiciela ustawowego, albo też zgoda ta może sanować brak zgody małoletniego powyżej 16. roku życia, który nie jest zdolny do jej wyrażenia. Przepis art. 22 ust. 2a u.o.z.p. może być odpowiednio zastosowany w takim szczególnym przypadku, gdy zachodzi pilna potrzeba przyjęcia małoletniego do szpitala, przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na to przyjęcie, ale nie może tego uczynić bez zgody sądu opiekuńczego (np. opiekun, rodzic, którego władza rodzicielska została ograniczona, rodzice, którzy wszczęli postępowanie przed sądem opiekuńczym, gdyż nie mogli uzgodnić wspólnego stanowiska co do tego, czy dziecko ma być przyjęte do szpitala psychiatrycznego).

### **Przyjęcie małoletniego w myśl art. 23 u.o.z.p.**

Wobec małoletniego najczęściej natomiast zastosowanie znajdzie tryb przyjęcia do szpitala bez zgody, o którym mowa w art. 23 u.o.z.p. Przepis ten określa trzy przesłanki takiego przyjęcia, które muszą być spełnione łącznie [1]. Po pierwsze, przyjęcie to może nastąpić wyłącznie wówczas, gdy pacjent ma już stwierdzoną chorobę psychiczną<sup>1</sup>. Nie jest wystarczające zastosowanie tego trybu w przypadku występowania objawów psychopatologicznych, które mogą dopiero świadczyć o chorobie psychicznej, co wymaga diagnozowania. Po drugie, dotychczasowe zachowanie tej osoby musi wskazywać na to, że z powodu tej choroby pacjent zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Wymagany jest tutaj bezpośredni związek pomiędzy istniejącą chorobą psychiczną a zagrożeniem, jakie osoba chora wywołuje dla swojego życia albo dla życia lub zdrowia innych (np. akty agresji). Nie jest dopuszczalne przyjęcie do szpitala w tym trybie, jeśli zachowanie pacjenta powoduje zagrożenie

<sup>1</sup> Kodeksy prawne zwykle używają historycznych nazw stanów psychicznych. Dla przejrzystości treści artykułu autorzy postanowili pozostawić je w takim brzmieniu.

wyłącznie dla własnego zdrowia [1–3]. Po trzecie, zastosowanie trybu określonego w art. 23 u.o.z.p. zachodzi wówczas, gdy występuje brak zgody wymaganej w art. 22 tej ustawy. Powyższy przepis pozostawia dość dużą swobodę decyzji lekarzowi psychiatrze w kwestii przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w powyższym trybie, ale może wywołać w praktyce także istotne wątpliwości dotyczące tego, w jakich sytuacjach następuje bezpośrednio zagrożenie życia lub zdrowia, o jakiej mowa w art. 23 ust. 1 u.o.z.p., a także w oparciu o jakie przesłanki następuje ocena, czy pacjent zagraża już własnemu życiu, czy dopiero zdrowiu.

### **Bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia małoletnich**

Bezpośrednie zagrożenia życia lub zdrowia zachodzi wówczas, gdy – oceniając sytuację w świetle zasad doświadczenia życiowego i dotychczasowego zachowania się pacjenta w przebiegu choroby – można stwierdzić, że istnieje realne zagrożenie utraty życia bądź uszczerbku na zdrowiu w najbliższym czasie. Ujmując rzecz inaczej, bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjenta bądź zdrowia albo życia innych osób występuje wówczas, gdy w świetle doświadczenia życiowego i dotychczasowego przebiegu choroby wysoce prawdopodobne jest, że pacjent pozostawiony sam sobie dokona czynu wymierzonego we własne życie bądź w życie lub zdrowie innej osoby. Bezpośredniość w tym kontekście nie oznacza, że pacjent musi podjąć czynności zmierzające do ostatniej (wykonawczej) fazy zamachu na te dobra (np. zamachnięcie się nożem). Najistotniejszy jest tu wysoki stopień prawdopodobieństwa, poważne ryzyko, że taki zamach w najbliższym czasie może nastąpić (również faza przygotowawcza). Chodzi tu o istnienie związku czasowego pomiędzy podjętymi działaniami a ewentualnym skutkiem, ale skutek ten nie musi być natychmiastowy [4]. Dla oceny tych przesłanek kardynalne znaczenie ma dotychczasowe zachowanie się pacjenta w przebiegu choroby, co wpływa na stopień przewidywalności wystąpienia określonego skutku w bliskiej przyszłości w oparciu o zachowanie się pacjenta w teraźniejszości. Realne zagrożenie wynika z kontekstu sytuacyjnego i wystąpi np. w przypadku pacjenta, który podejmował w przeszłości próby samobójcze, a obecnie zgromadził dużą ilość środków nasennych albo też werbalnie, podniesionym głosem wyraża groźby targnięcia się na swoje życie. Nie będzie realnego zagrożenia wówczas, gdy taki pacjent oznajmia tylko: „Mam już dość takiego życia i zobaczycie, że kiedyś uda mi się zabić” [1, 5, 6, 8].

Kolejna wątpliwość przy stosowaniu art. 23 ust. 1 u.o.z.p. dotyczy rozróżnienia sytuacji, w której zachowanie pacjenta zagraża jego zdrowiu, od sytuacji, w której występuje już zagrożenie jego życia. W praktyce sytuacje te mogą być trudne do rozróżnienia, gdyż istnieje grupa przypadków, w których trudno stwierdzić z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, czy atak powodujący zagrożenie zdrowia (np. samookaleczenie) nie doprowadzi do stanu zagrożenia życia. W takich wątpliwych sytuacjach lekarz psychiatra powinien uwzględnić pewien margines błędu, mieć na uwadze przede wszystkim bezpieczeństwo pacjenta i dokonać przyjęcia do szpitala, jeśli stwierdzi, że według jego najlepszej wiedzy istniało zagrożenie życia pacjenta. Decyzja taka nie jest łatwa (szczególnie w dynamicznym przebiegu zdarzeń), gdyż w wielu sytuacjach skutek działań pacjenta dotkniętego chorobą psychiczną nie jest

możliwy do przewidzenia, co również powinien mieć na uwadze sąd, dokonując kontroli przyjęcia do szpitala na podstawie art. 25 u.o.z.p.

Przy ocenie zaistnienia przesłanek z art. 23 ust. 1 u.o.z.p. niezwykle istotne jest dokonanie obszernego wywiadu przez lekarza psychiatrę co do zachowania pacjenta, szczególnie jeśli lekarz sam nie jest świadkiem tych zachowań (por. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 23 listopada 2016 r., I ACa 1155/15, LEX nr 2188830). Istotna jest również treść opinii drugiego lekarza psychiatry bądź psychologa, o jakiej mowa w art. 23 ust. 2 u.o.z.p., która powinna uwzględniać wszystkie przesłanki z art. 23 ust. 1 u.o.z.p. Należy bowiem pamiętać, że opis sytuacji, która spowodowała przyjęcie pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez zgody, i opinia lekarza psychiatry bądź psychologa są kluczowymi dowodami w późniejszym postępowaniu sądowym prowadzonym na podstawie art. 25 u.o.z.p.

Problemem oceny przesłanek określonych w art. 23 ust. 1 u.o.z.p. zajmował się Sąd Najwyższy, który w postanowieniu z dnia 14 lutego 1996 r. (II CRN 201/95, LEX nr 24925) wyjaśnił, że wykładnia powołanego przepisu powinna być ścisła, ale powinna uwzględniać również jego cel i funkcję, jaką jest ochrona samego chorego i osób trzecich przed zagrożeniem wynikającym z jego – mających chorobowe podłoże – zachowań. Sąd Najwyższy wskazał więc, że poszukiwać należy takiej interpretacji, która, respektując zagwarantowane przez ustawę prawa chorego, umożliwi posłużenie się regulacją ustawową wymuszającą hospitalizację, gdy zachodzą po temu faktyczne i prawne podstawy. Sąd Najwyższy stwierdził również, że pojęcie „zagrożenia bezpieczeństwa” jest nieostre, zawiera w sobie element przewidywania (hospitalizacja ma zapobiec temu, co jeszcze nie nastąpiło). Dlatego nie jest możliwa prawidłowa ocena przesłanek z art. 23 ust. 1 u.o.z.p. w oderwaniu od momentu przewidywania i oceny tego, co dopiero może nastąpić. Aby stwierdzić, że zachowanie chorego zagraża zdrowiu lub życiu, należy ustalić, że zaistniały (w dotychczasowym zachowaniu chorego) takie okoliczności, które obiektywnie i rozsądnie oceniane świadczą o istnieniu stanu zagrożenia, tj. stanu, w którym należy się liczyć z realną możliwością naruszenia przez chorego własnego lub cudzego życia (lub cudzego zdrowia). Pod tym właśnie kątem, jak wskazał Sąd Najwyższy, należy ustalić i ocenić – z zastosowaniem wiedzy medycznej i zasad doświadczenia życiowego – konkretne zachowanie danej osoby.

Podobne przesłanki jak w art. 23 ust. 1 u.o.z.p. przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez zgody, o jakiej mowa w art. 22 u.o.z.p., zawarte zostały w art. 24 u.o.z.p. Istotne różnice dotyczą tego, że w trybie art. 24 u.o.z.p. może zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego osoba, u której nie stwierdzono występowania choroby psychicznej (zachodzą w tym względzie wątpliwości), ale u której występują zaburzenia psychiczne. Pobyt w szpitalu psychiatrycznym w tym trybie nie może przekraczać 10 dni.

Jeśli chodzi o trzecią przesłankę przyjęcia do szpitala w trybie art. 23 bądź 24 u.o.z.p., to jest brak zgody, to w odniesieniu do małoletniego brak zgody może być wynikiem okoliczności leżących po stronie przedstawiciela ustawowego (czasem pacjenta) bądź pozostających poza nim. Podstawową przyczyną braku zgody leżącą po stronie przedstawiciela ustawowego małoletniego jest świadoma odmowa wyrażenia przez niego zgody na przyjęcie małoletniego do szpitala psychiatrycznego. Odmowa

ta może nastąpić w jakiegokolwiek formie, byleby tylko wola przedstawiciela ustawowego została wyartykułowana w sposób dostateczny, np. przez złożenie pisemnego oświadczenia „odmawiam wyrażenia zgody” bądź przez wyrażenie ustnego bądź nawet milczącego sprzeciwu co do wyrażenia zgody. Powyższy katalog przypadków obejmuje także sytuację, gdy wymagana jest podwójna zgoda, o jakiej mowa w art. 22 ust. 4 u.o.z.p., a małoletni powyżej 16. roku życia i jego przedstawiciel składają sprzeczne oświadczenia, co wymaga interwencji sądu opiekuńczego, bądź gdy oba te podmioty odmawiają wyrażenia zgody, a stan zdrowia małoletniego uzasadnia pilne przyjęcie do szpitala psychiatrycznego.

Kolejne przypadki braku zgody w odniesieniu do małoletniego pacjenta, o jakiej mowa w art. 22 u.o.z.p., obejmują wszystkie te sytuacje niezależne od przedstawiciela ustawowego, gdy nie jest możliwe niezwłoczne uzyskanie zgody uprawnionego, np. pacjent zostaje dowieziony do szpitala, a nie ma możliwości kontaktu z jego przedstawicielem ustawowym z powodu pobytu za granicą bądź kontakt taki istnieje, ale przejściowo nie jest możliwe niezwłoczne udzielenie zgody w formie pisemnej. Następną grupą przypadków braku zgody przedstawiciela ustawowego dotyczy tych sytuacji, w których przedstawiciel ustawowy chce wyrazić zgodę na pobyt małoletniego w szpitalu psychiatrycznym, ale nie może tego uczynić niezwłocznie, gdyż wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego (np. opiekun, rodzic, którego władza rodzicielska została ograniczona).

### **Powiadomienie sądu opiekuńczego**

We wszystkich powyższych przypadkach obowiązkiem kierownika podmiotu leczniczego jest powiadomienie sądu opiekuńczego o przyjęciu małoletniego do szpitala psychiatrycznego bez zgody (art. 23 ust. 4 zdanie drugie oraz art. 24 ust. 3 w związku z art. 23 ust. 4 zdanie drugie u.o.z.p.). Zawiadomienie to musi nastąpić w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia do szpitala. Obowiązek ten istnieje nawet wówczas, gdy już w trakcie pobytu w szpitalu zgoda podmiotu uprawnionego zostanie wyrażona. Wymaga tego zapewnienie sądowej kontroli nad przymusowym umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym, o jakiej mowa w art. 25 u.o.z.p. Zgodnie z art. 26 ust. 1 u.o.z.p. w przypadku, gdy osoba przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody wyraziła potem zgodę na pobyt w tym szpitalu, sąd opiekuńczy umorzy postępowanie wszczęte na skutek zawiadomienia bądź wniosku osoby uprawnionej, jeżeli uzna, że osoba ta wyraziła zgodę. W myśl art. 26 ust. 2 u.o.z.p. przed umorzeniem postępowania sąd jest obowiązany wysłuchać osobę wymienioną w ust. 1. Powyższa regulacja potwierdza, że obowiązek informacyjny kierownika szpitala, do którego przyjęto pacjenta bez zgody, istnieje także wówczas, gdy pacjent wyraził zgodę na pobyt w szpitalu, jeszcze zanim doszło do zawiadomienia szpitala. W każdym bowiem przypadku przymusowego przyjęcia pacjenta do szpitala sąd opiekuńczy musi się upewnić, że późniejsze oświadczenie o wyrażeniu zgody zostało złożone w sposób nieprzymuszony i z należyтым rozeznaniem, przy uwzględnieniu zaburzeń psychicznych, jakimi dotknięty jest pacjent. Ocena, czy zgoda została udzielona, powinna uwzględniać definicję zawartą w art. 3 pkt 4 u.o.z.p. Zgoda według tej definicji oznacza swobodnie wyrażoną zgodę osoby

z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania. Powyższe odnosi się do zgody udzielanej przez pacjenta, a nie jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku małoletniego może to dotyczyć zgody podwójnej, udzielanej przez małoletniego pacjenta powyżej 16. roku życia (art. 22 ust. 4 zdanie pierwsze u.o.z.p.). Nie oznacza to jednak, że kontroli sądu opiekuńczego na podstawie art. 25 u.o.z.p. nie podlega sytuacja, gdy zgoda powinna być wyrażona przez przedstawiciela ustawowego małoletniego pacjenta. W tym wypadku przed ewentualnym umorzeniem postępowania na podstawie art. 26 u.o.z.p. sąd opiekuńczy powinien się upewnić, czy przedstawiciel ustawy rzeczywiście wyraził zgodę. Nie jest jednak wówczas konieczne wysłuchanie pacjenta. Artykuł 26 ust. 2 u.o.z.p. nakazujący takie wysłuchanie nawiązuje wprost do osoby wymienionej w ustępie 1 tego przepisu, a więc do osoby przyjętej do szpitala. Nie dotyczy to zatem przedstawiciela ustawowego [1, 7, 8]. W takim przypadku sąd opiekuńczy powinien za pomocą wszelkich dostępnych środków dowodowych ustalić, czy została udzielona zgoda przedstawiciela ustawowego na przyjęcie małoletniego do szpitala psychiatrycznego. To jednak z kolei obliuguje kierownika szpitala do zawiadomienia sądu opiekuńczego o przyjęciu do szpitala bez zgody, o jakiej mowa w art. 22 u.o.z.p., tak jak to stanowi art. 23 ust. 4 zdanie drugie u.o.z.p., także wówczas, gdy wymagana zgoda została wyrażona przez przedstawiciela ustawowego, zanim zawiadomienie to wysłano do sądu opiekuńczego. To sąd opiekuńczy bowiem jest uprawniony do kontroli legalności przyjęcia do szpitala psychiatrycznego (pod kątem udzielenia zgody następczej), a nie lekarz psychiatra.

Jeszcze inny tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody, o jakiej mowa w art. 22 u.o.z.p., przewiduje art. 29 tej ustawy. Jest to jednak tzw. tryb wnioskowy, przy którym przy przyjęciu do szpitala psychiatrycznego lekarz psychiatra dysponuje już postanowieniem sądu opiekuńczego zezwalającym na umieszczenie pacjenta w placówce leczniczej i z formalnego punktu widzenia ten element jest wystarczający.

Paternalizm psychiatrycznej służby zdrowia budzi wiele kontrowersji, nawet gdy dotyczy osób dorosłych. Kwestia ta staje się jeszcze bardziej skomplikowana, gdy dotyczy małoletnich. Dodatkowo przyjęcie małoletniego do szpitala psychiatrycznego w trybie pilnym bez zgody staje się sytuacją szczególną. Problematyka ta jest szeroko omawiana w piśmiennictwie psychiatrycznym i prawnym. Pozostaje wiele kwestii, w których przedstawiane są odmienne stanowiska. Tematyka ta powinna być stale przedmiotem uwagi w celu zminimalizowania możliwości popełnienia błędów i stygmatyzacji związanej z leczeniem psychiatrycznym bez zgody pacjenta [9–16].



## Piśmiennictwo

1. Janiszewska B. *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*. Warszawa: C.H. Beck; 2013. S. 323–325, 335–336.
2. Szwed M. *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2020. S. 201–231.
3. Bobińska K, Gałecki P. W: Bobińska K, Gałecki P, Eichstaedt K. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2016. S. 140–149.
4. Paprzycki LK. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Wprowadzenie*. Kraków: Zakamycze; 1996. S. 38.
5. Boratyńska M, Konieczniak P. *Prawa pacjenta*. Warszawa: Difin; 2001. S. 404.
6. Gałecki P, Bobińska K, Eichstaedt K. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2013. S. 140–141.
7. Sychowicz M. *Postępowanie sądowe w sprawach z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. PS. 1995; 1: 18.
8. Pietrzykowski J. W: Dąbrowski S, Pietrzykowski J. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997. S. 137–139, 154.
9. Perek M, Cepuch G. *Dziecko w szpitalu a ryzyko krzywdzenia instytucjonalnego*. Studia Medyczne 2008; 11: 23–27.
10. Hajdukiewicz D, Heitzman J. *Propozycja formularzy zgody pacjenta na hospitalizację psychiatryczną i leczenie*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(4): 475–486.
11. Wołoszyn-Cichocka A. *Prawo pacjenta – dziecka do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego*. Studia Prawnicze Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego 2018; 4(76): 4716.
12. Kierszniewska G, Butwicka A, Gmitrowicz A. *Zaburzenia zachowania w populacji rozwojowej*. Przegląd Pediatryczny 2013; 43: 115–119.
13. Gliwka J, Szewczyk L. *Poziom i rodzaje agresji u nastolatków z zaburzeniami psychicznymi*. Aspekty Zdrowia i Choroby 2016; 1(4): 7–16.
14. Kędziela-Olech H. *Profil zaburzeń psychicznych na podstawie psychiatrii konsultacyjnej u pacjentów hospitalizowanych w wielospecjalistycznym dziecięcym szpitalu klinicznym*. Pediatrya i Medycyna Rodzinna 2015; 11(2): 197–204.
15. Kmiecik B, Kowalski M. *A family towards mental health legal problems. Selected issues*. Roczniki Pedagogiczne 2017; 9(4): 71–90.
16. Kamińska H, Gawlik A, Gawlik T, Małecka-Tendera E. *Hospitalizacje z powodu zatruc alkoholem etylowym wśród dzieci i młodzieży – dane pochodzące z jednego szpitala klinicznego w Polsce*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(2): 387–398.

Adres: Piotr Gałecki  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
Klinika Psychiatrii Dorosłych  
91-229 Łódź, ul. Aleksandrowska 159  
e-mail: piotr.galecki@umed.lodz.pl

Otrzymano: 20.05.2020  
Zrecenzowano: 2.08.2020  
Otrzymano po poprawie: 21.09.2020  
Przyjęto do druku: 26.09.2020