

Przymusowa obserwacja psychiatryczna w trybie art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – problemy prawne i praktyczne

Compulsory psychiatric observation under Article 24 of the Mental Health Protection Act – legal and practical problems

Marcin Burdzik

Centrum Psychiatrii im. dr K. Czumy w Katowicach
Instytut Nauk Prawnych WPiA Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

Summary

The Mental Health Protection Act (MHP) allows for compulsory psychiatric observation of a patient whose behaviour indicates that, due to a mental disorder, he or she is directly threatening his or her life or the life or health of others (Article 24 of the MHP). Hospitalisation is used to determine whether the disorder presented by the patient is a mental illness, within the meaning of the MHP, that is, whether it involves psychotic symptoms (Article 3(1)(a) of the MHP). Current regulations on observation are not complete, which creates numerous dilemmas when applying these provisions in medical practice. The biggest doubts relate to the possibility of reapplying Article 24 of the MHP to a patient who, after being admitted for observation, agreed to stay in the hospital and then demanded to be discharged home before settling concerns about his mental state, or the legal basis for further treatment, it is determined that there are grounds for treatment against his will. The legislator also did not comprehensively regulate the scope of diagnostic measures that can be taken against the patient's will during observation. The purpose of the article is a comprehensive analysis of the title institution with the determination of its axionormative basis, as well as an attempt to resolve the legal and practical dilemmas that arise in the course of applying Article 24 of the MHP in medical practice.

Słowa kluczowe: przymusowa obserwacja psychiatryczna, przymusowa hospitalizacja pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Key words: compulsory psychiatric observation, compulsory hospitalisation of patient with mental disorders, Article 24 of the Mental Health Protection Act

Wstęp

Artykuł 24 ust. 1 ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2024 r., poz. 917; dalej: u.o.z.p.) pozwala na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, jednak zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie. Pobyt służący rozstrzygnięciu opisanego dylematu nie może trwać dłużej niż 10 dni (art. 24 ust. 2 u.o.z.p.) i nie może mieć charakteru leczniczego (*arg. ex* art. 33 ust. 4 u.o.z.p.). Mowa tu zatem o swoistej „obserwacji psychiatrycznej”, która ma rozstrzygnąć, czy dana osoba jest chora psychicznie, tj. czy prezentuje zaburzenia psychotyczne (art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p.). [1].

Rozwiązania normatywne dotyczące obserwacji psychiatrycznej nie mają charakteru kompletnego. Największe dylematy dotyczą dopuszczalności „ponownego” zastosowania art. 24 u.o.z.p. wobec pacjenta, który po przyjęciu na obserwację wyraził zgodę na hospitalizację, a następnie wycofał ją i zażądał wypisu do domu, jeżeli – z uwagi na krótki czas obserwacji – nie udało się jeszcze ustalić, czy jest on chory psychicznie. Wątpliwości budzi nadto podstawa prawna legitymizująca dalsze (przymusowe) leczenie pacjenta po zakończeniu obserwacji w razie stwierdzenia w jej toku przesłanek, o których mowa w art. 23 ust. 1 u.o.z.p. Ustawodawca nie uregulował też kompleksowo zakresu czynności medycznych, jakie mogą być podejmowane wobec pacjenta przebywającego na obserwacji bez jego zgody. Dla przykładu, ustawa nie określa jednoznacznie, czy możliwe jest pobranie od pacjenta poddanego obserwacji krwi, mimo, że procedura ta może mieć istotne znaczenie dla ustalenia etiologii prezentowanych przezeń objawów (np. w zakresie oceny obecności narkotyków/alkoholu we krwi).

Celem artykułu jest kompleksowa analiza rozwiązania przewidzianego w art. 24 u.o.z.p. oraz próba rozstrzygnięcia dylematów powstających podczas stosowania tego przepisu w praktyce medycznej.

Obserwacja psychiatryczna a prawo do wolności osobistej

Prawo do wolności osobistej należy do fundamentalnych praw jednostki, które gwarantowane jest zarówno w Konstytucji RP (art. 41 ust. 1), jak i w międzynarodowych aktach prawnych o podstawowym znaczeniu dla europejskiego porządku aksjonormatywnego (art. 5 ust. 1 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, art. 6 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, art. 9 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych). Prawo to nie ma jednak charakteru bezwzględnego. Pozbawienie bądź ograniczenie wolności może być przewidziane tylko w aktach rangi ustawowej (art. 41 ust. 1 zd. 2 Konstytucji RP), gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP).

Przykładem tego rodzaju rozwiązań jest właśnie omawiana obserwacja psychiatryczna, która stanowi formę pozbawienia wolności. Pacjent hospitalizowany na podstawie art. 24 u.o.z.p. traci bowiem (czasowo) możliwość swobodnego decydowania

o własnym miejscu pobytu. Rację ma zaś M. Szwed [2, s. 127-128], który przyjmuje, że pozbawieniem wolności jest każda forma „przymusowego zamknięcia osoby na ograniczonej przestrzeni, uniemożliwiającej jej swobodne poruszanie się i dysponowanie swoją osobą i poddanie jej nadzorowi”.

Treść art. 24 ust. 1 u.o.z.p. prowadzi do wniosku, że ingerencja w prawo do wolności osobistej podyktowana jest w tym wypadku potrzebą ochrony życia samego pacjenta albo życia lub zdrowia innych osób. Dla porządku wskazać należy, że ustrojodawca w przywołanym powyżej art. 31 ust. 3 Konstytucji nie odwołuje się wprost do „życia”, a jedynie do „zdrowia”. Jeżeli jednak można ograniczyć prawa jednostki dla ochrony zdrowia, to tym bardziej można je ograniczyć, gdy zachodzi potrzeba ochrony dobra o jeszcze wyższej wartości, tj. życia¹.

Przesłanki zastosowania obserwacji psychiatrycznej

Przyjęcie na obserwację psychiatryczną w trybie art. 24 u.o.z.p. wymaga kumulatywnego spełnienia czterech warunków:

- (1) stwierdzenia, że u pacjenta występują zaburzenia psychiczne w rozumieniu art. 3 pkt 1 u.o.z.p.;
- (2) powstania wątpliwości co do tego, czy wyżej wymienione zaburzenia stanowią chorobę psychiczną w rozumieniu art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p.; których nie da się jednoznacznie rozstrzygnąć podczas konsultacji w izbie przyjęć,
- (3) stwierdzenia stanu bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjenta albo stanu bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia innych osób, wynikającego z wyżej wymienionych zaburzeń;
- (4) braku zgody pacjenta na przyjęcie do szpitala (oddziału) psychiatrycznego.

Treść art. 24 ust. 1 u.o.z.p. nakazuje przyjąć, że wątpliwości dotyczące stanu zdrowia psychicznego osoby przyjmowanej do szpitala mają dotyczyć wyłącznie tego, czy jest ona chora psychicznie, a nie tego, czy „w ogóle” jest ona osobą z zaburzeniami psychicznymi [3, 4]. Stosując nieco inną optykę, można stwierdzić, że art. 24 u.o.z.p. pozwala na przyjęcie do szpitala osoby z zaburzeniami psychicznymi, które – w momencie podejmowania decyzji o przyjęciu – nie poddają się jeszcze jednoznacznej kwalifikacji jako choroba psychiczna. Gdyby intencją ustawodawcy było umożliwienie prowadzenia obserwacji psychiatrycznej w celu rozstrzygnięcia wątpliwości co do występowania u danej osoby „jakichkolwiek” zaburzeń psychicznych, to druga część art. 24 ust. 1 brzmiałaby: „a zachodzą wątpliwości, czy jest ona osobą z zaburzeniami psychicznymi”, a nie jak obecnie: „a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie”.

Rozszerzenie podmiotowego zakresu zastosowania art. 24 u.o.z.p. wymagałoby zatem zmiany drugiej części ust. 1 przywołanego przepisu. Warto odnotować, że

¹ Jeżeli pacjent zagraża życiu i/lub zdrowiu innych osób, to równolegle zostaje spełniona przesłanka związana z koniecznością ochrony „wolności i praw innych osób” w rozumieniu art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Zarówno życie (art. 38 Konstytucji RP), jak i zdrowie (art. 68 ust 1. Konstytucji RP) podlega ochronie prawnej.

zmianę taką przewiduje rządowy projekt nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i niektórych innych ustaw z 03.10.2025 roku² [5]. Projekt ten znajduje się jednak na etapie konsultacji społecznych, toteż nie będzie szerzej omawiany, nie jest bowiem wiadome czy postulowane zmiany zostaną ostatecznie wprowadzone³. Dalsze rozważania odnoszą się zatem do obecnego stanu prawnego, w którym ustawodawca na gruncie art. 24 u.o.z.p. posługuje się dwoma, niesynonimicznymi pojęciami – zaburzeń psychicznych i choroby psychicznej.

Zgodnie z ICD-11 zaburzenia psychiczne to zespoły charakteryzujące się klinicznie istotnymi zaburzeniami funkcji poznawczych, regulacji emocji lub zachowania danej osoby, które odzwierciedlają dysfunkcję w procesach psychologicznych, biologicznych lub rozwojowych leżących u podstaw funkcjonowania psychicznego i behawioralnego. Zaburzenia te są zwykle związane ze znacznym cierpieniem i/lub niepełnosprawnością w życiu społecznym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania jednostki [6].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego dzieli zaburzenia psychiczne na trzy kategorie: choroby psychiczne, upośledzenie umysłowe oraz inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, jeżeli osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym (art. 3 pkt 1 u.o.z.p.).

W rozumieniu analizowanej ustawy choroba psychiczna jest więc jednym z rodzajów zaburzeń psychicznych [7]. Pojęcie to zostało jednocześnie bardzo lakonicznie zdefiniowane. Ustawodawca wskazał jedynie, że choroba psychiczna to zaburzenie, w którego przebiegu występują zaburzenia psychotyczne (art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p.). Tak skonstruowana definicja ma nazbyt zawężony charakter, gdyż obecność objawów psychotycznych nie wyczerpuje znaczenia tego terminu, na co trafnie zwracał niegdyś uwagę S. Pużyński [8]. W naukach medycznych odchodzi się zresztą od pojęcia „choroby psychicznej” ze względu na pejoratywny i stygmatyzujący charakter tego terminu [1].

Niezależnie od słuszności owej tendencji pojęcie choroby psychicznej nadal funkcjonuje w języku prawnym⁴. Skoro tak, to zachowanie prawidłowości rozważań

² Zgodnie z jego założeniami art. 24 ust. 1 u.o.z.p. miałby pozwalać na przyjęcie na obserwację psychiatryczną osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy zagrożenie to powstaje w przebiegu tych zaburzeń ze względu na znaczne ograniczenie lub zniesienie zdolności tej osoby do spostrzegania i oceny rzeczywistości oraz kierowania własnym postępowaniem. Położenie nacisku na skutki obserwowanych zaburzeń psychicznych w zakresie zdolności do właściwej percepcji i krytycznej oceny rzeczywistości oraz podejmowania wolicjonalnych działań, w miejsce skupienia się na aspektach terminologicznych należy uznać za zabieg korzystny.

³ Należy nadmienić, że zmiany w zakresie art. 24 u.o.z.p. przewidywał również poprzedni rządowy projekt nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 30.11.2022 r. (UD 444), który również „zatrzymał się” na etapie konsultacji społecznych i nigdy nie został wprowadzony w życie – <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12367401/>

⁴ Oprócz omawianego art. 24 u.o.z.p. pojęcie choroby psychicznej można znaleźć również w art. 13 czy art. 16 Kodeksu cywilnego (jako podstawę ubezwłasnowolnienia), czy w art. 31 §1 Kodeksu karnego (jako potencjalną przyczynę niepoczytalności).

wymaga posługiwania się tym terminem mimo jego „medycznej” archaiczności. Na etapie interpretacji przepisu nie można bowiem w sposób dowolny zmieniać jego treści, a co za tym idzie – zastępować pojęcia X pojęciem Y, zwłaszcza gdy mowa o pojęciach niesynonimicznych. Takie zabiegi prowadziłyby do błędnych konkluzji.

Reasumując rozważania na temat pierwszych dwóch przesłanek, przyjąć zatem należy, że w obecnym stanie prawnym zastosowanie art. 24 u.o.z.p. wymaga ustalenia, że pacjent prezentuje zaburzenia psychiczne, jednak zachodzą wątpliwości co do ich psychotycznego charakteru.

Trzecim warunkiem zastosowania art. 24 u.o.z.p. jest stwierdzenie stanu bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjenta albo zdrowia lub życia innych osób, który wynika z prezentowanych przez pacjenta zaburzeń psychicznych. Ustawodawca wymaga, by zagrożenie miało charakter bezpośredni. Kryterium bezpośredniości zostaje spełnione, jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że w każdej chwili (aktualnie lub w niedalekiej przyszłości) może dojść do naruszenia przez pacjenta wyżej wymienionych dóbr (tj. zdrowia i/lub życia) [4]. Mowa tu zatem o ścisłym związku między aktualnym stanem psychicznym pacjenta a wynikającym z niego ryzykiem naruszenia dóbr prawnych w postaci życia pacjenta bądź życia lub zdrowia innych osób.

Na stan owego zagrożenia ma wskazywać „dotychczasowe zachowanie pacjenta”. Ten ostatni zwrot obejmuje zarówno postępowanie trwające przez pewien czas, jak i jednorazowy incydent o takim natężeniu, że wywołuje wątpliwości co do zdrowia psychicznego i stanowi zagrożenie życia lub zdrowia [9]. Ocena stanu zagrożenia ma siłą rzeczy charakter probabilistyczny – w tym sensie, że żaden lekarz nie ma możliwości ustalenia z absolutną pewnością, w jaki sposób zachowałby się pacjent w razie braku hospitalizacji, a co za tym idzie – czy rzeczywiście dopuściłby się zamachu na dobra wymienione w art. 24 u.o.z.p. Przyjmując nieco inną optykę, stwierdzić należy, że dla zastosowania art. 24 u.o.z.p. wystarczające jest zaistnienie uzasadnionych obaw co do stanu zagrożenia dla zdrowia bądź życia [10]. Dla przykładu, na bezpośredniość zagrożenia będzie wskazywać obecność myśli i zamiarów suicydalnych, podjęta próba suicydalna czy zachowania agresywne (w tym alloagresywne) [1]. Mowa tu zarówno o podjęciu określonych działań (np. poważnym samookaleczeniu), jak i usiłowaniu czy realnych groźbach ich dokonania.

Czwartym warunkiem zastosowania art. 24 u.o.z.p. jest brak zgody pacjenta na hospitalizację. Mowa tu zarówno o sprzeciwie wyrażonym wprost (werbalny komunikat o braku zgody), jak i w sposób dorozumiany, tj. we wszelkich zachowaniach, które świadczą o braku zgody na przyjęcie do szpitala (np. próba ucieczki z izby przyjęć).

Zakres czynności medycznych, jakie mogą być podejmowane wobec pacjenta przebywającego na obserwacji psychiatrycznej bez jego zgody

Kwestią, która wymaga szerszego omówienia, jest zakres czynności medycznych, jakie mogą być podejmowane wobec pacjenta hospitalizowanego na podstawie art. 24 u.o.z.p. wbrew jego woli (tj. gdy pacjent nie wyraża zgody na ich przeprowadzenie). Z punktu widzenia prawnego mowa tu o świadczeniach zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r.,

poz. 450), tj. działaniach służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działaniach medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Podstawową zasadą współczesnego systemu opieki zdrowotnej jest zasada autonomii woli pacjenta [11]. Wyrazem owej autonomii jest prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie mu określonych świadczeń zdrowotnych, jak również prawo do odmowy ich udzielenia (art. 16 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; Dz.U. z 2024 r., poz. 581; dalej: u.p.p.). Prawo to może być ograniczone wyłącznie w przypadkach ściśle określonych w aktach rangi ustawowej (art. 15 u.p.p.), takich jak ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Pojawia się zatem pytanie o zakres przewidzianych tam wyjątków znajdujących zastosowanie do pacjentów poddawanych obserwacji psychiatrycznej.

Na wstępie tej części rozważań wskazać należy, że wobec pacjenta hospitalizowanego w trybie art. 24 u.o.z.p. nie można podejmować żadnych czynności leczniczych, co wynika wprost z art. 33 ust. 4 u.o.z.p. Rozwiązanie to pozostaje zbieżne z celem art. 24 u.o.z.p. i z „diagnostycznym” charakterem tej instytucji. Celem hospitalizacji pacjenta przyjętego do szpitala na obserwację jest rozstrzygnięcie, czy jest on chory psychicznie, tj. czy prezentuje zaburzenia psychiatryczne [1]. Cel ten może być realizowany m.in. przez takie działania, jak:

- (a) ocena wyglądu i obserwacja zachowań pacjenta podczas rozmów z lekarzem;
- (b) ocena sposobu zachowania się pacjenta i sposobu jego funkcjonowania w oddziale;
- (c) analiza dodatkowych informacji na temat dotychczasowego leczenia i przebiegu prezentowanych przez pacjenta zaburzeń – np. uzyskanych od członków rodziny, pracowników opieki społecznej czy z dostarczonej dokumentacji medycznej;
- (d) przeprowadzenie dodatkowych testów diagnostycznych, w tym testów psychologicznych [1].

Wykładnia funkcjonalna art. 24 u.o.z.p. prowadzi do oczywistego w swej istocie wniosku, że wymienione wyżej czynności mogą być prowadzone bez zgody pacjenta [1]. W przeciwnym razie instytucja obserwacji miałaby charakter iluzoryczny. Trzeba jednak pamiętać, że niektóre elementy badania psychiatrycznego wymagają czynnego zaangażowania ze strony pacjenta (np. udzielania odpowiedzi na pytania). O ile więc zgoda pacjenta nie jest tu wymagana w sensie formalnym, to jej brak może w rzeczywistości wykluczyć bądź znacząco utrudnić ocenę stanu psychicznego (np. gdy pacjent milczy podczas rozmowy z lekarzem albo rozwiązuje przedłożony mu kwestionariusz w sposób absolutnie przypadkowy, zaznaczając wszędzie odpowiedź „a”). Ustawa nie przewiduje też możliwości zastosowania środków przymusu wobec pacjenta, który nie partycypuje czynnie w takim badaniu (*arg. a contrario* ex art. 18 i art. 33 u.o.z.p. – szerzej zob. niżej).

Odnosząc się do wspomnianego przymusu bezpośredniego, można stwierdzić, że jego zastosowanie wobec pacjenta przebywającego na obserwacji psychiatrycznej jest możliwe, gdy pacjent:

- (a) dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innych osób;
- (b) dopuszcza się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu;
- (c) w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu;
- (d) poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego.

W ostatnim z wymienionych przypadków przymus bezpośredni może polegać tylko na przytrzymaniu bądź doraźnym podaniu leków (art. 18 ust. 6 pkt 2 u.o.z.p.). W pozostałych sytuacjach (pkt a–c) możliwe jest stosowanie wszystkich form przymusu – tj. także unieruchomienia bądź izolacji (art. 18 ust. 6 pkt 1 u.o.z.p.). Biorąc pod uwagę zakaz podejmowania czynności leczniczych wynikający z art. 33 ust. 4 u.o.z.p., przyjąć należy, że w przypadku doraźnego podania leków pacjentowi przebywającemu na obserwacji chodzi wyłącznie o środki służące opanowaniu pobudzenia pacjenta i odzyskaniu przezeń samokontroli.

Poza sytuacjami określonymi w art. 18 u.o.z.p. wobec osoby hospitalizowanej w trybie art. 24 u.o.z.p. można też stosować przymus bezpośredni w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego (art. 34 zd. 2 u.o.z.p.). Ustawodawca nie określił, o jakie formy przymusu chodzi. Skoro tak, to przyjąć należy, że również w tym wypadku możliwe jest stosowanie wszystkich czterech wymienionych wyżej form przymusu (art. 3 pkt 6 u.o.z.p.).

Szerszego omówienia wymaga też kwestia dopuszczalności pobrania krwi od pacjenta poddanego obserwacji psychiatrycznej, jeżeli ten nie wyraża na to zgody. W praktyce medycznej taki zabieg może być elementem rutynowej oceny stanu somatycznego osoby przyjmowanej do szpitala (oznaczenie podstawowych parametrów laboratoryjnych). Może on również służyć ustaleniu etiologii prezentowanych przez pacjenta zaburzeń (np. przez oznaczenie substancji psychoaktywnych we krwi czy wykluczenie schorzeń somatycznych przebiegających z objawami psychicznymi). Zwłaszcza w tym drugim przypadku, wydawać by się mogło, że jest to element „obserwacji”, a co za tym idzie – nie wymaga on dodatkowej zgody pacjenta. W obecnym stanie prawnym stanowisko to należy jednak odrzucić z dwóch zasadniczych powodów.

Po pierwsze, w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego brak jest wyraźnych norm pozwalających na przeprowadzenie tej czynności wbrew woli pacjenta, które przełamywałyby wymóg uzyskania jego zgody wynikający z art. 16 u.p.p.⁵ Podstawą do takich działań nie może być sam art. 24 u.o.z.p. Przepis ten pozwala „jedynie” na przyjęcie pacjenta do szpitala psychiatrycznego na obserwację. Nie stanowi on nato-

⁵ Dla przykładu, tego rodzaju rozwiązania szczegółowe znajdują się w art. 47 ust. 1 ustawy z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r., poz. 2151) czy w art. 74 ust. 2 pkt 2 ustawy z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2025 r., poz. 46; dalej: k.p.k.). Zgodnie z art. 47 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości: „jeżeli zachodzi podejrzenie, że przestępstwo lub wykroczenie zostało popełnione po spożyciu alkoholu, osoba podejrzana może być poddana badaniu koniecznemu do ustalenia zawartości alkoholu w organizmie, w szczególności zabiegowi pobrania krwi”. Na podstawie art. 74 § 2 pkt 2 k.p.k. „oskarżony jest zaś obowiązany [...] poddać się pobraniu krwi, włosów lub wydzielin organizmu”.

miast generalnego uprawnienia do podejmowania wobec pacjenta dalszych czynności medycznych.

Po drugie, pobranie krwi wymaga pewnej współpracy ze strony pacjenta, a przynajmniej niestawiania czynnego oporu. Jeżeli pacjent będzie czynnie sprzeciwiał się tej procedurze (wrywanie ręki, szarpanie, ucieczka z kozetki), to pobranie krwi bez zastosowania środków przymusu w postaci przytrzymania nie będzie możliwe. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie przewiduje zaś możliwości stosowania przymusu w takich przypadkach. Jak już wskazano, zgodnie z art. 34 u.o.z.p. poza sytuacjami określonymi w art. 18 u.o.z.p. przymus bezpośredni można stosować wobec osób hospitalizowanych wbrew swojej woli wyłącznie wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, których nie wykonuje się wobec osób przebywających na obserwacji psychiatrycznej (art. 33 ust. 4 u.o.z.p.) albo dla zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala

Oczywiście brak jest formalnych przeciwwskazań ku temu, by pobrać od pacjenta krew, jeżeli ten wyrazi na to zgodę. Należy pamiętać, że brak zgody na hospitalizację nie wyklucza możliwości wyrażenia przez pacjenta zgody na udzielenie mu określonych (niektórych bądź wszystkich proponowanych) świadczeń zdrowotnych.

Jeżeli pacjent takiej zgody nie udziela, to w obecnym stanie prawnym pobranie krwi będzie możliwe jedynie w przypadkach nagłych, tj. gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym (art. 33 i n. ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. z 2024 r., poz. 1287; dalej u.z.l.) [12]. Przykładowo mowa tu o pobraniu krwi w celu ustalenia przyczyn nagłej i utrzymującej się utraty przytomności (wykluczenie zatrucia substancjami psychoaktywnymi czy wykluczenie określonych stanów somatycznych – np. śpiączki hipoglikemicznej).

Przy braku autonomicznych regulacji w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego przyjąć należy, że art. 33 ust. 1 u.z.l. będzie też podstawą pozwalającą na przymusowe pobranie krwi od przytomnego pacjenta w razie podejrzenia intoksykacji substancjami psychoaktywnymi, gdy rozstrzygnięcie tej kwestii będzie miało istotne znaczenie kliniczne, np. dla wyboru leków doraźnych, które mają zostać mu podane w ramach środków przymusu⁶. W literaturze przedmiotu słusznie wskazuje się, że dla zastosowania trybu przewidzianego w art. 33 u.z.l., wystarcza stwierdzenie, że pilna interwencja jest zgodna z interesem pacjenta [13], a jej odłożenie w czasie „może uczynić niemożliwym skuteczne dokonanie jej w przyszłości albo przedłużyć proces terapeutyczny lub bardzo skomplikować metody leczenia” [12]. Chociaż osoby przebywające na obserwacji psychiatrycznej nie są „leczone”, to – jak już wspomniano – w pewnych przypadkach można wobec nich zastosować leki doraźne (art. 18 ust. 1 w zw. z ust. 6 pkt 1-2 u.o.z.p.). Biorąc pod uwagę interakcje, jakie mogą zachodzić pomiędzy narkotykami/dopalaczami/alkoholem a preparatami farmakologicznymi, uzyskanie informacji o ewentualnej intoksykacji leży w szeroko rozumianym interesie

⁶ Na przykład gdy silnie pobudzony pacjent, pozostający w paralogicznym kontakcie werbalnym, demoluje oddział, spełniając przesłanki zastosowania środków przymusu (art. 18 ust. 1 pkt 2 u.o.z.p.).

pacjenta. Tym samym, jeśli stan kliniczny pacjenta wymaga podjęcia działań w sposób niezwłoczny, a kontakt z nim jest znacznie utrudniony, mimo zachowanej świadomości (np. z powodu objawów wytwórczych albo silnego pobudzenia czy agitacji), to spełnione zostaną przesłanki zastosowania art. 33 ust. 1 u.z.l. Możliwe będzie zatem pobranie krwi bez zgody pacjenta.

Niezależnie od powyższych rozważań ustawodawca powinien wprowadzić do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zapis stanowiący wprost, że osobom hospitalizowanym na podstawie art. 24 u.o.z.p. można bez ich zgody pobrać krew w celu zbadania obecności substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, a także, gdy jest to szczególnie uzasadnione z uwagi na ich stan somatyczny (np. pobranie krwi osobie w podeszłym wieku w celu wykluczenia ciężkiej dyselektroliemii). Dla umożliwienia realizacji wymienionych uprawnień w razie oporu pacjenta ustawodawca powinien wprowadzić równolegle możliwość zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Względy gwarancyjne nakazują przyjąć, by jedyną dopuszczalną formą przymusu było w tym wypadku przytrzymanie w celu pobrania krwi. Warto wskazać, że tego rodzaju rozwiązanie nie będzie stanowiło *novum* w polskim systemie prawa. Możliwość zastosowania przymusu w celu wykonania badań sanitarno-epidemiologicznych przewiduje wprost art. 36 ust. 1 ustawy z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2024 r., poz. 924)⁷.

Chociaż formułowane powyżej postulaty są przejawem postawy paternalistycznej, to należy pamiętać, że mowa tu o osobach, które zostały przyjęte do szpitala, gdyż ich zachowanie wskazywało na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagrażały własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a nie rozstrzygnięto jeszcze wątpliwości co do obecności choroby psychicznej. Ta ostatnia może zaś istotnie upośledzać zdolność do testowania rzeczywistości i racjonalnego kierowania własnym postępowaniem, rzutując negatywnie na proces decyzyjny, także w zakresie proponowanych metod diagnostycznych. *Conditio sine qua non* autonomii jednostki jest zdolność do rozumienia własnych zachowań i decyzji oraz konsekwencji z nimi związanych. Brak takowych cech sprawia, że działania pacjenta będą – w mniejszym bądź większym stopniu – dziełem przypadku, a jego autonomia decyzyjna pozostanie jedynie pozorna [7]. W takich przypadkach nie da się uniknąć mechanizmów paternalistycznych.

⁷ Zgodnie z tym przepisem: „wobec osoby, która nie poddaje się [...] badaniom sanitarno-epidemiologicznym [...], a u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, może być zastosowany środek przymusu bezpośredniego polegający na przytrzymywaniu, unieruchomieniu lub przymusowym podaniu leków”. Badania sanitarno-epidemiologiczne obejmują także badania laboratoryjne w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej (art. 2 pkt 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi).

Dopuszczalność „ponownego” zastosowania art. 24 u.o.z.p. w trakcie tej samej hospitalizacji

Jednym z największych problemów powstających podczas stosowania art. 24 u.o.z.p. w praktyce medycznej jest kwestia ponownego zastosowania tego przepisu wobec pacjenta, który przebywając na obserwacji psychiatrycznej, wyrazi zgodę na dalszy pobyt w szpitalu, a bezpośrednio po tym zgodę tę wycofa i zażąda wypisu do domu, przed rozstrzygnięciem wątpliwości co do jego stanu psychicznego (schemat 1).



Schemat 1. Postępowanie wobec pacjenta umieszczonego na obserwacji psychiatrycznej po wyrażeniu przez niego zgody na pobyt w szpitalu i następczym żądaniu wypisu

Źródło: grafika własna – M.B.

Obserwacja psychiatryczna ma – *ex definitione* – charakter przymusowy. Po wyrażeniu przez pacjenta zgody na dalszą hospitalizację tryb z art. 24 u.o.z.p. nie może być dłużej stosowany, o ile sąd opiekuńczy uzna, że zgoda pacjenta spełnia wymogi przewidziane w art. 3 pkt 4 u.o.z.p. Sąd musi zatem ustalić, że „pacjent był świadom podjętej decyzji i skutków z nią związanych, a ponadto wyraził zgodę w sposób swobodny” [14, 15]. W tym celu konieczne jest wysłuchanie pacjenta przez sąd (art. 26 ust. 2 u.o.z.p.). W razie uznania, że pacjent wyraził skutecznie zgodę na dalszą hospitalizację, postępowanie służące kontroli zasadności przyjęcia go do szpitala wbrew woli zostaje umorzone (art. 26 ust. 1 u.o.z.p.).

Pacjent leczony dobrowolnie może w każdym momencie zażądać wypisu do domu. W obecnym stanie prawnym takie żądanie musi skutkować wypisem, chyba że wobec pacjenta zachodzą przesłanki z art. 23 ust. 1 u.o.z.p. Innymi słowy, pacjent musi zostać wypisany, chyba że jego zachowanie wskazuje, iż z powodu choroby psychicznej zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Jedynie w tym ostatnim przypadku ustawa przewiduje możliwość dalszego leczenia pacjenta wbrew jego woli (art. 28 u.o.z.p.).

Aktualnie brak jest natomiast możliwości „ponownego” umieszczenia pacjenta na obserwacji psychiatrycznej w trybie art. 24 u.o.z.p. Za stanowiskiem tym przemawia wykładnia literalna art. 28 u.o.z.p. Ten ostatni przepis pozwala na kontynuację lecze-

nia pacjenta, który wycofał zgodę na pobyt w szpitalu, wyłącznie w razie zaistnienia przesłanek z art. 23 ust. 1 u.o.z.p. Względy gwarancyjne nakazują przyjąć, że norma ta musi być interpretowana ściśle [16]. Nie jest więc możliwe stosowanie art. 28 u.o.z.p. w innych sytuacjach na zasadzie analogii.

W świetle powyższych rozważań nieprzekonujący jest pogląd A. Rydzewskiego [17], który przyjmuje, że art. 28 u.o.z.p. może być stosowany także w przypadku wycofania zgody przez pacjenta pierwotnie hospitalizowanego na podstawie art. 24 u.o.z.p., za czym ma przemawiać ustęp 3. tego przepisu. Artykuł 24 ust. 3 u.o.z.p. odnosi się wyłącznie do momentu „przyjęcia [pacjenta] do szpitala” na obserwację psychiatryczną i stanowi, że stosuje się wówczas tryb i zasady określone w art. 23 u.o.z.p. Zawartość treściowa art. 24 ust. 3 u.o.z.p. pozwala zatem „jedynie” na ustalenie, że przyjęcie pacjenta na przymusową obserwację psychiatryczną wymaga spełnienia tych samych kryteriów proceduralnych, co przyjęcie do szpitala osoby chorej na podstawie art. 23 u.o.z.p.⁸ W konfiguracji analizowanej w niniejszym podrozdziale mamy zaś do czynienia z pacjentem, który jest już hospitalizowany („chwilowo” za swoją zgodą) i żąda wypisu. Jak już wspomniano, kwestie te reguluje zaś autonomicznie art. 28 u.o.z.p. Normy przewidziane w art. 24 i 28 u.o.z.p. mają więc odmienny zakres przedmiotowy. Fakt, że ustawodawca w obu tych przepisach odwołuje się do art. 23 u.o.z.p., nie pozwala na poparcie stanowiska A. Rydzewskiego, gdyż odesłania te mają inny kontekst funkcjonalny.

Prima facie, w omawianej tu sytuacji można rozważać wypis pacjenta (zgodnie z jego żądaniem) wraz z następczym natychmiastowym przyjęciem (na podstawie ponownie stosowanego art. 24 u.o.z.p.). Takie postępowanie stanowić będzie jednak swoistą fikcję służącą obejściu ograniczeń ustawowych, toteż nie może zostać zaaprobowane.

Problem braku możliwości ponownego zastosowania art. 24 u.o.z.p. w celu „dokonczenia obserwacji” nie jest jedynie teoretyczny. Możliwe jest bowiem, że pacjent przyjęty pierwotnie na obserwację psychiatryczną wyrazi zgodę na pobyt, a następnie zażąda wypisu już w pierwszej dobie hospitalizacji. W takim wypadku faktyczny okres obserwacji zostanie diametralnie skrócony, a „chwilowy” pobyt pacjenta w oddziale nie pozwoli na realizację celu art. 24 u.o.z.p., tj. na ustalenie, czy prezentuje on zaburzenia psychotyczne. Aktualny stan prawny jest dalece niekorzystny. W opisanej tu konfiguracji lekarz staje przed poważnym dylematem. Wypis pacjenta przy nierozstrzygniętych wątpliwościach dotyczących towarzyszących mu zaburzeń psychotycznych może stwarzać zagrożenie dla życia bądź zdrowia pacjenta. Z kolei hospitalizacja oparta „na ponownie zastosowanym” art. 24 u.o.z.p. – jak wykazano – nie ma dostatecznej

⁸ Tym samym w przypadku przyjęcia pacjenta na obserwację w trybie art. 24 ust. 1 u.o.z.p.: o przyjęciu na obserwację decyduje lekarz po osobistym zbadaniu pacjenta i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa (art. 23 ust. 2 u.o.z.p.); lekarz musi wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach (art. 23 ust. 3 u.o.z.p.); przyjęcie wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia oraz powiadomienia sądu opiekuńczego przez kierownika szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia (art. 23 ust. 4 u.o.z.p.) oraz udokumentowania tych okoliczności w dokumentacji medycznej (art. 23 ust. 5 u.o.z.p.). Przepis art. 24 ust. 3 u.o.z.p. służy zatem uniknięciu powtórzeń tożsamych treści normatywnych przez zastosowanie odesłania do innej normy (w tym wypadku do art. 23 ust. 2–5 u.o.z.p.).

podstawy normatywnej, jest więc niezgodna z ustawą. Niezależnie od dokonanego wyboru lekarz naraża się na odpowiedzialność prawną. W pierwszym przypadku mowa m.in. o zarzucie narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 §2 ustawy z 6.06.1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 2025 r., poz. 383; dalej k.k.). W drugim o zarzucie naruszenia praw pacjenta i następczym roszczeniu o zadośćuczynienie za krzywdę doznaną w wyniku bezprawnej hospitalizacji (art. 4 ust. 1 u.p.p. w zw. z art. 448 ustawy z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. z 2024 r., poz. 1061) [10]. „Ponowna” obserwacja psychiatryczna może być też rozpatrywana w kontekście czynu zabronionego stypizowanego w art. 189 k.k. (bezprawne pozbawienie wolności) [18, 19].

Obecny stan prawny jest także niekorzystny dla samych pacjentów. Stwarza on bowiem ryzyko nadużywania art. 23 ust. 1 (w zw. z art. 28 u.o.z.p.) przez „aprioryczne” przyjmowanie, że pacjent jest chory psychicznie, nawet jeśli w momencie żądania wypisu wątpliwości w tym zakresie nie zostały ostatecznie rozstrzygnięte.

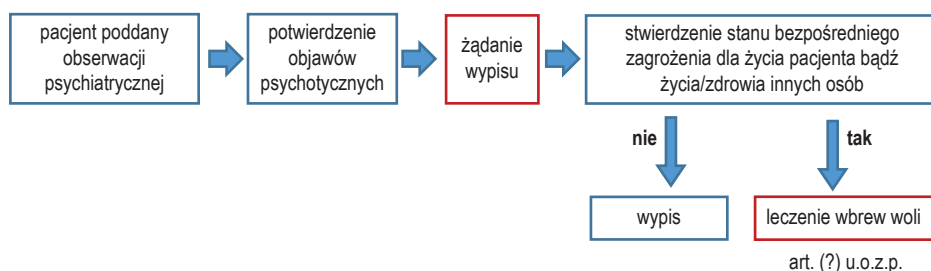
Należałoby zatem rozszerzyć art. 28 u.o.z.p. o odpowiednie odesłanie do art. 24 u.o.z.p., tak aby możliwe było zgodne z prawem „dokończenie” obserwacji psychiatrycznej. Oczywiście ze względów gwarancyjnych należałoby równolegle wprowadzić przepis stanowiący, że całkowity czas obserwacji (zarówno pierwotnej, jak i ponownej) nie może przekraczać 10 dni, wliczając w to okres pobytu w szpitalu „za zgodą” pacjenta. Z praktycznego punktu widzenia to ostatnie zastrzeżenie powinno zostać wprowadzone do art. 24 u.o.z.p. jako kolejny (czwarty) ustęp tego przepisu.

Niezależnie od wcześniejszych rozważań i postulatów nie można tracić z pola widzenia tego, że lekarz podejmujący decyzję co do dalszej hospitalizacji pacjenta przebywającego pierwotnie na obserwacji występuje w roli gwaranta nienastąpienia negatywnych skutków dla jego zdrowia i życia. Jeżeli w ocenie lekarza dobra te są bezpośrednio zagrożone, a krótki czas obserwacji psychiatrycznej nie pozwolił na wykluczenie tego zagrożenia, lekarz, który podejmuje decyzję o kontynuacji hospitalizacji, działając zgodnie z zasadą *salus aegroti suprema lex esto*, powinien zostać uznany za osobę działającą w stanie wyższej konieczności w rozumieniu art. 26 §1 Kodeksu karnego w razie postawienia mu zarzutów karnych. Zdrowie i życie stanowią bowiem *summa bona* współczesnych systemów aksjonormatywnych i przedstawiają wartość wyższą niż autonomia decyzyjna jednostki. Chociaż owa autonomia jest emanacją godności człowieka [20], to konieczność ratowania życia ludzkiego może, w pewnych przypadkach, uzasadniać jej ograniczenie. Egzemplifikacją tego założenia są właśnie tryby przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej omawiane w niniejszym artykule. Ich zastosowanie sprowadza się przecież do przełamania autonomii pacjenta (co do woli pozostania w szpitalu) w celu ratowania jego życia bądź ochrony zdrowia lub życia innych ludzi. Trzeba też pamiętać, że art. 24 u.o.z.p. dotyczy sytuacji, w której nadal istnieją nierozstrzygnięte wątpliwości co do występowania u pacjenta objawów psychotycznych, tj. choroby psychicznej w rozumieniu ustawy. Ta ostatnia może zaś skutkować utratą zdolności do testowania rzeczywistości i racjonalnego kierowania własnym postępowaniem, czyniąc z owej autonomii decyzyjnej właściwość pozorną.

Stan wyższej konieczności przewidziany w prawie cywilnym ma węższy zakres przedmiotowy (art. 424 k.c.)⁹ [21]. Z tego względu instytucja ta nie znajdzie zastosowania w razie ewentualnych roszczeń cywilnych kierowanych pod adresem lekarza na podstawie art. 4 u.p.p. w zw. z art. 488 k.c., w związku z zarzutem naruszenia praw pacjenta.

Postępowanie w przypadku stwierdzenia u pacjenta zaburzeń psychiatrycznych (choroby psychicznej w rozumieniu ustawy)

Podobny do przedstawionego powyżej problem dotyczy sposobu postępowania w sytuacji, w której u pacjenta poddanego obserwacji psychiatrycznej stwierdzone zostaną zaburzenia psychiatryczne (choroba psychiczna w rozumieniu ustawy), a osoba ta nie wyraża zgody na dalsze leczenie. Jeżeli lekarze uznają, że – mimo istnienia choroby – pacjent nie zagraża bezpośrednio swojemu życiu lub życiu bądź zdrowiu innych osób, żądanie wypisu powinno skutkować zakończeniem hospitalizacji. Z medycznego punktu widzenia żadnych wątpliwości nie budzi stwierdzenie, że w razie poczynienia ustaleń przeciwnych – tj. uznania, że pacjent zagraża bezpośrednio swojemu życiu bądź zdrowiu lub życiu innych osób – zachodzi konieczność leczenia go w trybie przymusowym [1]. Z punktu widzenia prawnego pojawia się jednak pytanie o podstawę normatywną dalszej hospitalizacji (schemat 2).



Schemat 2. Postępowanie wobec pacjenta umieszczonego na obserwacji psychiatrycznej po stwierdzeniu choroby psychicznej i braku zgody na dalszą hospitalizację

Źródło: grafika własna – M.B.

Problem, jaki tu powstaje, wynika z niekonsekwencji ustawodawcy, który nie uregulował tej kwestii w ustawie. Artykuł 23 u.o.z.p. odnosi się do „przyjęcia [pacjenta] do szpitala” psychiatrycznego. Z kolei art. 28 u.o.z.p. ma zastosowanie do osób, które przebywają w szpitalu za swoją zgodą, a następnie zgodę tę wycofują. W omawianym

⁹ Przepis art. 424 k.c. stanowi: „Kto zniszczył lub uszkodził cudzą rzecz albo zabił lub zranił cudze zwierzę w celu odwrócenia od siebie lub od innych niebezpieczeństwa grożącego bezpośrednio od tej rzeczy lub zwierzęcia, ten nie jest odpowiedzialny za wynikłą stąd szkodę, jeżeli niebezpieczeństwa sam nie wywołał, a niebezpieczeństwu nie można było inaczej zapobiec i jeżeli ratowane dobro jest oczywiście ważniejsze aniżeli dobro naruszone”.

przypadku mamy zaś do czynienia z pacjentem już hospitalizowanym, ale w trybie przymusowym (art. 24 u.o.z.p.), który „nadal” nie wyraża zgody na dalsze leczenie po zakończeniu obserwacji. *Prima facie*, brak jest więc normy prawnej odnoszącej się do omawianego tu stanu faktycznego. Skoro w/w pacjent w żadnym momencie nie przebywał w szpitalu „za swoją zgodą” wykluczone jest zastosowanie art. 28 u.o.z.p.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że jedynym sposobem działania jest w takim przypadku wypis pacjenta z jego następczym natychmiastowym przyjęciem na podstawie art. 23 u.o.z.p. [22]. Chociaż pogląd ten może być w pewnym sensie uzasadniony z punktu widzenia ścisłej wykładni przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i poszukiwania próby wyjścia z impasu, to budzi on wątpliwości natury etycznej. Realizacja przywołanego założenia sprowadza się bowiem do stworzenia swoistej „fikcji wypisu”, służącej wyłącznie dostosowaniu dalszego postępowania medycznego do ścisłego brzmienia art. 23 u.o.z.p. W rzeczywistości pacjent nie zostanie przecież wypuszczony ze szpitala psychiatrycznego (co jest naturalnym następstwem wypisu). *In facto*, nie odzyska on więc swobody decydowania o własnym miejscu pobytu i nadal będzie pozbawiony wolności, a sam „wypis” będzie sprowadzał się jedynie do czynności formalnej, a zarazem pozornej.

Teoretycznie podstawę do kontynuacji przymusowej hospitalizacji omawianego tu pacjenta można wywieść z art. 28 u.o.z.p., stosując tzw. wykładnię *a fortiori*. Wnioskowanie to można przedstawić w następujący sposób. Skoro w razie zaistnienia przesłanek z art. 23 ust. 1 u.o.z.p. ustawodawca pozwala na zatrzymanie w szpitalu osoby, która przebywała w nim dobrowolnie (za swoją zgodą), to tym bardziej dozwolone jest dalsze zatrzymanie w szpitalu osoby, która już przebywa w nim wbrew swojej woli (tj. pacjenta pierwotnie poddanego przymusowej obserwacji psychiatrycznej).

Trzeba jednak pamiętać, że art. 28 u.o.z.p. (podobnie zresztą jak art. 23 czy 24) mają charakter norm kompetencyjnych. Przepisy te przyznają bowiem szpitalowi określone uprawnienia z zakresu władzy publicznej, których zastosowanie skutkuje ingerencją w konstytucyjne prawo do wolności osobistej pacjenta i pozwala na jego przymusową hospitalizację. Normy kompetencyjne muszą być zaś interpretowane w sposób ścisły, co wynika z art. 7 Konstytucji RP i wyrażonej tam zasady legalizmu [23, 24]. Nie można zatem domniemywać czy rozszerzać uprawnień poza te, które wynikają bezpośrednio z przepisu. Artykuł 28 u.o.z.p. w jego obecnym brzmieniu pozwala zaś „jedynie” na zatrzymanie w szpitalu pacjenta, który dotychczas przebywał w nim za swoją zgodą. Nie odnosi się on natomiast do pacjenta przebywającego na przymusowej obserwacji psychiatrycznej. W obecnym stanie prawnym kwestia podstawy normatywnej pozwalającej na dalsze leczenie pacjenta w szpitalu w razie stwierdzenia w toku obserwacji psychiatrycznej, że jest on „chory psychicznie” i stwarza niebezpieczeństwo dla życia bądź zdrowia, pozostaje nieuregulowana.

Ową lukę prawną należy ocenić jednoznacznie negatywnie. W celu jej uzupełnienia ustawodawca powinien wprowadzić do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przepisy precyzyjnie regulujące omawianą kwestię. Wystarczające wydaje się rozszerzenie art. 24 ust. 2 u.o.z.p. o zdanie drugie, tak by przepis ten przyjął brzmienie: „Pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, nie może trwać dłużej niż 10 dni. Jeżeli

w trakcie tego pobytu stwierdzone zostaną okoliczności, o których mowa w art. 23 ust. 1, przepis art. 28 stosuje się odpowiednio”.

Podsumowanie

Przepisy dotyczące obserwacji psychiatrycznej, o której mowa w art. 24 u.o.z.p., nie mają charakteru kompletnego. Obecny stan prawny jest przyczyną wielu wątpliwości powstających w trakcie stosowania tej instytucji w praktyce medycznej. W efekcie oczywiste z medycznego punktu widzenia działania nie zawsze znajdują bezpośrednie oparcie w normach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, co naraża lekarzy na odpowiedzialność prawną. Owe luki czynią z obserwacji psychiatrycznej instytucję o ograniczonej użyteczności. Podsumowując przeprowadzone rozważania, warto zwrócić uwagę na trzy zasadnicze kwestie.

Po pierwsze, w obecnym stanie prawnym niemożliwe jest „ponowne” zastosowanie art. 24 u.o.z.p. w celu „dokończenia” obserwacji psychiatrycznej pacjenta, który po przymusowym przyjęciu do szpitala wyraził zgodę na dalszy pobyt, a następnie zgodę tę wycofał i żądał wypisu do domu (brak odesłania do art. 24 w art. 28 u.o.z.p.). Należałoby zatem rozszerzyć art. 28 u.o.z.p. o odpowiednie odesłanie do art. 24 u.o.z.p., przy zastrzeżeniu, że całkowity czas trwania obserwacji (pierwotnej i ponownej) nie może przekraczać 10 dni, wliczając w to okres pobytu pacjenta w oddziale za jego zgodą.

Po drugie, wątpliwości dotyczą podstawy prawnej dalszego leczenia pacjenta przebywającego na obserwacji po ustaleniu, że prezentuje on zaburzenia psychiatryczne (tj. chorobę psychiczną w rozumieniu ustawy), które zagrażają jego życiu bądź życiu lub zdrowiu innych osób, gdy pacjent nie wyraża zgody na leczenie. Przepis art. 24 u.o.z.p. nie reguluje autonomicznie tej kwestii, a art. 28 u.o.z.p. odnosi się do rodzajowo odmiennej sytuacji. W obecnym stanie prawnym kwestia ta pozostaje więc nieregulowana.

Po trzecie, negatywnie należy ocenić brak uregulowań określających zakres czynności medycznych (innych niż lecznicze), jakie mogą być podejmowane wobec pacjenta przebywającego na obserwacji psychiatrycznej, jeżeli ten nie wyraża zgody na ich przeprowadzenie. Szczególnie ważna wydaje się kwestia dopuszczalności pobrania od takiego pacjenta krwi. Procedura ta może mieć bowiem istotne znaczenie dla ustalenia etiologii prezentowanych zaburzeń (np. wykluczenia stanu intoksykacji substancjami psychoaktywnymi), a co za tym idzie – realizacji podstawowego celu obserwacji. Mimo to w obecnym stanie prawnym pobranie krwi od pacjenta, co do zasady, wymaga jego zgody, także gdy przebywa on na obserwacji psychiatrycznej. Ze względu na wspomniany brak odrębnych postanowień w u.o.z.p. pobranie krwi bez zgody możliwe jest wyłącznie w sytuacjach nagłych, w trybie określonym ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 33 i n. u.z.l.). Zasadne wydaje się zatem wprowadzenie do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego autonomicznego przepisu pozwalającego na pobranie krwi od pacjenta poddanego obserwacji psychiatrycznej także „poza” stanem nagłym, gdy jest to niezbędne w celach diagnostycznych, a więc dla rozstrzygnięcia wątpliwości, o których mowa w art. 24 u.o.z.p. Brak tego rodzaju regulacji niewątpliwie utrudnia efektywne prowadzenie obserwacji psychiatrycznej.

Piśmiennictwo

1. Gałęcki P, Bobińska K. *Komentarz do art. 23–24*. W: Gałęcki P, Bobińska K, Eichstaedt K. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2016. S. 143–155.
2. Szwed M. *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2020.
3. Heitzman J, Markiewicz I. *Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego*. W: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. red. *Psychiatria, t. 3: Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2012. S. 484–485.
4. Dmucha M. *Komentarz do art. 24*. W: Drembkowski P, Kmiecik B, Tyminiński R. red. *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2023. S. 590–601.
5. Rządowy projekt nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 03.10.2025 r. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12402903/>.
6. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision*. <https://icd.who.int/en/>.
7. Burdzik M. *Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako uczestnik postępowania karnego*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2024.
8. Pużyński S. *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(3): 299–308.
9. Postanowienie Sądu Najwyższego z 12.10.2018 r., V CSK 166/18, LEX nr 2575852.
10. Postanowienie Sądu Najwyższego z 4.08.2020 r., IV CSK 51/20, LEX nr 3063048.
11. Karkowska D, Kmiecik B. *Komentarz do art. 16*. W: Karkowska D. red. *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2021. S. 564–574.
12. Malczewska M. *Komentarz do art. 33*. W: Zielińska E. red. *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2022. S. 830–836.
13. Świdarska M. *Zgoda Pacjenta na zabieg medyczny*. Toruń: Dom Organizatora TNOiK; 2007.
14. Eichstaedt K. *Komentarz do art. 26*. W: Gałęcki P, Bobińska K, Eichstaedt K. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2016. S. 163–164.
15. Tyminiński R. *Komentarz do art. 26*. W: Drembkowski P, Kmiecik B, Tyminiński R. red. *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2023. S. 616–624.
16. Komarnicka-Boberska K, Ulman M. *Komentarz do art. 28*. W: Drembkowski P, Kmiecik B, Tyminiński R. red. *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2023. S. 628–631.
17. Rydzewski A. *Problematyka skuteczności i wykonalności orzeczeń sądu wydanych na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. *Rejent* 1998; 1(81): 82–99.
18. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 12.12.2012 r., II AKa 220/12, LEX nr 1254370.
19. Mozgawa M. *Komentarz do art. 189*. W: Mozgawa M. red. *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*. Warszawa: eLEX; 2025.
20. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11.10.2011 r., K 16/10, LEX nr 992832.
21. Długoszewska-Kurk I. *Komentarz do art. 424*. W: Załucki M. red. *Kodeks cywilny. Komentarz*. Warszawa: CH Beck; 2019. S. 992–993.
22. Ciechorski J. *Przyjęcie osoby bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – uwagi w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*. *Europejski Przegląd Sądowy* 2018; 4: 13–24.

-
23. Florczak-Wątor M. *Komentarz do art. 7*. W: Tuleja P. red. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2023. S. 46-49.
 24. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 27.05.2002 r., K 20/01, LEX nr 54068.

Autor korespondencyjny: Marcin Burdzik
e-mail: marcin.burdzik@us.edu.pl