

Jan Ciechorski

Psychiatryczne opinie wewnętrzne w postępowaniu o przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego

*Psychiatric internal opinions in procedures to admit patients
to a psychiatric hospital without their consent*

Abstract

The Mental Health Act establishes a duty to obtain the second psychiatric opinion for a patient to be admitted to a psychiatric hospital under the so-called emergency procedure (Articles 23 and 24 of the Act). Without a doubt, forced admission to a psychiatric hospital constitutes a profound interference with fundamental human rights. The duty to obtain a psychiatrist's opinion also serves as a guarantee for the patient thus admitted, as it forces the physician admitting the patient without the patient's consent to also consider the position presented in the opinion. These internal opinions may constitute material evidence for the court in assessing the validity of the forced admission to a psychiatric hospital. In line with the case law of the Supreme Court, psychiatric hospitals are not participants in proceedings before guardianship courts, and consequently cannot present their position on the subject. Pursuant to Article 365 of the Code of Civil Procedure, decisions of guardianship courts declaring that an admission to a psychiatric hospital without the patient's consent is unjustified are also binding on the court that decides on any claims that the patient lays against the hospital. This means that in an action for damages, the court has no power to find such admission valid and to dismiss the claim. All of the above confirms the hitherto underestimated function of psychiatric internal opinions.

Keywords: *person with a mental disorder, admission without consent to a psychiatric hospital, psychiatric internal opinion, use of direct coercion, psychiatrist*

Dr Jan Ciechorski, Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie, Polska, ORCID: 0000-0001-6659-6212, e-mail: j.ciechorski@ujd.edu.pl
Data zgłoszenia tekstu przez autora: 31.07.2025 r.; data zaakceptowania do publikacji: 3.09.2025 r.

Streszczenie

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego ustanawia obowiązek uzyskania opinii drugiego lekarza psychiatry o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego w tzw. trybie nagłym (art. 23 i 24 ustawy). Nie ulega wątpliwości, że przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego stanowi głęboką ingerencję w podstawowe prawa człowieka. Obowiązek uzyskania opinii psychiatry pełni również funkcję gwarancyjną dla tak przyjmowanego pacjenta, bowiem wymusza rozważenie przez lekarza dokonującego przyjęcia bez zgody również stanowiska przedstawionego w opinii. Te opinie wewnętrzne mogą stanowić istotny dowód dla sądu w ocenie zasadności dokonanego przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego szpital psychiatryczny nie jest uczestnikiem postępowania przed sądem opiekuńczym, a w konsekwencji nie może zaprezentować swojego stanowiska w tym przedmiocie. Na zasadzie art. 365 Kodeksu postępowania cywilnego postanowienia sądu opiekuńczego stwierdzające brak zasadności przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego wiążą również sąd orzekający o ewentualnych roszczeniach pacjenta wobec tego szpitala. Oznacza to, że sąd w procesie odszkodowawczym nie jest władny uznać zasadności tego przyjęcia i oddalić powództwo. Wszystko powyższe potwierdza – niedocenianą dotychczas – funkcję psychiatrycznych opinii wewnętrznych.

Słowa kluczowe: osoba z zaburzeniami psychicznymi, przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego, psychiatryczna opinia wewnętrzna, stosowanie przymusu bezpośredniego, lekarz psychiatra

1. Wprowadzenie

Na wstępie niniejszego opracowania należy wyraźnie wskazać, że jego przedmiotem nie są opinie sądowo-psychiatryczne przewidziane jako środek dowodowy w procedurach cywilnej i karnej, a uzewnętrznienie stanowiska lekarza psychiatry wymagane dla zastosowania określonej instytucji przewidzianej w przepisach ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹. Uważam, że zarówno w judykaturze, jak i w piśmiennictwie dotyczącym postępowania przymusowego w szpitalach psychiatrycznych rola opinii wewnątrzszpitalnych jest praktycznie niezauważana.

Postępowanie wobec pacjenta szpitala psychiatrycznego dopuszcza w bardzo szerokim zakresie podejmowanie działań bez jego zgody, a nawet wprost przymusowych. Jest to oczywiste odstępstwo od zasady wyrażania zgody przez pacjenta na udzielanie mu świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje możliwość przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie decyzji lekarza psychiatry (art. 23 i 24), zastosowania przymusowego leczenia (art. 33) czy użycia przymusu bezpośredniego (art. 18–18f). Jak wyżej wskazano, zastosowanie uprawnień przewidzianych w powołanych przepisach stanowi odstępstwo od podstawowej zasady prawa medycznego, jaką jest autonomia pacjenta. Jej niewątpliwy przejaw to kompetencja do samostanowienia w zakresie podejmowania decyzji, czy podjąć leczenie, a także jakie leczenie można wobec niego zastosować. Tym samym, zgodnie z zasadą wykładni *exceptiones non sunt extendendae*, wyjątki należy interpretować ściśle, a nawet ścieśniająco. Takie też stanowisko wyraża w swym orzecznictwie Sąd Najwyższy (dalej SN)². Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wszelkie działania podejmowane w myśl wskazanych przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowią bardzo głęboką ingerencję w podstawowe prawa człowieka, które są chronione na poziomie konstytucyjnym, a także konwencyjnym³.

Ingerencja ta rodzi konieczność zapewnienia adekwatnych gwarancji dla osób, wobec których podejmowane są wskazane działania przymusowe, aby przyznane personelowi szpitala psychiatrycznego kompetencje nie były nadużywane lub stosowane pochopnie. Temu celowi służy wprowadzenie sądowej kontroli przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego (art. 25–27 u.o.z.p.). Słusznie jednak podnosi Marcin Szwed, że sądowa kontrola zasadności przyjęcia bez zgody w trybie nagłym sprawowana jest *ex post*, a do czasu wyników tej kontroli osoba tak przyjęta przebywa wbrew swej woli w szpitalu psychiatrycznym wyłącznie na podstawie decyzji

¹ Tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 917 – dalej u.o.z.p.

² Na przykład orzekając o zastosowaniu art. 23 u.o.z.p., SN w postanowieniu z 4.10.2019 r., IV CSK 192/19, LEX nr 2736272, wskazał, że „Zasadniczą kwestią przy stosowaniu art. 23 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, jest ścisła jego interpretacja”.

³ W szczególności dotyczy to prawa do prywatności – art. 47 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.; dalej Konstytucja RP) oraz art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzonej w Rzymie 4.11.1950 r., zmienionej następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełnionej Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.).

lekarza przyjmującego⁴. Omawiana ustawa nie ogranicza się jedynie do zewnętrznej kontroli następcej zasadności przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, ale wprowadza również kontrolę wewnętrzną. Taką kontrolę uregulowano w przepisach art. 23 ust. 2–4 u.o.z.p. – wymagają one uzyskania opinii drugiego lekarza psychiatry (art. 23 ust. 2 *in fine* u.o.z.p.), a także zatwierdzenia przymusowego przyjęcia przez ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem (art. 23 ust. 4 u.o.z.p.).

2. Obowiązek uzyskania opinii wewnątrzszpitalnej

Przepisy art. 23 ust. 2–4 u.o.z.p. ustanawiają formalne wymogi przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego. Kryteria te obowiązują zarówno w przypadku przyjęcia na leczenie (art. 23 ust. 1 u.o.z.p.), jak i w tzw. trybie diagnostycznym (art. 24 ust. 1 u.o.z.p.). Przepis art. 24 ust. 3 u.o.z.p. wprost nakazuje bowiem stosowanie do przyjęcia w trybie diagnostycznym zasad i trybu postępowania określonego w art. 23 u.o.z.p.

Zgodnie z art. 23 ust. 2 u.o.z.p. lekarz psychiatra dokonujący przyjęcia bez zgody w tzw. trybie nagłym dokonuje tej czynności po osobistym badaniu pacjenta oraz „zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa”. Sformułowanie „w miarę możliwości” rodzi pytanie, czy owa możliwość oznacza swobodę pozostawioną lekarzowi dokonującemu przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, czy też stanowi to jego obowiązek, jeżeli tylko jest to w danym przypadku faktycznie możliwe. Zagadnienie to nie było przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego w dotychczas publikowanym orzecznictwie dotyczącym przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego⁵. Wydaje się, że stanowisko w tej sprawie determinuje konieczność zapewnienia pacjentowi przyjmowanemu bez zgody do szpitala psychiatrycznego najszerzych gwarancji przestrzegania jego praw. Jest oczywiste, że przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego stanowi bardzo głęboką ingerencję w podstawowe prawa i wolności chronione zarówno na poziomie konstytucyjnym (art. 41 ust. 1 oraz art. 47 Konstytucji RP), jak i konwencyjnym (art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności). Przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego stanowi w istocie bowiem pozbawienie wolności na podstawie decyzji lekarza psychiatry. Takie też stanowisko prezentowane jest w orzecznictwie sądowym, np. Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z 21.03.2014 r.⁶ wskazał, że przesłanki zatrzymania w szpitalu psychiatrycznym na podstawie art. 28 u.o.z.p. muszą być interpretowane restryktywnie, bowiem „Za tym rozwiązaniem przemawia niewątpliwie uznanie, iż pozbawienie wolności człowieka, jest sytuacją wyjątkową, a zatem zasady określające możliwość pozbawienia

⁴ M. Szwed, *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*, Warszawa 2020, s. 291.

⁵ W postanowieniu z 4.07.2019 r., V CSK 79/19, LEX nr 2691554, SN miał sposobność odniesienia się do tej kwestii, bowiem w skardze kasacyjnej wskazano na konieczność rozstrzygnięcia tego zagadnienia, niestety w uzasadnieniu postanowienia pominięto odpowiedź na to pytanie.

⁶ I ACa 834/13, LEX nr 1444722.

wolności człowieka, winne być wykładane ściśle”. Co prawda orzeczenie to dotyczy zatrzymania w szpitalu psychiatrycznym, jednakże stanowisko przedstawione w tym wyroku można wprost odnieść do przyjęcia bez zgody, gdyż przesłanki wskazane w art. 28 u.o.z.p. są zbieżne z przyczynami przyjęcia na podstawie art. 23 ust. 1 tej ustawy, a zasady postępowania w obydwu przypadkach są identyczne. Podobny pogląd wyraził odnośnie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z 13.06.2013 r.⁷, w którym stwierdził, że „Zamknięte leczenie psychiatryczne prowadzi co najmniej do ograniczenia wolności pacjenta, jednakże w uzasadnionych sytuacjach jest ono konieczne z uwagi na jego dobro i potrzebę zapewnienia mu właściwej diagnostyki i leczenia. (...) Ustawodawca (...) miał na uwadze (...) dolegliwość leczenia w szpitalu psychiatrycznym, polegającą w istocie na ograniczeniu wolności, a zatem godzenie w bardzo cenne dobro osobiste każdego człowieka”. Jak słusznie podniósł Sąd Najwyższy w postanowieniu z 2.07.2024 r.⁸, „Przepisy dotyczące rozstrzygania o obowiązku przyjęcia mimo braku zgody zainteresowanego do szpitala psychiatrycznego mają charakter wyjątkowy i wiążą się z koniecznością ustalenia przez sąd, czy zachodzą szczególne okoliczności uzasadniające ograniczenie wolności jednostki. Każdorazowo rozstrzygnięcia skutkujące ograniczeniem wolności osobistej i swobody decydowania o własnym zdrowiu muszą być uzasadnione (powinny zostać w każdym przypadku spełnione przesłanki uzasadniające ograniczenie) i być stosowane przez sąd z zastosowaniem testu proporcjonalności”. Jak już wskazano wcześniej, przepisy dotyczące przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego (zatrzymania w tym szpitalu) mają na celu wyeliminowanie przyjęć pochopnych, niezasadnych, niewypełniających przesłanek tego przyjęcia. Temu służą wymogi formalne przyjęcia bez zgody określone w przepisach art. 23 ust. 2–3 u.o.z.p. Taka jest istota zatwierdzenia przez ordynatora / lekarza kierującego oddziałem dokonanego przyjęcia bez zgody. Ordynator / lekarz kierujący oddziałem dokonuje weryfikacji zasadności tego rodzaju przyjęcia. W konsekwencji wymogi te mają charakter gwarancyjny wobec wolności osobistej pacjenta przyjętego bez zgody.

Powyższe twierdzenia należy odnieść również do uzyskania przez lekarza psychiatrę opinii lekarza psychiatry lub psychologa. Oznacza to, że art. 23 ust. 2 *in fine* u.o.z.p. wprowadza obowiązek uzyskania tej opinii, jeżeli tylko istnieje taka możliwość faktyczna. Lekarz ten naruszy wskazany przepis, jeżeli nie zasięgnie przedmiotowej opinii w sytuacji, gdy jest to w danym stanie faktycznym możliwe. Unormowanie art. 23 ust. 2 *in fine* u.o.z.p. zawiera regułę starannego działania, której adresatem jest lekarz psychiatra dokonujący przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Zaniechanie zasięgnięcia opinii należy traktować jako naruszenie zasad należytej staranności wymaganych w profesjonalnej działalności. W przypadku jeżeli lekarz nie będzie miał obiektywnie możliwości zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, nie będzie można mu stawiać zarzutu naruszenia

⁷ I ACa 361/13, OSP 2015/4, poz. 41.

⁸ II CSKP 2220/22, LEX nr 3732330.

zasad ostrożności w zakresie. Kwestią odrębną jest odpowiedzialność szpitala psychiatrycznego jako osoby prawnej za niezapewnienie drugiego lekarza psychiatry (lub psychologa) w celu wypełnienia obowiązku ustawowego⁹.

Należy przy tym zauważyć, że uzyskanie opinii wewnątrzszpitalnej nie dotyczy wyłącznie przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie art. 23 ust. 1 u.o.z.p., ale również przyjęcia w tzw. trybie diagnostycznym na obserwację w myśl art. 24 ust. 1 u.o.z.p.¹⁰ Obowiązek uzyskania opinii lekarza psychiatry przewidują również przepisy art. 18a ust. 9 i 10 u.o.z.p. regulujące dopuszczalność przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego.

3. Istota opinii wewnętrznej

Funkcją opinii wymaganych przy przyjęciu bez zgody do szpitala psychiatrycznego jest weryfikacja przez innego specjalistę psychiatrę diagnozy postawionej przez lekarza dokonującego przyjęcia bez zgody. Jednakże zaznaczyć trzeba, że zakresem tej opinii nie jest objęta wyłącznie diagnoza osoby przyjmowanej przymusowo, ale także to, czy jej zachowanie wyczerpuje przesłankę behawioralną tego przyjęcia, którą jest bezpośrednie zagrożenie własnemu życiu lub życiu bądź zdrowiu innych osób. Innymi słowy, można przyjąć, że opinia ta ma wskazać, czy istnieją przesłanki przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego. Na funkcję weryfikacyjną opinii drugiego lekarza psychiatry zwraca uwagę również Tomasz Sroka, stwierdzając, że „Obowiązkowa konsultacja ma bowiem prowadzić do weryfikacji przez innego lekarza lub psychologa, czy właściwie został oceniony stan zdrowia psychicznego pacjenta i wynikające z jego zachowań zagrożenie, a zatem czy rzeczywiście zaistniały okoliczności wskazane w art. 23 ust. 1 ZdrPsychU. Uzyskanie opinii jest zatem pierwszym mechanizmem kontroli zasadności przymusowej hospitalizacji osoby chorej psychicznie”¹¹. Wydaje się, że zbyt daleko idące jest stanowisko cytowanego autora podnoszące kontrolny charakter opinii drugiego lekarza psychiatry. Takiej funkcji omawianej opinii nie sposób wywieść z przepisów ustawy ani z jej istoty. Opinia ta ma bowiem charakter niewiążący dla lekarza dokonującego przyjęcia bez zgody. Jej celem jest potwierdzenie stanowiska tego lekarza w zakresie zaistnienia

⁹ Odpowiedzialność odszkodowawcza za to zaniechanie zaistnieje niezależnie od podstawy prawnej tej odpowiedzialności. Możliwe jest oparcie tej odpowiedzialności na klasycznej koncepcji winy organizacyjnej (art. 415 ustawy z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny [tekst jedn.: Dz.U. z 2025 r. poz. 1071 ze zm.]) albo na zasadzie niezgodności z prawem wykonywania władzy publicznej. Szerzej o kwalifikowaniu przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego jako wykonywania władzy publicznej: J. Ciechorski, *Odpowiedzialność szpitala psychiatrycznego za wykonywanie władzy publicznej*, Toruń 2018.

¹⁰ Dla zachowania jasności wyводу pomijam obowiązek uzyskania takiej opinii w innych przypadkach przyjęcia bez zgody, o których mowa w przepisach art. 22 ust. 2a–2c u.o.z.p. Należy przy tym odnotować, że niektórzy autorzy przez przymusowe leczenie psychiatryczne rozumieją także obserwację psychiatryczną poprzedzoną badaniem psychiatrycznym. J. Zajdel-Calkowska, *Prawo medyczne*, Warszawa 2019, s. 294. Uznawanie obserwacji psychiatrycznej jako przymusowego leczenia psychiatrycznego może budzić zastrzeżenia.

¹¹ T. Sroka, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 2, *Szczególne świadczenia zdrowotne*, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018, s. 465.

w danym przypadku przesłanek przyjęcia na podstawie art. 23 ust. 1 u.o.z.p. albo zasygnalizowanie wątpliwości lekarzowi przyjmującemu. Bezsporny jest brak wiążącej mocy opinii. Co prawda lekarz psychiatra dokonujący przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego – jak wyżej wspomniałem – ma obowiązek zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, jednakże nie jest związany treścią uzyskanej opinii. Na konsultacyjny charakter opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa wskazuje się w piśmiennictwie¹². Opinia ta ma zatem ułatwić podjęcie decyzji dotyczącej przymusowego przyjęcia, a w szczególności dokonanie wyboru właściwego trybu tego przyjęcia: czy będzie to tryb nagły skutkujący leczeniem osoby przyjmowanej (art. 23 ust. 1 u.o.z.p.), czy też tzw. tryb diagnostyczny (obserwacyjny) przewidziany w art. 24 ust. 1 u.o.z.p. W drugim przypadku opinia ta może bowiem zniwelować wątpliwości diagnostyczne lekarza przyjmującego bez zgody, a tym samym przyczynić się do wcześniejszego wdrożenia właściwego leczenia osoby przyjmowanej. Cechą konstrukcyjną przyjęcia na obserwację na podstawie art. 24 ust. 1 u.o.z.p. jest niepewność rozpoznania, czy zaburzenia psychiczne występujące u osoby przyjmowanej mają charakter choroby psychicznej. Ta niepewność diagnostyczna wyłącza możliwość zastosowania leczenia, co znajduje normatywne odzwierciedlenie w treści art. 33 ust. 4 u.o.z.p., który wprost nie dozwala, by wobec pacjenta przyjętego na podstawie art. 24 u.o.z.p. zastosować nawet „niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody” (art. 33 ust. 1 u.o.z.p.)¹³.

Tak określona funkcja opinii wewnętrznej determinuje czas jej uzyskania: musi to nastąpić przed powzięciem przez lekarza psychiatrę decyzji o zastosowaniu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w danym trybie. Lekarz ten musi (a przynajmniej powinien) zapoznać się z treścią uzyskanej opinii, co może oddziaływać na treść decyzji dotyczącej przyjęcia bez zgody danej osoby do szpitala psychiatrycznego. Taką kolejność przeprowadzanych czynności ustawodawca ustalił w przepisie art. 23 ust. 2 u.o.z.p., zgodnie z którym o przyjęciu bez zgody postanawia lekarz po osobistym badaniu pacjenta i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa. Uważam, że opinia, o której mowa w powołanym przepisie, może być wydana przez drugiego lekarza psychiatrę po osobistym badaniu osoby przyjmowanej. Stanowisko to wprost opiera się na treści art. 11 ust. 1 u.o.z.p., który *expressis verbis* wymaga takiego postępowania przed wydaniem orzeczenia o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinii, skierowania do lekarza lub szpitala psychiatrycznego. Przepis ten ma charakter bezwzględnie obowiązujący, bez możliwości odstępstwa od tej reguły.

¹² J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2012, s. 237; A. Dziergawka, [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, red. P. Drembkowski, B. Kmiecik, R. Tymiński, Warszawa 2023, s. 580; A. Wojcieszak, *Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2021, s. 299.

¹³ Zakaz ten jest oczywisty, ponieważ wdrożenie leczenia psychofarmakologicznego prowadziłoby do zniekształcenia obrazu klinicznego zaburzenia psychicznego, na które cierpi osoba przyjęta bez zgody, a tym samym uniemożliwiłoby postawienie prawidłowej diagnozy. Jednakże aby dane zaburzenie skutecznie leczyć, najpierw musi nastąpić jego rozpoznanie, co jest celem przyjęcia w trybie diagnostycznym.

Kolejną instytucją przewidzianą w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, w której występuje konieczność uzyskania opinii lekarza psychiatry, jest przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji. Taki wymóg ustanawia wprost przepis art. 18a ust. 10 u.o.z.p. Zgodnie z jego treścią każde przedłużenie stosowania wskazanych środków przymusu bezpośredniego „wymaga uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą”. Według przepisu art. 18a ust. 5 u.o.z.p. każdy lekarz może zastosować unieruchomienie lub izolację na okres 4 godzin, a następnie przedłużyć dany środek przymusu bezpośredniego na dwa dalsze okresy, nieprzekraczające 6 godzin każdy. Natomiast dalsze przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego może być dokonane wyłącznie przez lekarza psychiatrę. Przedmiotem takiej opinii jest stwierdzenie, czy nadal istnieją przesłanki jego stosowania¹⁴. W przypadku tego rodzaju opinii nie zachodzą jakiejkolwiek wątpliwości co do obowiązku ich uzyskania przed podjęciem przez lekarza decyzji o przedłużeniu środka przymusu bezpośredniego. Wynika to wprost z użycia przez ustawodawcę zwrotu „wymaga”. Tym samym przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego bez uprzedniego uzyskania takiej opinii będzie sprzeczne z powołanym przepisem¹⁵.

Wprowadzając omówione obostrzenia, ustawodawca ustanowił przepisy, które ze sobą kolidują. W art. 18a ust. 8 u.o.z.p. wprowadzono dopuszczalność przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego przez jakiegokolwiek lekarza. Przepis ten nie zawiera w stosunku do lekarza żadnego kwantyfikatora, od którego zaistnienia uzależniona byłaby kompetencja do przedłużenia przymusu bezpośredniego. Jedyną przesłanką, jaką musi spełnić lekarz przed przedłużeniem stosowania przymusu, jest wymóg osobistego badania pacjenta, co wydaje się rudymentarne. Z kolei zgodnie z art. 18a ust. 9 u.o.z.p. po dwukrotnym przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego decyzję o jego dalszym stosowaniu może podjąć wyłącznie lekarz psychiatra. Natomiast – jak już wskazano wyżej – art. 18a ust. 10 u.o.z.p. wprowadza obowiązek uzyskania przy każdorazowym przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego opinii drugiego lekarza psychiatry, i to niezależnie od tego, jaki lekarz ma podjąć decyzję o tym przedłużeniu. O ile w przypadku dwóch pierwszych przedłużeń jest to zasadne, ponieważ może o tym zadecydować każdy lekarz bez względu na to, czy, a jeżeli tak, to

¹⁴ Zgodnie z treścią art. 18 ust. 1 u.o.z.p. przymus bezpośredni może zostać zastosowany, jeżeli osoba z zaburzeniami psychicznymi:

- 1) dopuszcza się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu, lub
- 3) poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego z zakresu opieki psychiatrycznej, innego zakładu leczniczego lub jednostki pomocy społecznej.

¹⁵ Odrębną kwestią jest racjonalność wprowadzonych obostrzeń w przedłużaniu stosowania przymusu bezpośredniego. Jakkolwiek wprowadzenie obligatoryjności uzyskania opinii lekarza psychiatry wzmacnia gwarancję zasadności dalszego stosowania unieruchomienia lub izolacji, to można zgłaszać uzasadnione zastrzeżenia odnośnie możliwości dostosowania się do tego wymogu w rzeczywistości, zwłaszcza w pojedynczym oddziale psychiatrycznym w szpitalu wielospecjalistycznym. Szersza krytyka wprowadzonych zmian: J. Ciechorski: *Dezynwoltura ustawodawcy – refleksje nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2019/2, s. 9–22.

jaką posiada specjalizację, o tyle przy dalszym stosowaniu unieruchomienia lub izolacji kompetentnym do podjęcia takiej decyzji jest wyłącznie lekarz psychiatra.

Wydaje się, że zasadność wprowadzenia takiego wymogu w przypadku, w którym o dalszym stosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz psychiatra, jest wątpliwa. Obowiązek ten wzbudza uzasadnione zastrzeżenia w przypadku pojedynczych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych, w których może być zbyt mało lekarzy psychiatrów do zrealizowania tego obowiązku. Może to prowadzić do pozornego zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego, aby po krótkim czasie ponownie go zastosować, obchodząc tym samym obowiązek uzyskania opinii lekarza psychiatry co do dalszego stosowania.

4. Znaczenie opinii wewnętrznych

Opinie wewnętrzne stanowią część dokumentacji medycznej pacjenta. Należy wskazać na ich istotną wartość dla szpitala psychiatrycznego, która – jak się wydaje – nie jest dostatecznie doceniana zarówno przez kadrę zarządzającą, jak i przez samych lekarzy. Powyższe twierdzenie dotyczy przede wszystkim opinii wymaganych przy przyjęciu bez zgody na podstawie art. 23 lub 24 u.o.z.p. Każde bowiem przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego czy zatrzymanie w nim na podstawie art. 28 tej ustawy podlega kontroli następczej sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę szpitala.

Niestety kontrola taka nie jest wykonywana w stosunku do stosowania przymusu bezpośredniego (zarówno w zakresie zasadności decyzji o jego zastosowaniu, jak i prawidłowości samego stosowania). Mimo że stosowanie przymusu bezpośredniego (zwłaszcza w postaci unieruchomienia i izolacji) stanowi najbardziej drastyczne wkroczenie w prawo jednostki do wolności i prawo do prywatności, jedyną kontrolę zewnętrzną wykonuje rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Taka sytuacja – moim zdaniem – jest dalece niewystarczająca, ponieważ jest to kontrola przeprowadzana przez centralny organ administracyjny¹⁶, a tym samym nie jest wykonywana przez niezawisły sąd. Nadto nie każde zastosowanie środka przymusu bezpośredniego musi się spotkać z reakcją rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Istotne jest również to, że wymogi kwalifikacyjne przewidziane dla osób kandydujących na funkcję takiego rzecznika nie przewidują konieczności legitymowania się wykształceniem prawniczym (ani też medycznym)¹⁷.

Sąd opiekuńczy ma obowiązek wszcząć postępowanie w sprawie przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego w każdym przypadku. Wszczęcie to następuje wskutek zawiadomienia dokonanego przez kierownika szpitala psychiatrycznego,

¹⁶ Zgodnie z art. 56 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 581) rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta i wykonują swoje zadania przy pomocy tego biura.

¹⁷ Szerzej: J. Ciechorski, *Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna*, „Prawo i Medycyna” 2015/1, s. 113–133; J. Ciechorski, *O Rzeczniku Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – ad vocem*, *Prawo i Medycyna* 2016/2, s. 169–175.

na wniosek uprawnionych osób lub z urzędu (art. 25 u.o.z.p.). Stanowisko wyrażone w opinii wewnętrznej może w istotny sposób przyczynić się do ustalenia stanu osoby w chwili przymusowego przyjęcia, innymi słowy, wskazywać, czy istniała przesłanka behawioralna tego przyjęcia. Może wzmacniać argumentację lekarza dokonującego przyjęcia, podając określone objawy manifestowane przez pacjenta w czasie przyjęcia. Z kolei zgłaszane w tej opinii przez lekarza psychiatrę wątpliwości mogą świadczyć, że lekarz dokonujący przyjęcia dokonał wszechstronnej oceny wszystkich okoliczności, również tych zgłaszanych przez opiniującego. Jednakże aby ta opinia spełniała taką funkcję, nie może być sformułowana w sposób skrótowy, lakoniczny, polegać na wpisaniu „bez zastrzeżeń”, „bez uwag” itd. Niestety opinie wewnętrzne do przyjęć pozostawiają pod tym względem wiele do życzenia¹⁸.

Walor dowodowy opinii wewnętrznej jest nie do przecenienia, zwłaszcza w aspekcie braku uprawnień szpitala psychiatrycznego w postępowaniu przed sądem opiekuńczym oceniającym zasadność przyjęcia bez zgody (również zatrzymania w szpitalu). Stanowisko odmawiające szpitalowi statusu uczestnika postępowania prezentuje konsekwentnie w swym orzecznictwie Sąd Najwyższy, który nie przyjmuje dopuszczalności takiego uczestnictwa na zasadzie określonej w art. 510 Kodeksu postępowania cywilnego¹⁹. W postanowieniu z 14.11.2014 r. Sąd Najwyższy wskazał, że „Szpital psychiatryczny, który zgodnie z art. 23 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (jedn. tekst: Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.) zawiadomił sąd opiekuńczy o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie bez jej zgody, nie jest uczestnikiem postępowania wszczętego przez sąd na podstawie art. 25 ust. 1 tej ustawy”²⁰. Tym samym szpital psychiatryczny pozbawiony jest możliwości przedstawienia swojego stanowiska, swoich racji dotyczących przyjęcia pacjenta bez zgody do tego szpitala. Oczywiście sąd orzekający w sprawie przyjęcia bez zgody obowiązany jest dopuścić dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry na podstawie art. 46 ust. 2 u.o.z.p.²¹ W konsekwencji

¹⁸ Powyższą ocenę wyprowadzam z przeszło 25-letniej obsługi prawnej szpitali psychiatrycznych.

¹⁹ Ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 1568 ze zm.) – dalej k.p.c.

²⁰ I CSK 653/14, OSNC 2015/12, poz. 143. Tak samo orzekł SN w postanowieniu z 9.01.2015 r., V CZ 89/14, LEX nr 1652708, w którym stwierdził: „Szczególne uregulowania ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego wyłączyły stosowanie art. 510 § 1 k.p.c., a zainteresowanie wynikiem postępowania ograniczone zostało do ochrony praw i poszanowania godności osoby przyjętej do szpitala. Nie dotyczy natomiast interesu szpitala psychiatrycznego, w odniesieniu do kwestii ewentualnych roszczeń odszkodowawczych ze strony osoby przyjętej do szpitala”.

²¹ Jak wskazał SN w postanowieniu z 13.06.2013 r., IV CSK 126/12, LEX nr 1360288, „Ze względu na wymagania ustawowe (art. 46 ust. 2 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego), że podstawę ustaleń sądu musi stanowić, między innymi, dowód z opinii lekarzy psychiatrów. W sprawach tego rodzaju szczególne znaczenie ma umiejętne rozróżnienie pomiędzy kompetencją biegłego do udzielenia informacji i wiadomości specjalnych niezbędnych do ustalenia i oceny okoliczności sprawy a kompetencją sądu, jako wyłącznie uprawnionego do ustalenia faktów i ocen (także hipotetycznych) na podstawie tej opinii oraz innych dowodów. Jak wiadomo, sąd nie może opierać ustaleń na podstawie konkluzji opinii, lecz obowiązany jest zweryfikować poprawność poszczególnych elementów, prowadzących do wniosków końcowych, i to sąd powinien wykazać okoliczności uzasadniające przymusowe leczenie szpitalne. Właściwym kluczem jest tu konkretny, czyli wskazanie określonych faktów stanowiących podstawę wnioskowania, tak przez biegłego, jak i przez sąd”.

przepis ten wyłącza swobodę sądu opiekuńczego w zakresie przeprowadzenia tego dowodu, bowiem ma charakter szczególny wobec art. 278 k.p.c. Biegły sporządza opinię, opierając się zarówno na przeprowadzonym badaniu przymusowo przyjętego pacjenta, jak i na jego dokumentacji medycznej. Tym samym również opinia wewnętrzna powinna być wzięta pod rozwagę przez biegłego przy sporządzaniu opinii dla sądu orzekającego. Jak to wynika z powołanego wcześniej postanowienia Sądu Najwyższego z 13.06.2013 r.²², dokumentacja medyczna może stanowić element stanu faktycznego weryfikacji stanowiska i wniosków wyrażonych w opinii przez biegłego.

5. Implikacje orzeczenia sądu stwierdzającego niezasadność przyjęcia bez zgody dla odpowiedzialności odszkodowawczej szpitala psychiatrycznego

Zagadnienia dotyczące opinii wewnętrznej nabierają szczególnego znaczenia w kontekście odpowiedzialności odszkodowawczej szpitala psychiatrycznego za niezasadne przyjęcie bez zgody²³. Orzeczenie sądu opiekuńczego stwierdzające brak podstaw do przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego wywiera bezpośredni wpływ na odpowiedzialność odszkodowawczą tego szpitala. Jak stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z 9.07.2015 r.²⁴, „Zgodnie z art. 365 § 1 k.p.c. prawomocne orzeczenie wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby. Zatem postanowienie wydane w postępowaniu przed sądem opiekuńczym, przewidzianym w art. 46 u.o.z.p. i wszczynanym z urzędu w wyniku zawiadomienia dokonanego przez szpital psychiatryczny w wykonaniu obowiązku ustanowionego w art. 23 ust. 4 u.o.z.p. wiąże sąd orzekający w sprawie o ochronę dóbr osobistych osoby przyjętej do szpitala w tym trybie”. Oznacza to, że w przypadku stwierdzenia przez sąd opiekuńczy niezasadności

²² IV CSK 126/12, LEX nr 1360288.

²³ Na użytek niniejszego opracowania niezasadność przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego rozumiem w znaczeniu przyjętym w orzecznictwie sądowym, jako zarówno niespełniające przesłanek merytorycznych wskazanych w art. 23 ust. 1 (lub art. 24 ust. 1) u.o.z.p., jak i naruszenie przepisów proceduralnych dotyczących przyjęcia bez zgody. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z 18.02.2015 r., I ACa 1681/14, OSP 2016/2, poz. 15, „Postępowanie sądu opiekuńczego wszczęte w trybie art. 25 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego i zakończone orzeczeniem wydanym w oparciu o art. 27 ma na celu kontrolę legalności przyjęcia i przebywania w szpitalu osoby z zaburzeniami psychicznymi, która nie wyraziła zgody. Kontrola ta dotyczy zarówno sposobu postępowania (m.in. art. 23 ust. 2-5), jak i przesłanek materialnoprawnych sprecyzowanych w ust. 1 art. 23”. Uważam jednak, że zasadne jest rozgraniczenie niezasadności przyjęcia poprzez przyjęcie wbrew przesłankom określonym w art. 23 ust. 1 u.o.z.p. od naruszenia przepisów regulujących tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Tak też T. Sroka, [w:] *System...*, t. 2, *Szczególne...* Rozróżnienie to ma istotne znaczenie, bowiem nie każde przyjęcie niezasadne będzie naruszać przepisy postępowania i nie każde przyjęcie naruszające te przepisy będzie jednocześnie niezasadnym. W tym ostatnim przypadku sąd opiekuńczy nie będzie mógł wydać postanowienia „o braku podstaw do przyjęcia” (art. 27 zd. 2 u.o.z.p.).

²⁴ I CSK 524/14, LEX nr 1802573.

przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego zostaje przesądzona odpowiedzialność tego szpitala za naruszenie dóbr osobistych pacjenta, które nastąpiło w wyniku tego przyjęcia. Tym samym szpital psychiatryczny nie będzie mógł dowodzić zasadności przyjęcia bez zgody w procesie odszkodowawczym. W istocie jest to co najmniej ograniczenie prawa szpitala psychiatrycznego do obrony przed roszczeniami pacjentów wskutek związania sądu postanowieniem kończącym postępowanie, w którym ten podmiot leczniczy nie mógł uczestniczyć. Oznacza to konieczność „zatroszczenia” się przez szpital psychiatryczny o potencjalne dowody wykazujące zasadność przyjęcia pacjenta bez zgody już na etapie dokonywania tegoż przyjęcia. Taką też funkcję w zakresie dowodowym może spełniać – moim zdaniem – omawiana opinia wewnętrzna.

6. Podsumowanie

Reasumując, opinie drugiego lekarza psychiatry, których uzyskanie wynika wprost z przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, spełniają różnorodną funkcję. Pozwalają lekarzowi psychiatrze dokonującemu przyjęcia bez zgody utwierdzić się w przekonaniu o słuszności podejmowanej decyzji (jeżeli opinia ta jest afirmatywna) albo zwrócić uwagę na określone aspekty, które zdaniem opiniującego powinny zostać rozważone (w przypadku opinii negatywnej). Jest to warunek *sine qua non* przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji. W postępowaniu przed sądem opiekuńczym może stanowić istotny materiał dla biegłego lekarza psychiatry, a dla sądu – dowód w sprawie. W konsekwencji wpływa na odpowiedzialność odszkodowawczą szpitala psychiatrycznego w przypadku roszczeń dochodzonych przez pacjenta z tytułu naruszenia dóbr osobistych. Wszystkie powyższe przyczyny uzasadniają konieczność przykładania zdecydowanie większej wagi do treści opinii wewnętrznych w tych wszystkich przypadkach, w których zasięgnięcia takiej opinii wymagają przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Bibliografia

1. Ciechorski J., *Dezynwoltura ustawodawcy – refleksje nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Przegląd Prawa Publicznego 2019, nr 2.
2. Ciechorski J., *O Rzeczniku Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – ad vocem*, Prawo i Medycyna 2016, nr 2.
3. Ciechorski J., *Odpowiedzialność szpitala psychiatrycznego za wykonywanie władzy publicznej*, Toruń 2018.
4. Ciechorski J., *Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna*, Prawo i Medycyna 2015, nr 1.
5. Duda J., *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2012.
6. Dziergawka A., [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, red. P. Drembkowski, B. Kmiecik, R. Tymiński, Warszawa 2023.

7. Sroka T., [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 2, *Szczególne świadczenia zdrowotne*, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018.
8. Szwed M., *Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka*, Warszawa 2020.
9. Wojcieszak A., *Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2021.
10. Zajdel-Całkowska J., *Prawo medyczne*, Warszawa 2019.