

ADAM GÓRSKI

EMILIA SARNACKA

## Uwagi do wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 27 czerwca 2013 r., I ACa 361/13, LEX nr 1342253

### Wprowadzenie

Orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Katowicach kryje w sobie kilka problemów z zakresu wykładni prawa medycznego, zasługując na całościowe skomentowanie. Nie będzie ono jednak celem tych uwag. Koncentrują się one (oprócz koniecznego przedstawienia stanu faktycznego) na istocie i specyfice przymusowej obserwacji psychiatrycznej na tle form pozbawienia wolności przy wykonywaniu psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych. Wszystko to rzuca światło na fenomen leczenia psychiatrycznego, jakim jest ingerencja w autonomię woli w dość szczególnych i trudnych, również diagnostycznie i prognostycznie, warunkach<sup>1</sup>. Nade wszystko jednak należy stwierdzić, że konfrontacja stanów faktycznych ze stanem prawnym już intuicyjnie wydaje się odmienna od klasycznych stanów pozbawienia wolności przez władzę publiczną i ich oceny prawnej. Jednocześnie problem ten – rzeczywistego pojęcia pozbawienia wolności w psychiatrii – nie wydaje się kompleksowo, zwłaszcza monograficznie, omawiany w literaturze polskiej. Istotne wydaje się spojrzenie nań z perspektywy polskiej doktryny prawniczej oraz orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

---

<sup>1</sup> Por. ogólnie w kwestii postępowania przymusowego w tym zakresie, M. Boratyńska, *Wolny Wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 477–504, P. Konieczniak, *Przymus psychiatryczny*, w: *System Prawa Medycznego*, red. nacz. E. Zielińska, T. II. *Regulacja czynności medycznych* (red. M. Boratyńska, P. Konieczniak), Wolters Kluwer 2019, s. 877–898.

## I. Stan faktyczny

W komentowanej sprawie powódka, po odbyтым leczeniu nowotworowym, źle się czuła psychicznie – cierpiała na bezsenność, odmawiała kontaktów społecznych, zamknęła się w sobie. Namówiona przez mamę i siostrę zgodziła się na konsultację psychiatryczną w pozwanym szpitalu. Podkreślenia wymaga, iż powódka była przekonana, że jedzie do szpitala wyłącznie na konsultację i celem uzyskania recepty. Podczas badania psychiatrycznego lekarz stwierdził konieczność hospitalizacji. Pomimo sprzeciwu powódki i jej rodziny wobec hospitalizacji lekarz wezwał pielęgniarzy, których obecność spowodowała pójście powódki na oddział. Powódka odmówiła zgody na pobyt w szpitalu, po czym została przez lekarza poinformowana o możliwości hospitalizacji bez zgody. Prośba o tekst ustawy regulującej jej pobyt w szpitalu została odrzucona z powodu jakoby braku możliwości druku tekstu. Powódka wyraziła pisemną zgodę na proponowane leczenie, odmówiła podpisania zgody na przyjęcie do szpitala i nie wyraziła zgody na informowanie osób trzecich o swoim stanie zdrowia. Sanitariusz poprosił powódkę o kluczyki i dokumenty wozu. Telefon komórkowy został jej odebrany. Dzień po rozpoczęciu hospitalizacji, podczas kolejnego badania lekarskiego, lekarz zorientował się, że nadal brakuje pisemnej zgody na hospitalizację. Następnie powódka wyraziła zgodę na informowanie matki o swoim stanie zdrowia (dokument antydatowano na dzień przyjęcia do szpitala), by umożliwić jej interwencję u ordynatora dotyczącą wypisu. Podczas kolejnej rozmowy z lekarzem, w trakcie której zwrócono uwagę na brak podpisu przy zgodzie na przyjęcie do szpitala, powódka ponownie podkreśliła, iż nie wyraziła zgody na hospitalizację. Pomimo prób przekonania do wyrażenia takiej zgody – powódka konsekwentnie odmawiała. Opuściła szpital po 23 dniach pobytu, po interwencji znajomej koleżanki matki. W wyniku hospitalizacji i jej przebiegu pogorszeniu uległy relacje powódki z rodziną (czuła się oszukana, gdyż zgodziła się na konsultację, a nie na hospitalizację, oraz miała poczucie, że została opuszczona w trudnym dla niej okresie) oraz jej samopoczucie – pojawił się paniczny strach przed zamknięciem.

Powódka wystąpiła z pozwem przeciwko szpitalowi, domagając się ustalenia bezprawności naruszenia następujących dóbr osobistych: prawo do wolności, godności osobistej, podmiotowości i prawidłowego informowania o prawach i obowiązkach. Ponadto domagała się zasądzenia od pozwanego 10 tys. zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa i zasądzenia kosztów procesu. Pozwany szpital wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie zwrotu kosztów procesu, uzasadniając, że żądanie jest bezzasadne, gdyż powódka wyraziła zgodę na przyjęcie do szpitala.

Sąd Okręgowy dał wiarę zeznaniom powódki dotyczącym okoliczności przyjęcia i pobytu na oddziale. Dokumentacja medyczna potwierdza jej wersję zdarzeń – brakuje tam podpisu w miejscu wyrażenia zgody na hospitalizację. W odpowiedzi na zarzut co do braku zgody na hospitalizację pozwany stwierdził, iż w szpitalu praktykowane jest wyłącznie odbieranie zgody na leczenie, a formularz zgody na pobyt w szpitalu jest przestarzały.

Sąd Okręgowy uznał, iż umieszczenie w szpitalu bez zgody pacjenta stanowi pozbawienie wolności osobistej. Ponadto zwrócił uwagę na występowanie w pozwanym szpitalu dwóch sprzecznych z prawem praktyk – lekarka badająca powódkę po zauważeniu braku zgody na hospitalizację powinna wdrożyć procedurę uzyskania zgody sądu zamiast informować powódkę o możliwości wycofania zgody, która nie została udzielona – oraz na praktykę nieodbierania zgody na pobyt w szpitalu i zastępowania jej zgodą na leczenie.

W uzasadnieniu wyroku sądu pierwszej instancji podkreślono również, że hospitalizacja powódki bez jej zgody przy jednoczesnym niewdrożeniu procedury uzyskania zgody sądu stanowi naruszenie dobra osobistego w postaci wolności i godności osobistej. Ponadto w ocenie sądu zatrzymanie powódki w szpitalu doprowadziło do wyrządzenia jej krzywdy. Została potraktowana w sposób przedmiotowy, co wywołało w niej strach.

Sąd Okręgowy uwzględnił żądanie zasądzenia zadośćuczynienia w całości. Powództwo – w części żądania ustalenia, że doszło do naruszenia dóbr osobistych powódki – zostało oddalone. Sąd pierwszej instancji

podkreślił, iż przesłanką zasadności powództwa o ustalenie jest istnienie interesu prawnego – sąd uznał, iż po stronie powódki brak interesu prawnego w ustaleniu naruszenia jej dóbr osobistych.

Powyższy wyrok został zaskarżony przez pozwanego. Sąd Apelacyjny uznał, iż apelacja pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie, ponieważ zarzuty w niej zawarte nie są zasadne.

## II. Tryby postępowania przy przyjęciu do szpitala psychiatrycznego

Ustawodawca przewidział kilka możliwości przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego – za zgodą pacjenta (art. 22 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 685 ze zm., dalej: u.o.z.p.), przyjęcie osoby chorej psychicznie bez jej zgody, ale za zgodą sądu opiekuńczego (art. 23 u.o.z.p.), przyjęcie na obserwację za zgodą sądu opiekuńczego (art. 24 u.o.z.p.) oraz przyjęcie za zgodą sądu opiekuńczego na wniosek uprawnionego podmiotu (art. 29 u.o.z.p.). Analizując hospitalizację psychiatryczną bez zgody pacjenta, należy mieć na uwadze, iż jest ona wyjątkiem od zasady dobrowolności udzielania świadczeń zdrowotnych, gdyż stanowi głęboką ingerencję w konstytucyjnie chronione wolności – godność i wolność człowieka. Co za tym idzie, przesłanki hospitalizacji muszą być ujmowane rygorystycznie<sup>2</sup>.

W tym miejscu zasadna jest ocena, czy procedura przyjęcia powódki do pozwanego szpitala była przeprowadzona zgodnie z przesłankami unormowanymi w ustawie psychiatrycznej. Analizując komentowane orzeczenie, należy zwrócić szczególną uwagę na argumentację pozwanego w przedmiocie trybu umieszczenia powódki w szpitalu psychiatrycznym<sup>3</sup>. Zdaniem pozwanego pacjentka została przyjęta za zgodą wyrażoną

---

<sup>2</sup> Zob. postanowienie SN – Izba Cywilna z dnia 22 czerwca 2018 r., sygn. akt II CSK 22/18, LEX nr 2553883.

<sup>3</sup> Zgodnie z art. 3 pkt 2 u.o.z.p. użyte w ustawie określenie „szpital psychiatryczny” odnosi się również do oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, kliniki psychiatrycznej, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje.

w formie pisemnej, przy czym – w opinii pozwanego – za zgodę na hospitalizację uznano zgodę na leczenie. W tym miejscu należy przyznać rację Sądowi Odwoławczemu, iż jest to niezgodne z prawem. Ustawodawca bowiem wprost stwierdził, iż przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi w zwykłym trybie możliwe jest jedynie za jej pisemną zgodą, na podstawie ważnego skierowania do szpitala oraz po uznaniu wskazań do hospitalizacji przez lekarza po osobistym zbadaniu<sup>4</sup>. Wyjątkiem od obowiązku posiadania ważnego skierowania są nagle przypadki, zwłaszcza sytuacja, w której pacjent nie miał możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem do szpitala (art. 22 ust. 1a u.o.z.p). Ustawodawca nie przewidział możliwości „zastąpienia” zgody na przyjęcie do szpitala zgodą na leczenie. Nie można zatem podzielić stanowiska pozwanego. Co więcej, zastrzeżenia budzi również fakt braku skierowania. Powódka, wybierając się na konsultację do szpitala, nie dysponowała skierowaniem na hospitalizację. Nie można też w tej sytuacji stwierdzić, że był to nagły przypadek, w którym nie mogła uzyskać pomocy od innego lekarza. Fakt, iż powódka wybrała konsultację w pozwanym szpitalu, nie wynikał bowiem z braku możliwości uzyskania pomocy gdzie indziej, a głównie z faktu, iż było to miejsce pracy koleżanki matki powódki. Analizowany w komentowanym orzeczeniu stan faktyczny wyklucza zatem uznanie, iż powódka została przyjęta do szpitala za zgodą. Można nawet posunąć się do stwierdzenia, iż powódka nie spełniła wymogów prawnych stawianych przyjmowaniu pacjenta za zgodą do szpitala psychiatrycznego – nie miała ważnego skierowania ani nie była w szczególnych okolicznościach, które uzasadniałyby jego brak.

W związku z tym należy rozważyć, czy podstawą przyjęcia do szpitala mógł (a właściwie powinien) być inny tryb uregulowany w ustawie psychiatrycznej. Ustawodawca przewidział możliwość przyjęcia do szpitala

---

<sup>4</sup> Interesujący, acz pozostający poza ramami niniejszego opracowania jest fakt, iż ustawodawca uznał, że decyzję o zasadności hospitalizacji wydaje „lekarz wyznaczony do tej czynności”, przy czym nie musi to być lekarz psychiatra. Budzi to duże zastrzeżenia, gdyż w praktyce oznacza to możliwość decydowania o przyjęciu pacjenta do szpitala przez lekarza innej specjalności lub lekarza dopiero rozpoczynającego kształcenie specjalistyczne.

pacjenta także bez jego zgody. Hospitalizacja psychiatryczna bez zgody powódki mogłaby mieć miejsce w trybie art. 23 u.o.z.p. (przyjęcie do szpitala osoby chorej psychicznie za zgodą sądu), art. 24 (przyjęcie na obserwację) lub art. 29 (przyjęcie na wniosek).

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie<sup>5</sup> na podstawie normy zawartej w art. 23 u.o.z.p. możliwe jest wyłącznie wówczas, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób<sup>6</sup>. Ponadto ustawodawca nałożył na lekarza oceniającego stan zdrowia pacjenta dodatkowy fakultatywny obowiązek – zasięgnięcie w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Analizując przedstawiony stan faktyczny, należy bezwzględnie wykluczyć możliwość przyjęcia powódki do szpitala w trybie unormowanym w art. 23 ust. 1 u.o.z.p. Przede wszystkim w momencie konsultacji psychiatrycznej, na którą przyjechała do pozwanego szpitala, nie była osobą o zdiagnozowanych zaburzeniach psychicznych. Nawet hospitalizacja, której została poddana, nie zakończyła się postawieniem diagnozy o zaburzeniach psychicznych. Co więcej, brak opinii lekarzy psychiatrów potwierdzającej, iż uprzednie zachowanie powódki wskazywało, że stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia własnego albo życia lub zdrowia innych osób. Jak słusznie wskazuje judykatura, aby mógł być zastosowany art. 23 ust. 1 u.o.z.p., osoba przyjmowana musi być osobą chorą psychicznie, natomiast jej zachowanie musi wskazywać na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu

---

<sup>5</sup> W literaturze medycznej powszechnie zwraca się uwagę, iż termin „choroba psychiczna” został w klasyfikacjach medycznych (przykładowo system klasyfikacyjno-diagnostyczny DSM w USA oraz klasyfikacja ICD-10 uchwalana przez Światową Organizację Zdrowia) zastąpiony terminem „zaburzenia psychiczne”, analogiczne zjawisko widoczne jest w publikacjach naukowych, zob. S. Puzyński, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, *Psychiatria Polska* 2007, t. XLI, nr 3, s. 303–304.

<sup>6</sup> Odnośnie do specyfiki przyjęć do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym por. I. Markiewicz, J. Heitzmann, E. Gartyńska-Zięba, *Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna – struktura przyjęć bez zgody w trybie nagłym na przykładzie IPiN w Warszawie*, *Psychiatr. Pol.* 2016; 50(1): 7–18. Ogólniej zaś B. Janiszewska, *Podmiotowe uwarunkowania hospitalizacji psychiatrycznej w celu obserwacji*, *Monitor Prawniczy* nr 3/2013.

innych osób<sup>7</sup>. Zachowania uciążliwe pacjenta, niestwarzające zagrożenia, nie będą uzasadniały zastosowania przymusowej hospitalizacji<sup>8</sup>.

Na marginesie należy dodać, iż omawiany tryb nakłada obowiązek zawiadomienia sądu opiekuńczego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia (art. 23 ust. 4 u.o.z.p.).

Konkludując ten wątek, brak choroby psychicznej (z punktu widzenia medycyny trafniejsze byłoby określenie: brak diagnozy wystąpienia zaburzeń psychicznych) u powódki wykluczała możliwość hospitalizacji na podstawie art. 23 ust. 1 u.o.z.p.<sup>9</sup>

Brak diagnozy o wystąpieniu zaburzeń psychicznych przed hospitalizacją również wyklucza możliwość zastosowania procedury przyjęcia do szpitala psychiatrycznego na wniosek uprawnionego podmiotu. Ustawodawca umożliwił przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie, jeżeli spełniona jest jedna z dwóch okoliczności: dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego albo jest ona niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę stanu jej zdrowia (art. 29 ust. 1 u.o.z.p.). Sąd opiekuńczy potrzebę hospitalizacji orzeka na podstawie wniosku małżonka osoby chorej psychicznie, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, przedstawiciela ustawowego, osoby sprawującej faktyczną opiekę lub organu do spraw pomocy społecznej. Do wniosku należy dołączyć orzeczenie lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym, wydane w okresie nie dłuższym niż 14 dni przed złożeniem wniosku (art. 30 u.o.z.p.). Rodzina, która chce złożyć wniosek o leczenie psychiatryczne, ma obowiązek udania się do lekarza psychiatry, który – po przeprowadzeniu wywiadu – może wezwać

<sup>7</sup> Wyrok SA w Szczecinie z dnia 23 listopada 2016 r., sygn. akt I ACa 1155/15, Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych.

<sup>8</sup> Postanowienie SN Izba Cywilna z dnia 14 lutego 1996 r., sygn. akt II CRN 201/95, LEX nr 24925.

<sup>9</sup> Zob. postanowienie Sądu Najwyższego Izba Cywilna z dnia 4 lipca 2019 r., sygn. akt V CSK 79/19, LEX nr 274587.

pacjenta na badanie bądź (np. w przypadku jego odmowy bądź stanu uniemożliwiającego kontakt) przeprowadzić je w domu pacjenta, również bez jego zgody<sup>10</sup>.

Trybem przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, który w analizowanym stanie faktycznym wydaje się najbardziej odpowiedni, jest przyjęcie na obserwację stypizowane w art. 24 u.o.z.p. Podstawę hospitalizacji stanowi tu takie zachowanie potencjalnego pacjenta, które wskazuje, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest on chory psychicznie. Zadaniem lekarza jest ustalenie, że zaistniały okoliczności, które obiektywnie i rozsądnie oceniane świadczą o istnieniu stanu zagrożenia<sup>11</sup>. Tryb obserwacyjny ma na celu postawienie diagnozy, czy pacjent cierpi na zaburzenia psychiczne czy nie, dlatego możliwość hospitalizacji bez zgody została ograniczona do 10 dni. Obowiązek zawiadomienia sądu opiekuńczego celem uzyskania zgody na hospitalizację jest analogiczny do przyjęcia osoby chorej psychicznie.

Rozważając, dlaczego w zaistniałym stanie faktycznym tryb obserwacyjny byłby najbardziej odpowiedni, należy zwrócić uwagę – pomimo braku należycie prowadzonej dokumentacji medycznej – iż decyzja lekarza o konieczności przyjęcia powódki do szpitala psychiatrycznego nastąpiła po przeprowadzeniu badania psychiatrycznego. Można zatem przypuszczać, iż lekarz uznał, że stan zdrowia i zachowanie powódki stanowi bezpośrednie zagrożenie dla jej zdrowia. W przedmiotowej sprawie ocenie sądu powinna również podlegać słuszność oceny lekarza.

Środki farmaceutyczne mogą być stosowane w trybie obserwacyjnym wyłącznie w dwóch przypadkach: jeżeli zastosowanie konkretnego farmaceutyku jest konieczne z uwagi na stan zdrowia pacjenta i wyraża on na to zgodę albo gdy zachodzi konieczność zapanowania nad niebezpiecznym zachowaniem pacjenta poddanego obserwacji<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Za: B. Kmiecik, *Leczenie szpitalne w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*, [w:] *Prawo dla lekarzy psychiatrów*, Warszawa 2018, s. 147.

<sup>11</sup> Postanowienie SN z dnia 14 lutego 1996 r., sygn. akt II CRN 201/95.

<sup>12</sup> Za: B. Kmiecik, *Leczenie...*, s. 14.



Obowiązek uzyskania zgody sądu na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody stanowi jednocześnie kontrolę sądową podstaw przymusowej hospitalizacji. Jak słusznie stwierdził Sąd Najwyższy w przywołanym już postanowieniu z dnia 22 czerwca 2018 r.<sup>13</sup>, przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego stanowi głęboką interwencję w konstytucyjnie chronione wartości takie jak godność i wolność człowieka. Co za tym idzie, badanie podstaw przymusowej hospitalizacji musi być szczególnie wnikliwe, a obowiązkiem sądu jest szersze korzystanie z własnej inicjatywy w poszukiwaniu faktów i dowodów, z odstępstwem od zasady kontrydiktoryjności. Ze względu na specyfikę kondycji pacjenta psychiatrycznego należy mieć na uwadze, iż w trakcie czynności diagnostycznych zmianie może ulec podstawa hospitalizacji, gdyż przyjęcie pacjenta w trybie obserwacyjnym wyklucza podjęcie czynności leczniczych, zarówno z zastosowaniem przymusu, jak i za zgodą pacjenta. Z uwagi na fakt, iż sąd nie jest związany podstawą hospitalizacji, nie powinien pozostać bierny, jeżeli z dokumentacji wynika, iż pacjent kontynuuje pobyt w szpitalu psychiatrycznym<sup>14</sup>.

### III. Istota leczenia psychiatrycznego

Analizując istotę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody w porównaniu do pozostałych świadczeń zdrowotnych, nie sposób pominąć zasadniczej w tej materii kwestii – specyfiki leczenia psychiatrycznego<sup>15</sup>.

Przed wszystkim psychiatrię od innych dziedzin medycyny odróżnia szczególny stan pacjenta, który często nie jest zdolny do wyrażenia prawnie wiążącej zgody na leczenie. Ustawodawca szeroko określił

---

<sup>13</sup> Sygn. akt II CSK 22/18.

<sup>14</sup> Zob. postanowienie SN Izba Cywilna z dnia 26 kwietnia 2019 r., sygn. akt V CZ 29/19, LEX nr 2652425; analogicznie uchwała SN Izba Cywilna z dnia 8 listopada 2016 r., sygn. akt III CZP 66/16, OSNC nr 7–8/2017 poz. 78.

<sup>15</sup> Zob. szerzej: J. Mormul, D. Kurpas, *Specyfika opieki pielęgniarskiej na oddziale psychiatrii sądowej o wzmożonym stopniu zabezpieczenia*, Family Medicine & Primary Care Review 2011, Nr 13, 2, s. 341–342.

definicję pacjenta psychiatrycznego – określenie „osoba z zaburzeniami psychicznymi” odnosi się do osoby: a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychiatryczne), b) upośledzonej umysłowo oraz c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym (art. 3 ust. 1 u.o.z.p.). Wyodrębnienie trzech kategorii osób cierpiących na zaburzenia psychiczne stanowi konsekwencję odmiennego unormowania skutków każdej z trzech postaci zaburzeń. Brak w tym miejscu relacji wykluczania – możliwe jest krzyżowanie się przytoczonych zaburzeń<sup>16</sup>.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom z zaburzeniami psychicznymi nie oznacza, iż ustawodawca nie wymaga informowania pacjenta o jego stanie zdrowia i prawach bądź nie nakłada obowiązku uzyskania zgody pacjenta z zaburzeniami psychicznymi na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Wręcz przeciwnie, ustawodawca, nakładając obowiązek uzyskania zgody na leczenie psychiatryczne, doprecyzował na potrzeby omawianego aktu prawnego definicję zgody. Zgoda pacjenta psychiatrycznego w świetle ustawy psychiatrycznej oznacza swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do rozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania (art. 4 ust. 3 u.o.z.p.). Jak słusznie wskazano w doktrynie, prawnie doniosłe wyrażenie zgody w rozumieniu ustawy psychiatrycznej wymaga spełnienia trzech przesłanek: 1) rzeczywistej zdolności osoby do rozumienia przekazywanej informacji, 2) swobodnego wyrażenia zgody oraz 3) rzeczywistej zdolności rozumienia przekazywanej informacji. Trzecia przesłanka stanowi oryginalne rozwiązanie

---

<sup>16</sup> Zob. B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, s. 142 i wskazana tam literatura.

normatywne w konstrukcji prawnej zgody pacjenta psychiatrycznego – występuje wyłącznie w przypadku decydowania przez osobę z zaburzeniami psychicznymi o poddaniu się interwencjom z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej<sup>17</sup>.

Istotę zgody pacjenta psychiatrycznego trafnie podsumował B. Kmieciak, którego zdaniem odnosi się ona do osób: 1) rzeczywiście zdolnych do wyrażenia zgody (duże znaczenie mają w tym miejscu wiedza i doświadczenie lekarza psychiatry, którego zadaniem jest rzeczywista ocena zdolności decyzyjnych pacjenta); 2) uprzednio poinformowanych o: miejscu przebywania, celu leczenia, proponowanych metodach diagnostycznych i terapeutycznych oraz ich znaczeniu; 3) swobodnie wyrażających swój stosunek do leczenia (przykładowo: przyjęcie do szpitala nie może być poprzedzone przymusem fizycznym ani słownym ze strony krewnych czy wprowadzeniem w błąd); 4) posiadających wiedzę dotyczącą konkretnego „przedmiotu zgody” (świadomość, na co się zgadzają)<sup>18</sup>.

Dla komentowanej sprawy kluczowe jest poruszenie kwestii możliwości odebrania pacjentowi telefonu komórkowego. Bezspornie należy stwierdzić, iż było to działanie bezprawne. Nawet w przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez zgody, podmiot leczniczy nie jest uprawniony do odbierania pacjentowi przedmiotów stanowiących jego własność. Jak słusznie podkreśla B. Kmieciak, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie daje nawet możliwości przeszukania rzeczy osobistych pacjenta z wyłączeniem sytuacji, w której podczas stosowania przymusu bezpośredniego odbierane są rzeczy mogące stanowić niebezpieczeństwo dla pacjenta<sup>19</sup>. J. Ciechorski podkreśla również, iż ustawodawca wprost uregulował możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego, nie można zatem odebrać rzeczy osobistych pacjenta w każdych okolicznościach, a jedynie wówczas, gdy istnieją przesłanki zastosowania

<sup>17</sup> Za: B. Janiszewska, *Zgoda...*, s. 144.

<sup>18</sup> B. Kmieciak, *Leczenie...*, s. 132–133.

<sup>19</sup> Za: B. Kmieciak, „Przepis na granicy”, czyli współczesne wyzwania w obszarze ochrony praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, *PiM*, 4/2016, s. 61.

przymusu<sup>20</sup>. Trudno jednak zasadnie uznać, iż takim przedmiotem będzie telefon komórkowy.

#### IV. Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna a inne działania bez zgody osoby z zaburzeniami psychicznymi

Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody nie jest jedyną formą przymusowego działania przewidzianą przez ustawę psychiatryczną. Ustawodawca, w określonych okolicznościach, przewidział również inne formy działań przymusowych wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi – możliwość stosowania przymusu bezpośredniego (uregulowana w art. 18–18f u.o.z.p.)<sup>21</sup>, badanie psychiatryczne<sup>22</sup> (art. 21 u.o.z.p.) oraz przyjęcie do domu pomocy społecznej (art. 38–41 u.o.z.p.). Charakter niniejszego opracowania wyklucza szczegółowe omówienie powyższych instytucji, stąd przedmiotowa analiza zostanie ograniczona jedynie do wskazania zasadniczych różnic w stosunku do hospitalizacji psychiatrycznej bez zgody.

Ustawodawca przewidział możliwość przeprowadzenia badania psychiatrycznego (w tym bez zgody) wyłącznie w stosunku do osoby, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Konieczność przeprowadzenia badania stwierdza lekarz psychiatra,

---

<sup>20</sup> Szerzej: J. Ciechorski, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 21 marca 2014 r., sygn. akt I ACa 834/13*, PiM nr 1/2015, s. 186.

<sup>21</sup> Szerzej nt. przymusu bezpośredniego: M. Balicki, *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*, PiM 1999, Nr 1, s. 40–60; E. Sarnacka, *Ochrona zdrowia psychicznego jako szczególne zadanie ustawodawcy – zastosowanie przymusu bezpośredniego*, Studia BAS 2018, Nr 4(56), s. 143–164; A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, A.I. Czerw, *Stosowanie środków przymusu bezpośredniego w podmiotach sprawujących długoterminową opiekę nad osobami w wieku podeszłym*, Family Medicine & Primary Care Review, 2016, Nr 18,1, s. 69–73; K. Michalak, J.G. Firlus, *Administracyjnoprawne ograniczenia autonomii pacjenta – uwagi wokół przymusu leczenia*, Białostockie Studia Prawnicze, 2017, vol. 22 nr 2, s. 139–157; M. Babula, *Przymus w leczeniu pacjenta – wybrane problemy*, Administracja: teoria, dydaktyka, praktyka, Nr 3 (36), s. 83–90.

<sup>22</sup> Szerzej: N. Karczewska-Kamińska, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018, s. 144.

w razie braku takiej możliwości – inny lekarz. Osoba badana powinna być uprzedzona przed jego rozpoczęciem, w tym o przeprowadzeniu badania bez zgody. Badanie psychiatryczne powinno poprzedzać hospitalizację.

Institucja przymusu bezpośredniego niejednokrotnie była już przedmiotem analiz doktryny<sup>23</sup>. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na kilka kwestii – ustawodawca oddzielił stosowanie środków przymusu bezpośredniego od przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody, jednakże w obu przypadkach przyznał kluczową rolę poinformowaniu pacjenta przez lekarza o stosowanej instytucji. W przypadku hospitalizacji ma to szczególne znaczenie, gdyż informacja jest warunkiem wyrażenia zgody, która ma wpływ na wybór trybu przyjęcia do szpitala – za zgodą lub bez.

Ponadto wśród różnic należy wskazać osobę decydującą o zastosowanym środku. W przypadku hospitalizacji będzie to lekarz (jednak nie zawsze lekarz psychiatra), natomiast w przypadku przymusu – również pielęgniarz (gdy nie ma możliwości uzyskania natychmiastowej decyzji lekarza oraz w domach pomocy społecznej). Różnica widoczna jest także w sprawowaniu kontroli, która będzie odmienna przy szpitalach psychiatrycznych i w innych zakładach leczniczych. Kontrola sądowa szpitala psychiatrycznego może objąć zakresem nie tylko podstawę hospitalizacji psychiatrycznej, ale również procedury stosowania przymusu bezpośredniego. Ustawodawca nie przewidział obligatoryjnej kontroli sądowej zakładów leczniczych, które mogą stosować przymus bezpośredni, a nie udzielają świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>24</sup>.

Osoba chora psychicznie, która jest niezdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub za zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej (art. 38 ust. 1

<sup>23</sup> Szerzej: E. Sarnacka, *Ochrona zdrowia psychicznego jako szczególne żądanie...*, s. 143–164; B. Kmieciak, *Leczenie szpitalne w rodzaju opieki psychiatrycznej...*, s. 156–163.

<sup>24</sup> Szersza krytyka i analiza dysproporcji pomiędzy kontrolą szpitala psychiatrycznego a innego zakładu leczniczego została uprzednio omówiona w: E. Sarnacka, *Ochrona...*, s. 143–164.

u.o.z.p.). Analogicznie jak w przypadku przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, przyjęcie bez zgody do domu opieki społecznej rodzi konieczność uzyskania orzeczenia sądu opiekuńczego (art. 39 ust. 2 u.o.z.p.).

## V. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego a pojęcie pozbawienia wolności

Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 czerwca 2013 r., I ACa 361/13<sup>25</sup>, 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. Według tego Sądu ustawodawca w sposób wyraźny przewidział obowiązek uzyskania pisemnej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, co wyłącza możliwość przyjęcia zgody dorozumianej jedynie potwierdzanej na piśmie. Zgodnie z tym judykatem ustawodawca, wprowadzając tego rodzaju obostrzenia, niewątpliwie miał na uwadze m.in. dolegliwość leczenia w szpitalu psychiatrycznym, polegającą w istocie na ograniczeniu wolności, godzącej w bardzo cenne dobro osobiste każdego człowieka.

Należy jednak zauważyć, że Sąd Apelacyjny dosyć arbitralnie używa określenia „ograniczenie wolności”. Europejski Trybunał Praw Człowieka ustalił zaś, iż różnica między ograniczeniem swobody poruszania się, które jest na tyle poważne, aby być zakwalifikowane jako pozbawienie wolności w rozumieniu art. 5 ust. 1 EKPC, a ograniczeniem swobody poruszania będącym przedmiotem art. 2 Protokołu nr 4 Konwencji – polega na stopniu intensywności, nie zaś na odmiennej naturze<sup>26</sup>. Pozbawienie wolności w rozumieniu Konwencji nie ogranicza się do klasycznych wypadków będących następstwem zastosowania aresztu tymczasowego lub skazania, ale może przybrać wiele innych postaci (form)<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> LEX nr 1342253.

<sup>26</sup> *Guzzardi* przeciwko Włochom, wyrok z dnia 6 listopada 1980 r. (Seria A nr 39) 1 (wersja angielska dostępna na portalu HUDOC.eshr.coe.int w dniu 20 stycznia 2020 r.).

<sup>27</sup> *Guzzardi*, § 95.

Pojęcie pozbawienia wolności w rozumieniu art. 5 § 1 EKPC obejmuje zarówno element obiektywny: uwięzienia, zamknięcia w określonej ograniczonej przestrzeni przez nieznikomy czas, oraz element subiektywny, polegający na tym, że osoba pozbawiona wolności w sposób skuteczny się na to nie zgodziła<sup>28</sup>.

Istotne obiektywne czynniki przesądzające o pozbawieniu wolności obejmują: możliwość opuszczenia określonej, ograniczonej przestrzeni, intensywność nadzoru i kontroli nad ruchami (przemieszczaniem się) tej osoby, stopień izolacji i możliwość kontaktów społecznych<sup>29</sup>. W wyroku z 17 stycznia 2012 r., *Stanev* przeciwko Bułgarii (w szczególności § 117), w kontekście pozbawienia wolności z powodu stanu zdrowia psychicznego, Europejski Trybunał Praw Człowieka stwierdził, że osoba może być uznana za pozbawioną wolności nawet w okresie, kiedy przebywa w otwartym kompleksie szpitalnym z niestrzeżonym dostępem do innych terenów szpitalnych i możliwością opuszczenia bez dozoru terenu szpitala.

Dotychczasowe orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego nie daje podstaw do zanegowania wykładni terminu, „będąc pozbawionym wolności na podstawie orzeczenia sądu”, opartej na dyrektywie języka prawnego. Orzekając w przedmiocie zgodności ustaw lub aktów prawnych niższego rzędu z art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, Trybunał Konstytucyjny nie zajmował się szczegółowym różnicowaniem pojęć „kara pozbawienia wolności” oraz „kara ograniczenia wolności”, nie określił też istoty kary pozbawienia wolności. Wypowiadał się natomiast co do istoty i źródeł wolności osobistej, roli zasady proporcjonalności w ograniczaniu prawa do wolności osobistej, podkreślając obowiązek ustanawiania tych ograniczeń aktem prawnym rangi ustawy.

W literaturze dotyczącej problematyki art. 41 ust. 1 Konstytucji RP komentatorzy nie zajmują się definiowaniem kary pozbawienia wolności

---

<sup>28</sup> *Storck* przeciwko Niemcom, wyrok z dnia 10 lipca 2005 r. [Wielka Izba], skarga nr 61603/00, w szczególności § 74; *Stanev* przeciwko Bułgarii, wyrok z dnia 17 stycznia 2012 r. [Wielka Izba], skarga nr 36760/06 (LEX nr 1101582), w szczególności § 117.

<sup>29</sup> *Guzzardi*, § 95.

ani też wpływem intensywności nadzoru na istotę kary pozbawienia wolności. Niemniej należy odnotować komentarz do tego artykułu Konstytucji RP, w którym powołuje się wyrażony na gruncie art. 5 Konwencji pogląd, że pozbawienie wolności to środek pozostający do dyspozycji władz publicznych, w wyniku zastosowania którego osoba bez lub wbrew jej woli zamknięta zostaje w określonym i przestrzennie ograniczonym miejscu na pewien czas<sup>30</sup>.

W sprawie *Guzzardi* przeciwko Włochom Europejski Trybunał Praw Człowieka wprost przyjął, iż „fizyczne zamknięcie” osoby w dosłownym rozumieniu nie jest warunkiem koniecznym do zdefiniowania kary pozbawienia wolności. Jak stwierdził Trybunał – „W celu ustalenia, czy dana osoba została pozbawiona wolności w rozumieniu art. 5, należy wyjść od konkretnej sytuacji tej osoby i uwzględnić cały szereg kryteriów takich, jak typ, czas trwania, skutki i sposób wykonywania zaskarżonego środka”. Różnica pomiędzy pozbawieniem wolności a jej ograniczeniem dotyczy wyłącznie stopnia czy też nasilenia, nie zaś natury lub istoty tych pojęć. Jednocześnie Trybunał podkreślił względnie dynamiczny i częściowo ocenny charakter pojęć zawartych w Konwencji, w tym pojęcia „kara pozbawienia wolności”. Przypomnijmy, iż w sprawie *Guzzardi* skarżący na mocy stosownego orzeczenia sądu został umieszczony pod specjalnym nadzorem na jednej z włoskich wysp, a środek ten łączył się także z obowiązkiem zamieszkiwania na terenie jednej gminy. Skazany miał ograniczony i częściowo limitowany kontakt ze światem zewnętrznym. Mieszkał jednak wraz z rodziną na wyspie, w kompleksie o powierzchni 2,5 tys. metrów kwadratowych. Mógł też dowolnie opuszczać mieszkanie, wyjąwszy porę nocną. Miał prawo do nienadzorowanej korespondencji oraz cieszył się nienaruszalnością mieszkania i poszanowaniem prywatności życia rodzinnego.

Podobnie ustalił Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku z dnia 7 stycznia 2010 r. w sprawie *Rantsev* przeciwko Cyprowi i Rosji<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> P. Karlik [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, Warszawa 2016, s. 997.

<sup>31</sup> Skarga 25965/04, § 314 i 317.



Zgodnie z tym judykatem różnica między ograniczeniem swobody poruszania się, które jest na tyle poważne, aby je zakwalifikować jako pozbawienie wolności w rozumieniu art. 5 ust. 1 Konwencji, a ograniczeniem swobody poruszania będącym przedmiotem art. 2 Protokołu nr 4 Konwencji polega na stopniu intensywności tego ograniczenia, nie zaś na odmiennej naturze czy istocie. Jeśli zaś fakty konkretnej sprawy wskazują na pozbawienie wolności w rozumieniu art. 5 ust. 1 Konwencji, to nawet stosunkowo krótki okres jego trwania nie wyklucza takiej konkluzji. Orzeczenie to nie zapadło na tle przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody, jednak jego argumenty mają dla powyższych stanów niebagatelne znaczenie.

W sprawach *Stanev* przeciwko Bułgarii oraz *Storck* przeciwko Niemcom Trybunał zwrócił uwagę na szczególnie istotne z punktu widzenia hospitalizacji psychiatrycznej tzw. czynniki obiektywne i subiektywne sposobu rozumienia „pozbawienia wolności”. Trybunał ustalił, iż pojęcie pozbawienia wolności w rozumieniu art. 5 ust. 1 Konwencji obejmuje tak element obiektywny – w postaci uwięzienia, zamknięcia w określonej ograniczonej przestrzeni przez nieznikomy okres czasu, jak i element subiektywny, zgodnie z którym osoba pozbawiona wolności w sposób skuteczny nie zgodziła się na to. Obiektywne czynniki, przesądzające o pozbawieniu wolności, obejmują możliwość opuszczenia określonej, ograniczonej przestrzeni, intensywność nadzoru i kontroli nad ruchami (przemieszczaniem się) tej osoby, stopień izolacji i możliwość kontaktów społecznych.

Należy podkreślić, iż w kontekście pozbawienia wolności z powodu stanu zdrowia psychicznego Trybunał przyjął, że osoba może być uznana za pozbawioną wolności nawet wówczas, gdy przebywa w otwartym kompleksie szpitalnym z niestrzeżonym dostępem do innych terenów szpitalnych i możliwością opuszczenia bez dozoru terenu szpitala.

Końcowo należy zwrócić uwagę na orzeczenia Trybunału w sprawie *Mancini*<sup>32</sup> przeciwko Włochom, która dotyczyła nieco innego stanu

---

<sup>32</sup> Wyrok z dnia 2 sierpnia 2001 r., skarga nr 44955/98, Lex Nr 76181.

prawnego, to jest aresztu domowego. Trybunał stwierdził, że prawo do wolności osobistej z art. 5 ust. 1 Konwencji dotyczy fizycznej wolności osobistej. Celem tego przepisu jest zapewnienie, by nikt nie był pozbawiony wolności osobistej w sposób arbitralny. Art. 5 ust. 1 nie reguluje jednakże warunków pozbawienia wolności i nie gwarantuje prawa do zastosowania względem skarżącego łagodniejszej formy pozbawienia wolności niż reżim więzienny. W sprawie tej, z punktu widzenia skutków, jak i sposobu implementacji, zarówno umieszczenie w areszcie tymczasowym, jak i sam areszt domowy spełniały przesłanki pozbawienia wolności przewidziane w art. 5 ust. 1 Konwencji.

Powyższe uwagi nie mają na celu wypracowania kompleksowej definicji pojęcia pozbawienia wolności i jego kategorycznego odróżnienia od pojęcia ograniczenia wolności. Zwracają one natomiast uwagę na to, że wbrew intuicji prawniczej nie są to pojęcia jednoznacznie rozgraniczone. Orzecznictwo międzynarodowe nie daje jednak podstaw do zupełnej relatywizacji tych pojęć. Można raczej stwierdzić, że pojęcie pozbawienia wolności podlega w procesie wykładni tego określenia pewnej subiektywizacji związanej z akcentowaniem znaczenia konkretnego kontekstu i uwarunkowań, w których ma ono miejsce. Wykładni literalnej towarzyszy interpretacja funkcjonalna, celowościowa. Ma to dość zasadnicze znaczenie dla pojmowania pozbawienia wolności w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej. Podkreśla się brak konieczności „zamknięcia” czy „trzymania pod kluczem” (w szczególności odmiennie niż w strasburskiej sprawie *Engel*, gdzie stanowi to element konstytutywny), jak również brak konieczności dozoru czy straży. Bardziej funkcjonalna niż literalna wykładnia stanu pozbawienia wolności jest w orzecznictwie strasburskim widoczna. Jest to motywowane domniemanym stanem osoby pozbawionej wolności. Ujęcie pozbawienia wolności w celu ochrony zdrowia psychicznego ma więc charakter wyraźnie bardziej subiektywny niż w innych przypadkach, jakimi zajmował się Trybunał. Zaznaczając, że różnice w pojmowaniu pozbawienia wolności istnieją, w orzecznictwie należy tę różnicę, jako wynikającą ze specyfiki psychiatrycznej, zaaprobować.

## Zakończenie

Powyżej komentowane orzeczenie jest dowodem na to, że autonomia woli pacjenta psychiatrycznego stanowi zagadnienie złożone, poddające się trudnej interpretacji. Bywa, że stosujący prawo sąd, w ślad za świadczonodawcami, wpada w pułapkę mylnej intuicji. Nie wynika to tylko z wielości podstaw hospitalizacji psychiatrycznej bez zgody, niekiedy zaś z braku precyzji, czy wręcz adekwatności regulacji. Nie można bowiem przy lekturze tego orzeczenia uciec od pozornie tylko pozaprawnej refleksji. Paternalizm medyczny w psychiatrii ma przemożny wpływ na stosowanie prawa i trudno, aby zmieniła to ustawa, o której z zasady słusznie mówi się w duchu humanizmu i poszanowania godności. Jako istotna jawi się również propedeutyka „stosowania” prawa w opiece psychiatrycznej, uświadamianie podmiotom dokonującym świadczeń zdrowotnych tego typu realnej doniosłości prawa i związanej z nią gwarancyjności, która jest funkcją pozbawienia wolności. „Drobne” zaniedbania mogą być niestety zapowiedzią rażących; te ostatnie widać na kartach uzasadnień wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Stają się tam powodem refleksji wykładniczej nad autonomią woli pacjenta psychiatrycznego, na którą nie zwraca się szczególnej uwagi: wnikliwszy obserwator dziwi się, że Trybunał tworzy, na gruncie hospitalizacji psychiatrycznej, niemal nowe pojęcie pozbawienia wolności, jakościowo różniące się od powszechnie przyjmowanego na gruncie art. 5 ust. 1 Konwencji. Już to wskazuje, z jak wrażliwym obszarem działania prawa mamy tu do czynienia.

## Summary

### **Comments to the judgment of the Court of Appeal in Katowice of 27.06.2013. I ACa 361/13, LEX No 1342253**

The paper aims to describe and evaluate state of art which led to the verdict of the Appellate Court in Katowice of 27.06.2013, I ACa 361/13, at the same time pointing at major inconsistencies in understanding compulsory psychiatric health care. The latter may touch numerous rights and freedoms and interests touched upon in the above case. Thus a presentation of involuntary treatment was presented, underpinning a vaster notion of autonomy in psychiatry, which was a subject here.

All those questions have strong connection with the right to personal freedom, as indicated both in the Constitutions of the Republic of Poland and the European Convention of Human Rights. However, in psychiatry this factual state of deprivation of liberty is very specific, and requires closer approach to this notion, in terms of understanding space and time of the latter. Jurisdiction of the European Court of Human Rights, although not consistently, provides for assertion that deprivation of liberty in psychiatry paradoxically has achieved a slightly different meaning than the usual interpretation of the notion, especially in terms of its strictness.