

Warszawa, dnia 26 marca 2018 r.



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Pacjenta

*Bartłomiej Chmielowiec*

RzPP-DZP-WRI.420.4.2018.13.BOL

**Pan**

**Prof. dr hab. n. med. Łukasz Szumowski**

**Minister Zdrowia**

**ul. Miodowa 15**

**00-952 Warszawa**

*Szanowny Panie Ministrze*

Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta jest jednym z najtrudniejszych momentów hospitalizacji. Wymaga ono szczególnej staranności ze strony personelu, a przede wszystkim poszanowania godności osoby. W dniu 1 stycznia 2018 r. weszły w życie znowelizowane przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>1</sup>. Jedną z kluczowych zmian dotyczyła zasad przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na kolejne okresy jego trwania. Z uwagi na niezwykle ważny charakter tej zmiany, niniejszym pragnę przedstawić Panu Ministrowi swoje stanowisko w tej sprawie.

#### **Aktualny stan prawny**

Przymus może być stosowany początkowo na cztery godziny, a następnie przedłużany na okresy nie dłuższe niż sześć godzin. Zgodnie z art. 18a ust. 10 ww. ustawy „przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9, wymaga uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą”. Z informacji przekazywanych mi przez pracowników mojego Biura pełniących funkcję Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wynika, że nowy zapis wzbudza szereg wątpliwości. Mając na względzie sygnalizowane problemy, Departament ds. Zdrowia Psychicznego zwrócił się w lutym bieżącego roku do ponad 100

---

<sup>1</sup> Dz.U. z 2017 r. poz. 2439

szpitali psychiatrycznych w całej Polsce<sup>2</sup>, w szczególności tych, w których pełnią obowiązki Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, o udzielenie informacji w zakresie:

1. W jaki sposób zapis art. 18a ust. 10 ww. ustawy był realizowany w podmiocie leczniczym?
2. Czy występowały problemy z jego realizacją w stanie faktycznym, a jeśli tak, to jakiego rodzaju były to problemy i jak były rozwiązywane?
3. W jaki sposób wprowadzenie wymogu uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą przy przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9 przyczyniło się do wzrostu poziomu bezpieczeństwa pacjentów i stopnia przestrzegania ich praw?

### **Brak odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów**

Uzyskane dane wskazują, że znacząca liczba szpitali psychiatrycznych doświadcza problemów z realizacją nowego przepisu. Udzielone informacje wskazują na brak możliwości lub poważne trudności w realizacji obowiązku zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatrii przy każdorazowym przedłużeniu stosowania unieruchomienia lub izolacji wynikające z niedoboru specjalistów. Problemy te dotyczą szczególnie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych. Jednakże również w niektórych dużych, kilkusetłózkowych szpitalach psychiatrycznych w okresach dyżurowych nie ma możliwości zapewnienia opinii drugiego lekarza psychiatrii.

### **Rozbieżność w przepisach**

Ponadto, kierownicy podmiotów leczniczych wskazują, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>3</sup> nakładają na świadczeniodawców obowiązek zatrudnienia w oddziałach psychiatrycznych tylko jednego lekarza specjalistę psychiatrę (nie dwóch wymaganych ustawą do przedłużenia przymusu) w przeliczeniu na 40 łóżek (załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia). W przypadku oddziału leczenia alkoholowych zespołów

---

<sup>2</sup> Ilekroć w piśmie zastosowano określenie szpital psychiatryczny, jest on rozumiany w znaczeniu określonym w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, ze zm.)

<sup>3</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 1386, ze zm.

abstynencyjnych nie zachodzi konieczność zatrudnienia nawet jednego lekarza specjalisty w tej dziedzinie medycyny (załącznik nr 2 do ww. rozporządzenia). Należy również wskazać, że znowelizowane przepisy dookreśliły możliwość stosowania przymusu bezpośredniego na oddziałach innych niż psychiatryczne w szpitalach wielospecjalistycznych, gdzie powyższy problem nabiera szczególnie dużych rozmiarów.

### **Realizacja w stanie faktycznym**

Warto podkreślić, że po 1 stycznia 2018 r. przedmiotowy obowiązek realizowany był przez szpitale psychiatryczne w rozmaity sposób. Spośród wymienionych należy wskazać:

1. przeprowadzanie procedury przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia i izolacji na zasadach obowiązujących przed nowelizacją ustawy;
2. zasięganie opinii drugiego lekarza psychiatry jedynie wtedy, gdy przymus bezpośredni został zlecony przez lekarza innej specjalności niż psychiatrą;
3. zasięganie opinii drugiego lekarza psychiatry telefonicznie;
4. wzywianie drugiego lekarza psychiatry (najczęściej ordynatora/kierownika oddziału lub lekarza prowadzącego pacjenta) w jego czasie wolnym;
5. przy braku możliwości uzyskania opinii drugiego psychiatry podejmowanie próby zwolnienia pacjenta i wzmożonej obserwacji jego zachowania, zastosowanie nadzoru indywidualnego, włączenie dodatkowych leków;
6. zawarcie dodatkowych umów w zakresie opiniowania przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego z lekarzami psychiatrami (w tym też zatrudnionymi w danym szpitalu).

Należy również zaznaczyć, że znaczna grupa kierowników podmiotów leczniczych wprost wskazywała na nieprecyzyjność treści art. 18a ust. 8-10 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego rodzącą możliwość wielorakiej interpretacji przepisów. Dodatkową trudność stanowiło dla szpitali jednoczesne obowiązywanie znowelizowanych przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu

bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania<sup>4</sup> w niezmienionej wersji.

### **Zaufanie do lekarza**

W części przekazanych stanowisk podkreślano, że wprowadzenie obowiązku obligatoryjnego zasięgnięcia opinii innego lekarza psychiatry podważa zaufanie do środowiska lekarskiego. Wskazywano, że osoba wykonująca zawód lekarza, która ukończyła studia medyczne, ma pełne kwalifikacje do rzetelnej oceny stanu zdrowia pacjenta. Wskazać należy, że nawet dużo bardziej uciążliwe dla pacjenta przyjęcie go do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody wymaga decyzji jedynie jednego lekarza, a zasięgnięcie opinii innego lekarza lub psychologa ma charakter fakultatywny.

### **„TAK” dla bezpieczeństwa pacjentów**

Jako Rzecznik Praw Pacjenta w pełni popieram wszelkie działania Pana Ministra przyczyniające się do wzrostu poziomu opieki nad pacjentem. Stoję jednocześnie na stanowisku, że wprowadzane zmiany legislacyjne powinny realnie wpływać na poziom bezpieczeństwa i satysfakcji pacjentów – a nie motywować do obchodzenia tych przepisów przez lekarzy i zarządzających podmiotami leczniczymi. W przekazanych mi stanowiskach szpitali podkreślano tymczasem, że wprowadzenie opisywanych zmian przyczyniło się do wzrostu obciążenia fizycznego i psychicznego lekarzy. Ci bowiem zamiast wypoczywać po pracy, są absorbowani telefonami od swoich współpracowników pozostających przy łóżkach pacjentów, co przyczynia się do wzrostu ich zmęczenia i frustracji, a w konsekwencji może obniżać stopień bezpieczeństwa pacjentów. Jeden z konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży będący jednocześnie kierownikiem oddziału psychiatrii wskazał, że najbardziej niebezpieczną konsekwencją nowelizacji przepisów jest ryzyko, że lekarze nie będą zlecali przymusu bezpośredniego, będą go stosować nie dokumentując jego przebiegu lub kończyć zbyt wcześnie ze względu na brak dostępu do lekarza psychiatry. W zdecydowanej większości akcentowano przy tym bardzo dobitnie, że zmiana przepisów w omawianym zakresie nie wpłynęła w żaden sposób na zwiększenie poziomu bezpieczeństwa pacjentów i stopień przestrzegania ich praw.

Działając na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjentach i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>5</sup>, uprzejmie przekazuję informacje dotyczące trudności

---

<sup>4</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 740

<sup>5</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.

w realizacji przepisu znowelizowanej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczącego procedury przedłużania stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia /izolacji, zwracając się o dokonanie pogłębionej analizy problemu i podjęcie czynności zmierzających do jego rozwiązania w ramach posiadanych kompetencji.

Jednocześnie proponuję, aby wymagania stawiane przedłużaniu unieruchomienia i izolacji nie były dalej idące niż wymagania towarzyszące przyjęciu pacjenta bez zgody do szpitala psychiatrycznego.

Będę zobowiązany za poinformowanie mnie o zajętym stanowisku i podjętych działaniach.

Z wyrazami szacunku

RZECZNIK PRAW PACJENTA



*Bartłomiej Chmielowiec*

**Do wiadomości:**

1. Pan prof. dr hab. n. med. Piotr Gałecki, Konsultant Krajowy w dz. psychiatrii, Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi, ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź
2. Pani dr hab. n. med. Barbara Remberk, Konsultant krajowy w dz. psychiatrii dzieci i młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, ul. Sobieskiego 9, Warszawa
3. Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinach psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży (wg rozdzielnika)
4. Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego