



Warszawa, 2. 07. 2013 r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska

RzPP-SRzPP-076-71-1/BW/2013

Pan
prof. dr hab. med. Marek Jarema
Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9
02-957 Warszawa

Szanowny Panie Profesorze

Mając na względzie dyspozycję art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia¹ oraz art. 47 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta², zwracam się z uprzejmą prośbą o opinię (zajęcie stanowiska) oraz ewentualne zalecenia w poniżej przedstawionej sprawie dotyczącej sposobów stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Na wstępie należy wskazać, iż stosowanie przymusu bezpośredniego stanowi ingerencję w sferę nietykalności cielesnej oraz *de facto* pozbawienie wolności w celu ochrony określonych dóbr, tym samym postępowanie to powinno nastąpić z zachowaniem warunków wymaganych w obowiązujących przepisach prawa. Wskazane zagadnienie reguluje ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego³.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 powołanej ustawy, przymus bezpośredni⁴ wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w przedmiotowej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy konkretny przepis do tego upoważnia albo osoby te:

¹ Dz. U. Nr 52, poz. 419 z późn. zm.

² Tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 159, poz. 742.

³ tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375.

⁴ Przymusem bezpośrednim w rozumieniu przepisu art. 3 pkt 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest: przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie i izolacja.

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu bądź innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu;
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu;
- 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej opieki społecznej.

Artykuł 18 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* odsyła również do przypadków przewidzianych w ustawie, kiedy przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi jest dopuszczalny. Odnosi się to m.in. do takich sytuacji, gdy zachodzi konieczność wykonania badań psychiatrycznych (art. 21 ustawy), dokonania niezbędnych czynności leczniczych wobec osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez ich zgody oraz w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez te osoby szpitala psychiatrycznego (art. 34 ustawy).

Niemniej ustawodawca w art. 12 ustawy podkreśla, że przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osób z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tych osób uciążliwy.

W kontekście powyższego, przedmiotem mojego wystąpienia są niepokojące sygnały, odnośnie sposobu stosowania przez personel (w tym pracowników ochrony szpitala) przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W ramach prowadzonych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta (w tym Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego) postępowań wyjaśniających pozyskano informacje odnośnie zachowań osób stosujących ww. środek.

W tym miejscu warto przytoczyć przykłady, które obrazują poruszone zagadnienie, tj.: podczas obezwładniania osób do zastosowania unieruchomienia stosowano m.in. podduszenie poduszką, uciskanie klatki piersiowej w okolicy mostka, wykręcanie kończyn, podkręcanie jąder, podcinanie nóg (w okolicy zgięcia kolanowego), etc. Warto zaznaczyć, iż pacjenci najczęściej przytaczają przykłady zachowań osób stosujących ww. środek, które wskazują na nadużywanie wobec nich „siły”. Niejednokrotnie w wyniku omawianych interwencji dochodziło do widocznych zmian na ciele pacjenta, takich jak: otarcia naskórka, zasinienia skóry, podbiegnięcia krwawe, urazy ciała w postaci złamań kości, uszkodzeń narządów wewnętrznych a nawet do urazów ze skutkiem czasowej dysfunkcji ruchowej.

Warto w tym miejscu podkreślić, iż zastosowanie środków przymusu bezpośredniego – jak podano w literaturze przedmiotu⁵ – jest interwencją terapeutyczną. A. Kokoszka podnosi, iż „*w celu zachowania właściwego stosunku emocjonalnego do chorego, którego wolność się ogranicza, konieczne jest traktowanie tych interwencji jako zabiegów terapeutycznych, służących leczeniu chorego, a zwłaszcza pomocy w odzyskaniu przez niego samokontroli*”.

Wynika z tego, że stosowanie przymusu bezpośredniego powinno służyć pacjentowi a nie jemu szkodzić.

Kwestię dotyczącą działania osób stosujących środki przymusu bezpośredniego w ww. zakresie uszczegółowiono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*⁶.

W myśl § 6 ust. 1 ww. rozporządzenia, przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym, w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej oraz w przypadkach, o których mowa w art. 18 ust. 5, art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 ustawy, może być wykonywany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby. W ustępie 2 powołanego przepisu wskazano, iż za przekazanie instrukcji w zakresie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego odpowiada kierownik podmiotu leczniczego – dla osób zatrudnionych w kierowanym przez niego podmiocie leczniczym lub osób wykonujących w tym podmiocie działalność na podstawie zawartej umowy lub porozumienia (...).

Wprawdzie każdorazowo decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego podejmuje i – co istotne – osobiście nadzoruje lekarz, pielęgniarka lub kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, tym samym ważnym jest również, aby osoby podejmujące czynności mające na celu wdrożenie tej decyzji, działały w sposób możliwie najbardziej bezpieczny i zapewniający maksymalną ochronę praw i godności osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Bezpośredni nadzór wskazanych powyżej osób uprawnionych do zastosowania przymusu bezpośredniego pozwala co prawda na bieżący instruktaż i weryfikację działań osób zaangażowanych w wykonanie przymusu bezpośredniego. Niemniej w wyniku analizy zebranego przez Rzecznika Praw Pacjenta materiału stwierdzono, iż w większości placówek personel wskazywał na brak dostępu do

⁵ A. Kokoszka; Postępowanie w stanach nagłych, [w] Psychiatria Tom 3 Metody leczenia Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne; Wydanie II pod redakcją: J. Wciórki, S. Pużyńskiego, J. Rybakowskiego; Copyright by Elsevier Urban & Partner Wrocław 2012; s. 387-389.

⁶ Dz. U. z 2012 r. poz. 720

stosownego źródła (instrukcji), z którego mógłby czerpać elementarną wiedzę i umiejętności w zakresie stosowania środka przymusu bezpośredniego.

Z uwagi na powyższe, osoby stosujące środki przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi powinny - w mojej opinii - posiadać stałą możliwość dostępu do źródła wiedzy (instrukcji) w przedmiocie stosowania instytucji przymusu bezpośredniego, w szczególności zasad/technik obezwładniania pacjenta podczas unieruchamiania. Niewątpliwie powyższe mogłoby przełożyć się na zminimalizowanie ryzyka wystąpienia niekorzystnych zdarzeń - wskazanych powyżej - podczas przedmiotowych interwencji poprzez adekwatną ocenę sytuacji, w tym odpowiedni dobór działań/ postępowania osób stosujących środki przymusu bezpośredniego wobec osób wymagających zastosowania omawianych środków.

Szczególnie istotne jest podniesienie świadomości osób uczestniczących w ww. sytuacjach w zakresie przyczyn zachowań stanowiących przesłanki do zastosowania przymusu bezpośredniego. Powyższe ma kluczowe znaczenie w kontekście realizacji prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

W związku z powyższym proponuję rozważyć kwestię wydania stosownych zaleceń oraz instrukcji (ujednoliconego standardu) w zakresie przedmiotowego zagadnienia, w szczególności w obszarze tematyki komunikacji interpersonalnej z osobami będącymi w stanach naglących oraz z zakresu technik zastosowania środków przymusu bezpośredniego, uwzględniających ryzyka wystąpienia urazów u osób, wobec których zastosowano przymus bezpośredni.

2 porównań
K. Łobos,

Do wiadomości:

- 1) Pan Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia; ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa.
- 2) Pan prof. dr hab. Tomasz Wolańczyk, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii Dziecięcej; Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie, ul. Marszałkowska 24, 00-576 Warszawa.