Stosowanie środków przymusu bezpośredniego w podmiotach sprawujących długoterminową opiekę nad osobami w wieku podeszłym

The use of coercive measures in the entities holding the long-term care for the elderly

ANNA AUGUSTYNOWICZ^{1, A, B}, IWONA WRZEŚNIEWSKA-WAL^{1, A, B, E, F},
ALEKSANDRA IZABELA CZERW^{2, D, E}

¹ Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Zakład Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

² Zakład Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie W artykule przedstawiono podstawy prawne i zasady zastosowania przymusu bezpośredniego w podmiotach sprawujących opiekę nad osobami w wieku podeszłym. Stosowanie przymusu bezpośredniego w domach pomocy społecznej przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi następuje na zasadach określonych w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Przymus bezpośredni stosuje się wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi tylko wtedy, gdy osoba ta dopuściła się zamachu przeciw życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub też przeciw bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w otoczeniu, poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Jednocześnie wprowadzono ograniczenia w zakresie stosowania wszystkich form przymusu bezpośredniego przez wskazanie, jaki rodzaj środka może być zastosowany w określonych sytuacjach. Środki przymusu bezpośredniego to: przytrzymywanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie, izolacja. Szczególną uwagę zwrócono na brak uregulowań prawnych dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego w podmiotach leczniczych. Chodzi tu o pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych, ale również o pacjentów oddziałów szpitalnych innych aniżeli oddział psychiatrii. W tym przypadku podstawą ich zastosowania będą regulacje zawarte w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisy kodeksu karnego. W celu udzielenia niezbędnej pomocy medycznej lekarz mając do czynienia z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi o podłożu somatycznym może zastosować środek przymusu bezpośredniego.

Słowa kluczowe: podmiot leczniczy, dom pomocy społecznej, przymus bezpośredni, osoba w wieku podeszłym.

Summary The article presents the legal basis and the principles of using direct coercion in the entities taking care of the elderly. Use of direct coercion in social welfare homes for persons with mental disorders according to the rules specified in the Act on the Protection of Mental Health. Direct coercion shall be applied to people with mental disorders only if the person has committed an assassination attempt against the life or health of his own or another person, or against public safety, in a violent manner destroys or damages objects in the environment, seriously disrupts or prevents operation of a health care entity or a social service facility. At the same time it introduced restrictions on the use of all forms of coercive measure by indicating what type of product can be used in certain situations. Coercive measures are holding, forced administration of medication, immobilization, isolation. Particular attention was paid to the lack of legal regulations regarding the use of direct coercion in medical entities. It is about patient care and treatment and nursing care as well as patient wards other than a branch of psychiatry. In this case, the basis for their application will be regulations contained in the Act on Professions of Physician and Dentist and the provisions of the Criminal Code. In order to provide necessary medical care, the doctor who deals with patients with mental disorders which show somatic background may use direct coercion.

Key words: health care entity, social welfare home, direct coercion, an elderly person.

Fam Med Prim Care Rev 2016; 18(1): 69–73

Wstęp

We współczesnych społeczeństwach obserwuje się stały wzrost liczby osób w wieku podeszłym i towarzyszące temu zapotrzebowanie na pomoc ze strony innych osób. Często jest ona udzielana przez członków rodzin [1]. Osoby w wieku podeszłym mogą także korzystać z pomocy instytucjonalnej. Opieka długoterminowa realizowana jest w ramach systemu pomocy społecznej na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej [2] oraz systemu ochrony

zdrowia na zasadach określonych m.in. w ustawie o działalności leczniczej [3]. Udzielane w ramach pomocy społecznej świadczenia mogą mieć formę świadczeń pieniężnych, usług oraz świadczeń rzeczowych. Dwie pierwsze formy realizowane są głównie w ramach pomocy środowiskowej, udzielanej w miejscu zamieszkania. Forma rzeczowa świadczeń występuje w domach pomocy społecznej lub w placówkach półstacjonarnych, np. w dziennych domach pobytu. Pomoc osobom w wieku podeszłym w ramach systemu ochrony zdrowia może być udzielana w warunkach

domowych oraz w podmiotach leczniczych w ramach stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, tj. w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (art. 9 i 12 ustawy o działalności leczniczej).

W polskim prawie ustaloną zasadą jest, że wszelkie działania podejmowane wobec osoby w wieku podeszłym, zarówno w ramach pomocy społecznej, jak i systemu ochrony zdrowia, wymagają jej zgody. Wyjątki w określonych przepisami prawa sytuacjach dotyczyć mogą osób ubezwłasnowolnionych, osób z zaburzeniami psychicznymi, ewentualnie osób, które z powodu zaburzeń somatycznych wykazują zaburzenia czynności psychicznych [4]. Mogą się one wiązać z zastosowaniem w podmiotach sprawujących opiekę stacjonarną środków przymusu bezpośredniego. Przymus bezpośredni polega na zastosowaniu określonych środków fizycznych, technicznych lub chemicznych celem zmuszenia osoby, wobec której przymus jest stosowany, do poddania się woli podmiotu uprawnionego do jego zastosowania [5].

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego może być nieodzowne dla bezpieczeństwa pacjenta lub osób trzecich, gdy pacjent stwarza, często nie kontrolując swoich zachowań, zagrożenie dla siebie i innych [4, 6]. W takich sytuacjach powstaje wątpliwość dotycząca ewentualnej dopuszczalności zastosowania przez personel domu pomocy społecznej czy podmiotu leczniczego środków przymusu bezpośredniego.

Przymus bezpośredni w domach pomocy społecznej

Ustawa o pomocy społecznej w art. 56 wyróżnia kilka typów domów, tj. dla osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie oraz dla osób uzależnionych od alkoholu. Jak wynika z powyższego, osoby w wieku podeszłym mogą zamieszkiwać w sześciu z siedmiu wymienionych typów domów pomocy społecznej [1].

Ustawodawca dopuścił stosowanie środków przymusu bezpośredniego w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [7]. Mając na względzie art. 18 ust. 2 tejże ustawy, przymus bezpośredni może być stosowany przez personel medyczny w szpitalach psychiatrycznych oraz domach pomocy społecznej, a także przez zespół ratownictwa medycznego z karetek pogotowia typu P (podstawowego), który udziela pomocy osobie z zaburzeniami psychicznymi. Kwestią wymagającą rozstrzygnięcia jest to, czy we wszystkich typach domów pomocy społecznej dopuszczalne jest stosowanie przymusu bezpośredniego. W art. 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ustawodawca określił m.in. podstawy zastosowania przymusu bezpośredniego. Jest to możliwe „wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi” i dodatkowo „przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie”, czyli ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Osoby z zaburzeniami psychicznymi to osoby chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychotyczne), niepełnosprawne umysłowo lub wykazujące inne zaburzenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym (art. 3 pkt. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Dodatkowo zgodnie z art. 5 tej ustawy opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana m.in. w domach pomocy społecznej. Zadania realizowane w ramach ochrony zdrowia psychicznego określa art. 2 ust. 1 ustawy. Powyższe ka-

przyjąć, że przymus bezpośredni może być stosowany tylko i wyłącznie w tych domach pomocy społecznej, które są przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Uwzględniając powyższe rozważania, osoby w wieku podeszłym z zaburzeniami psychicznymi mogą przebywać w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych, dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dla osób uzależnionych od alkoholu.

Przymus bezpośredni stosuje się wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi tylko wtedy, gdy osoba ta dopuściła się zamachu przeciw życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby (art. 18 ust. 1 pkt 1a) lub też przeciw bezpieczeństwu powszechnemu (art. 18 ust. 1 pkt 1b), w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w otoczeniu (art. 18 ust. 1 pkt 2), poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej (art. 18 ust. 1 pkt 3). Jednocześnie ustawodawca wprowadza ograniczenia w zakresie stosowania wszystkich form przymusu bezpośredniego przez wskazanie, jaki rodzaj środka może być zastosowany w określonych sytuacjach. I tak w przypadkach określonych w art. 18 ust. 1 pkt. 1a, 1b oraz w pkt. 2 zastosowanie środka przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji. W razie poważnego zakłócenia lub uniemożliwienia funkcjonowania podmiotu leczniczego lub domu pomocy społecznej dopuszczalne jest stosowanie przytrzymywania lub przymusowego podania leku.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi dopuszcza się zamachu przeciw życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby wtedy, gdy podejmuje działanie, które zawiera w sobie rzeczywiste niebezpieczeństwo wywołania poważnego następstwa dla zdrowia własnego lub innej osoby [8]. Stosowanie przymusu bezpośredniego dopuszczalne jest już w razie wystąpienia pośredniego zagrożenia dla życia pacjenta [9], przy czym z zastrzeżeniem, że w świetle wiedzy medycznej wystąpienie zamachu ma charakter realny. Osoba z zaburzeniami psychicznymi dopuszcza się zamachu przeciw życiu lub zdrowiu własnemu, kiedy usiłuje odebrać sobie życie, samouszkodzić się, albo ujawnia gwałtowne pobudzenie ruchowe (np. wyrwa kaniulę dożylną obwodową, centralne wkłucie) prowadzące w konsekwencji do zagrożenia zdrowia, a w niektórych przypadkach także zagrożenia życia [10, 11]. Osoba z zaburzeniami psychicznymi dopuszcza się zamachu przeciw życiu lub zdrowiu innej osoby w formie czynnej agresji. Agresja ta może mieć charakter fizyczny, np. gdy mieszkaniec domu pomocy społecznej atakuje innego mieszkańca czy personel nożem, laską, gorącym płynem itp. Przesłankę tę wyczerpują także zachowania dewiacyjne, czy inne agresywne zachowania seksualne, np. agresywne zachowania o charakterze seksualnym wobec personelu żeńskiego [6, 12]. Słowne groźby dokonania zamachu na siebie lub inne osoby mogą uzasadniać zastosowanie tych środków, jeżeli sposób i okoliczności uzasadniają obawę ich spełnienia, np. osoba pobudzona trzymająca w ręce nóż czy inne ostre narzędzie grozi jego użyciem [6, 13]. Osoba z zaburzeniami psychicznymi dopuszcza się zamachu przeciw bezpieczeństwu powszechnemu, gdy zagraża większej liczbie osób albo mieniu znacznych rozmiarów, np. stwarzając realne niebezpieczeństwo spowodowania pożaru, wybuchu [11]. Co do przesłanki gwałtownego niszczenia lub uszkadzania przedmiotów, ustawodawca nie sprecyzował rodzaju dóbr, których niszczenie lub uszkodzenie uzasadnia zastosowanie środków przymusu bezpośredniego. Wobec tego niszczenie w sposób gwałtowny jakiegokolwiek przedmiotów znajdujących się w otoczeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, bez względu na ich wartość, a także to, czyją są własnością, uzasadniać będzie ich zastosowanie [5]. Może tu chodzić zarówno o niszczenie mienia własnego, jak i innych mieszkańców czy osób

ich odwiedzających, a także wyposażenia domu pomocy społecznej. Wiele wątpliwości budzi przesłanka określona w art. 18 ust. 1 pkt. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Przepis ten zezwala na zastosowanie środka przymusu bezpośredniego w przypadku poważnego zakłócenia lub uniemożliwienia funkcjonowania m.in. jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. W doktrynie prawniczej podkreśla się, że określenie „poważnie” jest nieostre i może stanowić pole do nadużyć wobec osób z zaburzeniami psychicznymi [4, 6, 12]. Z całą pewnością nie można na tej podstawie stosować środków przymusu bezpośredniego wobec marudnych, uciążliwych czy też żądających ciągłego zainteresowania mieszkańców [12]. Co istotne, podstawą zastosowania środka przymusu nie może być jakiegokolwiek zakłócenie funkcjonowania domu pomocy społecznej. W tym przepisie mowa jest o poważnym zakłóceniu lub uniemożliwieniu funkcjonowania. Zatem zastosowanie środka przymusu bezpośredniego na tej podstawie nie może być reakcją na proste akty agresji mieszkańców domu pomocy społecznej. Wydaje się, iż w praktyce ta przesłanka zastosowania środka przymusu bezpośredniego będzie rzadko wykorzystywana. Może tu chodzić o sytuację, gdy osoba z zaburzeniami psychicznymi włamuje się do pomieszczenia, gdzie przechowywane są leki i nie chce go opuścić, czy też swoim zachowaniem powoduje konieczność ewakuacji części lub całości placówki.

Osobą uprawnioną do podjęcia decyzji o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego jest lekarz, który określa jego rodzaj oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie (art. 18 ust. 2). W domach pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, która jednocześnie osobiście nadzoruje jego wykonanie oraz niezwłocznie zawiadamia o tym lekarza (art. 18 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Jeżeli dom pomocy społecznej nie zatrudnia lekarza, informację o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego pielęgniarka przekazuje kierownikowi placówki, który o tym fakcie niezwłocznie informuje upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii. Tenże ocenia zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza lub pielęgniarkę domu pomocy społecznej. Mając na względzie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania [14], zatrudniony w domu pomocy społecznej personel pozamedyczny nie jest uprawniony do podjęcia decyzji o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego. Co nie oznacza, że nie może brać udziału w jego zastosowaniu. Przymus bezpośredni może być bowiem wykonywany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby. Za przekazanie instrukcji w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego odpowiada kierownik domu pomocy społecznej (§ 6 rozporządzenia).

Zastosowanie środków przymusu bezpośredniego należy traktować jako interwencję terapeutyczną, która ma pomóc choremu w przywróceniu samokontroli. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie najmniej uciążliwy dla osoby, wobec której środek ma być podjęty, a dodatkowo przed jego zastosowaniem należy o tym fakcie uprzedzić pensjonariusza [4, 6]. Być może już samo uprzedzenie o możliwości zastosowania środka przymusu bezpośredniego, wyjaśnienie pensjonariuszowi celu i powodu jego zastosowania może skłonić go do zmiany postępowania [11, 15].

Szczegóły związane ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego określa wspomniane wyżej rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. Zasto-

sowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka (§ 2 rozporządzenia). Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania (§ 3 rozporządzenia). Lekarz zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny (§ 4 rozporządzenia). W domu pomocy społecznej decyzje o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego może podjąć także pielęgniarka. Ponadto lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji. Przy czym łączny czas stosowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji w domu pomocy społecznej nie może przekroczyć 8 godzin (§ 5 rozporządzenia). Dalsze przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w tych formach dopuszczalne jest tylko w warunkach szpitalnych. W domach pomocy społecznej, w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia lekarza, pielęgniarka może przedłużyć stosowanie środka przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na okres nie dłuższy 4 godziny (§ 4 rozporządzenia). Informacje o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego zamieszcza się w rejestrze prowadzonym przez kierownika domu pomocy społecznej. Przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia stosowany jest w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku braku możliwości umieszczenia mieszkańca domu pomocy społecznej w pomieszczeniu jednoosobowym, przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób (§ 7 rozporządzenia). Pielęgniarka nie rzadziej niż raz na 15 minut kontroluje, także w czasie snu, stan fizyczny osoby unieruchomionej. Adnotację o stanie fizycznym niezwłocznie odnotowuje w karcie unieruchomienia (§ 10 rozporządzenia). W czasie tej kontroli pielęgniarka m.in. zapewnia krótkotrwale, nie rzadziej jednak niż co 4 godziny, częściowe albo całkowite uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych (§ 11 rozporządzenia).

Przymus bezpośredni wobec pacjentów w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne

W tym miejscu warto także rozstrzygnąć wątpliwości prawne dotyczące dopuszczalności stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów podmiotów leczniczych innych aniżeli szpitale psychiatryczne. Chodzi tu o pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych, ale również pacjentów oddziałów szpitalnych innych aniżeli oddział psychiatrii, którzy na skutek zaburzeń somatycznych znajdują się w stanie psychicznym uniemożliwiającym skuteczną opiekę oraz leczenie. Zachowanie np. dementynnych pacjentów, w określonych sytuacjach, stanowić może chociażby zagrożenie dla życia czy zdrowia własnego lub innych osób. W innych niż szpitale psychiatryczne oddziałach niejednokrotnie zdarza się, że np. pobudzony pacjent niszczy przedmioty znajdujące się wokół niego. W świetle przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego byłaby to podstawa do stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Różnica jest taka, że osoby te nie przebywają w podmiotach, w których wedle art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego można stosować środki przymusu bezpośredniego [4, 6]. Niemniej jednak w doktrynie prawniczej wskazuje się,

że stany pobudzenia towarzyszące niektórym chorobom somatycznym wymagają zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa zdrowotnego i podejmowania wobec nich czynności gwarantujących bezpieczeństwo [13], z zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego również [6, 12, 16–18].

W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego możliwość stosowania środków przymusu bezpośredniego wiąże się z wykonywaniem czynności przewidzianych w tej ustawie. Jeżeli u pacjenta przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym stany agresji występują w przebiegu zaburzeń somatycznych i chociażby uzasadniają zastosowanie środka przymusu bezpośredniego, to trudno mówić o wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego [18]. Dodatkowo art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest oddzielony, w sensie normatywnym, od problematyki terapii ogólnej i niejako „ukryty” w specjalnej ustawie [17].

W rozwiązaniu powyższego problemu odwołać się należy do art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry [19] oraz art. 26 § 1 i 5 k.k. [20]. Art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nakazuje lekarzowi niesienie pomocy w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki. W art. 26 § 5 kodeksu karnego ustawodawca uregulował szczególną sytuację, gdy spośród ciążących na sprawcy obowiązków tylko jeden może być spełniony – w odniesieniu do lekarza, który musi podjąć decyzję, czy udzielić pomocy medycznej z użyciem wobec pacjenta środka przymusu bezpośredniego poświęcając tym samym fundamentalne prawo, jakim jest wolność człowieka. W razie kolizji obowiązków ustawodawca nakazuje stosowanie „odpowiednio” przepisów dotyczących stanu wyższej konieczności. Zatem lekarz może w nagłej sytuacji celem udzielenia niezbędnej pomocy medycznej, mając do czynienia z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi o podłożu somatycznym, zastosować środek przymusu bezpośredniego [4, 6, 17, 18]. Co do katalogu środków przymusu bezpośredniego oraz warunków, które muszą być spełnione przy ich stosowaniu, w drodze wykładni systemowej, należy się poślikować ustawą o ochronie zdrowia psychicznego. Przy czym stosujemy regulacje wynikające z tej ustawy ze wszystkimi konsekwencjami, w tym również obowiązkami wynikającymi z rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania [4, 6].

Problem dotyczy także pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, których stan zdrowia nie pozwala na pobyt w domu pomocy społecznej. Są to np. pacjenci, którzy obok pomocy psychiatrycznej wymagają także pomocy internistycznej, kardiologicznej, onkologicznej. Stąd też dla takich osób alternatywą pozostaje np. zakład opiekuńczo-leczniczy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, czy też oddział dla osób z zaburzeniami psychicznymi w takim zakładzie. Na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przymus bezpośredni może być stosowany przez

personel medyczny m.in. w szpitalach psychiatrycznych. Jednocześnie zgodnie z art. 3 pkt. 2 te same ustawy określone „szpital psychiatryczny” odnosi się również do oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, kliniki psychiatrycznej, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową (art. 3 pkt. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego sprawującym całodobową opiekę psychiatryczną będzie zakład opiekuńczo-leczniczy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a także oddział dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Zatem w tym przypadku podstawą stosowania środków przymusu bezpośredniego będą przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Podsumowanie

Decyzja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego jest swoistego rodzaju ostatecznością. Powinna być, jeżeli jest to możliwe, poprzedzona stosowną rozmową, która być może pozwoli na uniknięcie jego zastosowania. Środki przymusu bezpośredniego nie mogą być stosowane profilaktycznie, ani też być swoistego rodzaju karą dla pacjentów czy mieszkańców domów pomocy społecznej. Przy stosowaniu środka przymusu bezpośredniego należy zachować „szczególną ostrożność” i dbałość o dobro osoby, wobec której ten środek ma być stosowany. Jeżeli w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego dojdzie do powstania szkody, może to skutkować odpowiedzialnością za szkodę, a także odpowiedzialnością karną [21].

Jednocześnie należy podkreślić, iż kwestia stosowania przymusu bezpośredniego w podmiotach leczniczych ma zbyt dużą rangę, aby można było pozostawić ją tylko dającej się podważyć wykładni. *De lege ferenda* w tej mierze postulować należy wprowadzenie, np. w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, stosownych zmian legislacyjnych [4, 6, 17].

Część z tych problemów być może zostanie rozwiązana w planowanej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która ma doprecyzować m.in. przepisy dotyczące możliwości stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób wykazujących zaburzenia psychiczne w placówkach innych niż szpitale psychiatryczne, a także przepisy dotyczące wyznaczania lekarzy uprawnionych do oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego. Nowe przepisy miałyby również regulować kwestie dotyczące monitorowania pomieszczenia, w którym realizowany jest przymus bezpośredni w formie izolacji. Chodzi o wskazanie osób uprawnionych do dostępu do urządzeń i zapisów z monitoringu pomieszczeń, a także zapewnienia właściwego przechowywania i zabezpieczenia zapisu z monitoringu [22].

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Błędowski P. *Zaspokajanie potrzeb opiekuńczych ludzi starych*. W: *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich; 2012: 55–62.
2. Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2013, poz. 182 z późn. zm.).
3. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013, poz. 217 z późn. zm.).
4. Augustynowicz A, Czerw A. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne – zagadnienia wybrane. *Prawo Med* 2013; 1–2: 35–51.
5. Zgrzyzek K. *Przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. W: Tyszkiewicz L, red. *Problemy nauk penalnych*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 1996: 391–395.

6. Augustynowicz A, Wrześniewska-Wal I. Stosowanie przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnozowania i terapii małoletnich pacjentów. *Pediatr Pol* 2013; 88(2): 206–212.
7. Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r., nr 231, poz. 1375).
8. Dąbrowski S, Kubicki L. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1994: 6–31.
9. Dukiet-Nagórska T. Stosowanie ustawy o zawodzie lekarza przez psychiatrów i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przez lekarzy innych specjalności. *Prawo Med* 2004; 4: 16–21.
10. Dąbrowski S, Pietrzykowski J. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
11. Balicki M. Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka. *Prawo Med* 1999; 1: 40–60.
12. Duda J. *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Warszawa: LexisNexis; 2009.
13. Kupś I, Pełka-Wysiecka J, Samochowiec J. Przymus bezpośredni – realizacja założeń Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec pacjenta zachowującego się agresywnie w wybranych placówkach służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim. *Psychiatria* 2007; 4(3): 87–96.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego stosowania (Dz.U. z 2012, poz. 740).
15. Augustynowicz A, Wrześniewska-Wal I. Ograniczenie autonomii pacjenta w diagnozowaniu i leczeniu gruźlicy. *Pneumon Alergol Pol* 2013; 81(2): 130–136.
16. Karkowska D. *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2012.
17. Świdarska M. *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*. Toruń: TNOiK Dom Organizatora; 2007.
18. Dukiet-Nagórska T. *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2008.
19. Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2008 r. nr 136, poz. 857 z późn. zm.).
20. Ustawa z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r. nr 88, poz. 553 z późn. zm.).
21. Boratyńska M, Konieczniak P. *Prawa pacjenta*. Warszawa: Difin; 2001.
22. Projekt założenia do projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, 18 czerwca 2014 r. [cyt. 25.02.2015]. Dostępny na URL: <https://legislacja.rcl.gov.pl/lista/1/projekt/234323>.

Adres do korespondencji:

Dr n. ekon. Aleksandra Czerw
Zakład Zdrowia Publicznego
Wydział Nauki o Zdrowiu WUM
ul. Banacha 1a
02-091 Warszawa
Tel.: 501 176-370
E-mail: ola_czerw@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.05.2015 r.

Po recenzji: 04.08.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 05.08.2015 r.