

Przymus bezpośredni – wyzwania dla praktyki pielęgniarskiej

Direct coercion – challenges for nursing practice

Edyta Karcz¹, Agnieszka Zimmermann²

¹Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno – Psychiatrycznego Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Prawa Medycznego i Farmaceutycznego Gdański Uniwersytet Medyczny

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Edyta Karcz

Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego

Gdański Uniwersytet Medyczny

ul. Dębinki 7, budynek nr 15, 80-227 Gdańsk

tel. 58 349 19 80

e-mail: edytakarcz@gumed.edu.pl

STRESZCZENIE

PRZYMUS BEZPOŚREDNI – WYZWANIA DLA PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ

Wprowadzenie. Przymus bezpośredni jest częścią interwencji medycznej, w której autonomia pacjenta jako podstawowe prawo człowieka zostaje ograniczona. W praktyce klinicznej zdarzają się sytuacje, w których zastosowanie przymusu jest wręcz niezbędne w celu ochrony samego pacjenta jak i jego otoczenia przed skutkami rozwijającej się agresji. Bardzo ważnym elementem działania w takich przypadkach jest zapewnienie bezpieczeństwa zarówno pacjentowi, poprzez profesjonalną opiekę, jak i personelowi realizującemu środek przymusu.

Cel pracy. Celem pracy jest dokonanie analizy prawnej zakresu i możliwości stosowania środków przymusu bezpośredniego w praktyce pielęgniarskiej.

Metody. Wykorzystano egzegezę tekstu prawnego, która umożliwiła przedstawienie prawnych uwarunkowań oraz zasad postępowania w sytuacjach stosowania przymusu bezpośredniego w placówkach psychiatrycznych oraz jednostkach niepsychiatrycznych.

Wnioski. Niezależnie od rodzaju placówki decyzja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego powinna być starannie przemyślana z punktu widzenia zarówno dobra jak i bezpieczeństwa pacjenta. Jest to działanie o charakterze wyjątkowym. Powinno odbywać się zgodnie z wytycznymi prawa w tym zakresie, co w istotny sposób warunkuje bezpieczeństwo pracowników.

Słowa kluczowe:

przymus, pacjent, prawo, praktyka pielęgniarska, zgoda

ABSTRACT

DIRECT COERCION – CHALLENGES FOR NURSING PRACTICE

Introduction. Direct coercion is a part of medical intervention in which the patient's autonomy as a basic human right is limited. In clinical practice, there are situations in which the use of coercion is indeed necessary to protect the patient and his/her environment against the effects of growing aggression. A very important element of action in such cases is to ensure the safety of both the patient through professional care, and of the personnel executing the coercive measure.

Aim. The aim of this thesis is to analyze the legal scope and applicability of coercive measures in nursing practice.

Method. The exegesis of a legal text was used, which allows to present the legal conditions and rules of conduct in case of using direct coercion in psychiatric institutions and non-psychiatric units.

Conclusions. Regardless of the type of institution, the decision to use direct coercion should be carefully considered in terms of both the patient's good and safety. This is a unique operation. It should be done in accordance with legal guidelines in this regard, what significantly determines the employees' safety.

Key words:

coercion, patient, legislation, nursing practice, informed consent

WSTĘP

Zastosowanie przymusu bezpośredniego jest jedną z trudniejszych sytuacji w relacji personelu medycznego z pacjentem. Dochodzi bowiem do pogwałcenia prawa człowieka do wolności, nietykalności cielesnej i ograniczenia prawa do samodecydowania o własnym losie. Następuje zatem kolizja z normami Konstytucji RP [1]. Już w samej nazwie – przymus bezpośredni – napotyka się na informację o tym, że zakładamy brak woli adresata i działanie „siłowe”. Nie może więc dziwić fakt, że stosowanie przymusu bezpośredniego wzbudza wiele emocji zarówno u pacjenta i jego rodziny jak i w zespole terapeutycznym. Pacjent pozbawiony możliwości samostanowienia doświadcza uczucia uprzedmiotowienia, a działania podejmowane przez personel odbiera często jako poczucie realnego zagrożenia. Otoczenie pacjenta, szczególnie członkowie rodziny, często nie rozumieją sytuacji ani postępowania personelu, reagują zdenerwowaniem i żądaniem natychmiastowego „uwolnienia” pacjenta.

Początki oddziaływania środkami przymusu w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi sięgają przełomu naszej ery. Wraz z osiągnięciami medycyny, na przestrzeni lat obserwujemy jak zmienia się podejście do chorych psychicznie, a tym samym do stosowania przymusu bezpośredniego. Uznając fakt, iż przymus bezpośredni w pewnych okolicznościach jest koniecznością, należy wyraźnie podkreślić, że jest to działanie absolutnie ostateczne.

Przymus bezpośredni jest działaniem stosowanym względem pacjentów znajdujących się w stanie pobudzenia czy agresji, z którymi to stanami praktyka pielęgniarska może mieć do czynienia w każdej placówce opieki zdrowotnej.

CEL PRACY

Celem pracy jest analiza sytuacji prawnej stosowania przymusu bezpośredniego w placówkach ochrony zdrowia ze szczególnym wskazaniem elementów warunkujących bezpieczeństwo prawne personelu pielęgniarskiego podejmującego działania podczas tej procedury. Wyzwanie podjęto ze względu na brak opracowań dotyczących aspektów praktyki pielęgniarskiej w sytuacji potrzeby zastosowania środków przymusu.

Przymus bezpośredni w placówkach psychiatrycznych

W psychiatrii nagłe zachowania agresywne określa się jako zaburzenia kontroli impulsów czy zaburzenia dysforyczne. W klasyfikacji międzynarodowej International Classification of Disorders, tenth revision (ICD – 10) [2] nie wyróżnia się stanów dysforycznych ani zaburzeń kontroli impulsów, ponieważ mogą one występować w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych oraz schorzeń somatycznych. Stany dysforyczne są formą uzewnętrznienia przeżywanego nieadekwatnie do sytuacji negatywnych emocji, takich jak gniew, złość czy wściekłość a formą ich ekspresji jest agresja słowna i/lub fizyczna. Stanom dysforycznym towarzyszy najczęściej ograniczenie krytycyzmu i zdolności do samokontroli [3].

Pielęgniarka sprawując opiekę nad pacjentem chorym psychicznie w trakcie hospitalizacji często jest świadkiem gwałtownych zmian w zachowaniu pacjenta, które mogą doprowadzić do wybuchu agresji, a przez to stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa samego pacjenta, innych chorych oraz personelu. W czasie, gdy dochodzi do eskalacji agresji i sytuacja robi się coraz bardziej niebezpieczna, konieczne jest podjęcie działań zapobiegawczych w postaci zastosowania przymusu bezpośredniego. Przymus bezpośredni jest interwencją terapeutyczną podejmowaną na rzecz chorego w celu leczniczym, głównie w zakresie pomocy w odzyskaniu przez niego zdolności do samokontroli [4].

Postępowanie dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego regulują przepisy zawarte w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (u.o.z.p) [5] oraz 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 (rozp.) [6].

Ustawodawca w art. 3 pkt 6 u.o.z.p wyraźnie określił formy stosowania przymusu bezpośredniego:

- przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej
- przymusowe zastosowanie leków - doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody
- unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasków, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych
- izolacja - umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Szczegółowe zasady określające postępowanie w sytuacji konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego zawiera przepis art. 18 u.o.z.p. Zgodnie z jego treścią przymus bezpośredni można zastosować tylko wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu określonych czynności, wtedy gdy pacjent dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu. Ponadto, gdy w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu, lub poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej [5]. Zamach przeciwko życiu lub zdrowiu określa gwałtowne działanie, którego następstwa zagrażają zdrowiu bądź życiu danej osoby lub osób postronnych. Zaliczamy tu zachowania samobójcze, autoagresywne czy agresję kierowaną na inne osoby. Do działań stanowiących zamach przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu zaliczamy wszelkie zachowania osoby stwarzającej zagrożenie dla bezpieczeństwa powszechnego. Należy zaznaczyć, że w sytuacji poważnego zakłócania lub uniemożliwiania funkcjonowania podmiotu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej można zastosować tylko przytrzymanie i przymusowe zastosowanie leków. Nie jest to sytuacja, która pozwala zastosować unieruchomienie czy izolację.

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie (art. 18 ust. 2 u.o.z.p.). Należy przy tym zaznaczyć, że ustawodawca daje taką możliwość lekarzowi każdej specjalności, nie monopolizując tych uprawnień tylko dla lekarza psychiatry.

W nagłych sytuacjach, gdy nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, działać może pielęgniarka, która nadzoruje osobiście wykonanie procedury zastosowania przymusu bezpośredniego, a następnie niezwłocznie informuje o tym lekarza (art. 18 ust. 2 u.o.z.p.). Pielęgniarka jest uprawniona do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji (§ 4 ust. 2 rozp.). Takie uprawnienie dotyczy jednak tylko oddziałów psychiatrycznych i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej. W pozostałych podmiotach pielęgniarka nie może samodzielnie podejmować decyzji dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego. W szpitalu psychiatrycznym lekarz, który został poinformowany o zastosowaniu przez pielęgniarkę przymusu bezpośredniego, niezwłocznie dokonuje oceny działania pod kątem zasadności zastosowanego środka. Może zatwierdzić postępowanie, tym samym zatwierdzając decyzję zastosowania przymusu lub stwierdzić, że postępowanie pielęgniarki nie było zasadne i tym samym nakazać zaprzestania dalszego stosowania przymusu. W takiej sytuacji należy natychmiast zakończyć stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, pielęgniarka po podjęciu decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego informuje o tym fakcie kierownika jednostki.

Jak wskazano w art. 18 ust. 2 u.o.z.p. warunkiem sine qua non zastosowania przymusu bezpośredniego jest wymóg odnotowania w dokumentacji medycznej.

Ustawodawca dopuszcza możliwość stosowania przymusu bezpośredniego przez zespół ratownictwa medycznego w przypadkach, gdy nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza. Dotyczy to sytuacji, gdy zachodzi potrzeba przewiezienia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego lub do domu pomocy społecznej. W dalszej kolejności może dotyczyć to osoby, która z powodu zaburzeń psychicznych może stanowić zagrożenie dla siebie samej lub innych osób, lub też nie jest zdolna do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych i gdy zachodzi konieczność przeprowadzenia badania stanu psychicznego. Decyzja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego spoczywa na osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie dyspozytora medycznego (art. 18 ust. 5 u.o.z.p.).

Przymus bezpośredni w innych placówkach

W wyjątkowych przypadkach możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego opisana jest także w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [7]. Zgodnie z art. 36 tej ustawy w stosunku do osoby, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiolo-

gicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji, można zastosować przymus bezpośredni. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że zastosowanie przymusu zgodnie z kryteriami wskazanymi powyżej, jest możliwe w stosunku do chorych lub podejrzanych o zachorowanie na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, według definicji określonej w art. 2 pkt 4 omawianej ustawy. Sam obowiązek izolacji czy kwarantanny związany z obecnością choroby zakaźnej, nie jest wystarczającym powodem do zastosowania środków przymusu bezpośredniego.

Aktualnie obowiązujące przepisy nie regulują jednoznacznie kwestii stosowania przymusu bezpośredniego w placówkach pozapsychiatrycznych. W art. 3 u.o.z.p. ustawodawca wyjaśnia podstawowe pojęcia używane w ustawie. Między innymi definiuje pojęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi. Jest to osoba: chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne), upośledzona umysłowo, wykazująca 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. Osoba chora psychicznie w świetle takiego zapisu, to osoba wykazująca zaburzenia psychotyczne.

Pojęcie choroby psychicznej jest zagadnieniem nadal nie w pełni sprecyzowanym w terminologii psychiatrycznej. Obecnie odchodzi się od pojęcia „choroba psychiczna” na rzecz zaburzenia psychicznego, które staje się najistotniejsze z punktu widzenia perspektywy i diagnostyki psychiatrycznej. Zaburzenie psychiczne to pojawiający się u jednostki syndrom (zespół) lub wzorzec zachowania albo wzorzec psychiczny mający znaczenie kliniczne, związany z odczuwanym cierpieniem (bolesnym symptomem) bądź upośledzeniem (zakłóceniem w co najmniej jednym ważnym obszarze funkcjonowania) lub istotnie zwiększonym ryzykiem śmierci, bólu, inwalidztwa albo też poważnym ograniczeniem swobody działania. Zespół ten musi być przejawem behawioralnej, psychologicznej lub biologicznej dysfunkcji występującej u danej osoby [8]. Przy takim definiowaniu pacjentów z majaczeniem w przebiegu hipertermii, pacjentów pobudzonych psychoruchowo stanach splątania po urazach ośrodkowego układu nerwowego, pacjentów nieprzytomnych, pacjentów pod wpływem substancji halucynogennych, stymulujących, alkoholu lub innych substancji toksycznych także zalicza się do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi [9]. To tylko kilka przykładów jednostek chorobowych z którymi spotkamy pacjentów także w innych oddziałach niż psychiatryczne.

W świetle regulacji u.o.z.p. można powyższe przypadki uznać za przesłanki do stosowania przymusu bezpośredniego, gdyby nie jeden fakt, na który należy koniecznie zwrócić uwagę. W art. 18 ust. 1 u.o.z.p. ustawodawca wiąże możliwość stosowania przymusu bezpośredniego z wykonywaniem czynności przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Tak więc pobudzenie pacjenta przebywającego w oddziale np. internistycznym, gdy zachodzi konieczność zastosowania np. unieruchomienia na czas przetaczania płynów, nie jest wykonywaniem czynności przewidzianych w u.o.z.p. Oznacza to,

że w praktyce nie ma podstaw do legalnego zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Z drugiej strony ustawodawca wskazuje jednak na możliwość stosowania przymusu bezpośredniego w placówkach niepsychiatrycznych. W § 14 rozp. nałożono obowiązek odnotowywania odpowiednio w historii choroby lub historii zdrowia i choroby informacji w przypadku gdy zastosowanie przymusu bezpośredniego ma miejsce w podmiocie leczniczym innym niż szpital psychiatryczny czy dom pomocy społecznej. Jest to pewna niekonsekwencja prawna [10]. Można więc założyć, że wolą legislatora było dopuszczenie stosowania przymusu bezpośredniego także w placówkach poza psychiatrycznych.

Stany pobudzenia występujące w wielu chorobach somatycznych mogą stanowić realne zagrożenie dla bezpieczeństwa zarówno samego pacjenta jak i osób znajdujących się w jego otoczeniu na oddziałach innych niż psychiatryczne. Zdaniem wielu autorów podejmując decyzję w tak trudnej sytuacji, można skorzystać z ustawy z dnia 5 grudnia 1995 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, gdzie w art. 30 ustawodawca nakłada na lekarza obowiązek udzielenia pomocy w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki [11]. Dodatkowo przepis art. 26 § 1 Kodeksu karnego (k.k.) [12] wskazuje, że nie popełnia przestępstwa ten, kto działa w celu uchylecia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego. Wskazuje w ten sposób na okoliczność wyłączającą bezprawność i odpowiednio – winę. W art. 26 § 1 i 5 k.k. ustawodawca uregulował szczególną sytuację, gdy spośród ciążących na sprawcy obowiązków tylko jeden może być spełniony w odniesieniu do lekarza, który musi zdecydować o udzieleniu pacjentowi pomocy medycznej z użyciem środka przymusu bezpośredniego poświęcając tym samym fundamentalne prawo do wolności człowieka. W sytuacji wystąpienia kolizji obowiązków, ustawodawca nakazuje stosowanie „odpowiednio” przepisów dotyczących stanu wyższej konieczności [13].

Należy wyraźnie wskazać, że decyzja dotycząca zastosowania przymusu bezpośredniego poza szpitalem psychiatrycznym oraz poza placówką pomocy społecznej leży wyłącznie po stronie lekarza. Natomiast regulacje prawne wyraźnie nakazują prowadzenie postępowania uwzględniając wszystkie tego konsekwencje [10]. Zatem cała procedura postępowania w stosunku do pacjenta, u którego zastosowano przymus musi przebiegać według zasad obowiązujących w placówce psychiatrycznej.

Warunki zastosowania przymusu bezpośredniego

Mówiąc o stosowaniu przymusu bezpośredniego musimy pamiętać o tym, że jest to działanie, w którym istotną determinantą jest czas. Gwałtowne zmiany w zachowaniu chorego wymuszają konieczność szybkiego podejmowania decyzji i działania. Bardzo ważne jest, aby uprzedzić chorego o tym, że w sytuacji, gdy nie zmieni swojego zachowania, będzie konieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego. Wymóg ten zawarty jest w art. 18

ust. 8 u.o.z.p.. Można zadać pytanie dlaczego uprzedzenie pacjenta jest tak ważne? Czy w ogóle jest potrzebne? Aby udzielić odpowiedzi, należy spojrzeć na to, jak na swego rodzaju działanie ostrzegawcze. Jeżeli pacjent po uprzedzeniu jest w stanie wpłynąć na swoje zachowanie i zmienić je, to należy uznać, że przesłanki do zastosowania przymusu ustały i konieczność jego stosowania nie zachodzi. W sytuacji, gdy pacjent nie jest w stanie zmienić swojego zachowania, ani obniżyć jego gwałtowności, przystępując do realizacji przymusu pacjent jest niejako uprzedzony o tym, co za chwilę nastąpi. Zmniejsza to w pewnym stopniu jego niepokój. Należy być świadomym, że w praktyce uprzedzenie pacjenta o konieczności zastosowania przymusu może okazać się dość trudne. Należy mieć pewność, że informacja skierowana do pacjenta o tym, co może nastąpić za chwilę, rzeczywiście do niego dotrze. Zostanie przez niego zrozumiana. Niekiedy wypowiedzenie zbyt wielu słów albo zbyt szybkie tempo wypowiedzi prowadzą do wzmocnienia u pacjenta postaw konfrontacyjnych – a to w wyniku niepewności, niepokoju, lęku, poczucia zagrożenia [14]. Osoba podejmująca decyzję musi dokonać szybkiego wyboru właściwego środka przymusu kierując się przede wszystkim dobrem chorego. Zastosowany środek powinien być jak najmniej uciążliwy. Podczas stosowania przymusu bezpośredniego należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro pacjenta.

Ważnym elementem prawidłowego postępowania jest odnotowanie w dokumentacji medycznej każdego przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z wymogami ustawodawcy w tym zakresie (§13 ust. 1 rozp.). Kolejnym elementem jest ocena zasadności zastosowania przymusu, którą przeprowadza w terminie 3 dni kierownik podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub upoważniony przez niego lekarz – gdy decyzję o przymusie podjął lekarz podmiotu leczniczego. W sytuacji, gdy decyzję o zastosowaniu przymusu podjął inny lekarz, pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – zasadność zastosowania ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii (art.18 ust. 10 u.o.z.p.). Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego spośród 4 wyżej wymienionych środków (§ 2 rozp.). Niekiedy zachodzi konieczność przymusowego zastosowania leku u pacjenta który został unieruchomiony. Częściej jednak mamy do czynienia z jednoczesnym zastosowaniem przytrzymania i przymusowego zastosowania leku. Samo przytrzymanie jest trudną formą przymusu bezpośredniego dla jego wykonawców czyli pracowników podejmujących interwencję w stosunku do pacjenta. Pojęcia „doraźne” oraz „krótkotrwałe” nie są dookreślone. Podczas przytrzymania osoby, która nie wyraża zgody na realizację podjętych względem niej czynności doraźne postępowanie jest procesem bardzo trudnym, wymagającym od wykonawców ciągłej aktywności i bezpośredniego kontaktu fizycznego. Warto także zwrócić uwagę na środki techniczne (sprzęt), które mogą być zastosowane podczas unieruchomienia pacjenta. Przepis art. 3 pkt 6 u.o.z.p. pozwala podczas

unieruchomienia na zastosowanie pasków, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych. Użyte sformułowanie „inne urządzenia techniczne” w praktyce może okazać się niebezpieczne. Pozwala bowiem na stosowanie różnego rodzaju urządzeń, które zdaniem osoby realizującej przymus bezpośredni w formie unieruchomienia można zakwalifikować do tego pojęcia. Na każdym etapie postępowania z pacjentem bardzo ważne jest zapewnienie bezpieczeństwa i przestrzeganie praw pacjenta. Aby zachować właściwy stosunek emocjonalny do chorego, którego wolność się ogranicza, konieczne jest traktowanie tych interwencji jako zabiegów służących leczeniu [15]. Osoby wykonujące przymus bezpośredni powinny działać w sposób zdecydowany i spokojny, bez wahania, przy jednoczesnej gotowości do odstąpienia od środków przymusu bezpośredniego w każdej chwili, jeśli pacjent dobrowolnie podda się interwencjom lekarskim i ustaną przesłanki jego zastosowania [8]. Osobie z zaburzeniami psychicznymi, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji, należy odebrać przedmioty, potencjalnie niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby lub innych osób w otoczeniu (§ 9 rozp.). Regulacje rozporządzenia wyszczególniają przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pasek, sznurowadła, szelki oraz źródło ognia. Nie sposób wymienić wszystkich szczególnie niebezpiecznych przedmiotów, gdyż w danej chwili może to być np. kawałek szkieleka, które kolega przyniesie pacjentowi ze spaceru lub cukierek o ciągnącej konsystencji. Pacjent w stosunku do którego zastosowano unieruchomienie, to osoba całkowicie bezbronna, zależna od opiekunów, bierna w stosunku do zachowań innych pacjentów względem jego osoby. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjenta oraz realizację planu opieki, pielęgniarka kontroluje stan fizyczny pacjenta nie rzadziej niż co 15 minut, również podczas snu pacjenta (§ 10 ust. 1 rozp.). Przepisy wyraźnie wskazują elementy, które podlegają kontroli. Pielęgniarka ocenia prawidłowość unieruchomienia chorego, co w praktyce oznacza zwrócenie szczególnej uwagi na prawidłowość unieruchomienia poszczególnych części ciała (§ 11 ust. 1 pkt 1). Zbyt ciasne unieruchomienie może utrudniać pacjentowi oddychanie, ułożenie ciała, a w przypadku kończyn przyczynić się do pojawienia otarć, obrzęków czy wybroczyn. Zbyt luźne unieruchomienie skutkować może najczęściej samowolnym odbezpieczeniem pacjenta. Można zastanawiać się, czy zasadne jest utrzymanie kontroli stanu pacjenta nie rzadziej niż co 15 minut, także podczas snu pacjenta. Każdorazowe podejście do pacjenta, sprawdzanie unieruchomienia może stanowić element wybudzania chorego i powodować u niego dyskomfort. Należy jednak podkreślić, że pacjent unieruchomiony jest całkowicie bezbronna. Dlatego zapewnienie jego bezpieczeństwa, a tym samym kontrola, nie może zależeć od stanu i zachowania pacjenta, ale musi być prowadzona zgodnie z określonymi wytycznymi. Nie rzadziej niż co 4 godziny należy zapewnić pacjentowi krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji, lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych. W ostatniej nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

28 czerwca 2012 r. w sprawie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania wychodząc naprzeciw oczekiwaniom osób stosujących przymus bezpośredni dopuszczono obok krótkotrwałego całkowitego również częściowe uwolnienie pacjenta od unieruchomienia. W praktyce jest to częściej stosowana forma uwolnienia pacjenta.

Jednym z kluczowych zagadnień jest czas trwania przymusu bezpośredniego. Przepis omawianego rozporządzenia reguluje sprawę w następujący sposób: przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyny jego zastosowania (§ 3 rozp.), czyli dokładnie tyle, ile wymaga tego stan pacjenta, do momentu uzyskania oczekiwanej poprawy. Ustawodawca nie określa maksymalnego czasu stosowania przymusu bezpośredniego. Jedynym warunkiem jest ustanie przesłanek, które spowodowały jego zastosowanie. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej łączny czas stosowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie może przekroczyć 8 godzin. Tak więc pielęgniarka może przedłużyć stosowanie przymusu tylko jeden raz na okres 4 godzin (§ 4 ust. 7 rozp.). Dalsze przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w tych formach jest dopuszczalne jedynie w warunkach szpitalnych (§ 5 ust. 1 rozp.). Wynika z tego, że w sytuacji, gdy czas stosowania przymusu zbliża się do końca czasookresu ośmiu godzin, a stan pacjenta nie pozwala na zakończenie stosowania unieruchomienia lub izolacji, pielęgniarka powinna podjąć czynności mające na celu przewiezienie podopiecznego do szpitala.

Zgodnie z § 7 rozp. przymus bezpośredni w formie unieruchomienia powinien być stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym. W sytuacji, gdy nie ma takiej możliwości należy zapewnić oddzielenie pacjenta od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, w sposób zapewniający poszanowanie jego godności i intymności, w szczególności podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych. W praktyce w oddziałach mają zastosowanie parawany, które używane są do osłony łóżka, a tym samym pacjenta podczas wykonywania powyższych czynności. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na kwestię stosowania pampersów u pacjentów w unieruchomieniu. Nie powinno mieć miejsca działanie „na wyrost” i stosowanie pampersów u pacjentów w unieruchomieniu jako działania zapobiegawczego przed np. zmoczeniem łóżka. Jest to działanie uwłaczające godności pacjenta. W jaki sposób zatem należy postępować, aby nie narazić się na zarzut łamania praw pacjenta w tym zakresie? Pierwszym krokiem, który należy rozważyć jest możliwość chwilowego całkowitego uwolnienia pacjenta z unieruchomienia celem skorzystania z toalety. Właśnie po to między innymi ustawodawca wprowadził taką możliwość. Może się jednak okazać, że całkowite chwilowe uwolnienie nie jest możliwe z uwagi na stan psychiczny pacjenta. Pielęgniarka jako osoba podejmująca decyzję w tym zakresie może mieć wątpliwości co do stanu pacjenta. Jeżeli stwierdzi, że stan pacjenta nie pozwala na całkowite uwolnienie chorego, to korzysta z częściowego uwolnienia. Kolejnym

krokiem w tej sytuacji będzie zaproponowanie pacjentowi skorzystania z basenu lub kaczki. Dopiero jeżeli pacjent kategorycznie odmówi skorzystania z tej formy należy rozważyć zastosować pampersa. Ważne jest zachowanie tej kolejności i udokumentowanie swojego postępowania w tym zakresie.

Przymus bezpośredni w formie izolacji stosowany jest w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz w sposób odpowiadający pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji musi być wyposażone w instalację monitoringu, który umożliwia zarówno stały nadzór nad pacjentem pozostającym w izolacji, ale także kontrolę prawidłowości postępowania personelu w stosunku do pacjenta izolowanego (§ 8 ust. 2 rozp.).

Należy pamiętać, że procedura postępowania w sytuacji zastosowania przymusu bezpośredniego obejmuje lekarzy, pielęgniarki, ratowników, opiekunów medycznych, sanitariuszy czy salowych, adekwatnie do zakresu i kompetencji postępowania. Przymus bezpośredni może być wykonywany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby. Myślę, że należy w tym miejscu zadać pytanie co należy rozumieć przez "odpowiednie poinstruowanie"? Wcześniejsze brzmienie rozporządzenia, które obowiązywało do dnia 27 czerwca 2012 r. nakładało na podmiot leczniczy obowiązek przeszkolenia osób stosujących przymus bezpośredni. Aktualnie wystarczy poinstruowanie. Brak jednoznacznych wytycznych w tym zakresie powoduje, że podmioty lecznicze mogą bardzo różnie podchodzić do tego zagadnienia. Czy wystarczy tylko poinformowanie teoretyczne, czy wskazane byłoby także praktyczne szkolenie, które powinno uwzględnić między innymi techniki obezwładniania pacjenta, ale także symulację zachowań warunkujących bezpieczeństwo pracowników. A przecież bezpieczeństwo pracownika podejmującego działania z zakresu stosowania przymusu jest równie ważne jak bezpieczeństwo pacjenta.

PODSUMOWANIE

Przymus bezpośredni jest interwencją stosowaną zarówno w psychiatrii jak i placówkach poza psychiatrycznych. Zawsze należy mieć na uwadze fakt, że przymus bezpośredni stanowi ograniczenie prawa człowieka do wolności, a tym samym narusza jego godność. Niezależnie od rodzaju placówki decyzja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego powinna być starannie przemyślana z punktu widzenia zarówno dobra jak i bezpieczeństwa pacjenta. Jest to działanie o charakterze wyjątkowym. Powinno odbywać się zgodnie z wytycznymi prawa w tym zakresie, co w istotny sposób warunkuje bezpieczeństwo pracowników.

Ważnym elementem omawianego zagadnienia jest etyczne uwarunkowanie postępowania. Warto zadać sobie pytanie, komu przymus ma służyć – pacjentowi, czy otoczeniu. Na ile zastosowanie przymusu będzie działaniem korzystnym dla chorego, czy można go zastąpić innymi

metodami oddziaływania zmniejszając tym samym agresywne zachowania pacjenta [16].

Zagadnienia zmniejszenia praktyk stosowania przymusu bezpośredniego i poprawy jakości ich stosowania są przedmiotem dyskusji społecznej zwłaszcza w krajach skandynawskich, w Holandii i USA zwłaszcza w aspekcie odejścia od izolacyjnej opieki psychiatrycznej. W Australii, Nowej Zelandii i Niemczech wprowadzane są specjalne procedury służące zmniejszeniu zakresu stosowania przymusu bezpośredniego w praktyce [17].

PIŚMIENNICTWO

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
2. Puzyński J, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków: Vesalius; 2000, wyd. 2.
3. Heitzman J. Postępowanie w stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów. *Psychiatria Polska*. 2007; 6: 926 – 931.
4. Kokoszka A. Postępowanie w stanach nagłych. W: Bilikiewicz A, Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J. (red.). *Psychiatria*. Wrocław: Elsevier Urban i Partner; Tom 3. 2003, s.321 – 323.
5. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 546).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740).
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 947 z późn. zm.).
8. Galecki P, Bobińska K, Eichstaedt K. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. Warszawa; Wolters Kluwer, wyd. 2. 2016.
9. Karkowska D. Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. <http://www.prawoizdrowie.pl/>, data wejścia: 28.01.2017 r.
10. Augustynowicz A, Wrześniewska-Wal I. Stosowanie przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnozowania i terapii małoletnich pacjentów. *Pediatrics Polska*. 2013; 88: 206 – 212.
11. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity z 2015 Dz. U. z 2015 poz. 464 z późn. zm.).
12. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 1137).
13. Augustynowicz A, Wrześniewska-Wal I, Czerw A. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego w podmiotach sprawujących opiekę nad osobami w wieku podeszłym. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2016; 1: 69 – 73.
14. Wilczek-Rużyczka E. Komunikowanie się z chorym psychicznie. Lublin; Wydawnictwo Czelej. 2007.
15. Golec S, Kokoszka A. Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna. 1995, s. 126 – 129.
16. Danzer G, Rieger SM. Improving medication adherence for severely mentally ill adults by decreasing coercion and increasing cooperation. *Bulletin of Menninger Clinic*. 2016 Winter. 2016; 80 (1):30 – 48.
17. Norvoll R, Hem MH, Pedersen R. The Role of Ethics in Reducing and Improving the Quality of Coercion in Mental Health Care. *HEC Forum*. 1 March 2017. 29 (1): 59-74.

Praca przyjęta do druku: 07.03.2017

Praca zaakceptowana do druku: 17.05.2017