



19.05.2022r.



Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa

Zwracam się z uprzejmą prośbą o podjęcie niezwłocznych starań mających na celu poprawę sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi, w stosunku do których stosowany jest **środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia**. W mojej ocenie, obowiązujące przepisy, dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, i idąca za nimi praktyka, nie tylko nie zapewniają pacjentom szpitali psychiatrycznych komfortu pobytu w tych placówkach, sprzyjającego poprawie stanu ich zdrowia, ale wręcz **narażają ich na cierpienie**.

Zgodnie z treścią art. 3 pkt.6c Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity Dz.U. z 2020 roku poz. 685) przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia polega na obezwładnieniu osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.

Zgodnie z treścią § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. poz. 2459), ocenę stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej przeprowadza się w ramach kontroli, o której mowa w art. 18a ust. 3 ustawy. Ocena ta obejmuje informacje dotyczące zachowania, w tym przyjęcia posiłku oraz płynu, snu, a także parametrów wskazanych do oceny na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Art. 8a ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje, że stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby.

Jak wynika z cytowanych przepisów, ani ustawa, ani rozporządzenie, nie precyzują dostatecznie sposobu unieruchamiania pacjentów leżących. W efekcie, osoby z zaburzeniami psychicznymi, w odniesieniu do których podjęto decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia z powodu ich agresji lub autoagresji, są niejednokrotnie na wiele godzin przywiązywani do ram łózek w pozycji leżącej na plecach. **Po kilku godzinach przebywania w tej jednej pozycji pacjenci niewątpliwie odczuwają dolegliwy ból kręgosłupa.** Chorzy unieruchomieni w taki sposób często krzyczą, a krzyk ten być może jest wynikiem nie tylko ich pobudzenia, ale i odczuwanego bólu. Krzykiem męczą też innych chorych, oraz personel szpitala.

Osoby chore, objęte ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, w zakresie kontroli ich stanu fizycznego w trakcie trwania unieruchomienia, zdają się aktualnie posiadać mniej praw niż osoby podlegające Ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. 2014 poz. 24 ze zm., tekst jednolity Dz.U. 2021 poz. 1638), albowiem w art. 42 ust. 2 pkt. 2 tej ostatniej ustawy przyjęto, że pielęgniarka nie rzadziej niż co 4 godziny zapewnia krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby od pasów lub kaftana bezpieczeństwa w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

Podobne rozwiązanie przewidziane było w § 11 ust. 1 pkt.2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, zgodnie z którym w czasie kontroli pielęgniarka zapewniała krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych nie rzadziej niż co 4 godziny. Przepis taki (§14 ust. 1 pkt.2) znajdował się także w jeszcze wcześniejszym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej tj. z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz.U. nr 103 poz. 514).

Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, pacjenci szpitali psychiatrycznych nie posiadają wystarczających gwarancji zmiany położenia ciała w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego, gdyż Rozporządzenie z dnia 28 czerwca 2012r. straciło moc na skutek wydania Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. Wprawdzie w załączniku nr 3 do Rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2018 r. „Ocena stanu fizycznego osoby

z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej” przewidziano rubrykę „chwilowe uwolnienie” w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych - ale w przeciwieństwie do poprzednich przepisów brak jest wskazania minimalnej częstotliwości takich przerw.

Podkreślić jednak należy, że przewidziany w poprzednich rozporządzeniach obowiązek uwalniania pacjentów z zabezpieczenia nie rzadziej niż co 4 godziny także nie spełniał swojej roli. Uwolnienie od pasów nie zniweluje dolegliwości bólowych pacjenta, skoro po krótkiej chwili ponownie zostanie on zmuszony do leżenia na plecach przez kolejnych kilka godzin. **Ewentualny powrót do tych rozwiązań nie poprawi więc sytuacji osób chorych.**

Ponadto istotną kwestią jest, że wprowadzie przebieg stosowania przymusu bezpośredniego jest osobiście nadzorowany przez lekarza, a nadto stosowany w ściśle określonych odcinkach czasowych i tylko do momentu ustania przyczyn jego zastosowania (art.18a ust. 4 - 11 ustawy) - ale maksymalny czas trwania przymusu bezpośredniego z oczywistych przyczyn nie jest określony. W praktyce zdarzają się więc przypadki wielodniowego, a nawet wielotygodniowego stosowania unieruchomienia w postaci pasów bezpieczeństwa, i tym samym przetrzymywania pacjenta w pozycji leżącej na plecach przez bardzo długie okresy.

Wydaje się zatem bardzo pilne i niezbędne dokonanie zakupu lub opracowanie w tym zakresie nowych zabezpieczeń (lub wręcz całych łóżek) przez odpowiednich specjalistów z zakresu inżynierii biomedycznej, we współpracy z lekarzami odpowiednich specjalności – które z jednej strony będą bezpieczne i wygodne dla pacjentów (umożliwiające zmianę pozycji na leżenie na boku), a z drugiej strony łatwe do obsługi przez personel medyczny (np. przez dyżurującą pielęgniarkę w nocy). Niezbędne są też zmiany w obowiązującym prawie.

Wiedza jaką posiadam na temat problemu poruszonego w piśmie wynika z faktu, iż do połowy 2017 roku pracowałam jako – pełniąc jednocześnie przez wiele lat funkcję wizytującego zakłady lecznicze osób z zaburzeniami psychicznymi (aktualnie jestem). Pragnę jednak zaznaczyć, że niniejsze pismo nie stanowi oficjalnego wystąpienia, składanego w trybie art. ustawy lecz jest prośbą osoby prywatnej, której leży na sercu dobro osób chorych psychicznie, a z sytuacji których zdałam sobie sprawę, gdy sama po

niedawno przebytej operacji musiałam spędzić kilkanaście godzin w pozycji leżącej na plecach, aby nie zniweczyć efektów zabiegu. **Chcę też z całą mocą podkreślić, że w kontrolowanych przez mnie placówkach, stosowanie nawet długotrwałego unieruchomienia było zawsze uzasadnione bezpieczeństwem tych osób, lub osób z ich otoczenia, i nigdy nie spotkałam się z nadużyciem stosowania środków przymusu.** Zmiany wymaga jedynie sposób wykonywania zabezpieczenia, przez **zapewnienie odpowiedniego sprzętu**, celem zapewnienia godnych warunków bytowych w szpitalach osobom, które z uwagi na chorobę nie są w stanie zasygnalizować swoich potrzeb, a zasługują na szczególną ochronę.

Brak podjęcia działań w tym zakresie w mojej ocenie narusza art. 40 Konstytucji, a ponadto może skutkować wszczynaniem postępowań w trybie art. 3 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

Do wiadomości:

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00 – 952 Warszawa