

Zasady, wskazania i dokumentowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego w domach pomocy społecznej

Tomasz Kucmin¹, Adriana Kucmin², Małgorzata Płowaś-Gorał³

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej UM Lublin, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli

² Zakład Psychologii Emocji i Poznania UMCS Lublin

³ Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej UM Lublin

Kucmin T, Kucmin A, Płowaś-Gorał M. Zasady, wskazania i dokumentowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego w domach pomocy społecznej. *Med Og Nauk Zdr.* 2015; 21(2): 187–192. doi: 10.5604/20834543.1152918

Streszczenie

Wprowadzenie. W polskich domach pomocy społecznej przebywa obecnie prawie 80 tys. pensjonariuszy. Znaczącą większość z nich stanowią osoby przewlekle chore psychicznie oraz osoby niesprawne intelektualnie. Należą one do grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia zaburzeń zachowania wymagających stosowania środków przymusu bezpośredniego. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie aktualnych przepisów prawa wraz z komentarzem oraz opis prawidłowego prowadzenia, w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, obowiązującej w takich przypadkach dokumentacji medycznej.

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego jest w polskim prawie zdefiniowane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z roku 1994 oraz wydanym w oparciu o zmiany w tejże ustawie rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które precyzyjnie określa wskazania do stosowania środków przymusu bezpośredniego, z zaznaczeniem, iż użycie tychże środków za każdym razem winno być traktowane jako środek ostateczny.

Obowiązujące w tym zakresie w Polsce przepisy prawa dopuszczają stosowanie czterech różnych form przymusu bezpośredniego, z których każda, w większym lub mniejszym stopniu, wiąże się z ograniczeniem swobody i wolności pacjenta. Dokonując wyboru środka przymusu bezpośredniego, należy uwzględnić stopień zagrożenia pacjenta dla samego siebie, jak też dla innych osób przebywających w jego najbliższym otoczeniu, a także stosować obowiązujące przepisy prawa, co pozwoli na ograniczenie prawdopodobieństwa popełnienia błędów.

Słowa kluczowe

przymus bezpośredni, dom pomocy społecznej DPS, pielęgniarka DPS, zaburzenia psychiczne

WPROWADZENIE

W ciągu ostatnich 40 lat liczba osób wymagających psychiatrycznej ochrony zdrowia znacząco wzrosła. Dane udostępnione przez autorów Rocznika Statystycznego Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej z roku 2009 wskazują, że w 1970 roku na 100000 mieszkańców 377 było hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych, a w roku 2009 liczba ta sięgnęła aż 740 osób. W tym samym okresie liczba zarejestrowanych pacjentów w poradniach zdrowia psychicznego wzrosła z 1339 (na 100000 mieszkańców) do 3123 osób [1]. Analizując te dane można stwierdzić, że występowanie chorób psychicznych staje się w Polsce jednym z ze znaczących problemów. Jednocześnie znacząco rośnie liczba osób wymagających opieki długoterminowej, której nie jest w stanie zapewnić najbliższa rodzina, w związku z czym osoby te stają się podopiecznymi między innymi domów pomocy społecznej [2].

Od początku przemian politycznych w Polsce wiele uwagi poświęcano rozwojowi pomocy społecznej, także w zakresie usług świadczonych osobom z zaburzeniami psychicznymi. Wskazują na to chociażby zapisy art. 55 ustawy o ochronie

zdrowia psychicznego z roku 1994, który w pierwotnym kształcie zakładał, że docelowa sieć domów pomocy społecznej oraz środowiskowych domów samopomocy będzie zrealizowana do 31 grudnia 2010 r. [3]. Jednakże ograniczenia wynikające głównie z możliwości finansowych państwa spowodowały, że znowelizowany zapis powyższej ustawy mówi o tym, że taka sieć zostanie zrealizowana do 31 grudnia roku 2025 [3].

Według raportu opublikowanego we wrześniu 2013 roku przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (dane z grudnia 2012 roku), w 780 domach pomocy społecznej (DPS) przebywały 77 534 osoby. Ponad 21 tysięcy spośród nich stanowiły osoby przewlekle chore psychicznie, a około 17 tysięcy to dorośli i dzieci niesprawne intelektualnie [4]. Doświadczenia własne autorów wynikające z pracy w psychiatrycznej ochronie zdrowia wskazują, że pomimo znacznego zwiększenia liczby domów pomocy społecznej, a także poprawy w zakresie komfortu i standardu pobytu pensjonariuszy w tychże placówkach, w dalszym ciągu wymagany jest postęp. Świadczy o tym znacząco długi okres oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej, który średnio może wynosić nawet do 3 lat, a dotyczy to zarówno przypadków, kiedy osoba z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzona umysłowo jest umieszczana w DPS z inicjatywy własnej lub członków rodziny, jak też sytuacji, kiedy o umieszczeniu w DPS decyduje sąd, działając na podstawie zapisów art. 39 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [3]. W pierwszej

Adres do korespondencji: Tomasz Kucmin, Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej UM Lublin, Ul. Staszica 16, 20-081 Lublin
E-mail: tomasz.kucmin@umlub.pl

Nadesłano: 15 października 2014; Zaakceptowano do druku: 18 stycznia 2015



kolejności kierowanie osób tego wymagających odbywa się do DPS najbliższego miejscu zamieszkania, a jeżeli czas oczekiwania jest zbyt długi do innego DPS o odpowiednim profilu oferowanej pomocy. Decyzję o skierowaniu do DPS wydaje organ gminy właściwej dla osoby kierowanej. Decyzja ta, oprócz wskazania miejsca, zawiera także informacje na temat opłaty za pobyt. Opłata ta jest ustalana raz do roku i ogłaszana do 31 marca każdego roku przez organ DPS. Opłatę za pobyt w DPS ponoszą kolejno: mieszkaniec domu, małżonek, zstępni, wstępni oraz gmina, która skierowała pensjonariusza do DPS [5].

Osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz upośledzone umysłowo, będące pensjonariuszami domów pomocy społecznej, stanowią jednocześnie grupy zwiększonego ryzyka związanego z wystąpieniem zaburzeń zachowania wymagających stosowania środków przymusu bezpośredniego. Dane z literatury wskazują, że odsetek osób unieruchamianych w DPS może sięgać nawet 50% [6].

Sposób stosowania przymusu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. Rozporządzenie to zawiera także informacje na temat właściwego sposobu dokumentowania tychże przypadków. Zapisy rozporządzenia dotyczą stosowania przymusu bezpośredniego nie tylko w szpitalach psychiatrycznych, ale także w dowolnym oddziale szpitalnym oraz w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej albo grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej oraz w domach pomocy społecznej [7, 8].

CEL PRACY

Dane dotyczące stosowania środków przymusu bezpośredniego w domach pomocy społecznej w polskiej literaturze przedmiotu są dość ograniczone, stąd też celem niniejszej pracy jest prezentacja aktualnych przepisów prawa, z uwzględnieniem zmian w stosunku do poprzednio obowiązujących przepisów oraz omówienie możliwości stosowania środków przymusu bezpośredniego przez pracowników domów pomocy społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem prowadzenia dokumentacji medycznej obowiązującej w takich sytuacjach. Wnioski płynące z raportów Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczących działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji (z lat 2009–2012) wskazują, że wiedza osób pracujących w domach pomocy społecznej na temat dostępnych form przymusu bezpośredniego, zasad stosowania tej formy interwencji terapeutycznej oraz wskazań do jej stosowania, jak też konieczności prowadzenia odpowiedniej dokumentacji w tym zakresie jest niewystarczająca [9].

OPIS STANU WIEDZY

W literaturze prawniczej przymus bezpośredni jest definiowany jako „ograniczenie ruchów pacjenta lub jego unieruchomienie przy użyciu siły fizycznej, środków mechanicznych i innych w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i otoczenia oraz wykonania zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych” [10].

W ujęciu medycznym przymus bezpośredni należy traktować jako interwencję terapeutyczną, a jej celem jest umożliwienie pacjentowi odzyskania zdolności do samokontroli [11]. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego jest

działaniem ograniczającym nietykalność osobistą i cielesną pacjenta. Z uwagi na to, takie naruszenie wolności osoby, wobec której stosowana jest którakolwiek z dostępnych i opisanych form przymusu bezpośredniego, jest działaniem ostatecznym i powinno być podejmowane jedynie w sytuacjach, kiedy jest niezbędne, przy jednoczesnym założeniu, że wszelkie inne formy działań terapeutycznych, mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa zarówno pacjentowi, jak i personelowi, zostały wyczerpane. Na każdym etapie leczenia i opieki nad pacjentem, w tym także w czasie podejmowania decyzji o zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego, należy zawsze respektować obowiązujące przepisy prawa, a także godność pacjenta tak, aby stosowanie przymusu bezpośredniego nie przeobraziło się w stosowanie przemocy przez osoby wykonujące te czynności [12].

Ustawodawca określił rodzaje przymusu bezpośredniego w art. 3 ust. 6 *Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*. W ustawie wyróżnia się następujące rodzaje przymusu bezpośredniego:

- a) przytrzymanie, tj. doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- b) przymusowe zastosowanie leków, czyli doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody,
- c) unieruchomienie, tj. obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,
- d) izolację, czyli umieszczenie osoby pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu [3].

Należy jednakże zauważyć, że wydane na podstawie zapisów ww. ustawy *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania* mówi o tym, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego może odbywać się z użyciem więcej niż jednej z dostępnych jego form [7]. Może zatem zaistnieć taka sytuacja, że wobec jednego pacjenta zastosowane zostaną, w pewnych odstępach czasowych, wszystkie dostępne formy przymusu bezpośredniego, co będzie wymagało odpowiednich zapisów w prowadzonej dokumentacji.

Artykuł 18 analizowanej ustawy zawiera zapisy dotyczące wskazań do stosowania środków przymusu bezpośredniego. Zgodnie z ustępem pierwszym tego artykułu, przymus bezpośredni można stosować wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, która: dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu lub w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu lub poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej [3].

W przypadku poważnego zakłócenia lub uniemożliwienia funkcjonowania podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej stosowanie przymusu bezpośredniego jest ograniczone do przytrzymania lub przymusowego podania leków, natomiast w pierwszych trzech sytuacjach wymienionych w ustawie możliwe jest zastosowanie wszystkich dostępnych środków przymusu bezpośredniego [3].



Dane z piśmiennictwa wskazują, że przytrzymanie jest najczęściej stosowane w celu zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się pensjonariusza z domu pomocy społecznej, a także opanowania agresji skierowanej na otoczenie, która może obejmować zarówno przedmioty, jak i osoby w tymże otoczeniu się znajdujące. Ta forma przymusu bezpośredniego bywa także stosowana w celu przeprowadzenia pensjonariusza z jednej części domu pomocy społecznej do innej części, a także nakłonienia pensjonariusza do dbania o higienę osobistą lub do położenia się do łóżka. W trakcie przytrzymywania oraz stosowania innych form przymusu bezpośredniego należy ograniczyć stosowanie siły fizycznej do minimum, a w żadnym przypadku nie może przerodzić się ono w stosowanie przemocy. Osoby stosujące przymus nie mogą zadawać uderzeń, natomiast wskazane i dozwolone jest stosowanie różnych elementów technik samoobrony [12, 13]. Wnioski zawarte w cytowanych powyżej raportach Rzecznika Praw Obywatelskich wskazują, że przytrzymanie jest jedną z najczęściej stosowanych form przymusu bezpośredniego, a jednocześnie odpowiednia dokumentacja wymagana w takich sytuacjach nie jest prowadzona [9].

Kolejną z form przymusu bezpośredniego jest przymusowe podanie leków zarówno tych stosowanych doraźnie, jak też przewidzianych pierwotnie w planie terapeutycznym. Jeżeli leki takie są podawane, to są to zazwyczaj leki mające działanie uspokajające, a należą do nich preparaty z grupy pochodnych benzodiazepiny oraz neuroleptyki. Z doświadczeń autorów wynika, że przymusowe podanie leków jest w większości przypadków związane z przytrzymaniem pensjonariusza, co pozostaje w zgodzie z zapisami rozporządzenia dopuszczającego stosowanie kilku środków przymusu bezpośredniego jednocześnie.

Najbardziej ograniczającą wolność człowieka formą przymusu bezpośredniego jest unieruchomienie, a w nieco mniejszym stopniu również izolacja. Unieruchomienie jest obywatelstwem osoby z wykorzystaniem uchwytów, prześcieradeł, pasów lub kaftana bezpieczeństwa, a także innych urządzeń (np. kajdanków). Izolacja natomiast jest umieszczeniem osoby pojedynczo, w specjalnie do tego przystosowanym, zamkniętym i monitorowanym pomieszczeniu. Namysłowska podaje, że wprowadzenie do jednego z warszawskich DPS monitorowanego pomieszczenia umożliwiającego izolację, a przez to ograniczenie ilości bodźców negatywnie wpływających na zachowanie osób z zaburzeniami psychicznymi, znacząco zmniejszyło konieczność stosowania innych środków przymusu bezpośredniego [13]. Podjęcie decyzji o unieruchomieniu lub izolacji wydaje się bardzo trudne i podejmowane powinno być rzeczywiście w ostateczności. Spośród dostępnych środków możliwe jest wtedy zastosowanie różnych form pasów bezpieczeństwa, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa. We względu na znaczące ryzyko zadziernięcia się, stosowanie kaftana bezpieczeństwa jest zalecane jedynie w przypadku unieruchomień trwających krótko, jak ma to miejsce w pracy zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), które przewożą pacjenta do szpitala psychiatrycznego [3, 11].

Pacjent może podejmować zamach na własne zdrowie lub życie poprzez podjęcie próby samobójczej, próby samookaleczenia lub w trakcie gwałtownego i wyniszczającego pobudzenia psychoruchowego, którego skutkiem może być skrajne wyniszczenie. Inne sytuacje, które mogą skutkować realnym zagrożeniem dla zdrowia lub życia danej osoby to sytuacje stosowania różnych substancji psychoaktywnych, które mogą

w sposób toksyczny wpływać na ośrodkowy układ nerwowy [3, 17]. Obserwacje własne autorów oraz dane z literatury wskazują na to, że próby samookaleczenia są podejmowane w DPS głównie przez osoby upośledzone umysłowo, a do zachowań takich należą między innymi próby połknięcia kawałków szkła, gryzienie kończyn, drapanie się do krwi, uszkodzenia małżowin usznych oraz gałek ocznych oraz uderzanie głową o ścianę, czy też w podłogę [14].

Dane z literatury wskazują, że w przypadku pensjonariuszy domów pomocy społecznej „zamachem przeciwko zdrowiu lub życiu” innej osoby mogą być sytuacje, kiedy przejawiają oni agresję fizyczną skierowaną na innych mieszkańców DPS lub na pracowników DPS. Agresja jest w literaturze wymieniana jako jeden z głównych problemów obserwowanych u osób upośledzonych umysłowo [14, 19]. Sytuacją taką może być także przygotowywanie się do podjęcia aktu agresji lub też zapowiedź dokonania takiego czynu [16, 17].

Zamachem przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu jest zdarzenie, które może prowadzić do wystąpienia realnego zagrożenia dla zdrowia lub życia wielu osób lub mienia o znaczących rozmiarach, a czynem takim może być podpalanie przedmiotów, co wiąże się z groźbą powstania pożaru stanowiącego zagrożenie dla pensjonariuszy i pracowników DPS [17].

Jednym z możliwych objawów znaczącego pobudzenia emocjonalnego mogą być zachowania agresywne, kiedy pensjonariusz DPS kieruje swoją agresją nie bezpośrednio na inne osoby, ale na znajdujące się w ich otoczeniu przedmioty. W wielu takich sytuacjach pobudzona osoba postępuje w sposób niemożliwy do przewidzenia, co najczęściej jest wynikiem znaczącej dezorganizacji zachowania, a w konsekwencji może to prowadzić do bezpośredniego zagrożenia dla otoczenia [16]. Przykładami tego typu zachowań może być rzucanie poduszką. W przypadku osoby pobudzonej psychoruchowo nie można wykluczyć tego, że zamiast poduszki rzuci ona w kierunku pensjonariusza lub pracownika DPS innym przedmiotem, który będzie się znajdował w jej otoczeniu, np. krzesłem lub szklanką, co będzie stanowiło znaczące bezpośrednie zagrożenie dla osoby, w stosunku do której kierowana jest ta forma agresji.

Opisane powyżej sytuacje stanowią wskazania do stosowania środków przymusu bezpośredniego u osób będących już mieszkańcami DPS. Innym przypadkiem, kiedy stosowanie przymusu bezpośredniego jest wskazane, jest wykonywanie postanowień sądu opiekuńczego, wydającego postanowienie o przyjęciu do DPS osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo, która nie wyraziła świadomej i swobodnej zgody na pobyt w DPS, a jest niezdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego [3].

W opisanym powyżej przypadku przyjęcia do domu pomocy społecznej przymusowe zatrzymanie i doprowadzenie dokonywane jest przez policję, a odbywa się ono w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) [3].

Zgodnie z zapisami §4 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*, decyzję o stosowaniu przymusu bezpośredniego w formie izolacji lub unieruchomienia wydaje lekarz, a sam przymus nie może trwać dłużej niż 4 godziny. W przypadku, jeżeli

uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza jest niemożliwe, decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji podejmuje pielęgniarka, która jednocześnie osobiście nadzoruje wykonanie tychże czynności, po czym niezwłocznie zawiadamia lekarza. Dalsze stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji może być przedłużane na kolejne dwa okresy nie dłuższe niż 6 godzin, może być zlecone jedynie przez lekarza po osobistym zbadaniu osoby, wobec której przymus jest stosowany. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, kiedy nie ma możliwości uzyskania zlecenia lekarza, przedłużenia okresu stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji lub unieruchomienia może dokonać pielęgniarka, jednakże okres ten może być dłuższy niż 4 godziny. Kolejny paragraf powyższego rozporządzenia zawiera zapisy, zgodnie z którymi maksymalny czas trwania przymusu bezpośredniego w DPS w formie unieruchomienia lub izolacji nie może przekroczyć 8 godzin. Jeżeli po upływie 8 godzin osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w DPS w dalszym ciągu wymaga stosowania przymusu, to powinna ona zostać przewieziona do szpitala psychiatrycznego. O podjęciu decyzji o przewiezieniu osoby z zaburzeniami psychicznymi z DPS do szpitala psychiatrycznego, w celu dalszego stosowania środków przymusu bezpośredniego, kierownik DPS powiadamia opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego tej osoby [7].

Analizując omówione powyżej zapisy nowego rozporządzenia dotyczącego stosowania przymusu bezpośredniego należy zauważyć, że w porównaniu z regulacjami poprzednio obowiązującego rozporządzenia okresy stosowania przymusu bezpośredniego w DPS zostały znacząco skrócone. Zgodnie z zapisami poprzedniego rozporządzenia jednorazowe zastosowanie przymusu bezpośredniego nie mogło trwać dłużej niż 6 godzin (obecnie 4 godziny), a maksymalny czas trwania przymusu bezpośredniego w DPS nie mógł przekroczyć 24 godzin (obecnie jedynie 8 godzin). Nowością jest także zapis dotyczący obowiązku informowania przez kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego osoby z zaburzeniami psychicznymi o tym, że osoba taka została przewieziona z DPS do szpitala psychiatrycznego w celu dalszego stosowania środków przymusu bezpośredniego. Pamiętać należy także, że w większości domów pomocy społecznej lekarz nie jest zatrudniony na stałe, a jeżeli jest zatrudniony, to nie przebywa na terenie DPS przez całą dobę. Skutkuje to tym, że wiele obowiązków związanych z podejmowaniem decyzji o stosowaniu środków przymusu bezpośredniego, jak też prowadzeniem dokumentacji, nadzorowaniem pensjonariusza wykonuje pielęgniarka. Jest to szczególnie trudne w nocy, kiedy opiekę nad kilkudziesięcioma pensjonariuszami sprawuje najczęściej jedna pielęgniarka.

Nowe przepisy dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego nakładają na kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej obowiązek odpowiedniego przeszkolenia pracowników, bowiem, zgodnie z paragrafem 6. obecnie obowiązującego rozporządzenia, przymus bezpośredni może być stosowany jedynie przez osoby odpowiednio w tym zakresie poinstruowane [7].

Stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia powinno odbywać się w pomieszczeniu jednoosobowym, a jeżeli nie jest to możliwe, to procedurę tę należy tak przeprowadzić, aby oddzielić osobę, wobec której przymus bezpośredni jest stosowany, od innych osób przebywających

na sali, pamiętając jednocześnie o tym, aby zarówno godność, jak i intymność teje osoby zostały poszanowane. Dotyczy to w szczególności wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności w sali innych osób [7].

Stosowanie przymusu bezpośredniego w formie izolacji jest możliwe jedynie w specjalnie przeznaczonym do tego pomieszczeniu. Pomieszczenie takie musi być odpowiednio zabezpieczone, aby chroniło osobę izolowaną przed doznaniem uszkodzeń ciała, a jednocześnie nie odbiegało standardami bytowymi i sanitarnymi od innych pomieszczeń jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Kolejnym wymogiem dotyczącym pomieszczenia, w którym można prowadzić izolację, jest konieczność posiadania monitoringu, pozwalającego na ocenę stanu fizycznego osoby izolowanej. Dostęp do pomieszczenia zawierającego urządzenia oraz zapisy monitoringu jest możliwy jedynie dla osób specjalnie do tego uprawnionych. Zapisy monitoringu powinny być przechowywane przez okres nieprzekraczający 6 miesięcy, jednak nie krócej niż 3 miesiące od dnia, w którym zakończono stosowanie przymusu bezpośredniego w formie izolacji. Po upływie terminu przechowywania zapis monitoringu należy usunąć w taki sposób, aby jego odzyskanie nie mogło być możliwe, a z procedury niszczenia zapisu sporządzić należy protokół [7].

Zlecając wykonanie procedury przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, pamiętać należy o dbaniu o życie i zdrowie tej osoby albo innych osób, w szczególności poprzez odebranie teje osobie takich przedmiotów jak okulary, protezy zębowe, paski, szelki, sznurowadła, źródła ognia oraz wszelkie ostre przedmioty [6]. W stosowaniu przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia udział brać powinno przynajmniej sześć osób, z których pięć odpowiada za jedną z kończyn oraz głowę osoby unieruchamianej, a jedna osoba nadzoruje prawidłowe i bezpieczne wykonanie procedury. Dbanie o zdrowie i życie osoby, wobec której stosowane są środki przymusu bezpośredniego, polega również na stałym monitorowaniu jej stanu fizycznego, w okresach nie rzadszych niż co 15 minut, także wtedy, kiedy osoba taka śpi. Wyniki dokonanych obserwacji umieszcza się na odpowiednim druku karty unieruchomienia lub izolacji. Do wypełnienia karty unieruchomienia lub izolacji stosuje się zdefiniowane kody, które wskazują na zachowanie osoby, wobec której stosowany jest przymus bezpośredni. Pielęgniarka opisująca zachowanie i stan osoby, wobec której stosowany jest przymus bezpośredni ma do wyboru następujące możliwości określenia jej stanu: *szarpie się (uderza), wykrzykuje, płacze, śmieje się, śpiewa, mamrocze, śpi, spokojny, podawane posiłki, podawane płyny, oddał moc (stolec), chwilowe zwolnienie* oraz inne. Jeżeli pielęgniarka prowadząca obserwację w którymkolwiek momencie zauważy, że zagrożone jest życie osoby, wobec której stosowany jest przymus bezpośredni, musi bezzwłocznie zawiadomić o tym lekarza, a jeżeli w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej nie jest zatrudniony lekarz, to pielęgniarka ta ma obowiązek zawiadomienia jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego [7].

Osobie, wobec której stosowany jest przymus bezpośredni, należy zapewnić możliwość zaspokajania potrzeb fizjologicznych i higienicznych nie rzadziej niż co 4 godziny, zwalniając ją częściowo lub całkowicie na krótkie okresy [7].

Każdorazowe stosowanie przymusu bezpośredniego należy odnotować zarówno w zbiorczej, jak i indywidualnej dokumentacji medycznej. W porównaniu do poprzedniego



rozporządzenia dotyczącego stosowania przymusu bezpośredniego, w obecnie obowiązującym rozporządzeniu wprowadzono obowiązek prowadzenia przez kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej specjalnego rejestru przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego [7].

Rejestr zawiera siedem kolumn, z których pierwsza jest kolumną umożliwiającą wstawienie liczby porządkowej. Następne kolumny pozwalają na wpisanie kolejno takich informacji jak imię i nazwisko osoby, wobec której stosowano przymus bezpośredni; imiona i nazwiska osób, które zastosowanie przymusu bezpośredniego zleciły, a także osób, które przeprowadziły procedurę stosowania przymusu; wybór środka przymusu bezpośredniego; opis przyczyn stosowania środka; czas trwania przymusu z podaniem daty i godziny, zarówno rozpoczęcia, jak i zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego. W ostatniej kolumnie należy opisać przebieg stosowania przymusu bezpośredniego, ze szczególnym uwzględnieniem skutków dla zdrowia osoby, wobec której przymus bezpośredni był stosowany [7]. Z doświadczeń własnych autorów wynikających z pracy w psychiatrycznej ochronie zdrowia wynika, że do najczęściej obserwowanych powikłań stosowania środków przymusu bezpośredniego w formie pasów bezpieczeństwa należą otarcia naskórka w miejscu kontaktu pasów ze skórą, szczególnie w obrębie nadgarstków, aczkolwiek wprowadzenie nowoczesnych, szerszych pasów zamykanych na klucz magnetyczny znacząco zmniejszyło częstość tego rodzaju powikłań. Ten rodzaj zabezpieczenia, z wykorzystaniem klucza magnetycznego, ma także jeszcze jedną przewagę nad pozostałymi formami unieruchomienia – inni pensjonariusze DPS nie mogą samowolnie zakończyć stosowania przymusu.

W jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej pielęgniarka zlecająca stosowanie środków przymusu bezpośredniego niezwłocznie powiadamia o tym lekarza, a jeżeli dana jednostka nie zatrudnia lekarza, to pielęgniarka zobowiązana jest do niezwłocznego powiadomienia kierownika danej jednostki. Jeżeli jednostka organizacyjna pomocy społecznej zatrudnia lekarza, to lekarz ten po otrzymaniu zawiadomienia dokonuje oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego, co jest odnotowywane w tymże zawiadomieniu, i przekazuje je kierownikowi jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. W przypadku, kiedy w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej lekarz nie jest zatrudniony, kierownik danej jednostki organizacyjnej jest zobowiązany do zawiadomienia lekarza psychiatry upoważnionego przez marszałka województwa. Lekarz psychiatra upoważniony przez marszałka województwa po zapoznaniu się dostarczoną dokumentacją w ciągu 3 dni dokonuje oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego i odpowiedniego wpisu w otrzymanym zawiadomieniu przekazując, kopię zawiadomienia powiadamiającemu o zastosowaniu przymusu. Kopię zawiadomienia należy dołączyć do historii zdrowia i choroby osoby, wobec której stosowano środki przymusu bezpośredniego [5, 6].

Zawiadomienie, o którym mowa powyżej zawiera jasno określone rubryki, które pozwalają na sprawne i bezbłędne ich wypełnienie. W zawiadomieniu należy umieścić takie podstawowe dane jak: datę i godzinę przeprowadzenia przymusu bezpośredniego, imię i nazwisko oraz miejsce przebywania osoby, wobec której przymus bezpośredni był stosowany. Kolejno należy opisać zastosowaną formę przymusu bezpośredniego, wpisać imię i nazwisko osoby zlecającej

i zatwierdzającej wykonanie przymusu. W następnych rubrykach zawiadomienia należy opisać okoliczności stosowania przymusu – przyczyny, które spowodowały podjęcie decyzji o zastosowaniu przymusu, imiona i nazwiska osób, które brały udział w wykonywaniu przymusu bezpośredniego, przebieg procedury, w tym także wystąpienie ewentualnych powikłań, skutki procedury dla zdrowia pacjenta oraz odnotować fakt, czy przed przystąpieniem do wykonywania przymusu bezpośredniego pacjent został o tym uprzedzony. Kolejna rubryka jest przeznaczona na ocenę przeprowadzaną przez lekarza zatwierdzającego wykonanie przymusu bezpośredniego, jeżeli zlecającym była pielęgniarka zatrudniona w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej. Ostatnia rubryka stanowi miejsce, w którym oceny zastosowania przymusu bezpośredniego dokonuje upoważniony do tego przez marszałka województwa lekarz psychiatra [7].

Podsumowanie W trakcie niesienia pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi stosowanie wszelkich dostępnych form przymusu bezpośredniego należy traktować jako środek ostateczny. Obowiązujące w tym zakresie w Polsce przepisy prawa dopuszczają stosowanie czterech różnych form przymusu bezpośredniego, z których każda jest, w większym lub mniejszym stopniu, ograniczeniem swobody i wolności pensjonariusza DPS. Z tego względu należy pamiętać, że w każdym przypadku podejmowania decyzji o zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego należy uwzględnić stopień zagrożenia pensjonariusza DPS dla samego siebie, jak też dla innych osób przebywających w jego najbliższym otoczeniu. Uwzględnienie odpowiednich zapisów zarówno ustawy, jak i wydanego na podstawie ustawy rozporządzenia pozwoli na podejmowanie decyzji uwzględniających zarówno godność i bezpieczeństwo pensjonariusza DPS, jak i osób, które tą osobą się opiekują. Z drugiej strony, postępowanie zgodne z przepisami prawa minimalizuje niebezpieczeństwo związane z wystąpieniem możliwych niekorzystnych zdarzeń, które mogą być następstwem stosowania środków przymusu bezpośredniego. Autorzy mają nadzieję, że przedstawione treści pozwolą czytelnikom na lepsze zrozumienie wskazań do stosowania przymusu oraz wytycznych dotyczących prowadzenia w takich przypadkach dokumentacji medycznej. Dalsza analiza stosowania środków przymusu bezpośredniego w DPS może być wykorzystana do uzupełnienia, doprecyzowania i poprawienia obecnie obowiązujących przepisów prawa.

PIŚMIENNICTWO

1. http://www.ipin.edu.pl/wordpress/IPiN_RS/2009/title.html (dostęp: 14.01.2015).
2. Szweida-Lewandowska Z. Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica* 2009; 231: 243–254.
3. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.)
4. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej wg stanu na dzień 31 XII 2012r., Warszawa, wrzesień 2013
5. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593)
6. Heeren P, Van de Water G, De Paepe L, Boonen S, Vleugels A, Milisen K. Staffing levels and the use of physical restraints in nursing homes: a multicenter study. *J Gerontol Nurs.* 2014; 40(12): 48–54. doi: 10.3928/00989134-20140407-03.



7. 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. 2012 nr 0 poz. 740).
8. Rozporządzenie Minister Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego. (Dz.U.1995 nr 103 poz. 514).
9. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/raporty-rpo-z-dzialalnosci-w-pol-sce-krajowego-mechanizmu-prewencji> (dostęp: 14.01.2015).
10. Milik A. Przymus bezpośredni w psychiatrii w świetle obowiązujących przepisów. *Prawo i Medycyna* 2007; 2.
11. Kokoszka A. Postępowanie w stanach naglących. W: Bilikiewicz A, Pużyński AS, Rybakowski J, Wciórka J (red.). *Psychiatria*. Wrocław: Urban&Partner; 2003: 321–323.
12. Kupś I, Pełka-Wysiecka J, Samochovec 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; 3(4): 87–96.
13. Dąbrowski S. Przymus bezpośredni stosowany w niektórych czynnościach leczniczych. *Psychiatria Polska* 2002; 2: 193–200.
14. Namysłowska I. Przymus bezpośredni wobec dzieci i młodzieży w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 1999; 8: 341–317.
15. Petit JR. *Psychiatria ratunkowa*. Sidorowicz SK (red. Wyd. Pol.). Wrocław: Urban&Partner; 2003.
16. Bilikiewicz A, Pużyński AS, Rybakowski J, Wciórka J (red.). *Psychiatria*. Wrocław: Urban&Partner, 2003.
17. Gałecki P, Bobińska K, Eichstaedt K. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. Warszawa: LexisNexis; 2012.
18. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (Dz.U.1997. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.)
19. Bouras N, Holt G (red.). *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Wrocław: Urban&Partner; 2010.

Rules, indications and documentation of means of physical restraint in nursing homes

Abstract

Introduction. At present in nursing homes in Poland, there are nearly 80,000 residents. The majority of them are chronically mentally ill or mentally disabled. Considering the character of these two groups of disorders, the patients affected belong to the group at increased risk of occurrence of behaviour disorders which require the use of coercive measures. The objective of this study is the presentation of legal regulations in effect, together with a commentary, as well as the description of the correct keeping of medical records in social welfare in facilities in the above-mentioned cases. In Polish law, physical coercion is defined in the Act in the Matter of Protection of Mental health of 1994, issued based on amendments to this Act the Regulation by the Minister of health, which precisely describes indications for physical coercion. Every time, the use of coercive measures should be considered as a last resort. Polish legal regulations valid in this area allow the use of four various forms of coercive measures, each of them, to a greater or lesser extent, is the limitation of a patient's freedom. When choosing a coercive measure it is necessary to consider the degree of risk of a patient being in danger of harming himself/herself or others in the nearest surrounding, and apply legal regulations which would limit the probability of committing mistakes.

Key words

physical restraint, nursing homes, nursing home nurse, psychiatric disorders

