

Użycie środków przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjenta

Use of the forced direct funds for patient

¹Katedra Onkologii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn

²Oddział Chirurgii Onkologicznej, Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii, Olsztyn

³Katedra Prawa Karnego Materialnego, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn

⁴Oddział Ginekologiczny i Ginekologii Onkologicznej, Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii, Olsztyn

KEY WORDS

patient's rights, law, direct coercion, treatment

SUMMARY

In the 21st century patient staying in the public and non-public health care facility is protected by international and national laws. Every patient has the right to full autonomy. It is one of the most important rights of the patient.

The use of a patient coercive measures undoubtedly constitutes a violation of many basic human rights. This involves inter alia with bodily harm, deprivation of liberty or a restriction of the right to self-determination of their own fate. The Basic Law provides for some exceptions in this regard. Namely may be deprivation or restriction of the freedom of person, but only the principles and procedures set out in the act. The only legally permissible cases in which the patient may be to apply coercive measures were normalized to the Law on Mental Health.

In this article, the authors present the legal aspects of the use of coercive measures in relation to the patient and also touched on the legal consequences of threatening the doctor for the use of coercive measures in accordance with the provisions of law.

WSTĘP

W XXI wieku pacjent przebywający zarówno w publicznej, jak i niepublicznej placówce opieki zdrowotnej jest chroniony przez międzynarodowe i krajowe akty prawne (1-3). Każdy pacjent ma prawo do pełnej autonomii – jest to jedno z najważniejszych praw pacjenta (2-5).

Stosowanie wobec pacjenta środków przymusu bezpośredniego niewątpliwie stanowi naruszenie wielu podstawowych praw człowieka. Wiąże się ono m.in. z naruszeniem nietykalności cielesnej, pozbawieniem wolności czy też ograniczeniem prawa do samodecydowania o własnym losie. W świetle art. 41 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każdemu (bez względu na wiek, płeć czy stan zdrowia) zagwarantowane są nietykalność osobista oraz wolność osobista. Ustawa zasadnicza przewiduje jednak w tym zakresie pewne wyjątki. Mianowicie może nastąpić pozbawienie lub ograniczenie wolności człowieka, ale tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Jedyne prawnie dopuszczalne przy-

padki, w których wobec pacjenta mogą być zastosowane środki przymusu bezpośredniego, zostały unormowane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

PRAWNE ASPEKTY UŻYCIA ŚRODKÓW PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO W STOSUNKU DO PACJENTA

Przymus bezpośredni może być zastosowany jedynie w stosunku do osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi i tylko przy wykonywaniu stypizowanych w ustawie czynności. Lista dopuszczalnych środków przymusu wyczerpująco obejmuje:

- 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 pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,
- izolację – umieszczenie osoby pojedynczo w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Poszczególne środki przymusu określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego z dnia 23 sierpnia 1995 roku. Ponadto ustanawia ono szczegółowe reguły ich zastosowania. Osoby z zaburzeniami psychicznymi to osoby:

- chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychiatryczne),
- upośledzone umysłowo,
- wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a wymagające świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

W art. 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku jest mowa o użyciu przymusu bezpośredniego wtedy gdy „przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia”. Chodzi o sytuację konieczności przeprowadzenia badania psychiatrycznego bez zgody (art. 21 ust. 1), dokonania „niezbędnych czynności leczniczych” (art. 34), zapobieżenia „samowolnemu opuszczeniu” szpitala psychiatrycznego (również domu pomocy społecznej) w przypadku gdy osoba przebywa tam bez zgody, przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23, 24, 28, a także wykonania postanowień sądu opiekuńczego (art. 32) oraz przyjęcia do domu pomocy społecznej bez zgody (art. 40). Ponadto art. 18 ust. 1 pozwala na zastosowanie środków przymusu bezpośredniego, jeśli osoba z zaburzeniami psychicznymi:

1. dopuszcza się zamachu przeciwko:
 - a. życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b. bezpieczeństwu powszechnemu, lub
2. w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu, lub
3. poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Należy podkreślić, że w stosunku do osoby, której zachowanie zostało określone w pkt. 3, można zastosować tylko środki w postaci przytrzymania lub przymusowego podania leku. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W ściśle określonych sytuacjach taką decyzję może podjąć pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Zawiadomiony lekarz niezwłocz-

nie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania. W wyjątkowych sytuacjach, gdy pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, o konieczności zastosowania środka przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. W takim przypadku zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu. Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione – na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego. Ustawa nakłada obowiązek, aby każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania był odnotowany w dokumentacji medycznej. Wybrany środek przymusu powinien być dla osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego jest oceniana w terminie 3 dni przez lekarzy wskazanych w art. 18 ust. 10 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: „Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:

1. przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony;
2. przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii”.

Szczególne zasady dotyczące postępowania w stosunku do osób objętych ustawą nie mogą być w sposób automatyczny przenoszone na sytuacje spoza psychiatrii. Wobec braku odpowiednich regulacji prawnych wszelkie przejawy stosowania przymusu bezpośredniego, wykraczające poza zakres dopuszczalny przez ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, są niezgodne z prawem, a ponadto mogą wypełniać znamiona przestępstw. W celu leczenia schorzeń o charakterze somatycznym znajdują zastosowanie tylko zasady ogólne, natomiast ograniczenie autonomii w postaci przymusu bezpośredniego można zastosować jedynie w obronie.

Przepis art. 189 Kodeksu karnego sankcjonuje przestępstwo pozbawienia człowieka wolności. Zagrożenie karne wynosi od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności. Jeżeli pozbawienie wolności jest połączone ze szczególnym

udręceniem, sprawca podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy niż 3 lata. Ściganie następuje z urzędu.

Z kolei przepis art. 191 § 1 Kodeksu karnego stanowi, że ten, kto stosuje przemoc wobec osoby lub groźbę bezprawną w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania lub znoszenia podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Przepięstwo jest ścigane z urzędu.

Ponadto przepis art. 217 § 1 Kodeksu karnego penalizuje przestęstwo naruszenia nietykalności cielesnej człowieka. Zgodnie z jego treścią, ten, kto uderza człowieka lub w inny sposób narusza jego nietykalność cielesną, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Ściganie następuje z oskarżenia prywatnego.

Z drugiej zaś strony przepis art. 160 § 1 Kodeksu karnego przewiduje odpowiedzialność karną sprawcy, który pomimo ciężącego na nim obowiązku opieki nad osobą, naraża ją na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W powyższej sytuacji podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Przepięstwo jest ścigane na wniosek pokrzywdzonego.

Oznacza to, że z perspektywy przepisów prawno-karnych zarówno podjęcie przymusowych działań w celu ochrony życia i zdrowia pacjenta, jak i zaniechanie takiej opieki jest karalne. W praktyce brak jest przypadków pociągania do odpowiedzialności karnej lekarzy, którzy w rozsądnych granicach przymusowo „nakłaniali” swoich pacjentów do podjęcia bądź zaniechania określonych zachowań. Wynika to zapewne z powszechnego zaufania, jakim społeczeństwo darzy służbę zdrowia.

Lekarz stosujący środki przymusu bezpośredniego wobec pacjenta, który w sposób agresywny uniemożliwia udzielenie mu pomocy medycznej np. poprzez wyrwanie wkłuc dożylnych, może korzystać z ochrony przewidzianej w przepisach art. 26 § 1 Kodeksu karnego. Została w nim uregulowana prawno-karna instytucja stanu wyższej konieczności. Jego istota polega na tym, że w przypadku kolizji dwóch dóbr chronionych prawem, dla uratowania jednego z nich drugie musi zostać poświęcone w sposób wiążący się z realizacją znamion czynu zabronionego (6).

Podjęte przez lekarza działania (np. pozbawienie wolności przez przytrzymywanie, naruszenie nietykalności cielesnej poprzez zastosowanie metod unieruchamiających itp.), mające na celu powstrzymanie pacjenta przed spowodowaniem skutków w postaci pogorszenia jego stanu zdrowia bądź doprowadzenia do śmierci, należy uznać za zmierzające do uchylenia niebezpieczeństwa grożącego chronionemu prawem dobru, jakim w tym przypadku jest zdrowie i życie ludzkie. Istnieje jasność co do tego, że najwyższe w hierarchii dóbr chronionych prawem stoi ludzkie życie, a na następnym miejscu jest ludzkie zdrowie (7). Wobec tego rozstrzygnięcie o wartości dóbr pozostających w kolizji z obowiązkiem ochrony zdrowia bądź życia ludzkiego wydaje się bezzasadne i niepotrzebne. Prawo pacjenta do samostanowienia, wolności czy też zachowania nietykalności cielesnej w takiej sytuacji nie będzie przedstawiać wartości wyższej od dobra ratowanego. Należy przy tym podkreślić, że poza zasadą proporcjonalności musi zostać spełniony także wymóg subsydiarności. Wiąże się to z faktem, iż czyny mogą zostać objęte stanem wyższej konieczności tylko wtedy, gdy niebezpieczeństwu pogorszenia stanu zdrowia lub utraty życia pacjenta nie można w inny sposób (niż poprzez użycie środków przymusu bezpośredniego) zapobiec.

W powyższym przypadku działania lekarza pozbawione są bezprawności, w związku z czym nie popełnia on przestęstwa.

PODSUMOWANIE

W XXI wieku autonomia pacjenta jest jego największym dobrem. To chory decyduje o swoim życiu i zdrowiu oraz wyraża zgodę na proponowane leczenie zarówno w publicznej, jak i niepublicznej placówce opieki zdrowotnej. Stosowanie wobec pacjenta środków przymusu bezpośredniego stanowi zawsze naruszenie wielu podstawowych praw człowieka, dlatego lekarz, który nie chce się narażać na odpowiedzialność prawno-karną, powinien dokładnie wiedzieć, w jakich sytuacjach dopuszczalne jest użycie środków przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjenta.

Adres do korespondencji:

Konrad Wroński
Oddział Chirurgii Onkologicznej
Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
z Warmińsko-Mazurskim Centrum
Onkologii
ul. Aleja Wojska Polskiego 37,
10-228 Olsztyn
tel. +48 (89) 539-85-42
konradwronski@wp.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Wroński K: Prawa pacjenta. *Nowotwory J Oncol* 2007; 3: 326-332.
2. Wroński K: Znajomość praw pacjenta przez osoby chore leczone w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Onkologia Polska* 2007; 2: 75-83.
3. Wroński K, Okraszewski J, Bocian R: Prawne konsekwencje ujawnienia tajemnicy lekarskiej. *Nowotwory* 2008; 58(2): 186-189.
4. Wroński K, Cywiński J, Okraszewski J, Bocian R: Autonomia pacjenta w opiece zdrowotnej. *Ginekologia Praktyczna* 2008; 16(1): 22-26.
5. Wroński K: Prawo chorego do poszanowania godności podczas pobytu w szpitalu. *Współczesna Onkologia* 2008; 12(1): 35-37.
6. Giezek J (red.): *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*. Warszawa 2012.
7. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 1989 roku, IV KR 15/89, OSNKW 1989, nr 5-6, poz. 42.

PRZEPISY PRAWNE

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483 z późn. zm.). 2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. 3. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego. 4. Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego z dnia 23 sierpnia 1995 roku (Dz. U. 1995 nr 103 poz. 514). 5. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny (Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.).

nadesłano: 13.11.2014
zaakceptowano do druku: 04.12.2014