

Przymus bezpośredni w aspekcie etycznym

Direct coercion in the ethical aspect

KAROLINA FILIPSKA¹, ROBERT ŚLUSARZ²

¹ Studenckie Koło Naukowe „Neuronauka” przy Zakładzie Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu

² Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/lwP.2017.024>

ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Przymus bezpośredni jest elementem interwencji medycznej. Przy jego zastosowaniu dochodzi wówczas do naruszenia podstawowych praw człowieka tj. prawa wolności. Przymus bezpośredni jest działaniem stosowanym wobec pacjentów w stanie pobudzenia bądź agresji. W pewnych okolicznościach stanowi konieczność. Należy pamiętać, iż powinien być stosowany jako działanie absolutnie ostateczne. Celem pracy jest ukazanie przymusu bezpośredniego w aspekcie etyki medycznej.

Przegląd. Etyka to ogół zasad moralnych, które są przyjęte w określonym czasie przez daną zbiorowość społeczną. Często określana jest ona także jako synonim moralności. Również Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia wszystkim swoim obywatelom fundamentalne prawo do zachowania i poszanowania ich wolności i godności. Te dwie wartości stanowią nieodzowny element natury człowieka. Stosowanie przymusu bezpośredniego w uzasadnionych ściśle przypadkach nie stanowi naruszenia dóbr etycznych i autonomii człowieka. Ze strony medycznej przymus bezpośredni stanowi interwencję terapeutyczną. Jego wiodącym celem jest zabezpieczenie chorego przed pogorszeniem stanu zdrowia oraz umożliwienie udzielenia mu pomocy medycznej.

Wnioski. Obowiązujące w Polsce prawo dopuszcza stosowanie czterech różnych form przymusu bezpośredniego w określonych ściśle sytuacjach. Zastosowanie przymusu powinno stanowić ostateczność w skrajnych i wyjątkowych zdarzeniach. Zawsze należy pamiętać, iż stosowanie środków

przymusu bezpośredniego powinno odbywać się z poszanowaniem praw godności człowieka.

Słowa kluczowe: etyka, przymus bezpośredni, pacjent

Abstract:

Introduction. Direct coercion is an element of medical intervention. When it is applied, then there is a violation of basic human rights, .ie. the right to freedom. Direct coercion is an action applied to patients in a state of agitation or aggression. It is a necessity in certain circumstances. It should be remembered that it can be used as an absolutely final measure. The aim of the work is to show direct coercion in the aspect of medical ethics.

Overview. Ethics is defined as a code of moral principles that are adopted at a given time by a given social community. Often it is also referred to as a synonym of morality. Also, the Constitution of the Republic of Poland provides its citizens with the fundamental right to preserve and respect their freedom and dignity. These two values are an indispensable element of human nature. The use of direct coercion in strictly substantiated cases is not a violation of ethical values and human autonomy. From medical point of view, direct coercion is a therapeutic intervention. Its leading goal is to protect patients from health deterioration and to enable them medical assistance.

Conclusions. Law in Poland allows the use of four different forms of direct coercion in strictly defined situations. The use of coercion should be the last resort in extreme and exceptional events. It should always be remembered that the use of direct coercion measures should respect the rights of human dignity.

Keywords: ethics, direct coercion, patient

Wstęp

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego stanowi trudną sytuację w relacji pacjent- personel medyczny. Dzieje się tak,

ponieważ przymus bezpośredni stanowi naruszenie godności, wolności i nietykalności osobistej i cielesnej człowieka. Należy, jednak pamiętać, iż etyczne i zgodne z prawem jest jego zastosowanie w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi, osobom w najbliższym otoczeniu pacjenta, a także w przypadku zapewnienia bezpieczeństwa personelowi medycznemu. Przymus bezpośredni jest działaniem stosowanym wobec pacjentów, którzy znajdują się w stanie pobudzenia bądź agresji. W pewnych okolicznościach jest to koniecznością, ale należy także pamiętać, iż powinien być stosowany jako działanie absolutnie ostateczne. Celem pracy jest przedstawienie przymusu bezpośredniego jako istotnego aspektu w ujęciu etyki medycznej.

Przegląd literatury

Definicja etyki

Etyka [gr. tá ēthiká 'traktat o obyczajach' < éthos 'obyczaj', 'charakter'] to ogół zasad moralnych, które są przyjęte w określonym czasie przez daną zbiorowość społeczną. Stanowią one punkt odniesienia dotyczący oceny i uporządkowania działań prowadzący do integracji zbiorowości na temat prezentowanych wartości i synonimów moralności [1]. Definitywnie etyka stanowi naukę o moralności. Często określana jest ona także jako synonim moralności. Odnosi się ona także do obyczajów, zwyczajów. Etyka tłumaczona jest także jako teoria wartości i czynów moralnych [2]. Moralność według słownika PWN oznacza „zespół ocen, norm i zasad określających zakres poglądów i zachowań uważanych za właściwe” [1]. Maria Ossowska kategoryzuje normy moralne na:

- normy odnoszące się do istnienia biologicznego;
- normy odnoszące się do godności człowieka;
- normy odnoszące się do sprawiedliwości;
- normy odnoszące się do zaufania;

- normy odnoszące się do prywatności;
- normy odnoszące się do niezależności
- normy regulujące i łagodzące konflikty społeczne.

Etyka zawodowa

W literaturze przedstawiona została także definicja etyki zawodowej i brzmi ona w następujący sposób: „Etyka zawodowa jest nauką filozoficzną o usprawnieniach moralnych człowieka, potrzebnych do wykonania ulubionej pracy. Zawód bowiem jest wykonywaniem tej pracy, którą najbardziej się lubi i najlepiej się umie.” [3]. Etyka zawodowa stanowi teorię odpowiedzialnej, tj. moralnie poprawnie wykonywanej pracy. Realizowana ona zostaje w wyniku osiągniętych sprawności w konsekwencji warunkujących efektywną i wydajną pracę [4, 5]. Treść norm etyki zawodowej jest określona przez treść odgrywanej roli społecznej charakteryzującej osoby wykonujące dany zawód [5, 6]. Według J. Sikory składowe etyki zawodowej to:

- odpowiednia dla wyznaczonego zawodu konkretyzacja ogólnie przyjętych w zbiorowości wymogów i zasad moralnych;
- wyznaczenie charakterystycznej dla każdego systemu moralności zawodowej hierarchii wartości;
- istota preferowania przez daną grupę zawodową określonego sposobu rozwiązywania konfliktów zasad i norm moralnych [7].

Wiele grup zawodowych reguluje swoje normy postępowania w kodeksie etycznym. Kodeks ten uwzględnia w głównej mierze specyfikę działań określonej zbiorowości. Cechy charakterystyczne kodeksu etycznego to:

- normowanie (nie należy, aby kodeks zawierał charakterystykę wartości i ideałów, którym oddana jest korporacja);
- dbanie o interes publiczny;
- rzeczowość i uczciwość [5].

Istnieją grupy zawodowe np. kierunki medyczne, które w przeciągu swojej kariery pozostają w centrum zainteresowania opinii społecznej. Powszechnie uznaje się, iż do wykonywania tej pracy niezbędne jest tzw. powołanie. Kontrowersje budzi, natomiast temat granicy między pracą a służbą. Elementy etyczne w zawodach medycznych stanowią istotny aspekt pracy z drugim człowiekiem [8, 9]. Presja otoczenia oddziałuje coraz silniej na system ochrony zdrowia w Polsce, dlatego istotną rolę odgrywa przestrzeganie zasad etycznych. Definicja etyki nawiązuje zawsze do ludzi, a nie firm i organizacji, według definicji „Etyczna firma to wspólnota ludzi budujących trwałą i silną kulturę opartą na poszanowaniu praw i prywatności ludzkiej” [8, 10].

Przymus bezpośredni a etyka

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia wszystkim swoim obywatelom fundamentalne prawo do zachowania i poszanowania ich wolności i godności [11]. Te dwie wartości stanowią nieodzowny element natury człowieka [12]. Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przyznaje każdemu pacjentowi prawo do wyrażania zgody na podjęcie interwencji medycznych, a także uprawnienie do odmowy poddania się im [13]. Istotny jest fakt, iż ustawodawca określił także możliwość podejmowania interwencji medycznych bez uzyskania zgody bądź przy sprzeciwie uprawnionego podmiotu. Do tych szczególnych sytuacji zaliczamy m.in. zastosowanie przymusu bezpośredniego [14, 15]. W aspekcie prawnym przymus bezpośredni definiowany jest 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” [16]. Ze strony medycznej przymus bezpośredni stanowi interwencję terapeutyczną. Celem tej interwencji jest umożliwienie pacjentowi odzyskania zdolności do

samokontroli [17]. Przymus bezpośredni powinien być rozpatrywany w aspekcie dwóch poziomów tj. dobra pacjenta oraz z perspektywy zespołu terapeutycznego. Jego wiodącym celem jest zabezpieczenie chorego przed pogorszeniem stanu zdrowia oraz umożliwienie udzielenia mu pomocy medycznej. Osoby u których zastosowano przymus bezpośredni stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia swojego, pozostałych pacjentów oraz personelu medycznego [18]. Przepisy międzynarodowe i krajowe określają życie i zdrowie ludzkie jako wartość najwyższą, dlatego w niektórych zaistniałych sytuacjach etyczne jest zastosowanie przymusu bezpośredniego. Autonomia chorych jest statystycznie częściej naruszana u osób z zdiagnozowanymi zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Należy jednak zaznaczyć, iż stany pobudzenia mogą pojawić się w przebiegu wielu chorób somatycznych. Stanowią one wówczas realne zagrożenie dla samego pacjenta, ale i dla osób znajdujących się w jego otoczeniu. Ustawodawca wskazuje także zastosowanie przymusu bezpośredniego w określonych sytuacjach jako zgodne z prawem. Przepis art. 26 §1. Kodeksu karnego mówi, iż „Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego”. W aspekcie etycznych w odniesieniu do pacjentów niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody, z niewielkimi wyjątkami interwencja medyczna może zostać zastosowana tylko i wyłącznie wtedy, kiedy jest to dla jednostki bezpośrednio korzystne. Etyka zatem nie wyklucza stosowania środków przymusu bezpośredniego, gdy stanowią one konieczne dobro dla pacjenta [19].

Aspekty prawne przymusu bezpośredniego

Do najważniejszych aktów prawnych regulujących przymus bezpośredni zaliczamy Ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 roku

o ochronie zdrowia publicznego (z późniejszymi zmianami) [21] oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania [22]. W/w Rozporządzenie dokonuje określenia sposobu stosowanego przymusu bezpośredniego względem pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, form dokumentowania oraz prawidłowego rozpoznawania zasadności zastosowanego przymusu bezpośredniego [22]. Zgodnie z Ustawą z dnia 3 grudnia 2010 roku o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przymus bezpośredni może zostać zastosowany u osób, które:

1. „dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a. życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b. bezpieczeństwu powszechnemu, lub
2. w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
3. poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej” [21].

O wszczęciu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz. Dokonuje on także wyboru rodzaju zastosowania środka przymusu [21]. Lekarz zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie izolacji bądź unieruchomienia na czas 4 godzin. Następnie po osobistym zbadaniu może dokonać przedłużenia stosowania przymusu na kolejne dwa okresy 6-ścio godzinne. Dalsze przedłużanie procesu unieruchomienia możliwe jest wyłącznie po każdorazowym osobistym zbadaniu pacjenta i uzyskaniu opinii lekarza psychiatry [22]. W nagłych sytuacjach, kiedy nie ma możliwości uzyskania natychmiastowej decyzji lekarza, działania może podjąć pielęgniarka. Należy jednak pamiętać, iż musi ona osobiście nadzorować wykonanie procedury przymusu bezpośredniego. Kolejno powinna ona niezwłocznie o zaistniałej sytuacji powiadomić lekarza. Uprawnienie to zostało nadane

pielęgniarkom pracującym na oddziałach psychiatrycznych oraz jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej. Przed wykonaniem przymusu bezpośredniego należy powiadomić pacjenta wobec, którego środki przymusu mają być zastosowane. Wybór środka przymusu powinien być dokonywany w aspekcie najmniejszej uciążliwości dla podopiecznego. Istotne jest także odnotowanie w prowadzonej dokumentacji medycznej każdorazowego przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego [21].

Formy przymusu bezpośredniego

Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia publicznego (z późniejszymi zmianami) wyróżniamy 4 formy przymusu bezpośredniego:

1. Przytrzymanie- stosowane doraźnie. Jest to krótkotrwałe unieruchomienie pacjenta z użyciem wobec niego siły.
2. Przymusowe zastosowanie leków- również doraźne lub zaplanowane w procesie leczniczym wprowadzenie bez zgody danej osoby leków do jej organizmu.
3. Unieruchomienie- stanowi proces ubezwłasnowolnienia przy pomocy pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa i innych.
4. Izolacja- umieszczenie chorego pojedynczo. Pomieszczenie, w którym znajduje się pacjent jest zamknięte i odpowiednio przystosowane.

Wnioski

Obowiązujące w Polsce przepisy prawa dopuszczają stosowanie czterech różnych form przymusu bezpośredniego w określonych sytuacjach. Przymus bezpośredni ma swoje zastosowanie zarówno w placówkach psychiatrycznych jak

i ośrodkach poza psychiatrycznych. Decyzja o zastosowaniu przymusu powinna być swoistą ostatecznością. Jej zastosowanie powinno być poprzedzone uprzednim poinformowaniem osoby, wobec której ma zostać podjęty ten środek. Istotny jest fakt, iż stosowane środki przymusu bezpośredniego nie mogą być stosowane profilaktycznie. Powinien on być traktowany jako ratunek w wyjątkowej sytuacji i dopuszczalny w wyjątkowych sytuacjach. Zawsze należy pamiętać, iż stosowanie środków przymusu bezpośredniego powinno odbywać się z poszanowaniem praw godności człowieka.

Bibliografia/Bibliography:

1. Encyklopedia Popularna PWN. Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017.
2. Migoń P.M. Wstęp do etyki. Skrypt. Wydawnictwo Elektronicznie, Gdańsk 2013.
3. Gogacz M. Czym jest etyka zawodowa. Andrzejuk A. (Red.), Zagadnienie etyki zawodowej. Oficyna Wydawnicza Navo, Warszawa 1998.
4. Mariański J. Socjologia moralności Marii Ossowskiej w opinii wybranych środowisk katolickich. Zeszyty Naukowe KUL. 2016; 234: 23-45.
5. Drzeżdżon W. Etyczne aspekty pracy zawodowe. Wybrane zagadnienia. Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość. 2013; 10: 21-35.
6. Drzeżdżon W. Etyczno-deontologiczne kompetencje nauczyciela-wychowawcy. Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość. 2007; 4: 204-210.

7. Januszek H., Sikora J. Socjologia pracy. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1998.
8. Rębak D., Głuszek S. Wpływ poczucia koherencji i stopnia wykształcenia na motywy i zadowolenie z dokonanego wyboru zawodu ratownika medycznego. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014; 22(4): 490-495.
9. Buchelt B. Perspektywa rozwoju funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych w Polsce. Stępniewski J., Karniej P., Kęsy M. (Red.), *Innowacje organizacyjne w szpitalach. ABC a Wolters Kluwer business*, Warszawa 2011.
10. Stor M. Prawne i etyczne zagadnienia zarządzania kadrami. Listwan T. (Red.), *Zarządzanie kadrami*. Wyd. IV zmienione, C.H. Beck, Warszawa 2010.
11. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U.1997.78. 483 z późn. zm.).
12. Banaszak B. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej: komentarz*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2012.
13. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).
14. Dukiet-Nagorska T. *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
15. Kobińska A. Zakres autonomii pacjenta na przykładzie nie wyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas

ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości. *Transformacje Prawa Prywatnego*. 2006; 3: 35-51.

16. Milik A. Przymus bezpośredni w psychiatrii w świetle obowiązujących przepisów. *Prawo i Medycyna*. 2007; 2.
17. Kokoszka A. Postępowanie w stanach nagłych. Bilikiewicz A., Pużyński A.S., Rybakowski J., Wciórka J. (Red.), *Psychiatria*. Urban&Partner, Wrocław 2003.
18. Behnam M., Tillotson R., Davis S. Davis S., Hobbs G. Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J Emerg Med*. 2011; 40(5): 565-579.
19. Lisowska A. Ograniczenie autonomii jednostki, a może ochrona konstytucyjnych praw i wolności człowieka. Normatywne aspekty stosowania „przymusu bezpośredniego” w psychiatrii. *Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna*. 2014; 3(2): 111-138.
20. Ustawa z dnia 2 sierpnia 1997 roku Kodeks karny (Dz. U. rok 1997 numer 88 poz. 553).
21. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia publicznego ((Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. 2012 poz. 740).