

Przymus bezpośredni czy ochrona przed upadkiem – gdzie leży granica?

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: sobota, 12, lipiec 2025 16:21

Patrycja Grebla-Tarasek

Odsłony: 677

Stosowanie przymusu bezpośredniego w ochronie zdrowia psychicznego to jedno z najbardziej delikatnych i budzących kontrowersje zagadnień – zarówno na gruncie etycznym, jak i prawnym. Szczególnie istotne staje się ono w kontekście opieki nad pacjentami wymagającymi szczególnego nadzoru. Kluczowe jest tu rozróżnienie między działaniami mającymi na celu zabezpieczenie chorego przed upadkiem a formalnym zastosowaniem przymusu bezpośredniego, które podlega ścisłym regulacjom prawnym.

Utożsamianie tych dwóch działań może prowadzić do poważnych nadużyć, a nawet do naruszenia praw pacjenta. Przepisy jasno precyzują, kiedy i w jakich okolicznościach można sięgnąć po środki przymusu bezpośredniego - mowa o art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz odpowiednich rozporządzeniach wykonawczych. Zgodnie z prawem, przymus bezpośredni może być zastosowany wyłącznie w określonych przypadkach, między innymi w sytuacji, gdy pacjent stwarza bezpośrednie zagrożenie dla siebie lub otoczenia. Tymczasem stosowanie takich środków wobec osób, które wymagają jedynie ochrony przed upadkiem np. dla ich bezpiecznego przebywania w łóżku czy podczas transportu stanowi nadużycie i jest całkowicie bezpodstawne.

Warto podkreślić, że zabezpieczenie pozycji pacjenta przed upadkiem to zupełnie odrębna kwestia. W praktyce zdarza się, że konieczne jest ustabilizowanie pozycji chorego w łóżku, fotelu czy na wózku inwalidzkim dla jego własnego bezpieczeństwa. Służą temu różnorodne środki pomocnicze, takie jak bariery łóżkowe, stoliki stabilizujące, ruchome podparcia czy nawet specjalne szelki dla dorosłych. Stosowanie tego typu sprzętu nie mieści się jednak w definicji przymusu bezpośredniego zawartej w ustawie. Nie można zatem kwalifikować takich działań jako ograniczenia wolności pacjenta w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego.

Mimo wszystko kwestia ta wymaga odpowiedniego uregulowania w praktyce klinicznej. Dobrym rozwiązaniem byłoby wdrożenie jasnej procedury dotyczącej stosowania zabezpieczeń przed upadkiem lub nagłą zmianą pozycji jako elementu procesu pielęgnowania pacjenta. Dokument taki powinien precyzować, kto i w jakich sytuacjach podejmuje decyzję o zastosowaniu dodatkowych środków bezpieczeństwa być może w niektórych przypadkach decyzja powinna być podejmowana we współpracy z lekarzem. Ważne jest również określenie, jakiego rodzaju sprzęt może być wykorzystywany i jakie kryteria muszą zostać spełnione, by sięgnąć po konkretne rozwiązanie.

Nie mniej istotna jest kwestia dokumentowania takich działań. Wpisy dotyczące zastosowania środków zabezpieczających powinny znaleźć się w dokumentacji medycznej pacjenta, zwłaszcza w części poświęconej procesowi pielęgnowania. Wyraźnie należy zaznaczyć, że do tych celów nie powinny być wykorzystywane pasy magnetyczne unieruchamiające pacjenta w sposób całkowity bez możliwości samodzielnej zmiany pozycji. Ich zastosowanie może nosić znamiona przymusu bezpośredniego i powinno być ściśle ograniczone do sytuacji, w których zachodzą przesłanki ustawowe.

Współczesna opieka psychiatryczna stoi przed wyzwaniem pogodzenia troski o bezpieczeństwo pacjenta z poszanowaniem jego godności i praw. Jasne rozgraniczenie między przymusem a działaniami ochronnymi to krok w stronę bardziej etycznej i świadomej praktyki medycznej.

Źródło: [RPP](#)