MEDICAL SCIENCES

LEGAL ASPECTS OF EMERGENCY PSYCHIATRIC INTERVENTION

Krystyna Mizerska
PhD, MD, Polonia University in Czestochowa,
e-mail: krisha@o2.pl, orcid.org/0000-0003-1101-7759, Poland
Adrianna Kosior-Lara
MA, Polonia University in Czestochowa,
e-mail: a.lara@ap.edu.pl, orcid.org/0000-0002-3388-1217, Poland
Viera Rusnáková
Prof., MUDr., CSc., MBA, Trnava University in Trnava,
e-mail: viera.rusnakova@truni.sk, orcid.org/0000-0002-1163-6675, Slovakia

Abstract. The purpose of this article is to discuss the legal aspects applicable in emergency psychiatric intervention. Therefore, inter alia, the provisions of the act on the protection of mental health (dated August 19, 1994) and the act on the rights of the patient and the Patient's Rights Ombudsman (6 November 2008) are recalled in this article. In addition, examples of the emergency states in which psychiatric interventions may take place are given in this paper. Moreover, the importance of the therapeutic-diagnostic contact with the patient with psychopathological disorders is taken into account. The article highlights the need for the knowledge of the aforementioned legal aspects since, in many cases, it can protect the life of the patient or the life of medical staff.

Keywords: mental health, legal aspects, psychiatric intervention, Patient's Rights Ombudsman, therapeutic-diagnostic contact.

DOI: http://dx.doi.org/10.23856/2513

Wstęp

Stany nagłe w psychiatrii to takie zaburzenia myślenia, afektu i zachowania, które wymagają natychmiastowego działania w celu uniknięcia poważnych skutków (śmierć, urazy fizyczne i psychiczne lub zniszczenie mienia) *(Kaplan, Sadock, Sadock, 2009).* Interwencjom w stanach nagłych towarzyszą intensywne emocje, lęk, agresja, bezradność, niejednoznaczność wyborów. Osoba pomagająca pacjentowi w ostrym stanie musi być świadoma swoich przeżyć oraz powinna znać podstawowe akty prawne, regulujące zasadność postępowania. Pomaga to w dystansowaniu się od wyżej wymienionych emocji i ich wpływu na racjonalność podejmowanych decyzji. Nikt nie jest w stanie w warunkach silnego napięcia funkcjonować bezbłędnie *(Heitzman, Furgał, 2007)*. Aktualna wiedza prawna powoduje minimalizowanie możliwych skutków błędów medycznych. W grupie wykroczeń zawodowych lekarzy i pielęgniarek literatura medyczna najczęściej w tym zakresie podaje: nieprzestrzeganie tajemnicy zawodowej, naruszenie prawa pacjenta do poszanowania godności osobistej i intymności, podmiotowe traktowanie pacjentów, brak kultury, niewłaściwe postawy wobec pacjenta i jego najbliższych, ograniczanie dostępu do informacji na temat stanu zdrowia pacjenta, nieuzasadnione podanie silnych leków uspokajających lub neuroleptyków, zacierające obraz kliniczny, utrudniające diagnozę lub w wypadku

intoksykacji powodujące zagrożenie życia pacjenta, stosowanie środków przymusu bezpośredniego, bez próby wcześniejszego nawiązania kontaktu z zabezpieczoną osobą i oceny realnego zagrożenia przemocą *(Heitzman, Furgał, 2007).*

Analizując zapisy prawne kodeksu karnego, każdy pracownik jest obowiązany do podjęcia działań mających na celu pomoc osobie znajdującej się w stanie bezpośredniego zagrożenia utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W przypadku zaniechania tego obowiązku sprawcy grozi zarówno odpowiedzialność karna, jak i*pracownicza.* W myśl art. 162 § 1 k.k., kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Należy również dodać, że w myśl art. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym *(Ustawa Państwowym Ratownictwie Medycznym, 8 września 2006).* (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r., poz. 757 z późn. zm.) – dalej u.p.r.m. osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 z późn. zm.) – dalej k.k. dla funkcjonariuszy publicznych. Powyższy przepis nie tylko chroni osobę ratującą przed zarzutem złamania nietykalności cielesnej poszkodowanego, ale również zapewnia ochronę prawną w przypadku poniesionej szkody na mieniu i zdrowiu *(Ustawa. Kodeks karny, 6 czerwca 1997).*

Z tytułu takiej szkody, osobie, która ją poniosła w następstwie udzielania przez nią pierwszej pomocy, zgodnie z art. 6 ust. 1 u.p.r.m. przysługuje roszczenie o naprawienie tej szkody od Skarbu Państwa reprezentowanego przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce powstania szkody. Należy w tym miejscu przypomnieć, że zgodnie z art. 211 pkt 6 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1666) – dalej k.p. jednym z podstawowych obowiązków pracownika jest niezwłoczne zawiadomienie przełożonego o zauważonym w zakładzie pracy wypadku albo zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego oraz ostrzec współpracowników, a także inne osoby znajdujące się w rejonie zagrożenia, o grożącym im niebezpieczeństwie *(Ustawa. Kodeks pracy, 26 czerwca 1974).* Niedopełnienie tego obowiązku może skutkować nałożeniem na pracownika jednej z kar wymienionych w katalogu z art. 108 k.p. (kary upomnienia, nagany i pieniężna), a nawet rozwiązaniem przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika (w trybie art. 52 § 1 k.p.), w związku z ciężkim naruszeniem przez pracownika jego podstawowych obowiązków pracowniczych.

Do najczęściej występujących stanów nagłych w psychiatrii możemyzaliczyć:tendencje i próby samobójcze,zachowania agresywne i autoagresywne,silne pobudzenie ze zdezorganizowanym działaniem,nagłe stany lęku,stany, w których objawy psychopatologiczne są przejawem zagrażającego pacjentowi schorzenia somatycznego *(Heitzman, Furgał, 2007).* Interwencje psychiatryczne w stanach nagłych mogą mieć miejsce m. in. w przebiegu zaburzeń psychotycznych (np. zespoły urojeniowe) i nerwicowych (np. nagły stan lękowy, napad paniki), przy nadużywaniu i uzależnieniu od substancji psychoaktywnych oraz w przebiegu zaburzeń organicznych, których przyczynę stanowią czynniki uszkadzające tkankę mózgową. Nieoczekiwane sytuacje wynikające z zaburzeń psychicznych mogą stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia i życia chorego, jego rodziny i innych osób. Chory w podnieceniu maniakalnym, w urojeniach nihilistycznych lub w ciężkiej depresji, w stanach otępiennych czy depresyjnych lekceważy i zaniedbuje stan swojego zdrowia. Jego życiu mogą zagrażać zamiary samobójcze lub zamierzone samookaleczenia,

będące skutkiem zaburzeń osobowości, urojeń czy też słabych zdolności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Niebezpieczne mogą być zachowania chaotyczne podczas nasilonego napadu lęku, paniki lub ostrej psychozy. Rodzinie chorego i innym osobom mogą zagrażać jego urojenia paranoidalne, prześladowcze, które wywołują groźby, przemoc i agresję. Rodzice w schizofrenii i manii mogą zaniedbywać dzieci, matki w depresji lub psychozie okołoporodowej nie są w stanie właściwie opiekować się noworodkami (*Stirling, Hellewell, 2011).* Od samego początku kontaktu z pacjentem, który wykazuje zaburzenia psychopatologiczne należy też zwracać uwagę na ewentualną konieczność siłowego zabezpieczenia pacjenta przed wyrządzeniem sobie krzywdy, opuszczeniem pomieszczenia, stosowaniem przemocy w stosunku do badającego lub innych osób.Osoby udzielające w takich sytuacjach pomocy muszą niejednokrotnie podejmować działania wbrew woli pacjenta, w tym używać wobecniego środków przymusu bezpośredniego *(Heitzman, Furgał, 2007; Stirling, Hellewell, 2011).* Stykają się ze skierowaną dosiebie agresją pacjenta, narażone są na gwałtowne, nieprzewidywalne, niekontrolowane zachowania. Mogą mieć znaczne trudności w kontakciez pacjentem. Muszą podejmować trudne decyzje dotyczące ewentualnegozabezpieczenia pacjenta, hospitalizacji. Dlatego należy tutaj przypomnieć ustawę o zdrowiu psychicznym z dnia 19 sierpnia 1994 r.z kolejnymi rozporządzeniami Ministra Zdrowia, regulującymi poszczególne zasady udzielania świadczeń wobec pacjenta wykazującego zaburzenia psychopatologiczne (*Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, 19 sierpnia 1994).* W art.18.

1. wskazano, że przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

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 podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w Art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

3. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację, o której mowa w ust. 2, pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

4. W szpitalu psychiatrycznym lekarz, o którym mowa w ust. 2, niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

5. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osoby, o której mowa w ust. 2, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, lub wobec osoby, o której mowa w ust. 1, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

6. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.

7. W sytuacji, o której mowa w ust. 5, 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 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.

8. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

9. W przypadkach określonych w ust. 1 jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.

10. 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.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, sposób:

1) stosowania przymusu bezpośredniego,

2) dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego, 3) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego – uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni (*Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, 19 sierpnia 1994).* Badanie stanu psychicznego osoby, przeprowadzane na żądanie sądu, prokuratora lub innego uprawnionego organu określa art. 19 wymienionej wyżej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, badanie to, powinno się odbywać w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W razie potrzeby badanie to może być przeprowadzone w rodzinnych ośrodkach diagnostyczno-konsultacyjnych, a wyjątkowo także w miejscu

zamieszkania osoby badanej (*Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, 19 sierpnia 1994).* Art. 20. tej samej ustawy o zdrowiu psychicznym reguluje także przepisy przewidujące wymóg wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej lub osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie stosuje się również do osoby ubezwłasnowolnionej częściowo, jeżeli wynika to z postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu kuratora (*Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, 19 sierpnia 1994).*

Omawiając przepisy prawne dotyczące interwencji psychiatrycznych w stanach nagłych należy równieżprzywołaćart. 22.1 określający tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Wskazano w nim, żeprzyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia. 1a. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, za jej pisemną zgodą, bez skierowania, o którym mowa w ust. 1. 2. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. 2a. W przypadkach nagłych osoba, o której mowa w ust. 2, może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa. 2b. W przypadkach, o których mowa w ust. 2a, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia niezwłocznie sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala, w celu uzyskania zgody sądu na pobyt tej osoby w szpitalu. Ta sama ustawa reguluje także przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie następujące za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża zgodę, o której mowa w ust. 3, za zgodą sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby; w wypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zgody sądu opiekuńczego przed przyjściem do szpitala psychiatrycznego. O każdorazowym przyjęciu osoby z zaburzeniami psychicznymi, w warunkach przewidzianych w ust. 5, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia bezzwłocznie sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie. Kolejnym istotnym działaniem w stanach nagłych w psychiatrii jest przyjęcie osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. 2. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. 3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany wyjaśnić choremu

przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach. 4. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia. 5. Czynności, o których mowa w ust. 2, 3 i 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Powyższe czynności określa art. 23. 1 ww. ustawy (*Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, 19 sierpnia 1994).*

Prawa pacjenta, w tym pacjenta z zaburzeniami psychopatologicznymi, są nierozerwalnie związane z prawami człowieka. Konstytucja Rzeczpospolitej –jako akt prawny najwyższej rangi, w rozdziale II Wolności, Prawa i Obowiązki Człowieka i Obywatela w artykule 30 stanowi: Niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.[8]Prawa pacjenta wynikają w ich ogólnym zapisie z praw i wolności osobistych jakie przysługują każdemu człowiekowi i są zagwarantowane w konstytucji Rzeczpospolitej.Poniżej zaprezentowane zostałyprzykładowe prawa. W rozdziale II WOLNOŚCI, PRAWA I OBOWIĄZKI CZŁOWIEKA I OBYWATELA Art.32. 1 wskazano, iż wszyscy są równi wobec prawa. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Art 32.2. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny[8]. W rozdziale WOLNOŚCI I PRAWA OSOBISTE. Art. 38. „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia".Art.39. „Nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody".Art.40. „Nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu". Zakazuje się stosowania kar cielesnych.Art.41.1 Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonym w ustawie.Art. 41.4. Każdy pozbawiony wolności powinien być traktowany w sposób humanitarny.Art.47. Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym.Art.49. Zapewnia się wolność i ochronę tajemnicy komunikowania się. Ich ograniczenie może nastąpić jedynie w przypadkach określonych w ustawie i w sposób w niej określony.Art.51.3. Każdy ma prawo dostępu do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych. Ograniczenie tego prawa może określić ustawa.Art.53. Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii[8].W rozdziale WOLNOŚCI I PRAWA EKONOMICZNE, SOCJALNE I KULTURALNE Art.68. 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Art.68. 2 Obywatelom nie zależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielanych świadczeń określa ustawa *(Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 2 kwietnia 1997).*

Kolejnym aktem prawnym mającym zastosowanie w powyższych stanach nagłych w psychiatrii jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Rozdział 2 art. 7. 1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia natomiast art. 8 określa prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych. Rozdział 3 Ustawy o prawach pacjentadotyczy prawa pacjenta do informacji i tutaj w art. 9. 1. ustawodawca wskazał, że Pacjent ma prawo

do informacji o swoim stanie zdrowia (*Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, 6 listopada 2008).*

Omawiając stany nagłe wymagające interwencji psychiatrycznych należy przedstawić również podstawowe postępowanie terapeutyczne, które polega na (Cameron, Sidorowicz, Grzesiak, 2012):

1. Nawiązaniu kontaktu i zebraniu wywiadu
2. Podstawowym badaniu lekarskim (w razie konieczności po zastosowaniu przymusu bezpośredniego)

a) Diagnoza w kierunku somatycznego podłoża zaburzeń:
-wykluczenie uszkodzeń strukturalnych (urazy czaszki, guzy mózgu, itp.), zatruć i schorzeń metabolicznych

b) Ocenie zagrożenia – życia pacjenta, życia i zdrowia innych osób – wynikającego z zaburzeń psychicznych pacjenta. W razie stwierdzenia niebezpieczeństwa podjęcie działań zabezpieczających takich jak:

- stały nadzór
- środki przymusu bezpośredniego
- pasy bezpieczeństwa
- leki

3. Przeprowadzenie badania stanu psychicznego pacjenta w kierunku psychiatrycznego podłoża zaburzeń i postawienie wstępnego rozpoznania:

- dokonanie oceny stanu świadomości –w tym- zaburzeń świadomości mających najczęściej podłoże somatyczne.

Rozważając temat interwencji w stanach nagłych bardzo ważnym elementem tego postępowania jest sam kontakt terapeutyczno-diagnostyczny z pacjentem wykazującym zaburzenia psychopatologiczne.Można tutaj wyszczególnić etapy, które należy bezwzględnie przestrzegać. Należą do nich *(Krupka-Matuszczyk, Matuszczyk, 2007*):

1. Nawiązanie kontaktu terapeutycznego
2. Cierpliwość i spokój
3. Aktywność i zdecydowanie
4. Empatia – współodczuwanie (spotkaj chorego w jego świecie)
5. Rozpatrywanie objawów pacjenta jako przejawów jego choroby (terapia, a nie osąd zachowania)
6. Wysłuchanie i uwzględnienie pragnień pacjenta
7. Ocena psychologicznych i socjologicznych czynników dekompensacji
8. Wydarzenia poprzedzające kryzys
9. Występowanie podobnych stresów i objawów w przeszłości
10. Typowe dla danej osoby sposoby radzenia ze stresem
11. Dlaczego teraz pacjent jest uwrażliwiony na dany stres
12. Określenie mocnych stron i źródeł oparcia pacjenta
13. Określenie poziomu funkcjonowania przed kryzysem
14. Wybór strategii i interwencji terapeutycznych
15. Cele dotyczące diagnozy i decyzji co do dalszego leczenia aktualnych zaburzeń psychicznych
16. Cele dotyczące interwencji psychoterapeutycznych wpływających na doraźny stan psychiczny chorego oraz na kształtowanie jego stosunku do własnych zaburzeń i procesu leczenia w przyszłości
17. Współudział pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących dalszego leczenia

18. Uwzględnienie możliwości wsparcia, jakie pacjent ma w swoim środowisku
19. Wzmocnienie silnych stron pacjenta
20. Akceptowanie bezradności pacjenta i pokazywanie możliwości pomocy, z jakiej może on skorzystać.

Wnioski

Znajomość cytowanych i przedstawionych aktów prawnych oraz ogólnych zasad postępowania w stanach nagłych w psychiatrii jest naczelnym warunkiem w kontakcie z osobami wykazującymi zaburzenia psychopatologiczne.

Aktualna wiedza prawna oraz procedury medyczne dotyczące postępowania w stanach nagłych często chronią pacjentów i personel udzielający świadczeń zdrowotnych przed popełnieniem błędów, które mogą skutkować poważnymi uszczerbkami na zdrowiu pacjenta jak i na zdrowiu pracowników medycznych i innych udzielających interwencji psychiatrycznej. Może również w niektórych przypadkach uchronić życie pacjenta lub np. lekarza czy pielęgniarki.

References

Cameron, A. D., Sidorowicz, S. K., Grzesiak, M. et all (Reds.). (2012). PSYCHIATRIA: Psychiatry. Wrocław: Urban & Partner. [in Poland].

Heitzman, J., Furgał, M. et all (Reds.). (2007). PSYCHIATRIA: podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL. [in Poland].

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2009). PSYCHIATRIA kliniczna- Pocket Hanbook of Clinical Psychiatry. Sidorowicz, S. K., Grzesiak, M., et all (Reds). Wrocław: Urban & Partner. [in Poland].

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (2 kwietnia 1997). Dz.U., No. 78 poz. 483. [in Poland].

Krupka-Matuszczyk, I., Matuszczyk, M. (2007). Psychiatria. Katowice: Wydawnictwo Ś.U.M., 111-117. [in Poland].

Stirling, J. D, Hellewell, J. S. E. (2011). Psychopathology. London; New York: Routledge. [in English].

Ustawa (26 czerwca 1974). Kodeks pracy. Dz. U. poz. 1666. [in Poland].

Ustawa (6 czerwca 1997). Kodeks karny Dz. U. 1137 z późn. zm. [in Poland].

Ustawa (8 września 2006). Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz.U., No. 191 poz. 1410. [in Poland].

Ustawa (6 listopada 2008). O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U., No. 52 poz. 417. [in Poland].

Ustawa (19 sierpnia 1994). O ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U., No. 111 poz. 535. [in Poland].