Rada Europy

Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom
oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu
(CPT)

COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

Strasburg, 21 marca 2017 CPT/Inf(2017)6

Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych

(zrewidowane standardy CPT)

W świetle wcześniejszych publikacji[1] w tym przedmiocie oraz ustaleń poczynionych w trakcie wielu wizyt w ostatnich latach w cywilnych i sądowych placówkach psychiatrycznych w różnych krajach europejskich, CPT podjął decyzję o zrewidowaniu swoich standardów dotyczących stosowania środków przymusu i skonsolidowaniu ich w niniejszym dokumencie.

[1] Zobacz paragrafy 47 - 50 8. Raportu Ogólnego w sprawie działalności CPT (CPT/Inf (98) 12) oraz paragrafy 36 - 54 16. Raportu Ogólnego w sprawie działalności CPT (CPT/Inf (2006) 35), jak również dokument CPT (2012) 28 w sprawie „stosowania środków przymusu w plcówkach psychiatrycznych".

Wprowadzenie

Z powodu ich inwazyjnego charakteru oraz potencjalnej możliwości nadużycia i złego traktowania CPT zawsze zwracał szczególną uwagę na stosowanie różnych typów środków przymusu wobec pacjentów placówek psychiatrycznych.

Na wstępie CPT chciałby podkreślić, że ostatecznym celem zawsze powinno być zapobieganie użyciu środków przymusu poprzez ograniczenie, jak najbardziej to możliwe, częstotliwości oraz czasu trwania ich stosowania. W tym celu niezwykle ważne jest, aby odpowiednie organy ds. zdrowia i kierownictwo zakładów psychiatrycznych opracowały strategię i podjęły szereg proaktywnych kroków, które powinny obejmować między innymi zapewnienie bezpiecznego środowiska materialnego (w tym na otwartym powietrzu), zatrudnienie wystarczającej liczby personelu medycznego, odpowiednie wstępne i bieżące szkolenie personelu zaangażowanego w stosowanie środków przymusu wobec pacjentów oraz promowanie rozwoju alternatywnych środków (w tym technik deeskalacji).

W większości krajów odwiedzanych przez CPT istnieje możliwość zastosowania jednego lub więcej następujących rodzajów środków przymusu:

(a) przymus fizyczny (tj. trzymanie przez personel lub unieruchamianie pacjenta za pomocą siły fizycznej – „ręczna kontrola");

(b) przymus mechaniczny (tj. stosowanie instrumentów przymusu, takich, jak pasy, by unieruchomić pacjenta);

(c) przymus chemiczny (tj. przymusowe podawanie leków w celu kontrolowania zachowania pacjenta);

(d) izolacja (tj. przymusowe umieszczenie pacjenta w zamkniętym pomieszczeniu).

1. Ogólne zasady

1.1. Stosowanie środków przymusu wobec agresywnych pacjentów psychiatrycznych, którzy stanowią zagrożenie dla siebie samych lub innych osób, wyjątkowo może być konieczne.[2]

1.2. Środki przymusu powinny zawsze być stosowane zgodnie z zasadami legalności, konieczności, proporcjonalności i odpowiedzialności.

1.3. Wszystkie rodzaje przymusu i kryteria ich stosowania powinny być regulowane przez prawo.

1.4. Stosowanie przymusu wobec pacjentów powinno być traktowane, jako środek ostateczny (ultimo ratio), aby zapobiec nieuchronnej szkodzie dla nich samych lub innych osób, a przymus należy zawsze stosować przez możliwie najkrótszy czas. Po ustaniu sytuacji awaryjnej powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania.

1.5. Środki przymusu to środki bezpieczeństwa, które nie mają terapeutycznego uzasadnienia.

1.6. Środki przymusu nigdy nie powinny być stosowane, jako kara, ani dla wygody personelu, z powodu niedoboru personelu, czy zamiast właściwej opieki, czy leczenia.

---

[2] Zobacz również Artykuł 27 Rec(2004)10 Zalecenia Komitetu Ministrów do państw członkowskich w sprawie ochrony praw człowieka i godności osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również wyroki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach *Bureš p. Republice Czeskiej* (18 października 2012 r.; skarga nr 37679/08; paragraf 86) oraz *M.S. p. Chorwacji* (19 lutego 2015 r.; skarga nr 75450/12; paragraf 97).

1.7. Każdy zakład psychiatryczny powinien dysponować kompleksową, starannie opracowaną polityką dotyczącą stosowania środków przymusu. Niezbędne jest zaangażowanie i wsparcie zarówno personelu, jak i kierownictwa w opracowywaniu takiej polityki. Taka polityka powinna mieć na celu zapobieganie, w miarę możliwości, ucieczce do środków przymusu i powinna jasno określać, które środki przymusu mogą być stosowane, w jakich okolicznościach, praktyczne sposoby ich stosowania, wymagany nadzór i działania, które należy podjąć po zakończeniu ich stosowania. Polityka powinna również zawierać sekcje dotyczące innych ważnych kwestii, takich jak: szkolenie personelu; dokumentacja; mechanizmy sprawozdawczości wewnętrznej i zewnętrznej; informowanie; i procedury skargowe. Ponadto pacjenci powinni otrzymać odpowiednie informacje na temat polityki zakładu w zakresie stosowania środków przymusu.

2. Autoryzacja

Każde uciekanie się do środków przymusu powinno być zawsze wyraźnie zaordynowane przez lekarza po indywidualnej ocenie lub natychmiastowo podane do wiadomości lekarza w celu uzyskania jego zgody. W tym celu lekarz powinien zbadać pacjenta tak szybko, jak to możliwe. Żadne ogólne zezwolenie na zastosowanie środków przymusu nie powinno być akceptowane.

3. Stosowanie środków przymusu

3.1. Środki przymusu powinny zawsze być stosowane umiejętnie i ostrożnie, w celu zminimalizowania ryzyka urazu lub spowodowania bólu u pacjenta i zachowania w jak największym stopniu jego / jej godności. Personel powinien być odpowiednio przeszkolony, zanim weźmie udział w praktycznym stosowaniu środków przymusu.

3.2. W przypadku fizycznego (ręcznego) środka przymusu, personel powinien być specjalnie przeszkolony w zakresie technik trzymania, które minimalizują ryzyko obrażeń. Chwyty za szyję i techniki, które mogą blokować drogi oddechowe pacjentów lub powodować ból, powinny być zabronione.

3.3. Dla celów mechanicznego środka przymusu należy stosować wyłącznie urządzenia zaprojektowane w celu ograniczania szkodliwych skutków (najlepiej wyścielane pasy z materiału) w celu zminimalizowania ryzyka urazu i / lub bólu u pacjenta. W celu unieruchomienia pacjenta nie należy nigdy stosować kajdanek, ani łańcuchów. Pacjenci poddawani środkom przymusu powinni być zawsze ustawieni twarzą do góry z ramionami skierowanymi w dół. Pasy nie mogą być zbyt ciasne i powinny być stosowane w sposób, który pozwala na maksymalny bezpieczny ruch ramion i nóg. Funkcje życiowe pacjenta, takie jak oddychanie i zdolność komunikowania się, nie mogą być utrudniane. Pacjenci poddani środkom przymusu powinni być odpowiednio ubrani i, w miarę możliwości, móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym.

3.4. Stosowanie z łóżek z siecią (lub klatką) powinno być zabronione w każdych okolicznościach.

3.5. Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu.

3.6. Przy stosowaniu środków przymusu wobec pacjenta, inni pacjenci nie mogą pomagać personelowi.

3.7. W przypadku zastosowania chemicznego środka przymusu, należy stosować tylko zatwierdzone, dobrze znane i krótko działające leki. Skutki uboczne, które leki mogą wywoływać u danego pacjenta, muszą być stale brane pod uwagę, szczególnie gdy lek stosuje się w połączeniu z mechanicznym środkiem przymusu lub izolacją.

3.8. Jeśli chodzi o izolację, to pomieszczenie, w którym są umieszczani pacjenci, powinno być specjalnie zaprojektowane do tego konkretnego celu. W szczególności powinno zapewniać bezpieczeństwo pacjenta i uspakajające warunki.

4. Czas trwania

4.1. Czas stosowania środków przymusu mechanicznego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw ich zastosowania. Utrzymywanie środków przymusu mechanicznego przez kilka dni nie może mieć żadnego uzasadnienia i mogłoby, zdaniem CPT, być równoznaczne z złym traktowaniem.

4.2. Jeśli, wyjątkowo, z istotnych powodów, stosuje się środki przymusu mechanicznego lub izolację pacjenta dłużej niż przez kilka godzin, to środek taki powinien być poddawany kontroli lekarza w krótkich odstępach czasu. W przypadkach, w których środki przymusu stosuje się w sposób powtarzalny, należy rozważyć udział drugiego lekarza i przeniesienie danego pacjenta do bardziej wyspecjalizowanej placówki psychiatrycznej.

5. Wybór rodzaju(ów) środków przymusu

W przypadkach, w których rozważane jest stosowanie środków przymusu, pierwszeństwo należy przyznać najmniej restrykcyjnemu i najmniej niebezpiecznemu środkowi przymusu. Przy wyborze dostępnych środków przymusu należy wziąć pod uwagę czynniki takie jak opinia pacjenta (w tym wszelkie preferencje wyrażone z wyprzedzeniem) i wcześniejsze doświadczenia.

6. Jednoczesne stosowanie różnych rodzajów przymusu

Czasami izolację, mechaniczne lub fizyczne środki przymusu można łączyć z chemicznymi środkami przymusu. Taka praktyka może być uzasadniona tylko wtedy, gdy istnieje prawdopodobieństwo skrócenia okresu stosowania środka przymusu lub gdy zostanie to uznane za konieczne, aby zapobiec poważnej szkodzie dla pacjenta lub innych osób.

7. Nadzór

Każdy pacjent poddawany mechanicznemu środkowi przymusu lub izolacji powinien podlegać stałemu nadzorowi. W przypadku mechanicznego środka przymusu, wykwalifikowany członek personelu powinien być stale obecny w pokoju w celu utrzymania relacji terapeutycznej z pacjentem i udzielenia mu pomocy. Jeżeli pacjenci są trzymani w odosobnieniu, członek personelu może znajdować się poza pokojem pacjenta (lub w sąsiednim pomieszczeniu z oknem łączącym), pod warunkiem, że pacjent może widzieć członka personelu, a ten może stale obserwować i słyszeć pacjenta. Oczywiście nadzór wideo nie może zastąpić ciągłej obecności personelu.

8. Informowanie pacjenta

Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał i przywrócenie relacji lekarz-pacjent. Daje to również szansę pacjentowi, wraz z personelem, na znalezienie alternatywnych sposobów utrzymania kontroli nad samym sobą, co może zapobiec przyszłym wybuchom przemocy i kolejnemu zastosowaniu środków przymusu.

9. Stosowanie środków przymusu na prośbę pacjenta

Pacjenci mogą czasem poprosić o poddanie ich środkom przymusu. W większości przypadków takie prośby o „opiekę" sugerują, że potrzeby pacjentów nie są zaspokajane i należy wziąć pod uwagę inne środki terapeutyczne. Jeśli jednak pacjent zostanie poddany jakiejkolwiek formie przymusu na własną prośbę, to stosowanie tego środka powinno zostać zakończone, gdy tylko pacjent o to poprosi.

10. Stosowanie środków przymusu wobec pacjentów dobrowolnych

W przypadku gdy zastosowanie środków przymusu wobec dobrowolnego pacjenta zostanie uznane za konieczne, a pacjent się na to nie zgadza, należy dokonać weryfikacji statusu prawnego pacjenta.

11. Dokumentowanie i sprawozdawczość w zakresie przypadków stosowania środków przymusu

11.1. Doświadczenie wykazało, że szczegółowe i dokładne rejestrowanie przypadków stosowania środków przymusu może zapewnić kierownictwu szpitala kontrolę nad zasięgiem ich stosowania i umożliwić podjęcie odpowiednich działań w celu ograniczenia go. W tym celu należy ustanowić specjalny rejestr dokumentujący wszystkie przypadki użycia środków przymusu (w tym chemicznych środków przymusu). Taki rejestr powinien uzupełniać zapisy zawarte w osobistej dokumentacji medycznej pacjenta. Wpisy w rejestrze powinny obejmować czas rozpoczęcia i zakończenia stosowania środka; okoliczności sprawy; powody zastosowania środka; nazwisko lekarza, który go zaordynował lub zatwierdził; oraz opis wszelkich obrażeń odniesionych przez pacjentów lub personel. Pacjenci powinni być uprawnieni do załączania uwag do rejestru i powinni być informowani o tym prawie; na ich wniosek powinni otrzymać kopię pełnego wpisu.

11.2. Częstotliwość i czas trwania stosowania środków przymusu powinny być regularnie zgłaszane organowi nadzorczemu i / lub wyznaczonemu zewnętrznemu organowi monitorującemu (np. inspektoratowi służby zdrowia). Ułatwi to krajowy lub regionalny przegląd istniejących praktyk w zakresie stosowania środków przymusu, mając na uwadze wdrożenie strategii ograniczania częstotliwości i czasu ich stosowania.

12. Procedury skargowe

Skuteczne procedury składania skarg to podstawowe zabezpieczenie przeciwko złemu traktowaniu we wszystkich zakładach psychiatrycznych. Pacjenci psychiatryczni (a także członkowie ich rodzin lub przedstawiciele prawni) powinni mieć możliwość składania skarg w ramach systemu administracyjnego zakładów i powinni mieć prawo do kierowania skarg - na zasadzie poufności - do niezależnego podmiotu zewnętrznego. Procedury składania skarg powinny być proste, skuteczne i przyjazne dla użytkownika, szczególnie w odniesieniu do używanego języka. Pacjenci powinni mieć prawo do zasięgnięcia porady prawnej w sprawie skarg i korzystania z bezpłatnej pomocy prawnej, gdy wymaga tego interes wymiaru sprawiedliwości.