

Godność dziecka w szpitalu psychiatrycznym

The dignity of the child in a psychiatric hospital

¹ Katedra Socjologii Prawa i Praw Człowieka, Instytut Socjologii KUL. Kierownik Katedry: prof. Krzysztof Motyka

² Klinika Psychiatrii Młodzieżowej I Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Correspondence to: Błażej Kmieciak, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: bkmieciak@o2.pl

Source of finance: Department own sources

Streszczenie

Prawo do poszanowania godności dzieci korzystających ze świadczeń medycznych na oddziałach psychiatrycznych regulują między innymi ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz Kodeks Etyki Lekarskiej. Mimo obowiązywania od 1994 roku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pojawiają się informacje, które mogą świadczyć o naruszaniu godności dziecka w warunkach szpitala psychiatrycznego. **Materiał i metoda:** Analiza informacji uzyskanych z różnych źródeł (z mediów, Internetu, od pacjentów i/lub ich opiekunów prawnych, od Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego) pozwoliła na opracowanie listy powtarzających się sytuacji na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, w których godność nieletniego/maloletniego pacjenta może być naruszona. **Wyniki:** Do najczęściej zgłaszanych spraw należą: ograniczenia nieletnim/maloletnim pacjentom dostępu do „przywilejów” (np. bezpośredniego kontaktu z kolegami), nieposzanowanie prywatności (m.in. kontrole w toaletach i łazienkach), nieprawidłowości przy stosowaniu przymusu bezpośredniego, brak stałego dostępu do telefonu komórkowego, Internetu, sprzętu grającego, brak zgody osoby nieletniej/maloletniej na leczenie (w tym podwójnej), angażowanie pacjentów do prac porządkowych oraz interwencje personelu medycznego o charakterze resocjalizacyjno-wychowawczym (w rozumieniu pacjentów – stosowanie kar). **Omówienie:** Ustalono, że reakcje nieletniego/maloletniego pacjenta oddziału psychiatrycznego czy jego opiekunów na pewne odcięcie od otoczenia, ulubionych zajęć i przedmiotów oraz interwencje wychowawcze wiążą się m.in. z precyzyjnym określaniem reguł postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, zasad panujących w grupie, przywilejów, konsekwencji, a także stosowaniem oddziaływań behawioralnych pod postacią wzmocnień negatywnych (tzw. kar) i pozytywnych (nagród). Stanowcze reagowanie na łamanie norm może być odbierane przez pacjentów jako naruszanie ich praw. Szczególnie istotny w tych sytuacjach jest sposób prowadzenia z pacjentem dialogu oraz informowania go o konsekwencjach naruszenia norm. Powinno to znaleźć odzwierciedlenie w regulaminie oddziału psychiatrycznego. Poza tym szczególną ranę w zakresie poszanowania godności nieletniego/maloletniego pacjenta na oddziale psychiatrycznym ma stosowanie długotrwałego przymusu bezpośredniego w przypadku pacjenta z głębszym upośledzeniem umysłowym i/lub autyzmem, silnie pobudzonego, agresywnego czy autoagresywnego. Zasada poszanowania godności pacjenta wymaga jego uprzedzenia, bez względu na stan, o planowanych działaniach, unieruchamiania w bliskiej obecności pozostałego personelu, osobistego analizowania stanu zdrowia pacjenta przez lekarza zlecającego bądź przedłużającego przymus (co 4 godziny), przez pielęgniarki (kontrola stanu co 15 minut). Niemniej jednak wymienione wymogi zastosowania przymusu bezpośredniego, a także stosowanie się do zasady „najmniejszej uciążliwości” nie zmniejszają dyskomfortu pacjenta. Wprowadzanie dodatkowych szczegółowych przepisów wykonawczych nie usuwa konfliktu pomiędzy poszanowaniem godności pacjenta a skutecznością podejmowanych działań, bezpieczeństwem pacjenta, komfortem pozostałych pacjentów oraz wielostronnym obciążeniem personelu.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, godność pacjenta, przymus bezpośredni, regulamin oddziału, najmniejsza uciążliwość

Summary

The right to respect the dignity of children using medical services in psychiatric units is regulated among other by the Patients' Rights act and the Patients' Rights Ombudsman act, Physician and Dentist Professions Act and the Medical Ethics Code. Although since 1994 the Mental Health Protection Act has existed, some information appears about the violation of the dignity of the child in psychiatric hospitals. **Material and methods:** Analysis of the information obtained from different sources (the media, the Internet, from patients and/or their legal guardians,

or Psychiatric Hospital Patients' Ombudsman) allowed to draw up a list of repeated situations in psychiatric units for children and adolescents where the dignity of the juvenile/minor patient may be violated. **Results:** The most frequently reported issues are: reduction of the minor/juvenile patients' access to "privileges" (such as direct contacts with colleagues), lack of privacy (such as controls in toilets and bathrooms), irregularities during the use of direct coercion, lack of regular access to a mobile phone, the Internet, stereo equipment, lack of juvenile/minor patients' consent for treatment (including the double permission), engaging the patients to cleaning work, and medical staff's interventions of educational and corrective character (the patients perceive this as the use of penalties). **Discussion:** It was found out that the reaction of a minor/juvenile psychiatric unit patient or her/his carers to the detachment from her/his surroundings, favourite activities or things, and educational interventions are related to precise determination of diagnostic and therapeutic procedures and rules prevalent in the group, privileges, consequences, and application of behavioural effects in the form of negative reinforcements (so-called penalties) and positive reinforcements (rewards). A strong response to infringement of the rules may be perceived by the patients as a violation of their rights. Particularly important in such situations is the way the dialogue with the patient is conducted, besides the patient has to be informed about the consequences of infringement of the norms and rules. This should be reflected in the rules of the psychiatric unit. Furthermore, special importance within the respect for the dignity of the minor/juvenile patient in the psychiatric unit is ascribed to the use of a long-term direct coercion in case of a patient with severe mental impairment and/or autism, strongly agitated, aggressive or self-aggressive. The principle of the respect for the dignity of the patient requires notification of the patient, regardless of her/his condition, about the planned activities, immobilization of the patient in the near presence of the other staff, personal analysis of the patient's health condition by the physician who ordered or prolonged the coercion (every 4 hours), by the nurse (control of the condition – every 15 minutes). However, the use of direct coercion and adherence to the principle of "the least disturbance" do not reduce the patient's discomfort. Introduction of additional detailed executory rules does not eliminate the conflict between the respect for the dignity of the patient and the effectiveness of undertaken activities, the patient's safety, the other patients' comfort and multilateral staff encumbrance.

Key words: patient's rights, patient's dignity, direct contact, the rules of the unit, the least disturbance

WSTĘP

Prawo do poszanowania godności dzieci korzystających ze świadczeń medycznych na oddziałach psychiatrycznych regulują między innymi ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeks Etyki Lekarskiej. Mimo obowiązywania od 1994 roku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego⁽¹⁾ pojawiają się informacje, które mogą świadczyć o naruszaniu godności dziecka w warunkach szpitala psychiatrycznego.

Uznanie „przyrodzonej” godności człowieka jest podstawą sprawiedliwości na świecie. Godność osobista zależy od innych i podlega wielorakiej ochronie prawnej. Typowym przykładem naruszenia godności osobistej (tzw. dobrego imienia) może być publiczne znieważenie, ośmieszenie kogoś. Godność osobistą należy odróżnić od godności osobowościowej, zależnej od samego podmiotu.

Prawo do poszanowania godności z całą pewnością można określić mianem paradoksalnego. Z jednej strony zapewne większość osób uważa, iż jest ono należne każdemu człowiekowi, z drugiej, próbując zdefiniować ww. prawo, napotykamy na liczne przeszkody. Jak bowiem jednoznacznie scharakteryzować godność ludzką? Czy jesteśmy w stanie podać jedną definicję? Gdy do prezentowanego wątku rozważań dodamy aspekt poszanowania godności dziecka, pojawiają się kolejne wątpliwości. W trakcie trwania procesu wychowawczego niejednokrotnie rodzic/pedagog

INTRODUCTION

The right to respect the dignity of children using medical services in psychiatric units is regulated among other by the Patients' Rights act and the Patients' Rights Ombudsman act, Physician and Dentist Professions Act and the Medical Ethics Code. Although since 1994 the Mental Health Protection Act has existed, some information appears about the violation of the dignity of the child in psychiatric hospitals.

Acknowledgement of the human being's "inherent" dignity is a basis of justice in the world. Personal dignity depends on other people and is subject to multiple legal protection. A typical example of infringement of personal dignity (the so called good name) may be a public insult, humiliation of somebody. Personal dignity has to be differentiated from personality dignity depending on the subject her/himself.

The right to respect dignity surely may be defined as paradoxical. On the one hand surely most people think that it is due to every human being, on the other hand, while trying to define the mentioned right, we come across numerous obstacles. For how could we characterize the human dignity unambiguously? Are we able to give just one definition? When we add to the presented theme the aspect of the dignity of the child, further doubts appear. During the educational process, it happens many times that the parent/educationalist is forced to use bans, orders, per-

zmuszony jest stosować zakazy, nakazy, perswazję, przywileje czy określoną formę siły. I nie chodzi tutaj wyłącznie o krytykowane tzw. dawanie klapsów⁽²⁾. Użycie siły wobec dziecka może polegać na przykład na przytrzymaniu ręki dziecka, które usiłowało uderzyć swojego rówieśnika. Dla części osób takie działanie stanowi nieuprawnioną fizyczną ingerencję. Z drugiej strony przeciwnicy takiego podejścia uznają, iż osoba dorosła ma prawo, a zarazem obowiązek zastosowania siły wobec dziecka nie tyle z intencją zapanowania nad nim, ile w celu swego zabezpieczenia go przed czynami, których ze względu na swoją niedojrzałość nie jest w stanie obiektywnie ocenić⁽³⁾.

Problemy z racjonalną oceną własnego postępowania stanowią częsty element pracy z dzieckiem będącym pacjentem szpitala psychiatrycznego. W tym miejscu, powracając do wątku prawa do godności, stajemy przed kolejnymi istotnymi dylematami. To przecież we wspomnianym typie oddziałów, zgodnie z zapisami art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dalej ustawa o o.z.p.), można stosować przymus bezpośredni w postaci przytrzymania, przymusowego podania leków, unieruchomienia lub izolacji. Nasuwa się tutaj następujące pytanie: czy stosowanie siły fizycznej wobec młodego pacjenta stanowi naruszenie jego godności czy też wręcz przeciwnie – wychodzi na przeciw staraniom o jak najmniej uciążliwy charakter pobytu dziecka w szpitalu⁽⁴⁾?

Ponadto analizując temat poszanowania godności dziecka jako pacjenta szpitala psychiatrycznego, nie możemy abstrahować od problemu funkcjonowania regulaminu oddziałowego czy też kontraktu terapeutycznego, a więc dokumentów, które w istotny sposób wpływają na codzienne funkcjonowanie młodego pacjenta na oddziale⁽⁵⁾.

W rocznicę obchodów tragicznej śmierci Janusza Korczaka (lekarza pediatrii, pedagoga, pisarza) odbyło się w Polsce wiele wydarzeń naukowych, których motywem przewodnim było poszanowanie godności dziecka w różnych kontekstach, głównie prawnym, szkolnym, rodzinnym, rówieśniczym, medialnym. Zagadnienia poszanowania godności dziecka w warunkach szpitalnych, szczególnie oddziału psychiatrycznego, rzadko docierają do masowego odbiorcy w formie debaty naukowej, przeważnie mają charakter medialnego „poruszenia”, kiedy w prasie lub Internecie pojawi się informacja o naruszeniu praw i godności pacjenta w placówce psychiatrycznej. Dlatego temat ten wymaga rozpoznania i wszechstronnej analizy.

Autorzy niniejszej pracy postawili sobie za cel wyłonienie informacji o naruszeniach praw i godności nieletniego/małoletniego pacjenta w warunkach oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży oraz przeanalizowanie uwarunkowań tych naruszeń.

MATERIAŁ I METODA

Analizie poddano informacje na temat naruszania godności nieletnich/małoletnich pacjentów oddziałów

suasion, privileges or a specific form of force. And we do not mean here only the criticized spanking⁽²⁾. Using force towards the child may consist for example in holding the hand of the child who tried to strike its peer. For some people such an action constitutes unlawful physical interference. On the other hand, opponents of such an approach are of the opinion that an adult has the right and the duty to use force towards the child not in order to control it but to specifically secure it against the acts which, because of its immaturity, it is not able to assess objectively⁽³⁾.

Problems with efficient assessment of one's own behaviour constitute a frequent element of work with the child who is a psychiatric hospital patient. Now, coming back to the right of dignity, we face other dilemmas. It is exactly in the mentioned type of hospital units, pursuant to entries of art. 18 of the mental health protection act (hereinafter referred to as the m.h.p. act), the direct coercion may be used in the form of holding, forced administration of medicines, immobilization or isolation. The following question arises here: does the use of physical force towards a young patient infringe her/his dignity or on the contrary: it attempts to make the child's hospitalization the least arduous⁽⁴⁾?

Furthermore, while analyzing the subject of the respect of the dignity of the child as a patient of a psychiatric hospital we cannot disregard the importance of the unit's rules or therapeutic contract, i.e. the documents which significantly affect the young patient's everyday functioning in the unit⁽⁵⁾.

Within celebrations of the anniversary of the tragic death of Janusz Korczak (paediatrician, teacher and writer) many scientific events were held in Poland, the central motive for which was the respect of the dignity of the child in various contexts, mainly relating to law, school, family, peers and media. The issues of respecting the child's dignity in hospital, especially psychiatric unit's conditions, seldom reach the mass recipient in the form of scientific debates; they usually turn into a big commotion when the press or Internet put up some information about infringement of the patient's rights or dignity at a psychiatric facility. Therefore this subject has to be recognized and thoroughly analysed.

The authors of this study aim at finding the information about the cases of infringed rights of minor/juvenile patients in psychiatric units for children and adolescents and analysing the conditions of such violations.

MATERIAL AND METHOD

The analysis covers the information about violation of minor/juvenile patients' dignity in psychiatric units, obtained from various sources: media – press, radio, television, Internet, as well as psychiatric hospital patient ombudsmen, and directly from the patients and/or their legal guardians. Analysed were those violations which occurred at least twice.

psychiatrycznych uzyskane z różnych źródeł: z mediów – prasy, radia, telewizji, Internetu oraz od rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego i bezpośrednio od pacjentów i/lub ich opiekunów prawnych. Analizowano naruszenia, które wystąpiły co najmniej dwukrotnie.

Pozwoliło to na opracowanie listy powtarzających się sytuacji na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, w których może być naruszona szeroko rozumiana godność nieletniego/małoletniego pacjenta.

WYNIKI ANALIZY

Na podstawie zebranych informacji o możliwości nieuszanowania godności nieletnich pacjentów na oddziałach psychiatrycznych wyłoniono następujące sytuacje:

1. ograniczenie dostępu do należnych przywilejów, np. bezpośredniego kontaktu z kolegami szkolnymi, przyjaciółmi;
2. brak poszanowania prywatności, m.in. kontrole w toaletach i łazienkach, monitoring w salach;
3. brak stałego dostępu do telefonu komórkowego, Internetu, sprzętu grającego;
4. przyjęcie na leczenie osoby nieletniej/małoletniej bez jej zgody (w tym podwójnej, gdy pacjent ma 16-18 lat);
5. angażowanie pacjentów do prac porządkowych;
6. interwencje personelu medycznego o charakterze resocjalizacyjno-wychowawczym, w rozumieniu pacjentów – stosowanie kar;
7. nieprawidłowości przy stosowaniu przymusu bezpośredniego.

O ile sytuacje z punktów 1-5 są dość łatwe do zaakceptowania przez pacjentów i opiekunów – wystarczy wytłumaczyć im: ogólny regulamin szpitalny, uregulowaną prawnie konieczność stosowania zasad bezpieczeństwa wobec samego pacjenta (w tym art. 23 1 ustawy o o.z.p.: „Osoba chora psychicznie może być przyjęta 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”) oraz innych pacjentów na oddziale, a także terapeutyczne wskazania dotyczące treningu umiejętności społecznych i podtrzymywania naturalnych aktywności, o tyle punkty 6 i 7 często łączą się z koniecznością przeprowadzania licznych kontroli, nieuregulowanych formalnymi przepisami, w związku z czym wymagają szerszego omówienia.

OMÓWIENIE

RELACJA NIELETNIEGO/MAŁOLETNIEGO PACJENTA Z PERSONELEM MEDYCZNYM

Z analizy informacji dotyczących stosowania przez personel medyczny tzw. kar w rozumieniu pacjentów wynika, iż w większości przypadków były one reakcją na agresję słowną i/lub czynną wobec innych pacjentów lub personelu,

This allowed to draw up a list of repeated situations in psychiatric units for minor children and adolescents, where the comprehensively-conceived dignity of the minor/juvenile patient's dignity may be violated.

RESULTS OF ANALYSIS

The following situations were singled out according to the collected information about the juvenile patients' dignity in psychiatric units:

1. limited access to due privileges, e.g. direct contact with schoolmates and friends;
2. disregard for privacy, e.g. control in toilets and bathrooms, monitoring in hospital rooms;
3. lack of regular access to the mobile, Internet, stereo equipment;
4. admission of a minor/juvenile person for treatment without her/his consent (including a double consent when the patient is aged 16-18 years);
5. engaging the patients to cleaning work;
6. medical staff's interventions of corrective and educational type, perceived by the patients as the use of penalties;
7. irregularities at the use of direct coercion.

The situations from points 1-5 are easy to accept by patients and carers – they can easily accept explanations of the hospital rules, legally regulated obligation to apply the safety rules towards the patient (including art. 23 of the 1 m.h.p. act: “A mentally ill person may be admitted to a psychiatric hospital without the consent required by art. 22 only when her/his behaviour indicates that because of this illness she/he directly threatens her/his own life or other people's life or health”) and other patients in the unit, and also therapeutic recommendations related to the social skills training and maintenance of natural activities, but points 6 and 7 are often connected with the need for numerous controls unregulated by formal provisions, therefore they have to be discussed comprehensively.

DISCUSSION

THE MINOR/JUVENILE PATIENT'S RELATIONSHIP WITH MEDICAL STAFF

Analysis of the information about the use of the so called penalties by medical staff, as perceived by the patients, indicates that in most cases they are a response to verbal and/or active aggression towards other patients or staff, mainly in the course of behavioural or emotional disorders. The use, by the staff, of negative consequences and other behavioural effects, e.g. the token system of rewarding, may be considered to conform with the principles of causative conditioning and procedural standards.

Most of the issues connected with the child's dignity in a psychiatric hospital inevitably refer us towards the mi-

głównie w przebiegu zaburzeń zachowania i emocji. Stosowanie przez personel konsekwencji negatywnych, a także innych oddziaływań behawioralnych, np. żetonowego systemu nagradzania, można uznać za zgodne z zasadami warunkowania sprawczego i standardami postępowania. Większość spraw związanych z pojęciem godności dziecka na terenie szpitala psychiatrycznego nieuchronnie kieruje nas w stronę relacji osób nieletnich/małoletnich z personelem oddziału. Podstawowym problemem jest swoiste „wymuszanie” na personelu medycznym podejmowania działań o charakterze resocjalizacyjno-wychowawczym⁽⁶⁾. Jak wiadomo, pacjenci hospitalizowani na oddziale psychiatrii dziecięco-młodzieżowej to osoby, u których diagnozuje się nie tylko zaburzenia o charakterze psychotycznym. Coraz częściej psychiatra dziecięcy ma do czynienia z pacjentem, którego złożone zaburzenia adaptacyjne wynikają ze skomplikowanej, niejednokrotnie nieprawidłowej relacji rodzinnej. W takich przypadkach środki farmaceutyczne stanowią nierzadko zaledwie tło podejmowanych oddziaływań korekcyjnych⁽⁷⁾. Przedstawiona sytuacja może prowadzić do konfliktu. Personel ma świadomość, że prawo zezwala mu na podejmowanie konkretnych działań medycznych. Przepisy ustaw oraz aktów wykonawczych nic nie mówią jednak o podejmowaniu interwencji o charakterze wychowawczym, wiążących się z takimi działaniami, jak:

- ukazywanie reguł postępowania;
- kształtowanie odpowiednich postaw prospołecznych;
- ustalanie zasad panujących w grupie: przywilejów, konsekwencji lub kar i nagród;
- wyciąganie konsekwencji w chwili naruszenia normy;
- stanowcze reagowanie na łamanie norm⁽⁸⁾.

Działalność wychowawcza tego typu może być postrzegana przez pacjentów jako naruszenie ich praw. Jeżeli personel widzi, że zachowanie pacjenta jest niezgodne z zasadami (używa on wulgaryzmów, namawia do czynności autoagresywnych, poniża inne osoby), ma obowiązek podjąć odpowiednie działania – powinien stanowczo upomnieć pacjenta, ukazać mu konsekwencje postępowania, a nawet – przewiduje to kontrakt – wypisać pacjenta z oddziału. W innym przypadku utrwalająca się roszczeniowa postawa młodych pacjentów będzie prowadzić do zjawisk, które określić można mianem demoralizacji prawem – u młodej osoby zaczną się kształtować cechy charakterystyczne dla najniższego stopnia rozwoju moralnego, w którym najistotniejsze są własne potrzeby, a respektowanie zasad uznawane jest za działanie całkowicie dobrowolne, zależne od woli, w tym wypadku młodego pacjenta⁽⁹⁾. Warto zwrócić uwagę, że personel oddziałów psychiatryczno-młodzieżowych może być zmuszony do prowadzenia podobnych intensywne i usystematyzowane działań wychowawczych przez dłuższy czas. Konieczność taka wynika z profilu pacjentów, przejawiających na oddziale zdecydowanie antyspołeczną postawę – notorycznie używających wulgaryzmów, buntujących przeciw personelowi, namawiających do podejmowania działań

nor/juvenile patients' relationships with the unit's staff. The basic problem is a specific forcing the medical staff to undertake corrective and educational activities⁽⁶⁾. Admittedly, the patients hospitalized in the children and adolescents unit are the patients in whom not only disorders of psychotic type are diagnosed. More and more often the children's psychiatrist deals with a patient whose adaptive disorders result from complicated, often abnormal family relationships. In such cases pharmaceuticals constitute merely the background for undertaken corrective measures⁽⁷⁾.

The presented situation may lead to conflicts. The staff is aware that the law allows to undertake concrete medical activities. However, the provisions of laws and executive acts do not mention undertaking interventions associated with such activities as:

- showing the procedural rules;
- development of appropriate pro-social attitudes;
- establishing the rules prevalent in the group: privileges, consequences or penalties and rewards;
- taking the appropriate measures when a norm or rule is infringed;
- firm reaction to breaking of norms/rules⁽⁸⁾.

Educational activity of this type may be perceived by patients as infringement of their rights. If the staff sees that a patient's behaviour breaks the rules (she/he uses vulgar language, instigates others to self-aggressive behaviours, humiliates other people), then the staff is obliged to take up appropriate measures: they should strictly admonish the patient, show her/him the consequences of such conduct, or even, as the contract stipulates, discharge the patient from the unit. Otherwise, the young patients continually take too much for granted, which leads to the phenomena that can be defined as moral corruption by law: the young person starts developing the traits characteristic for the lowest degree of moral development in which one's own needs are most important, whereas respecting other people's rules is considered to be a completely voluntary activity, depending on the young patient's will⁽⁹⁾.

It is worth noting that the staff of psychiatric adolescent units may be forced to conduct similar intensive and systematized educational activities for a long time. Such a need arises from the profiles of patients manifesting antisocial attitude in the unit: they notoriously use vulgar language, they are rebellious towards the staff, instigate others to self-aggressive behaviours etc. Intensification of such behaviours may lead to a serious conflict between the staff (forced to fight for the maintenance of social order in the unit) and the patient who treats the staff employees as wardens working in an isolation institution⁽¹⁰⁾. Respecting the patient's dignity in such situation depends on the ways of:

1. undertaking a dialogue with the patient;
2. informing him about the consequences of infringements of the norm;
3. taking the appropriate measures.

autoagresywnych itd. Intensyfikacja podobnych zachowań może prowadzić do istotnego konfliktu pomiędzy personelem (zmuszonym do walki o zachowanie na oddziale ładu społecznego) a pacjentem, traktującym pracowników oddziału jak strażników pracujących w instytucji izolacyjnej⁽¹⁰⁾. Uszanowanie godności pacjenta w takiej sytuacji zależy od sposobów:

1. podejmowania dialogu z pacjentem;
2. informowania go o konsekwencji naruszenia normy;
3. wyciągania ww. konsekwencji.

Regulaminy, kontrakty, praktyka

Powyższe refleksje kierują nas w stronę zagadnienia konstruowania regulaminu wewnątrzoddziałowego, swoistego kontraktu sankcjonującego istotne dla terapii zasady. W chwili, gdy podejmuje się tę formę pracy z pacjentem, trzeba pamiętać o specyfice terapii behawioralnej i określić jasne reguły, przedstawić pozytywne oraz negatywne oddziaływania będące konsekwencją określonego zachowania pacjenta⁽¹¹⁾, w tym również system kar i nagród. Jest to o tyle ważny problem, że w ramach oddziaływań terapeutycznych proponowanych zwłaszcza wobec małych dzieci, posiadających często deficyty intelektualne, ww. słownictwo opisujące proste zasady oraz konsekwencje może stać w opozycji do przyjętych w Polsce zasad poszanowania godności dziecka. Polskie prawo medyczne nie przewiduje bowiem stosowania kar w trakcie terapii, podobnie krajowe ustawodawstwo psychiatryczne wyklucza jakąkolwiek formę przymusu mającą charakter punitivny⁽¹²⁾. Z drugiej strony przywołane behawioralne zasady terapeutyczne stanowią często najskuteczniejszą metodą oddziaływań leczniczych, zwłaszcza wobec pacjentów, których problemy wynikające z zaburzeń psychicznych nieodzownie wiążą się na przykład z postępującą demoralizacją. Godność ma tutaj fundamentalne znaczenie. Kluczowe w tym wypadku jest kształtowanie takich standardów, jak:

- przejrzystość reguł;
- informowanie pacjenta o zasadach panujących na oddziale;
- promowanie zasady wyrażenia przez pacjenta oraz jego opiekuna zgody na podobne działania.

W polskim ustawodawstwie pojęcie godności człowieka jest przywoływane w wielu miejscach. Zarówno art. 30 Konstytucji RP, art. 23 Konwencji o prawach dziecka, wspomniany art. 18 ustawy o o.z.p. oraz art. 20 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprost mówią o potrzebie uszanowania godności drugiego człowieka, w tym także dziecka⁽¹³⁾. Kiedy analizuje się zasadę poszanowania godności dziecka w kontekście stosowania kontraktów terapeutycznych, warto jednak zwrócić uwagę, że wspomniane przyrodzone uprawnienie w praktyce szpitalnej realizuje się przede wszystkim w postaci respektowania prawa młodego pacjenta do informacji oraz współuczestnictwa w podejmowaniu decyzji istotnych dla młodych pacjentów⁽¹⁴⁾.

Rules, contracts, practice

The above reflections direct us towards the issue of constructing the intra-unit rules, a specific contract sanctioning the rules important for the therapy. Undertaking this form of working with the patient, we should remember about the specificity of the behavioural therapy and specify clear rules, present positive and negative effects being a consequence of the patient's specific activity⁽¹¹⁾, including the system of penalties and rewards. This problem is important in that within the therapeutic procedures proposed especially for little children who often have intellectual deficits, the above mentioned vocabulary describing simple principles and consequences may oppose the accepted, in Poland, principles of respecting the child's dignity. Because the Polish medical law does not provide for the use of penalties during the therapy; similarly, the national psychiatric legislation excludes any form of coercion of punitive type⁽¹²⁾. On the other hand, the mentioned behavioural therapeutic rules often constitute the most effective method of therapeutic effects, especially towards the patients whose problems resulting from mental disorders are no doubt associated with progressing moral demoralization. Dignity is of fundamental importance in this case. Most important in this case is the development of such standards as:

- transparency of rules;
- informing the patient about the rules prevailing in the unit;
- promotion of the principle of expressing by the patient and her/his carer a consent for such activities.

In Polish legislation the term of human dignity is quoted repeatedly. Article 30 of Poland's Constitution, art. 23 of the Convention on the Child's Rights, the mentioned art. 18 of the m.h.p. act and art. 20 of the Patients Rights and Patients' Rights Ombudsman deal directly with the requirement to respect the dignity of other people, including the child⁽¹³⁾. Analyzing the principle of respecting the child's dignity in the context of the use of therapeutic contracts it is worthwhile to note that the mentioned inherent right in hospital practice is mainly accomplished by respecting the young patient's right to information and participation in taking decisions important for young patients⁽¹⁴⁾.

With reference to the principles described in the rules/contract in the context of dignity we should remember that all regulations of the type of restrictions should be introduced in view of the respect for the principle concerned. For example an important problem in psychiatric units is that the staff looks into the toilet at the moment the patient having suicidal inclinations uses it. For the patient this situation constitutes an interference in her/his world of intimacy and privacy, on the other hand the staff considers it as a manifestation of a "caring supervision" of the patient who creates a risk for her/himself⁽¹⁵⁾. In such cases in many units the staff has to knock at the door. This habit

W odniesieniu do zasad opisanych w regulaminie/kontrakcie w kontekście godności trzeba pamiętać, że wszelkie przepisy o charakterze restrykcji powinny być wprowadzane właśnie z pozycji poszanowania omawianej zasady. Przykładowo istotnym problemem na oddziałach psychiatrycznych jest zagładanie przez personel do toalety w chwili, gdy korzysta z niej pacjent o skłonnościach samobójczych. Dla pacjenta sytuacja ta stanowi ingerencję w jego świat intymności oraz prywatności, z kolei personel przede wszystkim uznaje ją za przejaw „troskliwego nadzoru” nad pacjentem stwarzającym dla siebie zagrożenie⁽¹⁵⁾. Na wielu oddziałach w takich przypadkach personel ma obowiązek pukać do drzwi. Zwyczaj ten jest realnym wyjściem naprzeciw prawa pacjenta do poszanowania godności (pacjent może wtedy odruchowo zakryć intymne części ciała). Co więcej, działania te stanowią realizację prawa pacjenta, w tym dziecka, by jego powrót do zdrowia odbywał się w sposób jak najmniej dla niego uciążliwy⁽⁴⁾.

GODNY PRZYMUS BEZPOŚREDNI

Z analizy informacji dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia wynika, że sytuacje, w których zgłaszano i poddawano ocenie nieprawidłowości, z reguły miały miejsce albo w bardzo trudnej sytuacji kryzysowej na oddziale, gdy zachodziła konieczność zabezpieczenia w tym samym czasie kilku pobudzonych psychoruchowo pacjentów z zaburzeniami zachowania i emocji, albo w przypadkach długotrwałego, opornego na leczenie pobudzenia pacjenta psychotycznego lub z ciężką dysfunkcją OUN (np. w przebiegu całościowych zaburzeń rozwoju). Zjawisko indukowania się młodości w zakresie zachowań jest powszechnie znane (tzw. zakaźność).

Pewnym rozwiązaniem jest ściśle kontrolowanie na oddziale liczby pacjentów z zaburzeniami zachowania i emocji (co wiąże się z koniecznością ograniczenia przyjęć pacjentów) oraz zwiększenie liczby izolatek i personelu. Często konieczność wspólnego przebywania w placówce ofiar i sprawców przemocy wymaga od personelu szczególnych umiejętności i wypracowania takich metod oddziaływań terapeutycznych, które **przy braku jednoznacznych standardów postępowania wobec nieletniego/małoletniego pacjenta z zachowaniami agresywnymi** zapewnią bezpieczeństwo innym pacjentom, modyfikację zachowań problemowych (naruszających godność i bezpieczeństwo innych osób) oraz oczekiwany postęp w terapii. Kolejnym rozwiązaniem byłoby stworzenie bogatej oferty terapeutycznej, z aktywnością fizyczną poza oddziałem (na świeżym powietrzu), wychodzącej poza zakontraktowane przez NFZ usługi w zakresie minimum finansowego. Odrębnym zagadnieniem jest ryzyko „nieodpowiedniego traktowania pacjenta przez członka grupy ochroniarskiej” w sytuacji, gdy zachodzi konieczność unieruchomienia pacjenta szczególnie pobudzonego i agresywnego fizycznie,

is a real attempt to satisfy the patient's right to respect dignity (the patient may then involuntarily cover the intimate parts of her/his body). Moreover, these activities constitute the fulfilment of the patient's (the child's) rights, so that her/his recovery is possibly the least arduous⁽⁴⁾.

DIGNIFIED DIRECT COERCION

Analysis of information concerning the use of direct coercion in the form of immobilization indicates that the situations in which irregularities were reported and subjected to assessment usually occurred either under a very difficult crisis in the unit, when several patients with psychomotor agitation due to their behavioural and emotional disorders had to be secured, or in cases of a long-lasting and treatment-resistant agitation of a psychotic patient or a patient with a severe dysfunction of the CNS (e.g. in the course of holistic developmental disorders). The phenomenon of adolescents' induction within behaviours is commonly known (the so called infectiousness).

A certain solution is strict controlling, in the ward, of the number of patients with disorders of behaviour and emotions (which is associated with the need to reduce the admission of patients) and increasing the number of isolation rooms and staff. The frequent necessity of putting together the victims and perpetrators of violence into the facility requires the staff's special skills and development of such therapeutic methods which **with the lack of unambiguous standards of handling a minor/juvenile patient with aggressive behaviours** will provide for safety to other patients and modifications of difficult behaviours (infringing the dignity and safety of other patients) and the expected progress in therapy.

Another solution would be creating a comprehensive therapeutic offer, with physical activity outside the unit (outdoors), going beyond the services contracted by the National Health Fund (NFZ) within the financial minimum. Another issue would be the risk of the "inappropriate treatment of the patient by a member of the security service" when a particularly agitated and physically aggressive patient, posing a threat to himself or to other people, has to be immobilized with the help from additional staff, including the hospital's security service.

Patients with disruptive behaviour and psychotic disorders exhibit cognitive distortions which may contribute to a wrong interpretation of the staff's behaviour – as hostile. Therefore the patients psychoeducation about such distortions, especially the impact of strong emotions, is important.

Considered should be organizational changes within the unit's functioning, including those related to the conclusion of a contract with the patient (as far as her/his condition allows for that) as early as in the admission room and referring aggressive patients who report urgently, with diagnosed behaviour disorders, to other hospitals.

zagrożającego sobie lub innym, przy pomocy dodatkowego personelu, w tym ochrony szpitala.

U pacjentów z zaburzeniami zachowania i zaburzeniami psychotycznymi występują zniekształcenia poznawcze, które mogą być podstawą błędnego interpretowania zachowań personelu – jako wrogich. W związku z tym istotną jest psychoedukacja pacjentów na temat tych zniekształceń, szczególnie wpływu silnych emocji.

Należy rozważyć zmiany organizacyjne w zakresie funkcjonowania oddziału, w tym dotyczące zawierania kontraktu z pacjentem (o ile jego stan na to pozwala) już na izbę przyjęć oraz odsyłania pacjentów agresywnych, zgłaszających się w trybie nagłym, ze zdiagnozowanymi zaburzeniami zachowania do innych szpitali.

Nieustannych szkoleń w zakresie postępowania z pacjentem pobudzonym, impulsywnym, agresywnym wymaga także personel oddziału.

Stosowanie przymusu bezpośredniego w szpitalu psychiatrycznym jest problematyczne zwłaszcza w odniesieniu do młodego pacjenta dotkniętego głębokim upośledzeniem umysłowym lub zaburzeniem rozwojowym, np. autyzmem. Jak wiadomo, silne zachowania agresywne oraz autoagresywne mogą wymagać stosowania długotrwałego przymusu bezpośredniego. Zasada poszanowania godności pacjenta prowadzi nas w stronę procedur stosowania przymusu, a więc:

1. uprzedzenia pacjenta, bez względu na jego stan;
2. analizowania stanu zdrowia pacjenta przez lekarza zlecającego bądź przedłużającego przymus;
3. kontrolowania stanu pacjenta przez pielęgniarkę co 15 minut;
4. unieruchamiania pacjenta w bliskiej obecności personelu;
5. używania parawanów, zwłaszcza gdy konieczna jest ingerencja w sferę intymną pacjenta.

Te opisane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego zasady w swej istocie wychodzą z fundamentalnego, przyrodzonego oraz niezbywalnego prawa poszanowania godności każdego człowieka. Uważny czytelnik dostrzeże jednak, że w odniesieniu do pkt 4 i 5 nie znajdziemy zapisów, które wprost obligowałyby personel do podejmowania podobnych działań. Oczywiście zarówno lekarze, jak i pielęgniarki w ustawach regulujących funkcjonowanie wspomnianych zawodów mogą przeczytać, że szacunek dla godności oraz intymności chorego powinien stanowić fundament w trakcie podejmowania działań medycznych⁽¹⁶⁾. Przywoływany już art. 18 ustawy o o.z.p. ze względu na swoją wagę został doprecyzowany w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia – rozporządzenie to określa zasady stosowania przymusu wobec pacjenta stwarzającego zagrożenie dla siebie lub innych. W połowie 2012 roku Ministerstwo Zdrowia wydało nowe rozporządzenie w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. Odnosząc się do poruszanego w tekście problemu, warto przywołać zapis

Also the unit's staff require continual training courses within the treatment of an agitated, impulsive and aggressive staff.

The use of the direct coercion in a psychiatric hospital is difficult especially in the case of a young patient afflicted with severe mental impairment or developmental disorder, e.g. autism. Admittedly, strong aggressive or self-aggressive behaviours may require the use of a long-lasting direct coercion. The principle of respecting the patient's dignity leads us towards the coercion procedures, i.e.:

1. warning the patient, irrespective of her/his health condition;
2. analysing the patient's health condition by a physician who orders or prolongs the coercion;
3. controlling the patient's condition, by a nurse, every 15 minutes;
4. immobilizing the patient in close presence of the staff;
5. use of screens, especially in cases which require an interference into the patient's intimate sphere.

These rules, described in the mental health protection act, actually come from the fundamental inherent and inalienable right to respect the dignity of every human being. However, an attentive reader will notice that with reference to points 4 and 5 we could not find any entries which would directly obligate the staff to undertake similar activities. Obviously both physicians and nurses may read in the acts regulating the functioning of the mentioned professions that the respect for the patient's dignity and intimacy should constitute the foundation within undertaking of medical activities⁽¹⁶⁾. The above mentioned art. 18 of the m.h.p. act, because of its importance was specified more precisely by the decree issued by the Minister of Health which determines the principles of using the coercion towards the patient who poses threats to her/himself or other people. In mid 2012 the Ministry of Health issued a new directive on the use and documentation of the direct coercion and assessment of the legitimacy of its use. Referring to the problem tackled in the text, it is worthwhile to refer to the entry in par. 7 item 2 of the mentioned document according to which "If a person with mental disorders cannot be placed in a single room, the direct coercion in the form of immobilization is used in a way which enables separation of such person from other people staying in the same room, and providing the respect for her/his dignity and intimacy, especially by carrying out the nursing procedures in the absence of other people"⁽¹⁷⁾. Such a statement is particularly important when coercion is used for a few or a dozen or so days.

CONCLUSIONS

Evaluation of the phenomena concerning infringement of the dignity of the child in a psychiatric hospital should involve:

- differences in adolescence period and specificity of this period (typical attitudes of rebellion, opposing the

par. 7 pkt 2 przywołanego dokumentu, w którym zwrócono uwagę, że „W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w pomieszczeniu jednoosobowym przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób”⁽¹⁷⁾. Pojawienie się podobnego zapisu ma szczególnie istotne znaczenie w wypadku stosowania przymusu przez kilka lub kilkanaście dni.

PODSUMOWANIE

Przy ocenie zjawisk dotyczących naruszania godności dziecka w szpitalu psychiatrycznym należy uwzględnić:

- odrębności okresu dorastania i specyfikę tego okresu (typowe postawy buntu, przeciwstawianie się autorytetom, słabe umiejętności społeczne, niedojrzałe mechanizmy radzenia sobie);
- wiedzę całego personelu medycznego nt. agresji jako objawu w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych oraz standardów postępowania wobec pacjenta agresywnego;
- konieczność hospitalizacji w trybie nagłym nieletnich/młodoletnich pacjentów z zaburzeniami zachowania i emocji ze względu na stwarzanie zagrożenia dla innych i/lub autoagresję oraz niemożność przekazania ich bez wyroku sądu na oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży, co skutkuje koniecznością łączenia ofiar przemocy i sprawców w stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

Analiza sytuacji, w których brano pod uwagę naruszenie godności nieletniego/młodoletniego pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, wskazuje, że w dużej mierze mają one związek z brakiem rozwiązań systemowych, w tym:

1. brakiem ośrodków interwencji kryzysowej oraz ośrodków resocjalizacyjnych ze stałą opieką psychiatryczną, co powoduje obciążenie oddziałów terapeutycznych przyjęciami młodzieży z ciężkimi zaburzeniami zachowania;
2. koniecznością sprawowania na psychiatrycznych oddziałach stacjonarnych dla dzieci i młodzieży całodziennej opieki psychologiczno-pedagogicznej nad nieletnimi/młodoletnimi pacjentami oraz przedstawiania im oferty oddziaływań pozafarmakologicznych (typu arteterapia), niefinansowanych przez NFZ;
3. słabym rozwojem psychiatrycznej opieki środowiskowej (typu ambulatoria, oddziały dzienne, hostele, hospitalizacje domowe);
4. złym finansowaniem ośrodków szpitalnych przez NFZ:
 - a. NFZ nie płaci za procedury, ale za osobodni, co wobec malejącej rokrocznie liczby przyjęć na oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w okresach

authorities, poor social skills, immature coping mechanisms);

- the entire medical staff's knowledge about aggression as a symptom occurring in the course of various mental disorders and standard measures in handling an aggressive patient;
- necessary hospitalization, as a matter of urgency, of minor/juvenile patients with disorders in behaviour and emotions due to posed threats for others and/or self-aggression and inability to refer them without the court's judgement to a forensic psychiatry unit with reinforced security for adolescents, which results in putting together the victims and perpetrators of violence in inpatient psychiatric units for children and adolescents.

Analysis of situations in which infringement of minor/juvenile patients' dignity in psychiatric hospitals was taken into account indicates that they are largely associated with the lack of systemic solutions, including:

1. lack of crisis intervention centres and corrective centres with permanent psychiatric care, which causes loading the therapeutic units with admissions of adolescents with severe disorders of behaviour;
2. the need to conduct in inpatient units for children and adolescents the all-day psychological and educational care over minor/juvenile patients and present them an offer of non-pharmacological solutions (such as arteterapy), which are not financed by the National Health Fund (NFZ);
3. poor development of the psychiatric environmental care (outpatient departments, daily facilities, hostels, home hospitalizations);
4. bad financing of hospital centres by the NFZ:
 - a. the NFZ does not pay for procedures, it only pays for man-days, which considering the decreasing, every year, number of admissions to psychiatric units for children and adolescents during summer holidays turns them into loss-making facilities (directors of hospitals predict that such wards will be shut down or the staff will be reduced in number),
 - b. these units are forced to conduct (family, individual and group) psychotherapy and earmark more floorage, as compared to the psychiatry for adults, for the rooms for lessons and physical exercises, which generates much higher costs,
 - c. apart from summer holiday periods, the number of children and adolescents admitted to hospital units is more or less twice higher than that in the units for adults because of much shorter hospitalizations, which is associated with much higher input of the staff's work.

- wakacyjnych czyni z nich placówki deficytowe (dyrektorzy szpitali zapowiadają zamykanie takich oddziałów lub redukcję liczby personelu),
- b. oddziały te są zmuszone prowadzić psychoterapię (rodzinną, indywidualną i grupową) oraz przeznaczyć większą, w porównaniu z psychiatrią dorosłych, powierzchnię użytkową na sale lekcyjne i zajęcia ruchowe, co generuje zdecydowanie wyższe koszty,
 - c. poza okresem wakacji na oddziały szpitalne dla dzieci i młodzieży przyjmuje się mniej więcej 2 razy więcej pacjentów niż na oddziały dla dorosłych, z uwagi na zdecydowanie krótsze hospitalizacje, co wiąże się ze znacznie większym nakładem pracy personelu.

PIŚMIENNICTWO

BIBLIOGRAPHY:

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (z dnia 6 listopada 2008 r.), ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (ze zmianami: Dz.U. 2010, nr 230, poz. 1507), ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry (z dnia 5 grudnia 1996 r., ze zmianami: Dz.U. 2011, nr 113, poz. 658), Kodeks etyki lekarskiej (nowelizacja 2003 r.), ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2011, nr 231, poz. 1375).
2. Raport: Zakaz kar cielesnych wobec dzieci. Pytania i odpowiedzi. Rada Europy, Strasburg 2008: 7-8.
3. Kmiecik B.: Ojciec – rzecznik praw, strażnik obowiązków. *Imago* 2011; nr 5: 75.
4. Art. 12 ustawy o o.z.p.
5. Zob. w tym kontekście: Żechowski C., Namysłowska I., Jakubczyk A. i wsp.: Program leczenia zaburzeń odżywiania w oddziale psychiatrycznym dla młodzieży – refleksje i dylematy po 20 latach doświadczeń. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2010; 10: 28.
6. Piekło w szpitalu psychiatrycznym. Wywiad Anny Laszuk z prof. Tomaszem Wolańczykiem. Adres: www.tok.fm (dostęp: 11.05.2012 r.).
7. Namysłowska I.: Transformacja rodziny – przejawy i implikacje dla psychoterapii. *Psychoterapia* 2011; nr 1: 6.
8. Dziewiecki M.: Kochać i wymagać. *Pedagogia Ewangelii. eSPe*, Kraków 2006: 41-45.
9. Morawski J.: Trening Zastępowania Agresji ART – materiały szkoleniowe. Instytut Amity, Warszawa 2003: 60-66.
10. O podobnym charakterze konfliktu pisała Magdalena Sokołowska, twórczyni polskiej szkoły socjologii medycyny: Sokołowska M.: *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986: 109-110.
11. Namysłowska I.: *Psychiatria dzieci i młodzieży (wybrane zagadnienia)*. W: Bilikiewicz A. (red.): *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 451-452.
12. Duda J.: *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. LexisNexis, Warszawa 2006: 88-91.
13. Zob. art. 30 ustawy z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 z późn. zm.), art. 23 ustawy z dnia 23 grudnia 1991 r. Konwencja o prawach dziecka (Dz.U. 1991, nr 120, poz. 526), art. 18 ustawy o o.z.p., art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417).
14. Priebe S., Hoffmann K.: *Socjoterapia*. W: Freyberger H.J., Schneider W., Stieglitz R.D. (red.): *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 327-332.
15. Kmiecik B.: Poszanowanie prywatności pacjenta szpitala psychiatrycznego – kontekst prawny, etyczny oraz społeczny. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2010; 10: 35.
16. Art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039) oraz art. 36 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2005, nr 226, poz. 1943, z późn. zm.).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. z dnia 29 czerwca 2012 r.).