

Błażej Kmieciak

### Stosowanie preparatów przeciwpsychotycznych o przedłużonym działaniu – depot, u chorych pacjentów przyjętych do szpitala na podstawie art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: dylematy medyczne, prawne i etyczne

Using of long-term effect antipsychotic pharmaceuticals – depot, in a case of patients hospitalized on basis of article 24 of act of psychological health protection: medical, ethic and legal dilemmas

Katedra Socjologii Prawa i Praw Człowieka Instytutu Socjologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. praw. Krzysztof Motyka

Correspondence to: ul. Jagienki 5/7 m. 39, 92-439 Łódź, tel. kom.: 0 696 448 880, e-mail: bkmieciak@o2.pl

Source of financing: Department own sources

#### Streszczenie

Poniższy artykuł ma na celu ukazanie złożonych sytuacji, jakie mogą wyniknąć w trakcie hospitalizacji pacjenta na podstawie art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z zapisami powyższego przepisu pacjent przebywający w szpitalu podlega z mocy prawa nie leczeniu, lecz przymusowej, 10-dniowej obserwacji. Przedstawione w przedmiotowym tekście rozważania skupiają się przede wszystkim na kwestii możliwości stosowania leków o wydłużonym działaniu – depot, wobec pacjentów hospitalizowanych w ww. trybie. Zaznaczyć należy, iż stosowanie powyższych preparatów będzie analizowane poniżej nie w kontekście rozpoczęcia leczenia pacjenta, lecz w odniesieniu do stosowania przymusowego podania leku wobec agresywnego pacjenta, a więc działania dopuszczonego w prawie. Tekst ten ma na celu ukazanie złożoności dylematów prawno-medyczno-etycznych, na które w powyższej sytuacji może napotkać lekarz psychiatra. Dotykają one dwóch praw: prawa pacjenta do niepodawania mu leku w trakcie obserwacji, leku, którego działanie może utrzymywać się po ewentualnym opuszczeniu szpitala po 10 dniach, oraz prawa lekarza do podjęcia czynności mających na celu zabezpieczenie pacjenta oraz osób innych przed zachowaniami wynikającymi z jego choroby lub zaburzenia. W artykule zostanie postawione podstawowe pytanie: czy lekarz, obserwując pacjenta przyjętego bez zgody na obserwację, ma prawo zastosować lek uspokajający o wydłużonym działaniu (działanie ok. 14-dniowe) w sytuacji, w której pacjent ten wykazuje agresywne lub autoagresywne zachowanie, a inne standardowe leki nie przynoszą rezultatów?

**Słowa kluczowe:** preparaty przeciwpsychotyczne o przedłużonym działaniu – depot, prawa pacjenta, prawa człowieka, prawo i psychiatria, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, przymusowe leczenie, obserwacja psychiatryczna

#### Summary

The aim of this article is to show complex situations, which can take place during hospitalisation of patient basing on article 24 of the act of psychological health protection. In accordance of this article a patient staying in

a hospital is subjected not to medical treatment but to compulsory 10-day observation. The considerations presented below mostly focus on the possibility of using long-term effect antipsychotic pharmaceuticals – depot, in a case of patients hospitalised in above-mentioned way. It should be emphasized that using of these pharmaceuticals is analysed here not in a context of starting a medical treatment, but with reference to its compulsory application in a case of an aggressive patient, which is acceptable by law. The article aims in presenting complexity of legal, ethic and medical dilemmas which meets a psychiatrist in above mentioned situation. There are two rights concerned: the right of the patient not to be treated with the pharmaceutical during an observation (when the preparation can still act after leaving the hospital) and – on the other hand – the right of a doctor to take an action aiming in protection of the patient and the others against patient's behaviour resulting from his sickness or mental aberration. A basic question will be asked in the article: has the doctor got a right of using a long-term effect pharmaceutical in a case of aggressive or auto-aggressive patient who has been taken to a hospital within compulsory observation, taking into account that other medical preparations are not effective?

**Key words:** long-term effect antipsychotic pharmaceuticals – depot, patient rights, human rights, law and psychiatry, act of physical health protection, compulsory treatment, psychiatric observation

Uchwalona w 1994 r. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (ustawa o o.z.p.) jest pierwszym od 1952 r. aktem prawnym regulującym zasady przyjęcia, pobytu, leczenia oraz wypisania pacjenta ze szpitala psychiatrycznego. Wcześniej obowiązywała Instrukcja Ministra Zdrowia z 10 grudnia 1952 r. w sprawie przyjmowania oraz wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych. Instrukcja tylko w sposób bardzo ogólny informowała, iż osoba z zaburzeniami psychicznymi może być umieszczona w szpitalu psychiatrycznym. Dokument ten nie podawał jednak żadnych szczegółowych procedur dotyczących np. badania, przyjęcia bez zgody pacjenta, stosowania przymusu bezpośredniego. Nie znalazły się w nim także żadne regulacje dotyczące kontroli sądowej lub administracyjnej w zakresie np. przymusowej hospitalizacji osoby chorej psychicznie<sup>(1)</sup>. Dopiero ustawa z 1994 r. wprowadziła wymienione powyżej procedury, uwzględniające realizację idei poszanowania praw i wolności człowieka. Ustawa ta uregulowała m.in. zasady przymusowej hospitalizacji osób upośledzonych umysłowo, zaburzonych oraz chorych psychicznie. Problem przymusowej hospitalizacji omawiają w szczególności: art. 22 ust. 2 – odnoszący się do przyjęcia do szpitala osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia, art. 23 – dotyczący przyjęcia do szpitala osoby chorej psychicznie, której zachowanie wynikające z choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu lub życiu i zdrowiu innych osób, art. 24 – (obserwacja) przyjęcie do szpitala osoby, której zachowanie zagraża bezpośrednio jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, art. 28 – brak zgody na wypis pacjenta przyjętego do szpitala za zgodą ze względu na okoliczności, o których mówi przywołany art. 23 ustawy, art. 29 – (tryb wnioskowy) przyjęcie do szpitala osoby chorej psychicznie na wniosek rodziny opiekuna faktycznego lub prawnego<sup>(2)</sup>.

Z wymienionych powyżej trybów przymusowego leczenia w szpitalu psychiatrycznym na szczególną uwagę zasługuje art. 24 omawianej ustawy, który odnosi się do tego typu sytuacji, w której to pacjent przejawia zachowania agresywne wobec siebie lub innych. Musi wystąpić również realne podejrzenie, iż zachowania te spowodowane są chorobą psychiczną. W takich przypadkach hospitalizacja jest wyłącznie obserwacją, mającą na celu stwierdzenie występowania lub też wykluczenie istnienia choroby psychicznej, wpływającej na zachowania agresywne<sup>(3)</sup>.

Wprowadzając powyższy zapis, ustawodawca zwrócił uwagę na dwie istotne dla poszanowania praw i wolności człowieka gwarancje prawne. Pierwszą jest fakt, iż hospitalizacja tego typu nie może trwać dłużej niż 10 dni (art. 24 ust. 2). Drugą z kolei gwarancja wskazuje, iż wobec osoby przyjętej do szpitala na podstawie art. 24 ustawy nie można stosować niezbędnych czynności leczniczych mających na celu usunięcie przyczyn przyjęcia bez zgody (art. 33 ust. 4). Czynności te można stosować wobec pacjentów przyjętych na podstawie innych, wymienionych powyżej trybów hospitalizacji przymusowej. Wynika z tego, iż osoba przebywająca w szpitalu psychiatrycznym na podstawie art. 24 ustawy może otrzymywać leki tylko za swoją zgodą. Ustawodawca świadom faktu, iż niektóre stany chorobowe wywołują mogą zachowania agresywne i autoagresywne, wprowadził możliwość stosowania przez personel przymusu bezpośredniego, jako narzędzia gwarantującego zachowanie bezpieczeństwa osób „uczestniczących w życiu” szpitala psychiatrycznego<sup>(4)</sup>. Przymus można stosować tylko w sytuacji, gdy zachowanie pacjenta powoduje zagrożenie dla zdrowia, życia, bezpieczeństwa powszechnego, gdy pacjent niszczy mienie szpitalne lub uniemożliwia funkcjonowanie oddziału/szpitala. W każdym z tych przypadków personel może stosować przymus w postaci przymusowego podania leków.

Przymus bezpośredni można zastosować również wobec pacjentów przyjętych na podstawie art. 24 ustawy o o.z.p. Podanie leku uspokajającego agresywnemu pacjentowi nie jest w tym przypadku wprowadzeniem czynności leczniczych, lecz zastosowaniem przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie – personel nie leczy pacjenta, ale „zabezpiecza” go przed prezentowanym przez niego destrukcyjnym zachowaniem. Zabezpieczenie to odbywa się z uwzględnieniem poszanowania praw pacjenta: jest on informowany o planowanym działaniu, przymus stosowany jest przez wyszkolone w powyższym zakresie osoby, a stan zabezpieczonego pacjenta jest następnie monitorowany przez pielęgniarki oraz lekarzy. Sytuacja ta nie budzi żadnych wątpliwości, jeżeli podany środek ma działanie relatywnie krótkie (dwa-trzy dni). Nieco inaczej rzecz wygląda, jeśli zastosowany środek farmakologiczny działa dłużej, jak to ma miejsce w przypadku preparatu o wydłużonym działaniu – depot.

Preparaty depot są lekami neuroleptycznymi, których stosowanie w psychiatrii ma niewątpliwie pozytywne znaczenie ze względu na utrzymywanie stałego stężenia leku we krwi pacjenta. Droga dożylna oraz domięśniowa podania leku jest najbardziej optymalna, szczególnie w początkowym okresie leczenia. Taka forma podania zapewnia bowiem długą aktywność psychotropową leku, dzięki przeniknięciu jak największej ilości wolnego leku przez barierę krew-mózg. Częste podawanie leku w postaci iniekcji domięśniowej lub dożylniej nie jest jednak wskazane ze względu na możliwość wystąpienia miejscowych objawów ubocznych i powikłań. Zastosowanie preparatów o wydłużonym działaniu jest więc w wielu wypadkach rozwiązaniem najbardziej pożądanym, zwłaszcza w początkowej fazie leczenia, gdy nie ma właściwej współpracy ze strony pacjenta, co jest spowodowane brakiem poczucia choroby, negatywizmem, obawą otrucia wynikającą z urojeń. Zastosowanie preparatu depot na początku leczenia może doprowadzić do stanu, w którym to po 2-3 tygodniach będzie można wprowadzić neuroleptyki w postaci doustnej<sup>(5)</sup>, a stabilizowany stan pacjenta zwiększy prawdopodobieństwo regularnego zażywania leku. Warto przy tej okazji zaznaczyć, że jedną z najczęstszych przyczyn występowania nawrotów objawów psychotycznych jest zaprzestanie przyjmowania leków przez chorych<sup>(6)</sup>.

Wprowadzenie preparatu depot w trakcie leczenia za zgodą lub bez zgody w oparciu o art. 23, 28 i 29 ustawy o o.z.p. nie budzi wątpliwości. Lekarze mają prawo wprowadzić tego typu leczenie, jeżeli istnieją ku temu przesłanki natury medycznej. Tego typu hospitalizacje trwają zazwyczaj od kilku tygodni do kilku miesięcy, a więc wprowadzenie leku działającego 2-3 tygodnie może mieć wyraźne pozytywne konsekwencje („usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody”).

Z inną sytuacją mamy do czynienia w przypadku przyjęcia pacjenta na podstawie art. 24. By odpowiednio

wprowadzić, a następnie przeanalizować powyższy problem, warto posłużyć się przypadkiem opisywanym przez A. Kokoszkę: „Nieprzytomny 55-letni mężczyzna został przywieziony do szpitala przez pogotowie ratunkowe, wezwane przez kierowcę samochodu, który go potrafił, kiedy ten niespodziewanie wszedł na jezdnię. Tomografia komputerowa głowy ujawniła krwiaka podtwardówkowego; ponadto stwierdzono złamanie przegrody nosowej. Po leczeniu zachowawczym chory odzyskał przytomność i przyznał się, że rzucił się pod samochód w celu samobójczym oraz że wcześniej próbował się powiesić, ale sznur się urwał; później podciął sobie żyły nadgarstka, co potwierdzały rany na obu kończynach górnych. W trakcie badania psychiatrycznego był prawidłowo zorientowany auto- i allopsychicznie, w nastroju wyrównanym, bez zaburzeń świadomości, nie zgłaszał żadnych dolegliwości psychicznych. Do próby samobójczej odnosił się krytycznie, twierdząc, że popełnił ją, bo »był pijany i nadmiernie pesymistycznie oceniał swoją sytuację finansową«. Wcześniej przez 2 doby wypił około litra whisky. Nie chciał opowiedzieć więcej szczegółów dotyczących problemów finansowych, bo jego zdaniem »na trzeźwo nie wyglądają one tak poważnie«. Na inne pytania dotyczące problemów życiowych i objawów zaburzeń psychicznych odpowiadał przecząco. Poirytowany próbą kontynuowania badania psychiatrycznego stwierdził, że »w szpitalu takich prób nie będzie podejmował, bo wie, że lepiej można to zrobić po wypisie«<sup>(7)</sup>. W związku z faktem, iż pacjent nie wyraził zgody na hospitalizację, lekarz przyjął go do szpitala na podstawie art. 24 ustawy o o.z.p. Na decyzję tę wpłynęło kilka czynników. Po pierwsze lekarz nie miał wiedzy na temat ewentualnego wcześniejszego rozpoznania psychiatrycznego, po drugie pacjent ten stanowił wyraźne zagrożenie dla siebie (deklaracje popełnienia samobójstwa), po trzecie należało ustalić, czy próba samobójcza wynikała np. z załamania psychicznego spowodowanego trudną sytuacją finansową, czy też z występowania objawów psychotycznych (urojeń, omamów).

W kontekście przedstawionej sytuacji warto rozważyć różne aspekty natury klinicznej, prawnej i etycznej. Załóżmy, iż pacjent zaczął podejmować próby samobójcze, a przez pierwsze trzy dni lekarze podawali pacjentowi standardowe leki przeciwpsychotyczne, których działanie nie przynosiło efektu. Przyjmijmy, iż po trzech dniach lekarze zdecydowali się na zastosowanie przeciwpsychotycznego leku o wydłużonym działaniu – depot. Decyzja ta spowodowana była, jak już wyżej wspomniano, bardzo autoagresywnym zachowaniem pacjenta, które uniemożliwiało zastosowanie jakiegokolwiek diagnostyki psychiatrycznej i psychologicznej.

Powyższy stan rzeczy budzi pewne wątpliwości, np. czy lekarz miał prawo zastosować lek o wydłużonym działaniu, czy mieści się to w normie prawnej zezwalającej na zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci przymusowego podania leku? Ponadto, czy tego typu

działanie nie jest procedurą leczniczą? Co w wypadku, gdy po 10 dniach pacjent zostanie wypisany ze szpitala z powodu braku stwierdzenia występowania u niego choroby psychicznej?<sup>(8)</sup>

Z jednej strony mamy tu do czynienia z kwestiami medycznymi: przymus bezpośredni, podanie i działanie leków itd. Z drugiej jednak strony omawiana kwestia ma charakter prawny: dopuszczalne w prawie naruszenie nietykalności osobistej, poszanowanie praw pacjenta (niepodejmowanie wobec niego leczenia w ramach obserwacji), granice ustawowych uprawnień personelu medycznego.

Dąbrowski zwraca uwagę na dwie ważne kwestie. Po pierwsze zauważa, iż 10-dniowy termin obserwacji w trakcie prac nad ustawą o o.z.p. był kompromisem między wymogami procesu diagnostycznego a gwarancjami poszanowania praw osobistych pacjenta (na początku funkcjonowania ustawy o o.z.p. termin ten wynosił 7 dni). Po drugie zaznacza, iż podanie leków pod przymusem w trakcie omawianego trybu hospitalizacji jest możliwe wyłącznie w sytuacji nagłości, a więc „zamachu na życie własne albo życie lub zdrowie innej osoby”. Autor ten podkreśla także, iż dalsze leczenie bez zgody pacjenta jest możliwe tylko w sytuacji stwierdzenia u niego choroby psychicznej<sup>(9)</sup>.

Falicki oraz Rutkiewicz zwracają uwagę, iż w trakcie hospitalizacji pacjenta w oparciu o art. 24 ustawy o o.z.p. lekarz napotkać może na liczne dylematy. Autorzy podnoszą kwestię braku przepisów określających sytuację, w której muszą wypisać pacjenta stanowiącego potencjalne zagrożenie dla siebie lub innych w sytuacji, w której nie zdiagnozowano u niego choroby psychicznej. Problem pojawia się także w sytuacji, w której u pacjenta przebywającego bez zgody w omawianym trybie występują np. odleżyny, które w istotny sposób zagrażają jego zdrowiu, a pacjent nie wyraża zgody na podanie jakichkolwiek leków. Prawo zabrania w powyższej sytuacji interwencji medycznej – leczniczej (art. 33 ust. 4 ustawy o o.z.p.), z drugiej jednak strony nakazuje działanie w sytuacji zagrożenia życia lub też poważnego uszczerbku na zdrowiu (art. 33 i 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry)<sup>(10)</sup>. Falicki oraz Rutkiewicz proponują w tego typu sytuacjach podejmowanie działania leczniczego na podstawie art. 26 kodeksu karnego, który zwraca uwagę na możliwość podejmowania działania w stanie wyższej konieczności<sup>(11)</sup>.

O podobnym dylemacie piszą Kokoszka oraz Filar. Autorzy ci przywołują opisany powyżej przykład pacjenta przyjętego na podstawie art. 24 ustawy (próba samobójcza) do szpitala, niewyrażającego zgody na poinformowanie rodziny o jego stanie zdrowia. Z jednej strony występuje tu obowiązek poszanowania prawa do prywatności pacjenta (art. 31 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry), z drugiej zaś obowiązek lekarza, by w trakcie leczenia pacjenta w szpitalu psychiatrycznym brać pod uwagę nie tylko

cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby.

Brown z kolei podkreśla, iż w Wielkiej Brytanii Ustawa psychiatryczna zakazuje podawania leków pacjentom przyjętym do szpitala psychiatrycznego bez ich zgody, niemniej jednak lekarz w oparciu o prawo zwyczajowe oraz obowiązek ochrony życia i zdrowia pacjenta ma prawo podawać leki w wyjątkowych sytuacjach, także wobec pacjentów pozostających w szpitalu psychiatrycznym bez zgody<sup>(12)</sup>.

W opisanym powyżej przykładzie lek o wydłużonym działaniu został podany w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego<sup>(13)</sup>. Bujny podczas analizowania zapisów ustawy o o.z.p. w zakresie możliwości stosowania przymusu bezpośredniego (art. 18) przypomina o istnieniu w powiązaniu z powyższym aktem prawnym zasady „najmniejszej uciążliwości”. Zasada ta wyrażona w art. 12 mówi, że „Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy”. Autor ten powołuje się na ideę zawartą w postanowieniu Sądu Najwyższego z 20 marca 1998 r., zgodnie z którą „każdy pacjent ma prawo być leczony w środowisku jak najmniej ograniczającym swobodę oraz do leczenia przy pomocy metody jak najmniej ograniczającej i intruzyjnej wśród dostępnych, stosownie do swoich potrzeb oraz do potrzeby ochrony bezpieczeństwa innych osób”<sup>(14)</sup>.

Sąd Najwyższy zwrócił tu uwagę, że w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej (także bez zgody) pacjent powinien być leczony w sposób jak najmniej dla niego uciążliwy. Zaznaczono, że metoda leczenia winna być jak najmniej ograniczająca i intruzyjna. W tym miejscu warto zadać pytanie: która z metod leczenia (pod tym pojęciem kryje się tu przymus bezpośredni w postaci przymusowego podania leków) jest mniej ograniczająca i intruzyjna, a także która z nich jest mniej uciążliwa: codzienne podawanie leku uspokajającego czy też podanie jednego leku o wydłużonym działaniu, po uwzględnieniu wcześniejszych prób ze standardowymi lekami? Należy podkreślić, iż wybór postępowania medycznego musi uwzględniać potrzebę ochrony bezpieczeństwa innych osób: pacjentów, ich rodzin, personelu medycznego.

Karkowska zauważa, że w literaturze przedmiotu dominuje pogląd, że przymusowe podanie leków w ramach „zabezpieczenia” jest najmniej uciążliwą formą zastosowania przymusu bezpośredniego, a do najbardziej uciążliwych zalicza unieruchomienie oraz izolację<sup>(15)</sup>. Autorka zaznacza również, iż art. 32 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w każdej czynności niestwarzającej podwyższonego ryzyka daje lekarzowi prawo zwrócenia się o zgodę do sądu, także w sytuacji sprzeciwu ze strony pacjenta lub jego przedstawiciela

ustawowego. Działanie to jest szczególnie uzasadnione w sytuacji, w której pacjent stwarza zagrożenie dla siebie lub innych<sup>(16)</sup>.

W podobnej kwestii wypowiedział się także Nowicki. Autor ten zwraca uwagę, iż w stanach nagłych, w których może dojść do zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, w sytuacji sprzeciwu osoby hospitalizowanej lub jego przedstawiciela szpital powinien poinformować o powyższym sąd<sup>(17)</sup>.

Boratyńska i Konieczniak, analizując treść art. 24 i 33 ust. 4 ustawy o o.z.p., dochodzą do wniosku, że w trakcie obserwacyjnego trybu hospitalizacji można stosować jedynie nieinwazyjną metodę diagnostyczną. Autorzy zwracają uwagę, iż podstawowym celem jest tu obserwacja, i stwierdzają, że: „Nie jest dopuszczalne prowadzenie jakiegokolwiek terapii przymusowej wobec pacjentów umieszczonych w szpitalu w trybie (2)<sup>(18)</sup>, tj. osób, co do których mają być wyjaśnione wątpliwości, czy są one psychicznie chore”<sup>(19)</sup>.

Konieczniak w *Aspektach prawnych w psychiatrii* stoi na stanowisku, że pacjentów hospitalizowanych na podstawie art. 24 można poddawać jedynie obserwacji<sup>(20)</sup>. Podobny pogląd wyraża Duda w komentarzu do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>(21)</sup>.

Autorzy przedstawionych powyżej opinii dotyczących art. 24 ustawy o o.z.p. nie wypowiadają się w sposób jednoznaczny na temat prawa do zastosowania leku o wydłużonym działaniu – depot, wobec pacjentów hospitalizowanych w ramach trybu obserwacyjnego. Z jednej strony istnieją opinie stwierdzające, iż lekarz w sytuacjach nagłych ma prawo podać pacjentowi lek – także pacjentowi przyjętemu bez zgody, zwłaszcza w sytuacji zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa pacjenta lub osób trzecich. Zwraca się także uwagę na najmniejszą uciążliwość przymusu bezpośredniego w postaci przymusowego podania leków oraz konieczność powiadomienia przez lekarza sądu opiekuńczego o wyjątkowych sytuacjach, jakie zachodzą w trakcie procesu leczenia: osób hospitalizowanych bez zgody, niezdolnych do wyrażenia opinii, małoletnich itd.

Z drugiej strony wyrażane są poglądy, iż pacjentów hospitalizowanych bez zgody na podstawie art. 24 ustawy o o.z.p. można poddawać jedynie obserwacji.

Podkreśla się ponadto, iż art. 24 Ustawy stawia niejednokrotnie lekarza przed dylematem, czy podjąć działania ratujące zdrowie lub życie pacjenta, czy też stosować się do zapisu zakazującego wprowadzania jakichkolwiek procedur leczniczych wobec obserwowanego pacjenta. Dochodzi tu do kolizji dwóch praw osobistych: prawa do ochrony zdrowia i życia oraz prawa do wyrażenia sprzeciwu na działania medyczne (wolność od poniżającego traktowania).

Problem zastosowania preparatów o wydłużonym działaniu ma niewątpliwie cechy klasycznego dylematu moralnego, w którym naprzeciw siebie stają wartości o podobnym natężeniu i znaczeniu<sup>(22)</sup>. Dylemat ten nie jest

jedynie problemem teoretycznym. Jak podaje Kokoszka, w opisanym przykładzie nie zaobserwowano takich silnych działań autoagresywnych, ale przecież ich występowanie u pacjentów hospitalizowanych bez zgody nie należy do rzadkości. Rozwiązanie każdego dylematu wiąże się z obawami o trafność wyboru. Próba zaproponowania konkretnych rozwiązań omawianego problemu jest jednak konieczna z powodu braku jednoznacznych opinii w powyższej kwestii.

Wśród psychiatrów oraz prawników istnieje spór, czy zaaplikowanie leku o wydłużonym działaniu (depot) w trakcie obserwacji jest wprowadzeniem procedury leczniczej. Niewątpliwie każde przymusowe podanie leku, nawet leku działającego krótko, będzie w trakcie obserwacji posiadało cechy leczenia. Jeżeli lekarz przyjmujący pacjenta do szpitala na podstawie art. 24 ustawy podaje preparat depot bez głębszej analizy, czy zachowanie pacjenta wynika z choroby, czy też z krótkotrwałej dysfunkcji psychicznej, i nie podejmuje żadnych prób podania standardowych leków przeciwpsychotycznych wobec agresywnego pacjenta, a ponadto decyzji swojej nie konsultuje z innym lekarzem, wtedy można przypuszczać, iż narusza on art. 33 ust. 4 ustawy o o.z.p. Jeśli natomiast lekarz podejmował próby opanowania agresywnych zachowań pacjenta za pomocą krócej działających preparatów, jeśli nabiera pewności, iż agresywne zachowanie pacjenta wynika z choroby psychicznej, a swoją decyzję skonsultował z innym lekarzem, wtedy podanie preparatu depot może być uzasadnione. Jeśli w trakcie wstępnych badań lub obserwacji agresywnych zachowań pacjenta okaże się, że wynikają one np. z niepsychotycznych zaburzeń zachowania, zastosowanie w takiej sytuacji preparatu depot można uznać za nieuzasadnione, ponieważ jego działanie utrzymywałoby się również po ewentualnym wypisie ze szpitala po 10 dniach.

W takich przypadkach zasadne może być podanie leków przeciwpsychotycznych o krótszym, 2-3-dniowym działaniu, np. Clopixol Acuphase<sup>(23)</sup>. Jeśli natomiast u pacjenta prezentującego agresywne zachowanie można ustalić etiologię psychotyczną, a standardowe leki przeciwpsychotyczne nie przynoszą spodziewanego efektu, podanie preparatu depot wydaje się uzasadnione. Jeżeli zachowania agresywne wynikają z choroby psychicznej, to bardzo prawdopodobne jest pozostawienie pacjenta na dalsze leczenie w szpitalu na podstawie art. 23 ustawy o o.z.p. Należy jednak podkreślić, że użycie leku o wydłużonym działaniu w ramach przymusu bezpośredniego jest uzasadnione brakiem skuteczności podawanych standardowych leków przeciwpsychotycznych oraz bardzo wysokim prawdopodobieństwem występowania choroby psychicznej. Jeśli w opinii lekarzy obserwujących pacjenta zostanie potwierdzona obecność choroby psychicznej, a pacjent w dalszym ciągu zagraża sobie lub innym, lekarze mają prawo poinformować sąd o zmianie kwalifikacji pobytu pa-

cja w szpitalu bez zgody z powołaniem się na art. 23 ustawy o o.z.p.

Podanie pacjentowi przebywającemu na obserwacji leków o wydłużonym działaniu jest procedurą niestandardową, niektóre długotrwale utrzymujące się zachowania agresywne obserwowanych pacjentów mogą stanowić powód do zastosowania takiej formy przymusu bezpośredniego. Działanie to nie jest jednoznaczne nie tylko dla środowiska prawników, ale także, a może nawet przede wszystkim, dla psychiatrów.

Warto rozważyć, czy w każdym tego typu niestandardowym postępowaniu nie należy skonsultować decyzji o zastosowaniu preparatu depot z innym lekarzem, najlepiej tej samej specjalności (art. 33 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty), oraz poinformować sąd opiekuńczy o podjęciu niestandardowych działań (art. 34 ust. 7 ww. ustawy).

Szpital psychiatryczny jest niewątpliwie miejscem, w którym prawa pacjenta powinny podlegać szczególnej ochronie. Pacjent chory lub zaburzony psychicznie może być leczony lub obserwowany przymusowo na terenie szpitala. Poza kilkoma wyjątkami w polskim prawie jest to jedyna sytuacja, w której to inna osoba decyduje o podjęciu przez kogoś leczenia. Konstruując ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, ustawodawca był świadomy, iż zdarzają się sytuacje, w których trudno w danym momencie stwierdzić, czy dana osoba jest chora psychicznie oraz czy jej działania wynikają z choroby lub też innego zaburzenia czynności psychicznych. Dlatego też wprowadzona została w polskim prawie instytucja obserwacji, która stwierdzić ma, czy ewentualne szkodliwe dla zdrowia i życia pacjenta działania wynikają z choroby psychicznej. W tej sytuacji pacjent chroniony jest zapisami mówiącymi o konkretnym okresie obserwacji oraz o zakazie podejmowania działań leczniczych.

Zastosowanie w trakcie takiej obserwacji preparatu o wydłużonym działaniu nasuwa liczne pytania, na które trudno znaleźć jednoznaczną odpowiedź. Powyżej opisane sytuacje udowadniają, iż lekarz znajduje się niejednokrotnie w sytuacji, w której bardzo szybko musi zdecydować, które z praw pacjenta jest w danym momencie ważniejsze: prawo do autonomii czy prawo do bezpieczeństwa. Każde zastosowanie niestandardowego w ramach obserwacji działania, w postaci podania preparatu depot, musi być poprzedzone wcześniejszymi standardowymi działaniami zabezpieczającymi, analizą stanu zdrowia pacjenta oraz konsultacją z innym lekarzem. Ważne jest również, by rozważyć możliwość wprowadzenia standardowej kontroli sądu opiekuńczego poprzez rutynowe powiadomienie o zaistniałej sytuacji.

Każde zastosowanie lub niezastosowanie preparatu przeciwpyschotycznego o wydłużonym działaniu w ramach obserwacji musi zawsze wiązać się z prawem pacjenta, by jego pobyt w szpitalu przebiegał dla niego w sposób jak najmniej uciążliwy.

#### PIŚMIENNICTWO:

##### BIBLIOGRAPHY:

1. Boratyńska M., Konieczniak P.: Prawa pacjenta. Wydawnictwo Difin, Bydgoszcz 2003: 390-392.
2. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111, poz. 535) – wniosek ten ww. osoby mogą złożyć tylko wraz z zaświadczeniem lekarza psychiatry stwierdzającym zasadność hospitalizacji ze względu na fakt, iż dotychczasowe zachowanie osoby chorej psychicznie wskazuje na to, iż jej nieprzyjęcie do szpitala psychiatrycznego spowoduje pogorszenie się jej stanu zdrowia lub osoba ta jest niezdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest podejrzenie, że pobyt w szpitalu poprawi jej stan zdrowia.
3. Boratyńska M., Konieczniak P.: Prawa pacjenta. Wydawnictwo Difin, Bydgoszcz 2003: 405.
4. Art. 18 ust. 3 wymienia cztery dopuszczalne formy przymusu: przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie i izolację.
5. Bilikiewicz A. (red.): Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 512.
6. Elgie R., Amerongen A.P.V., Byrne P. i wsp.: Odnaleźć drogę. Poradnik dla wszystkich dotkniętych przez schizofrenię. Wydanie polskie, Wydawnictwo Bristol-Myers Squibb Company i Otsuka Pharmaceuticals Ltd, Hounslow 2004: 51.
7. Kokoszka A.: 55-letni mężczyzna po poważnej próbie samobójczej niewyrażający zgody na hospitalizację na oddziale psychiatrycznym ani na kontakt z rodziną. Medycyna Praktyczna – portal dla lekarzy 2007.
8. Nawet jeśli lek o wydłużonym działaniu został zaaplikowany na początku leczenia (w oparciu o art. 24 ustawy o o.z.p.), pacjent, wychodząc ze szpitala po 10 dniach, wciąż jest pod wpływem leku.
9. Gruszczyńska-Młodożeniec A., Pierzgańska K.: Wybrane zagadnienia prawne w psychiatrii. Wiadomości Psychiatryczne 2004; 7: 295.
10. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 02.21.204).
11. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z dnia 2 sierpnia 1997 r.) – „Art. 26. § 1. Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobrem chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego. § 2. Nie popełnia przestępstwa także ten, kto, ratując dobro chronione prawem w warunkach określonych w § 1, poświęca dobro, które nie przedstawia wartości oczywiście wyższej od dobra ratowanego”.
12. Brown T.M., Scott A.I.F., Pullen I.M.: Stany nagłe w psychiatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994: 51.
13. Kokoszka oraz Filar nie podają informacji dotyczących zastosowania przymusu wobec opisywanego pacjenta. Treści dotyczące działań przymusowych wobec ww. pacjenta stanowią hipotezę roboczą autora niniejszego tekstu.
14. Bujny J.: Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem. Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2007: 257-258 (Post. SN z 10.03.1998 r., I CKN 571/97, OSNC 1998, nr 10, poz. 170).
15. Karkowska D.: Prawa pacjenta. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004: 340.
16. Jw., s. 338 – uprawnienia lekarza w sytuacji podwyższonego ryzyka określa art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

17. Nowicki M.A.: Niedopuszczalne leczenie bez zgody. Rzeczpospolita, 13 maj 2004 r. [Glass przeciwko Wielkiej Brytanii – orzeczenie z dnia 9 marca 2004 r., Izba (Sekcja) IV, skarga nr 61827/00].
18. W oparciu o art. 24 ustawy o o.z.p. – przyp. autora.
19. Boratyńska M., Konieczniak P.: Prawa pacjenta. Wydawnictwo Difin, Bydgoszcz 2003: 409.
20. Konieczniak P.: Aspekty prawne w psychiatrii. Forum Psychiatryczne 2003: 38.
21. Duda J.: Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2006: 137.
22. Morawski J.: Trening zastępowania agresji ART. Instytut AMITY, Warszawa 2004: 36.
23. Bilikiewicz A. (red.): Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 511.

**SEKCJA NAUKOWA PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY**

**Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego**

Sekretariat: **Klinika Psychiatrii Młodzieżowej**

**Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

CSK UM, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel.: 042 675 73 43(2), faks: 042 675 74 03

I Komunikat

**XXIV Konferencja Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży PTP  
„Pogranicza psychiatrii dzieci i młodzieży”**

odbędzie się w Łąncucie w dniach 22-24 maja 2009 r.

Rejestracja od piątku (22.05.2009 r.) od godz. 12.00,  
zakończenie w niedzielę (24.05.2009 r.) o godz. 15.00.

Wszystkie sesje będą odbywały się w salach zamku w Łąncucie.

W programie przewidziany jest koncert w sali balowej oraz zwiedzanie zamku.

Osoby zainteresowane mogą wziąć udział w wycieczce na Ukrainę (2- lub 3-dniowej).

Dla wszystkich uczestników przewidziano noclegi na terenie Łąncuta.

Opłata konferencyjna – 300 zł, dla członków Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży PTP  
(mających opłacone składki i uaktualnioną deklarację członkostwa) – 200 zł.

Dodatkowe informacje: [www.zoz-lancut.pl/psychiatria\\_dzieci\\_i\\_młodzieży](http://www.zoz-lancut.pl/psychiatria_dzieci_i_mlodziezy),  
tel.: 017 224 01 32 (117 lekarze lub 267 dyżurka).

Adres organizatorów: ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łąncut,  
SP ZOZ Łąncut, Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży.

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego: dr Marzena Pelc-Dymon