

Seminarium dla Wydziału Lekarskiego
Maria Boratyńska, Zakład Medycyny Sądowej WUM
temat: **Złe sny i majaczenia pozabiegowe**

Relacja prasowa (fragmenty)

Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej. Horst D., lat 56, 166 cm wzrostu, waga 87 kg. W rubrykach: uczulenia, używki i leki – nie dotyczy. Pilnie przyjęty na oddział chirurgii 13 lipca 2014 r. o godz. 20.15. Tomografia komputerowa klatki piersiowej wykazuje krwiaka opłucnej. O godz. 0.45 chirurdzy wykonują podwójny drenaż prawej jamy opłucnej. Notują: „Przebieg zabiegu bez powikłań”.

Wpis z 14 lipca, godz. 9.29. "Pacjent w stanie stabilnym, wydolny krążeniowo i oddechowo. Antybiotyk utrzymano".

- W czwartek 10 lipca, około godz. 18.30, mąż wrócił do domu z ogródków działkowych. Siedział tam z kolegami, był wypity – mówi żona Irena. - Koszulę miał całą we krwi. Mówił, że ktoś go czymś dźgnął, ale kto, gdzie i czym, tego nie wiedział. Rana była mała, nie leciała z niej krew, przykleiłam mu plaster. Przez dwa dni wszystko było w porządku, ale w niedzielę zauważyłam, że z mężem jest coś nie tak. Leżał na wersalce i patrzył w telewizor. Był apatyczny. Od czwartku nie tknął nawet piwa. W niedzielę przed południem odwiedził nas syn, od razu zadzwonił po pogotowie.

W szpitalu, po pierwszej operacji, Horst D. zeznał: "- 10 lipca piłem wódkę w piwnicy. Sam, a nie z kolegami. Wypiłem pół litra, a jak wódka się skończyła, poszedłem do Żabki, gdzie kupiłem jeszcze dwie puszki Zubra. Wypiłem je na murku. Wracałem pieszo do domu. Nagle podbiegł do mnie jakiś mężczyzna, dźgnął mnie nożem w klatkę piersiową po prawej stronie i uciekł. To wszystko, co mam do powiedzenia".

Po południu 15 lipca Horsta D. odwiedza żona Irena. "- Był osłabiony, ale czuł się dobrze. Lekarz powiedział, że muszą odsączyć płyn, który zebrał się w opłucnej, i jak będzie dobrze, to go wypiszą."

Wieczorem ponowne odwiedziny krewnych. Horst D. martwi się o pacjenta, który leży obok. Jest upały, a nie dają mu pić.

- Mąż zachowywał się normalnie, trzymały się go żarty, jak zwykle – mówi Irena D. Po godz. 18 opuszcza szpital.

Na łóżku obok leży mężczyzna po operacji jelita grubego, jeszcze nie do końca świadomy. Siedzą przy nim żona z synową. Horst D. obserwuje kobiety. "- Ty kurwo, daj mu się napić, przecież widzisz, że on chce pić! Wykończysz go!" - mówi. Ale mężczyzna kręci głową, że nie jest spragniony. Horst D. nie ustępuje. Przeklina, oskarża kobiety, że chcą zamordować swojego krewnego. Młodsza próbuje uspokoić Horsta.

- Jestem pielęgniarką i wiem, jak się opiekować tatą.

- Co z ciebie za pielęgniarka, skoro dałaś go tak pokroić! - odpowiada Horst D.

Kobieta wychodzi z sali, skarży się pielęgniarce, boi się, że może dojść do nieszczęścia. Decydują, że przewiożą Horsta D. na salę bliżej dyżurki. Gdy łóżko wyjeżdża na korytarz, pacjent zaczyna przeklinać. Wyskakuje z łóżka, pielęgniarki próbują go zatrzymać, ale jest silniejszy.

Pielęgniarki: - Wyrwał się nam i uciekł w kierunku oddziału neurologii.

15 lipca 2014 przed godz. 22. Horst D. biega po szpitalu. Jest silnie pobudzony.

- Wy i te kurwy z góry chcecie mnie zabić! – krzyczy do pielęgniarek i lekarzy. Próbuje do niego podejść, ale mężczyzna nie pozwala. Wymachuje butlą, w której zbiera się płyn z jego opłucnej.

Pielęgniarki próbują go obezwładnić, ale pacjent za silny. Wyrzywa się, wbiega do sali chorych, otwiera okno i staje na parapecie. Ściągają go w ostatniej chwili. Mężczyzna wali na oślep pięściami i butlą. Lekarz: - Dzwońcie po policję!

Pielęgniarka z oddziału neurologii, 30-letni staż pracy: - Zachowywał się jak osoba chora psychicznie. Jakbyśmy byli dla niego zagrożeniem, a on szukał ucieczki. Był zlany potem. Nie dało się go uspokoić ani złapać.

Pielęgniarka z oddziału chirurgii, 25 lat stażu: - Ja się go bałam i myślę, że inni też.

Pacjent Andrzej J., lat 45: - Spotkałem go na korytarzu, na mój widok złagodniał. **Powtarzał, że oni chcą go uśpić, że się już nie obudzi.** Zapytał, czy może wejść do mojej sali, chciał się tam położyć na podłodze, obok łóżka. Zdziwiłem się, że tylu dorosłych ludzi nie dało sobie

rady z tym człowiekiem. Przy mnie był spokojny.

Nikt nie chce oberwać, pacjent wybiega na korytarz. Wpada do kuchni, porywa dwa noże, które leżą na blacie, **i rzuca się na ludzi w białych fartuchach**. Lekarz, który stoi najbliżej, zasłania się wózkem do przewożenia posiłków, wycofuje się na korytarz i zamyka drzwi do kuchni. Pielęgniarka pomaga trzymać mu klamkę. Mężczyzna wali w drzwi metalowym dzbankiem. Szyba jest hartowana, ale w końcu zaczyna pękać.

- Gdzie ta policja, cholera! - krzyczy lekarz. - Wycofać się!

Pacjent wychodzi z kuchni, szuka wyjścia ze szpitala, wybiega na klatkę schodową.

Lekarka dyżurna z oddziału neurologii: "- Wyszedł z kuchni zakrwawiony. Uciekłyśmy z koleżanką na oddział kardiologii i zamknęłyśmy się w pokoju zabiegowym. Wyszłam dopiero po 10-15 minutach.

Pielęgniarka, 27 lat doświadczenia: "- Napady tego rodzaju miewają pacjenci, którzy używali alkoholu, po okresie jego odstawienia w związku z pobytym w szpitalu. Takie osoby zaczynają nagle coś widzieć, słyszeć, trząść się, nie odpowiadają logicznie na pytania. Po raz pierwszy przeżyłam tak mocno agresywne zachowanie pacjenta. Tyle osób nie mogło sobie z nim poradzić. Mam siniaki na rękach po tym, gdy mnie złapał".

Ortopeda, 10 lat po obronie dyplomu: – **Gdy przyjechała policja, od razu mi ulżyło. Pomyślałem, że jeżeli ten pacjent się nie zatrzyma, policjanci będą musieli strzelać. Dla mnie to było oczywiste.** Odruchowo się cofnąłem, bo bałem się, że dostanę rykoszetem.

Policjanci odnajdują Horsta na klatce schodowej szpitala, niedaleko wyjścia. Schował się pod schodami, skulony, przerażony

- Rzuć noże! - krzyczą funkcjonariusze.

- Nie, to moja broń – odpowiada Horst D. – Wy też chcecie mnie zabić!

Jeden z policjantów próbuje dosięgnąć go tonfą. Pałka trafia Horsta w nadgarstek

– Uderzenie było mocne, ale ten mężczyzna zachowywał się, jakby nie odczuwał bólu. Nie wypuścił noża – powie potem policjant.

Policjanci używają gazu pieprzowego, ale Horst D. nie reaguje. Prosi: - Odejdźcie!

Policjanci odsuwają się o dwa kroki, nie dalej. Horst D. wychodzi z kryjówki. Policjanci znów żądają, żeby rzucił noże. Na to on wymachuje nożami, wykonuje pchnięcia w kierunku policjanta. Posterunkowy odgania się tonfą, jeszcze raz próbuje wytrącić chociaż jeden nóż z dłoni Horsta D., ale pacjent jak w transie nie czuje uderzeń. Jest w odległości około dwóch metrów od funkcjonariuszy. "- Odrzuć to, odrzuć!" - krzyczą. Jeden z nich wyciąga broń, celuje w nogi. Pada strzał, policjantowi zacina się pistolet, przeładowuje, strzela ponownie.

Horst D. pada na jedno kolano, dopadają go, zakładają kajdanki. Widzą, że z pachwiny postrzelonego mężczyzny tryska krew.

Żona Irena: - To spokojny człowiek. Na nic się nie skarżył, nie brał żadnych lekarstw. Nie rozumiem, co się stało. Trudno mi uwierzyć w agresywne zachowanie męża. Nie umiem sobie tego wyobrazić. Jak do tego wszystkiego doszło? Gdyby ktoś po mnie przyjechał, mąż by mnie posłuchał. Syn Horsta, Wojciech D., rocznik 1981, drukarz: - Ojciec nie był alkoholikiem, nie był agresywny. Po alkoholu był wesoły.

Tuż po północy. lekarze z pacjentem na wózku pędzą na blok operacyjny. Silny krwotok z ran postrzałowych wywołuje wstrząs. Serce staje, reanimacja, intubacja. Wraca krążenie.

Chirurgom udaje się naprawić rozerwaną tętnicę udową, ale pacjent jest w ciężkim stanie. Godzinę po zabiegu kryzys – krwawienie nie tylko z rany pooperacyjnej, ale także z tej po drenażu ophicznej i po wkłuciach dożylnych. Skaza krwotoczna, lekarze podają maksymalne dawki leków, ale krwotoku nie daje się opanować. Lekarz dyżurny do dokumentacji wpisuje formułkę: zgon o godzinie 2.30.

Z protokołu sekcji zwłok: "Dwie rany postrzałowe, jedna zlokalizowana na tylnej powierzchni ciała z raną wlotową i wylotową oraz kanałem biegnącym w tkance podskórnej i mięśniach bez uszkodzeń kostnych. Druga rana postrzałowa z wlotem i wylotem uda prawego i uszkodzeniem tętnicy udowej lewej. Przyczyną śmierci była utrata krwi".

Luty 2015 r., prokuratura umarza śledztwo w sprawie śmierci Horsta D. **"Stworzył bezpośrednio zagrożenie dla porządku publicznego. Sposób użycia broni palnej był ostatecznym i jedynym racjonalnym środkiem odparcia bezpośredniego i bezprawnego zamachu na funkcjonariuszy. Użycie broni nie powodowało bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia osób trzecich innych niż**

zamachowiec."

Adwokat rodziny składa zażalenie. Jego zdaniem prokurator nie zbadał, czy życie policjantów naprawdę było zagrożone i czy musieli strzelać. Sąd przyznaje rację prokuraturze. Najważniejsze, że Horst D. groził policjantom nożem.

Sławomir Świąchowicz, dyrektor Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej, rok po śmierci Horsta D. wciąż zdenerwowany:

"– Jest mi przykro, bo doszło do splotu tysiąca różnych niesprzyjających okoliczności. Dla nas wszystkich było to przeżycie. Pielęgniarkom pomagał potem psycholog. One się bały, panicznie bały."

- Dlaczego ten mężczyzna nie dostał środka uspokajającego? - pytamy.

Dyrektor: "– Nie było możliwości. Gdy zaczął szaleć, było już za późno. Nikt go nie potrafił przytrzymać."

- Rozmawialiście z personelem o tym, co się stało?

- Tak, i doszliśmy do wniosku, że **postąpiliśmy zgodnie z regulaminem. Pacjenta agresywnego trzeba odizolować od innych chorych, zadbać o własne bezpieczeństwo, zorganizować grupę czterech - pięciu osób do zastosowania przymusu bezpośredniego, podać leki uspokajające, a gdy jest bardzo niebezpieczny, wezwać policję. Wszystko zrobiliśmy.** Niestety polegało na tym, że padł strzał, który rozerwał tętnicę udową.

- Dlaczego ten strzał padł?

- To pytanie nie do mnie.

- Ten człowiek się bał, schował się pod schodami, trzeba go było zostawić.

- A skąd wiecie, co on miał w głowie? **Jeśli ktoś jest w szpitalu, to nie powinien mieć poczucia, że chcemy mu zrobić krzywdę.**

- Wyciągnęliście jakieś wnioski, zmieniliście procedury?

Dyrektor: "– Przypomnieliśmy zasady. **Nasze procedury zadziałały.** To była niepotrzebna śmierć".

- To prawda, że pacjentowi, którzy rzuca się na personel, nie da się podać leku uspokajającego – mówi **doc. Łukasz Krzych**, anestezjolog z Zabrze. - Ale wtedy trzeba użyć siły. Zwyczajnie, rzucamy się na takiego człowieka i go unieruchamiamy

Dr Ludwik Stołtny, anestezjolog dziecięcy: – Nie ma pacjenta, którego nie dałoby się spacyfikować, tylko trzeba wiedzieć jak.

Dariusz Manterys, naczelnik wydziału kryminalnego rudzkiej policji, przed prokuratorem o swoich przemyśleniach. Zastrzega, że to jego prywatna myśl:

- Gdyby personel szpitala zajął się tym pacjentem w odpowiednim momencie, a mieli już sygnały, że coś z nim jest nie tak, bo się dziwnie zachowywał i odzywał, to może nic by mu się nie stało.

- W szpitalu **popelniono całą masę błędów** - ocenia **Marek Balicki, psychiatra**, były minister zdrowia. - Gdy pacjent zaczyna majaczyć, powinno mu się od razu podać leki uspokajające. Negocjacje z osobą, która ma zaburzenia świadomości, niewiele dają. Kilka osób może skutecznie unieruchomić pacjenta, ale muszą wiedzieć, jak to zrobić. Nikt nie wezwał rodziny, która mogłaby pomóc. Interweniowali kompletnie niedoświadczeni policjanci. **Zachowywali się tak, jakby nie mieli świadomości, że to był chory człowiek, chcieli go sprowadzić do parteru.** Nie mieli paralizatorów ani sieci obezwładniającej. **Mieli broń i użyli jej w szpitalu.** Niewyobrażalne. Gdyby do takiego wypadku doszło w Wielkiej Brytanii, byłoby to przedmiotem zainteresowania premiera. Gdyby to się zdarzyło za komuny, „Wolna Europa” mówiłaby o tym przez pół roku. Dziwię się, że sprawa przeszła tak gładko.

Problem polega na tym, że warunki zastosowania przymusu bezpośredniego są dokładnie opisane jedynie w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. **Lekarze na oddziałach psychiatrycznych wiedzą, co robić z niebezpiecznymi pacjentami.** W innych szpitalach sposoby postępowania z takimi chorymi nie są uregulowane ustawą. - Gdyby były, dyrektorzy musieliby organizować dla personelu szkolenia, zmienić sposoby prowadzenia dokumentacji itp. Gdyby były jasne przepisy, los Horsta D. mógł być inny – mówi Balicki.

Najwięcej o majaczeniach, czyli delirium, wiedzą lekarze, którzy zajmują się pacjentami po najcięższych operacjach. Ale i tak niewiele. **Najważniejsze, że można mieć delirium nie tylko z powodu odstawienia alkoholu czy nikotyny, w ale także w reakcji na stres albo podane leki.**

U każdego pacjenta ma ono różny przebieg. Postać hiperaktywna mającena połączona z nadmiernym pobudzeniem to 1/10 przypadków wg jednych statystyk, albo 1/20 wg innych. A jest jeszcze postać hipoaktywna, gdy pacjent śpi, ale przeżywa różne sytuacje wewnątrz. Dotyczy to 1/4 pacjentów po operacjach. Wśród osób po najcięższych zabiegach na otwartym sercu jeszcze inaczej. Ilu z nich może majaczyć? Lekarze rozkładają ręce: od 5 do 50% i to nie z powodu alkoholu.

Może dlatego anestezjolodzy z oddziałów kardiochirurgicznych nie chcą mówić o Horście D. Wolą o swoich doświadczeniach. Widzieli już pacjentkę, która stała na parapecie szóstego piętra i szykowała się do skoku; mężczyznę, który po zabiegu złapał za stojak do kroplówek i wybijał okna. Jeden wmówił sobie, że nie istnieje. Uznał, że jest nieobecny i prosił żonę, żeby to potwierdziła. Są pacjentki, które się obnażają, a inne śpiewają pieśni maryjne przez całą dobę. **Ale najczęściej chorzy są przekonani, że lekarze zabijają ludzi na skalę przemysłową i trzeba jak najszybciej uciekać ze szpitala. Z tej mordowni.**

Dr Wojciech Saucha: - Każdy człowiek ma wewnętrzny głos, który mu mówi, czego nie wolno robić. Ale są leki, np. benzodiazepiny, które ten głos zagłuszają. Podajemy je pacjentom przed operacją. Na większość chorych działają uspokajająco. U niektórych wywołują agresję. Gdy opowiadamy ludziom, co wyprawiali, nie mogą uwierzyć.

Dr Jerzy Czapla: - Po narkozie niektórzy słyszą głosy, mają wizje. Pacjent, którym się opiekuję, rozmawia właśnie ze swoją zmarłą matką. Starszym przypominają się zdarzenia z czasów wojny, są przekonani, że przebywają w obozie koncentracyjnym.

Docent Łukasz Krzych: - **Wyobraźcie sobie starszego, schorowanego człowieka, który budzi się po operacji. Nie wie, czy minęło pięć minut, czy pięć godzin. Leży, patrząc w sufit, widzi kaseton, słyszy głosy, których nie rozpoznaje, może go jeszcze boleć, ma założone dreny, wokół pikają alarmy. Jest nagi, całkowicie zależny od innych. Może wpaść w panikę? A młody? Motocyklista jedzie sobie ulicą, nagle bum, wypadek, traci świadomość. Budzi się po operacji, nie wie, gdzie jest, nie ma pojęcia, co się stało. Nie ma nikogo, kto osadziłby go w miejscu i czasie. Stracił dużo krwi, mózg może nie działać jak należy. Stres, panika, delirium.**

O pozabiegowym majaczeniu doc. Krzych napisał habilitację, bo chciał podpowiedzieć innym lekarzom, na jakich pacjentów powinni bardziej uważać. Z 80 czynników wywołujących delirium, dostępnych w literaturze medycznej, wyodrębnił kilka, **m.in. stres, starość, wyniszczenie organizmu, cukrzyca, niedożywienie, nadciśnienie tętnicze, odwodnienie.** I takich pacjentów bardziej pilnuje. Częściej ich pyta: jak się pan nazywa? Skąd pan do nas przyjechał? - żeby sprawdzić, jak taka osoba orientuje się w miejscu i czasie. Jeśli nie wie, to pierwszy sygnał, że zaczyna się z nią dzieć coś niepokojącego, że budzi się w niej demon. Ale nawet z taką wiedzą niczego nie da się przewidzieć.

- Nie ma na to sposobu – przyznaje doc. Krzych. - Trzeba mieć nosa. Ja mam, bo się tym interesuję.

Dr Saucha: - Teraz na oddziale mamy dziewięciu pacjentów. Dwóch majaczy. Co można zrobić? Na to pytanie nie ma jednej odpowiedzi. Każda sytuacja jest inna. Na pewno należy zniwelować czynniki, które wywołały majaczenie – jeśli pacjent jest odwodniony, podać mu płyny; jak niedotleniony - podłączyć do tlenu. Zaaplikować leki antypsychotyczne, żeby wygasić nadmierną aktywność mózgu, albo dać środek usypiający. **Ostrożnie! - Po lekach uspokajających oddech pacjenta jest znacznie płytszy, a po operacji na sercu musi głęboko nabierać powietrza, żeby rozprężyć płuca. W przeciwnym razie może dojść do niewydolności oddechowej** – ostrzega dr Saucha.

Wydaje się, że kiedyś było łatwiej. **Anna Knysok**, dyrektorka Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie, czepek pielęgniarki założyła na początku lat 70. "- Kiedy pacjenci mieli zespół odstawienia alkoholu, lekarze kazali im dawać trochę wódki i było po kłopotcie" – wyznaje.

Dr Stołtny: "- Pamiętam jeszcze stare podręczniki, gdzie alkohol był opisany jak lek. Ale potem został z nich wykreślony. Teraz obowiązuje zasada, że alkohol etylowy to trucizna."

D. Kortko, J. Watola, "Złe sny", Gazeta Wyborcza z 15.X.2015, Duży Format, s. 7-8

Komentarz 1 (MB)

Przymus policyjny, jakiego pokaz został dany w niniejszej sprawie, wykraczał poza wszystkie wymienione kryteria. Działania personelu szpitalnego nie da się podsumować inaczej niż jako bez

pojęcia i chaotyczne, a przede wszystkim ignorujące dobra i interesy pacjenta przez porzucenie go na łaskę policji, podczas gdy wolno oczekiwać większego profesjonalizmu na poziomie powiązania faktów i wyciągnięcia wniosków. Horst D. wykazywał wiele cech kwalifikujących go do grupy podwyższonego ryzyka zaburzeń. Regulamin szpitalny okazał się wadliwy i dysfunkcyjny. Pozwala to wnioskować o winie organizacyjnej i uzasadnia odpowiedzialność odszkodowawczą szpitala jako osoby prawnej na rzecz najbliższych członków rodziny zastrzelonego pacjenta (art. 446 k.c.), wobec którego placówka miała obowiązek szczególnej pieczy. **Gdy ze strony pacjenta pojawia się czynnik pozamedycznego ryzyka sytuacyjnego, ale na terenie placówki medycznej – nie można uznać, aby obowiązki opiekuńcze i lekarskie ustawały z chwilą wkroczenia policjantów. Od tej pory powinności jednych i drugich uzupełniają się: wymagają połączenia sił, by nad pacjentem zapanować, ale w sposób minimalizujący ryzyko wyrządzenia mu krzywdy. Środki przymusu bezpośredniego z ustawy psychiatrycznej wraz z gwarancjami dla pacjenta nadają się do zastosowania w stanie wyższej konieczności (wg kk) bądź w obronie koniecznej i przy wsparciu siłowym policji, ale użytym w sposób niezagrażający życiu chorego.** Chyba żeby zachodziła niedająca się usunąć kolizja dóbr: życie funkcjonariuszy bądź innych osób albo życie pacjenta. Wymachiwanie nożem w kierunku wyszkolonego i wysportowanego policjanta nie upoważnia go jeszcze jednak moim zdaniem do oddania strzału; dopiero gdyby to pacjent dysponował bronią palną. W takich okolicznościach jednoznaczna przewaga sił jest po stronie policji.

Dopiero gdy te okażą się niewystarczające, wolno posłużyć się innymi w granicach wyznaczonych przez konieczność. Praktykę postępowania z pacjentem w delirium należałoby ujednolicić przez wydanie opracowanych wspólnie przez anestezjologów i psychiatrów rekomendacji, ze szczególnym naciskiem na profilaktyczne wyodrębnienie czynników ryzyka - ponieważ wiedza na ten temat wymaga szerokiego i urzędowego rozpowszechnienia. Policji przydałoby się również z pozycji urzędowych przypomnieć, że ma służyć tylko pomocą dla lekarzy i ściśle wykonywać ich polecenia: odpowiednim miejscem byłaby ustawa o działalności leczniczej, regulująca tę kwestię na wzór art. 18 ust. 9 ustawy psychiatrycznej: *"W przypadkach określonych w ust. 1 jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie"*. W omawianym przypadku solidarnie ze szpitalem powinien ponieść odpowiedzialność Skarb Państwa za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem wykonywanie władzy publicznej (art. 417 k.c.), ponieważ w mojej ocenie doszło do przekroczenia uprawnień pod wpływem strachu. **Sąd cywilny orzekając odszkodowanie nie jest związany umorzeniem w sprawie karnej, bo nie nastąpiło skazanie.** Art. 11 k.p.c.: *Ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym. Jednakże osoba, która nie była oskarżona, może powoływać się w postępowaniu cywilnym na wszelkie okoliczności wyłączające lub ograniczające jej odpowiedzialność cywilną.* Szkada została wyrządzona wspólnie przez szpital i policję: uchybienie stanowiło rezultat braku właściwego współdziałania.

Odszkodowanie nie pomoże ani pacjentowi, ani jego bliskim, ale orzeczenie odpowiedzialności solidarnej miałoby w tych okolicznościach pożądaną wymowę wychowawczą jako sankcja za niedopuszczalne uleganie panice, gdy potrzeba odwagi oraz umiejętności i powinno skłonić do wyciągnięcia odpowiednich wniosków na przyszłość.

Jednocześnie ustawa o policji zobowiązuje funkcjonariuszy do przestrzegania i ochrony praw człowieka (art. 14 ust. 3), co w nieunikniony sposób prowadzi do zestawienia omawianych

regulacji z Europejską Konwencją Praw Człowieka, której art. 2 posługuje się pojęciem **bezwzględnej konieczności**.

Komentarz 2 (MB)

Przymus psychiatryczny odnosi się do pacjentów już zdiagnozowanych lub wymagających zdiagnozowania, a jednocześnie zagrażających życiu lub zdrowiu własnemu bądź innych, bezpieczeństwu powszechnemu, demolujących wnętrza lub w inny sposób poważnie zakłócających funkcjonowanie placówki (art. 18 ust. 1). Użycie przymusu jest tam powiązane z konkretnymi czynnościami medycznymi przewidzianymi w ustawie. Pojęcie **zaburzeń psychicznych** zostało zdefiniowane tylko na użytek danej ustawy i oznacza *"inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym"* (art. 3 pkt 1 ppkt c). Nie każde zaburzenia psychiczne w rozumieniu medycznym odpowiadają tej definicji i tym samym uzasadniają zastosowanie środków leczniczych przewidzianych w ustawie. Nie przystają w szczególności przemijające zaburzenia o charakterze majaczeń, bo pacjent **nie** wymaga pomocy *niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym*, tylko krótkotrwałej pieczy na czas dojścia do siebie.

Kształt unormowań zawartych w ustawie psychiatrycznej jest hermetyczny: jednoznacznie ogranicza przewidziane działania do stanów faktycznych tam określonych i wyklucza podobieństwo z innymi. Ponadto według Sądu Najwyższego przepisy dotyczące użycia przymusu bezpośredniego powinny być wykładane w sposób restryktywny, ponieważ ograniczają prawa i wolności obywatelskie.¹ Przymus bezpośredni wolno uznać za dopuszczalny tylko w wypadkach wskazanych w ustawie, odnosi się to jednak do konkretnych kontekstów medycznych. Takie **ograniczenie ma wyraźny cel gwarancyjny zapobieżenia ewentualnym nadużyciom.**

Z drugiej strony jednak chodzi o pacjentów w pozabiegowym stanie niekompetencji, którym należy się zapewnienie bezpieczeństwa.

Ustawa psychiatryczna znajduje zastosowanie tylko w przypadkach w niej określonych, a ze względu na gwarancyjny charakter zawartych tam uregulowań wykładnia rozszerzająca ani tym bardziej analogia powinny być niedopuszczalne. **Stan wyższej konieczności ujęty natomiast został w sposób generalny, przy jednoczesnym braku zabezpieczeń przed nadużyciami**. Nie jest wcale oczywiste, że wolność jako dobro poświęcone przedstawia wartość niższą niż zdrowie jako dobro ratowane. Takie rozumowanie da się zaakceptować co najwyżej w przypadkach uprzedniej prawidłowej zgody na leczenie, ponieważ wówczas unieruchomienie stanowi środek służący osiągnięciu znanego i zaakceptowanego celu leczniczego. Rozwiązaniem bardziej przejrzystym byłoby powiadomienie pacjenta przed zabiegiem również o ryzyku niekontrolowanych poruszeń i zawczasu odebranie od niego zgody także na niezbędne unieruchomienie.

Wynika stąd, że istnieje potrzeba rozszerzenia stosowania leczenia przymusowego i środków przymusu bezpośredniego na niektóre chorobowe przypadki graniczne, tyle tylko, że najwyraźniej brakuje w tej sprawie koncepcji legislacyjnej. **Inicjatywę w sprawie unormowania kwestii stosowania przymusu bezpośredniego do przypadków niepodlegających ustawie psychiatrycznej postulował RPO w wystąpieniu do Ministra Zdrowia z 11.VIII.2011 r. Nowelizacja ustawy z 2017 r. nie jednak w tej sprawie nie zmieniła, ponieważ nadal obowiązuje ograniczenie użycia przymusu bezpośredniego do wykonywania czynności przewidzianych w ustawie (art. 18 ust.1).** Przywoływane w piśmiennictwie stanowisko Ministra Zdrowia, jakoby ustawa psychiatryczna zawierała dostateczną podstawę stosowania przymusu bezpośredniego także do innych zaburzeń psychicznych, niż przypadki tam określone, jest zatem *contra legem*, wracamy więc do punktu wyjścia. **Możliwość stosowania tej ustawy przez ostrożną analogię daje**

¹ Postanowienia SN z 27 lutego 2008 r., III CSK 318/07, LEX nr 452962 oraz z 16 kwietnia 2009 r., I CSK 402/08, LEX nr 560512, za: M. Nesterowicz, *Glosa...*, PiM nr 4/2015, s. 118.

się obronić, ale wymaga skomplikowanych zabiegów interpretacyjnych z powołaniem się na kolizję norm. Jednym z kluczowych argumentów pozytywnych jest umieszczenie tylko w ustawie psychiatrycznej drobiazgowych gwarancji i zabezpieczeń przy stosowaniu przymusu, jakich nie ma w innych aktach prawnych, w tym w kodeksie karnym. Pod tym względem analogia z ustawy psychiatrycznej jest dla pacjentów bardziej korzystna niż stosowanie innych przepisów.

W celu usprawiedliwienia praktyk polegających na przetrzymywaniu w zamknięciu *przez jakiś niezbędny czas* osób dotkniętych głęboką depresją, aby udaremnić im próbę samobójstwa, powołuje się **stan wyższej konieczności** (art. 26 Kodeksu karnego). Tak samo tłumaczy się obezwładnienie osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi, która zagraża sobie samej lub otoczeniu. Tylko jednak krótkotrwałe powstrzymanie do czasu przybycia karetki może być usprawiedliwione. W przypadku zagrożenia dla otoczenia wolno też w ten sposób zastosować **obronę konieczną**, o ile i dopóki zamach ma charakter **bezpośredni**.

Agresja pacjenta upoważnia do użycia przymusu, dla którego podstawę prawną stanowi instytucja obrony koniecznej (art. 25 k.k. i 423 k.c.). Dla uchylenia odpowiedzialności karnej jedną z przesłanek jest zastosowanie środka obrony współmiernego do niebezpieczeństwa zamachu. (art. 25 § 2 k.k.). "Zamachowiec" jest w dodatku chorym po operacji, który nadal wymaga specjalnego traktowania. Wzywający pomoc personel szpitala ma obowiązek myśleć o napastniku nadal jako o swoim pacjencie i odpowiednio do tego powiadomić służby, by te go okiełznały, ale w sposób humanitarny. W ten sposób powraca kwestia psychiatrycznych środków przymusu, mimo że nie ma szczególnej regulacji jako podstawy prawnej ich użycia. **Z punktu widzenia przepisów karnych o obronie koniecznej różnicowanie sposobów poddane zostało jedynie kryterium współmierności do niebezpieczeństwa.** Ustawa psychiatryczna jest o tyle lepsza od kodeksu karnego, że zawiera jednocześnie gwarancje dla pacjenta. Na gruncie prawa karnego zaś jedyną granicę, aczkolwiek nieostrą, zakreśla wymóg proporcjonalności środków obrony do niebezpieczeństwa. Lekarz stosujący obronę konieczną jest jednocześnie związany obowiązkami profesjonalnymi wobec pacjenta pozostającego pod jego opieką i te obowiązki należy włączyć do oceny jako jedno z kryteriów proporcjonalności. Zbyt łatwa rezygnacja z metod typu lekarskiego może świadczyć o uchybieniu obowiązkom wobec pacjenta.

Pytania kontrolne dla studentów medycyny

1. Jakie są obowiązki i prawa lekarzy wobec pacjenta w szpitalu, po poważnym zabiegu i wymagającego dalszego leczenia, który zdradza objawy zaburzeń psychicznych i może być niebezpieczny dla siebie i innych?
2. Jak zaplanować akcję pacyfikującą, zwłaszcza kolejność czynności i czy z tego punktu widzenia przywołany regulamin szpitalny został skonstruowany prawidłowo?
3. Jak powinny zostać rozdzielone role między personel szpitala a wezwaną policję?
4. Czy i na jakich zasadach wolno wobec takiego pacjenta zastosować przymus bezpośredni?
5. Czy ktoś ponosi winę za śmierć Horsta D.?

Pytanie sprawdzające (LEK)

Czy na terenie **innego szpitala niż psychiatryczny** można stosować przymus bezpośredni wobec pacjenta?

- A. taką możliwość ma tylko odpowiednio przeszkolona pielęgniarka.
- B. taka możliwość istnieje na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
- C. działania te są możliwe na podstawie zgody dyrektora szpitala.
- D. możliwość taka istnieje na podstawie ustawy o prawach pacjenta.
- E. nie ma takiej możliwości.

Przepisy prawa

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Art. 3. Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

1) osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:

- a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
- b) upośledzonej umysłowo,
- c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym;

6) przymusie bezpośrednim, bez wskazania środka przymusu bezpośredniego, należy przez to rozumieć:

- a) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody,
- c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa,
- d) izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu;

Art. 18. 1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, **przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie**, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

1) dopuszczają się zamachu przeciwko:

- a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
- b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub

2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub

3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

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

2a. W przypadku, w którym osoba z zaburzeniami psychicznymi, z uwagi na jej stan, jest niezdolna do zrozumienia przekazywanych jej informacji, w dokumentacji medycznej odnotowuje się przyczynę odstąpienia od uprzedzenia tej osoby o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego.

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

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

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

6. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1:

- 1) pkt 1 i 2 – polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji;
- 2) pkt 3 – polega na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leków;
- 3) pkt 1 i 2 – w sytuacji, o której mowa w ust. 5, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków lub unieruchomieniu.

7. W sytuacji, o której mowa w ust. 5, zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu. Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.

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

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

10. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:

- 1) **przez lekarza podmiotu leczniczego**, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – **ocenia**, w terminie 3 dni, **kierownik** tego podmiotu, **jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony**;
- 2) **przez innego** lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – **ocenia**, w terminie 3 dni, **upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.**

Art. 18a. 1. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w art. 3 pkt 6.

2. Osobie z zaburzeniami psychicznymi, **wobec której jest stosowany przymus bezpośredni** w formie unieruchomienia lub izolacji, należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, w szczególności: przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródła ognia.

3. **Stan fizyczny** osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej **kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu** tej osoby.

4. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.

5. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie **unieruchomienia** lub **izolacji** lekarz zleca na czas nie dłuższy niż 4 godziny.

6. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza. W przypadku gdy ustanie przyczyna zastosowania przymusu bezpośredniego i nadal nie jest możliwe uzyskanie decyzji

lekarza, decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego podejmuje pielęgniarka.

7. Lekarz, po uzyskaniu zawiadomienia, o którym mowa w ust. 6, przeprowadza badanie osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę albo nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

8. Lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin.

9. Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę.

10. Przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9, wymaga uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.

11. Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz powiadamia o jego stosowaniu ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni.

Art. 18c. 1. Zastosowanie każdego rodzaju środka przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.

3. Przymus bezpośredni może być wykonywany wyłącznie przez osoby poinstruowane w zakresie okoliczności, zasad i sposobu jego stosowania.

4. Za przekazanie instrukcji, o której mowa w ust. 3, bezpośrednio odpowiada:

- 1) kierownik podmiotu leczniczego – dla osób zatrudnionych w kierowanym przez niego podmiocie leczniczym lub osób wykonujących w tym podmiocie działalność na podstawie zawartej umowy lub porozumienia;
- 2) kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej – dla osób zatrudnionych w kierowanej przez niego jednostce lub osób wykonujących w tej jednostce działalność na podstawie zawartej umowy lub porozumienia;
- 3) dysponent zespołów ratownictwa medycznego – dla osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego.

Art. 18d. 1. Osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym; przepis nie dotyczy sytuacji, o których mowa w art. 18 ust. 5.

2. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby, o której mowa w ust. 1, w pomieszczeniu jednoosobowym, osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych.

Art. 18e. 1. Przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi i odpowiadającym wymogom, jakie powinny spełniać pokoje łóżkowe w szpitalu psychiatrycznym lub w innym zakładzie leczniczym albo pokoje mieszkalne w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej.

2. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego.

3. Obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych do celów sanitarnohigienicznych jest przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych

części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych.

4. Monitorowanie i utrwalanie zapisu dźwięku nie może obejmować informacji objętych tajemnicą spowiedzi lub tajemnicą prawnie chronioną.

Kodeks karny

Rozdział III

Wyłączenie odpowiedzialności karnej

Art. 25. § 1. Nie popełnia przestępstwa, kto w **obronie koniecznej** odpiera **bezpośredni, bezprawny zamach na jakiegokolwiek dobro** chronione prawem.

§ 2. W razie przekroczenia granic obrony koniecznej, w szczególności gdy sprawca zastosował sposób obrony niewspółmierny do niebezpieczeństwa zamachu, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

§ 2a. Nie podlega karze, kto przekracza granice obrony koniecznej, odpierając zamach polegający na wdarciu się do mieszkania, lokalu, domu albo na przylegający do nich ogrodzony teren lub odpierając zamach poprzedzony wdarciem się do tych miejsc, chyba że przekroczenie granic obrony koniecznej było rażące.

§ 3. Nie podlega karze, kto przekracza granice obrony koniecznej pod wpływem strachu lub wzburzenia usprawiedliwionych okolicznościami zamachu.

Art. 26. § 1. Nie popełnia przestępstwa, kto **działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa** grożącego jakimkolwiek dobru 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.

§ 3. W razie przekroczenia granic stanu wyższej konieczności, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

§ 4. Przepisu § 2 **nie stosuje się, jeżeli sprawca poświęca dobro, które ma szczególny obowiązek chronić** nawet z narażeniem się na niebezpieczeństwo osobiste.

§ 5. Przepisy § 1–3 stosuje się odpowiednio w wypadku, gdy z ciężących na sprawcy obowiązków tylko jeden może być spełniony.

Ustawa o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej

Art. 6. 1. Środków przymusu bezpośredniego używa się lub wykorzystuje się je w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości.

2. Broni palnej używa się lub wykorzystuje się ją wyłącznie, jeżeli użycie lub wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego:

- 1) okazało się niewystarczające do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania lub
- 2) nie jest możliwe ze względu na okoliczności zdarzenia.

Art. 7. 1. Środków przymusu bezpośredniego lub broni palnej używa się lub wykorzystuje się je w sposób wyrządzający możliwie najmniejszą szkodę.

2. Od użycia lub wykorzystania środków przymusu bezpośredniego lub broni palnej należy odstąpić, gdy cel ich użycia lub wykorzystania został osiągnięty.

3. Środków przymusu bezpośredniego używa się lub wykorzystuje się je z zachowaniem szczególnej ostrożności, uwzględniając ich właściwości, które mogą stanowić zagrożenie życia lub

zdrowia uprawnionego lub innej osoby.

4. Podejmując decyzję o użyciu lub wykorzystaniu broni palnej, **należy postępować ze szczególną rozwagą** i traktować jej użycie jako **środek ostateczny**.

Art. 12. 1. Środkami przymusu bezpośredniego są: (...)

- 3) kaftan bezpieczeństwa;
- 4) pas obezwładniający;
- 5) siatka obezwładniająca;

Art. 45. Broni palnej można użyć, gdy zaistnieje co najmniej jeden z następujących przypadków:

1) konieczność odparcia bezpośredniego, bezprawnego zamachu na:

a) życie, zdrowie lub wolność uprawnionego lub innej osoby albo konieczność przeciwdziałania czynnościom zmierzającym **bezpośrednio** do takiego zamachu,

2) konieczność przeciwstawienia się osobie:

a) niepodporządkowującej się wezwaniu do natychmiastowego porzucenia broni, materiału wybuchowego lub innego niebezpiecznego przedmiotu, którego użycie może zagrozić życiu, zdrowiu lub wolności uprawnionego lub innej osoby.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Art. 3. Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

2) szpitalu **psychiatrycznym**, odnosi się to również do:

- a) **oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym**,
- b) kliniki psychiatrycznej,
- c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- d) innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego **całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową**, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje;