

Prawno-medyczne aspekty zastosowania przymusu bezpośredniego przez zespoły ratownictwa medycznego w świetle obowiązującego prawa

Legal and medical aspects associated with the use of direct coercion by emergency medical teams in the light of the applicable law

Artur Jerzy Ostrzyżek¹, Piotr Gałęcki², Sławomir Wolniak³,
Dariusz Zawadzki⁴

¹ Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej,
Wydział Zdrowia i Nauk Społecznych w Piotrkowie Trybunalskim

² Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Psychiatrii Dorosłych

³ Klinika Psychiatryczna i Terapii Uzależnień „Wolmed” w Dubiu

⁴ Uniwersytet Medyczny w Łodzi, II Katedra Pediatrii, Zakład Medycyny Ratunkowej dla Dzieci

Summary

According to Article 68 sections 1 and 2 of the Constitution of the Republic of Poland everyone has the right to health protection. In line with this provision, the Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services imposes an obligation on emergency medical teams to provide assistance to “every person experiencing an emergency health condition.” The catalogue of medical events and accompanying clinical situations in which emergency medical teams intervene is constantly growing. A significant percentage of such situations are calls for assistance to people with mental disorders or psychomotor agitation, often with reduced ability to recognize the nature of their actions, whose aggressive behavior is directed both to themselves and to others. Providing the managers of the basic emergency medical teams with the competence to apply and supervise direct coercive measures on their own represents a significant increase in their powers. In addition, it is a significant organizational improvement since, until now, emergency medical teams have not been able to intervene effectively in situations requiring assistance without the help of a physician, and have had to call in a team of specialists. Furthermore, granting paramedics, *expressis verbis*, the status of ‘public officers’ in connection with the performance of their duties is a desirable legislative measure since it strengthens the protection of this professional group, especially because rescue operations often take place without the patient’s consent or with the patient’s active resistance. The article contains an overview of current legal regulations concerning the use of direct coercion by emergency medical teams.

Słowa kluczowe: przymus bezpośredni, zespoły ratownictwa medycznego, obowiązujące regulacje prawne

Key words: direct coercion, emergency medical teams, applicable law regulations

Wprowadzenie

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. w art. 31 gwarantuje ochronę wolności i praw każdego człowieka, a wyłączenia w tym zakresie ogranicza do sytuacji określonych w ustawie i tylko wtedy, „gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób”. W szczególności dla realizacji tych postanowień w art. 41 ust. 1 zapewnia każdej osobie nietykalność i wolność osobistą. Ponieważ naruszenie dobra prawnie chronionego może nastąpić tylko na podstawie i w granicach prawa, kompetencje do zastosowania przymusu bezpośredniego (p.b.) przez określone osoby wynikają wprost z ustaw i rozporządzeń właściwych ministrów. Biorąc pod uwagę przedmiot analizowanej problematyki, podstawowymi aktami prawnymi, które w odniesieniu do osób manifestujących określone dysfunkcje psychiczne w sposób bezpośredni regulują instytucję p.b., są ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 1878 z późn. zm.) (u.o.z.p.), rozporządzenie z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (r.p.b.) oraz ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1127 z późn. zm.). Do otoczenia normatywnego wykonywanych przez ratownika medycznego czynności zawodowych związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego, obok powołanych przepisów, zaliczyć należy ponadto ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 993 z późn. zm.) (u.PRM), choć jej przepisy nie odnoszą się wprost do analizowanej materii. Wymienione akty prawne były już przedmiotem nowelizacji i na nowo ukształtowały zakres uprawnień ratowników medycznych systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Autorzy pracy uznali za celowe przedstawienie obowiązującego stanu prawnego w tym zakresie.

Wykonywanie zawodu ratownika medycznego i jego odrębny charakter w grupie zawodów medycznych

Obowiązek ratowania zdrowia i życia ludzkiego w sytuacjach bezpośredniego ich zagrożenia spoczywa na różnych podmiotach. Choć różne są zakres oraz formy udzielanej pomocy, to w istocie rzeczy jest to powinność, od której nikomu nie wolno się uchylać, pod groźbą sankcji karnej. Kodeks karny (k.k.) w art. 162 formułuje obywatelski obowiązek udzielenia pomocy każdemu w położeniu grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o ile można jej udzielić bez narażania siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [1].

Do działania w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia wymagających specjalnych umiejętności i dyspozycji do działań ratowniczych ustawodawca uznał za konieczne powołanie służb specjalistycznych, wyposażonych w szczególne kompetencje i uprawnienia – Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Warto zauważyć, że pierwotnie ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym prawo do inicjowania i prowadzenia działań z zakresu pierwszej pomocy, w miarę posiadanych możliwości, przyznała „każdemu, kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia”, i jednocześnie zobowiązała „każdego” do niezwłocznego zawiadomienia centrum powiadamiania ratunkowego [2]. Artykuł 4 obowiązującej u.PRM uprawnienia do działań ratowniczych w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowotnego zastrzegł dla podmiotów ustawowo do tego powołanych, a „każdego” będącego świadkiem takich zdarzeń zobowiązuje jedynie do podjęcia działań zmierzających do skutecznego ich powiadomienia [3].

W zreformowanym kształcie u.PRM reguluje i organizuje funkcjonowanie systemu państwowego ratownictwa w Polsce w oparciu o konstytucyjne prawo obywateli do ochrony zdrowia, które kreuje „dla każdego” prawo podmiotowe w tym zakresie i jednocześnie ustanawia ustawy obowiązek władz państwowych do realizacji tego prawa [4]. W aktualnym brzmieniu u.PRM zadania ratownika medycznego i obszar działania zespołów ratownictwa medycznego znacznie poszerzono, a wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na realizacji zadań obejmujących w szczególności:

- (1) udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza;
- (2) zabezpieczanie osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowanie działań zapobiegających zwiększaniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- (3) transportowanie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- (4) udzielanie wsparcia psychicznego w sytuacjach powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- (5) edukację zdrowotną i promocję zdrowia.

Zgodnie z art. 3 pkt. 10 u.PRM zespół ratownictwa medycznego jest jednostką systemu PRM podejmującą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniającą wymagania określone w tej ustawie. Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) dzielą się na:

- (1) zespoły specjalistyczne, w których skład wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- (2) zespoły podstawowe, w których skład wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

Jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego za rok 2018, zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych dla blisko 3,2 miliona

osób. W porównaniu z rokiem 2017 liczba zespołów ratownictwa specjalistycznego zmniejszyła się o 77, a podstawowych zwiększyła o 99. Ogółem w 2018 roku funkcjonowało 1541 zespołów ratownictwa medycznego (413 specjalistycznych i 1128 podstawowych). W strukturze kadrowej zespołów ratownictwa medycznego co roku wzrasta udział grupy zawodowej ratowników medycznych: w 2018 roku stanowili oni 73,8% (wzrost o 2,9% w porównaniu z 2017 r.), podczas gdy odsetek pielęgniarek systemu wyniósł 10,7% (o 0,7% mniej w porównaniu z 2017 r.), a lekarzy systemu 8,9% (o 1,4% mniej niż w 2017 r.) [5, 6]. Zwiększanie się odsetka interwencji ratowniczych z udziałem zespołów podstawowych oznacza m.in. konieczność podejmowania decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, bez bezpośredniego udziału lekarza. Trudne warunki pracy i podwyższona ekspozycja na agresję ze strony pacjentów lub ich otoczenia prowadzą nie tylko do zmniejszenia komfortu pracy, ale także negatywnie kształtują umiejętność przewidywania nadchodzącego zagrożenia [7]. Dla ZRM może to oznaczać niezastosowanie przymusu bezpośredniego, gdy jego użycie jest dozwolone prawem i obiektywnie zasadne, lub jego bezprawne użycie czy też nadużycie prawa przy braku do niego obiektywnych wskazań.

„Instytucja przymusu bezpośredniego” jako szczególna procedura postępowania wynikająca z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, mająca zastosowanie w ratownictwie medycznym

Większość ludzi akceptuje konieczność bezpośredniej interwencji w niektórych sytuacjach bez zgody pacjenta, pod warunkiem działania w jak najmniej restrykcyjny sposób [8]. W polskim porządku prawnym punktem wyjścia jakichkolwiek rozważań dotyczących legalnych ingerencji w sferę wolności i praw człowieka jest, i powinna być, obowiązująca ustawa zasadnicza. Konstytucja RP z 1997 r. koncepcję praw i wolności człowieka buduje na uznaniu godności osoby ludzkiej jako źródła tych praw i wolności. W art. 30 podkreśla jej przyrodzony i niezbywalny charakter oraz stanowi o obowiązku jej poszanowania i ochrony przez władze publiczne. Część konstytucjonalistów jest zdania, że treść art. 30 jest jedną z najważniejszych wskazówek interpretacyjnych pozostałych przepisów konstytucji, a nawet prawa polskiego w ogóle [9].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego jest najważniejszym źródłem prawa, które reguluje zagadnienie przymusu bezpośredniego i zezwala na jego zastosowanie, gdy zachodzi taka konieczność. O ile cele jego użycia w praktyce zespołów ratownictwa medycznego mają zwykle charakter doraźnej interwencji związanej z koniecznością udzielenia pomocy w miejscu zdarzenia lub transportem do ośrodków opieki psychiatrycznej (pomocy społecznej), zatrzymaniem lub przymusowym doprowadzeniem, o tyle w literaturze przedmiotu podnosi się również jego funkcję terapeutyczną, której wykładnikiem jest poprawa lub nawet odzyskanie samokontroli u chorego [10]. Ustawa w sposób jasny kolejno wskazuje na poszczególne aspekty wykonywania p.b., a w szczególności wylicza jego legalnych adresatów:

– w art. 18 ust. 1 są to osoby:

(1) dopuszczające się zamachu przeciwko:

(a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub

- (b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
 - (2) które w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
 - (3) które poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej;
- w art. 21. ust. 1 wymienia osoby, których zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych mogą zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie są zdolne do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i mogą być poddane badaniu psychiatrycznemu również bez ich zgody;
 - w art. 46a ust. 1 wskazuje na osoby, w odniesieniu do których orzeczono prawomocnie o ich umieszczeniu w domu pomocy społecznej lub szpitalu psychiatrycznym.

Katalog stypizowanych w art. 3 pkt. 6 u.o.z.p. środków przymusu bezpośredniego obejmuje:

- przytrzymanie – definiowane jako doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie z użyciem siły fizycznej,
- przymusowe zastosowanie leków, które polega na doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniu leków do organizmu danej osoby – bez jej zgody,
- unieruchomienie – polegające na obezwładnieniu danej osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa,
- izolację – umieszczenie danej osoby pojedynczo w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

W ZRM specjalistycznych o zastosowaniu p.b. decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie (art. 18 ust. 2 u.o.z.p.). Jeśli jednak pomocy udziela zespół podstawowego ratownictwa medycznego i nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu p.b. decyduje – i osobiście nadzoruje jego wykonywanie – kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego (art. 18 ust. 5 u.o.z.p.). Kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego wskazuje dysponent jednostki (art. 36 ust. 5 u.PR.M). Kierującym akcją medyczną jest kierownik zespołu ratownictwa medycznego (art. 41. ust. 1 u.PR.M) lub – jeśli na miejsce zdarzenia został zadysponowany więcej niż jeden zespół ratownictwa medycznego – osoba wskazana przez dyspozytora medycznego spośród kierowników zadysponowanych zespołów ratownictwa (art. 41 ust. 2 u.PR.M). W trakcie czynności ratunkowych prowadzonych przez podstawowy ZRM zastosowanie p.b. może polegać na przytrzymaniu lub unieruchomieniu (art. 18 ust. 7 u.o.z.p), a w odniesieniu do ZRM specjalistycznych – również na przymusowym

podaniu leków. Przymus bezpośredni stosuje ZRM podstawowy nie dłużej niż na czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przed zastosowaniem p.b. uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. W sytuacji gdy osoba z zaburzeniami psychicznymi, z uwagi na jej stan, jest niezdolna do zrozumienia przekazywanych jej informacji, należy w dokumentacji medycznej odnotować przyczynę odstąpienia od uprzedzenia tej osoby o możliwości zastosowania p.b. Przy wyborze środka przymusu należy zdecydować się na ten, który jest dla tej osoby najmniej uciążliwy, zachowując jednocześnie szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. Osoby wykonujące przymus bezpośredni powinny działać w sposób zdecydowany i spokojny, bez wahania, zachowując gotowość do odstąpienia od wykonywania przymusu w każdej chwili, jeśli pacjent dobrowolnie podda się interwencjom i ustana przesłanki jego zastosowania [11].

Zgodnie z treścią art. 18 ust. 5 w związku z art. 18a. ust. 3 u.o.z.p. obowiązek kontrolowania stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej, nie rzadziej niż co 15 minut, spoczywa na ratowniku medycznym albo na pielęgniarce systemu. Ocena ta obejmuje informacje dotyczące zachowania, a także parametrów wskazanych do oceny na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Brak wskazania w u.o.z.p. *expressis verbis*, w jakim czasie ma nastąpić zatwierdzenie przymusu bezpośredniego przez lekarza, może oznaczać możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego przez okres 4 godzin. Zgodnie z treścią art. 21 ust. 3 powołanej ustawy przewiezienie do szpitala psychiatrycznego lub doprowadzenie przez policję będzie się odbywać w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego. W praktyce działania zespołów ratownictwa medycznego są często wspomagane przez policję, która jest również uprawniona do stosowania p.b. Nierzadko na miejscu zdarzenia to właśnie funkcjonariusze policji podejmują decyzję o zastosowaniu p.b. do czasu przybycia ZRM. Kwestie dopuszczalności użycia i wykorzystania przez policję środków przymusu bezpośredniego regulują ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o policji (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 360) i ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 2418). W sytuacji zastosowania przez policję wybranego środka p.b. po przybyciu ZRM kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych decyduje o zwolnieniu ze środka przymusu lub jego kontynuowaniu.

Każdy przypadek zastosowania p.b. odnotowuje się w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej. Przejawem troski ustawodawcy o bezpieczeństwo pacjenta i jego dobro w tym zakresie jest sformułowany dla ratownika medycznego w art. 11 ust. 2 u.PR.M obowiązek postępowania zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej oraz z należytą starannością, a także ogólna dyrektywa zawarta w art. 12 u.o.z.p., która przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego nakazuje mieć na uwadze nie tylko cele zdrowotne, ale też interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi, a tym samym dążyć do poprawy stanu zdrowia chorego w sposób jak najmniej dla niego uciążliwy. Zarazem jednak ustawa z dnia 25 września 2015 r.

o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw ukształtowała uprawnienie ratownika medycznego do niepodejmowania lub odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego rozstroju zdrowia [12].

Zasadność zastosowania p.b. przez kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii. Sprawą podstawową dla zwiększenia bezpieczeństwa chorych oraz członków zespołów ratownictwa medycznego pozostaje ujednoclenie systemu szkoleń w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego, uwzględniającego obowiązujące regulacje ustawowe [13, 14]. Ogólną dyrektywę dotyczącą wymogu poinstruowania osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego w zakresie okoliczności, zasad i sposobu stosowania p.b. przyniosła ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, która obowiązek ten kieruje w stronę dysponenta zespołów ratownictwa medycznego [15].

Zmiany w aktach prawnych regulujących funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego w aspekcie możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego

Najważniejsza nowelizacja u.PRM z 10 maja 2018 r. (tzw. mała nowelizacja) uporządkowała *sensu largo*, kto i w jakich okolicznościach korzysta z ochrony prawnej dla funkcjonariuszy publicznych, przewidzianej w art. 231a k.k. W treści art. 5.1 u.PRM, obok osób udzielających pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, wymieniono *expressis verbis* osoby wchodzące w skład zespołu ratownictwa medycznego, osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytora medycznego w czasie wykonywania swoich zadań oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego wykonującego zadania, o których mowa w art. 29 ust. 5 powołanej ustawy. Ponieważ ratownik w trakcie wykonywania swoich zadań zawodowych często działa w stanie wyższej konieczności, a nierzadko i obrony koniecznej, zdaniem autorów w sytuacji bezpośredniego i bezprawnego zamachu na zdrowie i życie ratowników, którego sprawcą będzie ratowany pacjent, kontratypy będące treścią art. 25 i 26 k.k. mogą skutecznie wyłączać odpowiedzialność karną osób udzielających pomocy.

Jednocześnie warto przypomnieć, że z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych podczas pełnienia lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych funkcjonariusz publiczny korzysta również wtedy, jeżeli bezprawny zamach na jego osobę został podjęty wprawdzie bez bezpośredniego związku z wykonywaniem czynności służbowych, ale z powodu wykonywanego przez niego zawodu lub zajmowanego stanowiska [16].

Gwarancje ochrony prawnej zawiera treść art. 5 ust. 2 u.PRM, który stanowi, że ratownik systemu „może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie,

a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”, a także treść art. 6 u.PRM, gdzie ustawodawca zatroszczył się o oddalenie ewentualnych roszczeń z tytułu szkody na mieniu powstałej w trakcie udzielania pierwszej pomocy. Nowela z 10 maja 2018 r. ustanowiła dla kierownika podstawowego ZRM wymóg posiadania 5-letniego doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym ZRM. Za istotną z punktu widzenia wykonywania przymusu bezpośredniego należy uznać dodaną treść art. 11 ust. 10a–10c u.PRM, który przyznaje ratownikowi medycznemu w trakcie realizacji zadań zawodowych oraz pielęgniarkę systemu wykonującej medyczne czynności ratunkowe prawo do udzielenia niezwłocznej pomocy bez zgody pacjenta, jeżeli ze względu na stan jego zdrowia lub wiek nie może on wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym [17].

Najnowsze regulacje, wprowadzone ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia, objęły stanowisko kierownika podstawowego ZRM. Obecnie kierownikiem specjalistycznego ZRM pozostaje lekarz systemu, natomiast kierownikiem podstawowego ZRM jest osoba wskazana przez dysponenta jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, która posiada doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat. Wprowadzenie dla kierownika zespołu podstawowego dodatkowego obowiązku posiadania 5000 godzin doświadczenia zawodowego można odczytać jako pożądane działanie ustawodawcy w kierunku zwiększania autonomii zespołów PRM w oparciu o poziom merytorycznych kompetencji ich kierownika, a nie wyłącznie staż pracy, jak stanowił art. 36 ust. 5 przed nowelizacją z 19 lipca 2019 r. [18].

W wydanych na mocy u.PRM kolejnych rozporządzeniach w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, przymus bezpośredni nie został stypizowany jako medyczna czynność ratunkowa ani też świadczenie zdrowotne, choć *de facto* można wymienił sytuacje, gdy jego zastosowanie już samo w sobie przynosi dla chorego skutek terapeutyczny w postaci uwolnienia od bólu czy np. udaremnienia zamach samobójczy. W innych wypadkach działanie takie może – przez odpowiednie zabezpieczenie chorego – umożliwić ocenę stanu pacjenta czy podjęcie niezbędnych czynności ratunkowych, albo też wyeliminować możliwość powstania wtórnych obrażeń w czasie transportu. Tego typu zastosowanie p.b. ma ściśle „ratowniczy charakter”, którego cel podporządkowany jest dobru chorego, a nie wyłącznie wygodzie udzielającego pomocy.

Wydaje się, że konstrukcja przepisu art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, definiującego świadczenie zdrowotne w kategoriach działań służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, a także innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania, i treść art. 3 pkt 4 u.PRM, definiującego „medyczne czynności ratunkowe”, stwarzają

podstawy do przyjęcia doprecyzowanej definicji p.b., adekwatnej do szczególnych warunków działania zespołów ratownictwa medycznego [19, 20].

Na podstawie delegacji wynikającej z art. 18f u.o.z.p. minister zdrowia wydał 21 grudnia 2018 r. nowe rozporządzenie w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, które określa sposób dokumentowania p.b. oraz sposób oceny zasadności jego zastosowania, sposób przeprowadzania oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej oraz rodzaje i wzory dokumentów stosowanych przy wykonywaniu tych czynności [21].

Kolejne ważne zmiany nastąpiły po 1 stycznia 2021 r., kiedy to dyspozytornie medyczne stały się komórkami organizacyjnymi urzędów wojewódzkich, co pozwala wojewodom przejąć nadzór nad systemem PRM w Polsce i zaproponować nowe rozwiązania dla praktyki zespołów PRM.

Podsumowanie

Stosowanie przymusu bezpośredniego przez zespoły ratownictwa medycznego może się odbywać wyłącznie na podstawie i w granicach prawa, gdy wyczerpano inne formy działań terapeutycznych oraz po zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentowi i ZRM. Ponieważ w konsekwencji przynosi ograniczenie wolności oraz naruszenie nietykalności osobistej jednostki, jego zastosowanie wymaga określenia standardów postępowania oraz regulacji prawnych o charakterze ustawowym [22].

W polskim porządku prawnym normy takie zawiera Konstytucja RP oraz ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, która jest najważniejszym źródłem prawa regulującym zagadnienie wykonywania przymusu bezpośredniego. Cele użycia p.b. w praktyce zespołów ratownictwa medycznego, chociaż mają zwykle charakter doraźnej interwencji związanej z koniecznością udzielenia pomocy w miejscu zdarzenia, są w istocie ważnym miernikiem poszanowania autonomii i praw podmiotowych pacjenta, a pośrednio nawet funkcjonowania systemu ochrony zdrowia publicznego. Przeniesienie materii regulującej stosowanie p.b. z aktów wykonawczych do u.o.z.p. oraz przyznanie ratownikowi medycznemu w trakcie wykonywania swoich zadań *expressis verbis* „statusu funkcjonariusza publicznego” jest potrzebnym działaniem legislacyjnym, wzmacniającym pozycję zarówno ratownika, jak i ratowanego, zwłaszcza że podejmowane działania ratownicze odbywają się nierzadko bez zgody pacjenta lub przy jego czynnym oporze. Wyposażenie kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w kompetencje do samodzielnego stosowania i nadzorowania przymusu bezpośredniego jest istotnym zwiększeniem jego uprawnień, a także ważnym usprawnieniem organizacyjnym. Należy rozważyć, czy w ramach istniejących „Dobrych praktyk funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego” nie powinno się opracować wytycznych dotyczących stosowania p.b. jako zbioru rekomendacji postępowania, który ujednotoczy pod względem funkcjonalnym i medycznym prakcę ZRM w tym zakresie.

W końcowej fazie prac legislacyjnych znajduje się projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego zawierający kompleksowe regulacje dotyczące wykonywania tego zawodu. Z uwagi na jego rosnącą rolę w systemie ochrony zdrowia w uzasadnieniu

do projektu podkreśla się rolę państwa w zapewnieniu odpowiednich kwalifikacji osób przystępujących do wykonywania tego zawodu, jak również konieczność ciągłego podnoszenia kwalifikacji osób już go wykonujących [23]. Projektowane przepisy są podstawą do uznania zawodu ratownika medycznego za „zawód zaufania publicznego” w rozumieniu art. 17 ust. 1 Konstytucji RP.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, 2128). Rozdział XIX. Przesłpstwa przeciwko życiu i zdrowiu.
2. Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2001 r. Nr 113, poz. 1207).
3. Ustawa z dnia 8 września 2016 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Tekst ogłoszony: Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410).
4. Ostrzyżek A. *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*. Prawo Med. 2005; 4(7): 65–75.
5. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne-w-2017-roku,14,2.html> (dostęp: 1.07.2021).
6. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne-w-2018-roku,14,3.html> (dostęp: 1.07.2021).
7. Berent B, Pierchała O, Florkowski A, Gałecki P. *Agresja pacjentów wobec personelu medycznego izby przyjęć szpitala psychiatrycznego*. Psychiatria i Psychoterapia 2009; 5(1–2): 13–28.
8. Molodynski A, Khazaal Y, Callard F. *Coercion in mental healthcare: Time for a change in direction*. B. J. Psych. Int. 2016; 13(1): 1–3.
9. Winczorek P. *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* Warszawa: Liber; 2008.
10. Kokoszka A. *Postępowanie w stanach nagłych*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J red. *Psychiatria*, t. 3. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2003.
11. Gałecki P, Bobińska K, Eichstaedt K. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2016. S. 129.
12. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r., poz. 1887).
13. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-szpitalach-psychiatrycznych.html> (dostęp: 1.07.2021).
14. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3950,vp,5024.pdf> (dostęp: 1.07.2021).
15. Ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r., poz. 2439).
16. Ustawa z dnia 26 listopada 2010 r. o zmianie ustawy Kodeks karny oraz ustawy o policji (Dz.U. z 2010 r. Nr 240, poz. 16291).
17. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2018 r., poz. 1115).

18. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz.U. z 2019 r., poz. 1590).
19. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1373, 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych oraz świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. z 2016 r., poz. 587 z późn. zm.).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. z 2018 r., poz. 2459).
22. Balicki M. *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*. Prawo Med. 1999; 1: 40–60.
23. <https://bip.kprm.gov.pl/kpr/form/r779308209,Projekt-ustawy-o-zawodzie-ratownika-medycznego-oraz-samorzadzie-ratownikow-medyc.html> (dostęp: 1.07.2021).

Adres: Artur Jerzy Ostrzyżek
Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
41-300 Dąbrowa Górnicza, Kościelna 6
e-mail: a.ostrzyzek@gmail.com

Otrzymano: 3.02.2020

Zrecenzowano: 30.03.2020

Otrzymano po poprawie: 15.04.2020

Przyjęto do druku: 15.04.2020