

Stosowanie przymusu bezpośredniego w praktyce zespołów ratownictwa medycznego

Use of direct constraint on patient in practice of emergency medical teams

MARIUSZ GONIEWICZ^{1/}, ILONA SKITEK-ADAMCZAK^{2/}, MAGDALENA WITT^{2/}, KRZYSZTOF GONIEWICZ^{3/}

^{1/} Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^{2/} Zakład Ratownictwa i Medycyny Katastrof, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{3/} Studium Medycyny Katastrof, Warszawski Uniwersytet Medyczny

W artykule scharakteryzowano kompetencje członków zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) z zakresu przymusu bezpośredniego wobec pacjenta w świetle nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 3 grudnia 2010 roku oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. Opisano okoliczności stosowania środków przymusu, jego formy i scharakteryzowano osoby, wobec których działania te można podejmować. Zwrócono szczególną uwagę na specyfikę pracy personelu ZRM w kontekście posługiwania się przymusem bezpośrednim w celu umożliwienia wykonania niezbędnych dla zdrowia poszkodowanego procedur medycznych, a także na poszanowanie intymności i godności pacjenta z zaburzeniami psychicznymi.

Słowa kluczowe: przymus bezpośredni, zdrowie psychiczne, zespół ratownictwa medycznego

This paper characterizes competence of the emergency medical team in the field of direct constraint on the patient in light of the Mental Health Act of 3 December 2010 and the ordinance of the Minister of Health of 28 June 2012. This article describes the circumstances of use, types of coercive measures and characterizes a person against whom such action may be taken. Special attention is paid to the specifics of work of emergency medical teams regarding the use of direct constraint to enable the implementation of necessary medical procedures as well as respect for the privacy and dignity of patients with mental disorders.

Key words: direct constraint, mental health, emergency medical team

© Hygeia Public Health 2015, 50(1): 70-74

www.h-ph.pl

Nadesłano: 17.10.2014

Zakwalifikowano do druku: 04.01.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Magdalena Witt

Zakład Ratownictwa i Medycyny Katastrof UMP

ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań

tel. +48 603 192 065, e-mail: mwitt@ump.edu.pl

Wstęp

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje wszystkim obywatelom naszego kraju niezbywalne prawo do poszanowania ich wolności i godności osobistej [1]. Każda osoba posiada prawo do wyrażania zgody na podejmowane względem niej interwencje medyczne, a także uprawnienie do odmowy poddania się tym czynnościom. W przypadku pacjenta małoletniego zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy [2, 3]. Zdarzają się jednak sytuacje, w których naruszenie nietykalności człowieka jest niezbędnie konieczne. Są to między innymi przypadki zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta manifestującego zaburzenia psychiczne, jak i innych osób znajdujących się w jego otoczeniu. W każdej sytuacji naruszenie nietykalności osobistej może odbywać się jedynie według ściśle określonych reguł prawnych oraz za pomocą metod będących

możliwie jak najmniej uciążliwymi dla człowieka, wobec którego przymus zostanie zastosowany. Ponadto, celem nadrzędnym stosowania tego rodzaju działań jest zawsze troska o dobro i zdrowie pacjenta [4].

Przymus bezpośredni rozumiany jako czynności, które mają za zadanie wyrzucić presję na poszkodowanym prezentującym zaburzenia psychiczne, w celu wykonania nieodzownych procedur medycznych, budzi wiele kontrowersji. Aspekty przymusu bezpośredniego należy rozważać na dwóch poziomach, czyli z punktu widzenia dobra pacjenta oraz z perspektywy pracownika zespołu ratownictwa medycznego (ZRM). Na uwagę zasługuje fakt, że korzystanie z działań z zakresu przymusu niejednokrotnie ma za zadanie zarówno zabezpieczenie chorego (aby nie pogorszył swojego stanu zdrowia) i umożliwienie udzielenia mu pomocy medycznej, ale również ochronę personelu

ZRM. Osoby z zaburzonymi czynnościami psychicznymi mogą stanowić realne zagrożenie dla zdrowia lub życia personelu medycznego. Z badań opublikowanych przez Behnam'a i wsp. wynika, że ponad 60% pracowników medycznych służb ratunkowych w Kalifornii było narażonych na różne przejawy agresji podczas wykonywania czynności zawodowych [5].

W polskim systemie ochrony zdrowia, zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku, decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w warunkach przedszpitalnych mógł podjąć jedynie lekarz [6]. Natomiast w 2007 roku, wraz z wejściem w życie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, pojawiły się podstawowe zespoły ratownictwa medycznego, funkcjonujące bez lekarza. W ich skład wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny [6]. Zespoły te, w myśl obowiązującego wtedy prawa, były bezradne wobec zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi, które często zachowywały się w sposób agresywny. Skutkowało to wezwaniem specjalistycznego ZRM z lekarzem, bo tylko on mógł się zająć taką osobą. Generowało to dodatkowe koszty i niepotrzebnie angażowało drugi, specjalistyczny ZRM. W tym czasie zespół ten nie mógł być wykorzystany do udzielania pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Obecnie po wejściu w życie Ustawy z dnia 3 grudnia 2010 roku o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, pielęgniarka oraz kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych (w warunkach zespołu podstawowego jest nim ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu). Dzięki temu personel podstawowych ZRM może udzielić pacjentowi z zaburzeniami psychicznymi niezbędnej pomocy medycznej na miejscu zdarzenia, czy też przewieźć go do właściwego szpitala [7, 8].

Formy przymusu bezpośredniego

Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego określa cztery dopuszczalne formy przymusu bezpośredniego.

Pierwszą z nich jest przytrzymanie, czyli wykorzystanie wyłącznie siły fizycznej, w celu doraźnej, krótkotrwałej immobilizacji pacjenta. Przytrzymanie musi być wykonane tak, by nie zagrażać zdrowiu lub życiu pacjenta. Zastosowanie bezpiecznego przytrzymania w praktyce wymaga co najmniej kilku osób (optymalnie po jednej osobie przy każdej kończynie i jedna osoba nadzorująca). Jest to bardzo uciążliwe i wręcz niemożliwe do wykonania dla personelu podstawowego (dwuosobowego) ZRM. W takiej sytuacji ratownicy medyczni muszą otrzymać pomoc. Służby takie, jak Policja i Państwowa Straż Pożarna,

są zobowiązane pomóc przy zastosowaniu tej metody lub może to zrobić rodzina poszkodowanego, ale nie wolno korzystać z żadnych narzędzi ani przedmiotów, np. pasów, kajdanek, pałek [9].

Drugą formą przymusu bezpośredniego jest unieruchomienie, czyli obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych [4]. Personel ZRM nie dysponuje kaftanem bezpieczeństwa, więc w razie konieczności pozbawienia pacjenta możliwości poruszania się, będzie musiał korzystać z improwizowanych przyrządów do immobilizacji. W takich sytuacjach szczególnie ważne jest zagwarantowanie poszkodowanemu prawidłowego funkcjonowania układu oddechowego i krążenia, gdyż pacjent nie będzie zdolny do samodzielnej zmiany pozycji, na przykład w przypadku wymiotów. Unieruchomienie wykonuje się w pomieszczeniu przeznaczonym dla jednej osoby, a w przypadku jego braku – w innym miejscu, w którym możliwe będzie oddzielenie pacjenta od innych osób, z uwzględnieniem poszanowania jego godności i intymności [10].

Pozostałymi środkami przymusu bezpośredniego są izolacja – polegająca na umieszczeniu pacjenta pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu, tzw. izolatce, oraz przymusowe podanie leków, czyli doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby, bez jej zgody. Leki, które są podawane w takich sytuacjach, mają działanie uspokajające. Zaliczają się do nich leki z grupy benzodiazepin, neuroleptyków, beta-blokerów oraz sole litu [4, 10].

Osobę demonstrującą zaburzenia psychiczne, którą unieruchomiono lub umieszczono w izolatce, należy pozbawić wszelkich przedmiotów i narzędzi, które mogłyby narazić na niebezpieczeństwo jej zdrowie lub życie albo osoby w jej otoczeniu (np. ostre przedmioty, zapalki, zapalniczki, protezy zębowe, wszelkiego rodzaju sznurki, okulary). Kontrolę stanu ogólnego pacjenta unieruchomionego lub izolowanego należy prowadzić nie rzadziej, niż co kwadrans, także podczas snu tej osoby [10].

Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęściej stosowany jest przymus bezpośredni w formie unieruchomienia i przytrzymania. Doświadczenie personelu medycznego stwarza szansę większego opanowania wobec agresji osób z zaburzeniami psychicznymi i stosowania przymusu w możliwie najłagodniejszy sposób. Wykazano również, że staż pracy ma wpływ na częstość stosowania przymusu. Badania uwiarygodniły bowiem, że pracownicy z dłuższym stażem pracy rzadziej stosują przymus bezpośredni [11].

Należy bezwzględnie pamiętać, że wszelkie niezbędne działania wykonywane bez zgody osoby manifestującej zaburzenia psychiczne muszą mieć

znamiona poszanowania godności osobistej i intymności pacjenta.

Ponadto zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób – podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, w której zamieszcza się: rodzaj zastosowanego przymusu bezpośredniego; przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniające wybór rodzaju zastosowanego przymusu bezpośredniego; miejsce i czas stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczyny jego ewentualnego przedłużenia oraz informację o uprzedzeniu osoby umieszczonej przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że przymus ten ma zostać wobec niej zastosowany [12, 13].

Okoliczności stosowania przymusu bezpośredniego

Przymus bezpośredni to określone ustawowo postępowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Dotyczy ono nie tylko osób z psychozami (zaburzenia świadomości, omamy, urojenia, znaczne zaburzenia emocji i nastroju związane z zaburzeniami myślenia i aktywności złożonej), ale również osób wykazujących zaburzenia niepsychotyczne, na przykład zaburzenia osobowości, upośledzenia umysłowe, zaburzenia organiczne, nerwice i inne zaburzenia typu nerwicowego [7, 14]. Mogą być to także osoby z majaczeniem w przebiegu hipertermii, pacjenci pobudzeni psychoruchowo w stanach splątania po urazach ośrodkowego układu nerwowego, nieprzytomni (np. wykonujący nieskoordynowane ruchy), osoby pod wpływem środków halucynogennych, stymulujących, alkoholu i innych substancji toksycznych [11]. Klasyfikacja ICD-10 precyzuje, że zaburzenia psychiczne to zespół zachowań lub objawów psychopatologicznych, które można stwierdzić na podstawie obserwacji klinicznej oraz najczęściej związanych z cierpieniem lub zakłóceniem funkcjonowania jednostki [15].

Przymus bezpośredni można stosować tylko wtedy, gdy osoby zaburzeniami psychicznymi dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (np. szpitala psychiatrycznego) lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej (np. domu pomocy społecznej) [7].

Określenie „dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu” dotyczy sytuacji, w których osoba z zaburzeniami psychicznymi próbuje odebrać sobie życie (np. próba powieszenia), dokonać

samookaleczenia, wykazuje nadmierne pobudzenie ruchowe, które może spowodować poważne obrażenia ciała (np. pobudzenie maniakalne, depresyjne, ostre stany deliryczne, głębokie zespoły otępienne z dezorientacją, zespoły katatoniczne z gwałtownym pobudzeniem lub zahamowaniem ruchowym) lub doprowadza do sytuacji, w których stwarza realne zagrożenie dla własnego zdrowia (np. przedawkowanie leków, spożywanie substancji trujących) [16, 17].

„Zamachy przeciwko życiu lub zdrowiu innej osoby” to czyny ujęte w XIX rozdziale Kodeksu Karnego. Są to między innymi następujące przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu: zabójstwo, pomoc i namowa do samobójstwa, nieumyślne spowodowanie śmierci, dzieciobójstwo, spowodowanie śmierci poczętego dziecka, spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (np. w następstwie pobicia lub bójki), narażenie innej osoby na zarażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu oraz nieudzielenie pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [18]. Należy także pamiętać, że do „zamachów przeciwko życiu lub zdrowiu innej osoby” zalicza się również dokonane i usiłowane (powstrzymane) przejawy agresji przeciwko innym osobom oraz przygotowywane akty agresji (np. zbieranie broni, przygotowywanie materiałów wybuchowych) lub słowne groźby ich realizacji [17].

Określenie „dopuszczają się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu” odnosi się do przestępstw ujętych w XX rozdziale Kodeksu Karnego, czyli przestępstw przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu (spowodowaniu zdarzenia, które zagraża życiu lub zdrowiu wielu osób albo mieniu w wielkich rozmiarach). Są to zdarzenia mające postać: pożaru, zawalenia się budowli, zalewu albo obsunięcia się ziemi, skał lub śniegu, eksplozji materiałów wybuchowych lub łatwopalnych albo innego gwałtownego wyzwolenia energii, rozprzestrzeniania się substancji trujących, duszących lub parzących, gwałtownego wyzwolenia energii jądrowej lub wyzwolenia promieniowania jonizującego [18].

Istotne jest zrozumienie, że wywarcie presji na pacjencie musi być uwarunkowane wystąpieniem dwóch przesłanek jednocześnie – zaburzeń psychicznych u pacjenta oraz podejmowaniem przez niego działań wyszczególnionych w Ustawie. Stąd też wynika, że nie wolno posłużyć się przymusem w stosunku do pacjenta z zakłóceniami psychicznymi, który nie podejmuje działań określonych w Ustawie (scharakteryzowanych wyżej). Jak również, niezgodne z prawem jest stosowanie przymusu względem osoby, która dopuszcza

się czynów wymienionych przez Ustawodawcę, ale nie stwierdzono u niej klinicznych objawów zaburzeń psychicznych. Zastosowanie w takiej sytuacji środka przymusu może skutkować odpowiedzialnością prawną z art. 217 Kodeksu Karnego za naruszenie nietykalności cielesnej [18].

Upoważnienia stosowania przymusu bezpośredniego przez personel ZRM

W ratownictwie przedszpitalnym wezwany na miejsce zdarzenia ZRM ma pierwszy kontakt z pacjentem i – po jego wstępnej ocenie – podejmuje decyzję o zastosowaniu odpowiedniego środka przymusu bezpośredniego. Większość osób z zaburzeniami psychicznymi tkwi w przekonaniu, że nie potrzebują żadnej pomocy. Jednak jeśli taki człowiek stwarza zagrożenie dla swego życia lub zdrowia, albo życia lub zdrowia innej osoby, wtedy potrzebna jest interwencja ZRM i zastosowanie przymusu bezpośredniego, a niekiedy także leczenie w specjalistycznym ośrodku. Jeśli osobie z zaburzeniami psychicznymi pomocy udziela podstawowy ZRM, to o zastosowaniu przymusu bezpośredniego osobiście decyduje i nadzoruje jego zastosowanie kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. Zastosowanie przymusu bezpośredniego musi spełniać przesłanki określone w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (omówione wyżej). 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 zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego. Przymusowe podanie leków do organizmu pacjenta w celu jego uspokojenia w warunkach przedszpitalnych jest możliwe tylko w przypadku zespołów specjalistycznych, gdyż przy tej czynności musi być obecny lekarz [4].

Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego należy uprzedzić o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Natomiast wybierając odpowiedni środek przymusu należy decydować się na taki, który będzie najmniej uciążliwy dla tej osoby. Przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro pacjenta. Każdorazowe użycie przymusu bezpośredniego musi być niezwłocznie zgłoszone dyspozytorowi medycznemu. Istotne jest, aby w dokumentacji medycznej odnotować zarówno fakt zastosowania przymusu, jak i informację o tym, że pacjent został uprzedzony o zamierzonych działaniach, zanim wykonano jakiegokolwiek czynności bez jego zgody. Ponadto kierujący akcją

prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który zlecił posłużenie się przymusem, ma obowiązek wypełnienia dwóch dokumentów, czyli zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji – według wzorów zamieszczonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 28 czerwca 2012 roku [10].

Formularz zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zawiera rubryki dotyczące danych pacjenta i osób wykonujących przymus, przyczyny posłużenia się przymusem, rodzaju przymusu i czasu jego trwania, a także przebiegu wdrożonych działań (np. czy pacjent krzyczał, szarpał się, płakał). Dodatkowo, w zawiadomieniu należy określić, czy posłużenie się środkami przymusu miało wpływ na zdrowie pacjenta oraz czy dodatkowe jednostki (inny ZRM, Policja, PSP) pomagały przy zastosowaniu przymusu na żądanie kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych [10].

Karta zastosowania unieruchomienia/izolacji, oprócz danych pacjenta, określa środek przymusu, powód oraz czas jego zastosowania. W dokumencie tym wyszczególnia się również osoby wykonujące przymus oraz rozpoczęcie i zakończenie jego stosowania. Ponadto karta zawiera rubryki, w których zamieszcza się informacje o ewentualnym przedłużeniu unieruchomienia/izolacji oraz tabelę obserwacji pacjenta w przedziałach co 15 minut. Kopię karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji oraz egzemplarz pierwszej strony zawiadomienia osoba zlecająca przymus przekazuje lekarzowi podmiotu, do którego pacjent został przewieziony [9].

Zasadność posłużenia się przymusem bezpośrednim zarządzona przez kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych podlega ocenie lekarza specjalisty z zakresu psychiatrii na zlecenie marszałka województwa [4].

Obowiązujące przepisy nakazują, aby osoba stosująca przymus bezpośredni była przeszkolona. Obowiązek poinstruowania pracowników ZRM na temat zakresu stosowania przymusu bezpośredniego spoczywa na dysponencie ZRM [9].

Podsumowanie

Stosowanie przymusu bezpośredniego jest ostatecznością i należy go używać w skrajnych i wyjątkowych przypadkach, a szczególności wtedy, jeśli inna forma komunikacji z pacjentem jest nieskuteczna. Mimo, że liczba wezwań ZRM do osób z zaburzeniami psychicznymi nie stanowi najliczniejszej grupy, to sytuacje takie są niejednokrotnie dużym wyzwaniem dla ich personelu. Nowelizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 2010 roku, wraz z rozporządzeniem dotyczącym sposobu stosowania i dokumentowania

przymusu bezpośredniego umożliwiła zespołom typu „P” (bez lekarza) podjęcie działań z tego zakresu, bez konieczności dodatkowego wezwania zespołu „S” (z lekarzem). Jednak wspomniane akty prawne stanowią jedynie początek drogi do prawidłowego korzystania z uprawnień stosowania przymusu bezpośredniego. Niezbędne są szkolenia personelu ZRM z zakresu kompetencji, sposobów wykonywania przymusu bezpośredniego oraz zasad postępowania z poszkodowanym manifestującym zaburzenia psy-

chiczne, aby jednocześnie z otrzymanym ustawowym przyzwoleniem do stosowania środków przymusu nie dochodziło do przypadków nadużyć, jak również naruszenia jego godności osobistej, czy intymności pacjenta. Należy pamiętać, że zastosowanie przymusu bezpośredniego jest pogwałceniem nietykalności osobistej i cielesnej pacjenta. Godność pacjenta powinna być respektowana we wszystkich okolicznościach, a stosowanie ścisłych reguł prawnych jest konieczne, aby przymus nie przerodził się w przemoc [11].

Piśmiennictwo / References

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U.1997.78. 483 z późn. zm.
2. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U.2009.52.417 z późn. zm.
3. Ustawa z 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Dz.U.1964.9.59 z późn. zm.
4. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U.1994.111. 535 z późn. zm.
5. Beham M, et al. Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J Emerg Med* 2011, 40(5): 565-579.
6. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz.U.2006.191.1410 z późn. zm.
7. Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U.2011.231.1375.
8. Goniewicz M, Goniewicz K, Chrzanowska-Wąsik M. Przymus bezpośredni – nowe uprawnienia ratowników medycznych. [w:] Nowa dekada polskiej medycyny ratunkowej. Jakubaszko J (red). PTMR, Wrocław 2012: 85-95.
9. Ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej. Dz.U.2013.0.628.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. Dz.U.2012.740.
11. Kupś I, Pełka-Wysiecka J, Samochowiec J. Przymus bezpośredni – realizacja założeń Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec pacjenta zachowującego się agresywnie w wybranych placówkach służby zdrowia w województwie zachodnio-pomorskim. *Psychiatr* 2007, 3(4): 87-96.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. Dz.U.2014.87.
13. Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Dz.U.2014.24.
14. Krzyżowski J (red). *Leksykon psychiatrii i nauk pokrewnych. Lexicon of Psychiatry & Related Disciplines*. Oficyna Wyd Medyk, Warszawa 2010.
15. Jacob KS, Patel V. Classification of mental disorders: a global mental health perspective. *Lancet* 2014, 383(9926): 1433-1435.
16. Balicki M. Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka. *Prawo Med* 1999, 1: 40-60.
17. Bilikiewicz A (red.) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. PZWL, Warszawa 2003: 14-42.
18. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny. Dz.U.1997.88.553.