

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia ~~28 czerwca~~ 2012 r.

w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania

Na podstawie art. 18 ust. 11 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób:

- 1) stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 3) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego.

§ 2. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zwanej dalej „ustawą”.

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

§ 4. 1. Lekarz zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny.

2. 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.

3. W szpitalu psychiatrycznym niezwłocznie po otrzymaniu informacji, o której mowa w ust. 2, lekarz po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę albo nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

4. Lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne.

5. Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie stosowania tych środków przymusu bezpośredniego na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz uzyskaniu opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.

6. Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji w przypadku, o którym mowa w ust. 5, lekarz powiadamia również ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).

7. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia lekarza, pielęgniarka może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na okres nie dłuższy niż 4-godziny.

§ 5. 1. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej czas stosowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie może przekroczyć 8 godzin. Dalsze przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w tych formach jest dopuszczalne jedynie w warunkach szpitalnych.

2. O przewiezieniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w ust. 1, do szpitala psychiatrycznego kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej powiadamia przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

§ 6. 1. Przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym, w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej oraz w przypadkach, o których mowa w art. 18 ust. 5, art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 ustawy, może być wykonywany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby.

2. Za przekazanie instrukcji w zakresie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego 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.

§ 7. 1. Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym.

2. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w pomieszczeniu jednoosobowym przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób.

§ 8. 1. Przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz w sposób odpowiadający pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub jednostki 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, o których mowa w §10 ust. 1.

3. Dostęp do urządzeń oraz zapisu z monitoringu, o którym mowa w ust. 2, jest kontrolowany, możliwy tylko dla osób uprawnionych.

4. Zapis z monitoringu, o którym mowa w ust. 2, przechowuje się przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy, jednak nie krócej niż przez 3 miesiące od dnia zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji.

5. Po upływie terminu przechowywania zapis z monitoringu, o którym mowa w ust. 2, usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z powyższych czynności sporządza się protokół.

§ 9. 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.

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

2. Adnotację o stanie fizycznym osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka zamieszcza bezzwłocznie w karcie unieruchomienia lub izolacji, o której mowa w § 17.

§ 11. 1. W czasie kontroli, o której mowa w § 10 ust. 1, pielęgniarka:

- 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inne urządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno albo zbyt ciasno;
- 2) zapewnia krótkotrwale częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

2. W przypadku wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej, pielęgniarka jest obowiązana natychmiast zawiadomić o tym lekarza.

3. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, w przypadku, o którym mowa w ust. 2, pielęgniarka zawiadamia jednostkę systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

§ 12. Zastosowanie każdego środka przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.

§ 13. 1. W przypadku gdy zastosowanie przymusu bezpośredniego ma miejsce w szpitalu psychiatrycznym, informacja o jego zastosowaniu jest zamieszczana w historii choroby, w której odnotowuje się:

- 1) zastosowany środek przymusu bezpośredniego;
- 2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniające wybór środka przymusu bezpośredniego;
- 3) czas stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczyny jego ewentualnego przedłużenia;
- 4) informację o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ten ma zostać wobec niej podjęty.

2. Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka zamieszcza w księdze raportów pielęgniarskich, w której, poza informacjami wskazanymi w ust. 1, odnotowuje się również informacje o:

- 1) osobie zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, zwanej dalej „zlecającym”;
- 2) osobach wykonujących przymus bezpośredni;
- 3) przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, w tym o skutkach stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, wobec której został on podjęty.

§ 14. 1. W przypadku gdy zastosowanie przymusu bezpośredniego ma miejsce w podmiocie leczniczym innym niż określony w § 13 ust. 1 albo zlecającym jego zastosowanie jest lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej albo grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej, jest ono odnotowywane odpowiednio w historii choroby lub historii zdrowia i choroby.

2. W przypadku określonym w ust. 1 w historii choroby lub historii zdrowia i choroby odnotowywane są informacje i okoliczności, o których mowa w § 13.

§ 15. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zamieszcza się w prowadzonym przez kierownika tej jednostki rejestrze, którego wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 16. 1. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego zlecający niezwłocznie zawiadamia:

- 1) kierownika podmiotu leczniczego, jeżeli zlecającym jest lekarz tego podmiotu;
- 2) lekarza podmiotu leczniczego, jeżeli zlecającym jest pielęgniarka podmiotu leczniczego;
- 3) lekarza, o którym mowa w art. 18 ust. 10 pkt 2 ustawy, jeżeli zlecającym jest inny lekarz, niż lekarz, o którym mowa w pkt 1;
- 4) lekarza, jeżeli zlecającym jest pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej;
- 5) kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, jeżeli zlecającym jest pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza;
- 6) dysponenta zespołów ratownictwa medycznego właściwego dla danego zespołu, jeżeli zlecającym jest kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

2. Zawiadomienie, o którym mowa w:

- 1) ust. 1 pkt 1 i 2, jest dokonywane zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
- 2) ust. 1 pkt 3-5, jest dokonywane zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
- 3) ust. 1 pkt 6, jest dokonywane zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

3. W przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego przy wykonywaniu czynności, o których mowa w art. 18 ust. 5, art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 ustawy, o przyczynach jego zastosowania, środku i czasie zastosowanego przymusu bezpośredniego zlecający informuje również lekarza podmiotu leczniczego, do którego została przewieziona osoba z zaburzeniami psychicznymi, przekazując mu:

- 1) kopię karty unieruchomienia lub izolacji, o której mowa w § 17, lub

2) egzemplarz pierwszej strony zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 6, jeżeli zlecającym jest kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

4. Dokument, o którym mowa w ust. 2, jest dołączany do historii choroby lub historii zdrowia i choroby.

5. Po otrzymaniu zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i 4, lekarz dokonuje oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, której wynik odnotowuje w zawiadomieniu, a następnie przekazuje je odpowiednio kierownikowi podmiotu leczniczego albo kierownikowi jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

6. Zawiadomienia, o których mowa w ust. 1 pkt 4-6, po dokonaniu przez zawiadomionego oceny i zatwierdzeniu zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, są przekazywane niezwłocznie lekarzowi, o którym mowa w art.18 ust. 10 pkt 2 ustawy.

§ 17. 1. Po zleceniu zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz albo osoba, która podjęła decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, wypełnia niezwłocznie kartę unieruchomienia lub izolacji, uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, wybór środka przymusu bezpośredniego i czas jego stosowania.

2. Kartę unieruchomienia lub izolacji załącza się do historii choroby lub historii zdrowia i choroby. Kopię karty unieruchomienia lub izolacji przekazuje się w ślad za zawiadomieniem, o którym mowa w § 16 ust. 1, po zakończeniu stosowania przymusu bezpośredniego, a w przypadku przedłużenia jego stosowania nie później niż po upływie każdych kolejnych 24 godzin jego stosowania.

3. Wzór karty unieruchomienia lub izolacji określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

4. W przypadku, o którym mowa w § 16 ust. 3, kopię karty unieruchomienia lub izolacji przekazuje się również lekarzowi podmiotu leczniczego, do którego została przewieziona osoba z zaburzeniami psychicznymi. Kopia karty unieruchomienia lub izolacji jest dołączana do historii choroby lub historii zdrowia i choroby.

5. Przepisów ust. 1-4 nie stosuje się, jeżeli zlecającym zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia jest kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Informacje, o których mowa w ust. 1, są odnotowywane w zawiadomieniu, o którym mowa w § 16 ust. 1 pkt 6.

§ 18. 1. Upoważniony przez marszałka województwa lekarz, o którym mowa w art. 18 ust. 10 pkt 2 ustawy, dokonując oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, uwzględnia okoliczności, o których mowa w § 13.

2. Informację o pozytywnej albo negatywnej ocenie zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego lekarz dokonujący oceny odnotowuje w zawiadomieniu, o którym mowa w § 16 ust. 1 pkt 3-6, a jego kopię przekazuje powiadamiającemu o zastosowaniu przymusu. Kopię zawiadomienia dołącza się do historii choroby lub historii zdrowia i choroby.

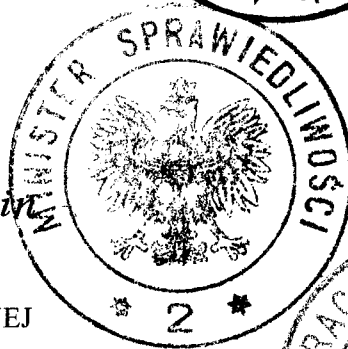
§ 19. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z wyjątkiem § 8 ust. 2 - 6, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2014 r.²⁾

MINISTER ZDROWIA



Bartosz Artukowicz

W porozumieniu:
MINISTER
SPRAWIEDLIWOŚCI



Jarosław Gowin

MINISTER PRACY
I POLITYKI SPOŁECZNEJ



Władysław Kosiniak-Kamysz
Władysław Kosiniak-Kamysz

ZASTĘPCA DYREKTORA **DYREKTOR**
Departamentu Prawnego Departamentu Prawnego

Alina Budżiszewska-Makulska
Władysław Puzoń
radca prawny

DYREKTOR
Departamentu Pomocy
i Integracji Społecznej **DYREKTOR**
Departamentu Prawnego

Krzysztofa Wyrwicka *Magdalena Fabisiak*

25.06.2012r.

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego. (Dz. U. Nr 103, poz. 514), które utraciło moc z dniem 1 lipca 2012 r. na podstawie art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia *28.01.2012* r. (poz.)

Załącznik 1

WZÓR

.....

(jednostka organizacyjna pomocy społecznej)

REJESTR

PRZYPADKÓW ZASTOSOWANIA PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO

Lp.	Imię i nazwisko osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni	Imiona i nazwiska zlecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz osób wykonujących jego stosowanie	Zastosowany środek przymusu bezpośredniego	Opis przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego	Czas trwania przymusu bezpośredniego (data i godzina rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania)	Przebieg stosowania przymusu bezpośredniego (w tym informacja o skutkach jego stosowania dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany)
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						

WZÓR_____
(miejscowość i data)Pan/Pani _____

(imię i nazwisko kierownika oraz nazwa podmiotu leczniczego)

Zawiadomienie**o zastosowaniu przymusu bezpośredniego**

na podstawie § 16 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ... w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. ...)

1. W dniu _____ o godz. _____

wobec Pana (Pani) _____

(imię i nazwisko)

pacjenta (pacjentki) oddziału _____

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie _____

3. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał/a _____

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zlecającego)

4. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a _____

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego)

5. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego:

1) przyczyny _____

_____2) osoby wykonujące (imię i nazwisko) _____

_____3) przebieg _____

_____4) skutki zastosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia pacjenta (pacjentki) _____

_____5) przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty: _____
tak / nieOcena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego*: _____

_____Ocena kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego: _____

Podpis zlecającego
(pielęgniarki/lekarza)_____
Podpis zatwierdzającego*
(lekarza)_____
Podpis kierownika podmiotu
leczniczego/upoważnionego lekarza

*Wypełnić w przypadku zlecenia zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę

WZÓR_____
(miejscowość i data)Lekarz upoważniony przez marszałka województwa

(imię i nazwisko kierownika oraz nazwa podmiotu leczniczego)**Zawiadomienie****o zastosowaniu przymusu bezpośredniego**na podstawie § 16 ust. 1 pkt 3-5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ... w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania
zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. ...)

1. W dniu _____ o godz. _____

wobec Pana (Pani) _____

(imię i nazwisko)

przebywającego (przebywającej) w _____

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie _____

3. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał/a _____

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zlecającego)

4. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a _____

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego)

5. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego:

1) przyczyny _____

2) osoby wykonujące (imię i nazwisko) _____

3) przebieg _____

4) skutki zastosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia pacjenta (pacjentki) _____

5) przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten
ma być podjęty: _____
tak / nie

Ocena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego*: _____

Ocena upoważnionego przez marszałka województwa lekarza
o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

Podpis zlecającego
(pielęgniarki/lekarza)_____
Podpis zatwierdzającego*
(lekarza)_____
Podpis lekarza
upoważnionego przez
marszałka województwa

*Wypełnić w przypadku zlecenia zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę

ZAWIADOMIENIE

o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

na podstawie § 16 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ... w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. ...)

Oznaczenie dysponenta ZRM:	Do zlecenia wyjazdu nr:	Wiek pacjenta lat
	Rodzaj ZRM (S/P)	Płeć (K/M)
	Data realizacji wezwania (dd-mm-rrrr)-.....-.....	
Nazwisko i imię pacjenta:	Pięczęć podmiotu leczniczego, do którego przetransportowano pacjenta	Godzina dotarcia do podmiotu leczniczego
		:
		Łączny czas trwania przymusu bezpośredniego
		min

Podjęto decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wobec osoby, która:

- dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby
- dopuszcza się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu
- w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu

Godzina zastosowania przymusu bezpośredniego (gg:mm):

:

- Powiadomiono dyspozytora medycznego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

Imiona i nazwiska osób wykonujących przymus bezpośredni

--

Zespół		Zastosowano przymus bezpośredni polegający na:
Specjalistyczny	Podstawowy	<input type="checkbox"/> przytrzymaniu - doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej
		<input type="checkbox"/> unieruchomieniu - obezwładnieniu osoby z użyciem: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pasów <input type="checkbox"/> uchwytów <input type="checkbox"/> prześcieradeł <input type="checkbox"/> kaftana bezpieczeństwa <input type="checkbox"/> innych urządzeń technicznych
		<input type="checkbox"/> przymusowym podaniu leków: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> doraźnie <input type="checkbox"/> przewidzianego w planie postępowania leczniczego wprowadzenia leków do organizmu osoby - bez jej zgody

Przebieg zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym oznaczenie czy pacjent (pacjentka):

- szarpie się (uderza)
- wykrzykuje
- spokojny/a (śpi)
- płacze
- śmieje się
- śpiewa
- mamrocze
- bez zaburzeń psychicznych
- otrzymał/a płyny
- oddał/a mocz (stolec)
- chwilowe zwolnienie
- inne
- Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego nastąpiło w obecności zespołu ratownictwa medycznego.
- Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty.

Skutki zastosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia pacjenta/ki:

- nie miał wpływu
- miał wpływ (jaki)

Przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego na żądanie kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy udzielała (podać dane identyfikacyjne):

- Jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne
- Policja
- Państwowa Straż Pożarna

Uwagi:

www.inforflex.pl

Podpis i pieczęć kierownika ZRM podejmującego decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

Ocena dysponenta zespołów ratownictwa medycznego właściwego dla danego zespołu zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego:

Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko
zatwierdzającego/podpis)

Ocena upoważnionego przez marszałka województwa lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

Lekarz upoważniony przez marszałka województwa

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko
zatwierdzającego/podpis)

WZÓR
KARTA ZASTOSOWANIA UNIERUCHOMIENIA LUB IZOLACJI

_____ (podmiot leczniczy/jednostka organizacyjna pomocy społecznej)

_____ (oddział albo jednostka lub komórka organizacyjna)

ZLECENIE

Pacjent _____ Nr historii choroby _____

Powód zastosowania: _____

- rodzaj unieruchomienia: _____

- izolacja: _____

Początek stosowania unieruchomienia lub izolacji:

Data	Godzina	Zlecający: (czytelny podpis, pieczętka)	Osoby wykonujące: (imię i nazwisko, czytelny podpis)

Lekarz zatwierdzający zastosowanie unieruchomienia lub izolacji

(czytelny podpis, pieczętka, data)

wypełnić w przypadku zlecenia przez pielęgniarkę

Koniec stosowania unieruchomienia lub izolacji*:

Data	Godzina	Lekarz/pielęgniarka (czytelny podpis, pieczętka)
Uwagi		

PODSUMOWANIE

Całkowity czas stosowania środka przymusu bezpośredniego: _____ (godziny/minuty)

Uwagi lekarza:

(podpis, pieczętka, data)

* Wypełnić jedynie w przypadku ostatecznego zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego. W przypadku przedłużenia jego stosowania na czas przekraczający 24 godziny w wierszu „uwagi” zaznaczyć, że stosowanie przymusu nie zostało zakończone.

Przedłużenie stosowania unieruchomienia lub izolacji:

Data	Godzina	Przedłużający: (czytelny podpis, pieczęć)	Przyczyny przedłużenia:

OBSERWACJE. OZNACZENIA (KOD):

1. szarpie się (uderza), 2. wykrzykuje, 3. płacze, 4. śmieje się, 5. śpiewa, 6. mamrocze, 7. śpi, 8. spokojny, 9. podawane posiłki, 10. podawane płyny, 11. oddał mocz (stolec), 12. chwilowe zwolnienie, 13. inne

godzina, kod, podpis	godzina, kod, podpis	godzina, kod, podpis	godzina, kod, podpis
12.00	18.00	24.00	06.00
12.15	18.15	00.15	06.15
12.30	18.30	00.30	06.30
12.45	18.45	00.45	06.45
13.00	19.00	01.00	07.00
13.15	19.15	01.15	07.15
13.30	19.30	01.30	07.30
13.45	19.45	01.45	07.45
14.00	20.00	02.00	08.00
14.15	20.15	02.15	08.15
14.30	20.30	02.30	08.30
14.45	20.45	02.45	08.45
15.00	21.00	03.00	09.00
15.15	21.15	03.15	09.15
15.30	21.30	03.30	09.30
15.45	21.45	03.45	09.45
16.00	22.00	04.00	10.00
16.15	22.15	04.15	10.15
16.30	22.30	04.30	10.30
16.45	22.45	04.45	10.45
17.00	23.00	05.00	11.00
17.15	23.15	05.15	11.15
17.30	23.30	05.30	11.30
17.45	23.45	05.45	11.45

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 18 ust. 11 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375), w zakresie określenia sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz oceny zasadności jego zastosowania.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że przymus bezpośredni stosowany wobec osób z zaburzeniami psychicznymi jest każdorazowo formą ingerencji w prawa i wolności człowieka oraz pacjenta, co więcej ich ograniczeniem. Stąd też wysoka waga powinna być nadawana nawet jednostkowym przypadkom, w których przymus bezpośredni jest stosowany. Analogicznie ze szczególną atencją należy podchodzić do odpowiedniej regulacji kwestii związanych z zastosowaniem przymusu bezpośredniego, tak aby wspomniane ograniczenie wolności osób, wobec których jest on wykonywany, następowało z poszanowaniem ich godności. Jednocześnie, w celu zobrazowania skali stosowania przymusu bezpośredniego w samych tylko podmiotach leczniczych będących w rozumieniu przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego szpitalami psychiatrycznymi przytoczyć można dane przekazane przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Zgodnie z nimi w 2011 r. środki przymusu bezpośredniego w 40 podmiotach, które przekazały dane na ten temat, zastosowano 33 413 razy wobec 15 859 pacjentów.

Powyższy projekt opracowany został ze szczególnym uwzględnieniem praw i godności osób, wobec których przymus bezpośredni jest stosowany. Projekt ten stanowi odpowiedź na zalecenia przygotowane przez delegację Europejskiego Komitetu ds. Przeciwdziałania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu (CPT) w zakresie zmian legislacyjnych, które powinny zostać wprowadzone w prawodawstwie polskim, odnośnie stosowania przymusu bezpośredniego. Projekt rozporządzenia ma również na celu realizację jednego z głównych celów przyjętego w dniu 28 grudnia 2010 r. przez Radę Ministrów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, tj. ochronę praw osób cierpiących na zaburzenia psychiczne.

Z uwagi na zmiany wprowadzone w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, w projekcie niniejszego rozporządzenia, w porównaniu do dotychczas obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514), zostały wyodrębnione przepisy odnoszące się do ogólnych zasad stosowania przymusu bezpośredniego (§ 2 – 11) oraz sposobu jego dokumentacji (§ 12 - 17), w tym trybu i formy przekazywania zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (§ 16), oraz dokonywania oceny zasadności zastosowanego przymusu bezpośredniego (§ 18).

W projekcie rozporządzenia została uwzględniona możliwość stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, podczas udzielania medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego, w którego skład nie wchodzi lekarz, podczas przewożenia osoby z zaburzeniami psychicznymi do podmiotu leczniczego oraz w innych sytuacjach, określonych przepisami ustawy, w tym m.in. podczas zatrzymania i przymusowego doprowadzenia przez Policję do szpitala psychiatrycznego albo domu pomocy społecznej. Stosownie do postanowień ustawy o zastosowaniu przymusu bezpośredniego we wszystkich wskazanych powyżej sytuacjach, jak również o rodzaju użytego środka przymusu bezpośredniego decydować będzie: lekarz, pielęgniarka lub kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Przepisy projektowanego rozporządzenia nie precyzują udziału innych osób w wykonywaniu przymusu bezpośredniego, kwestia ta znalazła bowiem szczegółowe uregulowanie ustawowe. Zgodnie z art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna są co do zasady zobowiązane do udzielenia lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie. Pomoc ta sprowadza się zatem do zapewnienia efektywnego wdrożenia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, tj. jego fizycznego wykonania, nie uprawnia natomiast do podjęcia takiej decyzji.

Z kolei udział Policji w wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego oraz domu pomocy społecznej został określony w art. 46a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Przewiduje on pierwszeństwo zastosowania przymusu bezpośredniego przewidzianego przepisami rozważanej ustawy przed środkami przymusu bezpośredniego przewidzianymi w innych przepisach. Zastosowanie tych ostatnich dopuszczalne jest jedynie po bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego lub w sytuacji, gdy jego

zastosowanie byłoby niecelowe. W świetle powyższego, a także art. 18 ust. 2 i 5 ww. ustawy, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wobec osoby, w stosunku do której realizowane są przez Policję czynności związane z wykonaniem postanowienia sądowego o przyjęciu do domu pomocy społecznej albo szpitala psychiatrycznego (polegające na zatrzymaniu i przymusowym doprowadzeniu) decyduje również lekarz, pielęgniarka lub kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Udział Policji w realizacji tych czynności sprowadza się w takich okolicznościach do zapewnienia skuteczności wykonania decyzji jednej z ww. osób, w szczególności poprzez jej fizyczne wprowadzenie w życie. Efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób. W celu zapewnienia, że decyzja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego również w sytuacji zatrzymania i przymusowego doprowadzenia przez Policję do szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej będzie podejmowana jedynie przez lekarza, pielęgniarkę lub kierownika zespołu ratownictwa medycznego, w art. 46a ust. 3 ustawy określono, że wykonywanie tych czynności przez Policję będzie następowało w obecności ww. osób. Dopiero po bezskutecznym zastosowaniu tego rodzaju przymusu bezpośredniego lub stwierdzeniu bezcelowości jego stosowania, Policja będzie mogła stosować środki przymusu bezpośredniego przewidziane innymi przepisami, zgodnie ze swoimi uprawnieniami.

Z uwagi na wskazaną powyżej precyzyjną regulację ustawową udziału osób trzecich w praktycznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego w projektowanym rozporządzeniu określono jedynie (§ 6 ust. 1), że może być on wykonywany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby. Wprawdzie każdorazowo, co zaprezentowano powyżej, decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego podejmował będzie i – co istotne – osobiście nadzorował lekarz, pielęgniarka lub kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, aczkolwiek ważnym jest również, aby osoby podejmujące czynności mające na celu wdrożenie tej decyzji, działały w sposób możliwie najbardziej bezpieczny i zapewniający maksymalną ochronę praw i godności osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Bezpośredni nadzór wskazanych powyżej osób uprawnionych do zastosowania przymusu bezpośredniego pozwala co prawda na bieżący instruktaż i weryfikację działań osób zaangażowanych w wykonanie przymusu bezpośredniego, ale posiadanie przez te ostatnie elementarnej wiedzy i umiejętności w tym zakresie zdecydowanie usprawni całość czynności i uczyni je możliwie najmniej uciążliwymi dla osoby, wobec której przymus jest stosowany.

W związku z powyższym, za instruktaż w zakresie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego odpowiadać będzie kierownik podmiotu leczniczego, kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej albo dysponent zespołów ratownictwa medycznego (w tych jednostkach zastosowanie przymusu bezpośredniego jest bowiem potencjalnie najczęstsze). W odniesieniu do jednostek Policji i Państwowej Straży Pożarnej założono, że ich udział w realizacji takich czynności będzie niewspółmiernie rzadszy, co więcej posiadanie niezbędnych do wykonania przymusu bezpośredniego umiejętności wynika z przygotowania do wykonywania obowiązków służbowych.

Poza zasadami ogólnymi, projektowane rozporządzenie określa szczegółowo zasady stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia i izolacji. Przyjęte w odniesieniu do tej kwestii rozwiązania stanowią w dużej mierze odzwierciedlenie dotychczas obowiązujących w tym zakresie przepisów. Zgodnie z zaleceniami CPT w projekcie został określony maksymalny czas stosowania przymusu w postaci unieruchomienia lub izolacji w warunkach pozaszpitalnych oraz zasady przedłużenia stosowania tych środków przymusu bezpośredniego zarówno w warunkach pozaszpitalnych, jak i – co stanowi novum wobec obecnych regulacji – szpitalnych (§ 4-5).

Wprowadzony w § 8 nakaz wyposażenia pomieszczeń przeznaczonych do izolacji w sprzęt przeznaczony do monitoringu bezpośrednio wynika z zaleceń CPT. Wyposażenie izolatek w sprzęt umożliwiający ciągły podgląd sytuacji w tym pomieszczeniu pozwoli na stałe monitorowanie stanu osoby w nim przebywającej oraz umożliwi podjęcie natychmiastowych działań, mających na celu zaspokojenie jej potrzeb. Wskazany jako minimalny trzymiesięczny okres przechowywania nagrań z monitoringu został zaproponowany przez Ministerstwo Sprawiedliwości i wynika z faktu, że nagrania te mogą stanowić dowód w postępowaniu skargowym prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta czy też zostać wykorzystane podczas kontroli przeprowadzanej przez sędziów wizytatorów. Ponadto nagrania z kamer umieszczonych w izolatce będą mogły stanowić cenny dowód w przypadku konieczności oceny, czy podjęte przez pracowników czynności wobec osoby przebywającej w izolatce nie naruszały jej praw. Określono również górny limit czasowy przechowywania nagrań (6 miesięcy).

Wobec faktu, iż wprowadzenie monitoringu pomieszczeń przeznaczonych do izolacji będzie wiązało się z koniecznością zakupu odpowiednich urządzeń oraz ich montażu, określony został długi termin wejścia

w życie tego wymagania, który umożliwi zobowiązany podmiotom wywiązanie się z powyższego obowiązku. Termin wejścia w życie tego przepisu określony został na dzień 1 stycznia 2014 r.

Przepisami § 12-17 projektu rozporządzenia uregulowano sposób dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego. W § 12 wskazano, że informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego umieszcza się w indywidualnej, jak i zbiorczej dokumentacji medycznej. Kolejne przepisy projektu precyzują, jakie informacje powinny być zawarte w poszczególnych dokumentach.

Wobec konieczności uwzględnienia zaleceń CPT, w § 15 został nałożony na kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej obowiązek prowadzenia rejestru przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób przebywających w tej jednostce, jak również określony został wzór takiego rejestru. Określenie wzoru rejestru ma istotne znaczenie dla ujednoczenia prowadzonych już w chwili obecnej w znacznej liczbie placówek pomocy społecznej tego typu rejestrów. W odniesieniu do podmiotów leczniczych zrezygnowano z obowiązku prowadzenia takiego rejestru, gdyż w sytuacji, kiedy podmioty takie zobowiązane są zamieszczać informację o każdym zastosowaniu przymusu bezpośredniego w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej, byłby on niecelowy i powodował nieuzasadnione zwiększenie obciążeń administracyjnych.

W projekcie rozporządzenia zostały ponadto określone wzory zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (§ 16 ust. 2 oraz załączniki nr 2-4) oraz wzór karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji (§ 17 oraz załącznik nr 5), które będą dołączane do indywidualnej dokumentacji medycznej osoby. W § 16 projektu rozporządzenia w sposób przejrzysty został przedstawiony ciężący na zlecającym obowiązek zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz obowiązek dokonania wstępnej oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza, który otrzyma zawiadomienie o jego zastosowaniu.

W § 18 projektu rozporządzenia przewidziany został obowiązek uwzględnienia w ocenie zasadności zastosowania przymusu, dokonywanej przez kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, okoliczności wskazanych w § 13 projektowanego rozporządzenia. Należy podkreślić, iż zgodnie z zaproponowanym rozwiązaniem o wyniku dokonanej oceny zostanie poinformowany powiadamiający o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, co jest szczególnie istotne w przypadku oceny negatywnej. Ocena zostanie dołączona do dokumentacji medycznej pacjenta.

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w *sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych* (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 56, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej szczebla wojewódzkiego, podmioty lecznicze, jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, osoby zatrudnione w ww. wymienionych podmiotach i jednostkach (lub wykonujących w nich działalność na podstawie umowy lub porozumienia) oraz osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja została poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

1. Business Center Club,
2. Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”,
3. Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
4. Forum Związków Zawodowych,
5. Fundacja Batorego,
6. Fundacja Instytut Spraw Publicznych,
7. Fundacja Pomocy Chorym Psychiczenie im. Tomasza Deca,
8. Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej,
9. Fundacja Synapsis,
10. Helsińska Fundacja Praw Człowieka,
11. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
12. Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,
13. Konfederacja Pracodawców Polskich,
14. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego,
15. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii,
16. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
17. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej,
18. Krajowa Izba Gospodarcza,
19. Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego,
20. Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego,
21. Marszałkowie województw,
22. Naczelna Rada Lekarska,
23. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
24. Narodowy Fundusz Zdrowia,
25. NSZZ „Solidarność”,
26. Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia,
27. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
28. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
29. Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych,
30. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
31. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,

32. Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan,
33. Polski Komitet Pomocy Społecznej,
34. Polskie Towarzystwo Badań nad Stresem Traumatycznym,
35. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej,
36. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
37. Polskie Towarzystwo Psychoanalityczne,
38. Polskie Towarzystwo Psychologiczne,
39. Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychoanalitycznej,
40. Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej,
41. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej,
42. Rada Krajowa Federacji Konsumentów,
43. Rada Ochrony Zdrowia Psychicznego,
44. Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
45. Stowarzyszenie Monar,
46. Stowarzyszenie na Rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej,
47. Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej,
48. Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego "Wzajemna Pomoc",
49. Stowarzyszenie Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego "Zrozumieć i Pomóc",
50. Stowarzyszenie Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej "Integracja",
51. Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne",
52. Stowarzyszenie Samorządowych Ośrodków Pomocy Społecznej FORUM w Łodzi,
53. Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich,
54. Związek Powiatów Polskich,
55. Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień,
56. Związek Województw Polskich,
57. Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej,

a także została umieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w tym w Biuletynie Informacji Publicznej zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbiningowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.). Żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem w trybie przewidzianym w ww. ustawie.

W wyniku przeprowadzonych dwukrotnych konsultacji uwagi do projektu zgłosiły następujące podmioty: Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego, Zarząd Województwa Podlaskiego, Wicemarszałek Województwa Wielkopolskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodnio-pomorskiego, Sekretarz Województwa Dyrektor Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, Marszałek Województwa Łódzkiego, Marszałek Województwa Świętokrzyskiego, Zarząd Województwa Lubelskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, Wicemarszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Polska Rada Ratowników Medycznych, Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Fundacja Pomocy Chorym Psychicznymi im. Tomasza Deca, Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień, Polskie

Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia w Pruszkowie, SPP ZOZ w Choroszczy.

W związku ze zgłoszonymi zastrzeżeniami doprecyzowane zostały przepisy określające sposób dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego (obecnie § 14-15 oraz 17), a także zakres informacji odnotowywanych w poszczególnych dokumentach (§ 13). Zmieniono również redakcję przepisów regulujących zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (§ 16) w celu zapewnienia ich jednoznaczności i usunięcia zgłoszonych wątpliwości interpretacyjnych. W celu ułatwienia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, dokonano zmian projektowanej dokumentacji poprzez stworzenie odrębnego wzoru zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w sytuacji, w której zlecającym jest kierujący akcją. Na wniosek partnerów społecznych zmianie uległy także dotychczasowe wzory dokumentów określonych w załącznikach do rozporządzenia, tj. zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, karta zastosowania unieruchomienia lub izolacji oraz rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego.

Uwzględniono także zastrzeżenia odnoszące się do odnotowywania informacji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego, a tym samym zrezygnowano z przedmiotowej regulacji.

Wśród budzących wątpliwości zagadnień znalazła się również kwestia obowiązku dokumentacji zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę. Podważano w tym zakresie zarówno zasadność takiego działania, jako powielającego informacje wyszczególniane w karcie unieruchomienia i izolacji, jak również miejsce dokonywania adnotacji w tej sprawie (zgłoszono wniosek o zastąpienie „księgi raportów pielęgniarskich” „indywidualną kartą pielęgnacji” lub „dokumentacją pielęgniarską”). Przedmiotowe uwagi nie zostały uwzględnione. Należy bowiem zauważyć, że unieruchomienie i izolacja nie są jedynymi przewidzianymi przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego środkami przymusu bezpośredniego. Regulacje projektowane w poddanym uzgodnieniu projekcie odnoszą się – poza ściśle określonymi przypadkami – również do pozostałych środków przymusu bezpośredniego, tj. przytrzymania i przymusowego podania leków. Taki charakter mają przepisy dotyczące dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę. Karta unieruchomienia lub izolacji określona w załączniku nr 5 do rozporządzenia dokumentuje natomiast zastosowanie jedynie dwóch wymienionych w jej tytule środków przymusu bezpośredniego. Ponadto, przepisy projektowanego rozporządzenia są w obszarze rodzaju dokumentacji spójne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697). Zgodnie z § 62 ww. rozporządzenia karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej jest formą dokumentacji indywidualnej wewnętrznej prowadzonej przez pielęgniarkę udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki albo grupowej praktyki pielęgniarki, czyli tzw. „praktyki pielęgniarki”. Natomiast zgodnie z § 12 przedmiotowego rozporządzenia w szpitalu prowadzona jest dokumentacja zbiorcza wewnętrzna w formie „księgi raportów pielęgniarskich”. Przepis § 13 projektowanego rozporządzenia określa sposób dokumentacji zastosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu psychiatrycznym.

Nieuwzględnione zostały również zastrzeżenia odnośnie czasu stosowania przymusu bezpośredniego w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej. Projektowany § 5 przewidywał, że łączny czas zastosowania wobec osób w nich przebywających unieruchomienia lub izolacji nie może przekraczać 12 godzin, a dalsze przedłużenie unieruchomienia lub izolacji jest dopuszczalne jedynie w warunkach szpitalnych. Skrócenie dotychczasowego dopuszczalnego czasu stosowania rozważanych środków przymusu bezpośredniego w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, wynoszącego 24 godziny, wynika z faktu, że podmioty te nie są podmiotami leczniczymi. W związku z powyższym inna jest, w stosunku do podmiotów leczniczych, ich organizacja i struktura zatrudnienia, a tym samym warunki umożliwiające dłuższe stosowanie przymusu bezpośredniego. Nie jest możliwe również postulowane generalne odstępianie od wyznaczenia maksymalnego czasu stosowania przymusu bezpośredniego w warunkach pozaszpitalnych, konieczność jego określenia wynika bowiem z zaleceń Europejskiego Komitetu ds. Przeciwdziałania Torturom i Nieludzkiemu Traktowaniu. Należy dodatkowo zaznaczyć, że w związku ze stanowczym postulatem wyrażonym przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej maksymalny czas stosowania unieruchomienia lub izolacji został skrócony do 8 godzin.

Istotne wątpliwości zgłoszono w kontekście zastosowania przepisów rozporządzenia oraz będącej podstawą do jego wydania ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego wobec osób hospitalizowanych w oddziałach innych niż psychiatryczne, w tym np. w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Wątpliwości te wynikają z faktu, że zaburzenia psychiczne występują towarzysząco przykładowo u chorych po urazie czaszkowo-mózgowych. Często również konieczne jest planowe

wprowadzenie leków do organizmu osoby hospitalizowanej w takim oddziale, bez jej zgody, w celu np. zapewnienia prawidłowej wentylacji lub farmakologicznej ochrony ośrodkowego układu nerwowego. W związku z powyższymi wątpliwościami wnioskowano o wyłączenie z obowiązku stosowania przepisów projektowanego rozporządzenia, w tym w szczególności § 16, lekarza oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w przypadku zastosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci przymusowego zastosowania leków. Przedmiotowy wniosek nie został jednak uwzględniony. Budząca wątpliwości kwestia powinna być bowiem rozpatrywana dwutorowo jako, że należy rozróżnić zastosowanie przymusu bezpośredniego w okolicznościach i na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego od przeprowadzenia przez lekarza badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta w sytuacjach określonych przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.). W pierwszym ze wskazanych przypadków przepisy projektowanego rozporządzenia będą miały zastosowanie bez względu na oddział hospitalizacji. Nie będą natomiast stosowane w przypadkach określonych w art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7, art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Wśród uwag zgłoszonych przez partnerów społecznych znalazły się również zastrzeżenia odnośnie przepisów projektu określających miejsce zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. Kwestionowano możliwość wykonania tego środka przymusu w salach jednołóżkowych, a w przypadku sal wielołożkowych zastosowanie wymienionych w projekcie przykładowych rozwiązań mających zapewnić poszanowanie intymności i godności osoby unieruchomionej, tj. parawanów. Uwagi te zostały częściowo uwzględnione. Projektowane regulacje już w pierwotnej wersji nie ograniczały zastosowania unieruchomienia wyłącznie do sal jednołóżkowych. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby w pomieszczeniu jednoosobowym dopuszczono zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia w sposób umożliwiający oddzielenie osoby, wobec której jest stosowany, od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności. Na wniosek parterów społecznych zrezygnowano natomiast z precyzowania (choćby w sposób otwarty, jak miało to miejsce dotychczas) środków realizacji tego celu (takich jak parawany). Określono jedynie, że powinno to nastąpić w szczególności poprzez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób. Nie zrezygnowano natomiast z określenia podobnego katalogu otwartego zastosowanego w również kwestionowanym § 9, wymieniającego przykłady przedmiotów, jakie należy odebrać osobie, wobec której stosowany jest przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia lub izolacji, ze względu na stwarzane niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia tej osoby lub innych osób. Trudno wymienić enumeratywnie wszystkie potencjalnie niebezpieczne przedmioty, które osoba może posiadać, stąd też posłużono się przykładami.

Uwagi szeregu podmiotów dotyczyły również obowiązku wyposażenia pomieszczeń przeznaczonych do izolacji w instalację monitoringu. Wskazywano na brak uzasadnienia leczniczego dla takiego rozwiązania, naruszenie prawa pacjenta do poszanowania jego intymności i/lub jego kosztowność. Należy zaznaczyć, że wprowadzony w § 8 nakaz wyposażenia pomieszczeń przeznaczonych do izolacji w sprzęt przeznaczony do monitoringu wynika bezpośrednio z zaleceń Europejskiego Komitetu ds. Przeciwdziałania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu. Wyposażenie izolatek w sprzęt umożliwiający ciągły podgląd sytuacji w tym pomieszczeniu pozwoli na stałe monitorowanie stanu osoby w nim przebywającej oraz umożliwi podjęcie natychmiastowych działań, mających na celu zaspokojenie jej potrzeb. Nie zwalnia to jednocześnie z obowiązku bezpośredniej, regularnej i częstej (dokonywanej nie rzadziej niż co 15 minut) kontroli przez pielęgniarkę stanu fizycznego osoby unieruchomionej lub izolowanej. Takie rozwiązanie ma zapewnić odpowiednią opiekę nad ww. osobą i właśnie poszanowanie jej praw. Nagrania z monitoringu mogą bowiem stanowić dowód w postępowaniu skargowym prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta czy też zostać wykorzystane podczas kontroli przeprowadzanej przez sędziów wizytatorów. Ponadto, nagrania z kamer umieszczonych w izolatce będą mogły stanowić cenny dowód w przypadku konieczności oceny, czy podjęte przez pracowników czynności wobec osoby przebywającej w izolatce nie naruszały jej praw. Będą w pełni obrazowały sposób sprawowania opieki nad tą osobą. Szacunkowy koszt zakupu oraz montażu jednego urządzenia do rejestracji obrazu oraz dźwięku w jednym pomieszczeniu przeznaczonym do izolacji wyniesie około 4.000 zł. Z uwagi na potrzebę wcześniejszego dostosowania miejsc stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji do rozważanych wymagań, ustalono odpowiedni okres przejściowy. Termin wejścia w życie przepisu nakładającego obowiązek montażu urządzeń monitoringu określony został na dzień 1 stycznia 2014 r.

Wątpliwości co do możliwości praktycznego zastosowania budził również obowiązek kontroli przez pielęgniarkę stanu fizycznego osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Należy jednak podkreślić, że przedmiotowe rozwiązanie jest konieczne z punktu widzenia zapewnienia osobie unieruchomionej lub izolowanej odpowiedniej opieki i poszanowania jej praw

i funkcjonuje już na gruncie obecnie obowiązujących przepisów. W celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych doprecyzowano natomiast brzmienie przepisu regulującego kwestię krótkotrwałego uwolnienia pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, poprzez określenie, że uwolnienie to może być częściowe lub całkowite.

Szereg uwag i wniosków partnerów społecznych koncentrowała się również wokół kwestii dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii. Zastrzeżenia budził m.in. brak przepisów określających procedurę wyznaczania ww. lekarzy, organizacji ich pracy, zasad i źródeł finansowania. Przedmiotowe uwagi nie zostały uwzględnione. Obowiązek upoważnienia przez marszałka województwa lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii do dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego wynika z przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W drodze projektowanego rozporządzenia, zgodnie z delegacją ustawową, ma zostać określony jedynie sposób dokonywania ww. oceny. W § 18 ust. 1 wskazane zostały okoliczności, jakie upoważniony przez marszałka województwa lekarz uwzględni dokonując oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego. Określono również, komu informacja o negatywnej lub pozytywnej ocenie jest przekazywana. Przepisy uwzględniające zgłaszane postulaty wykraczałyby poza upoważnienie ustawowe. Z tego względu zrezygnowano również z projektowanego pierwotnie przepisu ustanawiającego obowiązek publikacji przez marszałka województwa na stronie internetowej listy lekarzy upoważnionych do oceny zasadności stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz sposobu ich zawiadamiania o fakcie zastosowania tych środków.

Zmianie uległ także przepis wskazujący, komu ocena dokonywana przez lekarza upoważnionego przez marszałka województwa jest przekazywana. Zgodnie z pierwotną wersją projektu był to zlecający zastosowanie przymusu, w chwili obecnej § 18 ust. 2 przewiduje, że informację o pozytywnej lub negatywnej ocenie zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego dokonujący oceny odnotowuje w zawiadomieniu, o którym mowa w § 16 ust. 1 pkt 3-6, a jego kopię przekazuje powiadamiającemu o zastosowaniu przymusu.

W wyniku zgłoszonych zastrzeżeń zmieniono brzmienie przepisu określającego, kto może wykonywać przymus bezpośredni. Zgodnie z § 6 ust. 1 przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym, w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej oraz w przypadkach, o których mowa w art. 18 ust. 5, art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 ustawy, może być wykonywany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby. Za przekazanie instrukcji w zakresie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego odpowiada kierownik podmiotu leczniczego, kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej albo dysponent zespołów ratownictwa medycznego. Szersze uregulowanie przedmiotowej kwestii nie jest w chwili obecnej na gruncie projektowanego rozporządzenia możliwe, stanowiłoby bowiem wykroczenie poza zakres upoważnienia ustawowego. Ponadto, przepisy określające kwalifikacje osób uprawnionych do stosowania przymusu bezpośredniego oraz nakładające obowiązek prowadzenia szkoleń z tego zakresu dla pracowników przez kierowników podmiotów leczniczych lub jednostek organizacyjnych pomocy społecznej stanowią materię ustawową.

W celu usunięcia wątpliwości interpretacyjnych w projektowanym rozporządzeniu dokonano również – wnioskowanych przez partnerów społecznych – zmian natury redakcyjnej.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Przedmiotowa regulacja może mieć wpływ na budżety jednostek samorządu terytorialnego będących organami założycielskimi szpitali psychiatrycznych i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, w zakresie środków, które muszą zostać przeznaczone na instalację monitoringu w izolatkach. Szacunkowy koszt zakupu oraz montażu jednego urządzenia do rejestracji obrazu oraz dźwięku w jednym pomieszczeniu przeznaczonym do izolacji wyniesie około 4.000 zł. Wobec faktu, iż na terenie Polski funkcjonuje około 644 oddziałów psychiatrycznych oraz 148 domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych całkowity koszt instalacji monitoringowej w izolatkach wyniesie nie więcej niż 3.168.000 zł i zostanie pokryty ze środków własnych tych podmiotów lub ze środków przekazanych im przez ich organy założycielskie.

Znikome, a wręcz marginalne koszty będzie również implikować obowiązek prowadzenia przez kierowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej rejestru przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. Na koszty te składać się będzie suma kosztu czasu pracy, koniecznego do dokonania wpisu do takiego rejestru (jednorazowo 5-10 min) oraz kosztu materiałów biurowych użytych do jego sporządzenia (w zależności od liczby przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego – kilka kartek papieru). Przyjmując za punkt wyjścia wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego przepisami rozporządzenia Rady

Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2012 r. (Dz. U. Nr 192, poz. 1141), tj. 1500 zł szacuje się, że koszt 10 minut pracy (przy czasie pracy wynoszącym 40 godzin tygodniowo) wyniesie ok. 1,5 zł. Do kwoty tej należy dodać koszt zużytych materiałów biurowych, biorąc jednak pod uwagę fakt, że będą to materiały wysoce niespecjalistyczne, a wręcz powszechnego użytku (tj. kartka i długopis), można założyć, że nie będzie konieczny ich zakup specjalnie do celu prowadzenia rejestru.

Jednocześnie, należy zaznaczyć, że oszacowane powyżej koszty nie powinny odnosić się do ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ich prowadzenie należy do zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez powiat i mogą być one prowadzone w formie środowiskowego domu samopomocy lub klubu samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Środowiskowy dom samopomocy świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Wprawdzie istnieje możliwość korzystania z miejsc całodobowego pobytu w takich domach (okres korzystania z miejsca całodobowego pobytu w środowiskowym domu samopomocy nie może być jednorazowo dłuższy niż 3 miesiące, z możliwością przedłużenia do 6 miesięcy w uzasadnionych przypadkach, przy czym maksymalny okres pobytu całodobowego osoby w roku kalendarzowym nie może być dłuższy niż 8 miesięcy), jednak ze względu na cel ich działalności, nie odnotowuje się przypadków konieczności zastosowania wobec osób w nich przybywających przymusu bezpośredniego. Rozważane domy samopomocy przeznaczone są dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększania zaradności i samodzielności życiowej, a także ich integracji społecznej.

4. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na rynku pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Projektowana regulacja, między innymi przez poprawę funkcjonowania opieki nad osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne, przyczyni się do poprawy kondycji psychicznej społeczeństwa.