

Dz.U.1995.103.514 tekst pierwotny: 1995.09.15

514

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 23 sierpnia 1995 r.

w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.

Na podstawie art. 18 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, zwanej dalej „osobą”, polegający na przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu i izolacji.

§ 2. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w § 1.

§ 3. Przytrzymanie jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej.

§ 4. Przymusowe zastosowanie leków jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby – bez jej zgody.

§ 5. Unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.

§ 6. Izolacja polega na umieszczeniu osoby, pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu.

§ 7. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, polegającego na unieruchomieniu lub izolacji, należy odebrać osobie przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, a w szczególności przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła, zapalaki.

§ 8. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji powinno zabezpieczać przed uszkodzeniem ciała osoby, a zarazem odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej.

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

2. Lekarz zaleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny. W razie potrzeby lekarz, po osobistym badaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie na następne okresy 6-godzinne.

3. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza.

4. Zastosowanie każdego rodzaju przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej.

§ 10. 1. W domu pomocy społecznej, w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia przez lekarza unieruchomienia lub izolacji, przedłużenie tych środków na następne okresy 6-godzinne może zlecić pielęgniarka.

2. Przedłużenie unieruchomienia lub izolacji na okresy dłuższe niż 24 godziny jest dopuszczalne tylko w warunkach szpitalnych.

§ 11. 1. Po zleceniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz wypełnia niezwłocznie kartę zastosowania tych środków, zwaną dalej „kartą”, uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas unieruchomienia lub izolacji. Kartę załącza się do dokumentacji medycznej pacjenta. Wzór karty stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Zlecenie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, dokonane przez pielęgniarkę, i jego uzasadnienie odnotowuje ona w karcie, o czym powiadamia lekarza. O fakcie tym powinien być dokonany stosowny wpis w karcie.

§ 12. 1. Zlecenie zastosowania lub przedłużenia przymusu bezpośredniego lekarz odnotowuje także w dokumentacji medycznej osoby, opisując przyczyny i okoliczności zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas trwania.

2. Lekarz zakładu opieki zdrowotnej, który zastosował przymus bezpośredni, powiadamia o tym kierownika tego zakładu, a inny lekarz, stosownie do art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535), zwanej dalej „ustawą” – lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii upoważnionego przez wojewodę. Wzór zawiadomienia stanowią załączniki nr 2 i 3 do rozporządzenia.

§ 13. Pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w domu pomocy społecznej) kontroluje stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Adnotację o stanie osoby zamieszcza bezzwłocznie w karcie.

§ 14. 1. Pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w domu pomocy społecznej) w czasie kontroli, o której mowa w § 13:

- 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, a w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła i kaftan bezpieczeństwa nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno,
- 2) zapewnia krótkotrwale uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

2. W razie wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby, pielęgniarka jest obowiązana natychmiast zawiadomić o tym lekarza.

§ 15. Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka zamieszcza w raporcie pielęgniarskim.

§ 16. 1. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w celu przywiezienia osoby skierowanej do szpitala psychiatrycznego odbywa się na zlecenie lekarza w myśl art. 11 lub art. 21 ust. 3 ustawy.

2. Zlecenie, o którym mowa w ust. 1, może być wykonane nie później niż w ciągu 24 godzin od jego wystawienia.

§ 17. Przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym, w domu pomocy społecznej oraz w przypadkach, o których mowa w § 16, może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności. Szkolenie pracowników w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego organizuje kierownik szpitala, domu pomocy społecznej lub zakładu pomocy doraźnej (pogotowia ratunkowego).

§ 18. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej: *R.J. Żochowski*

**Załączniki do rozporządzenia Ministra
Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia
23 sierpnia 1995 r. (poz. 514)**

Załącznik 1

Załącznik 2

Załącznik 3