

Instrukcja

w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania w Domu Pomocy Społecznej przy ul. Kontkiewicza 2 w Częstochowie

Przymus bezpośredni wobec mieszkańców Domu Pomocy Społecznej z zaburzeniami psychicznymi zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. (tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 1878) można stosować tylko wtedy gdy odpowiedni przepis ustawy tak stanowi albo osoby te :

1. dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu publicznemu,
2. w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu,
3. poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie Domu Pomocy Społecznej.

§1.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego tj.

- a) przytrzymanie - doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej, uniemożliwiające pacjentowi wykonanie jakiegokolwiek niepożądanego czynności (ucieczka, uderzenie) lub zmuszające go do poddania się działaniom personelu w zakresie niektórych zabiegów leczniczych i czynności pielęgniarstwa.
- b) przymusowe zastosowanie leków - doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby - bez jej zgody,
- c) unieruchomienie - obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,
- d) izolację - umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Przy wyborze środka przymusu należy wybrać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy. Przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

§2.

1. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji pielęgniarka diagnozuje stan oraz sytuację pacjenta, ustala przyczynę agresji lub gwałtownych zachowań, określa charakter agresji, ocenia stopień zagrożenia, uprzedza pacjenta o możliwości zastosowania przymusu, podejmuje decyzję o zastosowaniu przymusu w sytuacjach nagłych, stosuje przymus, zawiadamia lekarza o zastosowaniu środka przymusu, kontroluje stan pacjenta, ocenia prawidłowość unieruchomienia, prowadzi dokumentację związaną z zastosowaniem środkiem przymusu, analizuje przebieg poczynionych działań.

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

§3.

1. Lekarz, pielęgniarka zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 8 godzin.

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. 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.

4. 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.

5. W DPS, 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.

§4.

1. W DPS 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 powiadamia się przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby.

§5.

1. Przymus bezpośredni może być wykonywany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby. Zasady unieruchamiania pacjenta w zakresie stosowania przymusu stanowią **załącznik nr 4** do niniejszej instrukcji.

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

3. Nieuzasadnione zastosowanie przymusu lub jego nadużycie może skutkować odpowiedzialnością karną, cywilno- odszkodowawczą, dyscyplinarną.

§6.

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.

§7.

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 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 instrukcji.

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 krótszy niż 12 miesięcy, jednak nie dłużej niż 13 miesięcy 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.

§8.

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.

§9.

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.Pielęgniarka w trakcie kontroli ocenia prawidłowość unieruchomienia a w szczególności sprawdza czy pasy, uchwyty, prześcieradła bądź kaftan bezpieczeństwa nie są założone zbyt luźno lub za ciasno oraz zapewnia krótkotrwałe uwolnienie pacjenta w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

3.Adnotację o stanie fizycznym osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka zamieszcza bezzwłocznie w karcie unieruchomienia lub izolacji stanowiącej **załącznik nr 3** do niniejszej instrukcji.

§10.

1.W czasie kontroli, o której mowa w § 9 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 krótkotrwałe 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.

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

4.W DPS który nie zatrudnia lekarza, w przypadku, o którym mowa w ust. 3, pielęgniarka zawiadamia jednostkę systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

§11.

W DPS informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zamieszcza się w prowadzonym **rejestrze**, którego wzór określa **załącznik nr 1** do niniejszej instrukcji .

§12.

1.O zastosowaniu przymusu bezpośredniego zlecający niezwłocznie zawiadamia Dyrektora DP , jeżeli zlecającym jest pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza;

2.Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1 jest dokonywane jest zgodnie ze wzorem określonym w **złączniku nr 1** do niniejszej instrukcji.

3.W przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego, 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 **kopię karty unieruchomienia** stanowiącą **załącznik nr 2** do niniejszej instrukcji-.

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 3 lekarz dokonuje oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, której wynik odnotowuje w zawiadomieniu, a następnie przekazuje je odpowiednio kierownikowi jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

6. Zawiadomienia, o których mowa w ust. 1 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.

§13.

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 po zakończeniu stosowania przymusu bezpośredniego, a w przypadku przedłużenia jego stosowania nie później niż po upływie każdych kolejnych 24 godzin jego stosowania lekarzowi w dziedzinie psychiatrii. Upoważniony przez Marszałka Województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dokonuje oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego. Informację o pozytywnym lub negatywnej ocenie zasadności stosowania przymusu bezpośredniego lekarz odnotowuje w zawiadomieniu, którego kopię przekazuje zgłaszającemu zastosowanie przymusu. Kopię zawiadomienia dołącza się do historii choroby mieszkańca.

3. Wzór karty unieruchomienia lub izolacji określa załącznik nr 3 do instrukcji.

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

W załączeniu :

1. Rejestr stosowania przymusu bezpośredniego w DPS.

2. Zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

3. Karta stosowania unieruchomienia lub izolacji.

4. Zasady unieruchamiania.