



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 27 maja 2022 r.

Poz. 1135

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 16 maja 2022 r.

#### **zmieniające rozporządzenie w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi**

Na podstawie art. 18f ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685 oraz z 2022 r. poz. 974) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 2459) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 1 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 2) załącznik nr 2 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 3) załącznik nr 3 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Do przymusu bezpośredniego, którego stosowanie rozpoczęto przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 maja 2022 r. (poz. 1135)

Załącznik nr 1

WZÓR

**Karta zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej**

1. W dniu ..... o godz. ....  
wobec Pani/Pana\* .....  
(imię i nazwisko)

przebywającej(-ego) w:

.....  
(oznaczenie szpitala psychiatrycznego, innego zakładu leczniczego albo jednostki organizacyjnej pomocy społecznej\*)

zastosowano przymus bezpośredni:

1) rodzaj/rodzaje\* zastosowanego przymusu bezpośredniego:

.....  
.....

2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego:

.....  
.....  
.....  
.....

3) osoba/osoby\* zlecająca(-ce) zastosowanie przymusu bezpośredniego:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(imię i nazwisko oraz stanowisko)

2. Osoba/osoby\* nadzorująca(-ce) zastosowanie przymusu bezpośredniego:

Lp.	Data i godzina	Imię i nazwisko oraz stanowisko

3. Informacja o zatwierdzeniu przymusu bezpośredniego:

.....  
.....  
.....

(imię i nazwisko oraz stanowisko)

4. Informacja o podjęciu decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego oraz uzasadnienie tej decyzji (jeżeli dotyczy):

Lp.	Data i godzina	Imię i nazwisko oraz stanowisko	Uzasadnienie

5. Czas trwania przymusu bezpośredniego:

- 1) data i godzina rozpoczęcia stosowania przymusu bezpośredniego: .....
- 2) data i godzina zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego: .....
- 3) łączny czas stosowania przymusu bezpośredniego: godz. .... min .....

6. Opis przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza / lekarza psychiatrę\* oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Osoba/osoby\* stosująca(-ce) przymus bezpośredni (imię i nazwisko oraz stanowisko):

.....

.....

.....

.....

8. Osoba/osoby\* podejmująca(-ce) decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego:

.....

.....

.....

.....

.....  
(imię i nazwisko oraz stanowisko osoby podejmującej decyzję)

9. Dokumentację, o której mowa w § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 2459, z późn. zm.), przekazano do oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego\*:

- 1) kierownikowi podmiotu leczniczego lub lekarzowi przez niego upoważnionemu;
- 2) lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii upoważnionemu przez marszałka województwa.

.....  
(data, godzina, imię i nazwisko oraz stanowisko osoby potwierdzającej przekazanie dokumentacji)

10. Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego dokonana przez kierownika podmiotu leczniczego / upoważnionego lekarza\*:

- 1) stwierdzam istnienie podstawy prawnej i faktycznej do zastosowania przymusu bezpośredniego wynikającej z\*:
  - a) art. 18 ust. 1 pkt 1 – osoba dopuszcza się zamachu przeciwko:
    - lit. a – życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby,
    - lit. b – bezpieczeństwu powszechnemu,
  - b) art. 18 ust. 1 pkt 2 – osoba w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu,
  - c) art. 18 ust. 1 pkt 3 – osoba poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej,
  - d) art. 34 zdanie pierwsze – jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33,
  - e) art. 34 zdanie drugie – w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego przez osobę przyjętą bez jej zgody,
  - f) art. 40 ust. 3 – w celu zapobieżenia opuszczeniu domu pomocy społecznej w przypadku wystąpienia u osoby zachowań zagrażających jej życiu lub zdrowiu, lub życiu lub zdrowiu innych osób

– ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685, z późn. zm.);

2) stwierdzam brak podstawy prawnej do zastosowania przymusu bezpośredniego (należy uzasadnić):

.....  
.....  
.....

3) zasadność zastosowanego przymusu bezpośredniego: .....

(rodzaj/rodzaje\* zastosowanego środka przymusu)

potwierdzam / nie potwierdzam\* (należy uzasadnić w przypadku braku potwierdzenia):

.....  
.....

4) prawidłowość zastosowania procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia zgodnie z odpowiednimi wymaganiami, o których mowa w art. 18–18f ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego:

potwierdzam prawidłowość / nie potwierdzam prawidłowości\* (należy uzasadnić w przypadku braku potwierdzenia):

.....  
.....  
.....

5) ocena sposobu działania w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta (jeżeli dotyczy):

.....  
.....  
.....

6) udokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z wymogami, o których mowa w art. 18–18f ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego:

prawidłowe/nieprawidłowe\* (należy uzasadnić w przypadku nieprawidłowości):

.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego)

\* Niepotrzebne skreślić.

## WZÓR

**Karta zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, albo w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 albo w art. 46a ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego**

1. W dniu ..... o godz. ....  
wobec Pani/Pana\* .....  
(imię i nazwisko)

w trakcie\*:

- 1) udzielania pomocy przez zespół ratownictwa medycznego,
- 2) wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685, z późn. zm.),
- 3) wykonywania czynności, o których mowa w art. 46a ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

zastosowano przymus bezpośredni:

- 1) rodzaj/rodzaje\* zastosowanego przymusu bezpośredniego:

.....  
.....

- 2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego:

.....  
.....  
.....  
.....

- 3) osoba/osoby\* zlecająca(-ce) zastosowanie przymusu bezpośredniego:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(imię i nazwisko oraz stanowisko)

2. Osoba/osoby\* nadzorująca(-ce) zastosowanie przymusu bezpośredniego:

Lp.	Data i godzina	Imię i nazwisko oraz stanowisko

3. Informacja o zatwierdzeniu przymusu bezpośredniego / informacja o zawiadomieniu dyspozytora medycznego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego\*:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(imię i nazwisko oraz stanowisko)

4. Informacja o podjęciu decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego oraz uzasadnienie tej decyzji (jeżeli dotyczy):

Lp.	Data i godzina	Imię i nazwisko oraz stanowisko	Uzasadnienie

5. Czas trwania przymusu bezpośredniego:

- 1) data i godzina rozpoczęcia stosowania przymusu bezpośredniego: .....
- 2) data i godzina zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego: .....
- 3) łączny czas stosowania przymusu bezpośredniego: godz. .... min .....

6. Opis przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza / lekarza psychiatrę\* oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Osoba/osoby\* stosująca(-ce) przymus bezpośredni (imię i nazwisko oraz stanowisko):

.....

.....

.....

.....

8. Osoba/osoby\* podejmująca(-ce) decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego:

.....

.....

.....

.....

.....  
(imię i nazwisko oraz stanowisko osoby podejmującej decyzję)

9. Dokumentację, o której mowa w § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 2459, z późn. zm.), przekazano do oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego\*:

- 1) kierownikowi podmiotu leczniczego lub lekarzowi przez niego upoważnionemu;
- 2) lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii upoważnionemu przez marszałka województwa.

.....  
(data, godzina, imię i nazwisko oraz stanowisko osoby potwierdzającej przekazanie dokumentacji)

10. Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego dokonana przez kierownika podmiotu leczniczego / upoważnionego lekarza\*:

1) stwierdzam istnienie podstawy prawnej i faktycznej do zastosowania przymusu bezpośredniego wynikającej z art. 18 ust. 1\*:

a) pkt 1 – osoba dopuszcza się zamachu przeciwko:

- lit. a – życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby,
- lit. b – bezpieczeństwu powszechnemu,

b) pkt 2 – osoba w sposób gwałtowny niszczy lub uszkodza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu,

c) pkt 3 – osoba poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej

– ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;

2) stwierdzam brak podstawy prawnej do zastosowania przymusu bezpośredniego (należy uzasadnić):

.....  
.....  
.....

3) zasadność zastosowanego przymusu bezpośredniego: .....

(rodzaj/rodzaje\* zastosowanego środka przymusu)

potwierdzam / nie potwierdzam\* (należy uzasadnić w przypadku braku potwierdzenia):

.....  
.....

4) prawidłowość zastosowania procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia zgodnie z odpowiednimi wymaganiami, o których mowa w art. 18–18f ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego:

potwierdzam prawidłowość / nie potwierdzam prawidłowości\* (należy uzasadnić w przypadku braku potwierdzenia):

.....  
.....

5) ocena sposobu działania w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta (jeżeli dotyczy):

.....  
.....  
.....  
.....

6) udokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z wymogami, o których mowa w art. 18–18f ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego:

prawidłowe/nieprawidłowe\* (należy uzasadnić w przypadku nieprawidłowości):

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego)

\* Niepotrzebne skreślić.

Załącznik nr 3

WZÓR

OCENA STANU FIZYCZNEGO OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI UNIERUCHOMIONEJ LUB IZOLOWANEJ

Data		Imię i nazwisko osoby unieruchomionej/izolowanej (niepotrzebne skreślić)			Oznaczenie podmiotu leczniczego	
Godzina	Zachowanie <sup>1)</sup>	Chwilowe uwolnienie <sup>2)</sup>	Parametry oceniane na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych (jeżeli dotyczy)	Uwagi	Imię i nazwisko pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny	
12.00						
12.15						
12.30						
12.45						
13.00						
13.15						
13.30						
13.45						
14.00						
14.15						
14.30						
14.45						
15.00						
15.15						
15.30						
15.45						
16.00						
16.15						

1) Zachowanie: 1. szarpie się (uderza), 2. wykrzykuje, 3. płacze, 4. śmieje się, 5. śpiewa, 6. mamrocze, 7. jest spokojna/spokojny, 8. przyjmuje positek, 9. przyjmuje płyn, 10. usuwa aparaturę leczniczą/diagnostyczną, 11. dezorganizuje pracę oddziału, 12. śpi, 13. inne (należy wpisać jakie)

2) Uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.



Godzina	Zachowanie <sup>1)</sup>	Chwilowe uwolnienie <sup>2)</sup>	Parametry oceniane na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych (jeżeli dotyczy)	Uwagi	Imię i nazwisko pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny
16.30					
16.45					
17.00					
17.15					
17.30					
17.45					
18.00					
18.15					
18.30					
18.45					
19.00					
19.15					
19.30					
19.45					
20.00					
20.15					
20.30					
20.45					
21.00					
21.15					
21.30					
21.45					

1) Zachowanie: 1. szarpie się (uderza), 2. wykrzykuje, 3. płacze, 4. śmieje się, 5. śpiewa, 6. mamrocze, 7. jest spokojna/spokojny, 8. przyjmuje positek, 9. przyjmuje płyn, 10. usuwa aparatwę leczniczą/diagnostyczną, 11. dezorganizuje pracę oddziału, 12. śpi, 13. inne (należy wpisać jakie).

2) Uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

Godzina	Zachowanie <sup>1)</sup>	Chwilowe uwolnienie <sup>2)</sup>	Parametry oceniane na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych (jeżeli dotyczy)	Uwagi	Imię i nazwisko pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny
22.00					
22.15					
22.30					
22.45					
23.00					
23.15					
23.30					
23.45					
00.00					
00.15					
00.30					
00.45					
1.00					
1.15					
1.30					
1.45					
2.00					
2.15					
2.30					
2.45					

<sup>1)</sup> Zachowanie: 1. szarpie się (uderza), 2. wykrzykuje, 3. płacze, 4. śmieje się, 5. śpiewa, 6. mamrocze, 7. jest spokojna/spokojny, 8. przyjmuje posiłek, 9. przyjmuje płyn, 10. usuwa aparatę leczniczą/diagnostyczną, 11. dezorganizuje pracę oddziału, 12. śpi, 13. inne (należy wpisać jakie).

<sup>2)</sup> Uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

Godzina	Zachowanie <sup>1)</sup>	Chwilowe uwolnienie <sup>2)</sup>	Parametry oceniane na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych (jeżeli dotyczy)	Uwagi	Imię i nazwisko pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny
3.00					
3.15					
3.30					
3.45					
4.00					
4.15					
4.30					
4.45					
5.00					
5.15					
5.30					
5.45					
6.00					
6.15					
6.30					
6.45					
7.00					
7.15					
7.30					
7.45					
8.00					

<sup>1)</sup> Zachowanie: 1. szarpie się (uderza), 2. wykrzykuje, 3. płacze, 4. śmieje się, 5. śpiewa, 6. mamrocze, 7. jest spokojna/spokojny, 8. przyjmuje posiłek, 9. przyjmuje płyn, 10. usuwa aparatwę leczniczą/diagnostyczną, 11. dezorganizuje pracę oddziału, 12. śpi, 13. inne (należy wpisać jakie).

<sup>2)</sup> Uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokolenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

Godzina	Zachowanie <sup>1)</sup>	Chwilowe uwolnienie <sup>2)</sup>	Parametry oceniane na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych (jeżeli dotyczy)	Uwagi	Imię i nazwisko pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny
8.15					
8.30					
8.45					
9.00					
9.15					
9.30					
9.45					
10.00					
10.15					
10.30					
10.45					
11.00					
11.15					
11.30					
11.45					

1) Zachowanie: 1. szarpie się (uderza), 2. wykrzykuje, 3. płacze, 4. śmieje się, 5. śpiewa, 6. mamrocze, 7. jest spokojna/spokojny, 8. przyjmuje posiłek, 9. przyjmuje płyn, 10. usuwa aparaturę leczniczą/diagnostyczną, 11. dezorganizuje pracę oddziału, 12. śpi, 13. inne (należy wpisać jakie).

2) Uwolnienie od uwięzienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.