

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia *16. stycznia*..... 2014 r.

**w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu
bezpośredniego**

Na podstawie art. 39 ust. 7 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób umieszczonych na podstawie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, zwanych dalej „osobami umieszczonymi”.

§ 2. 1. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób umieszczonych podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, w której zamieszcza się:

- 1) rodzaj zastosowanego przymusu bezpośredniego;
- 2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniające wybór rodzaju zastosowanego przymusu bezpośredniego;
- 3) miejsce i czas stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczyny jego ewentualnego przedłużenia;
- 4) informację o uprzedzeniu osoby umieszczonej przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że przymus ten ma zostać wobec niej zastosowany.

2. Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarzka zamieszcza w księdze raportów pielęgniarzskich, w której, poza informacjami, o których mowa w ust. 1, odnotowuje się również następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko osoby decydującej o zastosowaniu przymusu bezpośredniego;
- 2) imiona i nazwiska osób wykonujących przymus bezpośredni;

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).

3) przebieg stosowania przymusu bezpośredniego, w tym skutki stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby umieszczonej, wobec której został on podjęty.

§ 3. Do indywidualnej dokumentacji medycznej dołącza się również notatkę służbową pracownika służby ochrony sporządzoną na podstawie art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

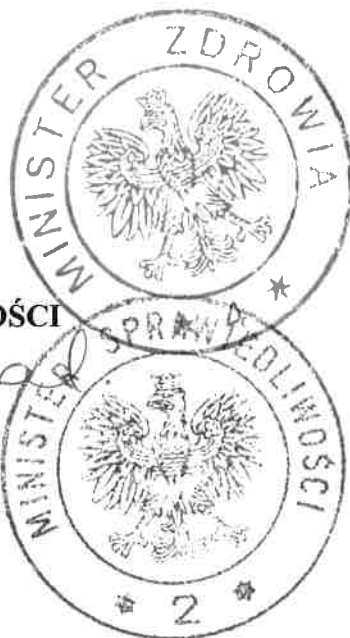
§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 22 stycznia 2014 r.

W POROZUMIENIU:

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

Marek Biernacki

Marek Biernacki



MINISTER ZDROWIA

Bartosz Artukowicz

[Faint signature]
DYREKTOR
Departamentu Prawnego

DYREKTOR
Departamentu Prawnego

Władysław Piwoń

M. Cz...

15.01.2014

15.01.2014

SEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia

Sławomir Neumann

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

[Signature]

[Signature]

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 39 ust. 7 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24). Zgodnie z tym przepisem, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, sposób dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego, uwzględniając potrzebę skutecznej oceny zasadności stosowania tego przymusu.

Zgodnie z treścią upoważnienia projektowane rozporządzenie reguluje wyłącznie problematykę dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego. Należy bowiem pamiętać, że zasadnicze elementy w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego określa rozdział 6 ustawy.

Regulacje zaproponowane w projektowanym rozporządzeniu odnoszą się do osób wykonujących zawód medyczny (§ 2), które zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób umieszczonych w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym odnotowują w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej. Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka zamieszcza w księdze raportów pielęgniarskich.

W stosunku do pracowników służby ochrony dokumentacja zastosowania przymusu bezpośredniego następuje w formie notatki służbowej w stosunku do której bezpośrednie regulacje zawierają przepisy art. 44 ustawy. Notatkę przekazuje się w celu umieszczenia w dokumentacji medycznej. Wypełniając upoważnienie ustawowe przyjęte zostało, iż do indywidualnej dokumentacji medycznej dołącza się również notatkę służbową pracownika służby ochrony sporządzoną na podstawie art. 44 ust. 1 ustawy. Z uwagi na istniejącą w ustawie konstrukcję przepisów regulujących przymus bezpośredni projektowane rozporządzenia zawiera jedynie elementy odnoszące się do dokumentacji medycznej.

Z uwagi na termin wejścia w życie ustawy proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie z dniem 22 stycznia 2014 r.

Zgodnie z § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.) projektowane rozporządzenie nie podlega notyfikacji Komisji Europejskiej.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na osoby, w stosunku do których sąd orzeknie o umieszczeniu w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym.

2. Konsultacje społeczne

Projekt został przedstawiony do zaopiniowania następującym podmiotom:

- 1) Fundacji Pomocy Chorym Psychicznie im. Tomasza Deca;
- 2) Instytutowi Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 3) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie psychiatrii;
- 4) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie psychologii klinicznej;
- 5) Lubelskiemu Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 6) Polskiemu Towarzystwu Higieny Psychiczej;
- 7) Polskiemu Towarzystwu Psychiatrycznemu;
- 8) Polskiemu Towarzystwu Psychoanalitycznemu;
- 9) Polskiemu Towarzystwu Psychologicznemu;
- 10) Polskiemu Towarzystwu Psychoterapii Psychoanalitycznej;
- 11) Polskiemu Towarzystwu Terapii Poznawczej i Behawioralnej;
- 12) Radzie Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 13) Stowarzyszeniu na Rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej;
- 14) Stowarzyszeniu na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej;
- 15) Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego „Wzajemna Pomoc”;
- 16) Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego „Zrozumieć i Pomóc”;
- 17) Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej „Integracja”;
- 18) Stowarzyszeniu Rodzin „Zdrowie Psychiczne”;
- 19) Związkowi Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 20) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 21) Naczelnej Radzie Lekarskiej
- 22) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;
- 23) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia został

udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. W trybie określonym w tej ustawie nie zgłoszono zainteresowania pracami nad projektem.

W ramach konsultacji społecznych projekt został umieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia oraz na stronie Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie uchwałą nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. - Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

W ramach konsultacji społecznych uwagi do projektu rozporządzenia zgłosiły następujące podmioty:

1) Polskie Towarzystwo Psychologiczne;

2) Naczelna Izba Lekarska.

I. W pierwszej kolejności Polskie Towarzystwo Psychologiczne sformułowało ogólną uwagę – odnoszącą się również do pozostałych projektów rozporządzeń wydawanych na podstawie ustawy. Uwaga ta miała następującą treść: Przedłożone projekty zdecydowanie akcentują problemy organizacyjne związane z zabezpieczeniem i izolacją sprawców pomijając aspekt terapeutyczny, dla którego stworzono rozwiązanie ustawowe. W żadnym z projektów rozporządzeń nie uwzględniono tych czynności zatrudnionych w Ośrodku psychologów, które mają przede wszystkim charakter zadań diagnostycznych, związanych z ocenianiem i monitorowaniem ryzyka przemocy (zagrożenia, niebezpieczeństwa), jakie stwarzają umieszczone w ośrodku osoby. Trudno w tym miejscu nie przypomnieć, iż formułowanie sądów prognostycznych, a o to chodzi we wspomnianym zagrożeniu, jest jednym z najtrudniejszych problemów diagnostyczno-prognostycznych, wciąż niedopracowanym metodologicznie. Na pewno nie można go powierzać niespecjalistom. To nadzwyczaj złożona kwestia, wielowymiarowa i nieleżąca wyłącznie w zakresie kompetencji lekarzy psychiatrów. Z licznych naukowych opracowań jasno wynika, iż trudno o mniej trafne sądy niż oceny prognostyczne, zwłaszcza, gdy wychodzą one poza problematykę stricte medyczną.

Jednocześnie PTP wniosło uwagi szczegółowe dotyczące przedmiotowego projektu rozporządzenia, o następującej treści:

Projekt pomija całkowicie rozwiązania zawarte w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, które wyraźnie różnicują zasady stosowania przymusu bezpośredniego przez pracowników medycznych, od przymusu stosowanego przez służby ochrony. Sformułowane w ustawie (art. 36 ust. 1 pkt 5) możliwości stosowania przymusu bezpośredniego przez pracowników ochrony (kajdanki, pałki i ręczne miotacze

substancji obezwładniających) budzą sprzeciw w instytucji, która ma udzielać świadczeń zdrowotnych. Trzeba też przypomnieć, iż zgodnie z ustawą stosowanie przymusu bezpośredniego odbywać się może niejako dwutorowo, niezależnie, w sposób mało skoordynowany. Brak jest bowiem, w omawianym zakresie, warunku koordynowania przez pracowników ochrony i personelu medycznego czynności przymusowych, podejmowania wspólnych i uzgodnionych decyzji w tej sprawie. Odmiennie przedstawia się też kwestia odpowiedzialności za opisane powyższe działania. Przedłożony projekt rozporządzenia nie rozwiązuje tych problemów, ograniczając się do problemu dokumentacji.

Uwaga nie została uwzględniona z powodu na istniejącą w ustawie konstrukcji przepisów regulujących przymus bezpośredni. Projektowane rozporządzenie zawiera jedynie elementy odnoszące się do dokumentacji medycznej. Projektowana regulacja wykonuje wyłącznie upoważnienie ustawowe, które dopuszcza do uregulowania w rozporządzeniu wyłącznie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. Tym samym nie jest możliwe uwzględnienie proponowanych zagadnień, gdyż prowadziłyby do wykroczenia poza zakres upoważnienia ustawowego. Zakres przymusu bezpośredniego i inne związane z nim uwarunkowania prawne regulują wyłącznie przepisy rangi ustawowej, stanowią one materię ustawową i ich unormowanie w rozporządzeniu stanowiłoby naruszenie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

II. Naczelna Izba Lekarska w stanowisku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10 stycznia 2014 r. odniosła się w sposób generalny do projektów rozporządzeń wydawanych na podstawie ustawy wskazując na poważne systemowe zastrzeżenia środowiska lekarskiego. Niemniej jednak powyższe stanowisko dotyczy rozwiązań prawnych zamieszczonych w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Samorząd lekarski wskazał, iż możliwości terapeutyczne wobec osób z zaburzeniami osobowości są bardzo ograniczone i opierają się głównie na oddziaływaniu psychoterapeutycznym, którego warunkiem powodzenia jest motywacja danej osoby do udziału w takich zajęciach.

Tym samym nadesłane w ramach konsultacji społecznych stanowisko nie odnosi się do projektu niniejszego rozporządzenia i nie zawiera uwag pod jego adresem.

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

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa oraz sektora finansów publicznych, w tym dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

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

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

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowane rozporządzenie nie wpłynie na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie społeczeństwa

Przedmiotowy projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na zdrowie społeczeństwa.