	PROCEDURA	Nr: PO-10
	Zasady stosowania przymusu bezpośredniego	Obowiązuje od dnia: 29. 10. 2009.
		Wydanie: 2
		Strona/Stron 1/4
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze		

Niniejsza procedura zastępuje następujący dokument:

Procedurę nr PM/O/10 wydanie 1 „Zasady stosowania przymusu bezpośredniego” z dnia 10 kwietnia 2006 roku.

W/w dokument traci status obowiązującego i zostaje wycofany z dniem 29 października 2009 roku.

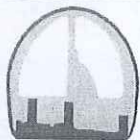
Spis treści	Strona
1. Cel.	2
2. Przedmiot.	2
3. Zakres.	2
4. Odpowiedzialność i uprawnienia.	2
5. Rodzaje przymusu bezpośredniego.	2 i 3
6. Sytuacje w których stosowany jest przymus bezpośredni.	3
7. Tryb postępowania:	
7.1. Ogólne zasady	3
7.2. Zastosowanie unieruchomienia lub izolacji	3 i 4
8. Dokumenty związane	4
9. Załączniki:	4
▪ Algorytm stosowania przymusu bezpośredniego – załącznik nr 1	
▪ Formularz nr 1/PO/10 „Zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego” – załącznik nr 2	
▪ Formularz nr 2/PO/10 wersja 2 „Karta zastosowania unieruchomienia lub izolacji” – załącznik nr 3	
▪ Formularz nr 3/PO/10 wersja 1 „Rejestr przymusów bezpośrednich” – załącznik nr 4	

	Imię i nazwisko	Stanowisko	Data	Podpis
Opracował:	Marzanna Beltowska - Gołuch	Specjalista ds. Jakości	12. 10. 2009.	
Sprawdził:	Piotr Wiśniewski	Ordynator Oddziału IX Kardiologii	26. 10. 2009.	
Zatwierdził:	Jerzy Szebla	Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa	29. 10. 2009.	

*Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub, części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.*



1.	Cel:
	Celem procedury jest określenie zasad zapewniających, że stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów leczonych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała jest przeprowadzane tylko w sytuacjach tego wymagających oraz, że jest zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi.
2.	Przedmiot:
	Procedura określa: <ul style="list-style-type: none">▪ Zakres uprawnień i odpowiedzialności personelu medycznego realizującego procedurę,▪ Rodzaje stosowanego przymusu bezpośredniego,▪ Sytuacje w których może być zastosowany przymus bezpośredni,▪ Tryb postępowania w przypadku konieczności zastosowania wobec pacjenta przymusu bezpośredniego,▪ Sposób dokumentowania przymusu bezpośredniego.
3.	Zakres:
	Procedura obejmuje swoim zakresem wszystkie oddziały i działy w których pacjent jest leczony lub diagnozowany i dotyczy wszystkich pacjentów u których stosowany jest przymus bezpośredni.
4.	Odpowiedzialność i uprawnienia:
	Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa: <ul style="list-style-type: none">▪ Nadzór nad realizacją procedury w szpitalu,▪ Ocena zgodności zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta,▪ Prowadzenie rejestru stosowanych w szpitalu przymusów bezpośrednich. Ordynator/Kierownik Oddziału/Działu: <ul style="list-style-type: none">▪ Organizowanie i przeprowadzanie szkoleń z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego.▪ Nadzór nad realizacją procedury w oddziale/dziale. Ordynator/Kierownik Oddziału/Lekarz dyżurny: <ul style="list-style-type: none">▪ Podjęcie decyzji o zastosowaniu/przedłużeniu przymusu bezpośredniego,▪ Określenie rodzaju stosowanego przymusu bezpośredniego,▪ Nadzór nad wykonaniem przymusu bezpośredniego,▪ Bieżące dokumentowanie stosowanego przymusu bezpośredniego,▪ Pisemne zgłoszenie faktu zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Pielegniarka dyżurna: <ul style="list-style-type: none">▪ Podjęcie decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w przypadku braku możliwości uzyskania natychmiastowej decyzji lekarza,▪ Bezpośrednia obserwacja i dokumentowanie stanu pacjenta w czasie trwania unieruchomienia,▪ Pomiar i dokumentowanie podstawowych parametrów życiowych pacjenta wobec którego zastosowano przymus bezpośredni.
5.	Rodzaje przymusu bezpośredniego:
	<i>Przewiduje się cztery dopuszczalne rodzaje przymus bezpośredniego :</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>Przytrzymanie</i>• <i>Przymusowe zastosowanie leków</i>• <i>Unieruchomienie jako dłużej trwające obezwładnienie</i>• <i>Izolacja</i> Przytrzymywanie - jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej ;



Przymusowe zastosowanie leków - jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego, wprowadzeniem leku do organizmu chorego jako działania terapeutycznego - bez zgody pacjenta.

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

Izolacja - polega na umieszczeniu osoby, pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji powinno zabezpieczać przed uszkodzeniem ciała osoby, i odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych.

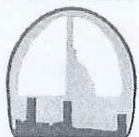
6. Sytuacje w których stosowany jest przymus bezpośredni:

1. Przymus bezpośredni wobec pacjentów leczonych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze jest stosowany tylko w przypadkach, gdy pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, pacjenci w ostrych stanach pobudzenia będący pod wpływem substancji psychoaktywnych lub pod wpływem alkoholu, pacjenci z myślami samobójczymi:
 - a. dopuszczają się zamachu na życie lub zdrowie własne lub innej osoby,
 - b. w sposób gwałtowny uszkadzają lub niszczą przedmioty w najbliższym otoczeniu,
 - c. gdy innych metod nie można zastosować lub gdy są nieskuteczne lub spodziewany efekt ich działania (np. leków) jeszcze nie nastąpił.
2. Przy wyborze środka przymusu wybierana jest forma możliwie najmniej uciążliwa dla pacjenta.
3. Przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro pacjenta wobec którego zastosowano przymus.

7. Tryb postępowania:

7.1. Ogólne zasady:

1. Decyzję o zastosowaniu i formie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta podejmuje lekarz (ordynator/kierownik oddziału lub lekarz dyżurny).
2. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyzję podejmuje pielęgniarka dyżurna, zawiadamiając niezwłocznie lekarza, co powinno być udokumentowane w karcie.
3. Osoba podejmująca decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego uprzedza o tym pacjenta, wobec którego środek ma być podjęty przed jego zastosowaniem.
4. Zastosowanie każdego rodzaju przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej (raporty lekarskie i pielęgniarskie).
5. Zlecenie zastosowania lub przedłużenia przymusu bezpośredniego lekarz odnotowuje także w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, opisując przyczyny i okoliczności zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas trwania.
6. Lekarz zlecający zastosowanie przymusu wypełnia „Zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego” - formularz nr 1/PO-10 i przekazuje go niezwłocznie do Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
7. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa:
 - a. w ciągu 3 dni od otrzymania zawiadomienia dokonuje oceny zasadności zastosowanych środków przymusu,
 - b. informuje Ordynatora/Kierownika właściwego oddziału o wyniku przeprowadzonej oceny,
 - c. rejestruje każde zawiadomienie w „Rejestrze przymusów bezpośrednich” – form. nr 3/PO-10.

**7.2. Zastosowanie unieruchomienia lub izolacji:**

1. 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, zapalki.
2. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji powinno zabezpieczać przed uszkodzeniem ciała osoby, a zarazem odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala.
3. W przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz określa rodzaj zastosowanego unieruchomienia, czas jego trwania i dokładne jego uzasadnienie.
4. Przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia lub izolacji nie może trwać dłużej niż 4 godziny. W razie potrzeby lekarz po osobistym badaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie na następne okresy 6 godzinne.
5. Niezwłocznie po zleceniu zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, lekarz dyżurny wypełnia kartę zastosowania tych środków (*form. nr. 2/PO-10 wersja 2 „Karta zastosowania unieruchomienia lub izolacji”*), uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas.
6. W czasie stosowania przymusu bezpośredniego lub izolacji wobec pacjenta pielęgniarka dyżurna kontroluje stan pacjenta - nie rzadziej niż co 15 minut i każdorazowo wpisuje obserwacje w „Karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji” - *form. nr. 2/PO-10 wersja 2*. Ponadto:
 - d. mierzy i dokumentuje podstawowe parametry życiowe,
 - e. ocenia prawidłowość unieruchomienia, a w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła i kaftan bezpieczeństwa nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno,
 - f. zapewnia krótkotrwałe uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.
 - g. w razie wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby, pielęgniarka jest obowiązana natychmiast zawiadomić o tym lekarza.
7. Po zakończeniu stosowania przymusu „Karta zastosowania unieruchomienia lub izolacji” dołączana jest do historii choroby pacjenta.

Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyny jego zastosowania.

8. Dokumenty związane:

1. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19. 08. 1994 r.(art.18)
2. Rozporządzenie MZiOS z dnia 23. 08. 1995 r. w sprawie przymusu bezpośredniego.
3. Karta Praw Pacjenta
4. Procedura nr PS/01 „Nadzór nad dokumentami i zapisami”

9. Załączniki:

1. Algorytm stosowania przymusu bezpośredniego – załącznik nr 1
2. Formularz nr 1/PO-10 „Zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego” – załącznik nr 2
3. Formularz nr 2/PO-10 wersja 2 „Karta zastosowania unieruchomienia lub izolacji” – załącznik nr 3
4. Formularz nr 3/PO-10 wersja 1 „Rejestr stosowanych przymusów bezpośrednich” – załącznik nr 4