

Warszawa, dnia 29 grudnia 2018 r.

Poz. 2459

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

z dnia 21 grudnia 2018 r.

**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 2018 r. poz. 1878) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) sposób dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz sposób dokonywania oceny zasadności jego zastosowania;
- 2) sposób przeprowadzania oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej;
- 3) rodzaje i wzory dokumentów stosowanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w pkt 1 i 2.

**§ 2.** 1. Zastosowanie przymusu bezpośredniego dokumentuje się w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego.

2. Karta zastosowania przymusu bezpośredniego obejmuje:

- 1) stwierdzenie zastosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem jego rodzaju albo rodzajów oraz przyczyny jego zastosowania;
- 2) wskazanie czasu trwania przymusu bezpośredniego, w tym daty i godziny rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania, oraz uzasadnienie poszczególnych okresów przedłużania – jeżeli dotyczy;
- 3) opis przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza lub lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany, a także imienia i nazwiska oraz stanowiska osoby stosującej przymus bezpośredni;
- 4) imię i nazwisko osób: zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, nadzorującej jego wykonanie, zatwierdzającej jego zastosowanie, podejmującej decyzję o zaprzestaniu jego stosowania, a także przedłużającej stosowanie przymusu bezpośredniego – jeżeli dotyczy;
- 5) potwierdzenie przekazania dokumentacji, o której mowa w § 5 ust. 1, podmiotowi oceniającemu zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego.

**§ 3.** Kartę zastosowania przymusu bezpośredniego:

- 1) wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, sporządza się według wzoru określonego w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 2) 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, zwanej dalej „ustawą”, sporządza się według wzoru określonego w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

§ 4. 1. Ocenę stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej przeprowadza się w ramach kontroli, o której mowa w art. 18a ust. 3 ustawy. Ocena ta obejmuje informacje dotyczące zachowania, w tym przyjęcia posiłku oraz płynu, snu, a także parametrów wskazanych do oceny na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

2. Ocenę stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej sporządza się według wzoru określonego w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

§ 5. 1. Ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego lekarz, o którym mowa w art. 18 ust. 10 ustawy, przeprowadza na podstawie karty zastosowania przymusu bezpośredniego oraz innej przekazanej dokumentacji medycznej, jeżeli zawarte w niej wpisy mają znaczenie dla zastosowanego przymusu bezpośredniego, uwzględniając przy ocenie wymagania, o których mowa w art. 18–18f ustawy, oraz aktualny stan wiedzy medycznej.

2. Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego obejmuje:

- 1) ocenę istnienia podstawy prawnej i faktycznej do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego;
- 2) ocenę zasadności zastosowanego rodzaju środka przymusu bezpośredniego;
- 3) ocenę prawidłowości zastosowanej procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia, w tym zasadność czasu stosowania poszczególnych środków przymusu bezpośredniego o charakterze ciągłym;
- 4) ocenę sposobu działania w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta – jeżeli dotyczy;
- 5) ocenę prawidłowego udokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego.

3. Ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego lekarz, o którym mowa w art. 18 ust. 10 ustawy, zamieszcza w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego, o której mowa w § 3 pkt 1 albo 2.

§ 6. Karta zastosowania przymusu bezpośredniego oraz ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej stanowią załączniki do indywidualnej dokumentacji medycznej osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni.

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

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 31 grudnia 2018 r.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 10 pkt 1 ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2439).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. (poz. 2459)

**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(-e) zastosowanego przymusu bezpośredniego:

.....  
.....

2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego:

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

3) osoba(-y) zlecająca(-e) zastosowanie przymusu bezpośredniego:

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

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

2. Osoba(-y) nadzorująca(-e) 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, a także imię i nazwisko oraz stanowisko osoby stosującej przymus bezpośredni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Osoba(-y) podejmująca(-e) decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego:

.....

.....

.....

.....

.....

(imię i nazwisko oraz stanowisko osoby podejmującej decyzję)

8. 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), 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 oraz imię i nazwisko oraz stanowisko osoby potwierdzającej przekazanie dokumentacji)

9. Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego kierownika podmiotu leczniczego/upoważnionego lekarza\* o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

1) stwierdzam istnienie podstawy prawnej i faktycznej 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 – w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu,

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

- ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878)

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

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

3) zasadność zastosowanego przymusu bezpośredniego.....

(rodzaj 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/nie potwierdzam\* prawidłowość zastosowania procedury (należy uzasadnić w przypadku brak 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\* udokumentowanie przymusu bezpośredniego (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 2018 poz. 1878),
- 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(-e) zastosowanego przymusu bezpośredniego:

.....  
 .....

2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego:

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

3) osoba(-y) zlecająca(-e) zastosowanie przymusu bezpośredniego:

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

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

2. Osoba(-y) nadzorująca(-e) 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, a także imię i nazwisko oraz stanowisko osoby stosującej przymus bezpośredni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Osoba(-y) podejmująca(-e) decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego:

.....

.....

.....

.....

.....

(imię i nazwisko oraz stanowisko osoby podejmującej decyzję)

8. 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), 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 oraz imię i nazwisko oraz stanowisko osoby potwierdzającej przekazanie dokumentacji)

9. Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego kierownika podmiotu leczniczego/upoważnionego lekarza\* o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

1) stwierdzam istnienie podstawy prawnej i faktycznej 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 – w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu,

c) pkt 3 – 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 i celowość zastosowanego przymusu bezpośredniego.....

(rodzaj 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/nie potwierdzam\* prawidłowość zastosowania procedury (należy uzasadnić w przypadku brak 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\* udokumentowanie przymusu bezpośredniego (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 lub 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. Placze 4. Śmieje się 5. Śpiewa 6. Mamrocze 8. Spokojny 9. Przyjęcie posiłku 10. Przyjęcie płynu 11. Usuwa aparatę leczniczą/diagnostyczną 12. Dezorganizuje pracę oddziału 13. Sen 14. 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 8. Spokojny 9. Przyjęcie posiłku 10. Przyjęcie płynu 11. Usuwa aparaty leczniczą/diagnostyczną 12. Dezorganizuje pracę oddziału 13. Sen 14. Inne (należy wpisać jakie)
- 2) uwolnienie od unteruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokożenia 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					
00:45					
01:00					
01:15					
01:30					
01:45					
02:00					
02:15					
02:30					
02:45					
03:00					

- 1) zachowanie: 1. Szarpie się (uderza) 2. Wykrzykuje 3. Placze 4. Śmieje się 5. Śpiwa 6. Mamrocze 8. Spokojny 9. Przyjęcie posiłku 10. Przyjęcie płynu 11. Usuwa aparatę leczniczą/diagnostyczną 12. Dezorganizuje pracę oddziału 13. Sen 14. Inne (należy wpisać jakie)
- 2) uwolnienie od uwięzienia w celu zmiany pozycji lub zaspokożenia 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
03:15					
03:30					
03:45					
04:00					
04:15					
04:30					
04:45					
05:00					
05:15					
05:30					
05:45					
06:00					
06:15					
06:30					
06:45					
07:00					
07:15					
07:30					
07:45					
08:00					
08:15					

1) zachowanie: 1. Szarpie się (uderza) 2. Wykrzykuje 3. Placze 4. Śmieje się 5. Śpiewa 6. Mamrocze 8. Spokojny 9. Przyjęcie posiłku 10. Przyjęcie płynu 11. Usuwa aparaturę leczniczą/diagnostyczną 12. Dezorganizuje pracę oddziału 13. Sen 14. 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
08:30					
08:45					
09:00					
09:15					
09:30					
09:45					
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. Placze 4. Śmieje się 5. Śpiewa 6. Mamrocze 8. Spokojny 9. Przyjęcie posiłku 10. Przyjęcie płynu 11. Usuwa aparaty leczniczą/diagnostyczną 12. Dezorganizuje pracę oddziału 13. Sen 14. Inne (należy wpisać jakie)
- 2) uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.