



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Adam Bodnar

Warszawa, 22/05/2017

KMP.574.4.2017.DK

**Pan  
Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia**

ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej KMPT) od kilku lat wizytują oddziały i szpitale psychiatryczne, badając stan przestrzegania praw osób pozbawionych w nich wolności, w tym ich prawa do bezpieczeństwa. W wielu placówkach stwierdzono brak sygnalizacji alarmowo-przyzywowej dla pacjentów<sup>1</sup>, która służyłaby do wezwania pomocy w nagłych przypadkach.

Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) wielokrotnie zwracał na ten problem uwagę w swoich raportach z wizytacji szpitali psychiatrycznych, zalecając montaż i pilnowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy<sup>2</sup>.

Również w ocenie reprezentantów KMPT, ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych pacjentów oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski

<sup>1</sup> Oddziały psychiatryczne Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej *Salus* w Szczecinku, oddział psychiatryczny Samodzielnego Publicznego ZOZ w Głuchołazach, oddział psychiatryczny Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, Pabianickie Centrum Psychiatryczne w Pabianicach, oddział psychiatryczny Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu, oddział psychiatryczny Samodzielnego Publicznego ZOZ w Leżajsku, Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. Eugeniusza Brzeźickiego w Żurawicy, Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli.

<sup>2</sup> Por: § 95 Raportu CPT z wizyty na Węgrzech w 2009 r. [CPT/Inf(2010)16]; § 134 Raportu CPT z wizyty na Węgrzech w 2005 r. [CPT/Inf(2006)20]; § 132 Raportu CPT z wizyty w Hiszpanii w 2003 r. [CPT/Inf(2007)28]; § 198 Raportu CPT z wizyty w Turcji w 1997 r. [CPT/Inf(99)2]

alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne w pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego pacjentów, których poczucie bezpieczeństwa lub jego brak może istotnie wpływać na rozwój choroby, tudzież zaważyć na ich dalszym losie.

Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z wymogami *Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych* przyjętej Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169), osoby takie powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi. Państwo powinno również przyznać takim osobom racjonalne uprawnienia w zakresie ich wolności i bezpieczeństwa osobistego. W tym kontekście uwagę zwraca stwierdzony brak instalacji alarmowo-przyzywowej w niektórych wizytowanych oddziałach psychogeriatrycznych, gdzie część pacjentów to wyłącznie osoby leżące, które nie mogą wyjść z pokoju łóżkowego, by w nagłej sytuacji skomunikować się z personelem.

Zalecenie KMPT oparte na powyższych racjach, spotyka się z różnym przyjęciem przez jego adresatów. Część placówek zapowiada montaż instalacji przyzywowej, nie wskazując na jakiegokolwiek przeciwności w tym zakresie. Jednak niektórzy dyrektorzy szpitali odmawiają wykonania tego zalecenia, przywołując jako argument konieczność zabezpieczenia przed pacjentami wypustów instalacji elektrycznej<sup>3</sup>.

Z powyższym argumentem można polemizować, wskazując na możliwość skorzystania z bezprzewodowych przycisków przywoławczych, niemniej jednak stoję na stanowisku, że problem ten należy rozwiązać w sposób systemowy. Opisywana nierówność w standardzie bezpieczeństwa pacjentów (w jednym szpitalu jest system alarmowo-przyzywowy, w innym nie), nie zostanie rozwiązana przy pomocy poszczególnych wystąpień KMPT w raportach kierowanych do niektórych wizytowanych szpitali.

Artykuł 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 ze zm.) stanowi, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych **w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym.**

<sup>3</sup> Zgodnie z zał. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r., poz. 739) wypusty instalacji elektrycznych, poza oświetleniem sufitowym, znajdują się na zewnątrz tych pokoi od strony korytarza, a w pokojach łóżkowych, innych niż pokoje łóżkowe na odcinkach obserwacyjno-diagnostycznych i innych niż pokoje obserwacyjne, wypusty instalacji elektrycznych, z wyjątkiem wyłączników oświetlenia, są zabezpieczone przed dostępem chorych albo znajdują się na zewnątrz tych pokoi.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r., poz. 739) nie stawia jednak wymogu, aby w oddziałach szpitala (w tym – w wizytowanych przez KMPT oddziałach psychiatrycznych) była zamontowana sygnalizacja alarmowo-przyzywowa, dostępna z pokoi pacjentów, łazienek czy innych pomieszczeń przez nich użytkowanych.

Zwracam przy tym uwagę na istotną różnicę w zakresie treści rozporządzeń resortów: Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Infrastruktury, dotyczących warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać pod tym względem szpitale (budynki użyteczności publicznej) a inne typy budynków.

Zgodnie z § 192 lit. a rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2015 r.1422 j.t.) *Mieszkania w budynku mieszkalnym wielorodzinnym i odrębne mieszkania w budynku zamieszkania zbiorowego należy wyposażyć w instalację wejściowej sygnalizacji dzwonekowej oraz w odpowiednią sygnalizację alarmowo-przyzywową dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych.*

Ten prawny wymóg został wprowadzony w 2012 r. i przedstawiony w *Informacji Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2012 roku na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych* (druk Sejmowy nr 1672 z dnia 19 sierpnia 2013 r.) jako jeden z elementów realizacji postanowień Karty. Zważywszy na sytuację osób z niepełnosprawnościami, a także wcześniej przedstawione racje, wręcz rażąco jest brak analogicznego, prawnego obowiązku zamontowania w oddziałach szpitalnych sygnalizacji alarmowo-przyzywowej czy też udostępniania pacjentom bezprzewodowych przycisków przywoławczych, które nie wymagają dostępu pacjenta do instalacji elektrycznej.

W mojej ocenie należałoby rozważyć uzupełnienie cytowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia, w zakresie wymagań stawianych szpitalom o opisaną kwestię. Proszę Pana Ministra o zajęcie stanowiska w przedstawionej sprawie oraz o rozważenie podjęcia stosownych działań legislacyjnych.

Z wyrazami szacunku,

Bohd