

Prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności. Część I

The patient's right to privacy and respect for dignity. Part I

Rafał Kubiak

Uniwersytet Łódzki

Streszczenie

We współczesnych demokratycznych państwach silnie akcentuje się wartości humanistyczne. Nakazuje się podmiotowo traktować człowieka i szanować jego indywidualizm. Za cenne dobra uznaje się zatem prywatność i godność człowieka. Uzasadnienia ich poszanowania można poszukiwać zarówno w koncepcjach psychologicznych, jak i społecznych. Wartości te są więc też silnie chronione na gruncie prawnym. Na ich doniosłą wagę wskazuje choćby fakt, że zostały one podniesione do rangi konstytucyjnej oraz są przedmiotem ochrony zarówno przepisów cywilnych, jak i karnych. Dużo miejsca tej tematyce poświęca się także w prawie medycznym. Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych może bowiem często dochodzić do pogwałcenia tych wartości. Przedmiotem artykułu jest ukazanie teoretycznych podwalin prawa do intymności i godności pacjenta, źródeł regulacji prawnej i etyczno-deontologicznej dotyczącej tej materii oraz przedstawienie przykładowych przypadków naruszenia omawianych dóbr. W sytuacji intymności może dojść do jej pogwałcenia w sensie fizycznym (np. wskutek obnażenia ciała), jak również w ujęciu intelektualnym (poprzez ujawnienie danych intymnych, np. o wykonanych procedurach medycznych). W pracy omówiono także prawną dopuszczalność udziału przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osób postronnych (w tym tzw. osoby bliskiej, osoby wskazanej przez pacjenta, członków personelu medycznego oraz osób kształcących się w zawodach medycznych). W szczególności dokonano analizy zasad wyrażania zgody na uczestnictwo takich osób przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych u dzieci oraz osób ubezwłasnowolnionych oraz zniezdolnionych i nieprzytomnych.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, intymność, godność, obowiązki lekarza.

Abstract

In modern democratic countries humanistic values are strongly emphasized. Privacy and human dignity are therefore considered to be valuable goods. The justification of their respect can be sought both in the psychological and social concepts. These values are therefore also strongly protected under the law. Their vital importance is also indicated by the fact that they have been raised to the constitutional level and are the subject of protection in both civil and criminal provisions. Plenty of space is devoted to this subject in medical law as well. While providing health benefits, frequent violation of these values may in fact occur. This article is to present the theoretical foundations of the right to privacy and dignity of the patient, sources of legal regulation as well as ethical and deontological grounds concerning this matter and to provide examples of violations of these goods. A situation of privacy may lead to its violation in a physical sense (eg.: due to the body exposure), as well as in intellectual terms (through disclosure of intimate data – such as medical procedures performed). This article also discusses the legal admissibility of the participation of strangers during medical procedures (including so-called close persons, a person designated by the patient, medical personnel and trainees in medical professions). In particular, an analysis of the principles of granting consent for the participation of such persons in the performance of health services for children as well as incapacitated, decrepit and unconscious persons has been made.

Key words: patient's rights, privacy, dignity, doctor's duty.

Adres do korespondencji:

prof. nadzw. dr hab. Rafał Kubiak, Uniwersytet Łódzki, Wydział Prawa i Administracji,
ul. Kopcińskiego 8/12, 90-232 Łódź, e-mail: rafal.kubiak@umed.lodz.pl

UZASADNIENIE I ŹRÓDŁA PRAWA DO INTYMNOŚCI I POSZANOWANIA GODNOŚCI

Współcześnie afirmatywnie traktuje się prawo człowieka do poszanowania jego prywatności i godności osobistej. W literaturze wskazuje się, że wartości te stanowią fundament demokratycznego państwa prawa, opartego na idei indywidualizmu. W myśl tej koncepcji państwo powinno traktować obywatela podmiotowo i zapewniać mu wszelkie atrybuty wolności osobistej, w tym godności, niezależności, prywatności itd. [1].

Takie postrzeganie prywatności i wyprowadzanie z niej prawa do ochrony intymności i godności znajduje szerokie uzasadnienie psychologiczne i społeczne. W psychologii kwestie te wyjaśnia m.in. tzw. regulacyjna teoria prywatności Altmana. Według niej człowiek dąży do uzyskania optymalnej sytuacji społecznej, która wymaga z jednej strony zbliżania się do innych ludzi, z drugiej zaś – pewnej izolacji. Aby osiągnąć homeostazę, każdy musi zatem stosować mechanizmy kontroli swych zachowań, a zatem zdecydować, z kim chce pozostawać w kontaktach [2]. W ujęciu społecznym możliwość ochrony prywatności daje człowiekowi poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego. Tym samym istnieje możliwość swobodnego zdecydowania o swej autoprezentacji w otoczeniu, a w konsekwencji samodzielnego określenia granic dostępu do danych prywatnych, intymnych. Może to zaś zachęcać do uczestnictwa w życiu społecznym bez obawy o nadmierną ingerencję otoczenia w kwestie prywatne [1]. Nie dokonując szerszego przeglądu koncepcji psychologiczno-socjologicznych, uzasadniających potrzebę prywatności i intymności, warto podkreślić, że wartości te są postrzegane współcześnie jako tak doniosłe, iż wymagają silnej ochrony prawnej. Stąd też problematyce tej poświęcono wiele aktów międzynarodowych, akcentujących konieczność ich zabezpieczenia. Dla przykładu można podać art. 12 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka [3], który gwarantuje każdemu ochronę przed samowolnym wkraczaniem w życie prywatne. W podobnym duchu został sformułowany także art. 17 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z 19.12.1966 r. [4] oraz art. 8 ust. 1 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4.11.1950 r. [5]. Ten ostatni przepis zapewnia każdemu „prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji”. Również na gruncie prawa polskiego dobra te pozostają pod wzmożoną ochroną prawną. Wskazuje na to choćby art. 41 ust. 1 Konstytucji RP, który stanowi, że każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą, oraz art. 47 Konstytucji RP, w myśl którego każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzin-

nego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym.

Także godność człowieka jest przedmiotem ochrony prawnej. O fundamentalnym znaczeniu tej wartości świadczy art. 30 Konstytucji RP, według którego przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.

Dobra te są chronione za pomocą zarówno prawa cywilnego, jak i karnego. W tym pierwszym zakresie są one traktowane jako tzw. dobra osobiste, o których mowa w art. 23 i 24 Kodeksu cywilnego. W piśmiennictwie przedmiotu podkreśla się, że dobra te (a zwłaszcza cześć i godność), jako wartości właściwe każdemu człowiekowi, są najważniejszymi dobrami osobistymi [6]. Zapatrywania te są podzielane także w orzecznictwie sądowym [7]. W literaturze cywilistycznej wiele miejsca poświęca się zatem teoretycznemu opracowaniu konstrukcji tych dóbr i ich ochrony [8, 9]. Wskazuje się zatem m.in. na prawo do ochrony życia prywatnego (*right of privacy*). W ramach niego wyróżnia się w szczególności prawo do intymności życia osobistego. Dostęp do sfery intymności jest silnie limitowany i w zasadzie zależny jedynie od zgody osoby, której ten obszar się tyczy. W piśmiennictwie wyjaśnia się, że obejmuje on „ten zakres faktów dotyczących jednostki i jej przeżyć, który w zasadzie nie jest przez nią ujawniany nawet osobom najbliższym i którego odsłonięcie przed kimkolwiek wywołuje zawsze uczucie wstydu, zakłopotania i udręki” [10]. Z kolei na gruncie prawa karnego wartości te chronione są w różnych aspektach. W szczególności prawo do prywatności obejmuje m.in. ochronę miru domowego (art. 193 Kodeksu karnego, zwanego dalej k.k.) oraz obowiązek zachowania tajemnicy, m.in. medycznej (art. 266 § 1 k.k.). Natomiast w rozdziale XXVII Kodeksu karnego zostały stypizowane czyny godzące w cześć i nietykalność cielesną, a wśród nich przestępstwo znieważenia (art. 216 k.k.) i naruszenia nietykalności cielesnej (art. 217 k.k.).

Z tego przeglądu wynika, że wspomniane wartości zostały uznane za ważne i wymagające odpowiedniego zabezpieczenia prawnego. Ich naruszenie może zatem uzasadniać wielopłaszczyznową odpowiedzialność. Wydaje się, że zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia w przypadku pacjentów, którzy poddając się procedurom medycznym, niejednokrotnie narażeni są na pogwałcenie wspomnianych dóbr. Do naruszenia sfery ich prywatności/intymności oraz godności może dojść zarówno w sposób fizyczny (np. poprzez obnażenie się podczas badania), jak i przez zachowania personelu medycznego, który przedmiotowo traktuje chorego, odnosząc się do niego bez należącego szacunku. Problem ten potęguje się zwłaszcza w przypadku pacjentów, którzy samodzielnie nie mogą

zadbać o ochronę omawianych dóbr, np. małoletnich, zniedołężniałych, nieprzytomnych. Nie tracą oni jednak przecież swego człowieczeństwa, muszą być więc traktowani podmiotowo. Jak bowiem podkreślił Sąd Najwyższy, „godności osobistej, jako wewnętrznego przekonania człowieka o swoim moralnym i etycznym nieposzlakowaniu oraz czci, jako wyrazu pozytywnego ustosunkowania się innych ludzi do wartości osobistej i społecznej określonej jednostki, człowiek za swego życia nie może utracić” [11]. Na personelu medycznym ciąży więc szczególny obowiązek troski o poszanowanie dóbr takich pacjentów. Wynika on zarówno z zasad etyczno-deontologicznych wykonywania danego zawodu medycznego, jak i został uregulowany prawnie. W odniesieniu do lekarzy w tym pierwszym aspekcie warto wspomnieć o art. 12 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej (zwanego dalej „KEL”), który stanowi, że lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. Z kolei w ujęciu prawnym zagadnienie to normowane jest zarówno w kontekście praw pacjenta, jak i odpowiadających im obowiązków personelu medycznego. Na gruncie polskim problematyce tej poświęcono art. 20–22 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (zwanego dalej „UPP”) [12]. Z kolei w sferze powinności lekarzy zagadnienia te są ujęte w art. 36 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (zwanego dalej „UZL”) [13]. Prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności statuowane jest również w aktach międzynarodowych. Na szczególną uwagę zasługuje Karta Praw Pacjenta opracowana na podstawie Deklaracji Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Pośród ogólnych praw pacjenta wskazuje ona prawo do poszanowania swojej osoby jako osoby ludzkiej; do poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz do poczucia bezpieczeństwa swojej osoby oraz do poszanowania swojej prywatności. Następnie postanowienia te są rozwinięte w dalszej części deklaracji. Akcentuje się w niej konieczność ochrony danych sekretnych (objętych tajemnicą medyczną), a także ochronę intymności i godności osobistej. W myśl deklaracji, „pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności osobistej w trakcie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do tego, aby przy udzielaniu świadczeń był obecny tylko niezbędny personel medyczny oraz aby poszanowano jego prywatność poprzez umożliwienie udzielania świadczenia w osobnym pomieszczeniu lub miejscu osłoniętym” [14].

Warto zatem bliżej scharakteryzować te prawa i odpowiadające im obowiązki pracowników medycznych (a zwłaszcza lekarzy). W niniejszej części artykułu zostanie zaprezentowana problematyka poszanowania intymności, natomiast druga część

będzie poświęcona poszanowaniu godności oraz odpowiedzialności prawnej za pogwałcenie tych wartości.

PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI

Ustawodawca nie zdefiniował pojęcia intymności. Poszukiwanie jego znaczenia należy zatem zacząć od jego rozumienia potocznego. W ujęciu słownikowym „intymny” to „przeznaczony dla najbliższych, ściśle osobisty, poufny, sekretny, zażyły” [15]. Na gruncie prawnym – jak już wspomniano – w sferze intymności umieszcza się takie informacje, których ujawnienie pozostawiono do wyłącznej dyspozycji osoby, której dotyczą, a których rozpowszechnienie może spowodować uczucie wstydu lub zażenowania. Z kolei komentatorzy przepisów medycznoprawnych poświęconych tej materii wyjaśniają, że na intymność składa się „dbanie o dobro pacjenta, szacunek dla pacjenta, zrozumienie jego sytuacji, wymiana intymnych informacji, uważanie pacjenta za podmiot o najwyższej wartości” [16]. W takim rozumieniu prawo do intymności będzie silnie powiązane z prawem do poszanowania godności osobistej. Stąd też ustawodawca w art. 20 ust. 1 UPP postanowił, iż pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Z regulacją tą koresponduje art. 36 ust. 1 UZL, który nakłada na lekarza obowiązek poszanowania tych wartości podczas udzielenia pacjentowi świadczenia zdrowotnego. Mimo że prawo do intymności jest silnie związane z godnością człowieka, można je analizować oddzielnie. Intymność odnosi się bowiem do najbardziej chronionej sfery człowieka, której naruszenie jest dozwolone tylko wyjątkowo. Obejmuje ona zarówno fizyczność pacjenta, jak i jego relacje z innymi osobami (jego przeżycia, uczucia, poglądy itd.) [17]. Wkroczenie w ten obszar może powodować nieprzyjemne, a wręcz bolesne odczucia, zażenowania lub wstydu, obrażenia pewnych ułomności lub słabości, a tym samym dyskomfortu psychicznego. W literaturze psychologicznej dokonuje się typologii obszarów wstydu. Obejmują one m.in. wstyd o „moje ja fizyczne”, czyli ciało, wygląd zewnętrzny, „moje ja psychiczne” – charakter, psychikę, życie wewnętrzne, uczucia; „moje ja społeczne” – zdolności i umiejętności, rodzinę, środowisko, otoczenie, „moje ja duchowe” – system wartości, życie religijne oraz o „moją drogę życiową”, np. losy, historię życia itd. [18]. We wszystkich tych sferach może dojść do wyindukowania wstydu u pacjenta przez personel medyczny, a tym samym pogwałcenia prawa do prywatności/intymności. W sensie fizycznym pacjenci mogą być narażeni na konieczność obnażenia swego ciała i okazania go lekarzowi

lub innym pracownikom medycznym. Samo ujawnienie intymnych części ciała stanowi zazwyczaj dyskomfort, który potęgowany jest w przypadku, gdy chory ma jakieś ułomności anatomiczne, które stara się ukryć. Dlatego też na personelu medycznym, a zwłaszcza lekarzu, ciąży liczne obowiązki, by doznania te niwelować i stwarzać poczucie bezpieczeństwa dla pacjenta. W szczególności więc należy zagwarantować odpowiednie warunki techniczno-organizacyjne, ograniczające sytuacje kłopotliwe, przekraczające granice poczucia wstydu pacjenta. Przykładowo więc wyodrębnienie pomieszczenia (albo jego fragmentu), w którym pacjent może się rozebrać lub przebrać, ograniczenie pola oglądu ciała pacjenta tylko do niezbędnych części itd. Pacjenci powinni być przyjmowani oddzielnie i w takich warunkach, by nie było możliwości zaglądnienia do pomieszczenia, w którym wykonywana jest czynność medyczna, przez osoby trzecie.

Od lekarza wymaga się również profesjonalnego podejścia do chorego. Nie wolno więc mu komentować z drwiną ułomności pacjenta, jego niedoskonałości cielesnych ani też stosować aluzji o zabarwieniu erotycznym bądź seksualnym. Postępowanie takie nie tylko narusza intymność, lecz także godzi w jego cześć i godność osobistą.

Ochronie intymności w ujęciu fizycznym służy także ograniczenie dostępu do pacjenta przez osoby trzecie. Stąd też w przepisach poświęcono sporo miejsca limitowaniu uczestnictwa takich osób przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 22 ust. 2 UPP, osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego. Z unormowania tego wynika więc, że przy czynnościach medycznych mogą być obecne tylko te osoby, które są niezbędne do ich wykonania. Osobami uprawnionymi mogą być zarówno przedstawiciele zawodów medycznych, np. lekarz, pielęgniarka, położna, jak i osoby z personelu pomocniczego, np. technicy. Jednakże nie można z tego wywieść wniosku, że każda osoba zatrudniona w danej placówce medycznej niejako automatycznie może być obecna przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zakres uprawnienia będzie wynikać z uwarunkowań merytorycznych. Stąd też należy przeciwstawić się praktyce wchodzenia do gabinetu lekarskiego przez innych lekarzy lub pozostały

personel medyczny w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, jeśli osoby te nie są niezbędne do ich wykonywania. Warto zatem stosować proste sposoby zabezpieczenia przed takimi sytuacjami, np. zamieszczać napis o zakazie wstępu lub wręcz zamknąć drzwi do gabinetu od środka na zatrzask [19].

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Definicję tego pojęcia ustawodawca zamieścił w art. 3 ust. 1 pkt 2 UPP. W myśl tego przepisu do kategorii tej należą: małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Nie dokonując pogłębionej analizy wymienionych pojęć [20], należy się zastanowić, czy pacjent może zdecydować o obecności takich osób, czy też jest to ich ustawowe prawo, niezależne od woli chorego. Bez wątpienia należy przychylić się do tego pierwszego stanowiska. Obecność osób bliskich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych jest prawem pacjenta, a nie tych osób. Pacjent może zatem, ze względu choćby na potrzebę bezpieczeństwa i zażyłości z danym krewnym albo małżonkiem, wyrazić chęć, by w jego obecności wykonywać czynności medyczne. Nie musi jednak skorzystać z tego prawa. Pracownik medyczny nie może zaś domniemywać, że pacjent akceptuje obecność osób postronnych, gdy wszedł z nimi do gabinetu. Warto podkreślić, że w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych może dojść nie tylko do wyjawienia sfery intymności w aspekcie fizycznym, lecz także ujawnienia danych objętych tajemnicą medyczną, co także może stwarzać uczucie zawstydzenia i dyskomfortu u pacjenta. Dlatego też lekarz (i inni pracownicy medyczni) powinien wyraźnie zapytać chorego o jego stanowisko, uprzedzając o możliwości ujawnienia danych dyskretnych. Powinność ta znajduje swe normatywne uzasadnienie w art. 40 ust. 2 pkt 4 UZL, który stanowi, że lekarz może wyjawić dane dyskretne za zgodą pacjenta, ale po uprzednim poinformowaniu go o niekorzystnych dla pacjenta skutkach ich ujawnienia. Z postanowieniem tym koresponduje art. 16 ust. 1 zd. 2 KEL, zgodnie z którym informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym [21]. Kwestie ujawnienia danych objętych tajemnicą medyczną będą poruszone w dalszej części opracowania.

Skoro pacjent może swobodnie zdecydować o obecności osoby bliskiej, to tym bardziej takie uprawnienie przysługuje mu względem innych osób postronnych (nienależących do kręgu osób bliskich). Dotyczy to w szczególności opiekuna faktycznego, czyli osoby, która sprawuje stałą opiekę nad pacjentem, nie mając takiego ustawowego obowiązku, ale czyni to, gdyż pacjent ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga. Wydaje się, że zagadnienie to jest szczególnie ważne

w przypadku pacjentów zniedołężniałych, obłożnie chorych itd. Przed udzieleniem im świadczeń zdrowotnych, w tym pielęgnacyjnych, pracownik medyczny powinien jednoznacznie ustalić, czy życzą sobie one obecności osoby, która się nimi opiekuje (np. przyjaciółki, dalszego krewnego).

W tym kontekście warto wspomnieć o pacjentach, którzy ze względu na swój wiek lub stan zdrowia nie mogą dostatecznie silnie zadbać o ochronę swej intymności, w szczególności w sensie fizycznym. Dotyczy to głównie małoletnich oraz osób nieporadnych, sparaliżowanych, nieprzytomnych. W literaturze wskazuje się, że zwłaszcza dzieci mogą być podatne na naruszenie ich intymności. Może bowiem panować przeświadczenie, zwłaszcza w przypadku małych dzieci, że nie ma potrzeby zachowania warunków poufności badania, gdyż dzieci te nie odczuwają wstydu i nie można naruszyć sfery ich intymności [19]. Jest to błędny pogląd. W piśmiennictwie akcentuje się bowiem, że nawet dzieci roczne uczą się różnic związanych ze swą płcią i wstydu, a w wieku 6–12 lat uczą się roli płciowej. W tym wieku dzieci osiągają również niezależność osobistą [22, 23]. Kształtuje się więc u nich poczucie wstydu, niezbędne jest zatem poszanowanie ich intymności. Fakt, że pacjent jest dzieckiem, nie pozbawia go ochrony sfery jego intymności. Jak bowiem podkreślił Sąd Najwyższy, „życie intymne każdej osoby podlega zawsze pełnej ochronie prawnej” [24]. Ustawodawca zdecydował, że o udziale osób trzecich w przypadku małoletnich rozstrzygają ich przedstawiciele ustawowi (czyli najczęściej rodzice). Można jednak mieć wątpliwości, czy w takiej sytuacji mogą oni podejmować decyzje suwerennie, pomijając stanowisko samego małoletniego pacjenta. Przepisy nie normują tej kwestii. Jednakże wydaje się, że możliwe jest dokonanie wykładni systemowej i przez analogię odwołanie się do regulacji dotyczących wyrażenia zgody na leczenie. Warto zaś przypomnieć, że generalnie prawo wymaga zgody kumulatywnej w sytuacji pacjentów, którzy ukończą lat 16 (por. np. art. 32 ust. 5 oraz 34 ust. 4 UZL). Można zatem przyjąć interpretację, że w przypadku obecności osób postronnych zezwolenia powinien udzielić także pacjent, który przekroczy tę granicę wiekową. Tezę tę można jednak posunąć jeszcze dalej i postulować uzyskanie kumulatywnej zgody także w wypadku dzieci młodszych, które posiadają jednak dostateczne rozeznanie. Za takim rozwiązaniem może przemawiać treść art. 95 § 4 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, który stanowi, że rodzice przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących osoby lub majątku dziecka powinni je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwala, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia. Bez wątpienia zaś wkroczenie w sferę in-

tywności jest ważną dla dziecka sprawą, powinno więc być z nim skonsultowane. Stanowisko to wydadają się potwierdzać również unormowania medycznoprawne, które nakazują respektować wolę małoletniego pacjenta (bez względu na wiek), o ile posiada dostateczne rozeznanie, w zakresie jego udziału w czynnościach medycznych (np. w art. 25 ust. 2 UZL w odniesieniu do eksperymentów medycznych). Należy podkreślić, że u małego dziecka także może powstać poważny dyskomfort, a nawet uraz, jeśli wbrew jego woli zostanie naruszona sfera jego intymności (w sensie fizycznym). Idąc tym tokiem rozumowania, można by promować stanowisko, że ze względu na bardzo osobisty charakter dóbr, które mogą wówczas zostać naruszone, decyzja dziecka powinna mieć priorytetowe znaczenie. W przypadku więc rozbieżności zdań między małoletnim (który nie chce udziału jakiejś osoby postronnej, np. babci, cioci, nauczyciela) a jego rodzicami, miarodajne i wiążące powinno być zdanie dziecka. Obowiązek poszanowania woli dziecka (zwłaszcza w tego typu sprawach) wynika bowiem z wielu aktów prawnych zarówno krajowych, jak i międzynarodowych. Nie dokonując ich szerszego przeglądu, warto choćby wskazać na art. 48 ust. 1 Konstytucji RP, który uprawnia rodziców do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniem. Jednakże wychowanie to powinno uwzględniać stopień dojrzałości dziecka, a także wolność jego sumienia i wyznania oraz jego przekonania. Na gruncie międzynarodowym powinnośc tę statuuje m.in. art. 12 ust. 1 Konwencji o Prawach Dziecka, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 20 listopada 1989 r. [25]. W myśl tego przepisu Państwa-Strony (a więc i Polska) zostały zobowiązane do zapewnienia dziecku, które jest zdolne do kształtowania własnych poglądów, prawa do swobodnego ich wyrażania we wszystkich sprawach, które go dotyczą, przyjmując je z należytą wagą, stosownie do wieku oraz dojrzałości dziecka. Z kolei art. 16 Konwencji zapewnia dziecku ochronę przed ingerencją w sferę jego życia prywatnego oraz przed zamachami na jego honor i reputację. Biorąc pod uwagę te uwarunkowania, należy się opowiedzieć za możliwie szerokim włączeniem małoletniego do procesu wyrażenia zgody na wkroczenie w sferę jego intymności, a co najmniej za wysłuchaniem jego zdania na ten temat.

Rozważania te można odnieść także do obecności przedstawicieli ustawowych przy udzielanych świadczeniach zdrowotnych. Choć mają oni uprawnienia w sferze decydowania (ewentualnie współdecydowania) o leczeniu dziecka, to nie uprawnia ich to do każdorazowego asystowania przy takich czynnościach. Słusznie bowiem podkreśla się w literaturze, że osoby małoletnie, zwłaszcza w wieku dojrzewania, mogą się czuć skrópowane udziałem

ich rodziców albo opiekunów w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych (np. podczas badania ginekologicznego w obecności ojca) [16]. Toteż lekarz powinien sprostać oczekiwaniom dziecka i, jeśli taka jest jego wola, wykonać czynność medyczną bez asysty przedstawiciela ustawowego. Odpowiednio ustalenia te znajdują zastosowanie do osób pełnoletnich, lecz ubezwłasnowolnionych. Zasadniczo o obecności osób trzecich będzie wówczas decydował ich opiekun prawny (ewentualnie kurator). Nie może on jednak nadużywać swych uprawnień. Zgodnie bowiem z art. 154 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, opiekun obowiązany jest wykonywać swe czynności z należytą starannością, jak tego wymaga dobro pozostającego pod opieką i interes społeczny. Wyrażając zgodę na udział osób trzecich, powinien więc pierwszoplanowo mieć na względzie dobro swego podopiecznego. Jeśli zaś ten jest zdolny do zajęcia stanowiska, należy je uwzględnić.

Przepisy nie regulują sytuacji, gdy pacjent co prawda posiada pełną zdolność do czynności prawnych (czyli jest pełnoletni i nieubezwłasnowolniony), lecz znajduje się w takim stanie, że nie może podejmować decyzji (np. jest nieprzytomny). W literaturze proponuje się więc, by wówczas uprawnienie to przyznać osobie bliskiej [16]. Teza ta wydaje się jednak ryzykowna. Po pierwsze przepisy nie nadają osobie bliskiej takiej kompetencji. Po wtóre, jeśli nawet opierając się na wykładni systemowej i celowościowej, przyjąć, że uprawnienie takie osoba bliska posiada, gdyż działa w interesie pacjenta, to argument taki jest nieprzekonujący. Warto przypomnieć, że do kategorii osób bliskich zalicza się np. powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej, czyli m.in. babcie żony oraz teściową. Osoby te nie muszą zaś żywić względem pacjenta szczególnie silnych pozytywnych uczuć. Trudno więc im nadać kompetencję do decydowania, kto będzie uprawniony do wkroczenia w sferę intymności takiego pacjenta. Można zatem przyjąć, że wobec omawianych chorych żadna osoba postronna nie ma prawa wstępu w ten obszar. O takiej możliwości nie może zdecydować ani członek rodziny pacjenta, ani przedstawiciele personelu medycznego. Pewien wyjątek można uczynić jedynie względem opiekuna faktycznego, który troszczy się o pacjenta. Bez wątpienia jednak kwestia ta wymagałaby jednoznacznego uregulowania w przepisach.

Jeśli pacjent (jego przedstawiciel ustawowy) wyraża zgodę na udział osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, to pracownik medyczny jest zasadniczo związany takim stanowiskiem i musi umożliwić taką obecność. Jednakże w art. 21 ust. 2 UPP ustawodawca wyposażył osobę wykonującą zawód medyczny w prawo odmowy obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Odmowa taka może nastąpić w dwóch przypadkach:

- gdy istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub
- ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

Wówczas odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

W przypadku innych osób, których udziału domaga się pacjent (np. członków dalszej rodziny, wybranego personelu medycznego itd.), niezbędna jest zgoda również pracownika medycznego, który udziela świadczeń zdrowotnych (art. 22 ust. 2 *in fine* UPP).

Kończąc ten wątek, warto jeszcze wspomnieć o obecności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych studentów i innych osób kształcących się w zakresie nauk medycznych (np. stażystów podyplomowych). Problematyce tej poświęcone są art. 22 ust. 2 UPP oraz art. 36 ust. 4 UZL. Generalnie udział osób postronnych wymaga zgody pacjenta, jednakże powołany art. 36 ust. 4 UZL definiuje wyjątek od tej reguły. Zgoda taka nie jest wymagana po spełnieniu następujących warunków:

- unormowanie to dotyczy tylko placówek medycznych, w których prowadzona jest nauka zawodów medycznych i jednostek badawczo-rozwojowych;
- pacjent powinien być poinformowany o możliwości naruszenia jego prawa do intymności w związku z działalnością dydaktyczną takiej placówki;
- obecność studentów jest ograniczona koniecznością wynikającą z celu dydaktycznego;
- studenci mogą obserwować czynności medyczne oraz w nich uczestniczyć, ale na udzielenie świadczenia zdrowotnego wymagane jest zgoda pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego);
- udział studentów nie może naruszać istoty prawa pacjenta do prywatności i intymności.

W literaturze podkreśla się, że nie można domniemywać, iż pacjent, który zgłasza się do placówki, w której kształcą się przyszłe kadry medyczne, akceptuje naruszanie sfery jego intymności, a w szczególności, że może być obiektem demonstracji naukowych i dydaktycznych. Co prawda w wyniku nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, dokonanej w 2009 r., został uchylony przepis, który nakazywał uzyskać zgodę pacjenta na takie demonstracje (art. 36 ust. 4 UZL w pierwotnym brzmieniu), ale ograniczenia w tym zakresie wynikają z art. 51 KEL. Stanowi on bowiem, że wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udział w demonstracjach naukowych lub dydaktycznych. Unormowanie to obliuguje również do tego, by podjąć starania o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej.

Z dotychczasowych rozważań wynika, że podczas udzielania świadczeń zdrowotnych może dojść do różnorodnych naruszeń sfery intymności w aspekcie fizycznym. Jej pogwałcenie może przybrać również inną postać, mianowicie intelektualną. W obszarze prywatności lub intymności mieści się bowiem również tzw. autonomia informacyjna. Osoba określa zatem, jakie informacje mogą być dostępne dla osób trzecich. Ujawnienie takich danych wbrew woli ich dysponenta może także prowadzić do uczucia zawstydzenia, zażenowania, powodować obniżenie swej wartości, lęk i dyskomfort psychiczny [1]. W szczególności dotyczy to danych o stanie zdrowia i wykonanych zabiegach medycznych. Są to bowiem informacje szczególnie wrażliwe, podlegające wzmożonej ochronie (m.in. jako dane osobowe – art. 27 ustawy 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych [26]). Na gruncie prawa medycznego są zaś objęte tajemnicą medyczną, której przestrzeganie jest zagwarantowane w wielu aktach korporacyjnych. W odniesieniu do lekarzy znajduje zastosowanie przede wszystkim art. 40 UZL oraz korespondujący z nim art. 23 i nast. KEL. Z perspektywy pacjenta doniosłe znaczenie ma zaś 13 UPP, który stanowi, że pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Ograniczone ramy opracowania uniemożliwiają pogłębioną analizę tych regulacji. Dla przykładu można więc jedynie wskazać, że naruszeniem dyskrecji medycznej i jednocześnie prawa do intymności będzie choćby umieszczenie karty gorączkowej na widocznym miejscu na łóżku pacjenta (zwłaszcza z wpisami o intymnych kwestiach fizjologicznych, np. „pacjent oddał stolec” – casus autentyczny), badanie pacjentów i zbieranie wywiadu w wieloosobowych salach bądź w obecności członków rodziny (np. podczas wizyty domowej), udzielanie informacji objętych sekretem medycznym przez telefon lub każdej osobie, która zgłosi się do lekarza [27].

Także w tej sferze pracownik medyczny powinien więc zachować szczególną ostrożność i wstrzeźliwość, tak by chronić sferę intymności chorego.

W drugiej części artykułu zostaną przedstawione obowiązki personelu medycznego w zakresie poszanowania godności pacjenta oraz konsekwencje prawne naruszenia tych wartości.

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Mednis A. Prawo do prywatności a interes publiczny. Zakamycze, Kraków 2006.

2. Zalewski Z. Prawo do prywatności – aspekty psychologiczne. W: Motyka K (red.). Prawo do prywatności. Aspekty prawne i psychologiczne. Beck, Lublin 2001.
3. http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf.
4. Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167 – załącznik. Przepis ten stanowi: „Nikt nie może być narażony na samowolną lub bezprawną ingerencję w jego życie prywatne, rodzinne, dom czy korespondencję, ani też na bezprawne zamachy na jego część i dobre imię”.
5. Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284, z późn. zm.
6. Dmowski S, Rudnicki S, Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga pierwsza. Część ogólna. LexisNexis, Warszawa 2001.
7. Uzasadnienie do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 października 1987 r., sygn. akt: II CR 269/87, OSNC 1989/4/66.
8. Kopff A. Ochrona sfery życia prywatnego jednostki w świetle doktryny i orzecznictwa, Prace Prawnicze. ZNUJ 1982; z. 100;
9. Kondrasiewicz B. Cywilnoprawna ochrona prawa do prywatności, Kwartalnik Prawa Prywatnego, 2000, z. 1.
10. Kopff A. Koncepcja praw do intymności i prywatności życia osobistego (zagadnienia konstrukcyjne). Studia Cywilistyczne, t. XX, Warszawa–Kraków 1972.
11. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 marca 2007 r., sygn. akt: I CSK 292/06, LEX nr 308851.
12. Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.
13. Tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.
14. http://www.bpp.waw.pl/deklaracja_praw_pacjenta_who.html.
15. Słownik języka polskiego. Szymczak M (red.), tom I. PWN, Warszawa 1988
16. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
17. Malczewska M. W: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz. Zielińska E (red.). Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
18. Dodziuk A. Wstyd. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1999.
19. Boratyńska M, Konieczniak P. Prawa pacjenta. Difin, Warszawa 2001.
20. Kubiak R. Tajemnica medyczna, C.H. Beck, Warszawa 2015.
21. Boratyńska M. Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej. Prawo i Medycyna 2014, Nr 1
22. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Bilikiewicz A, Strzyżewski W (red.). PZWL, Warszawa 1992.
23. Zielonka-Janek M, Chodecka A. Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010.
24. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 1986 r., sygn. akt: I CR 4/86, OSP 1987/4/86.
25. Dz.U. z 1991 r., Nr 120, poz. 526.
26. Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 922.
27. Iwanowicz-Palus G. Prawa pacjenta w Polsce. Prawo i Medycyna 2000; nr 8.