

Poszanowanie prywatności pacjenta szpitala psychiatrycznego – kontekst prawny, etyczny oraz społeczny

Respect for the patient's privacy in mental hospital – legal, ethical and social context

Instytut Socjologii, Katedra Socjologii Prawa i Praw Człowieka KUL. Kierownik Katedry: prof. Krzysztof Motyka

Correspondence to: Błażej Kmieciak, ul. Jagienki 5/7 m. 39, 92-439 Łódź, e-mail: bkmieciak@o2.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Funkcjonująca w Polsce od 15 lat ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określana jest przez znawców tematu jako akt prawny, który w jasny sposób gwarantuje poszanowanie praw i wolności człowieka chorego psychicznie. Wspomniana ustawa nie wyczerpuje zagadnienia ochrony praw pacjenta leczonego z powodu zaburzeń psychicznych. Zarówno we wspomnianej ustawie, jak i w innych aktach odnoszących się do praw pacjenta nie podjęto tematu prawa pacjenta do poszanowania jego prywatności. Temat ten jest o tyle istotny, iż personel szpitala psychiatrycznego, określanego często mianem instytucji totalnej, musi ingerować w prywatność chorego w celu ochrony m.in. bezpieczeństwa powszechnego. W trakcie leczenia pojawiają się zatem liczne dylematy prawno-etyczne. Dylematów tych nie rozwiązują oficjalne państwowe ustawy. Próbuje tego dokonać zapisy wewnętrznych regulaminów, co jednak może prowadzić do powstania licznych konfliktów na linii pacjent – personel. Stąd też podejmując temat prawa pacjenta do prywatności w szpitalu psychiatrycznym, warto odpowiedzieć na następujące pytania: jak w polskim prawie wygląda ochrona prawa pacjenta do poszanowania jego życia prywatnego? kiedy personel, nie posiadając często ustawowych odniesień, ma prawo ingerować w interesujące nas prawo? Na koniec zasadne wydaje się wspomnieć o potencjalnych społecznych skutkach łamania oraz poszanowania przez personel prawa pacjenta do prywatności.

Słowa kluczowe: instytucja totalna, prawo pacjenta do prywatności, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, ochrona praw pacjenta, dylematy prawno-etyczne, postawy wobec prawa

Summary

Mental health protection act, which has been obligatory for 15 years in Poland, is considered by experts as a law of high level warranty for rights and freedom of mental ill people. However, above-mentioned act obviously does not cover completely a topic of such patient's rights. The right to respect for his privacy is not included in either above act or other similar law. The described subject is essential as personnel of mental hospitals – often defined as total institutions – has to interfere in patient's privacy in order to protect general security. Therefore there are numerous dilemmas of legal and ethical nature, which are not solved by official national acts. Trials of such solutions are being made by putting some records in internal regulations, which can lead to numerous conflicts between patients and hospital personnel. So taking up the topic of patient's right to his privacy in mental hospital it is essential to answer following questions: how the protection of patient's rights to respect of his privacy looks like in polish law? when the personnel is entitled to interfere in this right not having legal tools to do it? It is also relevant to focus on potential social consequences of breaking and respecting the right to patient's privacy.

Key words: total institution, right to patient's privacy, mental health protection act, protection of patient rights, ethical and legal dilemmas, attitudes towards the law

UKAZANIE ZAGADNIENIA

Rok 2009 był bardzo ważny z perspektywy polskiego prawa medycznego.

Dnia 21 maja 2009 roku weszły w życie przepisy wprowadzające m.in. **ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** (dalej zwaną ustawą o prawach pacjenta)⁽¹⁾. We wspomnianym czasie obchodzona była ponadto 15. rocznica uchwalenia **ustawy o ochronie zdrowia psychicznego** (dalej zwanej ustawą o o.z.p.). Zarówno pierwsza, jak i druga z nich ma niezwykle ważne znaczenie dla ochrony praw i wolności osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawa o prawach pacjenta wprowadza nowe istotne instytucje prawne: możliwość zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lekarza, pojęcie praw zbiorowych, ustanowienie urzędu Rzecznika Praw Pacjenta. Ustawa ta ponadto gromadzi w jednym akcie wszystkie prawa i wolności pacjenta rozproszone do tej pory w wielu ustawach. Zdefiniowano tu także niespotykane do tej pory w polskim prawie medycznym prawo pacjenta do poszanowania jego życia prywatnego. Wspomniana wyżej ustawa o o.z.p. w swoim czasie również dokonała rewolucyjnych zmian w podobnym zakresie. To 15 lat temu wprowadzono instytucję sędziego wizytującego. To wówczas stworzono spójne i do dziś funkcjonujące przepisy umożliwiające w określonych ustawowo sytuacjach m.in. badanie oraz hospitalizację pacjenta bez jego zgody, a także zastosowanie przymusu bezpośredniego.

Szpital psychiatryczny przez znawców tematu zaliczany jest do grona tzw. instytucji totalnych. Mianem takim określamy instytucje, w których to korzystający z ich usług klient zmuszony jest do respektowania narzuconego przez personel porządku. W instytucjach tego typu personel z góry znajduje się na pozycji bardziej uprzywilejowanej, gdyż to on określa zasady funkcjonowania np. oddziału psychiatrycznego. Goffman, twórca wspomnianej wyżej koncepcji, zwracał uwagę, iż w instytucji totalnej bardzo łatwo o tzw. zachowania paternalistyczne, a więc ingerowanie w preferencje określonej osoby z racji na jej dobro. Feinberg zaznacza, iż w placówkach psychiatrycznych możemy spotkać się z tzw. *soft* paternalizmem. Jest to według wspomnianego autora uprawniona forma ingerencji w zachowanie innego człowieka, które podejmowane w sposób nie w pełni świadomy (zaburzony) może zagrażać jemu lub innym osobom⁽²⁾. Funkcjonowanie oddziałów psychiatrycznych określają nie tylko przepisy ustawowe, ale także zasady ustanawiane w regulaminach wewnętrznych. Należy podkreślić, iż wspomniane regulaminy w sposób bardzo wyraźny ingerują w życie prywatne pacjenta. To w nich określone są m.in. zasady dotyczące: odwiedzin, korzystania z telefonu komórkowego, przeprowadzania rewizji osobistych rzeczy pacjenta, przeprowadzania kontroli w trakcie korzystania np. z łazienki⁽³⁾. Co zrozumiale, normy ustawowe nie regulują wspomnianych zagadnień szczegółowo. Analizując funkcjonowanie szpitala psychiatrycznego jako instytucji totalnej, warto więc zastanowić się, jak w polskim prawie wygląda ochrona prawa pacjenta do poszanowania jego życia prywatnego.

Warto ponadto rozpatrzyć pod kątem etycznym, kiedy personel, nie posiadając często ustawowych odniesień, ma prawo ingerować w interesujące nas prawo. Na koniec zasadne wydaje się krótko-

kie omówienie potencjalnych społecznych skutków łamania oraz poszanowania przez personel prawa pacjenta do prywatności.

NAJISTOTNIEJSZE DYLEMATY POSZANOWANIA PRYWATNOŚCI PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Funkcjonujące w USA przepisy prawa medycznego bardzo często odwołują się do kwestii poszanowania prywatności w trakcie korzystania z usług medycznych. Na podstawie głośnych orzeczeń sądowych określa się zasady postępowania w tak istotnych medycznie kwestiach, jak: aborcja, eutanazja, badanie noworodków na obecność przeciwciał HIV⁽⁴⁾. Trudno dopatrzeć się w istotnych dla porządku prawnego polskich orzeczeniach sądowych tak jasnej koncepcji prawa do prywatności. Zarówno orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPC), jak i orzeczenia polskich sądów w głośnych „sprawach medycznych” odwołują się nie tyle do prawa pacjenta do prywatności na terenie szpitala, ile prawa do poszanowania rodzinnego życia prywatnego w związku z kwestiami dotyczącymi m.in. zabiegów aborcji lub trudności związanych z dostępnością badań prenatalnych⁽⁵⁾. W sprawie związanej z interesującym nas tematem prawa pacjenta do prywatności w szpitalu psychiatrycznym Duda zauważa, iż ważny głos zabrał kilkakrotnie przywoływany już Trybunał w Strasburgu. Autor drugiego komentarza do ustawy o o.z.p. podkreśla, że w orzeczeniach: *Salapa przeciwko Polsce*, *Radaj przeciwko Polsce* oraz *J.M. przeciwko Polsce* Trybunał, odnosząc się do kwestii prawa pacjenta do tajemnicy korespondencji, zaznaczył, iż czytanie m.in. listów adresowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi stanowi naruszenie art. 8 konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych godności⁽⁶⁾. Polski Sąd Najwyższy (SN), odnosząc się do kwestii związanych z sytuacją osób chorych psychicznie oraz podnosząc temat prawa do prywatności, również traktował to zagadnienie głównie przez pryzmat nie tyle sytuacji pacjenta w szpitalu, ile jego społecznego funkcjonowania m.in. w środowisku rodzinnym. W postanowieniu z 14 lutego 1996 roku zaznaczył, że uciążliwe zachowanie osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi nie stanowi przesłanki dla przymusowej hospitalizacji, przy założeniu, iż nie współwystępują z nim np. zachowania agresywne lub autoagresywne. W tym samym roku 12 lipca wspomniany już SN stwierdził, iż w odniesieniu do tzw. wnioskowego kierowania osób chorych psychicznie do szpitala psychiatrycznego sąd opiekuńczy musi podejmować szczególnie wnikliwe działania kontrolne w celu ochrony praw obywatelskich ww. grupy osób. W 1998 roku SN, odnosząc się także do sfery życia prywatnego osób chorych psychicznie, podkreślił, iż przymusowy pobyt w szpitalu psychiatrycznym nie może być bezterminowy i może trwać tylko do momentu, w którym ustały istotne przesłanki, które zadecydowały o przymusowym przyjęciu. Podkreślić jednak należy, iż polski SN w postanowieniu z 11 marca 1986 roku zaznaczył, iż sfera życia intymnego człowieka zawsze jest prawnie chroniona⁽⁷⁾. I to właśnie posługując się sformułowaniem „intymność”, należy przejść do dalszej analizy, tym razem ustawowych zapisów mówiących o prawie pacjenta do prywatności.

Konstruując słownikową definicję pojęcia „prywatność”, Kopański zaznaczył, iż jest to „życie osobiste, poczucie bezpieczeństwa (...), prawo do życia intymnego (...)”⁽⁸⁾. Polski ustawodawca dopiero w 2009 roku w **ustawie o prawach pacjenta** posłużył się pojęciem „prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego”. W ustawie tej przywołano także obecnie już w innych ustawach pojęcie „prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta”. Z perspektywy poszanowania prywatności osoby chorej w trakcie udzielania jej przez szpital psychiatryczny świadczeń medycznych obydwa przywołane sformułowania wydają się niezwykle istotne. Konieczne wydaje się przypomnienie najistotniejszych sformułowań, które określają w polskim prawie medycznym uprawnienie pacjenta do poszanowania jego prywatności. W licznych polskich ustawach⁽⁹⁾ rzucone uprawnienie pacjenta powiązane jest bezpośrednio z jego prawem m.in. do: poszanowania jego godności oraz intymności, obecności przy zabiegach medycznych jedynie osób niezbędnych w trakcie ich wykonywania, kontaktu osobistego telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz, anonimowości w trakcie pobytu w szpitalu, decydowania o osobach, którym można przekazywać dane na temat leczenia pacjenta etc. Należałoby tu poświęcić nieco więcej miejsca temu, jak wspomniane prawa w kontekście psychiatrii definiują znawcy tematu, a więc prawnicy oraz lekarze psychiatry. Komentarze te powinny być przedstawione, opierając się na konkretnych zapisach ustawy o o.z.p.

Wspomniana ustawa w art. 12 zwraca uwagę, że „przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy”⁽¹⁰⁾. Jak powszechnie wiadomo, pojęcie dóbr osobistych zostało zdefiniowane w art. 23 **kodeksu cywilnego** (k.c.). Ustawodawca wlicza w nim przykładowe dobra osobiste, które bez względu na inne zapisy pozostają pod ochroną prawa. Bujny zwraca uwagę, iż k.c. wymienia jedynie przykładowe dobra, które winny podlegać ochronie. W powyższym katalogu nie znalazło się np. pojęcie tzw. prawa do prywatności. Według Bujnego prawo to podlega także ochronie przewidzianej w art. 23 k.c. Ochrona ta nie ma jednak charakteru absolutnego, można więc wkraczać w dziedzinę prywatności, jeśli wiąże się to z istotnym interesem społecznym lub upoważnia do tego przepis prawa⁽¹¹⁾. Z kolei Karkowska, analizując kwestie związane z pojęciem prawa do intymności, zwraca uwagę, iż wiąże się ono bezpośrednio z pojęciem prawa do prywatności, a więc podlega ochronie przewidzianej w art. 23 k.c. Autorka ta słusznie zaznacza, że np. pojęcie „wykonywanie badania w obecności osób do tego upoważnionych” oznacza, iż obecna w jego trakcie może być jedynie osoba niezbędna ze względów „praktycznych”. Tym samym w trakcie badania psychiatrycznego nie może być obecny np. lekarz lub pielęgniarka, którzy w danej chwili nie wykonują w stosunku do pacjenta żadnych czynności diagnostyczno-terapeutycznych⁽¹²⁾. Przywoływany już powyżej Bujny, komentując przepisy art. 12 ustawy o o.z.p., zaznaczył, iż zgodnie z postanowieniem SN z 20 marca 1998 roku zasada najmniejszej uciążliwości oznacza, że „pacjent ma prawo

być leczony w środowisku jak najmniej ograniczającym swobodę oraz do leczenia przy pomocy metody jak najmniej ograniczającej i intruzyjnej wśród dostępnych, stosownie do swoich potrzeb zdrowotnych oraz do potrzeby ochrony bezpieczeństwa fizycznego innych osób”. Oznacza to, iż cel, jakim jest poprawa zdrowia pacjenta, nie może być osiągany za wszelką cenę⁽¹³⁾. Komentujący jako pierwsi cytowaną ustawę Dąbrowski oraz Pietrzykowski zwrócili uwagę, iż postępowanie w stosunku do osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi musi przebiegać w sposób „szeroki”. Zbyt „wąskie” postrzeganie problemów rzeczonyj grupy osób przez personel szpitala może prowadzić do „katastrofy osobistej, rodzinnej, zawodowej lub społecznej”⁽¹⁴⁾. Jak należy postąpić, gdy pacjent z powodu swoich zaburzeń prezentowanych na terenie szpitala w sposób wyraźny utrudnia funkcjonowanie społeczne innych osób? Nie chodzi tu tylko o tak istotne kwestie, jak zachowania agresywne lub autoagresywne – w tym wypadku lekarz lub pielęgniarka mają prawo zastosować zgodnie z art. 18 ustawy tzw. przymus bezpośredni⁽¹⁵⁾. Chodzi tu mianowicie o sytuację, w której to osoba głęboko zaburzona wykorzystuje np. telefon do nękania innych osób znajdujących się poza szpitalem. Wspomniani autorzy zasadę „najmniejszej uciążliwości” odnoszą przede wszystkim do zjawiska wspomnianego przymusu bezpośredniego. W tym miejscu warto jednak poszerzyć wspomniane zagadnienie o kwestię np. dostępności kontaktu z osobami z zewnątrz, możliwości nieograniczonego korzystania z telefonu, możliwości odbierania oraz wysyłania listów etc. Istotne kwestie związane z przywołanymi zagadnieniami określone zostały w art. 13 ustawy o o.z.p. Unormowanie to zwraca uwagę na to, że „osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym (...) ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli”.

Duda, który jest autorem drugiego komentarza do interesującej nas ustawy, zwraca uwagę, że zdrowie psychiczne stanowi integralny element życia prywatnego. Autor ten jednak podnosi kwestię konieczności rozważenia bardziej wyraźnego zdefiniowania możliwości ingerowania personelu w sferę życia prywatnego pacjenta. Widzi taką konieczność m.in. w sferze życia religijnego. Jak powszechnie wiadomo, każdy pacjent ma prawo do tzw. opieki duszpasterskiej⁽¹⁶⁾. Duda zwraca jednak uwagę, iż należy rozważyć ustawową możliwość ograniczenia sposobności kontaktu pacjenta np. z księdzem. Zaznacza, iż aktywne korzystanie przez osobę chorą z „usług” religijnych może utrwać w nim występowanie omamów oraz urojeń o treściach religijnych, które, co należy podkreślić, niezwykle często występują w przebiegu m.in. schizofrenii⁽¹⁶⁾. Z kolei Benedek zwraca uwagę, iż istnieją sytuacje, w których zasadne wydaje się ograniczenie pacjentom szpitali psychiatrycznych możliwości komunikowania się. Autorka ta widzi taką konieczność w stosunku do pacjentów leczonych m.in. w związku z nękaniami innych osób lub też telefonicznym zastraszaniem⁽¹⁷⁾. Ze stanowiskiem tym w sposób stanowczy nie zgadzają się przywoływani już Dąbrowski oraz Pietrzykowski. Autorzy ci podkreślają, że choć tego typu praktyki znane są na terenie USA, to jednak nie ma powodów, by uznawać je za zasadne na gruncie polskiej „ustawy psychia-

trycznej”. W opinii Pietrzykowskiego oraz Dąbrowskiego ograniczenie możliwości kontaktu z osobami z zewnątrz stanowiłoby szkodę dla większości osób hospitalizowanych. Wszelkie ograniczenia w kontakcie osobistym mogą być wprowadzone jedynie zgodnie z art. 20 ust. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (dalej: ustawy o ZOZ-ach), a więc w razie zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki przebywania innych pacjentów⁽¹⁸⁾. Wspomniana teza wydaje się jednak w dzisiejszych czasach niejednoznaczna nawet dla środowiska samych psychiatrów. W 2009 roku na terenie Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wprowadzono wewnętrzny przepis zabraniający korzystania z telefonów komórkowych. Meder zwróciła wówczas uwagę, iż jest to spowodowane skargami pacjentów, którzy zostali sfilmowani bez swojej zgody i wiedzy w trakcie jedzenia obiadu. Podkreślono jednak, iż pacjenci mogą korzystać z telefonów komórkowych starszego typu, nieposiadających możliwości rejestracji obrazu. Na każdym oddziale są także aparaty telefoniczne na karty. Z działaniem takim nie zgadza się z kolei Balicka. Zaznacza on, iż szpital nie ma prawa ograniczać, szczególnie pacjentowi choremu psychicznie, możliwości kontaktu telefonicznego z osobami z zewnątrz, a wprowadzenie zakazu będzie pokusą, by używać telefonu w niewłaściwy sposób. Poseł Balicki podkreśla ponadto, iż małe rozmiary współczesnych telefonów powodują, iż nie będzie możliwości egzekwowania wspomnianych zasad⁽¹⁹⁾.

Zagadnienia dotyczące m.in. ograniczenia kontaktu telefonicznego, przeprowadzania rewizji osobistych rzeczy pacjenta, kontrolowania pacjenta w momencie korzystania np. z toalety to kwestie, które nie występują w przepisach prawa pozytywnego. Zagadnienia te uregulowane są najczęściej w zapisach regulaminu porządkowego danego oddziału. Zgodnie z art. 18a ust. 2 ustawy o ZOZ-ach zasady określone w regulaminie nie mogą naruszać praw pacjentów, które określone zostały w sposób ustawowy. Na gruncie psychiatrii należy odwołać się zatem w szczególności do ustawowej zasady: najmniejszej uciążliwości oraz intruzyjności, swobodnego kontaktu osobistego, telefonicznego oraz listowego z innymi osobami, poszanowania bezpieczeństwa innych osób. Podejmując się jednak dalszej analizy zarysowujących się dylematów etycznych, należy zadać kilka dodatkowych pytań odnoszących się bezpośrednio do prywatności pacjenta: czy personel ma prawo ograniczyć pacjentowi kontakt z osobami z zewnątrz? czy ma prawo ingerować w jego sferę religijną poprzez ograniczanie np. kontaktu z księdzem? czy ma prawo nie wpuścić na oddział rodziny pacjenta podejrzanej o dostarczanie choremu alkoholu? czy w trakcie przyjęcia do szpitala oraz w chwili trwania leczenia personel ma prawo kontrolować osobiste rzeczy pacjenta? Także w ramach wspomnianego już powyżej tzw. przymusu bezpośredniego rodzą się kolejne prawno-etyczne pytania. Artykuł 18 ust. 4 ustawy o o.z.p. zobowiązuje lekarzy lub pielęgniarki, by stosując w określonych wypadkach przymus bezpośredni, wybierali środek jak najmniej uciążliwy. Ustawodawca upoważnia do stosowania jedynie unieruchomienia, przytrzymania, izolacji lub przymusowego podania leków. Czy jednak w ramach przymusowego podania leków można przymusowo karmić pacjenta? Czy można przymusowo go umyć lub też ob-

ciąć bez jego zgody włosy, w chwili gdy zaniedbania w zakresie higieny osobistej zagrażają zdrowiu pacjenta lub innych osób? Trudno w ramach krótkich rozważań odpowiedzieć na wszystkie przedstawione zagadnienia. Można jednak podjąć się próby ukazania najistotniejszych zasad prawno-etycznych⁽²⁰⁾, jakimi winien kierować się personel medyczny. Do wspomnianego wątku należy dołączyć także kilka uwag o charakterze socjologiczno-prawnym. Warto zastanowić się także nad tym, jak konkretne działania podejmowane przez personel w zakresie ochrony praw pacjenta mogą wpływać na jego dalszy pobyt w szpitalu oraz poza nim.

Belin przywołując przykład pacjentki, której personel odebrał osobiste rzeczy, zaznacza, iż pierwszym lekarstwem w kontakcie z osobą chorą psychicznie winien być szacunek⁽²¹⁾. W podobnym tonie wypowiada się Balint, twierdząc, iż podstawowym lekarstwem jest nierzadko sam lekarz. Ustawa o o.z.p. w kilku punktach zwraca uwagę, iż pacjent bez względu na swój stan zdrowia winien być informowany o przyczynach przyjęcia (także bez zgody), o zamiarze zastosowania przymusu bezpośredniego, o planowanym postępowaniu terapeutycznym. Kress podkreśla jednak, że zdarza się, iż informowanie pacjenta psychotycznego o planowanym działaniu powoduje u niego wystąpienie np. agresji. Zauważa, iż sytuację tę trudno przewidzieć, tak więc „zasada informowania” winna przede wszystkim zawsze przyświecać terapeutycie. Dzięki temu w trakcie leczenia istnieje możliwość uniknięcia wielu nieprzyjemnych, także dla personelu, zdarzeń przymusowych⁽²²⁾. Zasadę tę można odnieść bezpośrednio do przywołanych powyżej przykładów. Reakcja pacjenta, którego personel prosi o okazanie osobistych rzeczy, zależy właśnie od okazanego mu szacunku oraz sposobu i zakresu udzielenia mu informacji. Tylko posiadając informacje, możemy w sposób w pełni uświadomiony wyrazić zgodę. Pacjent, który z szacunkiem jest informowany o obowiązujących zasadach, może spokojnie przeanalizować ich zasadność, dzięki czemu szybciej podchodzi z uznaniem do obowiązujących przepisów. Z kolei pacjent, którego bez uprzedzenia zaczyna się przeszukiwać, automatycznie zaczyna odczuwać strach, co bezpośrednio może prowadzić do pojawienia się zachowań agresywnych. Jak więc zasady winny być przestrzegane w sytuacji koniecznego przeszukania pacjenta?

Jako przesłankę zastosowania przymusu bezpośredniego podaje się m.in. fakt, iż osoba chora psychicznie zaczyna gromadzić określone niebezpieczne przedmioty: broń, ładunki wybuchowe etc.⁽²³⁾ Na terenie szpitala psychiatrycznego status niebezpiecznego przedmiotu może mieć np. plastikowy nóż, alkohol, sznurek lub – w wypadku zaburzeń odżywiania – jedzenie. Personel oddziału, bazując jedynie na zapisach regulaminu wewnętrznego, zmuszony jest nieraz podjąć działania sprawdzające, czy na terenie oddziału znajdują się przedmioty, które mogą być wykorzystane w sposób zagrażający zdrowiu i życiu pacjentów. Czy w takiej sytuacji personel ma prawo przeszukać np. szafkę pacjenta? Odpowiedź brzmi: tak. Wpierw jednak pacjent musi być o powyższym uprzedzony. Należy podjąć próbę uzyskania od niego zgody. Działania takie muszą zawsze być przeprowadzane w obecności pacjenta oraz co najmniej dwóch pracowników medycznych, bez udziału innych pacjentów. Ponadto wspomniana czynność musi być dokładnie opisana w dokumentacji

medycznej pacjenta. Dzięki zaistnieniu wspomnianych zasad istnieje możliwość przejrzystego ingerowania w sferę prywatności danej osoby w sposób szanujący jej intymność. Pacjent ma jasny komunikat ukazujący przyczyny wspomnianych działań. Ponadto chory ma możliwość wyrażenia na nie zgody. Opisanie wspomnianych zdarzeń w dokumentacji stanowi realizację zaleceń ustawowych, by szczególnie istotne kwestie związane z postępowaniem terapeutycznym (np. przyczyny przyjęcia bez zgody do szpitala lub zastosowania przymusu bezpośredniego, przeprowadzenie zabiegu stwarzającego podwyższone ryzyko etc.⁽²⁴⁾) umieszczane były w historii choroby pacjenta. Co jednak w przypadku, gdy personel kontroluje samego pacjenta, np. w toalecie, lub też kontroluje jego korespondencję?

Pietrzykowski oraz Dąbrowski zaznaczają, iż ochrona korespondencji osobistej jest prawem o charakterze absolutnym. Jej ustawowa ochrona podkreślona została w art. 13 ustawy o o.z.p., gdyż w przeszłości zdarzały się bardzo często sytuacje naruszające powyższą kardynalną zasadę⁽²⁵⁾. Inną kwestią jest kontrola pacjentów np. w toalecie lub w łazience. Z tego typu praktykami można się spotkać na terenie oddziałów zaburzeń odżywiania leczących m.in. jadłowstręt psychiczny oraz bulimię. Na oddziałach tych dominującą formą terapii jest kształtowanie u pacjentów odpowiednich nawyków pokarmowych, trenowanie kontroli zachowań społecznych, edukacja dietetyczna. Na oddziałach leczących zaburzenia odżywiania do częstych zaliczyć można zjawiska manipulowania wagą przez pacjentów. Na przykład pacjenci z bulimią potajemnie objadają się lub prowokują wymioty, z kolei osoby dotknięte anoreksją fałszują wyniki ważenia lub w odosobnieniu wykonują ćwiczenia fizyczne. Działania takie w tych zaburzeniach powodować mogą stan zagrożenia życia i zdrowia⁽²⁶⁾. Wystąpienie wspomnianych czynności nakazuje personelowi podjęcie działań sprawdzających zachowanie pacjenta, także w sytuacji wykonywania czynności higienicznych. Ze względu na cechy wspomnianego zaburzenia pacjent także w tego typu sytuacjach intymnych może wykonywać czynności, które zagrażać mogą jego życiu. Rzeczony działania kontrolne nie mogą być jednak niczym nieograniczone. Podobnie jak w kwestii kontrolowania osobistych rzeczy pacjenta, także tutaj osoba np. chora na anoreksję musi być uprzedzona o zamiarze kontrolowania jej podczas przebywania w łazience, np. pukaniem do drzwi. Wcześniej, w ramach zapoznawania się z regulaminem oddziału, pacjenci wspomnianych oddziałów muszą być informowani o stosowanej praktyce. Działania tego typu może oczywiście przeprowadzać jedynie pracownik medyczny. Niedopuszczalne wydaje się przeprowadzenie omawianej wyżej kontroli np. przez personel sprzątający, który w żaden sposób nie uczestniczy w terapii pacjenta. Przestrzeganie proponowanych zasad daje pacjentowi jasny komunikat, iż wynikają one nie z niezdrowej ciekawości, ale z zasady dbania o bezpieczeństwo i zdrowie pacjenta.

SOCJOLOGICZNO-PRAWNE PODSUMOWANIE

Żadne prawo, czy to wynikające z ustaw, czy z regulaminów wewnętrznych, nie działa w próżni. Pacjenci, szczególnie od-

działów psychiatrycznych, doświadczają codziennie nakazów oraz zakazów wynikających z przepisów prawa. Pacjent, którego nie informuje się o prawie, któremu nie wyjaśnia się przyczyn podejmowanego postępowania, którego nie pyta się o zgodę, odczuwa frustrację, a następnie może przejawiać wewnętrzną lub zewnętrzną agresję. Sytuacja ta zgodna jest z koncepcją Dollarda i Millera, którzy w swoich badaniach doszli do wniosku, iż odczuwana frustracja najczęściej prowadzi do pojawienia się agresji⁽²⁷⁾. Agresja ta może być skierowana na innych lub na siebie, co jest częstym zjawiskiem na terenie omawianych placówek. Prawo nie ma dla wspomnianego pacjenta żadnego autorytetu, gdyż nie współgra ono z jego intuicyjnym poczuciem sprawiedliwości⁽²⁸⁾. Poczucie to kształtuje się wraz ze świadomością prawną. Pacjent, posiadając określoną świadomość prawną⁽²⁹⁾, na którą składają się wiedza, ocena oraz postulaty wobec przepisów, z chwilą gdy doświadcza np. niezgodnego z przepisami działania, kształtuje w sobie antyprawne postawy⁽³⁰⁾. U pacjenta pojawiają się postawy nonkonformizmu, a więc negowania przepisów prawa. Negowanie to może mieć postać antyspołecznych zachowań. Łamanie praw pacjentów leczonych z powodu zaburzeń zachowania może powodować wystąpienie zachowań antyspołecznych. Pacjent może dojść do wniosku, iż tylko pokazując siłę, może skutecznie zawalczyć o swoje prawo, np. do posiadania telefonu komórkowego. Łamanie prawa wpływa więc destruktywnie na proces terapeutyczny. Także inne grupy pacjentów leczonych psychiatrycznie, które widzą, że nic nie zyskają, sprzeciwiając się postępowaniu personelu, mogą dojść do przekonania, iż wszelki „bunt” nie ma sensu. Lepiej przyjąć naruszający ich prawa sposób postępowania personelu za jedyny właściwy. Doprowadzi to do szybszej realizacji głównego celu (postawa oportunistyczna), jakim jest opuszczenie szpitala. W tej sytuacji jednak należy przyjąć, iż osoba ta może skutecznie ukrywać przed personelem niektóre objawy swojej choroby/zaburzenia, które po opuszczeniu szpitala mogą stanowić wyraźne zagrożenie dla pacjenta lub innych osób. Chora na jadłowstręt psychiczny pacjentka, której bez wyjaśnienia ogranicza się kontakt z bliskimi, może czasowo zaakceptować powyższe postępowanie. Akceptacja takiej formy postępowania terapeutycznego następuje nie z powodu szacunku dla określonego autorytetu, np. terapeuty, ale z powodu lęku przed lekarzem, pielęgniarką itd. Po opuszczeniu szpitala pacjentka nie będzie miała kontaktu ze wspomnianymi osobami, a więc nic nie będzie stało na przeszkodzie, by zrezygnować z poczynionych w szpitalu ustaleń dotyczących treningu w zakresie diety czy też przyjmowania określonych leków. Naruszając prawa pacjenta, w tym szczególnie prawa do intymności i prywatności, można zaprzepaścić wszelkie sukcesy terapeutyczne po opuszczeniu przez pacjenta szpitala.

Zastosowanie przymusu, podjęcie działań kontrolnych lub też ograniczenie niektórych praw, przeprowadzone jednak z uwzględnieniem opisanych powyżej prawno-etycznych zasad, może prowadzić do pojawienia się postaw poprawnych, głównie legalizmu. Pacjent informowany o przyczynach stosowania przepisów, zwłaszcza przepisów ingerujących w sferę prywatności, może doświadczać pozytywnej lub negatyw-

nej oceny prawa. U pacjenta tego jednak kształtować się będzie w sposób automatyczny szacunek dla prawa jako do zjawiska, które nie pomija go w istotnych dla niego kwestiach. Tylko przy takim założeniu pacjent jest skłonny przestrzegać regulaminowych zapisów. W takiej konstelacji zdarzeń pacjent może zaakceptować prawo jako wartość – legalizm – lub też podjąć zgodne z normami działania mające na celu zmianę prawa – pozytywny nonkonformizm. Należy podkreślić, że przestrzeganie praw pacjenta w tak szczególnych sytuacjach odnoszących się do prywatności osoby, jak te opisane powyżej, utrwała efekty terapii. Pacjent w takim scenariuszu przyjmuje leki, uczestniczy w psychoterapii itd. nie dlatego, że się kogoś boi, ale dlatego że postępowanie personelu wzbudza jego szacunek. Szacunek ten może być pozyskany np. dzięki dokładnemu informowaniu pacjenta o przyczynach oraz przebiegu zdarzeń, które mogą naruszać jego sferę prywatności. Uczucie takie pojawia się także, w chwili gdy wszystkie tego typu działania są dla pacjenta przejrzyste. Ma to znaczenie zwłaszcza po opuszczeniu przez pacjenta szpitala, wtedy przyjmowanie leków oraz udział w psychoterapii nie podlegają kontroli. Dlatego też, szczególnie w tym przypadku, możemy mówić o ogromnej roli motywacyjnej oraz wychowawczej przestrzegania prawa na terenie szpitala psychiatrycznego.

Prawo, co należy podkreślić, nie jest jedynie zbiorem przepisów umiejscowionych w opasłych tomach. Prawo, co rozumiałe, oddziałuje na społeczeństwo, jak również – na uczestniczący w działaniach szpitala psychiatrycznego wycinek tego społeczeństwa. Jednak, co należy szczególnie podkreślić, prawo działa na konkretnego człowieka, powodując u niego określone reakcje psychiczne. Petrażycki zwracał uwagę, iż jeśli prawo poprzez swoje oddziaływanie skłania do jego przestrzegania, to mamy do czynienia z pojawieniem się motywacji pozytywnej⁽³¹⁾. Niezrozumiałe działanie prawa, działanie opierające się na arbitralności, może prowadzić do szeroko rozumianej demoralizacji, w tym wypadku pacjenta szpitala psychiatrycznego. Prawo w takiej sytuacji nie stanowi dla niego autorytetu.

Każde działanie naruszające sferę prywatności pacjenta w szpitalu psychiatrycznym może być przez niego uznane jedynie wtedy, gdy nie jest podejmowane w sposób arbitralny.

W szpitalu psychiatrycznym, jak powyżej udowodniono, można się spotkać z licznymi sytuacjami, których rozwiązanie jest niejednoznaczne w sensie prawno-etycznym. Przestrzeganie jednak ogólnie przyjętych w koncepcji praw człowieka zasad poszanowania godności drugiej osoby powoduje, iż prawo, nawet ingerując w sposób paternalistyczny w prywatność pacjenta, zawsze będzie pomocą, a nie przeszkodą w procesie terapeutycznym.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Dudzik J.: Przychodzi pacjent od lekarza do rzecznika. Dziennik, 29 kwietnia 2009 r.; ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52, poz. 417); ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. Przepisy

wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. 2009 r. Nr 76, poz. 641).

2. Feinberg J.: Harm to Self. The Moral Limits to the Criminal Law. Tom II, Oxford University Press, 1989: 12-16.
3. Regulaminy wewnętrzne oddziałów psychiatrycznych: CSK UM w Łodzi oraz WSS w Zgierzu.
4. Motyka K.: Prawo do prywatności i dylematy współczesnej ochrony praw człowieka. Oficyna Wydawnicza Verba, Lublin 2006.
5. Kondratiewa-Bryzik J.: Orzeczenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie Tysiąc v. Polska. Prawo i medycyna (wydanie internetowe: <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=31>, cytowanie: 25.09.2009 r.) oraz Terlikowski T.P.: Nowa kultura życia. Apologia bioetyki katolickiej. Wydawnictwo Fronda, Warszawa 2009: 174-176.
6. Duda J.: Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2006: 69; zob. także: Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Dz. U. 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.).
7. Post. SN z 14.02.1996 r. II CRN 201/95, PiP 1997, nr 1, s. 111; Post. SN z 11.03.1986 r. I CR 3/86, OSP 1987, nr 4, poz. 86; Post. SN z 12.07.1996 r. II CRN 91/96, OSNC 1996, nr 12, poz. 164; Post. SN z 10.03.1998 r. I CKN 571/97, OSNC 1998, nr 10, poz. 170; zob. także wyrok ETPC wydany 25.03.1999 r. w sprawie Musiał v. Polsce, Skarga nr 24557/94.
8. Kopaliński W.: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem. Świat Książki, Warszawa 1999: 413.
9. Por.: ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 2007 r. Nr 14, poz. 89), ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2005 r. Nr 226, poz. 1943), ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.) oraz § 2 ust. 1 pkt 6 załącznika nr 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854 z późn. zm.) – w sposób bezpośredni odwołuje się do prawa pacjenta do prywatności w słowach mówiących, iż osoba, wobec której realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, ma prawo m.in. do: poszanowania prywatności z ograniczeniami wynikającymi ze specyfiki zakładu.
10. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.): „zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko (...), tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania (...)”.
11. Bujny J.: Prawa pacjenta – między autonomią a paternalizmem, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2007: 179.
12. Karkowska D.: Prawa pacjenta. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004: 365-366.
13. Post. SN z 10.03.1998 r. I CKN 571/97, OSNC 1998, nr 10, poz. 170; Bujny J.: Prawa pacjenta – między autonomią a paternalizmem..., 257-258.
14. Dąbrowski S., Pietrzykowski J.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – komentarz. Wydawnictwo IPiN, Warszawa 1997: 96.
15. Przymus bezpośredni, czyli takie środki, jak przytrzymanie, przymusowe podanie leków, izolację.
16. Por. rozdział 10 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52, poz. 417).

17. Benedek E.: Problemy prawne w psychiatrii. W: Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych. Materiały z seminarium psychiatrycznego. Wydawnictwo UJ, Kraków 1995.
18. W znowelizowanej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej o wspomnianej sytuacji mówi art. 19 ust. 5.
19. Kowalik R., Rogal A.: Pacjenci szpitala psychiatrycznego nie mogą filmować telefonem. Gazeta Wyborcza, 5 marca 2009 r.
20. Prawo do poszanowania godności, intymności oraz prywatności pacjenta określone zostało m.in. w art. 12 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. (tekst jednolity, zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy) oraz art. 1 ust. 3a kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
21. Belin S.: Schizofrenia. GWP, Gdańsk 2001: 39-46.
22. Kress J.J.: Zgoda pacjenta psychotycznego na oddziaływanie lecznicze. W: Siwak-Kobayashi M., Leder S. (red.): Psychiatria i etyka. Kraków 1995: 64.
23. Griszczyńska-Młodożeniec A., Pierzgańska K.: Wybrane zagadnienia prawne w psychiatrii. Materiały szkoleniowe. IPIŃ, Warszawa 2004: 296.
24. Por. art. 18 i 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz art. 34 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.
25. Dąbrowski S.: Prawa chorych psychicznie i przesłanki przymusowego postępowania. W: Siwak-Kobayashi M., Leder S. (red.): Psychiatria i etyka. Kraków 1995: 54.
26. Lazarus A.A., Dolman A.M. (red.): Psychopatologia. Zysk i S-ka, Poznań 2001: 93-95.
27. Korcz I.: Agresja – wyzwaniem cywilizacyjnym. W: Kowalski D., Kwiatkowski M., Zduniak A. (red.): Edukacja dla bezpieczeństwa: wybrane perspektywy. Wydawnictwo O'CHIKARA, Lublin 2004: 244.
28. Pilipiec S.: Autorytet prawa obowiązującego. UMCS, Lublin 2004: 17.
29. Współcześnie każda placówka lecznicza ma obowiązek wywieszania Karty Praw Pacjenta, z którą pacjent ma prawo się zapoznać.
30. Pieniążek A., Stefaniuk M.: Socjologia prawa – zarys wykładu. Zakamycze, Kraków 2003: 210.
31. Kojder A.: Godność i siła prawa. Oficyna Naukowa, Warszawa 1995: 94; zob. także Motyka K.: Wpływ Leona Petrażyckiego na polską teorię i socjologię prawa. Wydawnictwo KUL, Lublin 1993.