

ARTYKUŁ POGLĄDOWY

Submitted/Otrzymano: 17.07.2009 • Accepted/Zaakceptowano: 20.07.2009

© Akademia Medycyny

Wybrane prawa pacjenta nieprzytomnego *Selected rights of unconscious patient*

Aleksandra Fryś

Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu



Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie wybranych praw pacjentów nieprzytomnych i wynikających z tych praw obowiązków personelu medycznego. Autorka skupiła się na prawach pacjenta istotnych w bezpośredniej opiece nad chorym. *Anestezjologia i Ratownictwo 2009; 3: 364-369.*

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, pacjent nieprzytomny

Summary

The aim of this paper is to present selected rights of unconscious patients and duties of medical staff. The author concentrated on patient rights which are significant in medical care. *Anestezjologia i Ratownictwo 2009; 3: 364-369.*

Keywords: patient rights, unconscious patient

„Pacjent to nie tylko zbiór objawów i oznak,
zaburzonych funkcji, uszkodzonych organów i rozedrganych emocji.
To przede wszystkim człowiek, przeniknięty strachem i nadzieją,
poszukujący ulgi, pomocy i pocieszenia.”
[Principles of Internal Medicine]

Przez „pacjenta nieprzytomnego” będę w niniejszej pracy rozumieć nie tylko chorego, u którego utrata przytomności wynika z toczącego się w organizmie procesu chorobowego, ale również chorego, którego świadomość została wyłączona farmakologicznie. Będę więc chciała rozstrzygać przede wszystkim prawa pacjentów przebywających w oddziałach intensywnej terapii oraz pacjentów poddawanych znieczuleniu ogólnemu.

Nie jest moim celem analizowanie pewnych konstytucyjnych praw omawianej grupy chorych, jak np. prawo do ochrony zdrowia czy prawo do ochrony życia,

których realizacja leży po stronie państwa. Zamierzam zająć się szeregiem „drobnych”, acz ważnych, praw pacjenta wynikających z konstytucyjnego prawa do godności lub prywatności, praw, które jesteśmy zobligowani przestrzegać, gdy bezpośrednio zajmujemy się chorym. Pozwolę sobie pominąć również opisanie przeróżnych sytuacji zwolnienia z poszanowania pewnych jednostkowych praw pacjenta w imię dobra wspólnego. Chcę pokazać, jak powinno wyglądać poszanowanie praw bardzo specyficznej grupy pacjentów, którzy sami w żaden sposób nie mają bezpośredniej możliwości zadbać o swoje prawa, bo przecież z racji swego stanu

nie zaprotestują, nie krzykną, nie będą się bronić, nie będą czuć się zażenowani i nie zwrócą nam uwagi. Piszę tę pracę jako praktyk, który ma świadomość tego, jak istotne są prawa pacjenta, ale co ważniejsze jestem praktykiem, który ma świadomość popełnianych błędów. Zaznaczam to, dlatego żeby nie narazić się na zarzut abstrakcyjności, teoretyzowania i oderwania od praktyki lub co gorsza hipokryzji.

Po tym krótkim wstępie pozwolę sobie określić, jak funkcjonują prawa (uprawnienia) człowieka lub poszczególnych grup ludzi. Uprawnienia dają podmiotowi możliwość domagania się od drugiego podmiotu zachowania się w określony sposób [1]. Jak podaje R. Gillon: „ *pewne prawa nakładają na ludzi zobowiązania w stosunku do innych: albo do zrobienia czegoś, albo do powstrzymania się od działania*” [2]. Posiadanie przez człowieka praw oznacza, że może on wymagać od innych osób konkretnych zachowań lub zaniechań, a zatem inne podmioty, z którymi ma on do czynienia, mają wobec niego obowiązki należącego zachowania się. Przyznanie więc komuś praw zakłada jednocześnie istnienie obowiązków ciążyących na drugiej osobie lub osobach. Nie oznacza to jednak funkcjonowania tej zależności w drugą stronę, czyli o ile prawa generują obowiązki, to obowiązki nie wyznaczają praw, np. pacjent ma prawo do poszanowania intymności, co dla personelu medycznego oznacza obowiązek zadbania o odpowiednie warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jak pisze D. Karkowska: „*Prawa pacjenta służą społecznej zbiorowości, a żaden człowiek nie jest zabezpieczony przed tym, że nie stanie się częścią tej zbiorowości*” [1]. Podobnie uważa E. Kujawa, według której prawa pacjenta stanowią integralny fragment i konkretyzację praw człowieka oraz wyrastają ze wspólnego poczucia zagrożenia podmiotowych praw i godności jednostki ludzkiej [3].

Bycie pacjentem to wejście w szczególną sytuację i przyjęcie na siebie szczególnej roli korzystającego ze świadczeń opieki zdrowotnej, co wymaga zapewnienia specjalnej ochrony prawnej, bowiem wchodząc w relacje z przedstawicielami opieki zdrowotnej, pacjent oddaje w ich ręce swe najcenniejsze wartości, jakimi są zdrowie i życie [1]. Należy zaznaczyć, że pacjent nieprzytomny „traci” kontrolę nad tym, jaką rolę na siebie przyjmuje, z reguły wcale nie jest świadom tego, że właśnie wszedł w nową rolę społeczną, stąd też duże ryzyko przedmiotowego potraktowania go przez personel medyczny.

Głównym międzynarodowym dokumentem regulującym kwestie praw pacjenta jest *Deklaracja Praw Pacjenta* przyjęta na Międzynarodowej Konferencji Światowej Organizacji Zdrowia w Amsterdamie, która odbyła się w dniach 28-30 marca 1994 roku. Model *Deklaracji Praw Pacjenta WHO* stał się wzorcem do opracowywania krajowych deklaracji lub kart praw pacjenta.

Dokumentem Rady Europy o szczególnym znaczeniu dla regulacji praw pacjenta jest *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie* z 4 kwietnia 1997 roku (w skrócie znana jako *Europejska Konwencja Bioetyczna*). *Konwencja* za główny cel uznaje „ochronę godności i tożsamości wszystkich istot ludzkich oraz zagwarantowanie każdemu – bez dyskryminacji – poszanowania jego integralności oraz innych praw i podstawowych wolności w kontekście zastosowania biologii i medycyny” [4]. Współczesny postęp biomedycyny ma służyć wyłącznie dla dobra obecnych i przyszłych pokoleń ludzkości [1]. *Europejska Konwencja Bioetyczna* jest pierwszym dokumentem, który wprowadza do systemu normatywnego Rady Europy w dziedzinie ochrony praw człowieka, wyraźnie sformułowaną ochronę praw pacjenta. Ochrona pacjenta nie jest już zatem tylko moralnym obowiązkiem personelu medycznego, ale staje się normą prawa międzynarodowego [5].

W Polsce *Karta Praw Pacjenta* została zaprezentowana przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w *Komunikacie z 11 grudnia 1998 roku w sprawie przekazania do publicznej informacji Karty Praw Pacjenta* [1]. Jest to dokument, w którym zebrano wszystkie prawa przysługujące pacjentom, zebrane w różnych dokumentach prawnych. *Karta* ma uświadomić pacjentom oraz pracownikom służby zdrowia wzajemne uprawnienia i zobowiązania.

Obecnie polska *Karta Praw Pacjenta* zapewnia pacjentom:

1. Prawo do ochrony zdrowia.
2. Prawo do opieki zdrowotnej.
3. Prawo do swobody wyboru.
4. Prawo do niezbędnej opieki zdrowotnej.
5. Prawo do informacji.
6. Prawo dostępu do dokumentacji medycznej.
7. Prawo do wyrażenia zgody na interwencje medyczne.
8. Prawo domagania się zachowania poufności.

9. Prawo do poszanowania intymności.
10. Prawo do poszanowania godności osobistej.
11. Prawo do wsparcia ze strony najbliższych.
12. Prawo do opieki duszpasterskiej.
13. Prawo do godnej śmierci [1].

Jak wspomniałam wcześniej, skupię się tylko na tych wybranych prawach pacjenta, których poszanowanie leży w gestii osób sprawujących bezpośrednią opiekę nad hospitalizowanym chorym nieprzytomnym.

Prawo do godności (w *Karcie Praw Pacjenta* sformułowane jako prawo do poszanowania godności osobistej) jest konstytucyjnym prawem pacjenta, bowiem zgodnie z art. 30 *Konstytucji RP* [6] godność człowieka jest nienaruszalna i stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych [7]. Bezpośrednio to prawo jest zawarte w *Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej* (art. 19 ust.1 pkt 4), *Ustawie lekarskiej* (art. 36 ust. 1) oraz w *Kodeksie Etyki Lekarskiej* (art.12) i *Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP* [8-11].

Godność osobista stanowi subiektywne przekonanie jednostki o jej autentycznej wartości jako człowieka, bez względu na to, czy jest on zdrowy czy chory, czy jest on alkoholikiem, przestępcą lub innym „niegodziwym” człowiekiem. W tym rozumieniu pacjent powinien być traktowany jak „cały” człowiek, a nie tylko jak „uszkodzona funkcja lub sprawność”, posiadający własny system wartości i wiedzy. Naruszenie godności osobistej stanowi zniewaga (obraza), przy czym znieważenie nie musi nastąpić w obecności znieważanego [1], jak również znieważenie ma miejsce wtedy, gdy nasz pacjent nas nie słyszy, o czym jesteśmy przekonani lub możemy tak przypuszczać. Naruszenie godności osobistej zakłada umyślność po stronie sprawcy, nie jest bowiem możliwe znieważenie kogoś w sposób nieumyślny [12].

Z prawa pacjenta do poszanowania godności wynika wiele istotnych założeń regulujących relacje personel medyczny – pacjent i tym samym zobowiązujących personel do odpowiednich zachowań. Pacjent (również, a może przede wszystkim ten nieprzytomny pacjent) ma prawo oczekiwać od członków personelu medycznego wyrazów szacunku dla jego godności osobistej poprzez widzenie w jego osobie równoprawnego uczestnika stosunków międzyludzkich, czyli poszanowanie podmiotowości i autonomii człowieka. Pacjent ma prawo oczekiwać, że osoby stykające się z nim będą się zwracać do niego, używając jego imienia lub nazwiska. Pacjent ma prawo oczekiwać, że personel

medyczny będzie właściwie dobierał słowa, aby były one zrozumiałe dla słuchacza. Naruszeniem godności jest zadawanie nadmiernego i zbędnego bólu przez niestaranne, niedbałe, niesprawne lub wręcz brutalne wykonywanie świadczeń medycznych [1]. Wydaje się zatem, że aby przestrzegać prawo pacjenta nieprzytomnego do poszanowania godności trzeba z naszej strony naprawdę niewiele. Ale jednocześnie mam wrażenie, że jest to prawo, które bardzo łatwo potrafimy złamać, bowiem mamy do czynienia z pacjentem zupełnie bezbronnym. Jestem przekonana, że w odniesieniu do każdego przytomnego dorosłego chorego nie mielibyśmy odwagi zwrócić się do niego po imieniu i powiedzieć mu lub o nim szeregu rzeczy, które łatwo przechodzą nam przez gardło, gdy chory jest nieprzytomny. Pamiętajmy, że warunkiem naruszenia prawa pacjenta do godności jest umyślność po stronie sprawcy, aczkolwiek nie wydaje mi się, żebyśmy wiele słów na temat naszych pacjentów wypowiadali zupełnie nieświadomie. Ponieważ mamy do czynienia z kimś, kto się nie obroni i nie zaprotestuje, a to „wyzwała” naszą „odwagę” i często niestety brak jest zahamowań w relacjach z pacjentem, to chyba takim czynnikiem hamującym nasz język i zachowania powinien być punkt odniesienia do naszej własnej osoby, mianowicie to, czy ja sama będąc nieprzytomną chorą, chciałabym być dla osób sprawujących nade mną opiekę, np. po prostu „Zosią” czy „Panią Zosią”, czy chciałabym, żeby o mnie ktoś powiedział: „Trzeba było nie jechać tak szybko” albo „Trzeba było tyle nie jeść”.

WHO-wska *Deklaracja Praw Pacjenta* prawo do poszanowania godności wiąże z prawem do poszanowania intymności. Bezpośrednio oba te prawa zawarte są w *Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej* (art. 19 ust.1 pkt 4), *Ustawie lekarskiej* (art. 36 ust. 1) oraz w *KEL* (art.12) [8-10].

Intymność dotyczy zarówno samej osoby pacjenta – jego sfery życia wyłącznie osobistego, poufnego, jak i charakteru relacji z innymi osobami – opartymi na relacjach serdeczności, zażyłości stosunków [1]. Naruszenie intymności pozostaje w związku z poczuciem wstydu [13], a pacjent nieprzytomny wstydu nam nie okaże. Zatem znowu łatwo o nadużycia i znowu starajmy się odnosić to prawo do własnej osoby – czy chciałabym być tak potraktowana, czy chciałabym, żeby ktoś odkrył moje ciało bardziej niż to jest potrzebne, żeby wykonywanemu zabiegowi przyglądało się wiele różnych osób, o czym nie zostałam nawet uprzedzona.

Zasadniczym bowiem warunkiem poszanowania intymności – co należy do obowiązków personelu medycznego – jest obecność w trakcie wykonywania interwencji medycznej jedynie personelu medycznego niezbędnego ze względu na rodzaj udzielanego świadczenia zdrowotnego. Przy czym pacjent może nie życzyć sobie, aby w trakcie udzielania świadczenia była obecna wskazana przez niego osoba spośród personelu medycznego (np. konkretna pielęgniarka). Wydaje się, że ten aspekt prawa pacjenta do poszanowania intymności jest do możliwy do respektowania jedynie w odniesieniu do chorego poddawanego znieczuleniu ogólnemu, który przed znieczuleniem może wskazać osobę, której obecności nie życzy sobie podczas zabiegu. Chory nieprzytomny, który przebywa w oddziale intensywnej terapii i trafił tam w trybie ostrym w stanie zagrożenia życia, z reguły nie ma możliwości skorzystania z tego uprawnienia.

Wyjątek od prawa pacjenta do poszanowania intymności stanowi obecność osób uczących się zawodów medycznych w klinikach i szpitalach uczelni medycznych, przy czym:

- nie jest konieczne uzyskanie zgody pacjenta na obecność tych osób, jeżeli interwencja medyczna jest niezbędna i wynika z toku leczenia,
- konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta na obecność tych osób, jeżeli interwencja medyczna nie jest konieczna w procesie leczenia pacjenta, a przeprowadzenie jej ma stanowić czynność służącą wyłącznie demonstracji o charakterze dydaktycznym [13].

Naruszenie intymności w medycynie następuje najczęściej przez beztrochę, brak wyobraźni, czy właściwych odruchów w tej mierze, bądź w związku z posiadaniem przez personel medyczny złych nawyków. Ponadto należy pamiętać, że obowiązkiem personelu medycznego jest minimalizacja do granic koniecznych odkrywania nagości pacjenta [1].

Prawem pacjenta, które można wywieść z konstytucyjnej normy przestrzegania prywatności, jest prawo domagania się zachowania poufności. *Konstytucja RP* zapewnia każdemu obywatelowi osobiste prawo do ochrony życia prywatnego (art. 47), ochrony tajemnicy komunikowania się (art. 49), ochrony przed ujawnieniem informacji dotyczących jego osoby (art. 51 ust. 1), prawo dostępu do dotyczących obywatela urzędowych dokumentów i zbiorów danych (art. 51 ust.3) [1,6].

Prawo do ochrony życia prywatnego pacjenta

wynika z ustaw zawodowych, które zobowiązują lekarza, pielęgniarkę, położną do zachowania tajemnicy zawodowej [9,14] i z kodeksów etyki zawodowej [10,11]. Wynika stąd prawo pacjenta do zachowania w poufności wszystkich informacji związanych z jego osobą (również tych zawartych w dokumentacji), a uzyskanych przez lekarza, pielęgniarkę, położną w związku z wykonywaniem zawodu. Obowiązek tajemnicy zawodowej jest bardzo obszerny. Podlega mu bowiem zarówno to, co pracownicy służby zdrowia usłyszeli od chorego, jak i to, co zaobserwowali umyślnie lub przypadkowo; zarówno to, co dotyczy osoby chorego, jak i jego otoczenia; zarówno to, co jest związane z poradą lub leczeniem, jak i to, co nie ma z nimi bezpośredniego związku [15,16]. Obowiązek ten jest nieograniczony w czasie, a więc dotyczy także byłych pacjentów i nie zwalnia z niego śmierć pacjenta [1].

I znowu chyba łatwo złamać to prawo w odniesieniu do chorego nieprzytomnego, bo przecież nie słyszy co i komu mówimy na jego temat, a my personel często nie staramy się nawet zastanawiać nad tym, czy dana osoba jest uprawniona do pozyskiwania informacji o naszym chorym, bo jest koleżanką z innego oddziału i właśnie dzwoni i pyta o stan pacjenta, który jest jej dobrym znajomym.

Kolejne prawo pacjenta to prawo do wsparcia ze strony najbliższych zagwarantowane przez *Ustawę o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku*. W myśl ustawy pacjent ma prawo do:

- dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę przez niego wskazaną,
- kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz [8].

Jest to prawo przysługujące każdemu pacjentowi, przy czym pacjent nieprzytomny z racji swego stanu może korzystać z tego prawa w sposób ograniczony. Jest oczywiste, że to uprawnienie pacjenta nie funkcjonuje w warunkach sali operacyjnej. Natomiast na oddziale intensywnej terapii najważniejszym jego aspektem jest zapewnienie pacjentowi kontaktu osobistego z najbliższymi. Personel nie może zabronić pacjentowi skorzystania z tego prawa, ale też nie może zmusić pacjenta do skorzystania z tego uprawnienia. Wpływ rodziny lub innych osób bliskich choremu na proces zdrowienia i – co chyba ważniejsze – na zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa, choć nie do końca wciąż zbadany, wydaje się być nieoceniony. Jednak prawo pacjenta do wsparcia ze strony najbliższych może

zostać ograniczone w sytuacji, np. zagrożeń epidemiologicznych [1].

Inne prawo pacjenta to prawo do opieki duszpasterskiej, które pośrednio wynika z konstytucyjnej normy dotyczącej wolności sumienia i religii (*art. 53 Konstytucji RP*) [6]. Wobec pacjentów przebywających w całodobowych lub całodziennych zakładach opieki zdrowotnej prawo to reguluje *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku* [8]. W myśl ustawy prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej obejmuje:

- prawo do bezpośredniego kontaktu z opiekunem duchowym wyznawanej przez siebie religii,
- umożliwienie uczestnictwa w obrzędach religijnych organizowanych w szpitalu,
- w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia powodującego w odczuciu pacjenta zagrożenie życia, prawo, aby szpital niezwłocznie zawiadomił duchownego wyznawanej przez pacjenta religii i umożliwił z nim kontakt.

Jest to prawo, które co prawda nie może zostać pacjentowi ograniczone przez personel, ale w przypadku pacjenta nieprzytomnego jest ono ograniczone przez sam stan pacjenta, który np. nie może uczestniczyć w obrzędach religijnych mających miejsce w szpitalu. Należy również pamiętać o tym, że pacjent ma także prawo do nieskorzystania z opieki duszpasterskiej [1].

Obowiązki personelu medycznego wynikające z tego prawa to: 1) zapewnienie pacjentowi kontaktu z osobą duchowną odpowiedniego wyznania zarówno w sytuacjach codziennego kontaktu, jak i – tym bardziej – w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, ale także: 2) nie zmuszanie pacjenta do korzystania z opieki duszpasterskiej, jeśli sam sobie tego nie życzy. W odniesieniu do chorego nieprzytomnego, którego życzeń co do opieki duszpasterskiej nie jesteśmy w stanie poznać bezpośrednio od niego samego, wydaje się, że o zdanie należy zapytać bliskich chorego.

Ostatnie z analizowanych praw pacjenta to prawo do godnej śmierci wynikające z zapisu *Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku*, który zapewnia pacjentowi prawo do umierania w godności i spokoju [8]. Słowo „godność” zostało tutaj użyte w sensie „człowieczeństwo” [12]. Prawo to może być wyegzekwowane przez samego pacjenta lub osoby towarzyszące mu w końcowym okresie życia. Z prawa tego wynika kilka szczegółowych wytycznych, aczkolwiek nie wszystkie są w pełni możliwe do spełnienia w opiece nad chorym nieprzytomnym:

- pacjent umierający ma prawo do wszelkich informacji o swoim stanie zdrowia, również o niepomyślnym rokowaniu, ale także pacjent ma prawo do nieinformowania,
- pacjent umierający ma prawo do umierania bez zbędnego bólu; łagodzenie wszelkich cierpień, a zwłaszcza nieznośnego bólu, jest podstawowym warunkiem poszanowania godności ludzkiej,
- pacjent umierający ma prawo do profesjonalnej opieki pielęgnacyjnej,
- pacjent umierający ma prawo do wsparcia psychicznego poprzez stosowanie działań i metod wsparcia psychologicznego, a w sytuacjach krytycznych przez stosowanie środków psychotropowych umożliwiających wewnętrzne przezwyciężenie problemów natury emocjonalnej,
- pacjent umierający ma prawo do opieki duszpasterskiej, do dodatkowej opieki ze strony osób bliskich pacjentowi oraz do utrzymywania kontaktu z osobami z zewnątrz do chwili swojej śmierci [1].

Z prawa pacjenta do godnej śmierci wynika obowiązek takiego traktowania umierającego przez personel, by odpowiadało to powadze śmierci [12], obowiązek zwalczania bólu i innych dolegliwości, obowiązek wykonywania odpowiednich zabiegów pielęgnacyjnych, a przede wszystkim obowiązek informacyjny. Obowiązki personelu wobec osób umierających wynikają z omówionych wcześniej praw pacjenta. Specyficzna jest jednak tutaj sytuacja odbiorcy tych obowiązków – sytuacja zbliżającej się śmierci.

Obowiązek poszanowania praw pacjenta wydaje mi się być jednym z najtrudniejszych naszych obowiązków zawodowych. Trudność tego obowiązku polega na tym, że szalenie łatwo jest nam złamać wiele praw pacjenta, zwłaszcza pacjenta nieprzytomnego. Co gorsza, nasze przewinienia w tym zakresie wynikają najczęściej z bez troski i niedbałości, a tłumaczymy się brakiem czasu, nadmiarem obowiązków, pośpiechem. Wydaje mi się, że zawsze musimy mieć czas na odpowiednie traktowanie i dbanie o odpowiednie relacje z pacjentem.

Adres do korespondencji:
Aleksandra Fryś
Katedra Nauk Społecznych
ul. Dąbrowskiego 79
60-529 Poznań
Tel.: 0 618 546 911; E-mail: olafrys@op.pl

Piśmiennictwo

1. Karkowska D. Prawa pacjenta. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC; 2004.
2. Gillon R. Etyka lekarska. Problemy filozoficzne, Warszawa: PZWL; 1997.
3. Kujawa E. Prawa pacjenta – nowa rzeczywistość, nowe dylematy moralne. [W:] Rogala-Pawelczyk G (red.). Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarki i położnej. Warszawa; 1998.
4. Europejska Konwencja Bioetyczna. [W:] Nesterowicz M: Prawo medyczne. Toruń: Wyd. „Dom Organizatora”; 2001
5. Małecka D. Prawna ochrona pacjenta na tle europejskiej konwencji bioetycznej. Prawo i Medycyna 1999; 3: 84-93.
6. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U. Nr 78, poz. 483.
7. Bujny J. Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem. Warszawa: Wyd. C.H. Beck; 2007.
8. Ustawa z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.
9. Ustawa z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn. Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.
10. Kodeks Etyki Lekarskiej (2004).
11. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Biuletyn Specjalny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych 2005. Poznań 2005.
12. Boratyńska M, Konieczniak P. Prawa pacjenta. Warszawa: Wyd. Difin; 2001.
13. Drabik W. O poszanowaniu prawa pacjenta do intymności. Puls 1996; 7-8. [Za:] Karkowska D. Prawa pacjenta. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC; 2004.
14. Ustawa z 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, tekst jedn. Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 ze zm.
15. Brzeziński T. Etyka lekarska. Warszawa: PZWL; 2002.
16. Huk A. Tajemnica zawodowa lekarza w polskim procesie karnym. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC; 2006.