



## Przestrzeganie praw pacjenta w oddziałach położniczych

Raport z monitoringu wybranych oddziałów położniczych  
woj. mazowieckiego

**„Monitoring przestrzegania praw pacjenta w oddziałach położniczych”  
został przeprowadzony dzięki dotacji Programu Społeczeństwa  
Obywatelskiego Fundacji im. Stefana Batorego**

**Stan prawny z dn. 1.12.2004 r.**

**Opracowanie raportu:** Urszula Kubicka-Kraszyńska  
Joanna Maślik-Jędrzejak  
Anna Otffinowska

Wszystkim osobom, które pomogły nam w przeprowadzeniu monitoringu, a przede wszystkim dyrektorom szpitali, ordynatorom, lekarzom, położnym i pielęgniarkom pracującym na oddziałach, które odwiedziliśmy, oraz kobietom, które dzieliły się z nami swoimi doświadczeniami – bardzo serdecznie dziękujemy.

Warszawa, 2004

© Copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku

**Fundacja Rodzić po Ludzku**

00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15

tel. (22) 877 78 76

[www.rodzicpoludzku.pl](http://www.rodzicpoludzku.pl)

[fundacja@rodzicpoludzku.pl](mailto:fundacja@rodzicpoludzku.pl)

## **O Fundacji Rodzić po Ludzku**

Fundacja Rodzić po Ludzku powstała w 1996 r. aby kontynuować działania zapoczątkowane w 1994/95 r. podczas dwóch edycji akcji „Rodzić po ludzku”, która w znaczący sposób wpłynęła na warunki rodzenia w Polsce. Fundacja była również współorganizatorem ostatniej edycji akcji Rodzić po Ludzku w 2000 roku.

Celem statutowym Fundacji jest poprawa warunków w opiece okołoporodowej w Polsce – organizujemy cieszące się dużym zainteresowaniem personelu medycznego szkolenia i konferencje, pomagamy kobietom w ciąży i matkom małych dzieci: przygotowujemy do porodu, wspieramy w początkach macierzyństwa. Wydajemy poradniki i ulotki, prowadzimy bank informacji o ofercie oddziałów położniczych, szkół rodzenia i poradni laktacyjnych. W Fundacji działają także dwa telefony – telefon wsparcia dla kobiet przeżywających trudności emocjonalne w ciąży i po porodzie, oraz telefon porad prawnych.

## WPROWADZENIE

Przestrzeganie praw pacjenta było zawsze w centrum zainteresowania Fundacji Rodzić po Ludzku i stanowiło pole jej wielu aktywności – poczynając od pierwszej akcji „Rodzić po Ludzku”, podczas której kobiety opisywały swoje porody i oceniały szpitale kierując się tym, czy ich intymność i godność była uszanowana, czy były informowane o przebiegu porodu, stanie swoim i dziecka, czy miały możliwość kontaktu z rodziną. Można powiedzieć, że każda edycja akcji „Rodzić po Ludzku” była spontanicznym quasi monitoringiem, opartym na bezpośrednich relacjach kobiet. Akcja zwróciła uwagę opinii publicznej na różnicę między przedmiotowym a podmiotowym traktowaniem pacjentek w szpitalach, nośną – ale też dla wielu osób kontrowersyjną nazwą – przypominając, iż „po ludzku” oznacza przede wszystkim „z poszanowaniem godności”.

W kolejnych latach Fundacja zajmowała się prawami pacjenta w sposób bardziej systematyczny. W 2001 roku przeprowadzono badanie ankietowe „Mój poród”, które badało między innymi wpływ kobiet na przebieg porodu. W 2002 r. opublikowano ulotkę „Mamy Prawa Mamy”, która w przystępny sposób informowała kobiety o prawach pacjenta. Była ona dystrybuowana za pośrednictwem wszystkich szkół rodzenia w Polsce. W latach 2003 i 2004 wydaliśmy poradniki dla kobiet w ciąży „Kieszonkowy Poradnik na Początek”, „Jestem w ciąży”, „Jestem mamą”, które również zawierają informacje o prawach pacjenta i zachęcają kobiety do zajmowania świadomej i aktywnej postawy wobec opieki okołoporodowej. Od 2000 r. w Fundacji regularnie dyżuruje prawniczka, która udziela porad z zakresu praw pacjenta.

„Monitoring przestrzegania praw pacjenta w oddziałach położniczych” został przeprowadzony w 2004 r. dzięki dotacji Programu Społeczeństwo Obywatelskie Fundacji im. Stefana Batorego. To pierwsze, ale z pewnością nie ostatnie tego typu systematyczne badanie. Zostało opracowane w oparciu o doświadczenia zebrane w czasie realizowania wcześniejszych, wyżej opisanych, działań Fundacji.

Efektem monitoringu przestrzegania praw pacjenta w oddziałach położniczych jest opracowanie poradnika „Przykłady dobrych praktyk. Jak przestrzegać praw pacjenta?” zawierającego wskazówki dla personelu oddziałów ginekologicznych, patologii ciąży i położniczych.

## Co to jest monitoring?

**Monitoring przestrzegania praw człowieka<sup>1</sup>** jest przyjętą przez organizacje typu watch-dog (czyli zajmujące się zagadnieniami przestrzegania praw człowieka i obywatela) metodą służącą dokładnemu zbadaniu przestrzegania praw człowieka przez określone instytucje.

**Monitoring** to zaplanowane, usystematyzowane, prowadzone według przyjętego schematu badanie wybranego fragmentu rzeczywistości społecznej.

Wyniki monitoringu służą dokładnej diagnozie i opisowi danego problemu społecznego, i są wykorzystywane w planowaniu działań rzeczniczych – na rzecz konkretnych zmian w prawie i w praktyce, oraz działań edukacyjnych.

Monitoring dotyczył przestrzegania następujących praw pacjenta:

- prawo do poszanowania intymności i godności
- prawo do informacji
- prawo do wyrażania zgody na interwencję medyczną
- prawo do opieki sprawowanej przez osobę bliską
- prawo do kontaktu z rodziną
- prawo do ochrony tajemnicy lekarskiej.

### **Cele monitoringu przestrzegania praw pacjenta w oddziałach położniczych:**

- zbadanie stopnia przestrzegania praw pacjenta w oddziałach położniczych
- zbadanie, jak organizacja pracy oddziałów sprzyja lub przeszkadza w ich realizacji
- zbadanie zgodności wewnętrznych regulacji szpitalnych w zakresie praw pacjenta z obowiązującymi przepisami prawa
- podniesienie poziomu wiedzy personelu medycznego o prawach pacjenta

## **Jak przeprowadzaliśmy monitoring?**

### **Dobór szpitali**

Badaniem zostały objęte oddziały położnicze w województwie mazowieckim. O planowanym monitoringu został powiadomiony Minister Zdrowia. Do 54 dyrektorów szpitali oraz ordynatorów oddziałów położniczych wystosowano list z prośbą o zgodę na przeprowadzenie monitoringu w danej placówce. Odpowiedziało nam kierownictwo 22 placówek, zgadzając się na przeprowadzenie badania.

---

<sup>1</sup> Por. M. Nowicki, Z. Fialova, Monitoring przestrzegania praw człowieka, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2000.

Spośród tych placówek wybrano 14:

- 3 oddziały kliniczne o III stopniu referencyjności,
- 5 oddziałów o II stopniu referencyjności,
- 6 oddziałów o I stopniu referencyjności.

13 oddziałów znajdowało się na terenie szpitali ogólnych, 1 na terenie szpitala ginekologiczno-polożniczego.

5 oddziałów usytuowanych było w Warszawie, 1 w miejscowości powyżej 100 tys. mieszkańców, 2 – powyżej 50 do 100 tys., a 4 w miejscowościach od 10 do 50 tys. mieszkańców.

### **Metody badawcze:**

- **wywiad kwestionariuszowy z ordynatorem oddziału, lub osobą go zastępującą**
- **wywiad kwestionariuszowy z położną oddziałową lub osobą ją zastępującą**

Ordynatorzy oddziałów oraz położne oddziałowe pytani byli o ich zdanie o prawach pacjenta – które z nich uważają za najważniejsze, jak prawa pacjenta wpływają na funkcjonowanie oddziałów, o to, jak rozumieją każde z praw pacjenta, w jaki sposób są one przestrzegane. Pytaliśmy także o procedury i standardy obowiązujące w oddziale, o sposób przyjmowania kobiety do porodu, o przebieg porodu, możliwość odbycia porodu rodzinnego, sposób regulacji odwiedzin etc.

- **wywiad kwestionariuszowy z 5 kobietami po porodzie**

Podczas rozmowy wypełniano krótką ankietę. Pytaliśmy o przebieg przyjęcia do szpitala i przebieg porodu, o to, jak oceniają stopień informowania o stanie zdrowia, przebiegu porodu, stanie dziecka, czy były pytane o zgodę, jak oceniają przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności. Kobiety były pytane także o znajomość problematyki praw pacjenta.

- **obserwacja oddziału - jej wyniki były nanoszone na specjalny arkusz obserwacji**

W arkusz obserwacyjny ankieterki wpisywały swoje spostrzeżenia dotyczące organizacji oddziału położniczego, wyposażenia, urządzenia izby przyjęć, sali porodowej, sal poporodowych, zachowania personelu, reguł obowiązujących w oddziale.

Wywiady te oraz obserwacja były przeprowadzane przez 2 przeszkolone ankieterki, które spędzały na oddziale średnio 10 godzin.

Ponadto ordynatorzy byli proszeni o udostępnienie następujących dokumentów, których analiza również była elementem badania:

- **formularze dokumentacji medycznej:** historia choroby położnicza, partogram – karta obserwacji porodu wypełniana przez położną, karta noworodka
- **wewnętrzne dokumenty oddziału:** regulamin oddziału położniczego, zakres obowiązków położnej sali porodowej, zakres obowiązków położnej odcinkowej, zakres obowiązków lekarza

(dyżurnego), indywidualne normy zatrudnienia w oddziale położniczym, ew. procedury porodowe.

### **Co zawiera raport?**

Monitoring nie jest badaniem ilościowym, a więc wnioski z niego nie służą, lub w bardzo niewielkim stopniu mogą służyć określeniu skali obserwowanego zjawiska. Jest natomiast niezwykle cenny w wyznaczeniu pewnych tendencji w postrzeganiu praw pacjenta, określeniu najczęstszych typów naruszeń, a także sposobów organizacji pracy oddziałów położniczych, które sprzyjają przestrzeganiu określonych praw pacjenta.

W pierwszej części raportu przedstawiamy koncepcję praw pacjenta oraz omawiamy poszczególne prawa, odnosząc się do konkretnych przepisów.

Część druga stanowi analizę wywiadów z ordynatorami i położnymi oddziałowymi pod kątem znajomości i rozumienia praw pacjenta.

Część trzecia zawiera analizę tego, jak poszczególne prawa są przestrzegane w praktyce.

W części czwartej analizujemy wiedzę kobiet o prawach pacjenta.

Raport kończą wnioski oraz postulaty zmian, których wprowadzenie w życie poprawiłoby przestrzeganie praw pacjenta w oddziałach położniczych.

## CZĘŚĆ I. Prawa pacjenta

### 1. Czym są prawa pacjenta?

Prawa pacjenta stanowią integralną część szeroko rozumianych praw człowieka<sup>2</sup>. Podobnie jak w przypadku innych praw człowieka, ich podstawą jest uznanie niezbywalnej godności człowieka, jego autonomii i wolności w każdej sytuacji. Wyodrębnione zostały ze względu na szczególną sytuację, w jakiej znajduje się pacjent, który „poprzez chorobę popada w słabość i uzależnienie, i ze względu na to wymaga specjalnej ochrony.”<sup>3</sup> Prawa pacjenta sformułowane są w formie powinności lekarza, pielęgniarki czy położnej (np. prawo do informacji jest sformułowane m.in. w art. 31 ust. o zawodzie lekarza w formie nakazu poinformowania pacjenta o stanie zdrowia, proponowanych metodach diagnostycznych etc.). Podkreślić również trzeba, iż istota praw pacjenta związana jest ze swoistą relacją łączącą pacjenta i lekarza (lub inny personel medyczny). Relacja ta charakteryzuje się nierównością podmiotów – pacjent jest laikiem w sprawach medycznych i w sytuacji choroby zależy od profesjonalistów. Wzmocnieniu sytuacji pacjenta w tej nierównej relacji służą prawa pacjenta. Relacje pomiędzy pacjentem a osobami udzielającymi świadczeń medycznych coraz rzadziej pozostawiane są obyczajowości społecznej, etyce zawodowej, czy też swobodnie zawieranych umowom, lecz stają się przedmiotem regulacji ustawowej. Istotne jest, aby stosunek ten był oparty na równych i sprawiedliwych zasadach tzn. aby obowiązek po stronie podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotnego łączył się z uprawnieniem pacjenta i odwrotnie.

W środowisku medycznym rodzi to nieporozumienia – po pierwsze, przekonanie, iż prawa pacjenta antagonizują pacjentów i lekarzy<sup>4</sup>. Tymczasem, prawa pacjenta przyczyniają się do uporządkowania relacji między lekarzem i pacjentem, a przede wszystkim do odróżnienia oczekiwań pacjenta, od jego uprawnień. Prawa pacjenta stanowią zespół uprawnień o jasno wytyczonych granicach i określają zakres obowiązków lekarza (lub innej osoby, świadczącej opiekę zdrowotną). Po drugie, częsty jest zarzut, iż prawa pacjenta ustanawiają nierówność w relacji pacjent – lekarz, a wręcz zagrażają interesowi lekarza (np. mówią o poszanowaniu godności pacjenta, o godności lekarza nie wspominając). Tymczasem, jak pisze M. Balicki, potrzeba regulacji w tej dziedzinie wynika ze wspomnianej wyżej asymetrii wpisanej w relację pomiędzy pacjentem a instytucją lub osobą świadczącą usługi medyczne. „Efektem tej asymetrii jest bowiem silne podporządkowanie pacjenta dominacji systemu medycznego”<sup>5</sup>.

W Polsce podstawowe uregulowanie prawne praw pacjenta znajduje się w szeregu ustaw, w szczególności w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., ustawie z dnia 30

<sup>2</sup> Dorota Karkowska, *Prawa pacjenta*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004, s. 15.

<sup>3</sup> M. Balicki, *Prawa pacjenta-wybrane zagadnienia*, [w:] Szkoła Praw Człowieka. teksty wykładów, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 1996, s. 78.

<sup>4</sup> M. Boratyńska, P. Konieczny, *Prawa pacjenta*, Difin, Warszawa 2001, s. 40.



sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej ( Dz. U. Nr 9 poz. 408 z późn. zm.); ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty ( Dz. U. z 2002 r. Nr 21 poz. 204 z późn. zm.) oraz ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej ( Dz. U. nr 91 poz. 410).

Z uwagi na rozproszenie praw pacjenta w wielu aktach prawnych zostały one zebrane w jednym dokumencie – Karcie Praw Pacjenta wydanej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w grudniu 1998 r. Karta nie ma rangi ustawowej, stanowi jedynie zbiór przepisów mający charakter praktycznego informatora.

Ponadto unormowania w zakresie praw pacjenta zawarte są również w Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz Kodeksie Etyki Pielęgniarki i Położnej.

## **2. Prawo do poszanowania intymności i godności**

Pacjentka ma prawo do poszanowania intymności i godności osobistej w czasie udzielania jej świadczeń zdrowotnych.

Poszanowanie intymności oznacza szacunek dla indywidualnego poczucia wstydu kobiety. Przestrzeganie tego prawa jest szczególnie ważne dla kobiety hospitalizowanej z powodu problemów z ciążą, poronieniem czy porodem. Jej poczucie wstydu jest naruszane przez konieczność obnażania się do badania przed nieznanymi osobami czy mówienia o sprawach intymnych.

Poszanowanie godności osobistej oznacza szacunek dla odrębności pacjentki jako człowieka, dla jej podmiotowości, traktowanie jej jako „pełnego człowieka” a nie przypadku medycznego, ograniczonego do chorego narządu, czy stanu wymagającego interwencji. Sprawy związane z ciążą i porodem głęboko angażują całą osobę, nie tylko ciało kobiety, ale także psychikę i tożsamość.

### **Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do poszanowaniu intymności i godności osobistej?**

- art. 23 kodeksu cywilnego, zgodnie z którym intymność oraz godność osobista stanowią dobra osobiste człowieka,
- art. 19 ust. 1 pkt. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który stanowi, że pacjent ma prawo do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- art. 36 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza stomatologa, który nakłada obowiązek poszanowania godności osób korzystających z usług medycznych na wszystkich lekarzy. Ponadto zgodnie z ust. 3 tego artykułu lekarz ma obowiązek dbać aby inny personel medyczny przestrzegał w postępowaniu z pacjentem zasady poszanowania godności i intymności.

O prawie pacjenta do poszanowania intymności i godności osobistej stanowią także Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kodeks etyki lekarskiej. Zgodnie z nimi

---

<sup>5</sup> M. Balicki, op.cit., s. 40.

lekarz oraz położna powinni życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą i prawo do intymności.

### **3. Prawo do informacji**

Prawo kobiety do bycia poinformowaną o stanie zdrowia, każdym zabiegu, podaniu leku i innych czynnościach podczas jej pobytu w szpitalu wynika z konstytucyjnego prawa jednostki do stanowienia o sobie oraz do ochrony jej integralności. Prawo do informacji jest ściśle związane z prawem do udzielania zgody na wszelkie zabiegi medyczne.

Personel medyczny może nie informować pacjenta o podejmowanych wobec niego działaniach jedynie wtedy, gdy pacjent świadomie wyrazi wolę bycia nie informowanym.

Prawo do informacji dotyczy wszelkich możliwych zabiegów i leków stosowanych w trakcie całego pobytu w szpitalu, zarówno w stosunku do kobiety, jak i jej dziecka.

Informacja ta musi być pełna – to znaczy powinna objaśniać cel zastosowania danego środka, informować o ewentualnych skutkach negatywnych i pozytywnych. Matka i ojciec noworodka od chwili jego narodzin są jego przedstawicielami ustawowymi, a zatem na personelu medycznym spoczywa obowiązek informowania ich o wszystkim, co dotyczy ich dziecka.

#### **Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do informacji?**

- art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, art. 19 ust. 1 pkt. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 20 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej nakładają na personel medyczny obowiązek udzielenia przystępnej (czyli zrozumiałej, co nie znaczy uproszczonej w treści) informacji o stanie zdrowia rodzącej i jej dziecka, o metodach diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich stosowania lub zaniechania, a także o wynikach leczenia oraz rokowaniu. Jedynie w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta i jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu. Jednakże w takich przypadkach lekarz jest obowiązany poinformować przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta, a na żądanie pacjenta lekarz ma obowiązek udzielić mu wskazanej informacji.

O prawie pacjenta do informacji stanowi również Kodeks etyki zawodowej położnej, zgodnie z którym położna jest obowiązana do udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania. Natomiast według Kodeksu etyki lekarskiej lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jedynie w przypadku gdy pacjent wyraża takie życzenie.

#### **4. Prawo do wyrażania zgody na interwencję medyczną**

Prawo do wyrażania zgody wypływa z konstytucyjnego prawa jednostki do stanowienia o sobie oraz do ochrony jej integralności. Bycie pacjentem w żadnej mierze nie może wiązać się z ograniczeniem tych praw.

Podstawą każdego badania, zabiegu, zastosowania środków farmakologicznych i innych czynności medycznych powinna być świadomie i swobodnie wyrażona zgoda osoby, której to działanie dotyczy. Pacjent ma możliwość odmówienia zgody, bądź wycofania jej w każdym momencie. Aby zgoda była ważna, musi zostać poprzedzona dokładną, wyczerpującą i zrozumiałą informacją na temat interwencji jakiej ma ona dotyczyć.

Podczas pobytu w szpitalu pacjentka powinna mieć możliwość swobodnego podejmowania decyzji. Nawet tak rutynowo stosowane w wielu szpitalach zabiegi jak: przebicie pęcherza płodowego, podanie oksytocyny, nacięcie krocza powinny być poprzedzone dokładną informacją i pytaniem o zgodę na ich wykonanie. Wykonanie ich bez zgody pacjentki w sytuacji, w której nie ma bezpośredniego zagrożenia życia, jest niczym innym jak naruszeniem przepisów prawa.

Należy również pamiętać, że zarówno matka jak i ojciec noworodka od chwili jego narodzin są jego przedstawicielami ustawowymi. Powinni być pytani o zgodę na każdą interwencję medyczną, jaka dotyczy ich dziecka.

#### **Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do wyrażania zgody?**

- art. 23 kodeksu cywilnego, który udziela ochrony takim dobrom prawnym jak wolność i zdrowie,
- art. 5 Europejskiej Konwencji Bioetycznej stanowi, iż każdej interwencji w dziedzinie służby zdrowia dokonać można jedynie po udzieleniu przez osobę zainteresowaną swobodnej i świadomej zgody na taką interwencję,
- art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 32, 33 i 35 ustawy o zawodzie lekarza stanowią iż pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy,

Do prawa pacjenta do wyrażania zgody odnoszą się również art. 3 ust. b. kodeksu etyki zawodowej położnej oraz art. 15 Kodeksu etyki lekarskiej.

Istnieją zróżnicowane formy wyrażania zgody w zależności od typu interwencji. Zasadą jest, że zgoda musi być ujawniona w sposób dostateczny i może przybierać różne formy. Dla przeprowadzenia zabiegów operacyjnych i interwencji stwarzających stan podwyższonego ryzyka przepisy prawa (art. 34 ustawy o zawodzie lekarza) wymagają zgody pacjenta w formie pisemnej. Natomiast dla pozostałych badań i świadczeń medycznych wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta w formie dorozumianej, przez co rozumie się takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości

wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym – czyli np. zgodę ustną.

Obecnie w większości szpitali kobieta przy przyjęciu do szpitala wyraża ogólną zgodę na proponowane leczenie lub na przyjęcie do szpitala (tzw. zgoda blankietowa). Jest to praktyka będąca pozostałością po przepisach, które dziś już nie obowiązują. W obecnym stanie prawnym wyrażenie zgody na proponowane leczenie w takiej formie jest bezskuteczne, czyli leczenie podjęte według takiej zgody jest równoznaczne z działaniem bez zgody pacjenta.

## **5. Prawo do opieki sprawowanej przez osobę bliską**

Prawo do opieki sprawowanej przez osobę bliską nabiera szczególnego znaczenia w przypadku hospitalizacji związanej z ciążą lub porodem. Oczekiwanie dziecka i jego narodziny nie są przecież jedynie wydarzeniem w życiu kobiety, ale dotyczą całej rodziny, a w szczególności ojca dziecka.

Zauważyć należy, iż przepisy prawa stanowią, że pacjent ma prawo do „dodatkowej opieki”, co oznacza że personel medyczny nie jest zwolniony z opieki nad pacjentem. Dodatkową opiekę mogą sprawować zarówno osoby bliskie pacjentowi – rodzice, małżonkowie, jak również inne wskazane przez pacjenta. Prawo do dodatkowej opieki sprawowanej przez osobę bliską powinno być zagwarantowane zarówno w ciągu dnia, jak i w ciągu nocy. Jest to gwarancja ustawowa, a odmienne postanowienia regulaminu porządkowego szpitala są niezgodne z prawem.

Pacjentem jest również nowonarodzone dziecko, i ma ono prawo do nieprzerwanej opieki sprawowanej przez osobę bliską. Nie oznacza to jednak, że wraz z wprowadzeniem systemu rooming-in (czyli mama razem z dzieckiem), w obowiązkach położnych i pielęgniarek nie leży opieka nad noworodkiem. Jeżeli matka sobie tego życzy, powinna mieć możliwość asystowania przy wszelkich badaniach i zabiegach, które dotyczą jej dziecka.

### **Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do opieki sprawowanej przez osobę bliską?**

- art. 19 ust 3 pkt. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który stanowi że pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie.

O prawie do opieki sprawowanej przez osobę bliską stanowi także Kodeks etyki lekarskiej, zgodnie z którym chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół.

## **6. Prawo do kontaktu z rodziną**

Niezależnym prawem od prawa do dodatkowej opieki jest prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz. Kontakt ten nie może być na pewno utrudniany, jednak warunki, godziny, miejsce spotkań pacjenta z rodziną powinny być szczegółowo określone w regulaminie porządkowym.

## **Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do kontaktu z bliskimi?**

- art. 19 ust. 3 pkt 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który stanowi że pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz.

## **7. Prawo do ochrony tajemnicy lekarskiej**

Prawo to jest ściśle powiązane z prawem pacjenta do domagania się przestrzegania prywatności. Prywatność jest pojęciem szerokim, obejmującym życie prywatne, tajemnicę komunikowania się oraz wszelkie informacje dotyczące danej osoby. Tajemnica lekarska dotyczy wszelkich faktów i informacji o stanie zdrowia i leczeniu, a także faktów z życia prywatnego, rodzinnego i zawodowego pacjenta.

Podczas pobytu w szpitalu związanego z ciążą czy porodem, kobieta w różnych sytuacjach musi podawać szereg poufnych informacji. Powierza je personelowi medycznemu jedynie w celu dokonania jak najlepszej diagnozy. Informacje te nie powinny być udostępniane nikomu poza osobami bezpośrednio biorącymi udział w jej leczeniu lub sprawującymi opiekę nad nią.

## **Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do ochrony tajemnicy lekarskiej?**

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje 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), prawo do dostępu do dotyczących obywatela urzędowych dokumentów i zbioru danych ( art. 51 ust. 3).
- sfera życia prywatnego stanowi dobro osobiste w rozumieniu kodeksu cywilnego (art. 23 kc).
- art. 40 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza oraz art. 21 ust. 1 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej stanowią, iż zarówno lekarz jak i pielęgniarka oraz położna są obowiązani do zachowania tajemnicy lekarskiej.
- Europejska Konwencja Bioetyczna stanowi, iż każdy ma prawo do poszanowania życia prywatnego w zakresie informacji dotyczących jego stanu zdrowia.

Odpowiednie regulacje w tym zakresie zawiera również kodeks etyki lekarskiej, który w art. 23 stanowi, że lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, a tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi przez niego czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od dochowania tajemnicy. Natomiast nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.

Obowiązek poufności dotyczy także dokumentacji medycznej, co gwarantuje art. 18 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji lekarskiej i może ją udostępniać jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie.

## **CZĘŚĆ II. Prawa pacjenta w postrzeganiu personelu medycznego**

Większość naszych rozmówców przyznawała, że prawa pacjenta są potrzebne – pomagają w komunikacji pomiędzy personelem a pacjentem, sprawiają, że pacjent wie, czego może oczekiwać od personelu medycznego, „pomagają również lekarzom”. Jedna z położnych: „Pacjent powinien być zorientowany, co może w oddziale, a czego nie może, a myślę, że to wpływa na poprawę, a nawet zorganizowanie pracy personelu”. Inna opinia: „Zgadza się, że pacjenci mają swoje prawa i my jako pracownicy musimy tego przestrzegać, wtedy pacjent się czuje lepiej w takim szpitalu, (...) bo wie, że nic mu nie zagraża z naszej strony. Jest on chroniony raz, że prawem, dwa – widzi ten stosunek pracowników służby zdrowia do siebie, więc jest raczej przyjaźnie nastawiony do nas”.

Pojawiała się jednak również opinia, zgodnie z którą prawa pacjenta niepotrzebnie wprowadzają do relacji pacjenta z lekarzem czy położną elementy zobowiązań, wymuszają określone zachowania i prowadzą do konfliktu, zaprzeczając „naturalnemu, ludzkiemu podejściu do drugiego człowieka”. Jeden z ordynatorów – „Tu nie ma mowy o żadnych prawach, to jest po prostu bezpośredni kontakt. Człowiek z człowiekiem, po prostu. (...) ja nie wiem, czy nawet istnieje pełna znajomość wszystkich zapisów. Jeżeli będziemy rozmawiali z pacjentem z pozycji prawa, to będzie żadna rozmowa, on będzie stał okopany w swoich okopach, ja w swoich i domagamy się prawa. Życzliwość – najważniejsza”.

Jedna osoba wyraziła opinię, iż „jednocześnie są potrzebne prawa pacjenta i obowiązki pacjenta”, uzależniając przyznanie praw pacjentowi od tego, czy wypełnia on swe obowiązki. Pojawiała się również opinia, że z praw pacjenta należy korzystać w „granicach rozsądku” – zbyt dokładne ich przestrzeganie może utrudniać pracę personelu medycznego.

Ordynatorzy i położne, pytani o to które prawo pacjenta jest najważniejsze, wymieniali najczęściej prawo do opieki medycznej, do wyboru leczenia, prawo do informacji, do decydowania o sobie, do poszanowania godności osobistej i intymności. Pytanie to było nieco podchwytliwe – przecież każde prawo pacjenta jest tak samo ważne i przepisy nie przewidują różnic w randze poszczególnych praw. Zaledwie kilka osób powiedziało, że wszystkie są jednakowo ważne. Zestawienie odpowiedzi na to pytanie z dalszymi wypowiedziami o funkcjonowaniu oddziału pokazuje, iż prawa pacjenta są ważne głównie w deklaracjach, natomiast ich istota nie jest personelowi znana i nie przekłada się na praktykę. Np. jako najważniejsze, jedna z położnych, wymienia prawo do decydowania o metodach leczenia, przy czym jak się okazało później, w oddziale, w którym pracuje, to personel decyduje o całym przebiegu porodu.

Zadawano również pytanie o to, które z praw pacjenta najtrudniej jest przestrzegać. Personel najczęściej wymieniał prawo pacjenta do kontaktu z bliskimi, czyli odwiedziny, które często dezorganizują pracę oddziału. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności jest utrudniane właśnie przez odwiedziny (brak wyznaczonego miejsca, tłumy gości na salach poporodowych), przez

nawyki lekarzy, przez niewłaściwą organizację przestrzenną oddziału. W opinii badanych pracowników szpitali właściwą realizację prawa do informacji utrudnia brak personelu, który miałby tych informacji udzielać. Prawo pacjenta do wyrażania zgody sprawia trudność w tym sensie, że uciążliwe jest dla personelu medycznego każdorazowe uzyskiwanie zgody przed podaniem leku czy wykonaniem jakiegos zabiegu.

Ciekawych informacji o stosunku ordynatorów i położnych do pacjentek dostarczają odpowiedzi na pytanie o idealną pacjentkę, czyli taką z którą się dobrze pracuje, z którą praca dostarcza satysfakcji. Kilka osób nie chciało odpowiedzieć na to pytanie, lub padały odpowiedzi „Nie ma idealnej pacjentki”, albo „Ja nie mam prawa wymagać od pacjentki, aby była idealna”. Nieliczne były odpowiedzi „świadoma, przygotowana do porodu, po szkole rodzenia”. Dla większości naszych rozmówców pacjentka idealna to osoba, która ufa personelowi, „wierzy, że to co jest robione, jest dla jej dobra”, współpracuje z personelem, „która dostosuje się do poleceń”. Podsumowując, personel oczekuje osoby, która podporządkuje się lekarzom i położnym. Pacjentki, które pytają, nalegają na coś, mają sprecyzowane oczekiwania wobec porodu określane są często jako „roszczeniowe”. Tak więc możliwości, jakie pacjentowi nadają prawa pacjenta, kłócą się z obrazem idealnej pacjentki.

Jedna z położnych, odpowiadając na pytanie o to, które z praw pacjenta uważa za najważniejsze, odpowiedziała „żeby być miło obsługiwany, żeby pacjent czuł się usatysfakcjonowany, żeby był dobrze załatwiony, miło i przyjemnie”. Ta wypowiedź dobrze ilustruje pewną tendencję w postrzeganiu praw pacjenta. Otóż, wielu naszych rozmówców utożsamia prawa pacjenta z prawami, czy oczekiwaniami konsumenta usług medycznych. Przestrzeganie praw pacjenta utożsamione jest z poprawą warunków, w jakich udzielana jest usługa medyczna, jaką jest pobyt w szpitalu związany z porodem. Personel medyczny koncentruje się więc na miłym podejściu do pacjentek – co wcale nie oznacza, że idzie za tym przestrzeganie praw pacjenta. Poprawie podejścia personelu do pacjentek nie towarzyszą zachowania, świadczące o lepszym przestrzeganiu praw pacjenta – jak na przykład pytanie o zgodę na zabiegi wykonywane w czasie porodu. Wprowadzane w oddziałach zmiany warunków sanitarnych i bytowych, np. przy okazji remontów, również nie zawsze służą zagwarantowaniu przestrzegania praw pacjenta. Tworzenie odpłatnych poporodowych „jedynek” z łazienką i fotelem dla męża, odpłatne porody w salach pojedynczych, płatne porody rodzinne stoją w sprzeczności z przestrzeganiem prawa do poszanowania intymności czy prawa do opieki sprawowanej przez osobę bliską.

Tymczasem prawa pacjenta, w bardzo mocny sposób, bo za pomocą ustaw, nakładają na osoby udzielające świadczeń medycznych oraz decydujące o warunkach, w jakich świadczenia te są udzielane, obowiązki dużo dalej idące, niż to, aby pacjentka była obsługiwana w miły i przyjemny sposób. Pacjentka w rozumieniu praw pacjenta jest kimś innym niż tylko klientką usług medycznych. Ma być świadomą i egzekwującą swoje prawa uczestniczką procesu leczenia.

## **CZĘŚĆ III. Prawa pacjenta w praktyce**

### **1. Prawo do poszanowania godności osobistej i intymności**

W przeważającej liczbie badanych placówek ordynatorzy i położne oddziałowe wprowadzili i deklarowali chęć wprowadzania dalszych zmian w funkcjonowaniu oddziałów, które umożliwiłyby lepsze przestrzeganie prawa kobiet do poszanowania intymności.

Jedną z praktyk sprzyjających przestrzeganiu tego prawa jest utworzenie osobnej ginekologiczno-położniczej Izby Przyjęć z parawanem oddzielającym fotel ginekologiczny od biurka, łazienką z kozetką, prysznicem i osobnym przejściem na KTG i USG.

Przestrzeganie prawa do poszanowania godności kobiety w czasie pobytu w szpitalu obejmuje również działania mające na celu zminimalizowanie poczucia zagubienia i dezorientacji w obcym miejscu. Dlatego bardzo ważne jest dobre oznakowanie drogi do izby przyjęć i oddziału położniczego – w niektórych szpitalach, zwłaszcza bardzo rozległych, trudno jest odnaleźć właściwe wejście. Godne polecenia jest praktykowane w niektórych oddziałach oprowadzanie kobiety po oddziale. Ważne jest również, aby procedura przyjęcia na oddział była jak najmniej uciążliwa. W nielicznych oddziałach kobieta tylko raz podaje dane do dokumentacji. W innych jest zmuszona do powtarzania tych samych informacji nawet 3 razy.

W żadnym z badanych oddziałów nie spotkano się ze stosowanym dawniej przymusem noszenia szpitalnej odzieży. Zazwyczaj tylko na czas porodu personel proponuje koszulę szpitalną. W większości oddziałów również decyzji kobiety pozostawiono wykonanie lewatywy przed porodem. Golenie krocza nie jest stosowane, lub „tylko w miejscu nacięcia”, zazwyczaj w trakcie porodu. Według opinii kobiet, zabiegi te wykonywano z poszanowaniem intymności.

Olbrzymi wpływ na przestrzeganie prawa do poszanowania intymności ma przestrzenna organizacja oddziału. Spośród 14 badanych szpitali, w zaledwie 5 do dyspozycji kobiet są bezpłatne pojedyncze sale porodowe (w niektórych płatne w przypadku porodu rodzinnego). A przecież jedynym sposobem na pełne zagwarantowanie poszanowania intymności kobiety podczas porodu jest bezpłatna jednoosobowa sala do porodu. Powszechnym naruszeniem tego prawa, jest sala ogólna do porodu, ze stanowiskami oddzielonymi ściankami lub zasłonami. W kilku z badanych oddziałów zasłony te były absolutnie niewystarczające i w żadnym stopniu nie zapewniały rodzącej prywatności. Część z zaobserwowanych naruszeń wynika jednak nie z braku pieniędzy, ale niedopatrzenia – na przykład ustawienie łóżka porodowego frontem do korytarza i nie zamykanie drzwi. Najbardziej drastyczny przykład takiego naruszenia zaobserwowano, gdy pracownik techniczny szpitala stał na korytarzu i przez otwarte na oścież drzwi do sali porodowej przyglądał się porodowi, a nikt z personelu nie zwrócił mu uwagi, ani nie zamknął drzwi.



Innym częstym naruszeniem tego prawa jest obecność wielu osób przy drugim okresie porodu, przy czym kobieta z reguły nie jest pytana o zgodę na ich obecność. W jednym z oddziałów przy fizjologicznym porodzie asystuje nawet 7 osób, co z punktu widzenia prawa do poszanowania intymności należy uznać za niedopuszczalne, tym bardziej, iż nie są to osoby bezpośrednio zaangażowane w udzielanie świadczenia medycznego (np. salowe).

Podobny problem występuje podczas obchodów. W obchodzie uczestniczy od 2 do blisko 10 osób (więcej osób zwłaszcza w większych oddziałach i oddziałach klinicznych). Personel w większości przypadków deklaruje, iż jeżeli kobieta nie życzy sobie omawiania jej stanu przy innych kobietach, można zrobić to na osobności, ale jednocześnie przyznaje, iż taka sytuacja nigdy, bądź bardzo rzadko ma miejsce. W kilku oddziałach kobiety nie są pytane o zgodę na badanie czy oględziny w czasie obchodu – a w myśl przepisów prawa jest to niezbędne, tym bardziej, że w obchodzie nie biorą udziału jedynie osoby bezpośrednio zaangażowane w opiekę nad pacjentką, ale również inni lekarze i położne, oraz studenci. Ordynator szpitala klinicznego, kształcącego wielu studentów, uznał, że obchód podczas którego 7 osób ogląda krocze kobiety nie jest naruszeniem jej prawa do poszanowania godności i intymności, ponieważ „robią to przy zamkniętych drzwiach”.

W niektórych oddziałach zastosowano zasłonki lub parawany w salach dla kobiet po porodzie, które umożliwiają osłonięcie się w czasie karmienia dziecka, obchodu lub odwiedzin. W niektórych z oddziałów na salach lub w korytarzu wydzielone są miejsca ze stolikami, przy których można zjeść posiłek.

Nie we wszystkich oddziałach kobiety rodzące mają dostęp do oddzielnej łazienki i toalety. Przechowanie prawa do poszanowania intymności jest utrudnione zwłaszcza tam, gdzie z łazienki na oddziale korzystają zarówno kobiety w trakcie porodu, jak i po porodzie, a także czasami osoby towarzyszące. Ze względów bezpieczeństwa drzwi do łazienek zazwyczaj nie zamykają się od środka. Dla poprawy komfortu kobiet można, tak jak w jednym z badanych oddziałów, umożliwić zawieszanie na drzwiach tabliczki z tekstem „Zajęte, proszę nie wchodzić”.

W kilku oddziałach zaobserwowano, że drzwi do sal dla kobiet po porodzie są otwarte na oścież. W jednym natomiast położne same zakleily duże przeszklone drzwi do sal, aby zapewnić kobietom większe poczucie prywatności. W wielu oddziałach położne pukają do drzwi przed wejściem do sali, natomiast rzadko zdarza się, aby poczekały na odpowiedź, że można wejść.

W niektórych z badanych oddziałów, zwłaszcza wybudowanych w latach 70., gdy obowiązywały w położnictwie inne zwyczaje, personel tłumaczył niedostateczne zapewnianie pacjentkom intymności brakiem środków finansowych na remonty i przebudowę oddziału. Jednak nawet w niektórych remontowanych w ciągu kilku ostatnich lat oddziałach nie zrezygnowano z ogólnej sali porodowej, ani nie zwiększono liczby łazienek.

Warto podkreślić, iż przestrzeganie prawa pacjentki do poszanowania intymności i godności w wielu przypadkach nie wymaga nakładów finansowych.

## **2. Prawo do informacji**

Według ordynatorów i położnych każda pacjentka jest informowana o przebiegu porodu, swoim stanie, i stanie dziecka. Jednak analiza ich wypowiedzi na ten temat oraz informacji od kobiet pokazuje, iż nie wszyscy rozumieją prawo do informacji tak, jak to by wynikało z odpowiednich przepisów.

Jeden z ordynatorów myli prawo do informacji z prawem dostępu do dokumentacji medycznej: „Jak kto przycisnie, to wszystko możemy dokładnie opowiedzieć, wydajemy kserokopię historii choroby (...)”. Położna: „Jeśli pacjentka nie jest zainteresowana, to nie można kogoś na siłę uszczęśliwiać”. Pojawia się tutaj opinia, że informować należy o tyle, o ile pacjentki o informację proszą, lub wręcz nalegają.

Niektórzy z ordynatorów mają tendencję do traktowania każdej informacji jako zagrażającej spokojowi i poczuciu bezpieczeństwa kobiety. Ograniczanie informacji przekazywanych pacjentce podyktowane jest między innymi chęcią oszczędzenia jej szoku z powodu niepomyślnej diagnozy.

Na oddziałach funkcjonuje, niekiedy nieformalny – nie zawarty w żadnych dokumentach i wytycznych – podział na informacje przekazywane przez lekarzy i przez położne. Tak to ujęła jedna z położnych: „Myślę, że na pewno informacja na temat stanu zdrowia jej, dziecka, to jest podstawowa rzecz. To od strony lekarskiej. Natomiast to, co powinny przekazać położne, to edukacja w zakresie karmienia piersią, higieny połogu, naturalne metody planowania rodziny.” Tak wypowiedział się o tym jeden z ordynatorów: „Wszystkie sprawy organizacyjne dotyczące pobytu pacjentki na oddziale są przekazywane przez położną, natomiast informacje dotyczące działań medycznych, stanu zdrowia, to zdecydowanie są udzielane przez lekarza”.

Przestrzeganie prawa do informacji jest utrudnione, według jednego z ordynatorów, przez charakter pracy położnika: „Nie wszystko może człowiek powiedzieć, jeżeli jest zabiegany wokół porodu, i pacjentce tłumaczyć cały jego przebieg”. Niezwykle cenną praktykę wprowadził jeden z ordynatorów na swoim oddziale – codzienny godzinny dyżur, podczas którego każda kobieta może przyjść i zasięgnąć informacji. Niektórzy lekarze i położne skarżyli się, że mała liczba personelu utrudnia wystarczająco długi kontakt z pacjentką i udzielanie wyczerpujących odpowiedzi na jej pytania. Unikanie udzielania wyczerpujących informacji jeden z ordynatorów tłumaczy tym, że kobiety są wyedukowane i wiedzą, na czym polegają procedury, jakim są poddawane: „Przecież ona o tym wie, że jeżeli ma test oksytocynowy, to polega to na tym, że się włącza kroplówkę”.

Niektórzy z rozmówców zwracali również uwagę na sposób udzielania informacji, zwłaszcza w sytuacjach trudnych. „Informacje powinny być przekazywane w łagodny sposób, stopniowo.” Albo „I tu się pojawia troska matki nad stanem dziecka i teraz jest kwestia odbioru tych informacji, które przekazuje neonatolog i które przekazuje położna. I to jest problem ogromny. Świadomość pacjentek jest w pewnym sensie ograniczona”. Ordynator w tym miejscu zwraca uwagę na to, że kobiety nie znają terminologii medycznej, i mogą łatwo zostać przestraszone nieostrożną wypowiedzią kogoś z personelu.

Pojawia się również tendencja do traktowania informacji jako sposobu wpływania na decyzje pacjentów: „Zakres [przekazywanej informacji] powinien być taki, żeby mi umożliwił prowadzenie właściwej opieki nad pacjentką”. Jest to jedno z poważniejszych naruszeń prawa do informacji – manipulowanie informacją o stanie zdrowia, albo planowanym leczeniu tak, aby uzyskać zgodę na wykonanie danego zabiegu czy procedury medycznej.

Kobiety pytane po porodzie różnie oceniały stopień informowania o przebiegu porodu, podawanych środkach i przeprowadzanych zabiegach. Większość z nich oceniała informacje jako wyczerpujące. Inne podkreślały, iż są informowane, ale na ich wyraźną prośbę. Dotyczyło to w szczególności informacji udzielanych po porodzie – o pielęgnacji i karmieniu dziecka. Część kobiet negatywnie oceniało informacje o stanie dziecka. Jedna z badanych kobiet, która urodziła dziecko późno w nocy, aż do rana nie otrzymała żadnej informacji o dziecku, które umieszczono w cieplarni.

Kobiety zwracały również uwagę na fakt, iż nie wszyscy członkowie personelu noszą identyfikatory z nazwiskiem i pełnią funkcję, a także nie wszyscy się przedstawiają.

### **3. Prawo do wyrażania zgody na interwencje medyczne**

Kilku ordynatorów ustosunkowało się do ogólnej zgody na leczenie, podpisywanej przez kobiety w momencie przyjęcia do szpitala. „To jest bzdura, która w tym kraju istnieje. Kobieta podpisuje takie zdanie: Wyrażam zgodę na proponowane leczenie. I przychodzi do szpitala (...) i wyraża zgodę na to proponowane leczenie. Na jakie? Ja jeszcze nie wiem, jakie będzie potrzebne, ale ona już to podpisuje. (...) Ta formułka przed niczym nas nie chroni, ale dajemy do podpisywania. Tak się dzieje podejrzewam we wszystkich szpitalach”. Inny głos w tej kwestii: „Jest to zgoda trochę historyczna, jak ja tu zaczynałem pracę ta zgoda była w ten sposób opisywana: czy pacjentka wyraża zgodę na wszelkie zabiegi? (...) w zasadzie w tej chwili przykładą się wagę do tego, żeby przy mniejszych procedurach ta zgoda była pobierana oddzielnie. (...) w niektórych szpitalach jest tak jak u nas, że niby się podpisuje zgodę na wszystko, ale później jeszcze na poszczególne zabiegi, powiedzmy położnicze, no nie pobranie krwi, ale na takie inwazyjne metody pobiera się zgodę, no i słusznie.”

W niektórych szpitalach rozpoczęła się praca nad opracowaniem formularza zgody, który uwzględniałby najczęstsze zabiegi położnicze. Obok zgody ogólnej pobiera się zgodę pisemną przed

cesarskim cięciem, przetoczeniem krwi, znieczuleniem zewnątrzoponowym. W jednym z badanych oddziałów opracowano formularz szczegółowej zgody na zabiegi i operacje związane z porodem – m.in. nacięcie i szycie krocza, poród zabiegowy, szycie pękniętego krocza i szyjki macicy, i in. Zgoda ta jest podpisywana przez pacjentki przy przyjęciu do szpitala, a więc nie spełnia warunków określonych w przepisach prawa, gdyż nie jest pobierana bezpośrednio przed danym zabiegiem, ani nie poprzedza jej dokładna informacja odnosząca się do przypadku konkretnej pacjentki.

W wielu placówkach wyrażenie ogólnej zgody przez kobietę przy przyjęciu do szpitala uznaje się za wystarczające. Położna: „W historii choroby pacjentka podpisuje zgodę na proponowane leczenie. Więc informuję pacjentkę, że np. należy podłączyć kroplówkę i dlatego, nie oczekuję od niej zgody. Natomiast gdyby się nie zgodziła, to jak najbardziej jest to odnotowywane w dokumentach... Ale nie było takiej sytuacji, żeby nie zgodziła się, no bo lekarz jest lekarzem”. Zamiast pytania o zgodę mamy tutaj do czynienia z lakonicznym poinformowaniem pacjentki o zamierzonym działaniu. Nie spełnia to więc warunków uświadomionej zgody pacjenta i jest równoznaczne z działaniem bez zgody pacjenta.

Zarówno ordynatorzy, jak i położne pytani o to, czy możliwe jest, aby kobieta przy przyjęciu do porodu zastrzegła, że np. nie chciałaby mieć naciętego krocza, odpowiadali, że jest to możliwe i z reguły odnotowywane jest w karcie, ale szybko zbaczali na kwestie budzące wiele kontrowersji – np. niezgody Świadców Jehowy na przetaczanie krwi. Podobnie, odpowiadając na pytanie o czym i w jakim zakresie w przypadku porodu prawidłowego kobieta mogłaby decydować, opowiadali o przypadkach patologicznych – grożącej zamartwicy płodu, konieczności przeprowadzenia cesarskiego cięcia, czy też porodu zabiegowego, aby udowodnić, że w takich przypadkach pytanie o zgodę jest niemożliwe. Jedna z położnych powiedziała wprost: „W zasadzie myślę, że tak wiele tutaj kobieta nie ma do powiedzenia w czasie porodu – wtedy decyduje lekarz, który jest przy porodzie. Decydem porodu jest lekarz”.

W przeważającej większości badanych oddziałów kobieta może decydować o przebiegu I okresu porodu – chodzić, wziąć prysznic, zdecydować się na dodatkowo płatne znieczulenie zewnątrzoponowe. Położna: „[rodząca może decydować] o przybieraniu dogodnej pozycji, czy skorzysta z wanny relaksacyjnej, kto może być przy porodzie, jakie osoby, no nacięcia krocza to... może odmówić.” Zapytana, o to w jakich sprawach pacjentka nie powinna mieć możliwości podejmowania decyzji, położna zmienia zdanie, i odpowiada – „No to nacięcie krocza, to jest dyskusyjne.”

Kobieta w większości placówek nie może decydować o pozycji w II okresie porodu, nie zgodzić się na nacięcie krocza. Ma ograniczony wpływ na to, jakie leki przeciwbólowe czy naskurczowe ma podawane. Nie jest pytana o zdanie – ponieważ większość naszych rozmówców nie wiąże konieczności pobierania zgody z zabiegami rutynowo stosowanymi w położnictwie, takimi jak nacięcie krocza,

przebicie pęcherza płodowego, podanie oksytocyny, czy możliwość wpływu kobiety na pozycję, w jakiej wypiera ona dziecko.

Z wypowiedzi części ordynatorów i położnych wnioskować można o dwóch przyczynach, które wpływają na nieprzestrzeganie prawa do wyrażania zgody. Pierwszą jest przekonanie o braku wystarczających kompetencji kobiet do udzielania takiej zgody. Niektórzy z naszych rozmówców uważają, iż założenie, że każdy może wyrazić świadomą zgodę, lub nie zgodzić się na zabieg medyczny, jest przesadą i dopuszcza do tego, że osoby niekompetentne decydują w sprawach, na których się nie znają. „(...) tutaj wychodzimy z takiego założenia, że osoba, która ma wykształcenie podstawowe, średnie czy wyższe w zakresie zarządzania, czy czegokolwiek innego wie lepiej niż ci, którzy się tym zajmują...To jest takie dość odważne założenie. Dla mnie to jest przegięcie w drugą stronę.”

Drugą przyczyną to postrzeganie kobiety rodzącej jako osoby nie w pełni władz umysłowych, nie mogącej decydować o sobie. „W czasie porodu, to jest specyficzny psychiczny stan kobiety (...) każda pacjentka przeżywa ten szok okołoporodowy mniejszy lub większy i tego, co ona wygaduje okołoporodowo to nie bierze się poważnie.”

Matka i ojciec mają również prawo do wyrażania zgody na badania i zabiegi przeprowadzane u dziecka. W części oddziałów jest to przestrzegane: „Wszystkie dzieci znajdują się na salach roomingu z mamami i obchód jest przy mamie, tzn. dziecko jest badane w obecności mamy. Na bieżąco omawiane są problemy, co lekarz widzi, co robi; przy mamie pobierane są badania u dziecka, przy mamie pobierane są testy wszystkie, dzieci są szczepione w obecności mamy – mama jest świadoma tego, co dzieje się z jej dzieckiem”.

Jednak blisko połowy ankietowanych kobiet nie pytano o zgodę na badania dziecka. Najbardziej drastycznym przykładem naruszenia praw rodziców był zakaz wstępu do pokoju zabiegowego dla noworodków na jednym z oddziałów położniczych. Ankieterka przeprowadzająca rozmowę z kobietą była świadkiem, jak do sali weszła położna, powiedziała „Zabieram dziecko na szczepienie” i wyszła razem z dzieckiem. Takie zachowanie jest najbardziej typowym naruszeniem zarówno prawa do informacji, jak i wyrażenia zgody.

#### **4. Prawo do opieki sprawowanej przez osobę bliską**

Na oddziałach położniczych prawo to jest realizowane głównie poprzez umożliwienie tzw. porodu rodzinnego, a także poprzez przebywanie matki razem z dzieckiem po porodzie.

W opinii ordynatorów i położnych wprowadzenie porodów rodzinnych ma wiele pozytywnych aspektów – przede wszystkim wpływa na lepsze samopoczucie rodzącej. Wśród negatywnych konsekwencji personel wymieniał przede wszystkim sytuacje, w których rodzina usiłowała wpłynąć na personel i np. nalegała na przeprowadzenie cesarskiego cięcia.

Wśród badanych placówek tylko w 3 poród rodzinny nie wiązał się z żadnymi opłatami. W pozostałych poród rodzinny był możliwy albo za opłatą za salę jednoosobową (w jednym z badanych szpitali wynosi ona 400 zł, pomimo tego, że w oddziale są tylko sale jednoosobowe, a kobiety rodzące bez osoby towarzyszącej nie muszą ponosić żadnych opłat), albo na sali ogólnej – 2 lub 3 stanowiskowej, nie zawsze za zgodą innych kobiet.

Możliwość odbywania porodu rodzinnego na sali ogólnej narusza prawo innych rodzających do poszanowania intymności. Bardzo często ma miejsce pewnego rodzaju szantaż – kobieta musi zgodzić się na obecność męża innej rodzącej, aby ta nie zgłaszała sprzeciwu wobec obecności jej bliskiej osoby.

Warto również zauważyć, iż reguły dotyczące porodów rodzinnych i korzystania z sal jednoosobowych nie były znane wszystkim członkom personelu. Inne informacje podawał ordynator, inne położna. Jedna z kobiet relacjonowała, że jej mąż nie został wpuszczony na oddział przez personel Izby Przyjęć, mimo, że w tym oddziale odbywają się porody rodzinne.

W większości szpitali kobiecie mogą towarzyszyć maksymalnie dwie osoby. W oddziałach, w których przy porodzie może być tylko 1 osoba, podyktowane jest to względami lokalowymi (niewielkie boksy porodowe).

W większości przypadków osoba towarzysząca może zostać do 2 godzin po porodzie. Dłuższy pobyt jest możliwy z reguły w oddziałach, gdzie jest mniej rodzających, i tam, gdzie są ponadstandardowe pokoje jednoosobowe w oddziale położniczym.

Prawo do opieki sprawowanej przez osobę bliską dotyczy również nowonarodzonego dziecka. We wszystkich badanych oddziałach wprowadzony został system rooming-in, czyli mamy leżą razem z dziećmi. Niektóre kobiety skarżyły się, że dostały dziecko po kilku godzinach od porodu, bez wyjaśnień i informacji o stanie dziecka.

## **5. Prawo do kontaktu z rodziną**

Otwarcie oddziałów położniczych na odwiedziny osób z zewnątrz to jedna z najbardziej znaczących zmian, jakie zaszły w systemie opieki okołoporodowej w ciągu ostatnich 15 lat. Prawo do kontaktu z rodziną jest wymieniane przez ordynatorów i położne jako jedno z najważniejszych praw pacjenta, ale także jako to, którego przestrzeganie najbardziej utrudnia funkcjonowanie oddziałów położniczych, i budzi wiele kontrowersji.

Na oddziałach w ciągu dnia odwiedziny przebiegają właściwie bez ograniczeń, do godziny 20 lub 22. Na oddziały nie wolno wchodzić dzieciom do 12. lub 14. roku życia. Ordynator: „Są odwiedziny praktycznie do godziny 22, my w zasadzie nie bronimy, bo wiemy, że panowie w różnych godzinach

pracują. (...) ze względów sanitarno-epidemiologicznych dzieci do lat 12 nie mają wstępu na teren szpitala. A na oddział położniczy również ze względu na to, że są noworodki mało odporne na infekcję. Prosimy, żeby nie wchodziły dzieci poniżej 12. roku życia, ale ludzie często nas oszukują [co do wieku dziecka]”.

Ordynatorzy i położne skarżą się, że osoby odwiedzające bardzo źle reagują na jakiegokolwiek próby wprowadzenia ograniczeń w odwiedzinach.

Ordynator: „Ja zapraszam jak jest pełne obłożenie, jak jest piątek popołudniu, sobota proszę wejść na oddział i zobaczyć co się dzieje na tych salach. Sale są 4-osobowe, są jeszcze 4 wózki dla dzieci, są 4 pacjentki i do każdej przychodzą po 2 osoby lub więcej”. Personel uskarża się na to, że osoby odwiedzające nie zostawiają ubrania wierzchniego w szatni, siadają na łóżkach, „przemycają” małe dzieci na oddział. „A jak się wyprasza to jest awantura cała”.

Nieliczne oddziały dysponują miejscem do odwiedzin, i nie przewidują odwiedzin na salach – chyba że w przypadku kobiet po cięciach cesarskich. „Jest miejsce na początku oddziału – są krzeselka. A w przyszłości będzie troszkę lepsze to miejsce z automatem na kawę, na herbatę”.

W jednym z oddziałów dwie osoby jednorazowo mogą wejść do jednej pacjentki. „Reszta rodziny może poczekać w korytarzu – jedni wyjdą, drudzy wejdą. Ta druga pacjentka też ma jakieś prawa, do intymności chociażby” mówi ordynator. Dla ułatwienia na oddziale zamontowany jest domofon, położna ma kontrolę nad wchodzącymi.

Na tłok i brak poszanowania intymności z powodu dużej liczby odwiedzających skarżyło się wiele kobiet.

Podsumowując, można stwierdzić iż kontrowersje wokół tego prawa spowodowane są z jednej strony niechęcią ordynatorów i dyrekcji szpitali do regulowania odwiedzin, wprowadzania ograniczeń, ponieważ nie chcą oni problemów związanych z próbami egzekwowania tych zasad. Z drugiej strony, osoby odwiedzające, przyzwyczajone do tego, że nie ogranicza się niczym odwiedzin, lub też rozumiejące prawo do odwiedzin w sposób zbyt szeroki, z niechęcią odnoszą się do wszelkich prób jego ograniczania. Ważnym czynnikiem są też problemy lokalowe oddziałów, zwłaszcza tych, które przyjmują wiele porodów, a mają małe możliwości utworzenia dodatkowych świetlic, czy miejsc, w których odwiedziny mogłyby przebiegać w sposób nie zakłócający spokoju innych pacjentek.

## **6. Prawo do ochrony tajemnicy lekarskiej**

Nasi rozmówcy deklarowali, że dostęp do informacji o pacjentkach mają tylko osoby zaangażowane w proces leczenia. Jak mówi jeden z ordynatorów – „Przede wszystkim to pacjentka jest o tym wszystkim informowana, a nie rodzina i nie ma przekazywania informacji przez telefon, chyba, że pacjentka sobie życzy poinformować rodzinę”.

Najczęstszą sytuacją, w której dochodzi do naruszenia tego prawa są obchody, podczas których przypadki omawiane są w obecności innych kobiet, oraz członków personelu nie zaangażowanych bezpośrednio w proces leczenia. Według deklaracji personelu, pacjentka może się nie zgodzić na omawianie jej przypadku przy innych osobach – ale też rzadko się zdarza, by takie życzenie przedstawiła. W niektórych oddziałach czynione są starania, aby nie omawiać przy innych kobietach szczegółów dotyczących stanu zdrowia pacjentek: „Codziennie po odprawach lekarskich omawiamy sobie każdą pacjentkę w gabinecie, szczegółowo, żeby nie rozmawiać na temat innych pacjentek przy ich sąsiadkach. Także może te wizyty może trochę lakoniczne się wydają, ale my pacjentki informujemy o tym, że wszystko o nich wiemy, a tutaj to tylko sprawdzamy tętno, czy ewentualnie poprawiamy zlecenia na historiach chorób”.

Istotny jest także sposób urządzenia izby przyjęć – w niektórych szpitalach informacje podawane przez kobietę podczas procedury przyjęcia do szpitala mogą docierać do osób trzecich.

Najbardziej drastycznym zanotowanym w czasie monitoringu naruszeniem tego prawa było to, że położna w rozmowie z ankieterkami zdradziła poufne informacje o jednej z pacjentek. Ankieterki były także świadkami rozmów personelu o pacjentkach i poruszania w nich informacji o tych kobietach nie związanych z ich stanem zdrowia.

Historie choroby są przechowywane w dyżurkach, osoby trzecie nie mają do nich wglądu.

## **7. Prawa pacjenta w dokumentach szpitalnych**

### **- Dokumentacja medyczna**

Analizie poddano położniczą historię choroby, partogram, kartę noworodka i inne formularze włączane do dokumentacji szpitalnej. W dokumentach tych zwraca uwagę nieuregulowana sprawa udzielania przez pacjentkę zgody na interwencje medyczne. W nielicznych oddziałach stosuje się osobny formularz zgody. Natomiast na innych formularzach nie ma rubryki przewidzianej na odnotowanie zgody bądź sprzeciwu pacjentki wobec zabiegów stosowanych podczas porodu.

### **- Wewnętrzne dokumenty oddziału**

Analizie poddano regulaminy oddziału położniczego, zakresy obowiązków personelu sali porodowej i oddziału położniczego, procedury i standardy postępowania. Najwyraźniej brak jest ogólnych wytycznych, jak powinny być one sporządzone i co powinny zawierać, gdyż w każdym z badanych oddziałów obowiązywały inne dokumenty. W jednym oddziale dyrekcja nie wyraziła zgody na udostępnienie dokumentów ankieterkom.

Analiza dokumentów polegała na zbadaniu, czy zawierają one odniesienia do praw pacjenta. Żaden z nich nie zawierał odniesień do pełnego katalogu praw pacjenta. Zakresy obowiązków



położnych zawierają z reguły zobowiązanie do zachowania tajemnicy zawodowej i służbowej, do „życzliwego, taktownego i pełnego wyrozumiałości stosunku do chorych”. Rzadko zawierają punkt o przestrzeganiu praw pacjenta. Niektóre z zakresów obowiązków są sprzeczne z kompetencjami położnych określonymi w ustawie – zakres obowiązków pielęgniarki/ położnej odcinkowej zawiera np. zakaz udzielania informacji dotyczących rozpoznania i metod leczenia zarówno choremu, jak jego rodzinie, podczas gdy ustawa o zawodzie położnej w art. 20 ust.2. nakłada na położną obowiązek udzielania rodzącej przystępnej informacji.

- Informacja o prawach pacjenta

Zgodnie z przepisami prawa, w każdym oddziale w widocznym miejscu powinna znajdować się Karta Praw Pacjenta. W większości z badanych oddziałów takie Karty wiszą na tablicach z ogłoszeniami. Często są to spisane w jednym dokumencie prawa i obowiązki pacjenta, lub prawa pacjenta i regulamin oddziału, co może powodować wprowadzanie pacjentów w błąd i sugerowanie im, że ich prawa zależne są od wypełnianych obowiązków. Niektóre z tych dokumentów nie zawierały pełnego katalogu praw pacjenta. Sporządzone były również w niedbały sposób, i nie zachęcały do zapoznania się z ich treścią. W dwóch oddziałach o prawach pacjenta kobiety były informowane przy przyjęciu do szpitala i po przeczytaniu Karty Praw Pacjenta potwierdzały jej znajomość podpisem.

## **CZĘŚĆ IV. Wiedza kobiet o prawach pacjenta**

Blisko połowa ankietowanych kobiet nie znała praw pacjenta. Nieliczne dowiedziały się o nich podczas przyjęcia do szpitala, lub z plakatów wiszących na ścianach. Niektóre wiedziały wcześniej – z telewizji, gazet i stron internetowych. Jedna z kobiet powiedziała ; „Nie mam potrzeby tego wiedzieć”.

Kilka kobiet nie wiedziało, bądź nie pamiętało tego, czy podpisywały zgodę na zabiegi medyczne przy przyjęciu do szpitala. Z tych, które podpisały – połowa nie wiedziała, lub nie pamiętała na co wyrażała zgodę. Wiele z nich mówiło; „coś podpisywałam, ale nie wiem, co”.

Połowa kobiet nie miała przy przyjęciu do szpitala możliwości wyrażenia swoich życzeń, czy oczekiwań co do porodu. Te, które miały taką możliwość, były pytane o to, czy będą rodzić same, czy z bliską osobą. Wiele kobiet mówiło, że nie miało żadnych oczekiwań, albo; „wiedziałam, że się dobrze mną zajmą, więc nic nie mówiłam”.

Prawa pacjenta nie są traktowane przez pacjentki jako kryteria oceny pobytu w szpitalu i zachowania personelu. Pacjentki nie odebrały jako naruszenia ich intymności i prywatności obecności 7 osób przy porodzie. Jak powiedziała jedna z kobiet „przy porodzie tak musi być, to normalne”. Pacjentka, której dziecko zostało w obecności ankieterki zabrane na badania bez pytania o zgodę, nie uznała tego za naruszenie jej praw.

Kobiety nie oczekiwały, że ktokolwiek będzie pytał je o zgodę na przeprowadzenie badań, czy zastosowanie zabiegów. Jedyne skargi dotyczyły niedostatecznej informacji o przebiegu porodu, oraz – częściej – o stanie dziecka.

Z porównania ankiet z warunkami panującymi w badanych oddziałach wywnioskować można, że wiele kobiet spodziewa się tego, że podczas porodu i pobytu w szpitalu ich prywatność będzie zakłócana, nie oczekuje pytań o zgodę, czy udzielania zbyt wielu informacji, dlatego nie odbiera wielu zachowań i sytuacji jako naruszających ich prawa.

## CZĘŚĆ V. Wnioski

W badanych oddziałach zarejestrowano wiele pozytywnych praktyk, świadczących o tym, że personel stara się stwarzać warunki sprzyjające przestrzeganiu praw pacjenta. Dotyczy to w szczególności przyjaznej kobietom atmosfery, sposobu zwracania się pacjentek, ograniczenia stosowania tzw. zabiegów przygotowawczych (lewatywa, golenie krocza), wprowadzenia możliwości odbycia porodu z osobą towarzyszącą, czy systemu rooming-in. W wielu oddziałach możliwości wprowadzania rozwiązań przestrzennych sprzyjających w większym stopniu przestrzeganiu praw pacjenta są ograniczone z powodu niewielkich zasobów finansowych, konieczności gruntownej przebudowy oddziału, za małej przestrzeni w stosunku do liczby pacjentek. We wszystkich jednak placówkach zarejestrowano, mniej lub bardziej nasilone, naruszenia wielu praw. Najwięcej naruszeń dotyczy prawa do poszanowania intymności i godności, prawa do informacji i prawa do wyrażania zgody na interwencje medyczne.

Jak wyżej wspomiano, zasada dobrowolności świadczeń zdrowotnych jest ściśle powiązana z ochroną podmiotowości i autonomii pacjenta. Prawo do wyrażania świadomej zgody na interwencje medyczne nie może być przestrzegane tam, gdzie naruszane jest prawo pacjenta do informacji. Jak pisze Dorota Karkowska, „fakt bycia pacjentem nie może stanowić okoliczności pozbawiającej lub generalnie ograniczającej osobę jakichkolwiek przysługujących jej praw lub wolności”<sup>6</sup>.

Naruszenia tych praw wynikają przeważnie z przekonania, że kobieta rodząca nie jest władna podejmowania decyzji. W badanych oddziałach dominuje paternalistyczna relacja lekarz czy położna – pacjent, zakładająca przewagę nad pacjentem z racji posiadanej wiedzy i strukturalnej władzy. Personel medyczny ma tendencję do traktowania pacjentki jak dziecka, odmawiania jej prawa do stanowienia o sobie samej, do podejmowania decyzji odnośnie stosowanych procedur medycznych w czasie porodu. Ten sposób postrzegania pacjentek jest wzmacniany i utrwalany tym, że same kobiety nie znają swoich praw i nie egzekwują ich przestrzegania. Niezdolność do podjęcia decyzji postrzegana jest jako konsekwencja braku wystarczających kompetencji do decydowania w sprawach medycznych, a także szczególnego stanu psychicznego spowodowanego porodem. Warto w tym miejscu przywołać opinię prof. Marka Safjana, który uważa, że „na tle przepisów ustawy o zawodzie lekarza pojęcie zdolności do świadomego wyrażenia zgody powinno być interpretowane możliwie najszerszej, a pojęcie braku takiej zdolności – możliwie restryktywnie.”<sup>7</sup>

Sytuacja kobiety rodzącej różni się od sytuacji pacjentów objętych hospitalizacją z powodu planowego zabiegu czy badań diagnostycznych. W ich przypadku realizacja prawa do informacji i do wyrażenia zgody na interwencje medyczne przebiega inaczej niż w przypadku kobiety rodzącej. Poród jest procesem dynamicznym, a jego przebieg nie daje się przewidzieć z góry. Tym położnicy tłumaczą

<sup>6</sup> D. Karkowska, *Prawa Pacjenta*, op. cit., s. 16.

<sup>7</sup> M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 43 [za:] M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, op. cit. s. 243.

trudność w udzielaniu informacji i pytaniu o zgodę podczas porodu. Jednocześnie jednak kobieta w trakcie porodu nie może być ubezwłasnowolniona, a w praktyce wielu oddziałów tak niestety się dzieje. Dodatkowo sytuacja jest komplikowana przez fakt, iż działania podczas porodu nie dotyczą jedynie kobiety, ale także jej dziecka.

Poważnym problemem jest także nie traktowanie dziecka jako pacjenta posiadającego swoje prawa oraz ignorowanie faktu, iż rodzice są przedstawicielami ustawowymi noworodka i powinni być informowani o wszystkim, co dotyczy ich dziecka, oraz pytani o zgodę przed każdym zabiegiem, badaniem, podaniem leku czy szczepieniem.

Wielu naszych rozmówców zdaje się postrzegać prawa pacjenta jako dodatek do całego systemu opieki okołoporodowej, a nie zbiór naczelných zasad, wokół których system ten powinien być zbudowany. Prawa pacjenta, zwłaszcza w opinii osób pracujących w ośrodkach III stopnia referencyjności, zdają się nie pasować do powagi przypadków, z jakimi mają oni na co dzień do czynienia. Są postrzegane jako wręcz niebezpieczne, bowiem odciągają uwagę personelu medycznego od spraw najważniejszych, czyli ratowania życia.

Innym niepokojącym zjawiskiem są bardzo częste naruszenia praw pacjenta w szpitalach klinicznych, kształcących studentów. Powoduje to utrwalanie niewłaściwych praktyk i przekazywanie kolejnym pokoleniom lekarzy nawyków, które sprzyjają naruszaniu praw pacjenta.

Niepokojący jest również brak zapisów dotyczących praw pacjenta w wielu dokumentach szpitalnych – regulaminach, zakresach obowiązków personelu i standardach postępowania.

Analiza wywiadów z członkami personelu medycznego pokazuje, że ich wiedza na temat praw pacjenta jest dość przypadkowa. Niewątpliwie ordynatorzy i położne zdają sobie sprawę, że prawa pacjenta powinny wyznaczać standardy ich pracy, ale brakuje im wiedzy na temat tego, jak czynić to w praktyce. Jak się okazuje, zaledwie w jednym z badanych oddziałów przeprowadzone były szkolenia poświęcone prawom pacjenta. Kilku ordynatorów organizację oddzielnych szkoleń poświęconych prawom pacjenta określiło jako „pozbawioną sensu” i „bzdurę”. Tłumaczy to chociaż w pewnym stopniu fakt, iż nawet w tych oddziałach, w których personel bardzo przychylnie wypowiadał się o prawach pacjenta i deklarował chęć jak najlepszego ich przestrzegania, zaobserwowano wiele naruszeń.

## **CZĘŚĆ VI. Postulaty zmian sprzyjających przestrzeganiu praw pacjenta w oddziałach położniczych**

1. Uregulowanie kwestii związanych z wyrażaniem zgody na interwencje medyczne – każdy oddział powinien opracować procedurę pobierania pisemnej, ew. ustnej zgody na wszelkie interwencje medyczne stosowane w czasie porodu, także te dotąd uznawane za zabiegi rutynowe.
2. Likwidacja ogólnych sal porodowych. Sala jednoosobowa powinna być standardem (ułatwi to przestrzeganie prawa do poszanowania intymności oraz do opieki sprawowanej przez osobę bliską) dostępnym dla każdej rodzącej bez dodatkowych opłat. Zwłaszcza oddziały, w których dokonywane są remonty, powinny zrezygnować z ogólnych sal porodowych i traktu porodowego z tzw. boksami.
3. Uregulowanie kwestii odwiedzin – na każdym oddziale w miarę możliwości lokalowych powinno zostać stworzone miejsce do odwiedzin – osobna sala lub wydzielona część korytarza ze stolikami i krzesłami. O ograniczeniach w odwiedzinach można poinformować odwiedzających np. za pomocą ulotek czy plakatów wyjaśniających powody ich wprowadzenia.
4. Wprowadzenie obowiązkowych szkoleń dla personelu medycznego na temat praw pacjenta i ich przestrzegania w praktyce.
5. Ujęcie praw pacjenta w dokumentach szpitalnych – regulaminach, zakresach obowiązków, oraz egzekwowanie ich przestrzegania.
6. Propagowanie praw pacjenta wśród kobiet korzystających z opieki okołoporodowej.

## **Bibliografia:**

Marek Balicki, *Prawa pacjenta – wybrane zagadnienia*, Szkoła Praw Człowieka, Teksty wykładów, zeszyt nr 5, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 1998.

Maria Boratyńska, Przemysław Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Difin Warszawa 2001.

Dorota Karkowska, *Prawa Pacjenta*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004.

Marek Nowicki, Zuzanna Fialova, *Monitoring praw człowieka*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2000.

*Prawa pacjentów i problemy etyczne współczesnej medycyny w dokumentach Rady Europy*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 1994.