

# How to manage patients who refuse medical treatment? Case report and review of legislative acts on patient autonomy in Poland

## Jak postępować z chorymi niewyrażającymi zgody na leczenie? Opis przypadku i przegląd aktów prawnych związanych z autonomią pacjenta w Polsce

Konrad Wroński, Roman Bocian

Department of General and Vascular Surgery, Dr M Pirogow's Regional Specialist Hospital, Łódź, Poland  
(Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. M. Pirogowa w Łodzi)

---

### Abstract

*Every patient, both in public and private healthcare institutions, has the right to maintain their own autonomy. This is one of the basic patient rights as well as one of the basic human rights, meaning that the patient cannot undergo treatment which is against his or her will. The patient has the full right to make independent decisions concerning his or her own life and health. Violation of the patient's rights of autonomy by a doctor or another member of medical personnel may result in sanctions as described in article 448 of the Civil Code. The following publication describes the case of a female patient who refused consent to surgical intervention, and died shortly thereafter. The legal aspects concerning patient autonomy in Poland are also reviewed.*

**Key words:** autonomy, patients' rights, human rights, healthcare institution

### Streszczenie

*Każdy pacjent przebywający zarówno w publicznym, jak i niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do zachowania swojej autonomii. Prawo do autonomii jest jednym z podstawowych praw każdego chorego, jak również jednym z podstawowych praw człowieka. Dzięki niemu leczenie pacjentów nie może się odbywać wbrew ich woli. Chory ma pełne prawo samodecydowania o swoim życiu i zdrowiu. Za naruszenie prawa do autonomii lekarzowi lub innej osobie z personelu medycznego grożą sankcje zapisane w artykule 448 kodeksu cywilnego.*

*W niniejszym artykule opisano przypadek chorej, która nie wyraziła zgody na leczenie operacyjne i zmarła. Przedstawiono również prawne aspekty związane z autonomią pacjenta w Polsce.*

**Słowa kluczowe:** autonomia, prawa pacjenta, prawa człowieka, zakład opieki zdrowotnej

Acta Angiol 2011; 17, 1: 109–116

---

Address for correspondence:

Dr med., mgr zarz. Konrad Wroński  
Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej  
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. M. Pirogowa w Łodzi  
ul. Wólczarska 195, 90–531 Łódź  
tel.: (+48 42) 636 76 11  
e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl

## Introduction

The principle of patient autonomy is one of the most important issues in both medical legislation and ethics in the twenty-first century. The word "autonomy" comes from two Greek words, *autos* (alone, own) and *nomos* (law, norm). "Autonomy" means, therefore, independence, freedom of act, responsibility, lack of commitments, freedom of thought, sovereignty of an individual, dignity, and acceptance of oneself.

The philosophers Immanuel Kant and John Stuart Mill believed that each case of violation of a person's autonomy is a violation of his or her humanity, and means that the person is therefore being treated as an inanimate object [1]. Both philosophers believed that infringement of human autonomy is morally unacceptable. Mill thought that each person's autonomy should be respected since this brings more beneficial than harmful effects.

Another distinguished philosopher, empiricist John Locke said: "Despite the fact that Earth and all the creatures are common to people, each person has their own self. No one has any rights to it but himself" [2]. Locke emphasised also that "each person is an absolute master of oneself and his belongings, each person is equal to the most powerful one and is not subordinate to anyone" [2].

Patient autonomy can be considered in two aspects:

- from the moral perspective — as a right of the individual to act according to their own decisions;
- from the legal perspective — as a right to decide for oneself, with the restriction that these decisions cannot violate the rights of other individuals.

According to Beauchamp and Childress, "all theories of autonomy are in agreement that notion of autonomy is based on two prerequisites:

- freedom (independence from control factors);
- spontaneous actions (ability to take purposeful actions)" [3].

Faden and Beauchamp believed that a patient is acting autonomously when "his action is:

- intentional, therefore purposeful;
- based on adequate and understandable information concerning the considered medical intervention;
- free from external pressure and control" [4].

According to Beauchamp and Childress, "there always exists a strong temptation in the medical profession to use the power which the doctor has to increase the dependency state of the patient, and not to strengthen his autonomy. Fulfilling the obligation of respecting the patient's autonomy requires patient adaptation to overruling his dependency status and gaining control over his own life to the largest possible

## Wstęp

W XXI wieku zasada autonomii pacjenta jest najsilniej podkreślaną zasadą zarówno w prawie medycznym, jak i etyce lekarskiej. Wyraz „autonomia” pochodzi od dwóch greckich słów: *autos* (sam, własny) i *nomos* (prawo, norma). Słowo „autonomia” oznacza: niezależność, swobodę działania, odpowiedzialność, wolność od zobowiązań, wolność woli, suwerenność jednostki, godność, akceptację samego siebie.

Filozofowie Immanuel Kant i John Stuart Mill uważali każde naruszenie autonomii człowieka za naruszenie jego człowieczeństwa i taktowanie go jak przedmiotu — rzeczy martwej [1]. Obaj filozofowie byli zdania, że takie postępowanie jest moralnie niedopuszczalne. Zdaniem Milla należy szanować autonomię każdego człowieka, gdyż wiąże się ona zawsze bardziej z korzyściami niż z niekorzystnymi skutkami.

Inny wybitny filozof, przedstawiciel filozofii empirystycznej, John Locke mówił: „Mimo że ziemia i wszystkie niższe istoty są wspólne wszystkim ludziom, to jednak każdy człowiek dysponuje własnością swej osoby. Nikt nie ma do niej żadnego uprawnienia poza nim samym” [2] i podkreślał, że każdy człowiek „jest absolutnym panem własnej osoby i majątku, równy najpotężniejszemu i nie podlega nikomu” [2].

Autonomię pacjenta można rozpatrywać w dwóch aspektach:

- moralnym — czyli prawa jednostki do działania według swojego postanowienia;
- prawnym — czyli prawa jednostki do decydowania o sobie, przy czym decyzje te nie mogą naruszać istotnych praw innych jednostek.

Według Beauchampa i Childressa „wszystkie teorie autonomii podzielają przekonanie, iż można mówić o autonomii wtedy, gdy spełnione są dwa warunki:

- wolność (niezależność czynników kontrolujących);
- spontaniczne działanie (zdolność do intencjonalnego działania)” [3].

Faden i Beauchamp uważają, że pacjent działa autonomicznie wtedy, gdy „jego działanie jest:

- intencjonalne, czyli zamierzone;
- oparte na zrozumieniu adekwatnej informacji o rozpatrywanym postępowaniu medycznym;
- wolne od nacisków kontrolujących” [4].

Zdaniem Beauchampa i Childressa „w medycynie istnieje wciąż pokusa, by władzy, jaką posiada lekarz, używać do pogłębienia stanu uzależnienia pacjentów, a nie do umacniania ich autonomii. Wypełnienie obowiązku poszanowania dla autonomii pacjentów polega na ich przysposobieniu do przezwyciężenia owej zależności i odzyskania kontroli nad swym życiem w takim stopniu, w jakim jest to możliwe lub w jakim sobie

extent or as much as the patient would like” [3]. Medical paternalism became subject to criticism in the 70s and 80s of the twentieth century [17–38]. Since then, medical professionals have almost completely abandoned the paternalistic attitude in the doctor-patient relationship, introducing a partnership model, where autonomy, dialogue, and a subjective approach to the patient are respected [5–11].

### Case report

An eighty-three-year-old female patient was admitted to hospital because of abdominal pain and vomiting, which began on the preceding day. From the day before admission she vomited three times, and during the last episode dark contents were observed. Medical anamnesis included an episode of acute pancreatitis and ischaemic stroke.

On admission, the patient’s status was fairly good, with complete consciousness and logical verbal contact. Heart rate was 100/min and regular, with loud and clear heartbeats. On palpation, the abdomen was distended, firm, and diffusely tender. *Per rectum* hard bowel contents could be palpated, with no trace of blood.

Peripheral blood analysis revealed leukocytosis (21,000/ $\mu$ L), hyperuricaemia (75 mg/dL), and mild hypercreatininaemia (1.1 mg/dL). Abdominal X-ray revealed distended bowel loops, mainly of the small bowel, and features of gastrointestinal tract obstruction (Figure 1).

The patient was offered surgical intervention, which she refused, agreeing only to conservative management. Because of this, antibiotics, fluids, and analgetics were administered. The patient was informed many times about her condition and possible management strategies, but each time she refused any surgical intervention. With her acceptance, members of the patient’s family were also informed about her health status and prognosis.

During hospitalisation, the patient’s condition progressively deteriorated. Fourteen hours after admission her condition was grave but still with logical verbal contact. Twenty hours after admission, cardio-respiratory insufficiency was constated, and reanimation was started but proved unsuccessful. The patient deceased after 20 hours of hospitalisation, during which she constantly refused consent to surgical intervention.

Autopsy was performed, revealing diffuse ischaemic necrosis of the small intestine, with numerous thrombi in mesenterial arteries and diffuse seropurulent peritonitis. Mild atherosclerosis was observed in the arterial walls. Diffuse peritonitis caused by extensive ischaemic necrosis of the small intestinal wall was named as the direct cause of the patient’s death.

tego życzą” [3]. W latach 70. i 80. XX wieku nastąpiła krytyka paternalizmu medycznego [17–38]. Od tego momentu obserwuje się całkowite zaniechanie przez lekarzy stosowania w relacji lekarz–pacjent modelu paternalistycznego. Model paternalistyczny zastąpiono modelem partnerskim, w którym zachowane są: autonomia, dialog, a także podmiotowe traktowanie chorego [5–11].

### Opis przypadku

Chorą w wieku 83 lat przyjęto na oddział z powodu bólów brzucha i wymiotów, które wystąpiły dzień wcześniej. Od dnia poprzedzającego przyjęcie wymioty wystąpiły u niej 3-krotnie — ostatni raz ciemną treścią. W wywiadzie stwierdzono, że chora w przeszłości przeżyła ostre zapalenie trzustki i udar niedokrwienny mózgu.

W momencie przyjęcia na oddział stan ogólny pacjentki był dość dobry, chora była przytomna i możliwy był pełen kontakt słowno-logicznym. Akcja serca była miarowa o częstości 100/minutę, a tony serca głośne i czyste. W badaniu palpacyjnym odnotowano wysklepienie brzucha powyżej poziomu klatki piersiowej, wzmożone napięcie, bolesność uciskową nad całą jamą brzuszną. W badaniu *per rectum* w bańce odbytnicy obecny był twardy stolec, bez śladów krwi na rękawiczce po badaniu.

W badaniach krwi stwierdzono leukocytozę (21 tys./ $\mu$ l), podwyższone stężenie mocznika (75 mg/dl) i nieznacznie podwyższone stężenie kreatyniny (1,1 mg/dl). U chorej wykonano zdjęcie RTG jamy brzusznej, stwierdzono rozdęte pętle — głównie jelita cienkiego i cechy niedrożności przewodu pokarmowego (ryc. 1).

Pacjentce zaproponowano wykonanie zabiegu operacyjnego. Chora nie zgodziła się na leczenie operacyjne, a jedynie na leczenie zachowawcze. Wobec powyższego włączono u niej antybiotykoterapię, płynoterapię i leczenie przeciwbólowe. Pacjentkę wielokrotnie informowano o jej stanie zdrowia i o możliwościach dalszego leczenia, jednak nie wyrażała ona zgody na leczenie operacyjne. Również rodzinę chorej, za jej zgodą, informowano na bieżąco o jej stanie zdrowia i rokowaniach.

Stan pacjentki podczas hospitalizacji stopniowo się pogarszał. Po 14 godzinach od momentu przyjęcia na oddział jej stan był ciężki, ale możliwy był kontakt słowno-logiczny: chora nadal nie wyrażała zgody na leczenie chirurgiczne. Po 20 godzinach od momentu przyjęcia stwierdzono u niej niewydolność krążeniowo-oddechową, podjęto nieskuteczną akcję reanimacyjną. Pacjentka zmarła po 20 godzinach



**Figure 1.** Abdominal X-ray picture in standing position shows distended small bowel loops with features of gastrointestinal tract obstruction

**Rycina 1.** Zdjęcie RTG jamy brzusznej wykonane u pacjentki w pozycji stojącej przedstawiające rozdęte pętle głównie jelita cienkiego z cechami niedrożności przewodu pokarmowego

## Discussion

Each patient has the right to independently make decisions concerning his or her health and life. Legal notions found in the constitutional act of the Republic of Poland, law on healthcare institutions, the Medical Code of Ethics, and law on the physician's and dentist's profession protect the patient's autonomy both in public and non-public healthcare institutions.

### Legal aspects of patient autonomy in Poland

The principal Polish legal act, the constitution of the Republic of Poland, includes articles concerning autonomy of the individual, which can be found in the chapter on freedoms, rights, and obligations of the man and the citizen. These include:

- article 30, which states the following: “The inherent and inalienable dignity of the person shall constitute a source of freedoms and rights of persons and citizens. It shall be inviolable. The respect and protection thereof shall be the obligation of public authorities”;

pobytu w szpitalu, do końca nie wyrażając zgody na leczenie operacyjne.

Zdecydowano o przeprowadzeniu sekcji zwłok. Podczas badania sekcyjnego stwierdzono rozlaną martwicę niedokrwienną pętli jelita cienkiego, liczne skrzepiny w świetle naczyń tętniczych krezki jelita cienkiego i rozlane zapalenie surowiczo-ropne otrzewnej. W naczyniach tętniczych stwierdzono miażdżycę o małym stopniu zaawansowania. W badaniu sekcyjnym za bezpośrednią przyczynę zgonu uznano rozlane zapalenie otrzewnej spowodowane rozległą martwicą niedokrwienną pętli jelita cienkiego.

## Omówienie wyników

Obecnie każdy pacjent ma prawo samodzielnego decydowania o swoim zdrowiu i życiu. Akty prawne zapisane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, Kodeksie Etyki Lekarskiej i ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry chronią autonomię chorego zarówno podczas pobytu w publicznym, jak i niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

- article 31 states as follows:
  - “1. The freedom of the person shall receive legal protection.
  2. Everyone shall respect the freedoms and rights of others. No one shall be compelled to do that which is not required by law.
  3. Any limitation upon the exercise of constitutional freedoms and rights may be imposed only by statute, and only when necessary in a democratic state for the protection of its security or public order, or to protect the natural environment, health or public morals, or the freedoms and rights of other persons. Such limitations shall not violate the essence of freedoms and rights”;
- article 37 states: “1. Anyone, being under the authority of the Polish State, shall enjoy the freedoms and rights ensured by the Constitution”;
- article 40 states: “1. Personal inviolability and security shall be ensured to everyone. Any deprivation or limitation of liberty may be imposed only in accordance with principles and under procedures specified by statute”;
- article 47 states: “Everyone shall have the right to legal protection of his private and family life, of his honour and good reputation, and to make decisions about his personal life”.

The patient’s right to make decisions concerning their own life and health is stated in article 19 of the law on healthcare institutions: “1. The patient has the right to (...): 2. obtain information concerning his or her health condition, 3. express consent or refusal to certain medical interventions, after receiving sufficient information concerning these issues”. Further rights can be found in article 13 of the Medical Code of Ethics: “1. It is the duty of the doctor to obey and respect the patient’s right to express informed consent to certain decisions concerning his or her health condition”.

It should be remembered that each patient has the right to approve or refuse the diagnostic and/or therapeutic interventions offered him by the doctor. In order to make such decisions, the patient must have the complete capability to decide, which means that he or she must have:

- the possibility of assessing benefits and risks of the offered medical interventions;
- the possibility of assessing the risk of the procedure;
- complete and understandable information about the procedure.

Before the diagnostic or therapeutic procedures are performed, the patient or his/her official guardian should obtain complete information about the risks and benefits, according to article 13 of the Medical

### **Prawne aspekty autonomii pacjenta w Polsce**

W najważniejszym w Polsce akcie prawnym — czyli w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej — w rozdziale poświęconym wolności, prawom i obowiązkom człowieka i obywatela zapisano artykuły odnoszące się bezpośrednio do autonomii jednostki:

- artykuł 30: „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”;
- artykuł 31:
  - „1. Wolność człowieka podlega ochronie prawnej.
  2. Każdy jest obowiązany szanować wolności i prawa innych. Nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje.
  3. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”;
- artykuł 37: „1. Kto znajduje się pod władzą Rzeczypospolitej Polskiej, korzysta z wolności i praw zapewnionych w Konstytucji”;
- artykuł 40: „1. Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie”;
- artykuł 47: „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”.

Prawo pacjenta do decydowania o swoim życiu i zdrowiu zapisano w artykule 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: „1. Pacjent ma prawo do (...): 2) informacji o swoim stanie zdrowia, 3) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji.” i artykule 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”.

Należy pamiętać, że pacjent ma prawo do zaakceptowania lub odrzucenia proponowanego przez lekarza postępowania terapeutycznego i/lub diagnostycznego. Chory, aby podjąć decyzję o dalszym postępowaniu medycznym, musi posiadać pełną kompetencję decyzyjną, co oznacza, iż musi on mieć:

- możliwość oceny korzyści i strat płynących z proponowanych świadczeń medycznych;

Code of Ethics, which states as follows: "(...) 2. Information given to the patient should be understandable to him or her. 3. The physician should inform the patient about the potential risks of the proposed diagnostic and therapeutic interventions, about the expected benefits of these actions, and about possible medical alternatives". Further regulations can be found in article 31 of the Law on Physician's and Dentist's Profession, which states as follows: "1. The physician is obliged to inform the patient or his/her guardian about the health status, diagnosis, possible and offered diagnostic and therapeutic interventions, the possible consequences of these interventions or those of refraining from them, as well as about the results of treatment and the prognosis".

It should be stated that, before medical intervention is carried out by the physician, the patient must agree to it as according to article 32 of the Law on Physician's and Dentist's Profession, which states as follows: "1. The physician may carry out an examination or a medical intervention after the patient agrees to it, with the exception of the cases described by the law".

If the patient cannot give informed consent to the offered medical intervention, the physician should obtain such consent from the legal representative or another person who takes care of the patient. This is stated in article 15 of the Medical Code of Ethics: "1. Each diagnostic, therapeutic, or prophylactic intervention requires the patient's consent. If the patient is not capable of giving informed consent, it should be obtained from his or her legal representative or the person in charge of the patient".

#### **Legal consequences of failure to observe the patient's right to autonomy**

In cases of violation of the patient's right to make decisions regarding their own life and health, the person who fails to observe the law is liable to penalties described in article 19a paragraph 1 of the Law on Healthcare Institutions, which states as follows: "1. In the case of culpable violation of the patient's rights, as described in article 18 paragraph 2 and 3 item 1 and article 19 paragraph 1 items 1–4 and item 3, the court may decide to allow the injured party financial damages as a compensation for the suffered wrong, according to article 448 of the civil code". The above-mentioned article states as follows: "In cases of infringement of personal interests, the court may decide to allow an adequate sum of money to the injured party as a form of financial compensation for the suffered wrong or, following this person's will, to adjudge the respective sum of money to designated public purposes, irrespective of other adjudged measures necessary to compensate

- możliwość oceny ryzyka płynącego z proponowanego postępowania medycznego;
- pełną i zrozumiałą informację na temat świadczenia medycznego.

Przed wykonaniem zabiegów diagnostycznych i leczniczych każdy chory lub jego ustawowy opiekun powinien uzyskać pełną informację na temat ich ryzyka i korzyści zgodnie z artykułem 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej: "(...) 2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. 3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego" i artykułem 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry: "1. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu".

Należy pamiętać, iż przed udzieleniem świadczeń medycznych przez lekarza chory musi wyrazić zgodę na wykonanie proponowanej procedury medycznej zgodnie z artykułem 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry: "1. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta".

Jeśli chory nie jest w stanie udzielić lekarzowi świadomej zgody na postępowanie medyczne, lekarz powinien taką zgodę uzyskać od jego przedstawiciela ustawowego lub osoby opiekującej się chorym. Mówi o tym artykuł 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej: "1. Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem".

#### **Konsekwencje prawne związane z nieprzestrzeganiem prawa chorego do autonomii**

W przypadku stwierdzenia zawinionego naruszenia prawa pacjenta decydowania o swoim zdrowiu i życiu osoba, która dopuszcza się takiego naruszenia, podlega sankcjom zapisanym w artykule 19a ustęp 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: "1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w artykule 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w artykule 19 ust. 1 pkt

for the violation of law. Regulation 445 §3 applies to the case". Article 445 §3 of the civil code states as follows: "§3. Claims for compensation apply to rightful heirs only if it was stated in writing or a lawsuit was brought when the injured person was alive". Article 449 of the civil code says that "claims named in articles 444–448 cannot be dismissed unless already exigible and previously stated in writing or adjudged by a valid sentence".

### Summary

Medical paternalism in doctor-patient contacts is no longer justified in the twenty-first century. It is the patient who has the right to decide about their own health and life, and the patient's autonomy is the highest privilege described and protected by various legislative acts, as listed in Table 1. The physician or any other member of medical personnel who violates the patient's right to autonomy is liable to penalties as described in article 448 of the civil code.

In the described case, a paternalistic intervention could save the patient's life. In his handbook on ethics, professor Tadeusz Brzeziński says, "Paternalism often deprives the patient of the power to decide; however, it results from the intended responsibility for the patient's fate, and from empathy; therefore, it follows the ideas of humanitarianism. The relationship between the physician and the patient, if based exclusively on the written and pending legal codes, can become completely formal, and the physician's main concern can become obeying the rules of the law and not taking an interest in the

1–4 i ust. 3, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie artykułu 448 kodeksu cywilnego". W artykule 448 kodeksu cywilnego zapisano: „W razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia. Przepis 445 §3 stosuje się”. Artykuł 445 kodeksu cywilnego §3 wskazuje: „§3. Roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców tylko wtedy, gdy zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego”. Natomiast w artykule 449 kodeksu cywilnego zapisano: „Roszczenia przewidziane w artykule 444–448 nie mogą być zbyte, chyba że są już wymagalne i że zostały uznane na piśmie albo przyznane prawomocnym orzeczeniem”.

### Podsumowanie

W XXI wieku zasada paternalistycznego traktowania pacjenta nie ma racjonalnego uzasadnienia. Obecnie to chory ma pełne prawo decydowania o swoim życiu i zdrowiu.

Autonomia pacjenta jest jego najważniejszym dobrem chronionym przez wiele aktów prawnych zawartych w różnych ustawach (wykaz przytoczonych w niniejszej pracy aktów prawnych przedstawiono w tabeli 1). Za naruszenie prawa pacjenta do autonomii grożą

**Table 1.** List of cited legislative acts

**Tabela 1.** Wykaz wykorzystanych aktów prawnych

Legislative act Akt prawny
1. Constitution of the Republic of Poland from 1997 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku
2. Law on Healthcare Institutions from 30 <sup>th</sup> August 1991, with respective changes from 1992 and 1995 Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku ze zmianami z 1992 roku i z 1995 roku
3. Law on the physician's and dentist's profession from 5 <sup>th</sup> December 1996 Ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 roku
4. Law on the nurse's and midwife's profession from 19 <sup>th</sup> August 1994 Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 19 sierpnia 1994 roku
5. Decree of the Ministry of Health and Social Welfare from 26 <sup>th</sup> September 1990, concerning proceedings on physician's professional responsibility Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 roku w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy
6. Civil code Kodeks cywilny
7. Penal code Kodeks karny

possible consequences. This is another element, besides the introduction of advanced technology and highly specialised medical interventions, which may contribute to further dehumanisation of medicine, if improperly applied" [12].

The authors conclude that in cases of the patient's refusal to the offered therapeutic intervention, the physician should proceed as follows:

- discuss with the patient the reasons for his or her refusal;
- provide the patient with the best medical care according to his or her will, until the patient makes a final decision;
- try to persuade the patient to change his or her mind;
- examine the patient's capabilities of making independent decisions if he or she changes his or her mind rapidly and unexpectedly;
- treat the patient according to his or her conclusive decision.

The treating physician cannot oppose to the patient's will even if it seems unreasonable. The patient's decision should always be respected and obeyed. The physician has the right to influence the patient only and exclusively for medical purposes, as stated in article 14 of the Medical Code of Ethics: "the physician may use his power to influence the patient exclusively for medical purposes".

### References

1. Gillon R (1997) *Etyka lekarska — problemy filozoficzne*. Warszawa.
2. Locke J (1992) *Dwa traktaty o rządzie*. Warszawa.
3. Beauchamp TL, Childress JF (1996) *Zasady etyki medycznej*. Warszawa.
4. Faden RR, Beauchamp TL (1986) *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press, Oxford.
5. O'Neill O (1984) Paternalism and partial autonomy. *J Med Ethics*, 10: 173–178.
6. Perry CB, Applegate WB (1985) Medical paternalism and patient self-determination. *J Am Geriatr Soc*, 33: 353–359.
7. Lasagna L (1983) The professional-patient dialogue. *Hastings Cent Rep*, 13: 9–11.
8. Jones H (1996) Autonomy and paternalism: partners or rivals? *Br J Nurs*, 5: 378–381.
9. Chin JJ (2002) Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore Med J*, 43: 152–155.
10. Pollard BJ (1993) Autonomy and paternalism in medicine. *Med J Aust*, 159: 797–802.

lekarzowi lub innej osobie z personelu medycznego sankcje zapisane w artykule 448 kodeksu cywilnego.

W opisaney w artykule sytuacji wydaje się, że postępowanie paternalistyczne mogłoby doprowadzić do uratowania chorej przed śmiercią. Profesor Tadeusz Brzeziński w swoim podręczniku do etyki pisze: „Paternalizm, choć często ubezwłasnowolniający pacjenta, był jednak stosunkiem opartym na poczuciu odpowiedzialności za losy pacjenta, na empatii, odpowiadał więc temu, co rozumiemy pod pojęciem humanitaryzmu. Stosunek oparty wyłącznie na spisanych prawach i obowiązkach staje się stosunkiem formalnym, gdzie lekarz bardziej będzie czuł nad tym, aby postępować zgodnie z literą prawa, niż interesował się skutkami takiego postępowania. Obok wkroczenia do medycyny coraz bardziej skomplikowanej techniki, obok coraz węższej specjalizacji lekarzy, jest to kolejny krok, który niewłaściwie wykorzystany może stać się przyczyną dalszej dehumanizacji medycyny” [12].

Autorzy artykułu uważają, iż w sytuacji, w której pacjent nie wyraża zgody na proponowane leczenie, lekarz powinien postępować następująco:

- ustalić z pacjentem powody odmowy proponowanego leczenia;
- do czasu podjęcia przez chorego ostatecznej decyzji o leczeniu zapewnić mu jak najlepsze warunki opieki medycznej, która będzie zgodna z jego wolą;
- próbować przekonać chorego do zmiany swojej decyzji;
- w przypadku szybkiej i nieoczekiwanej zmiany decyzji przez chorego należy ponownie sprawdzić jego kompetencje;
- leczyć chorego zgodnie z jego ostateczną decyzją.

Lekarz prowadzący terapię chorego nie może sprzeciwiać się jego woli, nawet w przypadku, gdy jest ona nieracjonalna. Wolę chorego zawsze należy respektować. Trzeba pamiętać, iż lekarzowi nie wolno wywierać wpływu na pacjenta w celu innym niż leczniczy. Mówi o tym artykuł 14 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz nie może wykorzystać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy”.

11. Gross ML (1999) Autonomy and paternalism in communitarian society. *Patient rights in Israel*. *Hastings Cent Rep*, 29: 13–20.
12. Brzeziński T. *Etyka lekarska*. PZWŁ, Warszawa 2002.