

ŻAKLINA SKRENTY

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Sulechowie

Obowiązek informowania pacjenta wobec jego prawa do samostanowienia

1. Wprowadzenie

Zgodnie z przepisami Konstytucji RP¹, każdy ma prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1). Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych, choć stwarza władzom publicznym wiele problemów, jest dopiero początkowym etapem prawidłowego procesu ich udzielania. Każde świadczenie zdrowotne ingeruje w prywatność obywatela, a znacząca większość także w nietykalność cielesną. Szacunek dla wolności obywateli, ochrona życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym, gwarantowana przez państwo w konstytucji, musi mieć wyraz nawet wtedy, gdy obywatel korzysta ze swojego uprawnienia. Prawo do ochrony zdrowia, korzystania ze świadczeń zdrowotnych, musi odbywać się więc wyłącznie przy świadomym i dobrowolnym udziale obywatela.

2. Istota prawa do samostanowienia

Prawo do samostanowienia jest prawem osobistym, chroni podstawowe dobro jednostki². Prawo do samostanowienia jest pochodną godności jednostki ludz-

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 02.04.1997 r. (Dz. U. Nr 78 poz. 483 ze zm.).

² M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*,

kiej, a ta z kolei jest istotą człowieczeństwa. Poszanowanie godności człowieka i jej zachowanie ma być podstawą Rzeczypospolitej i celem stosowania Konstytucji RP (preambuła). Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Godność jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych (art. 30 Konstytucji RP). Ludzka godność jest wartością, która wynika jedynie z faktu przynależności do gatunku ludzkiego³. Ma charakter uniwersalny, trwały, niezbywalny⁴.

Przejawem prawa do samostanowienia jest prawo do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne. Warunkiem wyrażenia zgody skutecznej jest wcześniejsze poinformowanie pacjenta o jego istocie i konsekwencjach. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁵). Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta (art. 15 ust. 1 zd. pierwsze Kodeksu Etyki Lekarskiej⁶).

Analogicznie, pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu stosownej informacji na temat rozpoznania, metodach leczenia oraz przewidywanych ich efektach i następstwach (art. 16 ustawy o prawach pacjenta⁷).

Konieczność poszanowania osoby ludzkiej wynika również z treści preambuły Konwencji z Oviedo⁸. Konwencja ta, nie ratyfikowana jeszcze przez Rzeczpospolitą Polską, także zakazuje przeprowadzania interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby zainteresowanej. Przed dokonaniem interwencji nakazuje natomiast przekazanie osobie zainteresowanej odpowiednich informacji o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba zainteresowana może w każdej chwili swobodnie wycofać zgo-

Toruń 2010, s. 38.

³ W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2007, s. 54.

⁴ *Ibidem*, s. 58.

⁵ Ustawa z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2011 r. nr 277 poz. 1634 ze zm.); dalej jako: ustawa o zawodzie lekarza.

⁶ Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14.12.1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej; dalej jako KEL.

⁷ Ustawa z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.); dalej jako ustawa o prawach pacjenta.

⁸ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, Oviedo, 04.04.1997 r.; dalej jako Konwencja z Oviedo.

dę (art. 5 Konwencji z Oviedo). Konwencja przyznaje również prawo do zapoznania się z wszelkimi informacjami zebranymi o zdrowiu, przy respektowaniu życzeń osób, które nie chcą zapoznać się z tymi informacjami (art. 10 ust 1 i 2 Konwencji z Oviedo).

Samostanowienie jest utożsamiane z autonomią. Autonomia to prawo i zdolność jednostki do decydowania o sobie⁹, umiejętność identyfikowania własnych oczekiwań, pragnień¹⁰. Autonomia oznacza prawo do decydowania o swoim życiu, o swoim losie¹¹ w sposób swobodny i samodzielny. Ochrona autonomii jest jednolita z ochroną podmiotowości osoby, niezależności, odpowiedzialności za swój los, wolności od zobowiązań i nacisków zewnętrznych¹². Konieczność uzyskania świadomej zgody pacjenta na świadczenie zdrowotne jest uznawana za wyraz poszanowania jego autonomii¹³.

Autonomia pacjenta jest rozumiana jako swoboda decyzji o odmowie poddania się interwencji medycznej, nawet gdy interwencja ta jest racjonalna i zgodna z zasadami wiedzy medycznej, a także dobrze rokująca co do rezultatów¹⁴. Autonomia sięga więc daleko – w danej sytuacji pozwala na podjęcie decyzji, która uznana być może za obiektywnie nierozsądną i nietrafną.

Zdolność do swobodnego i świadomego podjęcia decyzji o podjęciu lub nie podjęciu leczenia albo wybór jednej z kilku metod leczenia nie jest jednak wartością stałą. Zdolność ta może ulegać zmianie. Można ją również utracić, przy czym utrata ta może być czasowa lub trwała. Na zdolność tę mają wpływ takie czynniki, jak: choroba, niepełnosprawność, postępowanie innych osób, stan emocjonalny¹⁵. Zdolność do świadomego i swobodnego podjęcia decyzji uzależniona jest również od wieku i związanego z nim rozwoju intelektualnego i emocjonalnego.

⁹ P. Łuków, *Zgoda na świadczenie zdrowotne i autonomia pacjenta*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska, *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 76.

¹⁰ M. Jantos, *Rozmowy lekarza z pacjentem. Ćwiczenia w mówieniu prawdy*, [w:] W. Chańska, J. Hartman, *Bioetyka w zawodzie lekarza*, Warszawa 2010, s. 50.

¹¹ W. Bołoz, *Bioetyka i prawa...*, *op. cit.*, s. 55.

¹² P. Łuków, *Zgoda na świadczenie...*, *op. cit.*, s. 77.

¹³ *Ibidem*, s. 73.

¹⁴ Wyrok SN z 03.12.2009 r., sygn. akt II CSK 337/09, publ. LEX nr 686364.

¹⁵ P. Łuków, *Zgoda na świadczenie...*, *op. cit.*, s. 76.

W niniejszym opracowaniu mowa będzie wyłącznie o pacjencie kompetentnym, a więc zdolnym do swobodnego i świadomego podjęcia decyzji¹⁶. Pacjent kompetentny spełnia zarówno wymagania prawne (formalne) umożliwiające mu podjęcie takiej decyzji, nie jest ograniczony żadnymi uwarunkowaniami zewnętrznymi (utrata przytomności, choroba psychiczna), sam nie zrezygnował z prawa do podjęcia takiej decyzji ani nie żądał ograniczenia informacji niezbędnej do wyrażenia zgody z dostatecznym rozeznaniem (nie zrezygnował z prawa do informowania).

3. Przedmiot i zakres informacji

Normatywne ukształtowanie obowiązku informacyjnego ma na celu zabezpieczenie sytuacji prawnej pacjenta¹⁷. Zakres informacji określają przepisy ustawy o zawodzie lekarza oraz ustawy o prawach pacjenta.

Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi 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 (art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza). Jednobrzmiący przepis zawarty jest w art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta¹⁸, przy czym formułuje on nie obowiązek lekarza, a prawo (uprawnienie) pacjenta. Kodeks etyki lekarskiej nakazuje natomiast lekarzowi poinformowanie pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych oraz spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego (art. 13 ust. 3 KEL). Dodatkowo informacja ta ma być przekazana w sposób zrozumiały dla pacjenta (art. 13 ust. 2 KEL).

Lekarz jest moralnie zobowiązany do przekazania pacjentowi informacji o szkodach i korzyściach, które mogą powstać w wyniku podjęcia określonej czynności medycznej, o innych działaniach, jakie można w danym schorzeniu podjąć i jakie są ich konsekwencje, o naturze choroby i skutkach niepodjęcia

¹⁶ Zob. np.: M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 230.

¹⁷ B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnętrzny-systemowe*, Warszawa 2013, s. 419.

¹⁸ Ustawa z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.); dalej jako ustawa o prawach pacjenta.

żadnych działań. Dotyczy to zarówno działań diagnostycznych, jak i terapeutycznych¹⁹. Należy podkreślić, że również nieinwazyjne badania mogą wiązać się ze znacznym ryzykiem – w postaci fałszywych wyników ujemnych bądź dodatnich²⁰.

Informacja musi być przystępna (dostosowana do percepcyjnych i intelektualnych możliwości pacjenta), wszechstronna (wskazująca możliwości alternatywnych i ich rokowań), rzetelna (zobiektywizowana, nieograniczająca danych dotyczących określonych skutków, aby „przekonać” pacjenta do sugerowanego przez lekarza wyboru), adekwatnie szczegółowa (opisująca istotę, konsekwencje, rokowania, alternatywy)²¹.

Podczas opisywania stanu zdrowia i rozpoznania, lekarz winien przedstawić pacjentowi diagnozę, omówić wyniki badań, w razie potrzeby skierować pacjenta na konsultacje ze specjalistą²². Lekarz powinien wyjaśnić istotę schorzenia i jego objawów. Jeżeli postawienie diagnozy wymaga dalszych badań, powinien przedstawić najbardziej prawdopodobne, brane przez niego pod uwagę, rozpoznania.

Udzielając informacji na temat proponowanych i możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, lekarz powinien przedstawić pacjentowi wszystkie możliwe sposoby diagnostyki i terapii. Nie tylko te, które uznane są za standardy, ale też niestandardowe. Nie może również ograniczyć się do przedstawienia tylko tych, które podlegają finansowaniu ze środków publicznych. Lekarz nie przedstawia natomiast metod szkodliwych, bezwartościowych, zakazanych, a za takie uznanych przez naukę lub prawo²³. Opisuując alternatywne metody, należy wyjaśnić czy istnieje możliwość leczenia farmakologicznego i chirurgicznego, ale także przedstawić różne metody zabiegów – przykładowo w odniesieniu do zabiegów chirurgicznych – laparoskopowa lub tradycyjna²⁴. Pacjent powinien zostać poinformowany o wszystkich efektach i następstwach każdej z co naj-

¹⁹ B. Gert, C.M. Culver, K. Danner Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, Gdańsk 2009, s. 291.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 262-263.

²² Por. np.: R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 358.

²³ *Ibidem*, s. 360.

²⁴ R. Kubiak, *Zgoda na zabieg medyczny. Kompendium dla lekarzy*, Kraków 2013, s. 41.

mniej dwóch alternatywnych metod leczenia²⁵, gdyż to on decyduje o wyborze jednej z nich²⁶. Przy wymienianiu dostępnych metod uwzględnić należy oczywiście stan chorego, gdyż nie wszystkie istniejące metody będą możliwe do zastosowania w danym przypadku²⁷. W przypadku świadczeń planowanych lekarz w pierwszej kolejności powinien przekonać pacjenta do najbardziej adekwatnego sposobu leczenia w danej sytuacji, a w braku jego zgody, zaproponować metodę alternatywną, o ile taka istnieje²⁸. Pacjentowi należy objaśnić przyczyny, dla których przeprowadzenie danej czynności medycznej jest konieczne lub wskazane oraz opisać możliwe skutki jej podjęcia²⁹. Należy wskazać, z jakich przyczyn konkretna metoda dla danej jednostki chorobowej i przy uwzględnieniu indywidualnych cech pacjenta przyniesie najbardziej pożądane efekty oraz jakie będą jej konsekwencje w porównaniu do innych metod.

Przez następstwa zastosowania lub zaniechania określonej metody rozumieć należy przewidywane i oczekiwane efekty jej zastosowania oraz możliwe skutki niepożądane, uwzględniając stan pacjenta i wyposażenie danej placówki³⁰. To co w jednym szpitalu będzie standardem i rutyną, w innym, z powodu niedoborów sprzętowych, może być zabiegiem podwyższonego ryzyka. Należy również wziąć pod uwagę kompetencje i umiejętności personelu medycznego, który miałby przeprowadzać dany zabieg. Pacjentowi należy także opisać niepożądane skutki farmakoterapii. Nie można ograniczyć się do polecenia mu lektury ulotki dołączonej do leku. Informacja tam zawarta ma charakter ogólny i zawiera wszystkie możliwe skutki uboczne, w oderwaniu od osobniczych cech pacjenta. Nadto, napisana jest hermetycznym językiem, często niezrozumiałym dla pacjenta³¹.

Mówiąc o wynikach leczenia i rokowaniu, lekarz powinien przedstawić pacjentowi aktualny opis stanu jego zdrowia, oparty na wynikach badań i wy-

²⁵ Wyrok SA w Gdańsku z dnia 26.02.2010 r., sygn. akt I ACa 51/10, publ. LEX nr 653696.

²⁶ Wyrok SA w Łodzi z dnia 18.09.2013 r., sygn. akt I ACa 355/13, publ. LEX nr 1383480.

²⁷ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, op. cit., s. 360.

²⁸ M. Śliwka, *Prawa pacjenta...*, op. cit., s. 189.

²⁹ D. Karkowska, *Komentarz do art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, wersja elektroniczna LEX 2012.

³⁰ R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, op. cit., s. 361.

³¹ *Idem*, *Zgoda...*, op. cit., s. 42.

wiadzie. W przypadku braku efektu leczniczego zastosowania określonej metody lub efektów niedostatecznych, należy przedstawić kolejne etapy diagnostyki, jeżeli rozpoznanie okazało się nieprawidłowe lub niepełne, albo leczenia. Rokowaniem będzie spodziewany efekt leczenia bądź jego niepodjęcia.

Informacja przekazywana pacjentowi musi być rzetelna i przystępna. Musi opisywać ryzyko związane z podjęciem zabiegu, jak i jego zaniechaniem³².

Zakres informacji powinien być adekwatny do określonego schorzenia i rodzaju proponowanego zabiegu (leczenia)³³.

Inaczej obowiązek informowania o możliwych komplikacjach operacji przedstawia się, gdy chodzi o operację mającą na celu poprawę stanu zdrowia, a inaczej, gdy ma na celu ratowanie życia. W drugim przypadku nie należy udzielać choremu informacji, które mogłyby wpłynąć negatywnie na jego psychikę i zwiększyć jednocześnie ryzyko operacji³⁴. Lekarz nie ma więc obowiązku informowania pacjenta o bardzo rzadko występujących powikłaniach³⁵.

Obowiązek wyjaśnienia pacjentowi konsekwencji zabiegu operacyjnego ma służyć pełnej świadomości podejmowania decyzji o wyrażeniu zgody na zabieg. Lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi cel i rodzaj zabiegu oraz zwykle jego następstwa. Nie ma natomiast potrzeby, a niekiedy jest to nawet niewskazane ze względu na samopoczucie i zdrowie pacjenta, przedstawiania pacjentowi nietypowych następstw, nieobjętych normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które w szczególnych wypadkach powikłań mogą wystąpić³⁶.

W sytuacji, w której zachodzi bezwzględna konieczność operacji, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi jedynie cel i rodzaj operacji oraz zwykle jej następstwa³⁷. Informowanie o niezmiernie rzadkich komplikacjach nie jest ko-

³² Wyrok SN z 07.11.2008r., sygn. akt II CSK 259/08, publ. LEX nr 577166.

³³ D. Hajdukiewicz, *Przywilej terapeutyczny – wątpliwy relikw paternalizmu czy istotny element leczniczy*, publ. LEX nr 194146/1.

³⁴ Wyrok SN z dnia 11.01.1974 r. sygn. akt II CR 732/73, publ. LEX nr 4884.

³⁵ Wyrok SA w Krakowie z dnia 06.09.2012 r., sygn. akt I ACa 723/12, publ. LEX nr 123672.

³⁶ Wyrok SN z dnia 20.11.1979 r., sygn. akt IV CR 389/79, publ. LEX nr 2445, podobnie także wyrok SN z 27.08.1968 r., sygn. akt I CR 325/68, publ. LEX nr 4641.

³⁷ Wyrok SN z dnia 09.11.2007 r., sygn. akt V CSK 220/07, publ. LEX nr 494157.

nieczne, a może spowodować pogorszenie samopoczucia pacjenta lub nawet odmowę wyrażenia zgody na zabieg³⁸.

O zakresie informacji, jaką należy przekazać pacjentowi, z całą pewnością nie decyduje jednak lekarz³⁹.

Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć „poinformowaną” i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu⁴⁰. Informacja udzielana pacjentowi winna zawierać dane umożliwiające mu podjąć świadomą decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg. Świadomość oznacza, że pacjent wie, czego może oczekiwać w zakresie pożądaných efektów zabiegu, ale również, co może być skutkiem niepożądanym tego zabiegu. Skutki uboczne powinny zostać nie tylko opisane w szczegółowy sposób wraz z możliwymi ich następstwami w postaci uszczerbku na zdrowiu lub zagrożenia życia. Wskazać należy również prawdopodobieństwo wystąpienia poszczególnych skutków⁴¹.

Granice informacji wyznaczone są nie tylko przez spodziewany efekt i ryzyko proponowanej ingerencji medycznej, co zostało opisane wyżej. Wyznacza je również stan zdrowia, stan psychiczny i emocjonalny pacjenta⁴². Lekarz powinien zadbać, aby zakres informacji był wystarczający, ale jednocześnie nie nadmierny, a więc przykładowo nie obciążał pacjenta danymi dotyczącymi objawów jeszcze nie występujących, a jedynie prawdopodobnych. Pacjent, już z samego faktu występowania u niego określonego schorzenia i związanych z nim objawów, jest narażony na stres, a lekarz winien minimalizować negatywne psychiczne obciążenia pacjenta, a nie powiększać ich.

Zakres informacji musi być uzależniony od możliwości percepcyjnych pacjenta, kondycji psychicznej i jego oczekiwań dotyczących prawdy. Zakresu

³⁸ Wyrok SN z dnia 28.08.1973 r., sygn. akt I CR 441/73, publ. LEX nr 1690, pod. wyrok SN z dnia 08.07.2010 r., sygn. akt II CSK 117/10, publ. LEX nr 602677.

³⁹ J. Ciechorski, Glosa do wyroku sądu apelacyjnego z dnia 28.11.2012 r., V ACa 826/12, publ. LEX nr 191600/2.

⁴⁰ Wyrok SA w Poznaniu z dnia 29.09.2005 r., sygn. akt I ACa 236/05, publ. LEX nr 175206, pod. wyrok SN z dnia 08.07.2010 r., sygn. akt II CSK 117/10, publ. LEX nr 602677.

⁴¹ Wyrok SN z dnia 28.09.1999 r., sygn. akt II CKN 511/96, publ. LEX nr 453701.

⁴² A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, Warszawa 2011, s. 74.

tego nie da się więc ustalić jednolicie dla wszystkich rodzajów interwencji medycznych, jak też dla wszystkich pacjentów⁴³.

Zakres informacji uzależniony powinien być od sytuacji osobistej i zawodowej pacjenta⁴⁴. Innej informacji, co do operacji ręki, której skutkiem może być ograniczenie sprawności kończyny, będzie oczekiwał na przykład pianista, a innej księgowy.

Zakres przekazywanych pacjentowi informacji powinien być zróżnicowany ze względu na inteligencję, wykształcenie, pochodzenie, stan psychiczny, nawyki, wrażliwość chorego, pilność leczenia, zagrożenie życia⁴⁵. Pełna informacja może skłonić pacjenta do zrezygnowania z nawyków szkodzących jego zdrowiu (palenie wyrobów tytoniowych) lub przestrzegania lekarskich zaleceń (zażywanie leków, uprawianie sportu, przestrzeganie diety)⁴⁶. Jeżeli pacjent sprzeciwił się hospitalizacji, która jest konieczna, lekarz ma obowiązek poinformowania go o konsekwencjach zdrowotnych, jakie mogą powstać w związku z odmową lub spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń⁴⁷.

Zakres informacji może być uzależniony od przekonań religijnych pacjenta. Informacja o możliwości użycia krwiopochodnych produktów lub krwi będzie nadzwyczaj istotna dla świadka Jehowy⁴⁸, a dla większości pacjentów będzie miała charakter obojętny.

Ograniczenie informacji nie może mieć jednak miejsca ze względu na światopogląd lekarza⁴⁹. Lekarz nie może więc przykładowo zataić faktu, że zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i zgodnie z powszechnie obowiązującym prawem, występują przesłanki do wykonania u kobiety zabiegu aborcji. To pacjentka ma zdecydować, czy temu zabiegowi się podda, ale musi wiedzieć o wskazaniach do takiego zabiegu, konsekwencjach poddania się mu albo konsekwencjach odmowy, jeżeli jego wykonanie będzie sprzeciwiać się również jej

⁴³ M. Jantos, *Rozmowy lekarza z pacjentem...*, *op. cit.*, s. 51.

⁴⁴ M. Malczewska, *Prawo do informacji*, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), Warszawa 2014, s. 589.

⁴⁵ S. Kopocz, *Recepta na informację*, *Medical Tribune* 2007, nr 17 [w:] *Prawo medyczne w praktyce. Antologia tekstów prawnych z Medical Tribune z lat 2007-2011*, s. 282.

⁴⁶ R. Kubiak, *Zgoda...*, *op. cit.*, s. 41.

⁴⁷ Wyrok SN z dnia 23.11.2007r., sygn. akt IV CSK 240/07, publ. LEX nr 369693.

⁴⁸ P. Łuków, *Zgoda na świadczenie...*, *op. cit.*, s. 82.

⁴⁹ M. Malczewska, *Prawo do informacji...*, *op. cit.*, s. 589.

światopoglądowi. Ustawa umożliwia jedynie odstąpienie od czynności leczniczych w takim przypadku, a i to przy zaistnieniu określonych warunków (art. 39 w zw. z art. 30 ustawy o zawodzie lekarza). Przede wszystkim nie może mieć to miejsca w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Nadto, jeżeli lekarz nie chce wykonać określonego świadczenia zdrowotnego, ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

Lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza, przemawia za tym dobro pacjenta i jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta (art. 31 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza). W razie niepomysłnej dla chorego prognozy, lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji (art. 17 KEL). Ograniczenie informacji może wynikać z przekonania lekarza, że ujawnienie może wpłynąć na stan emocjonalny pacjenta, a tym samym wpłynąć na pogorszenie stanu zdrowia⁵⁰.

Również pacjent może żądać, aby informacji mu nie udzielono (art. 31 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza). Kodeks etyki lekarskiej także zwalnia z tego obowiązku, jeżeli pacjent wyraża takie życzenie (lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu – art. 16 ust. 1 KEL). Autorzy tego rozwiązania wyszli z założenia, że autonomia pacjenta sięga tak daleko, że może on zdecydować, że nie chce być informowany i w istocie świadomy swego stanu zdrowia. Należy jednak zadać pytanie czy w takim przypadku można w ogóle mówić o autonomii i prawie do samostanowienia, skoro ich istota sprowadza się do odpowiedniego w danej sytuacji poinformowania.

⁵⁰ A. Górski, *O obowiązku lekarza poinformowania pacjenta i zgodzie pacjenta na zabieg*, „Studia Iuridica” 2001, t. XXXIX, s. 96.

4. Sposób i forma przekazywania informacji

Informacja ma pozwolić pacjentowi na ocenę ryzyka i podjęcie decyzji co do wyrażenia bądź nie wyrażenia zgody na zabieg. W razie wyrażenia zgody, pacjent przejmuje na siebie ryzyko i akceptuje wystąpienie tego ryzyka bez prawa do odszkodowania⁵¹. Stąd rola informacji jest najistotniejsza w procesie udzielania zgody. Dlatego też musi ona spełniać określone wymagania, nie tylko co do swego zakresu, ale również co do formy i sposobu jej udzielania.

Przepisy obu ustaw (o zawodzie lekarza i o prawach pacjenta) kładą nacisk na przystępność informacji. Przepis art. 13 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej podkreśla natomiast obowiązek formułowania informacji w sposób dla pacjenta zrozumiały.

Przystępność informacji oznacza przekazanie jej językiem i w formie zrozumiałym dla pacjenta, dostosowanym do jego możliwości intelektualnych i percepcyjnych⁵².

Jasne dla pacjenta sformułowania i uzasadnienia decyzji są niezwykle istotne. Częściej niezrozumienie zaleceń lekarza, a nie zła wola pacjenta, decyduje o ignorowaniu zaleceń, wskazań lub sugestii lekarskich⁵³. Hermetyczny, zazwyczaj niezrozumiały dla pacjenta język, częsta niechęć do informowania pacjenta o stanie zdrowia i metodach leczenia powodują, że pacjent nie czuje się jak równopranny partner lekarza⁵⁴. Bezspornie lekarz powinien informować pacjenta z własnej inicjatywy, ponieważ ten drugi nie ma wystarczającego rozeznania na temat swojego stanu, rokowań, możliwości leczenia⁵⁵. Pacjent powinien mieć więc nieograniczone prawo zadawania pytań. Pytania pozwolą natomiast lekarzowi utwierdzić się w przekonaniu, że jego przekaz został zrozumiany.

⁵¹ K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawa pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia”, t. 9, s. 60.

⁵² D. Karkowska, *Komentarz do art. 9...*, *op. cit.*; a także: M. Jantos, *Rozmowy lekarza z pacjentem...*, *op. cit.*, s. 55.

⁵³ I. Stangierska, W. Horst-Sikorska, *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2007, nr 1, s. 58.

⁵⁴ S. Mikołajczak, *Prawa pacjenta*, Poznań 1994, s. 8.

⁵⁵ J. Bujny, *Zakres lekarskiego obowiązku informowania pacjenta*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2009, nr 3, s. 226.

Zrozumienie informacji ma także wymiar emocjonalny i polega na wyobrażeniu sobie skutków interwencji medycznej i życia na przykład z ograniczeniami wynikającymi z tej interwencji⁵⁶. Rozumienie informacji będące koniecznym elementem kompetencji do wyrażenia zgody jest uzależnione nie tylko od sposobu i języka przekazu, ale także od stanu psychicznego pacjenta⁵⁷. Nie chodzi tu o ograniczenie jego możliwości percepcyjnych lub zaburzenia psychiczne, gdyż mowa jest tu o pacjencie kompetentnym do podjęcia decyzji. Należy jednak podkreślić, że lekarz ma przewagę – przede wszystkim merytoryczną – nad pacjentem, a pacjent, z istoty i natury znajduje się w nietypowej, niekomfortowej dla niego sytuacji, denerwuje się z powodu swojego stanu zdrowia, obawia się diagnozy, bólu.

Pacjent winien w sposób rozeznany współuczestniczyć w postępowaniu leczniczym⁵⁸. Powszechny dostęp do wiedzy z zakresu medycyny, „medykalizacja” społeczeństwa, a więc podniesienie poziomu ogólnej i medycznej wiedzy społeczeństwa, spowodowała, że pacjent, we własnym odczuciu, chce być współodpowiedzialny za proces leczenia i jego efekty⁵⁹. Lekarz i pacjent mogą mieć odmienne poglądy na temat tego, co jest dobre dla pacjenta, ale obie strony muszą rozmawiać, muszą być partnerami, muszą się wzajemnie szanować⁶⁰.

Wiedza jest po stronie lekarza. Lekarz informuje o naturze schorzenia, pacjent ma jednak prawo do nabycia pewnego zasobu wiedzy medycznej i staje się przez to również „świadomym uczestnikiem procesu decyzyjnego”⁶¹. „Pacjent może podsunąć lekarzowi istotną myśl lub zwrócić uwagę na pominiętą w wywiadzie okoliczność. Zasługuje na to, aby uszanować również jego kompetencje medyczne”⁶². Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia (art. 13 ust. 1 KEL). Współuczestniczenie pacjenta w procesie terapeutycznym ma swój wyraz w brzmieniu przepisu art. 9 ust. 5 ustawy o prawach pacjenta, który

⁵⁶ P. Łuków, *Zgoda na świadczenie...*, *op. cit.*, s. 82.

⁵⁷ B. Gert, C.M. Culver, K. Danner Clouser, *Bioetyka...*, *op. cit.*, s. 300.

⁵⁸ B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia...*, *op. cit.*, s. 417.

⁵⁹ S. Poździejch, *Prawa lekarza w systemie prawnym*, [w:] S. Poździejch, M. Gibiński, *Prawa lekarza. Zarys problematyki*, Warszawa 2012, s. 50.

⁶⁰ P. Łuków, *Zgoda na świadczenie...*, *op. cit.*, s. 78.

⁶¹ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Warszawa 2009, s. 98-99.

⁶² *Ibidem*, s. 99.

uprawnia pacjenta do przedstawienia lekarzowi swojego zdania w zakresie przedstawionej przez niego informacji.

Częstą przyczyną, dla której lekarze nie przekazują pacjentom pełnej informacji, jest paternalizm. Z jego założeń wynika jednak, że działają oni, przynajmniej w swoim przekonaniu, dla dobra pacjenta⁶³. Paternalizm oznacza działanie zgodnie z własną hierarchią, własną oceną sytuacji⁶⁴. Nie oznacza jednak i nie usprawiedliwia braku czasu, niechęci, nieumiejętności przekazania informacji⁶⁵.

Paternalizm może być jednak tylko powierzchowną formułą, jeżeli pacjent sobie tego życzy⁶⁶. Wybór pacjenta może polegać na rezygnacji z dokonania wyboru metody zabiegu operacyjnego, choćby w sytuacji, gdy stanowisko pacjenta wyraża się całkowitym zaufaniem do lekarza i prośbą o podjęcie za niego kompetentnej decyzji⁶⁷.

Istnieją bowiem pacjenci, którzy wymagają „ojcowskiego” wskazania rozwiązania, gdyż w warunkach stresu z trudnością radzą sobie z samodzielnym podejmowaniem decyzji. W przypadku, gdy pacjent oczekuje pokierowania jego losem, jeszcze ważniejsze staje się zrozumienie przez niego wszelkich konsekwencji dokonanego wyboru. Przekazanie kompetencji decyzyjnej lekarzowi też uznać należy za jego decyzję. Lekarz winien w takim przypadku upewnić się, że pacjent skutki określonej decyzji rozumiał.

Model paternalistyczny, gdzie pacjent jest przedmiotem poddawanych procedurom medycznym, zastępowany jest partnerskim, w którym pacjent i lekarz mają równe prawa⁶⁸. Lekarz – partner jest doradcą, wskazuje możliwości, przedstawia najlepsze rozwiązania, ale to pacjent, jako najlepiej znający siebie i swoje preferencje, podejmuje decyzję. Nie oznacza to jednak, że lekarz nie może sprzeciwić się decyzji nieracjonalnej⁶⁹. Kompetencja lekarska to nie tylko fachowa wiedza i doświadczenie zawodowe, ale również intuicja, wnikliwość,

⁶³ B. Gert, C.M. Culver, K. Danner Clouser, *Bioetyka...*, *op. cit.*, s. 321.

⁶⁴ *Ibidem*, s. 325.

⁶⁵ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta...*, *op. cit.*, s. 221.

⁶⁶ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy...*, *op. cit.*, s. 101.

⁶⁷ Wyrok SN z dnia 16.05.2012r., sygn. akt III CSK 227/11, publ. LEX nr 1211885.

⁶⁸ M. Filar, *Lekarskie prawo karne...*, *op. cit.*, s. 14-15.

⁶⁹ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta...*, *op. cit.*, s. 224.

empatia⁷⁰, a więc zdolność do postawienia się w położeniu innej osoby. Empatyczny lekarz będzie cierpliwy, delikatny, uszanuje intymność pacjenta⁷¹. Lekarz chce zrozumieć pacjenta i wesprzeć go. Służy temu przede wszystkim rozmowa⁷². Nie jest zakazane, a w niektórych przypadkach może być bardzo pomocne wsparcie przekazu słownego udzieleniem pacjentowi informacji w wersji pisemnej – w postaci gotowych druków, broszur. Nie mogą one jednak stanowić wyłącznego źródła informacji. Pacjent może przecież nie zrozumieć tego, co przeczytał, albo w ogóle nie przeczytać przekazanej mu ulotki. Ewentualne wręczenie broszury nie zwalnia lekarza od udzielenia pacjentowi przystępnej informacji – nie tylko o sposobie leczenia, ale również o jego skutkach, w tym możliwości wystąpienia powikłań⁷³. Lekarz więc musi w rozmowie upewnić się, że informacja została zrozumiana (na przykład poprzez zadawanie pytań) i wyjaśnić wszelkie wątpliwości oraz udzielić odpowiedzi na te pytania, które poza ramy broszury lub druku wykraczają.

Umiejętności interpersonalne lekarza są równie ważne, a może nawet istotniejsze od kompetencji merytorycznych. Brak tych pierwszych może wywołać dużo bardziej szkodliwe i nieodwracalne skutki⁷⁴. Lekarz nie powinien wzbudzać w pacjencie obaw wywołanych nieścisłymi bądź mylącymi informacjami⁷⁵. Nie może pogłębiać negatywnych przeżyć pacjenta wywołanych chorobą lub rokowaniami. Uczciwy lekarz powinien być jednak prawdomówny⁷⁶. Informowanie pacjenta zgodnie z prawdą jest poszanowaniem jego autonomii⁷⁷. Lekarz nie może więc, o ile pacjent ze swego prawa nie zrezygnował, ograniczać lub pozbawiać go informacji, nawet jeżeli są wyjątkowo niekorzystne dla pacjenta.

⁷⁰ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy...*, *op. cit.*, s. 65.

⁷¹ *Ibidem*, s. 69.

⁷² A. Baca-Marzecka, *Relacja lekarz – pacjent w kontekście komunikacyjnym*, www.med-biznes.pl [data dostępu: 20.09.2014 r.]

⁷³ Wyrok SA w Gdańsku z dnia 26.02.2010 r., sygn. akt I ACa 51/10, publ. LEX nr 653696.

⁷⁴ I. Stangierska, W. Horst-Sikorska, *Ogólne zasady komunikacji...*, *op. cit.*, s. 60.

⁷⁵ B. Gert, C.M. Culver, K. Danner Clouser, *Bioetyka...*, *op. cit.*, s. 260.

⁷⁶ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy...*, *op. cit.*, s. 68.

⁷⁷ K. Szewczyk, *Prawdomówność w medycynie*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska, *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 109.

Jeżeli informacje przekazywane pacjentowi dotyczą niepomyślnych rokowań lub zabiegów obciążonych szczególnie wysokim ryzykiem, należy rozważyć przeprowadzenie takiej rozmowy w obecności i przy aktywnym wsparciu psychologa.

Informacja powinna spowodować u pacjenta chęć współdziałania z lekarzem w procesie leczenia i zmniejszyć emocjonalne napięcie wywołane stanem chorobowym⁷⁸. Rozmowa wyjaśniająca specyfikę schorzenia i wskazanego leczenia ma więc na celu spowodowanie, aby pacjent, dzięki pozbyciu się nieuzasadnionych obaw, zyskał przeświadczenie, że wypełnianie lekarskich zaleceń przyniesie pożądany skutek w postaci wyleczenia lub co najmniej poprawy samopoczucia.

W procesie komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem ważną rolę odgrywają trzy czynniki: przekazywanie informacji słownej, komunikacja niewerbalna i aktywne słuchanie⁷⁹.

Rozmowa pacjenta z lekarzem powinna być przeprowadzona bez obecności innych osób, także personelu pomocniczego. Informacja powinna być, tak samo jak udzielanie świadczeń medycznych, przekazywana w warunkach zapewniających intymność. Jeżeli ma to miejsce wobec pacjenta przebywającego w szpitalu, to rozmowa powinna odbyć się poza salą chorych⁸⁰. Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności (art. 12 ust. 1 KEL). Lekarz powinien koncentrować się na problemie i na reakcjach pacjenta, także tych niewerbalnych. Lekarz nie powinien działać pod presją czasu, ale umożliwić pacjentowi zapoznanie się z problemem w stopniu wystarczającym⁸¹. Uczciwy lekarz powinien sprawiedliwie dzielić czas między pacjentów⁸².

Dziś, gdy zanikają tradycyjne formy komunikacji międzyludzkiej, umiejętność prowadzenia rozmowy z pacjentem jest nadzwyczaj cenna. Lekarz wi-

⁷⁸ Zob.: A.J. Kowalska, M.J. Jarosz, J. Sak, J. Pawlikowski, R. Patryn, A. Pacian, A. Włoszczak-Szubzda, *Etyczne aspekty komunikacji lekarz – pacjent*, *Medycyna ogólna* 2010, 16 (XLV), 3, s. 428.

⁷⁹ I. Stangierska, W. Horst-Sikorska, *Ogólne zasady komunikacji...*, *op. cit.*, s. 59.

⁸⁰ Por.: K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawa pacjenta...*, *op. cit.*, s. 64.

⁸¹ P. Łuków, *Zgoda na świadczenie...*, *op. cit.*, s. 83.

⁸² J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy...*, *op. cit.*, s. 68.

nien traktować pacjenta dobrze, życzliwie. Wynika to z wartości osoby ludzkiej, jej godności, prawa do szacunku⁸³.

Lekarz powinien zapewnić pacjenta o zachowaniu tajemnicy, w taki sposób, aby ten drugi miał przekonanie, że żadne informacje nie zostaną ujawnione. Nie należy narażać pacjenta na nadmierny stres, szok. Informacje należy przekazywać bez okazywania emocji, cierpliwie⁸⁴. Istotne jest jednak okazywanie troski i kontakt wzrokowy. Wszystkie te elementy powinny budować zaufanie pacjenta do lekarza. Zaufanie pacjenta jest bowiem podstawą do podjęcia przez niego decyzji w zgodzie ze sobą i z przekonaniem, że decyzja ta jest słuszna i najtrafniejsza.

Uznanie zaufania za fundament relacji między pacjentem a lekarzem skutkuje prawem pacjenta do wyboru lekarza (art. 12 ust. 2 KEL). Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie (art. 6 ust. 3 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta).

Lekarzowi stawia się określone wymagania, mające gwarantować szacunek i życzliwość dla pacjenta oraz budowanie jego zaufania. Nawet przy spełnianiu najwyższych standardów etycznych, choć z pewnością nie zawsze jest to możliwe, relacje międzyludzkie są na tyle delikatną materią, że określone zachowania lub słowa mogą zostać odebrane błędnie, a tym samym podważyć zaufanie do lekarza. Ograniczenie zaufania może być wywołane także innymi przesłankami, jak wiek, doświadczenie zawodowe lekarza i związane z tym nie zawsze słuszne przeświadczenie pacjenta o jego kompetencjach, opinie innych pacjentów. Tym samym przyznaje się pacjentowi prawo do zweryfikowania opinii lekarskiej, gdy ma on wątpliwości co do jej rzetelności.

Należy podkreślić, że potrzeba skonsultowania diagnozy lub proponowanego leczenia może także wynikać wyłącznie ze specyfiki czy stopnia zaawansowania danego schorzenia.

Lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, by chory zasięgnął opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację (art. 18 KEL).

W razie nie uzyskania zgody na proponowane postępowanie, lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską (art. 15

⁸³ *Ibidem*, s. 67.

⁸⁴ S. Kopocz, *Recepta na informację...*, *op. cit.*, s. 282.

ust. 5 KEL). Można szanować autonomię pacjenta, a jednocześnie troszczyć się o niego⁸⁵. Nawet kryteria celowości medycznej nie przesądzają o wyborze metody diagnostyki lub leczenia. O wyborze tym przesądzają przekonania pacjenta, jego indywidualna wrażliwość na ból, podatność na alergię i inne cechy osobnicze, którym daje wyraz, wypowiadając swoje zdanie. Lekarz powinien go w dokonaniu wyboru efektywnie wspomóc, ale nie odpowiada za rezultat. Pacjent może pozostać nieprzekonany do proponowanej przez lekarza bardziej efektywnej metody i wolę pacjenta trzeba uszanować⁸⁶.

5. Skutki zaniechania obowiązku informacyjnego

W nauce prawa spotyka się pogląd, że zasada *voluntas aegroti suprema lex* staje się nadrzędną w stosunku do zasady *salus aegroti suprema lex*, bowiem prawo do samostanowienia pacjenta w procesie leczenia powinno być w pełni respektowane⁸⁷.

Gwarancją realizacji tego podstawowego prawa człowieka jest oddanie pacjentowi decyzji o wyrażeniu bądź niewyrażeniu zgody na przeprowadzenie świadczenia zdrowotnego⁸⁸. Wartość zgody na jego wykonanie wynika z konstytucyjnie gwarantowanej ochrony autonomii jednostki w decydowaniu o sobie, prawie do prywatności, poszanowania integralności cielesnej każdego człowieka⁸⁹.

Instytucja zgody na przeprowadzenie zabiegu medycznego jest nie tylko poszanowaniem jego woli i urzeczywistnieniem autonomii⁹⁰. Przede wszystkim pozwala na legalne przeprowadzenie zabiegu.

Zgoda jest niewadliwa, jeżeli została wyrażona przez osobę do tego uprawnioną (kompetentną), czynność będąca jej przedmiotem jest zgodna z prawem, pacjent wyraził ją świadomie, swobodnie, z dostatecznym rozezna-

⁸⁵ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy...*, *op. cit.*, s. 100.

⁸⁶ Wyrok SN z dnia 16.05.2012r., sygn. akt III CSK 227/11, publ. LEX nr 1211885.

⁸⁷ Wyrok SN z dnia 23.11.2007r., sygn. akt IV CSK 240/07, publ. LEX nr 369693.

⁸⁸ Por.: T. Rek, *Prawa i obowiązki pacjenta i świadczeniobiorcy*, [w:] M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa 2013, s. 299.

⁸⁹ M. Filar, *Lekarskie prawo karne...*, *op. cit.*, s. 242-243.

⁹⁰ T. Rek, *Prawa i obowiązki pacjenta...*, *op. cit.*, s. 299.

niem, bez przymusu lub innych czynników powodujących wadliwość oświadczeń woli, w stanie psychicznym uniemożliwiającym jej wyrażenie⁹¹.

Zgoda podlega ocenie wadliwości na podstawie przepisów kodeksu cywilnego, tak samo jak inne oświadczenia woli (brak świadomości, swobody, błąd)⁹². Aby zgoda na świadczenie zdrowotne została wyrażona skutecznie, musi być zgodą „poinformowaną”⁹³ i „objaśnioną”, a więc świadomie akceptującą przez pacjenta zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejście na siebie tego ryzyka. Informacja dotycząca ryzyka musi być adekwatna⁹⁴. Dopiero taka zgoda pacjenta wyłącza bezprawność interwencji lekarza⁹⁵. Dokonana przez pacjenta aprobata dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w rozumieniu ustawy⁹⁶.

Brak zgody pacjenta na działania medyczne może spowodować konsekwencje prawnokarne. „Kto leczy bez zgody, nie spełnia warunku działania *lege artis*, nawet gdy w aspekcie technicznym leczy prawidłowo”⁹⁷. Dotyczy to również sytuacji, gdy zgoda nie jest wyrażona w określonej, wymaganej prawem formie⁹⁸. Forma zgody może być – co do zasady – dowolna (ustnie, także poprzez czynności konkludentne⁹⁹). Jedynie w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku, zgoda musi być udzielona w formie pisemnej (art. 34 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, art. 18 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta).

⁹¹ A. Fiutak, *Prawo w medycynie...*, *op. cit.*, s. 74; oraz P. Łuków, *Zgoda na świadczenie...*, *op. cit.*, s. 79; a także: M. Filar, *Lekarskie prawo karne...*, *op. cit.*, s. 249.

⁹² M. Śliwka, *Prawa pacjenta...*, *op. cit.*, s. 223. Przyjmuje się jednak, że zgoda nie jest oświadczeniem woli *sensu stricto* – zdolność do wyrażenia zgody na leczenie jest niezależna od kategorii zdolności do czynności prawnych – tak: M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta...*, *op. cit.*, s. 235-236.

⁹³ M. Filar, *Lekarskie prawo karne...*, *op. cit.*, s. 302-303.

⁹⁴ P. Łuków, *Zgoda na świadczenie...*, *op. cit.*, s. 79.

⁹⁵ Wyrok SN z dnia 16.05.2012 r., sygn. akt III CSK 227/11, publ. LEX nr 1211885.

⁹⁶ Wyrok SN z dnia 16.05.2012 r., sygn. akt III CSK 227/11, publ. LEX nr 1211885.

⁹⁷ M. Filar, *Lekarskie prawo karne...*, *op. cit.*, s. 299.

⁹⁸ *Ibidem*, s. 302-303.

⁹⁹ *Ibidem*, s. 274.

Skuteczna jest zgoda pacjenta wyrażona na piśmie w formie druku¹⁰⁰, udzielona na gotowym formularzu. Przedmiot zgody musi być jednak szczegółowo określony¹⁰¹. Zgoda nie może być blankietowa. Należy ją uznać za zgodę nieświadomą. Przykładami tego rodzaju są zgody udzielane na leczenie w określonej poradni lub oddziale szpitala, a także zgoda na każdy zabieg, jaki dopiero zostanie uznany w toku leczenia za potrzebny¹⁰². W takich przypadkach zwykle nie przekazana zostaje pacjentowi żadna informacja, gdyż zwykle podpisanie takiego formularza odbywa się przy przyjęciu do szpitala lub przed pierwszą wizytą w poradni, a więc przed przeprowadzeniem wywiadu i postawieniem diagnozy.

Ustawa daje prawo pacjentowi do wyrażenia zgody lub sprzeciwu na świadczenie zdrowotne. Jednocześnie lekarz ma obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej. Nie w każdej sytuacji oświadczenie pacjenta może być respektowane i skuteczne prawnie. Czynność stanowiąca przedmiot oświadczenia nie może sprzeciwiać się ustawie lub zasadom współżycia społecznego. Nie można udzielić prawnie skutecznej zgody na zabieg sprzeczny z wiedzą medyczną lub zabieg, który nie ma podstaw we wskazaniach lekarskich¹⁰³. Ponownie należy jednak podkreślić, że pacjent ma prawo sprzeciwić się zabiegowi, który jest wskazany ze względów medycznych, o ile uświadamia sobie wynikające z tego ryzyko i jest gotowy je ponieść.

Nawet prawidłowe wykonanie zabiegu i zgoda na jego wykonanie uzasadniają odpowiedzialność lekarza (szpitala) za powikłania zabiegu, jeżeli pacjent nie został o tym ryzyku poinformowany¹⁰⁴. Pacjent, który wyraził zgodę na dokonanie zabiegu operacyjnego, bierze na siebie ryzyko związane z zabiegiem – bezpośrednie, typowe, zwykle skutki, zwykle powikłania pooperacyjne. Brak

¹⁰⁰ Wyrok SN z dnia 08.07.2010 r., sygn. akt II CSK 117/10, publ. LEX nr 602677.

¹⁰¹ R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, op. cit., s. 340.

¹⁰² T. Rek, *Prawa i obowiązki pacjenta...*, op. cit., s. 299.

¹⁰³ R. Drozd, *Gdy pacjent dyktuje chirurgowi, co ma robić*, Medical Tribune 17/2011; zob. także: R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, op. cit., s. 340 oraz M. Filar, *Lekarskie prawo karne...*, op. cit., s. 249.

¹⁰⁴ Wyrok SA w Warszawie z dnia 11.03.2008 r., sygn. akt I ACa 846/07, publ. LEX nr 531737, także: wyrok SO w Krakowie z dnia 30.12.2003 r., sygn. akt I C 110/02, publ. LEX nr 174314.

wcześniejszego o nich pouczenia, czyni szkodę bezskuteczną, a zabieg bezprawnym¹⁰⁵. Celowe zatajenie informacji o technice zabiegu i ewentualnych powikłaniach zabiegu w obawie, że pacjent nie wyrazi z tego względu zgody na zabieg, jest działaniem bezprawnym i zawinionym¹⁰⁶.

Na lekarzu spoczywa obowiązek udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o proponowanym leczeniu i ryzyku z nim związanym. Także na lekarzu spoczywa ciężar dowodu, że wyrażenie zgody na zabieg operacyjny lub inne leczenie, zostało taką informacją poprzedzone¹⁰⁷.

6. Zakończenie

Szacunek dla wolności i praw innych jednostek jest obowiązkiem każdego (art. 31 ust. 2 Konstytucji RP). W aspekcie samostanowienia o poddaniu się zabiegom medycznym, przepisy prawa zapewniają pacjentowi prawo do podjęcia decyzji o wyrażeniu zgody bądź odmowie zgody na dany zabieg. Skutecznie wyrażona zgoda musi być zgodą „poinformowaną”, a więc podjętą przy pełnym obrazie pozytywnych i negatywnych skutków zabiegu lub badania.

Lekarz nie tylko prawnie, ale i moralnie jest zobowiązany do przekazania pacjentowi informacji dotyczącej jego stanu zdrowia i wymaganego leczenia, co jest wyrazem uznania pacjenta za autonomiczną, zdolną do samodzielnego decydowania o sobie, jednostkę.

Nierzadko jednak czy to z przyczyn hołdowania paternalizmowi, czy z powodu przekonania, że przekazane informacje i tak nie zostaną zrozumiane, obowiązek informacyjny jest bagatelizowany. O protekcyjnym i przedmiotowym traktowaniu pacjenta, a nie o szanowaniu jego autonomii świadczą poniższe wypowiedzi zaczerpnięte z uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku, zawierającego cytaty z zeznań świadka: „ja pewnie rozmawiałam

¹⁰⁵ Wyrok SN z dnia 28.08.1972 r., sygn. akt II CR 296/72, publ. LEX nr 1506, pod. wyrok SN z dnia 29.10.2003 r., sygn. akt III CK 34/02, publ. LEX nr 145226, a także: wyrok SA w Warszawie z dnia 13.06.2007 r., sygn. akt VI ACa 1246/06, publ. LEX nr 434465.

¹⁰⁶ Wyrok SA w Lublinie z dnia 02.10.2003 r., sygn. akt I ACa 369/03, publ. LEX nr 155067.

¹⁰⁷ Zob. np. wyrok SN z dnia 17.12.2004 r., sygn. akt II CK 303/04, publ. LEX nr 157493.

z pacjentką na temat różnych metod, ale najszerszej omawiam tą, którą wybieram dla pacjentki”¹⁰⁸; „Pacjentka mogła powiedzieć, że chce mieć zabieg metodą tradycyjną, ale ja mogę powiedzieć, że to nie u mnie. W 30-40% przypadków nie zgadzamy się na to, czego żąda chora (...) To nie chora będzie decydować o technice operacyjnej”¹⁰⁹.

Obligation to inform the patient and the patient’s right of self-determination

Summary

The right of self-determination directly derives from the dignity of a human being. The right of privacy, respect of an individual’s free will, the right to decide on one’s private life must be respected when a citizen exercises his or her rights. The right of self-determination is also reflected in a person’s consent to medical treatment. A patient may express effective consent on condition that he or she is earlier informed on the idea and possible consequences of a given treatment. The information must be complete and provided in a way comprehensible to the patient, adjusted to his or her perception potential. The knowledge of consequences of a given treatment or therapy enables the patient to make a conscious decision, which is tantamount to the acceptance of all possible consequences of the treatment, also including the negative ones. The institution of patient’s consent to medical treatment is not only a manifestation of respecting his or her will and realisation of his or her autonomy; it is also a condition for legal performance of an examination or treatment. Even the treatment fully conforming to the principles of medical profession is not legal if it is carried out without a patient’s consent.

¹⁰⁸ Wyrok SA w Gdańsku z dnia 26.02.2010 r., sygn. akt I ACa 51/10, publ. LEX nr 653696.

¹⁰⁹ Wyrok SA w Gdańsku z dnia 26.02.2010 r., sygn. akt I ACa 51/10, publ. LEX nr 653696.

Die Informationspflicht gegenüber dem Patienten angesichts des Patientenrechtes auf Selbstbestimmung

Zusammenfassung

Das Recht auf Selbstbestimmung ist eine Ableitung von der Würde eines Menschen. Das Recht auf Privatsphäre, Würdigung des Willens eines Individuums und das Recht auf Entscheidung über eigenes Privatleben haben auch dann zum Ausdruck gebracht zu werden, wenn der Bürger diese Berechtigung in Anspruch nimmt. Der Ausdruck des Rechtes auf Selbstbestimmung ist auch das Recht, Leistungen der Gesundheitsfürsorge zuzustimmen. Die Voraussetzung einer wirksamen Zustimmung ist eine frühere Benachrichtigung des Patienten über das Wesen und die Folgen der gegebenen Leistung. Die Information hat vollständig zu sein und ist auf eine für den Patienten verständliche, seinen Erfassungsmöglichkeiten angepasste Form zu übergeben. Das Wissen über die Folgen eines Eingriffs oder einer Therapie erlaubt dem Patienten eine bewusste Entscheidung zu treffen was bedeutet, dass er sämtliche eventuellen Folgen der gegebenen Leistung, vor allem die negativen, akzeptiert. Die Institution der Zustimmung zur Durchführung einer medizinischen Leistung ist nicht nur die Beachtung des Willens des Patienten und die Verwirklichung seiner Autonomie. Sie ist eine Voraussetzung für die legale Durchführung einer Untersuchung oder eines Eingriffs. Auch wenn die Behandlung nach den Grundsätzen der medizinischen Kunst geführt wird, wird sie eine unrechtmäßige Handlung darstellen, wenn sie gegen den Willen des Patienten erfolgt.