

PRZEGLĄD SYSTEMATYCZNY/SYSTEMATIC REVIEW

Otrzymano/Submitted: 13.08.2012 • Poprawiono/Corrected: 20.09.2012 • Zaakceptowano/Accepted: 21.09.2012

© Akademia Medycyny

Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji bez zgody – część I***Principles of health care services in the field of anaesthesia “without consent” – part I*****Justyna Zajdel¹, Radosław Zajdel²**¹ Zakład Prawa Medycznego, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi² Studium Informatyki i Statystyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi**Streszczenie**

Wstęp. W codziennej praktyce medycznej powstają kontrowersje wokół konieczności pobierania odrębnej zgody na udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji. Jednocześnie nie istnieją jasne regulacje dotyczące rozpoczęcia udzielania świadczeń w przypadku, gdy pacjent uprawniony do wyrażenia zgody jest nieprzytomny lub nie jest w stanie wyrazić zgody z powodu obiektywnych przesłanek uniemożliwiających mu świadome podjęcie decyzji. **Cel.** Niniejsza praca stanowi odpowiedź na pytania wynikające z braku jednoznacznych regulacji prawnych w omawianym zakresie. **Metody.** W pracy zamieszczono praktyczne schematy postępowania lekarza w przypadku *braku zgody* na udzielenie świadczeń niezbędnych dla ratowania życia i zdrowia pacjenta. **Wyniki.** W wyniku analizy przepisów prawa i skonfrontowania ich ze stanowiskiem sądów polskich i doktryny, autorzy pracy doszli do wniosku, że aktualne regulacje prawne wymagają uzupełnienia pod kątem konieczności pobierania odrębnej zgody na świadczenia z zakresu anestezji w formie pisemnej oraz jasnego zdefiniowania podjęcia osoby niezdolnej do wyrażenia zgody. *Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 355-363.*

Słowa kluczowe: świadczenia zdrowotne, pacjent nieprzytomny, pacjent niezdolny do wyrażenia zgody, świadoma zgoda, zgoda pisemna

Abstract

Background. In daily medical practice created controversy about the need to download a separate agreement to provide health services in the field of anesthesia. At the same time there are no clear regulations concerning the commencement of benefits if the patient is entitled to consent is unconscious or unable to consent due to objective reasons preventing him aware of the decision. **Aim of the study.** This paper is a response to questions arising from the lack of clear regulation in this area. **Methods.** The work includes physician practice patterns of conduct in the case of *no agreement* on the granting of a benefit necessary to save lives and health of the patient. **Results.** The analysis of the law and confront them with the position of Polish courts and the doctrine, the authors concluded that current regulations need to be supplemented in terms of having to download separate consent for the provision of anesthesia in writing and clearly defined to take a person capable of giving consents. *Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 355-363.*

Keywords: health benefits, the patient unconscious, the patient incapable of giving consent, informed consent, written consent

Wstęp

Lekarz ma tylko jedno zadanie: wyleczyć chorego. Jaką drogą tego dopnie, jest rzeczą obojętną.

Hipokrates

Słowa wypowiedziane przez Hipokratesa zachowują swoją aktualność również w dzisiejszych czasach. Należy jednak podkreślić, że udzielanie szeroko pojętych świadczeń zdrowotnych wymaga nie tylko stosowania najnowszej, zweryfikowanej naukowo wiedzy medycznej, ale także znajomości przepisów prawa, które w sposób nieodłączny towarzyszą niemal każdej wykonywanej przez lekarza czynności.

W trakcie szeroko pojętego procesu leczniczego szczególnego znaczenia nabiera znajomość regulacji prawnych odnoszących się do praw pacjenta [1], które przeszły istotną ewolucję w związku ze zmianą relacji lekarz-pacjent z paternalistycznej [2] na partnerską [3]. Znajomość przepisów odnoszących się do praw pacjenta stanowi podstawę realizacji poszanowania dóbr osobistych pacjenta, między innymi w postaci prawa do podejmowania autonomicznych decyzji w procesie leczenia, jak również eliminuje potencjalną odpowiedzialność lekarza za naruszenie tych praw [4].

Jednym z kluczowych praw pacjenta jest prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych na podstawie świadomej zgody [5], której wyrażenie uzależnione jest od uzyskania wyczerpującej i zrozumiałej informacji od lekarza [6]. W codziennej praktyce klinicznej wiele kontrowersji powstaje wokół pytania, czy świadczenia z zakresu anestezji wymagają odrębnej zgody, czy też wyrażenie zgody na zabieg operacyjny lub czynność diagnostyczną lub leczniczą jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na zabieg znieczulenia, który stanowi immanentny element planowanego świadczenia. Jednocześnie stale pojawiają się pytania dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych mimo braku zgody pacjenta, który ze względu na stan zdrowia lub inne przesłanki nie może jej wyrazić przed wykonaniem planowanych czynności.

W niniejszej pracy brak zgody pacjenta identyfikowany jest z zupełnym brakiem oświadczenia o zgodzie wynikającym z obiektywnych przesłanek, a nie wyraźnym sprzeciwem pacjenta na wykonanie planowanych świadczeń zdrowotnych. Przesłankami uniemożliwiającymi zwerbalizowanie zgody lub wyrażenie jej w jakikolwiek inny sposób (pisemnie, konkludentnie) są między innymi brak kontaktu słowno-logicznego,

niemożność zrozumienia przekazywanej informacji, podeszły wiek pacjenta, stan zdrowia uniemożliwiający zarówno zrozumienie informacji, jak i wyraźne złożenie oświadczenia o zgodzie.

W literaturze polskiej niezwykle rzadko poruszana jest kwestia dotycząca wymogów formalnych w zakresie wyrażania zgody na zabiegi z zakresu anestezji. Wszelkie doniesienia w tym zakresie mają charakter wzmiankowy. Jednocześnie nie istnieją prace odnoszące się do zdefiniowania i analizy pojęcia *pacjent niezdolny do wyrażenia zgody*, co implikuje problemy z podjęciem decyzji odnośnie wykonania zabiegów mimo braku zgody w codziennej praktyce klinicznej.

Cel

Nadrzędnym celem pracy jest odpowiedź na pytanie, czy zabiegi z zakresu anestezji wymagają odrębnej zgody wyrażonej w formie pisemnej?

Celem dodatkowym pracy jest opracowanie algorytmu postępowania lekarza w przypadkach, gdy pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody na czynności z zakresu anestezji lub w ogóle nie istnieje możliwość jej pobrania ze względu na aktualny stan zdrowia pacjenta.

Metody

W niniejszej pracy zastosowano metodę badawczą polegającą na analizie przepisów prawa odnoszących się do formy i rodzaju zgody na czynności z zakresu anestezji, jak również analizie regulacji związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych *bez zgody pacjenta*. W pracy posłużono się metodą analizy treści poszczególnych źródeł prawa odnoszących się do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym podejmowania czynności leczniczych przez lekarza anestezjologa.

W Polsce nie istnieje żaden akt normatywny, który odnosiłby się w sposób wyraźny do zasad i sposobu wyrażania zgody na zabiegi z zakresu anestezji. Przepisy prawa polskiego nie definiują również pojęcia osób niezdolnych do wyrażenia zgody, co istotnie utrudnia podejmowanie decyzji dotyczących rozpoczęcia procesu leczenia. W związku z powyższym analizie poddano Ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry [7], Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UoPP) [8] oraz akty wykonawcze. Zapisy legislacyjne skonfrontowano ze stanowiskiem orzecznictwem sądów polskich, które wpływają w istotny

sposób na kształtowanie stanowiska doktryny w tym zakresie.

W oparciu o metodę analizy treści pozwalającej na wykluczenie wzajemnie sprzecznych elementów, podjęto próbę usystematyzowania linii doktryny, a tym samym wykazano, że pobieranie zgody na zabiegi z zakresu anestezji w odpowiedniej formie eliminuje potencjalną odpowiedzialność lekarza, a udzielanie świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta stanowi działanie zgodne z przepisami prawa polskiego.

Analiza dostępnego piśmiennictwa wskazuje, że niniejsza praca stanowi pierwsze tego rodzaju opracowanie odnoszące się zarówno do teoretycznych podstaw pobierania zgody i udzielania świadczeń zdrowotnych *bez zgody*, jak i prezentujące praktyczny schemat postępowania w omawianym zakresie. Należy podkreślić, że kolejna część pracy zostanie poświęcona zasadom udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom małoletnim bez zgody uprawnionego podmiotu. Uwzględnienie tej tematyki w pierwszej części pracy jest niemożliwe ze względu na obszerność tematu.

Wyniki

▪ Czy świadczenia z zakresu anestezji wymagają odrębnej zgody?

W środowisku medycznym często powstaje pytanie, czy udzielanie świadczeń z zakresu anestezji, intensywnej terapii, reanimacji i leczenia bólu przez lekarza anestezjologa w ogóle wymaga zgody, czy też nie jest ona konieczna w związku z faktem, że czynności te nie zostały wymienione w żadnym akcie prawnym, jako czynności wymagające odrębnej zgody pacjenta lub innego uprawnionego w tym zakresie podmiotu. Ze względu na specyfikę udzielanych świadczeń oczywiste jest, że czynności lecznicze z zakresu reanimacji i intensywnej terapii podejmowane są, co do zasady z pominięciem zgody na ich przeprowadzenie. Wynika to zarówno z czasu przeprowadzania czynności (przypadki niecierpiące zwłoki), jak i obiektywnego braku kontaktu z podmiotem uprawnionym do wyrażenia zgody (pacjent nieprzytomny, po urazie, w stanie szoku).

Najwięcej kontrowersji powstaje wokół pytania, czy zgody wymagają czynności z zakresu anestezji związane z wykonaniem znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych i leczniczych.

W Polsce żaden akt normatywny nie zawiera zamkniętego katalogu świadczeń zdrowotnych, które

wymagają zgody pacjenta. Przepisy w tym zakresie mają charakter ogólny. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 Ustawy o działalności leczniczej, przez świadczenia zdrowotne należy rozumieć *działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia (...)* [9]. Legalną definicję pojęcia świadczenie zdrowotne zawiera również art. 5 pkt 40 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (UoŚŚP) [10], zgodnie z którym przez świadczenia zdrowotne należy rozumieć *działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania*. Obydwie powołane wyżej stanowią element szerszej kategorii pojęciowej odnoszącej się do terminu świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 68 Konstytucji RP [11].

Pojęcie świadczeń zdrowotnych należy rozumieć szeroko (*sensu largo*), co oznacza, że w ramach pojęcia mieszczą się wszelkie zabiegi lekarskie i czynności lecznicze zmierzające do celu określonego w art. 2 ust. 1 pkt 10 Ustawy o działalności leczniczej i UoŚŚP [10]. Jednocześnie należy zaznaczyć, że UoŚŚP zawiera podział pojęcia świadczenia zdrowotne między innymi na świadczenia gwarantowane, świadczenia rzeczowe i świadczenia specjalistyczne. Na uwagę zasługuje pojęcie świadczeń specjalistycznych, przez które należy rozumieć świadczenia opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej [10]. Z literalnego brzmienia art. 5 pkt 36 UoŚŚP wynika jednoznacznie, że świadczenia z zakresu anestezji mają charakter świadczeń zdrowotnych o charakterze specjalistycznym. Jednocześnie należy podkreślić, że świadczenia z zakresu anestezji należą do grupy zabiegów lekarskich. W literaturze podkreśla się, że przez zabiegi lekarskie należy rozumieć czynności, które wiążą się z naruszeniem integralności cielesnej pacjenta lub wniknięciem w organizm ludzki bez celowego naruszenia integralności [12,13].

Do zasad wykonywania zabiegów z zakresu anestezji odnosi się bezpośrednio jedynie Rozporządzenie w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej [14]. Zgodnie z §12 Rozporządzenia *przed przystąpieniem do znieczulenia*

lekarz anestezjolog obowiązany jest do sprawdzenia wyposażenia stanowiska znieczulenia, skontrolowania sprawności działania sprzętu i aparatury do znieczulenia i monitorowania, skontrolowania właściwego oznakowania płynów infuzyjnych, strzykawek ze środkami anestetycznymi, testów zgodności preparatów krwi, dokonania identyfikacji pacjenta poddawanego zabiegowi [14].

W opinii autorów, często pojawiające się pytanie odnośnie konieczności pobierania odrębnej zgody na zabieg znieczulenia, wynika z niezaliczenia tej czynności do działań, które lekarz anestezjolog musi wykonać obowiązkowo w rozumieniu §12 Rozporządzenia [14].

Należy pamiętać, że Rozporządzenie stanowi akt wykonawczy Ustawy i zgodnie z hierarchią źródeł prawa jest aktem normatywnym niższego rzędu. Fakt ten powoduje, że zawarte w Rozporządzeniu regulacje mają charakter wtórny w stosunku do przepisów wynikających z norm ustawowych. Używając kolokwializmu należy zaznaczyć, że przepisy Rozporządzenia stanowią jedynie uzupełnienie regulacji ustawowych, nigdy zaś nie mają charakteru autonomicznego (odrębnego).

Kwestie związane z koniecznością wyrażania zgody na świadczenia z zakresu anestezji rozstrzyga ostatecznie art. 32 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (UoZL), zgodnie z którym *lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych (...) po wyrażeniu zgody przez pacjenta* [7]. Użyty w art. 32 ust. 1 UoZL zwrot *udzielić innych świadczeń zdrowotnych*, których pojęcie i zakres został wyjaśniony wyżej, jednoznacznie wskazuje na fakt, że wyrażenie przez pacjenta zgody stanowi co do zasady podstawę podjęcia przez lekarza anestezjologa czynności polegających na wykonaniu zabiegu znieczulenia. Analizując kwestie związane z wyrażaniem zgody na zabiegi z zakresu anestezji należy odpowiedzieć na pytanie, czy zgoda na tego rodzaju czynności wymaga formy szczególnej (pisemnej), czy też może zostać wyrażona w dowolnej formie. Zgodnie z art. 34 ust. 1 UoZL *lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody* [7]. Jednocześnie zgodnie z art. 32 ust. 7 UoZL *zgoda na czynności zwykłe i nienależące do katalogu wymienionego w art. 34 ust. 1 UoZL (...) może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym* [7].

Zabiegi z zakresu anestezji nie należą do żadnej z grup czynności wymienionych w art. 34 ust. 1 UoZL, ponieważ nie stanowią zabiegu operacyjnego, ani też czynności leczniczej lub diagnostycznej w ścisłym znaczeniu. Zabiegu znieczulenia nie można jednak identyfikować z czynnością zwykłą, która nie wiąże się z ryzykiem wystąpienia negatywnych następstw dla życia i/lub zdrowia pacjenta.

W Polsce żaden akt prawny nie definiuje pojęcia czynności *podwyższonego ryzyka*, co powoduje, że zakwalifikowanie danej czynności do tej grupy zależy każdorazowo od oceny lekarza podejmującego się wykonania czynności. W literaturze podkreśla się, że zgodnie z orzecznictwem niemieckim czynność ma charakter podwyższonego ryzyka, gdy częstotliwość występowania negatywnych następstw sięga 5-6 procent [15].

Mając na uwadze charakter zabiegów z zakresu anestezji wydaje się, że czynności tego rodzaju należy włączyć do grupy czynności podwyższonego ryzyka, których przeprowadzenie wymaga zgody wyrażonej w formie szczególnej (pisemnej).

W związku z faktem, że czynności z zakresu anestezji nie zostały wymienione wprost w treści art. 34 ust. 1 UoZL, niepobranie zgody w formie pisemnej, nie stanowi o jej braku w ogóle i nie pociąga za sobą odpowiedzialności lekarza za wykonanie zabiegu medycznego bez zgody pacjenta. W tej kwestii wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z 27 lutego 1991 roku [16], w którym podkreślono, że *fakt braku dokumentu obejmującego zgodę pacjenta (...) jest nieistotny dla odpowiedzialności lekarzy, skoro zgoda niewątpliwie była. Zgoda jest bowiem aktem świadomości chorego, który może znaleźć na piśmie jedynie swe potwierdzenie w sprawie*. Podobnie wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z 11 kwietnia 2006 roku [17], stwierdzając, że *niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę (...) nie powoduje nieważności zgody (...)*.

Mimo braku wyraźnego obowiązku pobierania zgody na zabiegi z zakresu anestezji w formie pisemnej, zgoda wyrażana w tej formie ma istotne znaczenie dowodowe zarówno w odniesieniu do wyrażenia samej zgody, jak i pozyskania przez pacjenta informacji na temat dających się przewidzieć następstw i powikłań planowanej czynności. Zgodnie z art. 16 UoPP *pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym*

w art. 9 [8]. Udzielenie informacji, której zakres został szczegółowo określony w art. 31 ust. 1 UoZL stanowi podstawę wyrażenia przez pacjenta świadomej zgody na planowane świadczenia zdrowotne. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z aktualną linią orzecniczą ciężar udowodnienia w zakresie wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na świadczenia zdrowotne spoczywa na lekarzu^[18]. Oznacza to, że obowiązek udowodnienia, że pacjent otrzymał wyczerpującą informację na temat planowanego zabiegu z zakresu anestezji spoczywa na lekarzu, w związku z czym dla wyeliminowania potencjalnej odpowiedzialności lekarza za naruszenie prawa pacjenta do informacji i świadomego uczestnictwa w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, nie bez znaczenia pozostaje fakt pobrania zgody w formie pisemnej dla celów dowodowych.

Znaczenie dokumentu w postaci zgody na planowane świadczenia zdrowotne podkreślano w judykaturze. Na uwagę zasługuje wyrok Sądu Apelacyjnego z Poznania, który podkreślił, że *dokumentacja lekarska jest istotnym dowodem, przy czym należy pamiętać, że braki w dokumentacji lekarskiej bądź też całkowity brak dokumentacji lekarskiej nie może być w procesie wykorzystany na niekorzyść pacjenta* [19].

Z dużym naciskiem należy podkreślić, że pobranie zgody na zabieg w formie pisemnej eliminuje odpowiedzialność lekarza za negatywne skutki wynikłe z przeprowadzenia zabiegu, jeśli zostały one wymienione (nawet ogólnie) w treści zgody. Zasada ta znajduje potwierdzenie w wyroku Sądu Najwyższego, w którym sąd podkreślił, że *jeżeli ciężki rozstrój zdrowia lub inne następstwa mieszczą się w granicach ryzyka związanego z danym zabiegiem wystąpienie danego następstwa uchyla odpowiedzialność lekarza (...), gdy chory uprzedzony o istnieniu ryzyka zgodził się na jego przeprowadzenie* [20].

Analizując cytowane wyżej orzeczenia należy podkreślić, że brak zgody na czynności z zakresu anestezji wyrażonej w formie pisemnej, może skutkować odpowiedzialnością lekarza za naruszenie prawa pacjenta do informacji, a także odpowiedzialnością za podjęcie czynności bez zgody pacjenta w ogóle.

▪ **Udzielenie świadczeń z zakresu anestezji bez zgody pacjenta**

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych *bez zgody* pacjenta stanowi wyjątek od ogólnej zasady obowiązującej

w tym zakresie wyrażonej w art. 32 ust. 1 UoZL [7]. Na szczególną uwagę zasługują sytuacje, w których pełnoletni i przytomny pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody na proponowane świadczenia, których przeprowadzenie jest niezbędne dla ratowania życia i zdrowia pacjenta. Zgodnie z art. 34 ust. 3 UoZL *lekarz może wykonać zabieg (...) wobec pacjenta (...) niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego* [7]. W pracy przeanalizowano treść art. 34 ust. 1 UoZL w związku ze wcześniejszym określeniem czynności z zakresu anestezji, jako czynności podwyższonego ryzyka, na których wykonanie potrzebne jest pobranie zgody w formie pisemnej.

Analiza treści art. 34 ust. 3 UoZL wymaga wyjaśnienia pojęcia *pacjent niezdolny do świadomego wyrażenia zgody*. W związku z brakiem wyraźnego określenia terminu *pacjent niezdolny do świadomego wyrażenia zgody* należy przyjąć, że grupa ta obejmuje zarówno pacjentów nieprzytomnych, jak i pacjentów niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody, z innych obiektywnych powodów.

◦ **Nieprzytomny pacjent pełnoletni**

W świetle prawa najbardziej klarowna jest sytuacja pacjenta pełnoletniego, u którego udzielanie świadczeń zdrowotnych rozpoczęło się po utracie przytomności. W doktrynie prawa dominuje pogląd, że w sytuacji, gdy pacjent jest nieprzytomny, a nie wyraził sprzeciwu *pro futuro* lub istnieją wątpliwości co do woli pacjenta, lekarz powinien podjąć niezbędne działania medyczne. Pogląd taki przedstawia Zoll A., zdaniem którego *wątpliwości w tym zakresie należy rozstrzygać na korzyść ratowania życia i zdrowia, narażając się nawet na zarzut nieuwzględnienia woli pacjenta. W sytuacji, gdy nie ma absolutnej pewności, że pacjent w danym momencie nie wyraziłby zgody (nawet, jeśli wcześniej był temu przeciwny) lekarz nie może zrezygnować z udzielenia mu pomocy medycznej* [21]. Stanowisko takie podziela Citowicz R., który twierdzi, że nawet w sytuacji, gdy pacjent złożył oświadczenie dotyczące postępowania leczniczego, lekarz nie zawsze ma obowiązek postępować zgodnie z jego życzeniem [22].

Warto zaznaczyć, że zgody lub sprzeciwu na świadczenia zdrowotne, które mają być wykonane wobec pacjenta pełnoletniego i nieprzytomnego nie mogą podejmować w żadnym przypadku osoby najbliższe,

do których należą, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 UoPP, małżonek, krewny lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta [8]. Wyłączenie możliwości podejmowania decyzji o sposobie postępowania medycznego wobec nieprzytomnego pacjenta pełnoletniego i nieubezważnowolnionego przez osoby najbliższe wynika z ogólnych konstrukcji prawa cywilnego. Osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych (pełnoletnia i nieubezważnowolniona) gwarantująca prawo do podejmowania w pełni autonomicznych decyzji w procesie leczenia, nie traci jej nawet w części w związku z utratą przytomności. Wynika stąd, że osoby najbliższe nie mogą podejmować żadnych decyzji w imieniu pacjenta, w tym decyzji dotyczących sposobu i zakresu leczenia, ponieważ stanowiłoby to naruszenie prawa pacjenta do podejmowania autonomicznych decyzji i naruszałoby prawo do wyłącznego *rozporządzania* dobrami osobistymi w postaci naruszenia integralności osobistej i zdrowia.

Brak zgody pacjenta, z jednoczesnym wykluczeniem możliwości podejmowania decyzji *zastępczych* przez osoby najbliższe, należy skonfrontować z koniecznością wykonania czynności z zakresu anestezji w czasie niecierpiącym zwłoki, czyli w czasie rokującym optymalnymi szansami uzyskania oczekiwanego efektu [23]. Niezwykle istotna jest przy tym okoliczność, że w większości przypadków nie istnieje możliwość skontaktowania się i oczekiwanie na decyzję sądu odnośnie podjęcia niezbędnych świadczeń zdrowotnych.

Ze względu na powiązanie w pracy dwóch wątków (rozważań teoretycznych i stworzenie praktycznego algorytmu postępowania), zasady postępowania lekarza w przypadku *braku zgody* pacjenta, ze względu na niemożność wyrażenia zgody w związku z utratą przytomności, przedstawiono schemat postępowania w formie graficznej (algorytm nr 1).

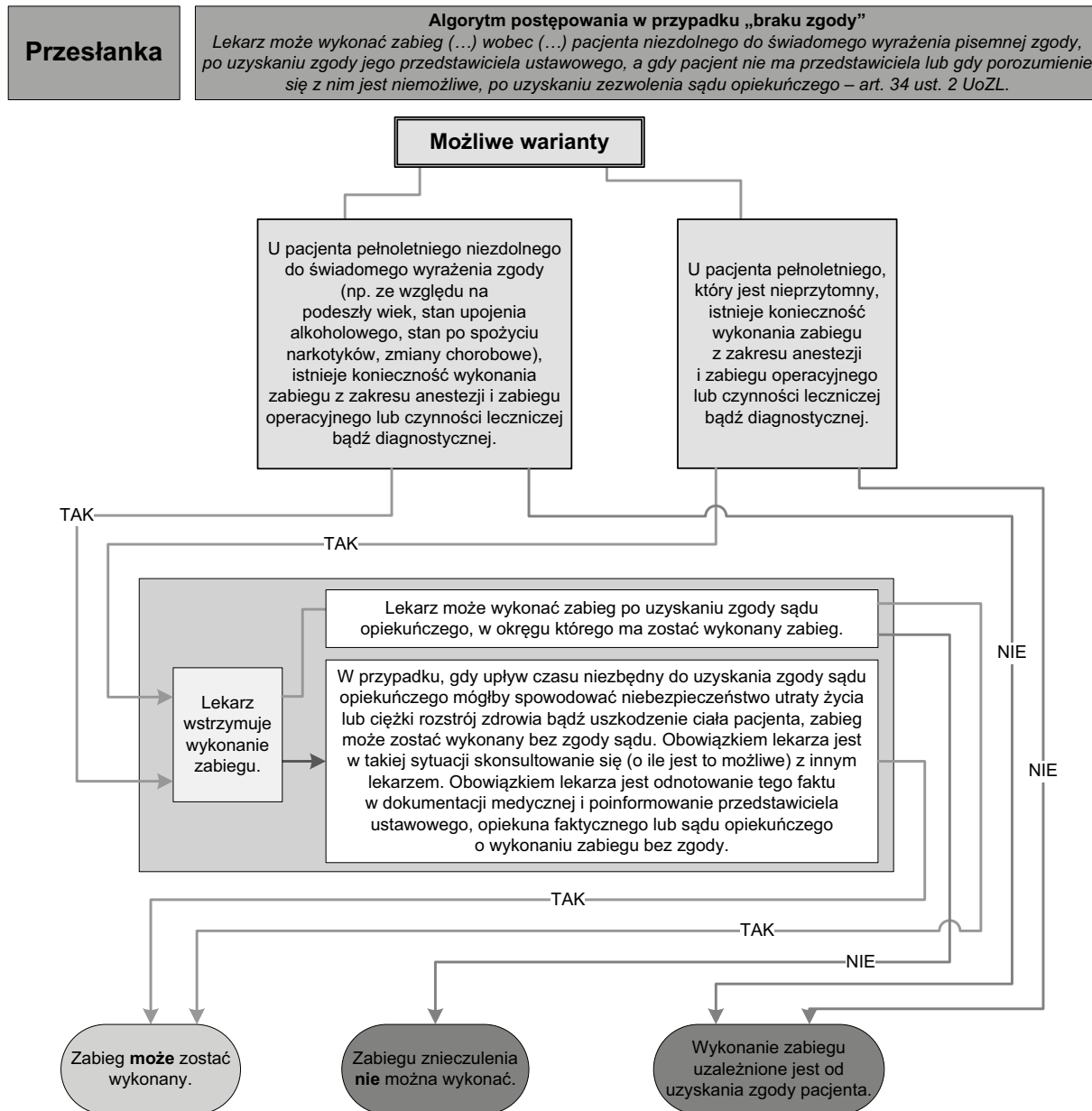
▫ **Pacjent pełnoletni, niezdolny do wyrażenia świadomej zgody z innych powodów**

Jak wykazano wyżej, najmniej problematyczne jest udzielenie świadczenia *bez zgody* w sytuacji, gdy świadczenia zdrowotne rozpoczęło się już po utracie przytomności pacjenta. Wnikliwej analizie wymagają jednak sytuacje, gdy pełnoletni pacjent jest przytomny, ale ze względu na zewnętrzne przesłanki nie jest zdolny do podjęcia świadomej decyzji.

Termin *niezdolny do świadomego wyrażenia zgody* nie został wystarczająco objaśniony ani przez doktrynę, ani też przez judykaturę. W większości przypadków pacjent niezdolny do świadomego wyrażenia zgody będzie jednocześnie pacjentem niezdolnym do zrozumienia informacji, o którym mowa w art. 31 ust. 6 UoZL [7]. Przez osobę niezdolną do zrozumienia informacji należy bowiem rozumieć każdego, kogo stan psychiczny (zaburzenie psychiczne, choroba psychiczna, szok pourazowy) lub fizyczny (pacjent dementny, pacjent z daleko posuniętymi zmianami chorobowymi) uniemożliwia lub istotnie utrudnia odbiór informacji lub ich przetwarzanie. W niektórych przypadkach pacjent nie będzie zdolny do wyrażenia świadomej zgody, ale będzie dysponował wystarczającymi możliwościami w zakresie odbioru danych. W literaturze podkreśla się, że pacjent pełnoletni i nieubezważnowolniony nie jest zdolny do wyrażenia zgody w sytuacjach, gdy jest nietrzeźwy, pod wpływem narkotyków, środków działających podobnie do narkotyków lub leków silnie działających, co nie może być identyfikowane z brakiem zdolności do odbioru danych [24]. Oznacza to, że jakkolwiek osoba nietrzeźwa, znajdująca się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków działających podobnie ma możliwość odbioru danych (słyszy je i potwierdza swoim zachowaniem, że do niej docierają), nie ma możliwości przeanalizowania ich i dokonania transformacji danych w informację będącą podstawą wyrażenia świadomej zgody. Kluczowe znaczenie ma w tym przypadku rozróżnienie pojęć *dane* i *informacja*. W literaturze podkreśla się, że dane to zespół wiadomości przekazywanych w procesie komunikacyjnym, a *informacja* to efekt procesu percepcji polegającej na analizie uzyskanych danych [25].

Katalog okoliczności, które mają istotny wpływ na ograniczenie zdolności do wyrażenia świadomej zgody nie został ściśle określony, co pozwala na szeroką dowolność interpretacyjną. W literaturze podkreśla się, że wyłączenie świadomości niezbędnej do podjęcia decyzji dotyczącej procesu leczenia może mieć związek między innymi z wysoką gorączką, hipnozą, obłąkną chorobą i uwiązaniem starczym [26], a także podeszłym wiekiem, silnym bólem, stanem upojenia alkoholowego lub wpływem narkotyków [27].

W opinii autorów *niezdolnym do wyrażenia zgody* jest każdy pacjent, którego ograniczenie zdolności wynika ze zmienionych warunków psychicznych i somatycznych w wyniku procesu chorobowego lub przesłanek zewnętrznych. Nie wydaje się słuszne przy-



jęcie twierdzenia, że przesłankami ograniczającymi zdolność pacjenta do wyrażania świadomej zgody jest jedynie silny ból (dla którego nie istnieje obiektywna miara) lub podeszły wiek, którego granica nie jest określona przez przepisy prawa. Trudny do zaakceptowania jest również pogląd Safjana M., który podkreśla, że brak zdolności do świadomego wyrażenia zgody należy rozumieć jako stan w zasadzie pełnego braku świadomości, a nie tylko utrudnionego kontaktu ze światem zewnętrznym lub ograniczonej percepcji [28].

Prezentowane stanowisko ograniczałoby funkcjonowanie terminu *niezdolny do wyrażenia zgody* jedynie do osób nieprzytomnych, które w związku ze swoim stanem nie są w stanie wyrazić żadnej woli odnośnie proponowanego świadczenia. Przeciwnie wypowiedział się zresztą Sąd Najwyższy stwierdzając, że stan wyłączający świadome podjęcie decyzji i wyrażenie woli nie może być rozumiany dosłownie, nie musi więc oznaczać, że zupełnego zaniku świadomości [29].
 Mając na uwadze powyższe, należy przyjąć, że ter-

min *niezdolny do wyrażenia zgody* dotyczy osób, które mają formalną i faktyczną zdolność do wyrażenia zgody (są pełnoletnie i nieubezważnione), ale nie posiadają analogicznej zdolności do świadomego podjęcia decyzji. Ocena zdolności w zakresie wyrażania świadomej zgody powinna być dokonywana indywidualnie, co wiąże się jednak z ryzykiem istotnego wydłużenia procesu udzielania świadczeń i nałożenia dodatkowych obowiązków na osoby wykonujące zawody medyczne. Tego rodzaju rozwiązanie obowiązuje w Finlandii, gdzie kompetencję do wyrażenia zgody ocenia się indywidualnie biorąc pod uwagę stopień zrozumienia sytuacji przez pacjenta [30]. Idealnym rozwiązaniem wydaje się zamieszczenie w przepisach prawa legalnej definicji pacjentów niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody, co eliminowałoby konieczność dokonywania każdorazowej oceny stanu pacjenta.

W związku z brakiem jednoznacznej definicji pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody, ocena zdolności pacjenta w tym zakresie spoczywa na lekarzu. W sytuacji negatywnej oceny zdolności pacjenta w zakresie wyrażenia świadomej zgody, lekarz ma prawo do podjęcia niezbędnych czynności leczniczych i zabiegów lekarskich w stosunku do pacjenta. Szczegółowy schemat postępowania lekarza obrazuje algorytm nr 1.

Podsumowując zasady udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji pacjentom nieprzytomnym i niezdolnym do wyrażenia zgody, należy jednoznacznie podkreślić, że podjęcie interwencji medycznej *bez zgody pacjenta* stanowi z jednej strony naruszenie dób osobistych pacjenta (naruszenie integralności cielesnej, samowolną ingerencję lekarza w zdrowie), z drugiej jednak strony działanie lekarza stanowi *dobry paternalizm*. Podobne stanowisko prezentują Beauchamp L.T. i McCullough B.L., którzy stwierdzają, że działanie paternalistyczne jest konieczne, gdy stanowi zamierzone naruszenie autonomii jedynie w imię troski o dobro pacjenta [31]. Z badań przeprowadzonych przez Zajdel J. wynika jednak, że wiedza lekarzy na temat praw pacjenta i prawnych zasad udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z dedykowanymi przepisami prawa nie jest zadawalająca [32].

Dyskusja i wnioski

1. Wykonanie zabiegów z zakresu anestezji wymaga wyrażenia odrębnej zgody pacjenta.
2. Zgoda na wykonanie zabiegu operacyjnego lub

czynności leczniczej bądź diagnostycznej podwyższonego ryzyka nie jest jednoznaczna z wyrażeniem zgody na zabieg znieczulenia.

3. Mimo braku wyraźnych przepisów w tym zakresie, zgoda powinna mieć formę pisemną, co stanowi ochronę dowodową w przypadku roszczeń pacjenta o naruszenia prawa do podejmowania zabiegów lekarskich na podstawie świadomej zgody.
4. W przypadku pełnoletnich pacjentów nieprzytomnych, lekarz ma obowiązek wykonania niezbędnych zabiegów lekarskich, jeśli pacjent nie wyraził w tym zakresie jednoznacznego sprzeciwu *pro futuro*.
5. Osoby najbliższe dla pacjenta pełnoletniego nie mają prawa do wyrażenia zgody lub sprzeciwu w imieniu pacjenta nieprzytomnego lub niezdolnego do wyrażenia zgody.
6. W przypadku pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, lekarz ma obowiązek udzielić niezbędnych zabiegów, dokonując jednocześnie adnotacji potwierdzającej okoliczności uniemożliwiającej wyrażenia świadomej zgody w dokumentacji medycznej.
7. Polskie przepisy prawa dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych wymagają uzupełnienia pod kątem stworzenia wyraźnych regulacji dotyczących pobierania odrębnej zgody na zabiegi z zakresu anestezji.
8. Polskie przepisy prawa dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych wymagają uzupełnienia pod kątem stworzenia jednoznacznej definicji *osoby niezdolnej do świadomego wyrażania zgody*.

Adres do korespondencji:

✉ Justyna Zajdel
Zakład Prawa Medycznego
Katedra Nauk Humanistycznych
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
☎ (+48 42) 677 93 12
✉ kancelaria@prawo.med.pl

Konflikt interesów/Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Goodare H, Smith R. The rights of patient of research (editorial, coment). *BMJ* 1995;310:1277-8.
2. Lutterbach J, Weissenberger C, Hitzer K. Anmerkungen zur Aufklärung von Patienten in der (Radio-) Onkologie. *Strahlenther Onkol* 2004;180:469.
3. Deber RB. Physicians in health care management: The patient physician partnership. Changing roles and the desire for information. *Can Med Assoc J* 1994;151:171-6.
4. Drozdowska U. *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*. Warszawa 2007.
5. Mazur DJ. Influence of the law on risk and informed consent. *BMJ* 2003;327:731.
6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 1994.
7. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5.12.1996 r., tj. Dz. U. 2011 r., nr 277, poz. 1634, ze zm.
8. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjent z 6.11.2008 r., Dz. U. 2009 r.,
9. Ustawa o działalności leczniczej z 15.04.2011 r., Dz. U. 2011 r., nr 112, poz. 654, ze zm.
10. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27.08.2004 r., Dz. U. 2004 r., nr 164, poz. 1027, ze zm.
11. Konstytucja RP z 2.04.1997 r., Dz. U. 1997 r., nr 78, poz. 483.
12. Filar M. *Lekarskie prawo karne*. Kraków 2000.
13. Zajdel J. *Prawo Medyczne w algorytmach*. Łódź; 2010.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej z 27.02.1998 r., Dz. U. 1998 r., nr 37, poz. 215.
15. Górski A. O obowiązku lekarza poinformowania pacjenta i zgodzie pacjenta na zabieg. *Studia Iuridica* 2001.
16. Wyrok SA w Lublinie z 27.02.1991 r., I ACr 16/91, OSA 1991 r., nr 2, poz. 5.
17. Wyrok SN z 11.04.2006 r., I CSK 191/05, M. Prawn. 2007/7/368.
18. Wyrok SN z 17.12.2004 r., II CK 303/04, OSP 2005, nr 11, poz. 131.
19. Wyrok z 29.09.2005 r., sygn. I ACa 236/05, OSA 2007, nr 7, poz. 22.
20. Wyrok SN z 25.09.1969 r., II CR 353/69, OSP 1970, poz. 116.
21. Zoll A. Zaniechanie leczenia - aspekty prawne. *PiM* 2000;5:31.
22. Citowicz R. Spory wokół testamentu życia. *PiP* 2007;1:34.
23. Zajdel J. *Prawa lekarza 2012*. Łódź 2012.
24. Śliwka M. *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*. Toruń 2008.
25. Zajdel R, Zajdel J, Krakowiak A. Analiza podstaw legalności telekonsultacji i telediagnostyki w codziennej praktyce klinicznej. Czy wolno konsultować pacjentów przez telefon? cz. I. *Med Prakt* 2010;61:155-63.
26. Pietrzykowski K. [w]: *Kodeks cywilny*. t. I. Pietrzykowski K (red.). Warszawa 2005.
27. Świdarska M, [w]: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Komentarz. Nesterowicz M (red.). Warszawa 2009.
28. Safjan M. *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*. Warszawa 1998.
29. Wyrok SN z 2.09.1948 r., Po C 188/48. PN 1948;11-12:537.
30. Boratyńska M, Konieczniak P. *Prawa Pacjenta*. Warszawa 2001.
31. Beauchamp LT, McCullough BL. *Medical Ethics. The moral responsibilities of Physicians*. Englewood Cliffs. N.J. Prentice Hall; 1984.
32. Zajdel J, Górski P, Analiza komunikacji lekarz-chory w świetle wybranych cech demograficznych i klinicznych. *Med Prakt* 2010;61:165-81.