

Czesław Żaba,¹ Paweł Świdorski,¹ Zbigniew Żaba,² Aneta Klimberg,³ Zygmunt Przybylski¹

Leczenie na podstawie zgody pacjenta – kontrowersje, wątpliwości, niejasności

Treatment based on patient's consent: controversies, doubts, ambiguities

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Z Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu, Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Z Zakładu Higieny Katedry Medycyny Społecznej, Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

Intencją autorów jest zwrócenie uwagi na takie regulacje prawne dotyczące zgody na leczenie, których zapisy i interpretacja mogą budzić kontrowersje wśród klinicystów. Wśród różnorodnych zagadnień związanych z tym tematem skoncentrowano się m.in. na problemie tzw. „zgody blankietowej”, z naciskiem na brak zasadności jej stosowania wobec uregulowań prawnych. Przedstawiono także wybrane aspekty związane ze zgodą małoletniego pacjenta na leczenie z wyszczególnieniem sytuacji niejasnych i budzących wątpliwości. Innym zagadnieniem rozważanym w tej pracy jest leczenie bez zgody lub przy nieznaności preferencji pacjenta, zwłaszcza w sytuacjach nagłych. Wreszcie przedstawiono wybrane aspekty postępowania przymusowego, a w szczególności zasady przymusowego badania pacjenta w postępowaniu karnym oraz stosowania przymusu na terenie izby wytrzeźwień.

The authors aimed at directing the reader's attention to regulations by law related to the consent to treatment, the form and interpretation of which may induce controversies among clinicians. Among various problems associated with such a vast topic, the authors focused on the issue of the so called "printed form consent", commonly practiced, but legally groundless in view of the legal regulations in force. The report also presented selected aspects of obtaining consent to treatment of a juvenile patient, specifying and discussing unclear and doubtful situations. Another topic stressed in the paper involved treatment executed in the absence of consent or when preferences of the patient are unknown, particularly in emergencies. Finally, selected aspects of compulsory procedures were presented, in particular the principles of compulsory

examination of a patient in penal proceedings and the use of constraint in the emergency detoxification centers.

Słowa kluczowe: zgoda pacjenta, leczenie
Key words: patient's consent, therapy

WSTĘP

W momencie uzyskania pełnej zdolności do czynności prawnych obywatel nabywa również formalną kompetencję do wyrażenia zgody na leczenie. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 05.12.1996 roku (Dz.U. 1997, Nr 28, poz. 1520 z późn. zm.), akt prawny zawierający podstawowe regulacje prawne dotyczące tego zagadnienia, szczegółowo określa zasady wyrażania zgody na leczenie zarówno dla pacjentów pełnoletnich jak i małoletnich oraz ubezwłasnowolnionych. Analiza poszczególnych zapisów wymienionej ustawy paradoksalnie nie rozwiewa jednak w dostatecznym stopniu wielu wątpliwości i niejasności związanych ze zgodą na leczenie, nie ułatwiając tym samym lekarzowi codziennej pracy klinicznej, w której powinien kierować się nie tylko wytycznymi standardów medycznych, lecz również literą prawa. Swoisty rozbiór na czynniki pierwsze regulacji zawartych w wymienionej ustawie, dokonywany w publikacjach z zakresu prawa medycznego, wcale nie poprawia sytuacji, bowiem nie tylko obnaża nieprecyzyjność użytych sformułowań i rozwiązań, lecz zamiast rozjaśniać, mnoży potencjalne wątpliwości lekarza,

który w codziennej praktyce nie powinien zajmować się roztrząsaniem niuansów prawnych i interpretacją przepisów. Nie jest to problem błahy, który można pominąć, gdyż nieprzestrzeganie zapisów tej i innych ustaw z kręgu prawa medycznego naraża klinicystów na roszczenia ze strony pacjentów, na odpowiedzialność cywilną, zawodową, a nawet karną. Nie trzeba udowadniać, że postępowanie zgodne z literą prawa chroni lekarza przed ewentualnymi pretensjami chorych, oczywiście tylko w zakresie zarzutu postępowania niezgodnie z przepisami, a nie popełnienia błędu medycznego.

Celem niniejszej pracy jest próba wyboru z obszernego zbioru zagadnień odnoszących się do zgody na leczenie kilku problemów, które mogą budzić wątpliwości z uwagi na swą niejednoznaczność, dyskusyjność interpretacji lub też nie są powszechnie znane przez ogół lekarzy i ich przybliżenie wraz z interpretacją. Nie jest powinnością lekarza poprawianie niedociągnięć ustawodawcy i nadrabianie mankamentów legislacyjnych, lecz jest on przecież zmuszony funkcjonować w świecie przepisów prawa medycznego i poruszać się w nim sprawnie by w sposób rzetelny wykonywać swój zawód.

Rodzaje i formy zgody na leczenie

Zgoda pacjenta traktowana jest z prawnego punktu widzenia jako szczególnego rodzaju oświadczenie woli, musi więc spełniać warunki przypisane nie tylko dla takiego oświadczenia, lecz również odpowiadać wymogom wynikającym ze szczegółowych uregulowań prawa medycznego. Zgoda jest ważna jedynie wtedy, gdy spełnia podstawowe warunki tzn. jest ona świadoma i uzyskana po odpowiednim poinformowaniu pacjenta (zgoda poinformowana, objaśniona). Wynika z tego, iż wadliwie udzielona informacja przekreśla prawną skuteczność zgody [1, 5]. Zakres informacji udzielonych pacjentowi powinien zawierać rzetelne i przystępne dane (lecz bez niepotrzebnej szczegółowości) o rodzaju proponowanego zabiegu, przewidywanym efekcie oraz o możliwych powikłaniach i komplikacjach. Nie należy tutaj wymagać, iż lekarz będzie przedstawiał pacjentowi wszystkie potencjalne, choćby jedynie teoretycznie możliwe i nadzwyczajne następstwa, ale tylko te typowe i najczęściej występujące. Nadmierne obarczanie pacjenta informacjami, a szczególnie tworzenie wizji niezliczonych (choć niezwykle rzadkich) możliwych powikłań mogłoby zniweczyć cały pozytywny efekt terapeutyczny. Problem ten rozumieją nie tylko lekarze, lecz również prawnicy (patrz orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 20.11.1979 roku, (OSN 1980, nr 4, poz. 81) [2, 5].

Podział zgody na leczenie na rodzaje i formy wynika pośrednio z zapisów ustawy o zawodzie

lekarza. Ze względu na rodzaj podmiotu posiadającego zdolność do wyrażenia zgody można wyróżnić jej trzy rodzaje: zgodę własną, zastępczą oraz równoległą. Zgoda własna traktowana jako zgoda generalna, czyli podstawowa, którą stosuje się w każdej sytuacji, jeśli przepisy nie stanowią inaczej. Udziela jej skutecznie sam pacjent, którego dotyczy dane świadczenie zdrowotne (art. 32, pkt 1 ust. o zaw. lek.). Zgody zastępczej udzielać mogą różne podmioty zgodnie z wykładnią ustawy np. przedstawiciel ustawowy za małoletniego poniżej 16 r. ż. lub osobę niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (ubezwłasnowolnioną), sąd opiekuńczy, opiekun faktyczny (tylko na badanie lekarskie). Zgoda równoległa dla zachowania ważności musi być wyrażona przez dwa podmioty np. małoletniego powyżej 16 r. ż. i przedstawiciela ustawowego [1, 4].

Wyróżnia się dwie formy zgody na leczenie: zwykłą i pisemną. Zgoda zwykła może być wyrażona ustnie lub „poprzez takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym” (art. 32 ust. 7 ust. o zaw. lek.). Można więc mówić tu również o zgodzie w formie dorozumianej, wyrażonej bez użycia słów, a przyjmującej postać np. skinienia głową czy milczącego przyzwolenia na poddanie się proponowanej czynności. Konieczne jest jednak wcześniejsze poinformowanie pacjenta o rodzaju proponowanej czynności leczniczej, a nie stawianie go przed faktem dokonanym lub wykonywanie czegokolwiek bez słowa, a zachowanie chorego nie może stwarzać wątpliwości, co do wyrażenia przez niego zgody. Milczenie chorego nie zawsze musi oznaczać zgodę, a w sytuacjach niejasnych najprościej jest po prostu zapytać pacjenta o jego decyzję. Zgody pisemnej (za art. 34 ust. 1 ust. o zaw. lek.) wymaga się w przypadku zabiegów operacyjnych lub metod leczniczych czy diagnostycznych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Jeszcze raz należy podkreślić, iż dla spełnienia kryteriów ważności zgody na leczenie, musi być ona udzielona w sposób pozytywny (brak sprzeciwu nie oznacza automatycznie zgody) oraz powinna mieć miejsce przed wykonaniem danego zabiegu po uprzednim poinformowaniu pacjenta w sposób dla niego zrozumiały o proponowanym rodzaju leczenia czy diagnostyki [1, 4].

Zgoda na leczenie tzw. „blankietowa”

Zjawisko pobierania od pacjentów tzw. zgody blankietowej na leczenie (zgody in blanco) funkcjonowało w klinice przez długie lata jako forma uzyskiwania ogólnej zgody na leczenie (sformułowanej np.: „wyrażam zgodę na wszelkie zabiegi

lecnicze”, „niezbędne zabiegi lecznicze” itp.). Kres temu zjawisku przyniosło wejście w życie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30.08.1991 roku (Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408), która w art. 19 stanowi, iż pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Szczegółowe regulacje zawarte w ustawie o zawodzie lekarza nie pozostawiają wątpliwości co do bezpodstawności wszelkich form zgody blankietowej, jako niespełniającej dwóch podstawowych cech ważności zgody na leczenie, a więc zgody świadomej i uzyskanej po należytym poinformowaniu, co czyni zgodę blankietową z punktu widzenia prawa bezskuteczną i nie dającą podstaw do wykonywania jakichkolwiek czynności medycznych [1, 2, 5]. Wydawać by się mogło, iż obowiązujące od kilkunastu lat przepisy powinny na dobre wykorzenić ten wadliwy rodzaj zgody, lecz pokutuje on w dalszym ciągu w dokumentacji medycznej (jako ogólnikowy zapis „wyrażania zgody na zabiegi lecznicze” na pierwszej stronie historii choroby), a pacjenci rutynowo podpisują się pod tym przy przyjęciu do szpitala. Taka forma nie daje lekarzowi podstaw do wykonania jakiegokolwiek czynności leczniczej (nie wspominając o zabiegach stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, na które wymagana jest osobna zgoda pisemna), nie można więc traktować jej jako potencjalnej zgody na wszelkie możliwe późniejsze procedury, jakim ma być poddany chory. Pacjent ma prawo wyrazić sprzeciw wobec proponowanych mu metod diagnostyki i leczenia w każdym momencie, bez względu czy podpisywał cokolwiek przy przyjęciu na oddział, czy też nie. W codziennej praktyce klinicznej powszechne jest zjawisko tzw. zgody dorozumianej wspomnianej powyżej, która nie przyjmuje formy oficjalnej, a może mieć postać nawet milczącego przyzwolenia na wykonanie danej czynności. Nie wynika to jednak z zapisów zgody blankietowej, lecz jest po prostu jedną z form tzw. zgody zwykłej. Jedynym wyjątkiem, w którym można mówić o ważnej zgodzie blankietowej jest wyrażenie przez pacjenta woli, iż nie chce być informowany o swoim stanie zdrowia (art. 31 ust. 3 ust. o zaw. lek.) [1].

Zgoda na leczenie w przypadku pacjentów małoletnich

Zagadnienie to może stwarzać problem lekarzowi w przypadku wystąpienia konfliktu pomiędzy przedstawicielami ustawowymi między sobą lub między nimi a małoletnim odnośnie zgody lub sprzeciwu na daną metodę leczenia. Lekarz pragnący wykonywać swe obowiązki jak najlepiej dla dobra swego pacjenta znajduje się najczęściej

w centrum sytuacji spornej, a zawitość odpowiednich przepisów oraz kłopotliwe procedury (związane np. z wnioskowaniem do sądu opiekuńczego) nie ułatwiają tego zadania. Zapisy ustawy o zawodzie lekarza w sposób szczegółowy regulują tryb uzyskiwania zgody na leczenie małoletniego pacjenta. Przewidziane procedury mogą niekiedy być stosunkowo kłopotliwe i długotrwałe, a przecież jakiegokolwiek opóźnienie leczenia nie jest wskazane z medycznego punktu widzenia. Polskie regulacje prawne zgodne z duchem relacji partnerskich na linii lekarz – pacjent nadają małoletnim szersze uprawnienia w zakresie wyrażania zgody na leczenie, niż wynikałoby to z wykładni prawa cywilnego [1, 4]. Uprzywilejowaną grupą są tu niewątpliwie małoletni, którzy ukończyli 16 r. ż., którzy mają prawo do wyrażenia zgody na dany zabieg leczniczy niezależnie od stanowiska opiekunów prawnych (art. 32 ust. o zaw. lek.), w przypadku młodszych pacjentów zdolnych do rozeznania co do swego stanu zdrowia, lekarz powinien wysłuchać również ich zdania, lecz nie jest ono dla niego wiążące. W literaturze z zakresu prawa medycznego podnoszone są niekiedy głosy, iż granica wieku (ukończone 16 lat) jest zbyt arbitralnie narzucona i nie musi odpowiadać zdolności małoletnich do odpowiedniego rozeznania co do własnej osoby (młodsze dzieci w wieku np. 14 czy 15 lat mogą przecież mieć wcale nie gorszą świadomość i orientację względem swego stanu zdrowia, więc czemu one są pozbawione możliwości wyrażenia zgody na leczenie). Nie wdając się w szerszą dyskusję na ten temat, należy zaznaczyć, iż zapisy ustawy o zawodzie lekarza odnośnie zgody małoletnich zgodne są z duchem Konwencji o prawach dziecka, jak również Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny z dnia 04.04.1997 roku (zwanej również w piśmiennictwie Europejską konwencją biomedyczną lub bioetyczną) [2, 4].

Generalizując analizowane regulacje ustawy o zawodzie lekarza, podkreślić trzeba, iż we wszelkich sytuacjach spornych np. sprzeciw małoletniego powyżej 16 r. ż. przy zgodzie opiekunów lub odwrotnie, decydujący głos należy do właściwego sądu opiekuńczego. W opinii autorów, lekarze w uzasadnionych przypadkach, kierując się dobrem swego młodego pacjenta, nie powinni wahać się przed kierowaniem do sądu odpowiednich wniosków. Jest to z pewnością bardzo kłopotliwe dla klinicystów, którzy na co dzień nie zajmują się przecież roztrząsaniem zawitości prawa medycznego oraz nierzadko również przykrym obowiązkiem, gdyż wystąpić trzeba przeciwko jednej ze stron (dziecku lub jego opiekunom), a orzeczenie sądu przełamujące np. sprzeciw opiekunów jest niczym innym, jak

czasowym odebraniem im praw rodzicielskich (opiekuńcych) w ściśle określonym czasie i sytuacji. Przekonanie, iż cała procedura odbyła się jedynie z najwyższej dbałości o zdrowie małego pacjenta powinno zrekompensować lekarzowi ewentualny dyskomfort i rozterki. Niedopuszczalne jest jednak nie tylko z prawnego, ale przede wszystkim z etycznego punktu widzenia wykorzystywanie opisanej procedury do forsowania danej metody leczenia bez oglądania się na dobro dziecka przez lekarza kierującego się jedynie własnymi ambicjami.

Leczenie bez zgody oraz przy nieznajomości woli pacjenta

Jako leczenie bez zgody przyjmuje się sytuację, gdy nie jest znana wola danego podmiotu uprawnionego do wyrażenia zgody, natomiast nie oznacza to wyrażonego wcześniej sprzeciwu. Art. 33 ust. o zaw. lek. w ust. 1 stanowi, iż „badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan jego zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody, a nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym”. Jedynie lekarz może dokonać oceny czy dana sytuacja spełnia wymogi ustawowej niezwłoczności, powinien również skonsultować się z innym lekarzem, w miarę możliwości tej samej specjalności, a porozumienie się z opiekunem jest rozumiane jako użycie zwykłych a nie nadzwyczajnych metod i środków komunikacji [1, 2, 4]. Mowa jest tutaj o czynnościach medycznych nie stwarzających podwyższonego ryzyka dla pacjenta.

Zabieg operacyjny albo metoda leczenia lub diagnostyki stwarzająca podwyższone ryzyko może być wykonana bez zgody uprawnionego podmiotu jedynie wtedy, gdy zwłoka związana z procedurą uzyskiwania zgody (przedstawiciela ustawowego, sądu opiekuńczego) powodowałaby niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Także tutaj wymagane jest w miarę możliwości zasięgnięcie opinii drugiego lekarza oraz niezwłoczne zawiadomienie przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sądu opiekuńczego (art. 34 ust. 7 ust. o zaw. lek.). Należy w tym miejscu zasygnalizować mankament legislacyjny cytowanej ustawy. W artykule tym mowa jest o braku zgody równoległej (kumulatywnej) lub zastępczej ze strony podmiotów innych niż pacjent (dotyczy więc sytuacji pacjentów małoletnich, ubezwłasnowolnionych itp.). Czy w związku z tym można wyciągnąć wniosek, iż w przypadku pacjenta dorosłego i nieubezwłasnowolnionego, nie mogącego w danej sytuacji z przyczyn faktycznych wyrazić zgo-

dy lub sprzeciwu, to nie jest ona wymagana? Brak szczegółowego zapisu odnoszącego się do tego przypadku należy traktować jako ewidentną lukę prawną [2]. Wydaje się, iż należy przyjąć tu interpretację podobną, jak w art. 34 ust. 7 ust. o zaw. lek., który odnosi się do sytuacji szczególnej, a nie mówi nic o sytuacji standardowej (pacjent dorosły, korzystający z pełni praw, nieprzytomny przywieziony do szpitala i wymagający natychmiastowego zabiegu operacyjnego) [2]. Jednak wszelkie oświadczenia woli, które pacjent nawet nie będący w stanie wyrazić swego zdania ma przy sobie w formie pisemnej, lub dostarczy je rodzina (np. sprzeciw Świadka Jehowy wobec transfuzji krwi) powinien być przez lekarza uszanowany. Oświadczenie takie powinno być zgodne z polskim prawem cywilnym, które nie przewiduje możliwości napisania funkcjonującego w niektórych krajach testamentu życia, w którym pacjent mógłby np. wyrazić wolę, by go w żadnej sytuacji nie reanimować. Nie jest to równoznaczne ze sprzeciwem wobec danej metody leczenia, a dotyka obszarów szeroko rozumianej eutanazji. Dokładniejsze omówienie tego zagadnienia przekracza ramy niniejszej pracy.

Art. 35 ust. o zaw. lek. odnosi się do problemu rozszerzenia zabiegu operacyjnego poza zakres, na który pacjent wyraził uprzednio zgodę. Tak więc lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu lub metody leczenia, gdy wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie jest możliwe niezwłoczne uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Przepis ten nie może być traktowany przez lekarzy dowolnie i uznaniowo, gdyż mogą się spotkać z uzasadnionymi roszczeniami pacjentów niezadowolonych z rozszerzonego zakresu pierwotnej operacji (np. młodej kobiety, której usunięto macicę z przydatkami, podczas gdy planowano operację mniej poważną i rozległą). Należy więc rezerwować ten przepis tylko dla sytuacji nagłych, gdy życie lub zdrowie chorego jest bezpośrednio zagrożone i starać się wykroczać poza ustalone ramy zabiegu w stopniu niezbędnego minimum [1, 2].

Nie jest dopuszczalne pobieranie od chorego materiału biologicznego do diagnostyki i badanie go w kierunku przekraczającym zakres, na który została wyrażona zgoda, gdy nie służy to diagnozowaniu nieustalonej dotąd choroby (np. pobieranie krwi do innych celów, a badanie jej „przy okazji” na obecność wirusa HIV w celu uniknięcia ewentualnego ryzyka zakażenia przez personel). Także wymuszanie zgody na takie badanie argumentacją, iż w przypadku odmowy, personel odstąpi od leczenia,

czyni ją bezprawną jako uzyskaną w warunkach swoistego przymusu czy presji. Obie sytuacje mogą być przedmiotem odpowiedzialności karnej lekarza [2].

Wybrane aspekty postępowania przymusowego

Zgodnie z art. 118 § 1 kodeksu karnego wykonawczego w przypadku, gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo stwierdzone przez komisję lekarską, można dokonać odpowiedniego zabiegu leczniczego, również operacyjnego, nawet pomimo sprzeciwu osadzonego. W przypadku sprzeciwu skazanego decyzję podejmuje sąd penitencjarny (§ 2), a zgodnie z § 3 w razie grożącej skazanemu śmierci decyzję podejmuje lekarz. Mowa jest więc tylko o grożącej utracie życia, z czego wynika, iż nie można stosować zapisów tego artykułu, gdy skazanemu grozi np. ciężki uszczerbek na zdrowiu. Wydaje się to jasne z punktu widzenia uregulowań kodeksowych, jednak doświadczenie lekarskie uczy, iż w wielu sytuacjach nie ma zbyt wiele czasu na analizowanie, czy choremu grozi śmierć, a może „tylko” ciężkie kalectwo [1].

Kodeks postępowania karnego (art. 74 § 2) przewiduje m.in. możliwość wykonania badań połączonych z dokonaniem zabiegów na ciele oskarżonego (z wyjątkiem chirurgicznych), pod warunkiem, że nie zagrażają one jego zdrowiu, a ich przeprowadzenie jest nieodzowne. Przykładem może być tu pobranie krwi oskarżonego dla celów dowodowych w postępowaniu karnym (mowa jest również o tym w cytowanym artykule 74 k.p.k.). Warunkiem nieodzownym jest fakt, iż tego rodzaju badanie przymusowe musi być bezwzględnie konieczne dla celów postępowania karnego i nie można go zastąpić innymi środkami [1].

Podstawowa rola izby wytrzeźwień polegająca na umieszczeniu tam człowieka do chwili wytrzeźwienia (jednak nie dłużej niż na 24 godziny) nie należy do świadczeń zdrowotnych. Jednak zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23.10.1996 roku (Dz.U. 1996, Nr 129, poz. 611) katalog zadań izby wytrzeźwień obejmuje również takie, które zalicza się do procedur medycznych jak np. udzielanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, prowadzenie detoksykacji itp. Pomimo specyfiki izby, każda czynność tam wykonywana wymaga uzyskania zgody pacjenta na zasadach ogólnych (zgody świadomej i poinformowanej), a leczenie bez zgody może nastąpić tylko w sytuacjach określonych w art. 33 ust. o zaw. lek. Dyskusyjne pozostaje, na ile osoba nietrzeźwa (a faktycznie najczęściej w stanie upojenia alkoholowego) jest w stanie udzielić świadomej zgody i wysłuchać stosownych

informacji o proponowanym leczeniu. W przypadku osób nieprzytomnych na plan pierwszy wysuwa się pytanie czy osoby takie powinny znaleźć się w izbie, czy też w szpitalu (i to w trybie pilnym), jednak prawny aspekt udzielania im pomocy jest jasny. Istnieje możliwość stosowania wobec osób tam przebywających przymusu bezpośredniego, jeśli stwarzają one zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innych, czy też jeśli niszczą one przedmioty w swym otoczeniu. Wspomniane rozporządzenie w zakresie szczegółowego trybu stosowania przymusu bezpośredniego odsyła do zapisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [1].

Odpowiedzialność karna lekarza

Wprowadzony do kodeksu karnego art. 192 wyróżnił leczenie bez zgody jako nowy rodzaj przestępstwa. Zgodnie z treścią tego artykułu (§ 1), kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Sciganie następuje na wniosek pokrzywdzonego (§ 2). Dyspozycje te zostaną spełnione nie tylko w przypadku wykonania jakiejkolwiek czynności medycznej bez żadnej zgody, lecz także, gdy uzyskana zgoda jest wadliwa i nie spełnia wymogów przewidzianych ustawą (np. zgoda blankietowa, uzyskana po dostarczeniu pacjentowi niepełnych lub nieprawdziwych informacji itp.). Nie istnieje w rozumieniu prawa zgoda częściowo prawidłowa [2, 3]. Inaczej będą traktowane ewentualne uchybienia w procedurze uzyskania zgody (np. niezachowanie wymaganej przez ustawę formy pisemnej), które w danym przypadku mogą być potraktowane przez wymiar sprawiedliwości w sposób łagodny ze względu na znikomą szkodliwość społeczną [2].

Przestępstwo leczenia bez zgody należy zaliczyć do przestępstw umyślnych, jednak można wyobrazić sobie sytuację podejmowania przez lekarza czynności leczniczych w warunkach nieświadomości co do zgody pacjenta (tzn. lekarz jest przekonany, iż chory odpowiedniej zgody udzielił). W takim przypadku usprawiedliwionej nieświadomości bezprawności czynu kodeks karny przewiduje możliwość nadzwyczajnego złagodzenia kary [2]. Formuła analizowanego przepisu jest w swym brzmieniu bardzo arbitralna i nie przewiduje wyjątków, i nie odnosi się w ogóle do odpowiednich zapisów ustawy o zawdzie lekarza. Efektem tego są nie tylko niepotrzebnie zawite i rozbudowane komentarze specjalistów od prawa medycznego, ale również liczne wątpliwości wśród lekarzy, których bezpośrednio przepis ten dotyczy. Można więc stwierdzić, iż art. 192 k.k. został skonstruowany wadliwie i powinien zostać znowelizowany, a zwłaszcza rozszerzony w swym

brzmieniu odnosząc się do innych aktów prawnych stojących z nim w jawnej sprzeczności [3].

Podsumowanie

Przepisy prawa medycznego dotyczące zgody na leczenie pomimo, iż są rozbudowane i nierzadko bardzo szczegółowe, to brak im wewnętrznej spójności, wykazują niekonsekwencje oraz miejscami wyraźne braki legislacyjne. Ich analizowanie sprawia problemy wielu teoretykom prawa, w literaturze spotyka się miejscami rozbieżne interpretacje i komentarze. Można więc powiedzieć, iż zamiast ułatwiać codzienną pracę lekarzom, często wprowadzają niepotrzebne wątpliwości i nadmiernie absorbują uwagę medyków, którzy ten czas mogliby przecież przeznaczyć wyłącznie na leczenie swych chorych. Każdego dnia pobierana jest od chorych zgoda na leczenie, spełniająca w mniejszym lub większym stopniu ustawowe wymogi formalne, lecz w dobie narastającej roszczeniowości pacjentów, a także ich coraz lepszej świadomości swoich praw, znajomość podstaw prawa medycznego w tym zakresie staje

się nieodzowna w codziennej praktyce każdego lekarza, nie tylko jako pomoc i wyznacznik podejmowanych procedur medycznych, lecz także jako forma ochrony przed ewentualną odpowiedzialnością karną, cywilną i zawodową.

PIŚMIENNICTWO

1. Kubicki L. (red.): Prawo Medyczne. Urban & Partner, Wrocław 2003, 49-76.
2. Filar M.: Lekarskie Prawo Karne. Kantor Wydawniczy Zakamycze 2000, 242-307.
3. Świątek B.: Art. 192 k.k. – komentarze prawników a praktyka lekarska. Arch. Med. Sąd. Krym., 2005, LV, 162-167.
4. Ignaczewski J.: Zgoda pacjenta na leczenie. Twoje Zdrowie, Warszawa 2003.
5. Safjan M.: Kilka aspektów prawnych odpowiedzialności lekarskiej. Pol. Przegl. Radiol. 1996, 61, 2, 100-102.