

Granica pomiędzy legalnością a bezprawnością udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii

The borderline between legality and illegality of providing health services in anaesthesiology and intensive care units

Mariusz Piechota

*Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi*

Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT) niejednokrotnie podejmują lub kontynuują leczenie pacjentów, nie spełniając podstawowego warunku legalności leczenia — uzyskania świadomej zgody chorego na udzielane świadczenia zdrowotne. Niestety, w znacznej mierze wynika to z braku świadomości lekarzy, że taką zgodę należy uzyskać. Ponieważ większość chorych hospitalizowanych na OAIIT jest nieprzytomna lub nie może udzielić świadomej zgody na niezbędne czynności medyczne — problem wydaje się poważny.

Uzyskanie zgody pacjenta przewidują zarówno przepisy ustawowe, jak i Kodeks Etyki Lekarskiej. Art. 16 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, że „pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody”. Podobną regulację zawiera art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Według niego „postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta, a wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób”.

Udzielnie świadczeń zdrowotnych bez uzyskania zgody chorego może skutkować sankcjami dyscyplinarnymi, cywilnymi oraz karnymi. Na przykład art. 192 Kodeksu Karnego stanowi, że kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody

pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego. W związku z powyższym niedopełnienie powyższego obowiązku może mieć bardzo przykre następstwa dla lekarza.

Niemożliwość uzyskania świadomej zgody chorego w trakcie hospitalizacji na OAIIT nakłada na lekarzy tego oddziału szczególne obowiązki prawne, przewidziane na taką okoliczność w Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry: legalizację dotychczasowego postępowania oraz uzyskanie zgody na działanie przyszłe. Odpowiednie wymagane postępowanie jest szczegółowo opisane w artykułach 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Zgodnie z tymi przepisami, badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych — pomimo braku zgody pacjenta — lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem. Informację o braku zgody pacjenta lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta. Powyższe postępowanie dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych, na udzielenie których wystarczy zgoda ustna.

Należy cytować anglojęzyczną wersję artykułu:

Piechota M: The borderline between legality and illegality of providing health services in anaesthesiology and intensive care units. Anaesthesiol Intensive Ther 2014; 46: 1–3.

Postępowanie takie nie dotyczy jednak sytuacji, w których przepisy wymagają zgody pisemnej, czyli sytuacji, gdy należy wykonać zabieg albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta.

W takich przypadkach lekarz może wykonać operację albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą zwiększone ryzyko dla pacjenta bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy (legalizacja podjętych działań). Ponadto lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą zwiększone ryzyko dla pacjenta wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź 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 (zgoda uprzednia).

Przedstawione powyżej przepisy w szczególnych sytuacjach przewidują wyrażenie zgody przez inny podmiot niż pacjent (zgoda zastępcza) lub również przez inny podmiot (zgoda równoległa).

W przypadku, kiedy pacjent nie może decydować o swoim leczeniu, zgoda jest podejmowana przez inną osobę. W ustawodawstwie zgodę zastępczą wyraża przedstawiciel ustawowy w przypadku osoby małoletniej (osoba do 16. roku życia) lub w przypadku osoby niezdolnej do samodzielnego wyrażenia zgody (osoba ubezwłasnowolniona), lub sąd opiekuńczy, jeżeli dana osoba nie posiada przedstawiciela ustawowego lub nie można się z nim porozumieć. Zgodę wyłącznie na badanie pacjenta może też w szczególnych przypadkach udzielić faktyczny opiekun pacjenta (art. 32, ust. 6; art. 34, ust. 5 i 6 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Przedstawicielem ustawowym małoletniego są jego rodzice (art. 98 par. 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego).

W niektórych sytuacjach potrzebna jest zarówno zgoda pacjenta, jak i innego podmiotu. Zgodę równoległą pobiera się w przypadku, jeżeli pacjent jest małoletni, ale ma ukończone 16 lat, a także, gdy pacjent jest ubezwłasnowolniony, ale zdolny z rozeznaniem wypowiedzieć się w sprawie udzielania świadczenia zdrowotnego.

Przepisy zawarte w artykułach 32–35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry

nakładają między innymi na lekarzy OAiIT dodatkowe obowiązki wynikające z niemożności uzyskania świadomej zgody chorego. Niedopełnienie tych obowiązków może skutkować bardzo nieprzyjemnymi konsekwencjami zarówno dla lekarza, jak i kierującego OAiIT, o których była mowa powyżej.

Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r. (III CSK 227/11) „w demokratycznym państwie prawnym jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do decydowania o samym sobie, w tym do wyboru metody leczenia. Refleksem tego prawa jest instytucja zgody na wykonanie zabiegu medycznego, stanowiąca jedną z przesłanek legalności czynności leczniczych. Z tego względu ustawa o zawodzie lekarza i dentystry (jedn. tekst: Dz. U. 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) przewiduje, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody pacjenta (art. 32 ust. 1). Zgodę pacjenta — jako czynnik sankcjonujący moralnie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze — przewiduje także Kodeks Etyki Lekarskiej (art. 15 ust. 1). „... Zgoda pacjenta w rozumieniu art. 32 ust. 1, 34 ust. 1 ustawy musi być zgodą »objaśnioną«, »poinformowaną«, a więc świadomie akceptującą przez pacjenta zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejście na siebie tego ryzyka. Dopiero taka zgoda pacjenta wyłącza bezprawność interwencji lekarza. Sama aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w jurydycznym tego słowa znaczeniu, a więc jako spełniająca wymogi art. 2 ust. 1, 34 ust. 1 ustawy, co z kolei skutkuje uznaniem, że działanie lekarza w takiej sytuacji jest działaniem podjętym w warunkach bezprawności”.

„Funkcjonowanie w praktyce lekarskiej zasady wzajemnego zaufania lekarza i pacjenta nie może prowadzić zbyt daleko. Zdrowie człowieka także ustawowo (art. 23 k.c.) zostało zaliczone do jego dóbr osobistych i poza szczególnymi wypadkami do chorego musi należeć podjęcie świadomej decyzji co do stosowania zwłaszcza niekonwencjonalnych zabiegów i metod leczenia, które wiążą się z istotnym ryzykiem dla jego organizmu” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 czerwca 1983 r. sygn. akt IV CR 150/83).

W postanowieniu z dnia 27 października 2005 r. Sąd Najwyższy (III CK 155/05) stwierdził, iż „zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.), toteż należy przyjąć, że brak zgody pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegów) jest dla lekarza wiążący i znosi odpowiedzialność karną lub cywilną, natomiast w wypadku wykonania zabiegu — delegalizuje go. [...] prawo nie nakazuje pacjentowi poddawać się interwencji

medycznej, a lekarzowi pokonywać oporu pacjenta albo przez wykonywanie czynności, na które zgody nie wyraził lub którym się sprzeciwił, albo przez występowanie do sądu, aby taki sprzeciw pozbawić mocy. [...] Lekarz nie może odmówić wypisania ani wystąpić do sądu opiekuńczego, aby zneutralizować wolę pacjenta, choćby jego stan wymagał dalszego leczenia szpitalnego”.

W wielu podmiotach leczniczych tworzone są różnorodne formularze w celu wyrażenia świadomej zgody pacjenta. Należy jednak pamiętać, że nie istnieje żaden przepis powszechnie obowiązującego prawa, który regulowałby dopuszczalność stosowania formularzy dla wyrażenia świadomej zgody pacjenta. Stosowanie formularzy może być użyteczne, mogą one jednak mieć jedynie charakter pomocniczy w procesie uzyskiwania świadomej zgody pacjenta. „Nawet zaawansowane elektroniczne technologie porozumiewania się na odległość nie mogą bowiem zapobiec depersonalizacji kontaktu, choćby z uwagi na to, że żadna osobowość ani lekarza, ani pacjenta nie jest powtarzalna” [1].

Leczenie pacjenta w stanie zagrożenia życia lub zdrowia — jak sądzą niektórzy koledzy lekarze — nie legalizuje w dostateczny sposób działań leczniczych lekarza. Konieczne jest dodatkowo — w przypadkach tego wymagających — po-

informowanie sądu o podjętych działaniach i/lub uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego — zgodnie z przepisami art. 34 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Niniejszy numer „Anestezjologii i Intensywnej Terapii” zawiera dwa artykuły poświęcone tematowi zgody na leczenie na OAiT, które poszerzają wiedzę na ten temat, przez co zwiększają prawne bezpieczeństwo pracy w naszej specjalności [2, 3].

Piśmiennictwo:

1. <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=547>
2. Siewiera J, Trnka J, Kübler A: The issue of legal protection of the intensive care unit physician within the context of patient consent to treatment. Part I: conscious patient, refusing treatment. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 46: 50–54.
3. Siewiera J, Filipowska M, Kübler A, Trnka J, Zamaro-Michalska A: The issue of legal protection of the intensive care unit physician within the context of patient consent to treatment. Part II: unconscious patient. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 46: 55–59.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Mariusz Piechota
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego
ul. Kniaziewicza 1/5; 91–347 Łódź
e-mail: mariuszpiechota@poczta.onet.pl