

Sposób i forma przekazania informacji medycznej

How and in what form medical information is provided

Rafał Kubiak

Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

W demokratycznych państwach prawnych silnie akcentuje się prawo do wolności każdego człowieka. Wyraża się ono również w możliwości decydowania o poddaniu się określonej procedurze medycznej, dlatego fundamentalnym warunkiem legalności każdego zabiegu medycznego jest udzielenie zgody przez pacjenta. Aby jednak aprobatą taką wywoływała skutki prawne, musi spełniać pewne warunki, w szczególności musi być uświadomiona. Oznacza to, że przed podjęciem decyzji terapeutycznej pacjent powinien uzyskać od pracownika medycznego niezbędne informacje, które umożliwią mu rozstrzygnięcie co do dalszego leczenia. Informacje te muszą być nie tylko rzetelne merytorycznie, lecz także przekazane w sposób przyswajalny przez chorego. W artykule opisano zatem sposoby i formy przekazu informacji, a także określono, na kim ciąży dowód realizacji obowiązku informacyjnego. W odniesieniu do sposobu informowania przedstawiono modele opracowane w doktrynie i judykaturze, a także zaproponowano stosowanie wobec pacjentów podlegających opiece paliatywnej tak zwanego modelu mieszanego, uwzględniającego indywidualne możliwości percepcyjne chorego. W kontekście formy informacji wyjaśniono, że jest ona dowolna, może być więc zarówno pisemna, jak i ustna. Należy jednak preferować informację pisemną, która ma istotne walory dowodowe, a także pozwala pacjentowi na spokojne zapoznanie się z treścią i bardziej przemyślane podjęcie decyzji. Wyjaśniono również, że to na lekarzu spoczywa ciężar dowodu wykazania, że dopełnił on obowiązku informacyjnego. Lekarz powinien więc zabezpieczyć się dowodowo poprzez sporządzenie odpowiedniej dokumentacji, dokonanie wpisów w historii choroby, uzyskanie oświadczenia pacjenta, może też wykorzystać inne środki dowodowe, np. zeznania świadków.

Słowa kluczowe: zgoda na zabieg, informacja medyczna, sposób informowania, forma informowania.

Abstract

In democratic states, the right to freedom of every person is strongly emphasized. It is also expressed in the possibility of deciding whether to undergo a certain medical procedure. The fundamental condition for any medical procedure to be legal is the patient's consent. However, for such consent to have legal effects, it must meet certain conditions, in particular it must be conscious. This means that before making a therapeutic decision, the patient should obtain the necessary information from a medical professional, which will enable him to decide on further treatment. Such information not only has to be reliable in terms of content but also transmitted in a way that is assimilable by the patient. Therefore, the article describes the ways and forms of conveying the information and also determines on whom the proof of realization of the information obligation rests. In the context of the way of information, models developed in doctrine and jurisprudence are presented, and the so-called mixed model is proposed to be applied to patients undergoing palliative care. In the context of the form of information, it was explained that it is free, so it can be either written or oral. However, written information should be preferred as it has significant evidential value and allows the patient to read the content calmly and make a more informed decision. It has also been clarified that the doctor bears the burden of proof to show that he has complied with his duty to inform. Therefore, the doctor should secure his/her evidence by preparing appropriate documentation, entries in the medical history, patient's statements, he/she may also use other means of evidence such as witness testimony.

Key words: consent to treatment, medical information, how to inform, form of information.

Adres do korespondencji

dr hab. n. prawn. Rafał Kubiak, prof. UM w Łodzi, Zakład Prawa Medycznego,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź, e-mail: rafal.kubiak@umed.lodz.pl

WPROWADZENIE. ZNACZENIE PRAWA DO INFORMACJI MEDYCZNEJ

We współczesnym prawie medycznym afirmatywnie traktuje się prawo pacjenta do samostanowienia. Wyprowadza się je z konstytucyjnie chronionej wartości, którą jest wolność. W myśl bowiem art. 41 ust. 1 Konstytucji RP każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą, w omawianym wypadku w zakresie decyzji o poddaniu się danej procedurze medycznej. Dlatego też uznaje się, że wykonanie zabiegu nawet prawidłowo w sensie medycznym, ale bez skutecznie prawnie wyrażonej zgody jest bezprawne i może prowadzić do wielopłaszczyznowej odpowiedzialności lekarza, tj. cywilnej, zawodowej, a nawet karnej (w art. 192 Kodeksu karnego spenalizowano czyn polegający na wykonaniu zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, zagrożony grzywną do 1 080 000 zł, karą ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2).

Zgoda nie jest jednak aktem tylko formalnym – aby miała znaczenie prawne, muszą być spełnione pewne jej przesłanki. Jedną z nich jest odpowiednie poinformowanie chorego, co pozwoli mu podjąć uświadomioną i racjonalną decyzję. Na wymóg przekazania określonych wiadomości wskazywano w orzecznictwie już w okresie międzywojennym. Egzemplifikując, można przywołać wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 1934 r. [1], w którym Sąd podkreślił, że „lekarz, dokonywujący zabiegu, chociażby nieoperacyjnego, ale mogącego pociągnąć za sobą skutki szkodliwe dla zdrowia pacjenta, obowiązany jest uprzedzić go o ewentualnej szkodliwości zabiegu oraz uzyskać jego zgodę na dokonanie tego zabiegu”. Analogiczne zapatrywania sądy wyrażały również później. Przykładowo w wyroku z dnia 14 listopada 1972 r. [2] Sąd Najwyższy orzekł, że „[...] zgoda chorego na zabieg operacyjny musi być wynikiem świadomego wyboru. Brak takiej zgody czyni zabieg prawnie nieusprawiedliwionym i uzasadnia odpowiedzialność Skarbu Państwa na podstawie art. 417 k.c.”. Również współcześnie podnosi się w judykaturze ten wymóg. Dla przykładu można przywołać wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 15 listopada 2012 r. [3]: „brak świadomej zgody pacjenta nadaje zachowaniu lekarza cechy czynu niedozwolonego, co uzasadnia odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za wszystkie negatywne następstwa wykonanego zabiegu – nawet wówczas, gdy był on wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej [podkr. aut.]. Wina funkcjonariusza ma bowiem miejsce także wówczas, gdy proces decyzyjny pacjenta poprzedzający wyrażenie przez niego zgody na zabieg został zakłócony poprzez zaniechanie przedstawienia ewentualnych komplikacji zabiegu skutkujących negatywnie dla życia lub zdrowia. Sama zaś aprobata pacjenta dokonania

zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda”.

Tak istotne znaczenie warunku uświadomienia zgody spowodowało, że w przepisach medycnoprawnych poświęcono tej materii wiele miejsca. Zagadnienie to ujmuje się zarówno z perspektywy pacjenta, uznając, że prawo do informacji jest prawem chorego, jak i z perspektywy pracowników medycznych, w tym lekarzy. W tej sferze informowanie chorego traktuje się jako obowiązek pracownika medycznego, którego niewykonanie może prowadzić do odpowiedzialności. Dla lekarzy najistotniejsze znaczenie w tym aspekcie ma art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, z późn. zm., zwana dalej „UZL”), w którym ustawodawca zobligował przedstawicieli tej profesji do udzielania informacji medycznej, wskazując jej zakres podmiotowy i przedmiotowy, a także przypadki, w których lekarz może zaniechać informowania.

Sam fakt przekazania informacji, rzetelnej, prawidłowej w sensie merytorycznym, może okazać się jednak niewystarczający dla spełnienia tego obowiązku. Aby bowiem pacjent mógł świadomie podjąć decyzję, musi zrozumieć przekaz. Tylko wówczas zostaną wyrównane deficyty wiedzy medycznej występujące u chorego. Takie też znaczenie obowiązku informacyjnego jest akcentowane w najnowszym orzecznictwie. Na kwestie te zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 24 września 2020 r. [4]. Wyjaśnił, że „przydanie pacjentowi prawa do informacji ma pozwolić na wyrównanie, w określonym zakresie, deficytu wiedzy medycznej pacjenta, a w ten sposób stworzyć człowiekowi możliwość rzeczywistego udziału w procesie diagnostycznym i leczniczym dotyczącym jego organizmu. Udzielanie przystępnej informacji [...] staje się zatem środkiem upodmiotowienia pacjenta w stosunkach z lekarzem”. Z judykatu tego można wyprowadzić jeszcze jeden wniosek, mianowicie taki, że prawo do informacji medycznej jest wyrazem godnościowego traktowania pacjenta, który staje się partnerem lekarza, a nie jedynie obiektem, na którym wykonywane są procedury medyczne.

W literaturze podaje się, że omawiana powinność informacyjna może być ujmowana na dwa sposoby: jako tzw. objaśnienie terapeutyczne (*therapeutische Aufklärung*) oraz objaśnienie w celu samostanowienia (*Selbstbestimmungsaufklärung*). To pierwsze ogranicza się jedynie do kwestii czysto terapeutycznych, swoistych technikałów związanych np. z dawkowaniem leku, koniecznością wykonywania określonych zaleceń lekarskich. Niedokonanie takiego objaśnienia traktowane jest jako działanie *contra legem artis*. Natomiast drugi z wymienionych rodzajów objaśnienia nawiązuje do kompetencji decyzyjnych pacjenta, czyli możliwości wyrażenia

zgody albo sprzeciwu wobec leczenia. Uznaje się, że oświadczenie takie będzie skuteczne, a więc ważne, tylko wówczas, gdy chory uzyska odpowiednie kwantum informacji, pozwalające mu na podjęcie rozstrzygnięcia z rozeznaniem [5, s. 45]. W świetle przedstawionego wcześniej orzeczenia Sądu Najwyższego należy preferować to drugie ujęcie. Bez wątplenia bardziej odpowiada ono godnościowemu traktowaniu chorego.

Partnerskie podejście do pacjenta ma pewną konsekwencję w zakresie rozłożenia odpowiedzialności za skutki czynności diagnostyczno-terapeutycznych. W najnowszym orzecznictwie zauważa się bowiem, że jeśli pacjent zostanie prawidłowo poinformowany, zrozumie przekaz i następnie podejmie racjonalną decyzję, to przejmuje na siebie ryzyko zabiegu. Innymi słowy, jeśli lekarz uświadomi pacjenta co do ewentualnych powikłań i prawdopodobieństwa ich powstania, a następnie ryzyko to się zmaterializuje i dojdzie do uszczerbku na zdrowiu chorego, to lekarz nie poniesie odpowiedzialności (o ile zabieg był wykonany *lege artis*, nigdy bowiem zgoda chorego nie legalizuje błędu medycznego lekarza). Zapamiętanie takie wyraził Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 11 maja 2017 r. [6]. Orzekł bowiem, że „lekarz nie ponosi odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, które to zjawisko pozostaje w nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności. Zauważyć bowiem należy, że nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Zasadniczo pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg, przyjmuje je na siebie [podkr. aut.]”. Analogiczny pogląd zaprezentował Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 18 stycznia 2017 r. [7]. Jak jednak wskazano, aby efekt taki nastąpił, pacjent musi być prawidłowo poinformowany nie tylko w sensie merytorycznym, ale również pod kątem sposobu i formy przekazu. W orzecznictwie akcentuje się, że „zgoda pacjenta udzielona bez rozeznania jest niepełna” [8]. W podobnym duchu wypowiedział się również Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 12 czerwca 2015 r. [9]. Podkreślił bowiem, że „zgoda pacjenta na zabieg operacyjny musi mieć charakter świadomy, co jest oczywiście uzależnione od udzielenia przez lekarza przystępnej i zrozumiałej informacji o ewentualnych – także negatywnych – następstwach operacji. Dopiero bowiem taka zgoda uchyla bezprawność interwencji lekarza”.

Wydaje się, że zagadnienie to jest szczególnie istotne w przypadku pacjentów pozostających pod opieką paliatywną. Ze względu na stan ich zdrowia może bowiem dochodzić do istotnych ograniczeń

w zakresie percepcji przekazu. Dlatego też lekarz troszczący się o takich chorych powinien dołożyć szczególnej staranności w ocenie możliwości przyjmowania informacji przez pacjenta i dostosować sposób i formę przekazu do tych możliwości. W dalszej części opracowania zostaną więc omówione modele informowania oraz sposób przekazu wiadomości i rozłożenie ciężaru dowodu wykonania obowiązku informacyjnego spoczywającego na lekarzu.

MODELE INFORMOWANIA

W piśmiennictwie wskazuje się na trzy modele poprawnego informowania pacjenta. Są one skonstruowane głównie pod kątem zakresu informacji, które powinny być przekazane, ale wydaje się, że mogą być pomocne również w aspekcie sposobu informowania.

Jako najstarszy podaje się model „**profesjonalno-praktyczny**”, który jest zorientowany na tzw. racjonalnego lekarza. W celu ustalenia, czy lekarz właściwie poinformował pacjenta, konstruuje się myślowo wzorzec dobrego lekarza i porównuje następnie jego hipotetyczne zachowanie z postępowaniem rzeczywistego lekarza. Zbudowanie owego wzorca opiera się jednak na pewnych założeniach, które wymagają sięgnięcia do zwyczajów i praktyki lekarskiej. Dlatego też wskazuje się na dwie odmiany tego modelu, mianowicie skrajną i umiarkowaną. W tym pierwszym ujęciu ów wzorcowy lekarz ukierunkowany jest na przekazywanie jedynie informacji medycznych niezbędnych dla prawidłowej diagnostyki i terapii, np. o dawkowaniu leku, częstotliwości wizyt kontrolnych, wykonaniu czynności poprzedzających dany zabieg. Podnosi się, że w tej wersji omawianego modelu lekarz obowiązany jest udzielić pacjentowi tylko takich informacji, które w jego ocenie są niezbędne i celowe ze względu na wąsko rozumianą potrzebę medyczną. Z kolei w ujęciu umiarkowanym lekarz przekazuje szersze dane, które według jego opinii mogą mieć walory terapeutyczne, np. o wysokiej skuteczności określonej metody leczniczej. Może jednak, a nawet powinien, poniechać informowania o złym rokowaniu bądź też innych okolicznościach, które jego zdaniem niekorzystnie wpływałyby na leczenie pacjenta. W literaturze krytycznie ocenia się ten model, uzasadniając, że stanowi on pewien relikwitu paternalizmu. U swych podstaw ma swoistą manipulację pacjentem, ponieważ to lekarz decyduje, jakie informacje i w jaki sposób przekazać choremu. Poza tym w tym ujęciu zasadniczo przekaz ogranicza się jedynie do kwestii medycznych, pewnych technikaliów związanych z diagnostyką i leczeniem, a pomija inne istotne informacje, które byłyby kluczowe dla pacjenta mającego podjąć decyzję terapeutyczną.

Kolejny model, nazywany modelem „**racjonalnego pacjenta**”, jest zorientowany na pewien wzorzec przeciętnego, racjonalnie myślącego chorego. Należy zatem skonstruować model takiego pacjenta i przez jego pryzmat ocenić, jakie informacje należałoby przekazać choremu i w jaki sposób to uczynić, by mógł on podjąć rozsądną decyzję co do kierunku leczenia. Model ten więc silniej akcentuje prawo do samostanowienia chorego, ale ma zasadniczą wadę, mianowicie nie uwzględnia osobniczych uwarunkowań danego pacjenta. Jest bowiem ukierunkowany na pewną przeciętną. W literaturze podnosi się zaś, że poszczególne osoby, ze względu na swoją aktywność zawodową, upodobania, a czasami system wartości, mogą kierować się w swoich decyzjach różnymi okolicznościami. Zrównanie przekazu wobec wszystkich pacjentów, stosowanie pewnej średniej, powoduje, że omawiany model jest nieelastyczny i w efekcie może prowadzić do pozbawienia chorego pewnych kluczowych informacji, a tym samym zaburzyć jego proces decyzyjny.

Z punktu widzenia poszanowania autonomii pacjenta i poprawności przekazu informacji, zarówno pod kątem ich zakresu, jak i sposobu, najwłaściwszym modelem jest model „**subiektywistyczny**”. Według niego lekarz powinien dostosować informowanie do indywidualnych, osobniczych uwarunkowań danego chorego. Przykładowo więc powinien wziąć pod uwagę jego możliwości percepcyjne, doświadczenie życiowe, stan zdrowia, poziom intelektualny. Podnosi się, że jeżeli lekarz wie, iż pewne informacje byłyby dla chorego istotne przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych i mimo to informacje te pominie, to jest to forma naruszenia autonomii chorego. Zauważa się jednak, że omawiany model jest nieco idealistyczny. W praktyce bowiem, zwłaszcza w przypadku gdy lekarz w krótkim czasie udziela informacji wielu pacjentom, np. w POZ, może mieć trudności z ustaleniem owych indywidualnych predyspozycji pacjenta do przyjmowania wiadomości. Dlatego też postuluje się, by wyjść od pewnej przeciętnej, a następnie uszczegółowić informacje i dostosować sposób ich przekazu do cech indywidualnych pacjenta, stosować więc tak zwany **model mieszany**, łączący elementy modelu zorientowanego na przeciętnego pacjenta i modelu subiektywistycznego [10, s. 252–257].

Analiza orzecznictwa sądowego prowadzi do wniosku, że aktualnie odrzuca się w judykaturze model ukierunkowany na racjonalnego lekarza. Sądy dopuszczają możliwość stosowania modelu racjonalnego pacjenta bądź też sugerują powołanie się na model subiektywistyczny. Przykładem rozstrzygnięcia nawiązującego do tej pierwszej konstrukcji jest wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r. [11], w którym Sąd poinstruował, że „zakres obowiązku informacji nie zależy od tego,

co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba [podkr. aut.] będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć poinformowaną i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu”. W podobnym duchu wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Warszawie, który w wyroku z dnia 26 kwietnia 2019 r. [12] orzekł, że „chodzi generalnie o taki zakres informacji, jaki jest niezbędny rozsądnej osobie [pokr. aut.], będącej w sytuacji pacjenta, aby móc podjąć świadomą i roztropną decyzję o poddaniu się proponowanemu zabiegowi medycznemu”. Analogiczne zapatrywania wyraził Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 9 czerwca 2020 r. [13]. Odwołał się do modelu zorientowanego na przeciętnego pacjenta. Aczkolwiek w wypowiedzi Sądu zarysowało się stanowisko nawiązujące do konstrukcji mieszanej. Sąd podkreślił bowiem, że „celem spoczywającego na lekarzu obowiązku wyjaśnienia pacjentowi skutków zabiegu operacyjnego jest, by pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi, i czego, w tym jakich powikłań, może się spodziewać”. Ten fragment wypowiedzi Sądu można zatem interpretować w ten sposób, że pacjent powinien uzyskać informację adekwatną do jego indywidualnych uwarunkowań, tylko wówczas bowiem będzie mógł podjąć świadomą decyzję. Z kolei za modelem subiektywistycznym opowiedział się Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 11 grudnia 2019 r. [14]. Wskazał bowiem *expressis verbis*, że „przekazywana informacja zawsze musi być dostosowana do konkretnego przypadku [podkr. aut.], do danego pacjenta, do jego możliwości percepcyjnych, wykształcenia, stanu psychicznego, wieku”.

Wydaje się, że te rozbieżności w orzecznictwie są pochodną oceny konkretnych stanów faktycznych. Można bowiem założyć, że w przypadku pacjentów cierpiących na mało niebezpieczne choroby, którzy nie wymagają skomplikowanych zabiegów, a rokowania są pomyślne, informacja będzie dość ustandaryzowana i przekazywana w sposób nakierowany na przeciętnego pacjenta. Jeśli jednak chory pozostaje w ciężkim stanie, ma być poddany ryzykownej terapii, wymaga specjalistycznego leczenia, a rokowania nie są korzystne, można przyjąć, że informacja powinna być silniej dostosowana do indywidualnych uwarunkowań. Wówczas znajdzie zastosowanie model subiektywistyczny. Można przypuszczać, że w przypadku pacjentów wymagającej opieki paliatywnej ten model będzie najwłaściwszy. Po pierwsze, chorzy tacy powinni uzyskać jak najbardziej zindywidualizowaną informację co do możliwości dalszej terapii, w szczególności w zakresie leczenia bólu, adekwatnej do ich stanu. Po drugie, co istotne w aspekcie sposobu przekazu, należy uwzględnić stan psychiczny i fizyczny takiego pacjenta, który

w związku z tym może mieć ograniczenia percepcyjne. Lekarz powinien więc dostosować sposób i formę informowania do indywidualnych cech chorego. Tylko wówczas bowiem zrealizuje swoją powinność informacyjną, a ponadto wykaże podmiotowe traktowanie pacjenta.

SPOSÓB INFORMOWANIA

W przepisach medycznoprawnych dookreśla się wymogi w zakresie sposobu przekazania informacji. Zgodnie z art. 31 ust. 1 UZL lekarz powinien udzielić „przystępnej informacji”. Tożsame unormowanie znajduje się w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej „UPP” (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z późn. zm.), który stanowi, że „pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji”. Uzupełnieniem tych przepisów są normy deontologiczne. W odniesieniu do lekarzy kluczowe znaczenie ma w tym zakresie art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej, w myśl którego „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały”. Z regulacji tych wynika zatem, że przekaz powinien być przystępny i zrozumiały.

W ujęciu semantycznym „przystępny” oznacza „łatwy do zrozumienia, do przyswojenia, jasny, zrozumiały” [15, s. 1059]. Z kolei w nauce prawa medycznego wskazuje się, że przekaz powinien być „czytelny i jednoznaczny”. Informacja udzielona w taki sposób, by pacjent orientował się, na co się zgadza i jakiego dokonuje wyboru [16, s. 95]. Przystępność informacji odnosi się zarówno do faktów, jak i używanej terminologii [17, s. 136]. Dlatego też pracownik medyczny powinien tak dobierać słowa, określenia i nazwy, by były one dla pacjenta zrozumiałe [18, s. 173]. Należy zaś unikać fachowego nazewnictwa, wskaźników liczbowych i skrótów literowych, których pacjent może nie odkodować. W celu zilustrowania tego ostatniego zagadnienia można przywołać następujący stan faktyczny, który legł u podstaw wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9 maja 2002 r. [19]. Podczas badań pracowniczych wykryto u pacjenta we krwi „obecność antygenu Hbs, który to antygen jest częścią składową wirusa HBV wywołującego zapalenie wątroby typu B”, co wskazywało, że cierpi on na tzw. żółtaczkę zakaźną. Wynik tego badania został zamieszczony w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego. Jednakże posłużono się skrótem następującej treści: „antygen Hbs/H-dodatni”, co wskazywało, że pa-

cjent jest nosicielem zarazka żółtaczki. Żona pacjenta była informowana o jego stanie zdrowia, lecz nie uprzedzono jej o wspomnianym nosicielstwie i nie poinstruowano o potrzebie zastosowania odpowiednich zabezpieczeń. Zamieszczony zaś w karcie informacyjnej wpis, mający postać wspomnianego skrótu, był dla niej niezrozumiały. Wkrótce zarówno żona chorego, jak i jego syn zakazili się żółtaczką. Wystąpili więc na drogę sądową z roszczeniami cywilnymi. Sąd I instancji oddalił powództwo. Uznał bowiem, że nie wykazano związku przyczynowego między brakiem odpowiedniej informacji a zakażeniem. Wyrok ten został jednak zaskarżony do sądu II instancji, który szczegółowo rozważył kwestie powinności informacyjnej. Wskazał, że na personelu medycznym ciąży szczególny obowiązek powiadomienia pacjenta o konsekwencjach nosicielstwa choroby zakaźnej, a także uprzedzenia członków jego najbliższej rodziny o istniejącym zagrożeniu, co pozwoliłoby im zastosować odpowiednie środki bezpieczeństwa. W ocenie biegłego, powołanego w tej sprawie, podstawową drogą rozprzestrzeniania się wirusa żółtaczki są kontakty małżeńskie oraz zagrożenie zakażeniem tej choroby potęguje się wobec osób przebywających we wspólnym gospodarstwie domowym. Istniało więc duże prawdopodobieństwo zakażenia tym wirusem żony i dziecka pacjenta – nosiciela tego zarazka. Toteż personel medyczny powinien udzielić tym osobom szczególnych informacji na temat powstałego niebezpieczeństwa. W ocenie Sądu powinność ta nie została zaś wykonana. Sam fakt podania w karcie z leczenia szpitalnego informacji o obecności dodatniego antygenu Hbs zdaniem Sądu był niewystarczający. Sąd wskazał bowiem, że użycie tak specjalistycznego i hermetycznego nazewnictwa wymaga przełożenia na język zrozumiały dla przeciętnego odbiorcy. W analizowanej sprawie posłużenie się skrótami i symbolami nie pozwoliło pacjentowi na zorientowanie się w istnieniu zagrożenia, a tym samym na uchronienie jego najbliższych przed zakażeniem. Sąd nakazał zatem ponownie rozpoznać sprawę, uwzględniając poczynione ustalenia, oraz dokonać oceny przebiegu związku przyczynowego przez pryzmat niewykonania obowiązku informacyjnego ciążącego na personelu medycznym i powstałego stąd niebezpieczeństwa zakażenia.

Można przyjąć, że zagadnienie to jest szczególnie doniosłe w przypadku pacjentów mających ograniczone możliwości percepcyjne oraz trudności w roszyfrowaniu informacji podanej językiem fachowym, medycznym, mało zrozumiałym dla przeciętnego człowieka. Do tej grupy bez wątpienia należą chorzy wymagający opieki paliatywnej. Personel medyczny sprawujący taką opiekę powinien więc dołożyć dużej staranności w formułowaniu wiadomości, by przekaz był jak najbardziej przy-

stępny dla chorego. Ponadto stan pacjenta, a zwłaszcza wczesna faza, w której dowie się on o śmiertelnej chorobie, może dodatkowo utrudniać mu percepcję informacji. Dlatego powinna być ona stopniowo dawkowana, a lekarz powinien upewnić się, że pacjent ją przyswoił. W doktrynie wskazuje się na tak zwaną **koncepcję etapowania**. Według niej informacja powinna być przekazywana sekwencyjnie. Wydaje się, że konstrukcja ta może znaleźć zastosowanie w dwóch sytuacjach. Po pierwsze, gdy lekarz uzyskuje wiedzę fazowo, pogłębia ją wskutek przeprowadzenia kolejnych badań diagnostycznych i rozwoju objawów choroby. Wówczas może dzielić się z pacjentem swoimi obserwacjami i ustaleniami wraz z ich dokonywaniem. Postępowanie takie zapobiega informowaniu pacjenta o niesprawdzonych okolicznościach, gdy lekarz nie ma jeszcze wiarygodnych wiadomości, nie potrafi więc przekazać choremu miarodajnych danych co do jego stanu zdrowia i rokowania. Warto dodać, że udzielanie informacji niepewnych, spekulatywnych jest traktowane w doktrynie jako swoisty błąd, który w efekcie może doprowadzić do nieprawidłowych decyzji terapeutycznych pacjenta. Po drugie, omawiana konstrukcja może być także stosowana w przypadku pacjentów, u których rokowania są niepomyślne, pozostających w stanach paliatywnych, śmiertelnie chorych. Wówczas takie dawkowanie informacji może pozwolić im oswoić się z ich złą sytuacją zdrowotną [20, s. 120–121]. W literaturze psychologicznej objaśnia się, że w przypadku pacjentów, u których diagnozuje się ciężką, nieuleczalną, śmiertelną chorobę, mogą wystąpić pewne etapy, przez które taki chory przechodzi. W pierwszej fazie doznaje szoku i zaprzeczenia. Na tym etapie pacjent adaptuje się do nowej sytuacji i mobilizuje swoje zasoby, by podtrzymać nadzieję na wyzdrowienie. Psycholodzy podnoszą, że w tej fazie szczególnie istotna jest rola lekarza, który powinien przedstawić pacjentowi rzetelną informację, wykazać się cierpliwością i wyrozumiałością dla chorego, który ze względu na swój stan psychiczny może mieć trudności w przyswojeniu takich wiadomości. Toteż postuluje się, by lekarz wielokrotnie powtórzył kluczowe informacje, a następnie upewnił się, że zostały one wysłuchane i przyjęte. Wskazuje się, że niekiedy będzie potrzebna seria rozmów. W następnej fazie, tak zwanej gniewu, pacjent doznaje uczucia złości i rozżalenia, że znalazł się tak trudnej sytuacji zdrowotnej. Gniew ten może być kierowany również wobec lekarza. W piśmiennictwie instruuje się jednak, żeby lekarz nie odbierał personalnie zachowania pacjenta, lecz otoczył go niezbędną opieką. W trzeciej fazie – targowania się, chory podejmuje różne działania, które w jego ocenie mają mu zagwarantować wyzdrowienie, np. wznosi modły, składa obietnice. Rolą lekarza na tym etapie jest uświadomienie pacjentowi,

że może on liczyć na wszelką pomoc, nawet jeśli jego starania nie przyniosą oczekiwanego rezultatu, choroba będzie postępować. Czwarta faza to tak zwana depresja, w której nasila się żal i smutek. Natomiast w piątej fazie, zwanej akceptacją, pacjent przyjmuje do wiadomości nieuchronność zbliżającej się śmierci i aprobejuje przebieg zdarzeń. Na tym etapie lekarz powinien informować pacjenta o możliwości opieki medycznej, w szczególności terapii paliatywnej, sposobach łagodzenia bólu i cierpienia, a ostatecznie doprowadzenia do godnej śmierci [21, s. 244–246]. Ze względu na stan psychiczny pacjenta lekarz powinien wszystkie te informacje przekazywać z empatią, wycuciem sytuacji, cierpliwie i z tolerancją dla zachowań chorego.

FORMA UDZIELENIA INFORMACJI

Przepisy medycznoprawne jedynie wyjątkowo wymagają przekazania informacji w określonej formie. Dla przykładu można przywołać art. 12 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2020 r. poz. 2134), który stanowi że „kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody szczegółowo, pisemnie poinformowany”. Natomiast zarówno ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jak i ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, mimo iż wymagają niekiedy formy pisemnej zgody, nie stawiają takiego warunku w odniesieniu do formy przekazania informacji. Toteż może być ona udzielona w dowolnej formie, zarówno ustnie, jak i pisemnie. Dopuszczalność obu tych form jest akcentowana w orzecznictwie. Egzemplifikując, można przywołać wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 5 lutego 2016 r. [22], w którym Sąd wskazał, że „informacja zapewniająca pacjentowi warunki do wyrażenia zgody uświadomionej nie wymaga formy pisemnej”.

W judykaturze podkreśla się jednak, że zachowanie formy pisemnej informacji ma istotne znaczenie dowodowe, potwierdza bowiem, że lekarz wykonał swoją powinność informacyjną. Problematyka ta była przedmiotem rozważań podjętych przez Sąd Apelacyjny w Katowicach, który wydał wyrok na kanwie następującego stanu faktycznego. Pacjentka z powodu silnych bólów brzucha została skierowana na oddział ginekologiczno-położniczy. Po przeprowadzonej diagnostyce ujawniono skręt cysty prawego jajnika oraz przedoperacyjnie rozpoznano mięśniakowatość macicy. Chora została poinformowana o pilnej potrzebie leczenia chirurgicznego, a także o możliwości rozszerzenia pola operacyjnego „w zależności od tego, co zastaniemy po otwarciu brzucha”. Następnie podpisała odpowiedni formu-

larz, potwierdzając, że zapoznała się z opisem operacji, jej celowością, grożącymi niebezpieczeństwami oraz oczekiwanymi rezultatami. Zadeklarowała również, że godzi się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie, jeśli będzie tego wymagała sytuacja, a zabieg zostanie wykonany zgodnie z zasadami wiedzy medycznej. W oświadczeniu tym nie zostały jednak zawarte wpisy dokonane przez lekarza potwierdzające, że przedstawił on pacjentce planowany sposób leczenia oraz możliwe zagrożenia i powikłania. W trakcie operacji usunięto cystę oraz macicę wraz z przydatkami. „W ocenie operatorów stan mięśniakowatej macicy o znacznych jak na wiek i stan pacjentki wymiarach mógł być powodem związanych z uciskiem na naczynia dolegliwości bólowych, powodować chorobę zatorowo-zakrzepową, a także uciskać na pęcherz”. Uznali oni zatem, że amputacja macicy jest uzasadniona. Nie analizując dalszego postępowania medycznego wobec pacjentki, koniecznego z powodu powstałych powikłań, można skupić się na kwestii dotyczącej udzielonej informacji. W omawianej sprawie dylematyczne było rozszerzenie pola operacyjnego ponad zgodę wyrażoną przez chorą przed zabiegiem. W toku postępowania ustalono, że w omawianej sytuacji nie znajdował zastosowania tzw. wyjątek terapeutyczny opisany w art. 35 UZL. Przepis ten dopuszcza możliwość rozszerzenia pola operacyjnego w wypadku, gdy w trakcie operacji zostaną ujawnione nowe okoliczności, wcześniej nierozpoznawalne, których nieuwzględnienie może grozić pacjentowi utratą życia albo ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu. W omawianym przypadku pozostawienie macicy nie indukowało takiego zagrożenia, nie zachodziła więc potrzeba interwencyjnego jej usunięcia. Podstawą legalności działań lekarzy była zatem zgoda chorej wyrażona przed zabiegiem. Sąd uznał, że ewentualne braki w dokumentacji medycznej, w której nie odnotowano szczegółowo, iż pacjentka została poinformowana o potencjalnej potrzebie rozszerzenia pola zabiegu poprzez usunięcie macicy, nie mogą przesądzać o tym, że informacja taka nie została przekazana. Sąd argumentował bowiem, że możliwe było jej udzielenie w formie ustnej, a brak odnotowania tego faktu w formie pisemnej był usprawiedliwiony potrzebą szybkiego wykonania operacji. Z okoliczności sprawy wynikało zaś, że chora zdawała sobie sprawę z rozpoznania mięśniaków, a jej poziom intelektualny pozwalał na zrozumienie, że konsekwencją ich wystąpienia może być amputacja macicy. Sąd uznał zatem, że informacja została prawidłowo przekazana, aczkolwiek forma pisemna informacji pozwoliłaby na łatwiejsze (i pewne) wykazanie dowodowo realizacji obowiązku informacyjnego [23].

W literaturze wskazuje się, że zachowanie formy pisemnej po pierwsze dokumentuje, że informacja

w ogóle została przekazana, po drugie – poświadczają zakres udzielonych informacji. Tym samym pracownik medyczny może udowodnić, że przekazał wszystkie przepisowo wymagane wiadomości. Ponadto podnosi się, że informacja pisemna posiada także pewne walory psychologiczne i lepiej służy realizacji prawa pacjenta do wyrażenia uświadomionej zgody, a także wskazuje na podmiotowe traktowanie chorego. Uzyskanie pisemnej informacji pozwala bowiem pacjentowi na spokojne zapoznanie się z nią, skonsultowanie z osobami najbliższymi bądź też innymi pracownikami medycznymi i w rezultacie na podjęcie bardziej przemyślanej decyzji. Poza tym tak uzyskana informacja może stanowić następnie podstawę do rozmowy z lekarzem, sformułowania pytań do lekarza oraz określenia wątpliwości, których wyjaśnienie umożliwi choremu rozstrzygnięcie co do dalszego leczenia [20, s. 135–136].

Wydaje się więc, że taka forma informacji będzie pożądana również w przypadku chorych wymagających opieki paliatywnej. Jak już bowiem wskazano, pacjenci tacy mogą mieć trudności w sprawnym przyjmowaniu informacji, a tym samym w ich właściwym zrozumieniu. Informacja pisemna zniweluje te problemy i umożliwi choremu bardziej wnikliwe przeanalizowanie jego sytuacji zdrowotnej.

Ponadto, jak już podkreślono, forma taka ułatwi dowodzenie. Jest to zaś ważne zagadnienie z punktu widzenia tzw. ciężaru dowodu, czyli ustalenia, kto jest zobowiązany do dowodowego wykazania określonej okoliczności. W tym miejscu warto przywołać wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 11 lipca 2018 r. [24], który co prawda dopuścił ustną formę informacji, lecz podkreślił, że „w wypadku braku zgody pisemnej to na lekarzu spoczywa ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi informacji”. Wątek ten zostanie szerzej omówiony w kolejnym punkcie opracowania.

CIĘŻAR DOWODU

Wykazanie, że lekarz dopełnił obowiązku informacyjnego, będzie inaczej ukształtowane w procedurze cywilnej i karnej (obowiązuje w niej tzw. domniemanie niewinności, które musi być obalone przez oskarżyciela). Biorąc pod uwagę, że niewykonanie omawianej powinności ma przede wszystkim implikacje cywilnoprawne – jak bowiem wskazano na wstępie pacjent, który nie został właściwie poinformowany, może dochodzić roszczeń odszkodowawczych oraz zadośćuczynienia pieniężnego na gruncie art. 4 ust. 1 UPP – najistotniejsze znaczenie ma ustalenie ciężaru dowodu spoczywającego na stronach postępowania w procesie cywilnym.

Zgodnie z art. 6 Kodeksu cywilnego ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu

tego wywodzi skutki prawne. W piśmiennictwie z zakresu prawa medycznego podnosi się więc, że skoro na lekarzu ciąży obowiązek przekazania informacji medycznej, to w ewentualnym sporze przed sądem cywilnym lekarz będzie zobligowany wykazać, że dopełnił tej powinności [25, s. 101]. Wyjaśnia się ponadto, że rozwiązanie to znajduje zastosowanie bez względu na to, w jakiej formie lekarz wykonuje swój zawód. W szczególności więc lekarz będzie obowiązany wykazać dowodowo, że dopełnił omawianej powinności, jeśli prowadzi tzw. praktykę zawodową bądź też jest zatrudniony w podmiocie leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej, czyli tzw. kontraktu. Ciężar dowodu spoczywa nie tylko w odniesieniu do samego faktu przekazania informacji, lecz także lekarz musi wykazać, że była ona kompletna i wystarczająca do podjęcia przez pacjenta decyzji terapeutycznej [26, s. 159].

Takie określenie ciężaru dowodu było wielokrotnie akcentowane w judykaturze. Instrukcyjnie można przywołać wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r. [27], w którym Sąd jednoznacznie wskazał, że „ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny [...], spoczywa na lekarzu”. Stanowisko takie Sąd Najwyższy ponowił następnie w wyroku z dnia 20 maja 2016 r. [28]. Można je również spotkać w orzecznictwie sądów apelacyjnych (np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26 lutego 2018 r. [29], w którym Sąd podniósł, że „informacja powinna być rzetelna i zobiektywizowana. Ciężar dowodu, iż pacjent uzyskał pełną informację, spoczywa na lekarzu”).

Lekarz może w tym względzie wykorzystać różne środki dowodowe, w szczególności dowód taki mogą stanowić odpowiednie wpisy w dokumentacji medycznej, formularze informacyjne wręczone pacjentowi oraz zeznania świadków [25, s. 101]. Możliwe jest również powołanie się przez lekarza na tzw. domniemania faktyczne, o których mowa w art. 231 Kodeksu postępowania cywilnego. W myśl tego przepisu sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. W piśmiennictwie wyjaśnia się zatem, że w postępowaniu cywilnym w takich sprawach sąd nie powinien kierować się nadmiernym rygoryzmem i wymagać od lekarza precyzyjnego udowodnienia wspomnianych okoliczności. Jeśli bowiem z innych faktów będzie wynikało, że informacja została przekazana, nie będzie konieczne dalsze udowadnianie wykonania tej powinności [26, s. 16], np. w toku postępowania świadkowie zeznają, że lekarz wielokrotnie odbywał z pacjentem rozmowy, podczas których przekazywał mu wyczerpujące informacje. Zapatrywania takie są prezentowane także

w judykaturze. W celu ilustracji można przywołać następujący stan faktyczny. Pacjentka została przewieziona karetką pogotowia do szpitala z powodu masywnego obrzęku, rumienia i ucieplenia kończyny dolnej prawej z obecnością zmian krwotocznych i pęcherzy sączących treścią surowicą. Rozpoznano u niej różę pęcherzowo-krwotoczno-martwiczą kończyny, obrzęk limfatyczny o znacznym nasileniu i otyłość olbrzymią. Po dokonaniu konsultacji chirurgicznej zdecydowano o leczeniu zachowawczym. Podawano więc leki przeciwbólowe, naczyniowe i przeciwkrzepliwne. Ostatecznie pacjentka opuściła szpital w stanie dobrym. Nie wydano jej jednak karty informacyjnej, gdyż oczekiwano na wyniki badań obrazowych, które w świetle obowiązujących wówczas przepisów, należało dołączyć do tej karty. Tym niemniej pacjentka została ustnie pouczona przez lekarza o konieczności wizyt kontrolnych w poradni, otrzymała recepty na odpowiednie leki i została poinformowana pisemnie o sposobie ich stosowania. Po powrocie do domu chorą opiekowała się jej sąsiadka oraz siostra i syn. Mimo narastających dolegliwości bólowych pacjentka nie skorzystała z pomocy medycznej, w szczególności nie przybyła na wizyty kontrolne oraz nie zwróciła się do lekarza w POZ. Opatrunki zmieniała jej sąsiadka niemająca wykształcenia medycznego, zabieg ten wykonywała więc nieprofesjonalnie. Chora nie przybyła również po recepty na leki i maści, które miała stosować w późniejszym okresie. W związku z powstałymi powikłaniami pacjentka ponownie zgłosiła się do szpitala, w którym ustalono, że w obecnym stanie noga nadaje się do amputacji. Stwierdzono bowiem ropowicę stopy i goleni prawej z martwicą tkanek miękkich oraz owrzodzenie stopy i goleni prawej. Ostatecznie dokonano amputacji kończyny. Pacjentka pozwała szpital, w którym była pierwotnie leczona, zarzucając zarówno popełnienie błędu medycznego, jak i naruszenie jej prawa do informacji medycznej. W tym drugim aspekcie twierdziła, że nie otrzymała „przystępnej informacji o przebiegu dalszego leczenia umożliwiającej prawidłowe leczenie poszpitalne w sytuacji, kiedy pozwanemu szpitalowi była znana sytuacja osobista powódki, jako osoby samotnej i pozbawionej opieki osób trzecich”. Domagała się zatem zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie art. 4 ust. 1 UPP, tj. z tytułu zawinonego naruszenia prawa pacjenta poprzez zaniechanie udzielenia informacji. Pomijając kwestię dotyczącą postępowania *contra legem artis* (sądy obu instancji uznały bowiem, że nie doszło do błędu medycznego), warto skupić się na żądaniu pacjentki wspomnianego zadośćuczynienia. W tym zakresie zarówno Sąd I, jak i Sąd II instancji uznały, że roszczenie takie jest bezpodstawne. Zagadnienie to Sądy rozważały w dwóch aspektach. Po pierwsze, czy pacjentka otrzymała niezbędne informacje, a po drugie

czy sposób przekazu był adekwatny do możliwości percepcyjnych chorej. W tym pierwszym zakresie Sądy podniosły, że co prawda pacjentka nie otrzymała karty informacyjnej, gdzie znalazłyby się wiadomości dotyczące wykonanych procedur medycznych i dalszych zaleceń, ale informacje takie zostały przekazane ustnie. W ocenie Sądu II instancji nie ma zaś obowiązku udzielania informacji pisemnej, lecz wystarczająca jest forma ustna. W takim przypadku dowodem wykonania obowiązku informacyjnego mogą być zapisy w historii choroby lub zeznania świadków. W analizowanej sprawie z materiału dowodowego wynikało, że pacjentka otrzymała od lekarza stosowną informację m.in. o potrzebie dalszego leczenia ambulatoryjnego, sposobie pielęgnacji miejsc zmienionych chorobowo, częstotliwości przyjmowania leków oraz o wizycie kontrolnej. W ocenie Sądu taka informacja wykraczała poza wymagania wynikające z przepisów medycznoprawnych. Była więc kompletna i wystarczająca. W drugim aspekcie Sąd oceniał, czy przekaz był dostosowany do możliwości intelektualnych pacjentki. Sąd oparł się na modelu subiektywistycznym i podkreślił, że informacja powinna być adekwatna do możliwości percepcyjnych chorego, jego wykształcenia, stanu psychicznego i wieku. W analizowanej sprawie Sąd doszedł do wniosku, że wymogi te były zachowane. Zarówno bowiem pacjentka, jak i jej opiekunka faktyczna otrzymała zrozumiałą i przystępną informację, dostosowaną do indywidualnych uwarunkowań. W ocenie Sądu nie doszło do naruszenia prawa pacjenta do informacji medycznej, żądanie zadośćuczynienia nie jest więc uzasadnione. Oddalił zatem powództwo [30].

Z wypowiedzi tych wynika, że lekarz powinien zadbać o to, aby sporządzić odpowiedni dokument lub zgromadzić inne dowody potwierdzające wykonanie obowiązku informacyjnego. W przypadku bowiem sporu, zwłaszcza sądowego, materiał taki może okazać się nieodzowny w celu uniknięcia odpowiedzialności cywilnej.

PODSUMOWANIE

Fundamentalnym warunkiem legalności przeprowadzenia zabiegu leczniczego jest uzyskanie zgody pacjenta. Aby jednak była ona skuteczna prawnie, musi spełniać określone warunki, m.in. musi zostać uświadomiona. Z perspektywy lekarza oznacza to, że jest on zobligowany do przekazania choremu niezbędnych informacji, pozwalających mu na podjęcie decyzji terapeutycznych.

Przesłanką uświadomienia zgody jest udzielenie informacji w sposób umożliwiający choremu ich przyswojenie. Toteż przepisy medycznoprawne wymagają takiego sposobu komunikowania, by pacjent uzyskał informację przystępną i zrozumiałą.

W piśmiennictwie wskazuje się na trzy modele informacyjne: zorientowany na lekarza, przeciętnego pacjenta i subiektywistyczny. W odniesieniu do pacjentów wymagających opieki paliatywnej można przyjąć, że będzie stosowany model mieszany, zawierający elementy modelu zorientowanego na przeciętnego pacjenta (w pierwszej fazie informowania), a następnie uwzględniający indywidualne możliwości percepcyjne chorego, uzależnione od jego stanu fizycznego i psychicznego. Zadaniem lekarza sprawującego taką opiekę jest dostosowanie sposobu przekazu do tych możliwości, tak aby pacjent z rozważaniem mógł podjąć decyzję terapeutyczną.

Wymóg zrozumiałego przekazania informacji interpretowany jest w doktrynie i orzecznictwie w taki sposób, że należy unikać fachowego, medycznego i hermetycznego języka, nie stosować skrótów i symboli, które mogą być nierozpoznane przez chorego. Pożądane jest zatem używanie języka potocznego, zrozumiałego dla osoby niemającej wykształcenia medycznego.

Przepisy medycznoprawne zasadniczo nie wymagają pisemnej formy informacji. Może być ona zatem udzielona ustnie, ale forma pisemna ma korzystniejsze walory dowodowe. Ponadto pozwala pacjentowi na podjęcie bardziej przemyślanej decyzji. Stosowanie formy pisemnej jest zatem szczególnie potrzebne w przypadku pacjentów poddanych opiece paliatywnej, którzy ze względu na swój stan psychofizyczny potrzebują więcej czasu, by zapoznać się z informacją i zrozumieć jej sens. Można więc preferować tę formę informacji, aczkolwiek należy podkreślić, że nie powinna ona zastąpić rozmowy z lekarzem, w toku której pacjent będzie mógł zadawać pytania i wyjaśnić swoje wątpliwości, co pozwoli mu następnie na wyrażenie zgody albo sprzeciwu wobec proponowanych metod diagnostycznych i leczniczych.

Z wypowiedzi judykatury i przedstawicieli doktryny wynika, że w przypadku sporu sądowego to na lekarzu spoczywa ciężar dowodu, że wykonał on swoją powinność informacyjną. Lekarz powinien więc zabezpieczyć się dowodowo, wykorzystując do tego celu oświadczenia pacjenta sporządzone na piśmie, a także inne środki dowodowe, np. zeznania świadków, wpisy w dokumentacji medycznej itp.

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 1934 r., sygn. akt: II C 3048/33, OSN(C), Nr 5/1935, poz. 184.
2. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada 1972 r., sygn. akt: I CR 463/72, OSN, Nr 4/1975, s. 585.
3. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 15 listopada 2012 r., sygn. akt: I ACa 596/12, LEX nr 1246866.

4. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 września 2020 roku, sygn. akt: IV CSK 49/19, LEX nr 3057399.
5. A. Liszewska, Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy. „Państwo i Prawo” 1997; 1.
6. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 11 maja 2017 roku, sygn. akt: I Aca 560/15, LEX nr 2376937.
7. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 stycznia 2017 r., sygn. akt: V ACa 146/16, LEX nr 2233014.
8. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 9 kwietnia 2018 r., sygn. akt: I ACa 791/17, LEX nr 2537613
9. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 12 czerwca 2015 r., sygn. akt: VI ACa 1404/14, LEX nr 1843180.
10. Boratyńska M, Konieczniak P. Prawa pacjenta, Warszawa 2001.
11. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., sygn. akt: I ACa 236/05, LEX nr 175206.
12. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26 kwietnia 2019 r., sygn. akt: I ACa 88/17, LEX nr 2753901.
13. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 czerwca 2020 r., sygn. akt: V ACa 89/20, LEX nr 3052839.
14. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 11 grudnia 2019 r., sygn. akt: I ACa 762/18, LEX nr 3008024.
15. Szymczak M (red.). Słownik języka polskiego PWN, t. II, Warszawa 1988.
16. Dudzińska A. Wymagana informacja udzielana pacjentowi. „Państwo i Prawo” 2008; 8.
17. Szpara J. Prawo do informacji medycznej w relacjach pacjenta z lekarzem. „Prawo i Medycyna” 1999; 4.
18. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2012.
19. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9 maja 2002 r., sygn. akt: ACa 221/02, „Prawo i Medycyna” 2004; 14.
20. Hajdukiewicz D. Odpowiedzialność karna lekarza za błąd informacyjny. Warszawa, 2019.
21. Mączka G. Człowiek umierający – psychologiczne aspekty opieki paliatywnej. W: Bętkowska-Korpała B, Gierowski JK (red.). Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie, Kraków 2007.
22. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 5 lutego 2016 r., sygn. akt: I ACa 609/15, LEX nr 2050471.
23. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 22 stycznia 2018 r., sygn. akt: I ACa 679/17, LEX nr 2487694.
24. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 11 lipca 2018 r., sygn. akt: I ACa 54/18, LEX nr 2615243.
25. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Toruń, 2000.
26. Świdarska M. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń, 2007.
27. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. akt: II CK 303/04, PS 2006/6/138.
28. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2016 r., sygn. akt: II CSK 654/15, LEX nr 2067781.
29. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26 lutego 2018 r., sygn. akt: VI ACa 781/16, LEX nr 2590460.
30. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 11 grudnia 2019 r., sygn. akt: I ACa 762/18, LEX nr 3008024.