

Patrycja Zurzycka

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego

Informowanie pacjenta o podejmowanych działaniach elementem świadomej zgody

Notifying a patient of actions taken as an element of informed consent

STRESZCZENIE

Postępujące przemiany społeczne i rozwój nauk biomedycznych spowodował, że pacjenci współuczestnicząc w procesie terapeutycznym domagają się wyczerpujących i zrozumiałych informacji o oferowanych im świadczeniach. Jedynie pełny i wyczerpujący dostęp do wszystkich związanych z procesem terapeutycznym wiadomości umożliwia pacjentowi podjęcie decyzji i wyrażenie zgody na proponowane mu działanie.

Celem pracy jest omówienie prawa pacjenta do informacji oraz charakterystyka zgody świadomej.

W pracy omówiono kryteria zgody świadomej oraz dokonano analizy unormowań prawnych i etycznych dotyczących obowiązku informacji i uzyskiwania zgody pacjenta na świadczenie zdrowotne. Skoncentrowano na pacjentach pełnoletnich, zdolnych do zrozumienia informacji i wyrażanie zgody.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (1): 113–118

Słowa kluczowe: prawa pacjenta; wyrażenie zgody

ABSTRACT

Progressive social changes and development in the biomedical sciences has caused patients taking part in a therapeutic process to demand comprehensive and comprehensible information about the services offered. Only full and complete access to all information pertinent to a therapeutic process will allow a patient to decide and agree on the activity proposed. This study is aimed at discussing the patient's rights to information and the description of conscious consent.

The work discusses the criteria for conscious consent and analyses legal and ethical standards regarding the obligation of information and obtaining a patient's consent to health services. Emphasis is laid upon adult patients, capable of understanding information and giving their consent.

Nursing Topics 2014; 22 (1): 113–118

Key words: patient rights; informed consent

Wstęp

Nieustannie doświadczamy rozwoju nauk medycznych, jednocześnie obserwując wzrastającą świadomość pacjentów w zakresie przysługujących im praw. Pacjenci, współuczestnicząc na partnerskich zasadach w procesie terapeutycznym, domagają się wyczerpujących i zrozumiałych informacji o oferowanych im świadczeniach. Fakty przekazane właściwie, co do zakresu i formy, stanowią podstawę podejmowania

decyzji odnośnie do proponowanych świadczeń medycznych [1–4]. Obowiązek informowania pacjenta oraz uzyskania jego zgody stanowi fundamentalną podstawę współczesnej opieki zdrowotnej opartej na szacunku dla autonomii jednostki [5].

Wymóg okazywania szacunku dla autonomii i autonomicznych wyborów jest jedną z niezwykle silnie zakorzenionych zasad moralności oraz fundamentalnym prawem człowieka. Poważanie cudzej auto-

nomii zakłada uznanie prawa jednostki do posiadania własnych poglądów, dokonywania własnych wyborów zgodnie z wyznawanymi wartościami i przekonaniem. Autonomię rozpatrywać można opisowo, jako zdolność do decydowania o sobie, lub normatywnie, jako prawo do decydowania o sobie [6]. Poszanowanie autonomii nie polega wyłącznie na przyjęciu odpowiedniej postawy, ale także na podjęciu należytego postępowania [7]. Powinno ono obejmować przede wszystkim podtrzymywanie i wspieranie zdolności do podejmowania autonomicznych decyzji. W świetle działań medycznych takie ujęcie szacunku dla autonomii wydaje się szczególnie istotne, bowiem szanowanie autonomii nie jest tożsame z nieprzeszkadzaniem i brakiem ingerencji w decyzje pacjenta. Szanując niezależność chorego, powinno mu się pomagać w podejmowaniu decyzji, między innymi pozwalając na poznanie wszystkich aspektów choroby, leczenia i rokowania.

Celem pracy jest omówienie prawa pacjenta do informacji oraz charakterystyka zgody świadomej. W pracy skoncentrowano na pacjentach pełnoletnich, zdolnych do zrozumienia informacji i wyrażania zgody.

Świadoma zgoda

Świadoma zgoda (zgoda poinformowana, uświadomiona, ang. *informed consent*) może być rozumiana jako autonomiczne potwierdzenie akceptacji wobec proponowanej interwencji medycznej, może także być interpretowana jako zgoda spełniająca warunki formalne, czyli zgodne z obowiązującym prawem. Utożsamianie świadomej zgody z autonomicznym wyborem zakłada, że owa zgoda jest niezależnym przyzwoleniem człowieka na proponowane mu działania medyczne [1, 8, 9]. Zgoda uświadomiona wynika także z społecznych reguł przyzwolenia poprzez usankcjonowanie wymogu uzyskania zgody pacjenta na poddanie się określonej świadczeniu [8].

Aby pacjent mógł wyrazić swoją opinię na temat proponowanych mu świadczeń zdrowotnych, musi posiadać pełną informację i wiedzę o planowanym działaniu. Informacje te stanowią przesłankę do wyrażania świadomej i dobrowolnej zgody na udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy. Przekazane w wyczerpującym zakresie fakty pozwalają tym samym pacjentowi na świadome uczestnictwo w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, a prawidłowa wymiana informacji między pacjentem a zespołem terapeutycznym korzystnie wpływa na przebieg dalszych wzajemnych relacji [2, 8, 10–12,].

W podejmowaniu świadomej zgody wyróżnić można następujące jej składowe: kompetencja, ujawnienie informacji, rozumienie sytuacji, dobrowolność, zgoda, czyli wyrażenie akceptacji na proponowane działanie (lub sprzeciwu, wtedy jest to brak zgody, jednak jest to „świadomy sprzeciw”) [2, 8, 13].

Kompetencja

Kompetencja jest pojęciem wieloznacznym, winna być rozpatrywana w kontekście określonych decyzji, bowiem człowiek kompetentny do podejmowania prostych decyzji dotyczących na przykład czynności dnia codziennego może okazać się niekompetentny do podjęcia decyzji odnośnie do skomplikowanego zabiegu operacyjnego. Pacjenta uznaje się za kompetentnego do podejmowania decyzji, jeśli posiada on zdolność do rozumienia przekazywanych mu informacji i potrafi je odnieść do wyznawanego przez siebie systemu wartości [8]. Osoba kompetentna posiada własny zasób celów i wartości, cechuje ją możliwość komunikowania się i rozumienia informacji a także zdolność uzasadnienia podjętego wyboru.

Człowiek kompetentny potrafi zrozumieć przekazane informacje, skonfrontować je z własnym systemem wartości oraz dokonać krytycznej analizy ewentualnych skutków podjętych decyzji [14]. Kompetencja jest więc prawną i psychologiczną zdolnością do podejmowania decyzji, pozostającą w ścisłej zależności z autonomią decyzyjną oraz prawomocnością (prawną skutecznością zgody) [8, 15]. Pojęcie kompetencji w ujęciu filozoficznym nie zawsze pokrywa się z pojęciem kompetencji w świetle prawa. Kompetencja prawna w zakresie podejmowania decyzji utożsamiana jest z ukończeniem przez pacjenta 18. roku życia lub 16 lat w przypadku kompetencji ograniczonej. Kompetencja formalna nie zawsze jest tożsama ze zdolnością do podejmowania autonomicznych decyzji, przykładem mogą być pełnoletnie osoby niebędące w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć o swojej sytuacji [16].

Ujawnianie informacji

Warunkiem uzyskania zgody pacjenta na świadczenie medyczne jest dostarczenie mu pełnych informacji o planowanym działaniu [2]. Obowiązek przekazania pacjentowi informacji dotyczących jego stanu zdrowia i powiązanych z tym kwestii nie stanowi obecnie wątpliwości. Ze względu na szczegółowy zakres przekazywanych informacji wyróżnia się trzy modele ich ujawniania [1, 8]. Model profesjonalno-praktyczny, w którym zakres udzielanych informacji uzależniony jest od powszechnych zwyczajów i praktyk przyjętych w danej grupie zawodowej. Wyboru informacji, jakie należy przekazać pacjentowi, dokonuje profesjonalista, przyjmując paternalistyczną rolę eksperta [8]. W modelu tym świadczeniobiorcy przypisana zostaje rola pasywnego słuchacza, zaś zakres i treści przekazywanych informacji nie muszą pokrywać się z potrzebami i oczekiwaniami pacjenta. Model racjonalnego pacjenta (rozumnego obserwatora) zakłada przekazanie informacji w takim zakresie, w jakim oczekiwałby tego hipotetyczny pacjent w po-

dobnych okolicznościach [8]. W subiektywistycznym modelu przekazywania wiadomości o ich zakresie i treści decyduje sam pacjent w oparciu o własne potrzeby [8]. W modelu tym pacjentowi przypisana zostaje rola aktywnego poszukiwacza informacji, jednak jej zakres może zostać istotnie ograniczony brakiem wiedzy świadczeniobiorcy na temat istotnych aspektów świadczenia — pacjent może nie wiedzieć, o co pytać profesjonalistę. Najczęściej występujący w naszym systemie opieki zdrowotnej modelem ujawniania informacji jest model mieszany [1], stanowiący połączenie trzech omówionych powyżej modeli informacyjnych.

Rozumienie przez pacjentów treści przekazywanych przez personel medyczny

Rozumienie przez pacjentów treści przekazywanych przez personel medyczny jest zagadnieniem złożonym. Elementami wpływającymi na rozumienie są: zakres wiedzy pacjenta, zdolność do przetworzenia informacji i zadawania adekwatnych pytań, akceptacja informacji jako prawdziwych oraz wyzbycie się fałszywych przekonań. Istotnym aspektem rozumienia jest wzajemne zaufanie świadczeniobiorcy i zespołu terapeutycznego [8, 13, 17].

Dobrowolność

Dobrowolność interpretowana jest jako wolność od przymusu i manipulowania przekazywanymi faktami, w tym perswazją [8, 13, 17, 18]. Wolność od manipulowania faktami w kontekście zgody świadomej utożsamiana jest z funkcjonowaniem tak zwanego przywileju terapeutycznego ograniczającego zakres przekazywanych pacjentowi faktów. Działanie dla dobra pacjenta poprzez nieujawnienie całości informacji dotyczących jego zdrowia w istocie powoduje, iż wydana przez świadczeniobiorcę na podstawie ograniczonych informacji zgoda nie będzie zgodą świadomą [8].

Zgoda

Zgoda pacjenta to swobodnie podjęty i wyrażony, według reguł znaczeniowych dostępnych dla innych uczestników procesu medycznego, akt woli pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, podjęty na podstawie przystępnie udzielonej, rzetelnej informacji co do wszelkich stadiów postępowania medycznego [19]. Zgoda powinna zostać podjęta przez pacjenta po uprzednim przekazaniu mu informacji (zgoda wewnętrzna) i wyrażona wobec innych osób (zgoda zewnętrzna). Zarówno brak wyrażonej opinii, jak i brak sprzeciwu nie mogą zostać uznane za wyrażenie zgody. Istotnym elementem zgody jest wyrażenie jej przed podjęciem określonego działania, zgoda wyrażona po lub w trakcie otrzymanego świadczenia nie jest uznawana za ważną [2, 8].

Odpowiednio poinformowany pacjent udzielający świadomej zgody na udzielane mu świadczenie akceptuje je wraz ze wszystkimi konsekwencjami, przejmując tym samym współodpowiedzialność za swoje zdrowie [5, 16].

Prawo pacjenta do informacji — podstawy prawne

Obowiązujące w naszym kraju prawa pacjenta zostały usystematyzowane w uchwalonej 6 listopada 2008 roku ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (u.p.p) [20]. Skupia ona prawa rozproszone dotychczas w wielu dokumentach regulujących funkcjonowanie zawodów medycznych oraz systemu opieki zdrowotnej, przesądza o zakresie ochrony praw wszystkich pacjentów oraz stwarza szansę podwyższenia standardów jakości świadczeń opieki zdrowotnej [12].

Według zapisów tej ustawy pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p). Pacjentem jest zatem każdy człowiek korzystający z systemu opieki zdrowotnej bądź zamierzający z niego skorzystać [12].

Prawa pacjenta do informacji zostały sformułowane w rozdziale trzecim wspomnianej ustawy. Ustawodawca określa, że pacjent (w tym małoletni powyżej 16. rż.) ma prawo do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Powyższe informacje powinny zostać przedstawione w sposób przystępny dla pacjenta (art. 9 ust. 1–2 u.p.p).

Ustawodawca w sposób jednoznaczny określa informacyjną rolę pielęgniarek. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwie (art. 9 ust. 8 u.p.p). Niejasne jest, dlaczego w cytowanym artykule ustawodawca pomija obowiązek informacyjny pielęgniarek wobec pacjentów poniżej 16. roku życia. [12].

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przyznaje także pacjentowi prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody po uzyskaniu uprzedniej informacji o świadczeniu (art. 16 u.p.p). Odnotować należy, że naruszenie prawa pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych wiąże się zazwyczaj z naruszeniem jego prawa do informacji, głównie poprzez brak jej udzielenia [2].

Zgoda pacjenta w świetle unormowań dotyczących zawodu lekarza

Kwestie obowiązku udzielania informacji pacjentowi powszechnie uznawane są za powinność lekarza. Ma to odzwierciedlenie w podstawach prawnych i etycznych wykonywania zawodu — ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty (u.z.l.) [21] oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL) [22]. Rozdział piąty ustawy regulujący kwestie zasad wykonywania zawodu zawiera przepis dotyczący obowiązku udzielania pacjentowi informacji. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechaniach, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 31. ust. 1 u.z.l.). Możliwość przeprowadzenia badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego uwarunkowana jest uzyskaniem zgody pacjenta (art. 32 ust.1 u.z.l.). Ustawodawca dopuszcza uchylenie się od obowiązku informacyjnego i uzyskania zgody pacjenta jedynie w przypadku, kiedy 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 (art. 33. ust. 1 u.z.l.).

Poszanowanie praw pacjenta jest obowiązkiem lekarza również w świetle obowiązującego kodeksu etyki. Lekarz musi respektować prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały i powinna zawierać dane o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, spodziewanych korzyściach związanych z ich wykonaniem, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego (art. 13 ust. 1–3 KEL).

Reasumując, ustawa o zawodzie lekarza, podobnie jak ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nakłada na lekarzy obowiązek uzyskania od pacjenta świadomej zgody na podjęcie wobec niego świadczenia zdrowotnego.

Zgoda pacjenta w świetle unormowań dotyczących zawodu pielęgniarki

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej (u.z.p.p.) [23] określa, że wykonywanie zawodu polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych,

diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (art. 4 ust. 1, pkt 1–7 u.z.p.pl). Pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.).

Brak szerszej dyskusji na temat konieczności uzyskiwania przez pielęgniarki świadomej zgody chorego nie oznacza, że zgoda ta jest mało istotna w opiece pielęgnarskiej. Pytanie o zgodę umacnia autonomię pacjenta, jednocześnie wzmacniając jego zaufanie w relacji terapeutycznej z personelem pielęgnarskim. Świadczeniodawca jest obowiązany uzyskać poinformowaną zgodę świadczeniobiorcy na podejmowane wobec niego czynności polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z opieką pielęgnacyjną włącznie. Każdy kontakt z pacjentem wymaga uzyskania świadomej zgody wyrażonej w sposób jasny i bezsprzecznie potwierdzający wolę decyzyjną pacjenta. Zgoda pacjenta na podjęcie określonych działań medycznych nie musi oznaczać jednoczesnej zgody na opiekę pielęgnarską [9, 11, 13]. Nawet najbardziej elementarne czynności pielęgnacyjne, jakimi są na przykład karmienie czy toaleta ciała pacjenta, a podejmowane bez świadomej zgody chorego naruszają jego autonomię. Konieczność uzyskania świadomej zgody chorego na przeprowadzenie bardziej złożonych czy inwazyjnych czynności pielęgnarskich tym bardziej nie ulega wątpliwości [13, 15].

Zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę zazwyczaj przyjmuje formę zgody wypowiedzianej przez pacjenta ustnie lub w inny jednoznaczny sposób potwierdzający wole pacjenta (np. poprzez podanie ręki do zmierzenia ciśnienia tętniczego krwi). Zgoda pisemna wymagana jest do udzielenia niektórych świadczeń zdrowotnych, na przykład z zakresu domowej pielęgnarskiej opieki długoterminowej. Jednakże jej sformułowanie nie zwalnia pielęgniarki z obowiązku pytania o zgodę na wykonywanie poszczególnych czynności w czasie sprawowania opieki. Sprzeciw wobec całości opieki pielęgnarskiej lub konkretnych proponowanych w jej ramach działań, staje się dla pielęgniarki obowiązujący, jeżeli został wyrażony przez pacjenta zgodnie z zasadami zgody świadomej. Pamiętać należy, że sprzeciw wyrażony wobec jednego z proponowanych przez pielęgniarkę działań nie oznacza, iż pacjent jednocześnie rezygnuje z innych form opieki, zwalniając pielęgniarkę z ich świadczenia [8, 9, 11, 16].

Pielęgniarki są obowiązane informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Mają obowią-

zek udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i położu (art. 16 ust. 1–2 u.z.p.p). Również kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej (k.e.p.) [24] zobowiązuje pielęgniarki do udzielania pacjentom rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania (rozdział I, art.1). Realizacja świadczeń pielęgniarstwa uwarunkowana jest zgodą pacjenta, o ile jest on ją w stanie wyrazić (rozdział I, art. 2).

Zakres informacji udzielanych przez pielęgniarkę lub położną określony został przez ustawę o zawodzie oraz ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta. Na mocy obowiązujących przepisów pielęgniarka ma prawo informowania chorego lub jego przedstawiciela ustawowego o ogólnym stanie zdrowia oraz o istocie podejmowanych zabiegów pielęgniarstwa, ich celach i przewidywanych skutkach, zagrożeniach związanych z ich przeprowadzeniem oraz konsekwencjami zaniechania. Pielęgniarka nie ma uprawnień do informowania pacjenta w zakresie rozpoznania, nawet wtedy gdy dokonuje udziału w czynnościach leczniczych przewidzianych w art. 4 ust 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, czyli realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Przyznany pielęgniarkom wąski zakres prawa i obowiązku do informacji wydaje się pozostawać w sprzeczności z przyznanymi im kompetencjami zawodowymi w rozumieniu art. 4 ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Pielęgniarkom przyznane zostało prawo do samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, których zakres jest określony rozporządzeniem ministra zdrowia. Rozszerzenie obowiązku informacyjnego powinno zostać dokonane w zakresie przyzwolenia na udzielanie informacji związanych z świadczeniem innych niż związane z opieką pielęgnacyjną czynności wykonywanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Korekta stanu prawnego stanowiłaby podkreślenie autonomii zawodu pielęgniarki jako współuczestnika procesu terapeutycznego [1]. Jednakże świadoma zgoda pacjenta uzyskiwana przez pielęgniarki powinna mieć związek tylko z zakresem ich kompetencji zawodowych. Niedopuszczalna jest praktyka zastępowania innych członków zespołu terapeutycznego w uzyskiwaniu zgody na przykład na zabiegi chirurgiczne czy zabiegi diagnostyczne obciążone ryzykiem lub badania kliniczne [16].

Współpraca w zespole terapeutycznym a informowanie pacjenta

Obowiązek udzielania informacji w praktyce wymaga ustalenia i zachowania jasnych zasad współpracy

w zespole terapeutycznym. Niejasność podziału kompetencji między zawodami medycznymi wynika przede wszystkim z ograniczeń w należytej współpracy członków zespołu, a w drugiej kolejności z niedoskonałości rozwiązań prawnych. Przykładem braku współpracy może być informowanie pacjenta przez pielęgniarkę o farmakoterapii prowadzonej na zlecenie lekarza w warunkach oddziału szpitalnego. Lekarz jest zobowiązany do przekazywania informacji związanych ze stanem zdrowia pacjenta, a także wszelkich innych informacji pozwalających pacjentowi na wyrażenie świadomej zgody na proponowane mu czynności medyczne (art. 9 ust 1–2 u.p.p i art. 31 ust. 1 u.z.l.). Zatem obowiązkiem lekarza jest także poinformowanie pacjenta o celu, działaniu i skutkach podawanych leków. Dopiero po udzieleniu informacji i uzyskaniu zgody pacjenta lekarz powinien ten fakt odnotować w dokumentacji. Taki zapis w karcie zleceń lekarskich uprawnia pielęgniarkę do przygotowania leku i podania go pacjentowi wraz z udzieleniem mu informacji, że podawany lek jest zgodny z zleceniem lekarskim [12]. Codzienna praktyka zawodowa pokazuje, że często lekarz nie udziela wyczerpującej informacji pacjentowi, który ze swoimi wątpliwościami zwraca się do pielęgniarki. Udzielenie tego typu informacji nie leży w zakresie jej kompetencji, praktyką jest odesłanie pacjenta do lekarza, co po pierwsze może wywołać niepokój i dezorientację pacjenta, a po drugie stawia pielęgniarkę, jako osobę wykonującą samodzielny zawód, w niekorzystnym świetle [12].

Udzielanie przez lekarzy informacji dotyczących obszaru działań pielęgniarki również budzi pewne niejasności. Lekarz nie może zostać zwolniony z dostarczania podstawowych informacji, także tych wykraczających poza jego kompetencje zawodową. W zakresie informowania o czynnościach, do jakich uprawniona jest pielęgniarka, lekarz może, lecz nie musi jej wyręczyć w obowiązku informacyjnym [2, 16]. W kontekście artykułu 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej — „Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi” — wspomniane powyżej wyręczanie pielęgniarki przez lekarza może budzić wątpliwości wynikające z niejasnego zakresu kompetencji oraz sugerować niepełną samodzielność zawodu pielęgniarstwa.

Uzyskanie wyczerpującej informacji stanowi dla pacjenta podstawę do wydania świadomej zgody na proponowane świadczenia medyczne, w tym świadczenia opieki pielęgniarstwa. Nałożony na pielęgniarki drogą ustawy obowiązek informowania pacjentów o ich prawach koresponduje z koncepcją adwokatury [25, 26]. Pielęgniarka, stojąc w obronie praw pacjenta i wspierając jego autonomię decyzyjną, pełni często funkcję pośrednika między zespołem terapeutycznym, rodziną chorego a samym pacjentem. [11, 27,

28]. Wspieranie pacjentów w formułowaniu zgody świadomej często wymaga od pielęgniarki przyjęcia roli informatora, adwokata, świadka, a często także koordynatora przekazywanych informacji. Pomagając pacjentom w podejmowaniu decyzji, pielęgniarka musi posiadać zarówno rozległą wiedzę kliniczną, jak i umiejętności komunikacji interpersonalnej, powinna także znać podstawy prawnych i etycznych aspektów przedmiotowej problematyki [11, 29].

Podsumowanie i wnioski

Proces podejmowania świadomej zgody świadomej obejmuje udział przynajmniej dwóch stron — pacjenta i pracownika służby zdrowia. Profesjonalista posiada wiedzę merytoryczną i doświadczenie, natomiast pacjent posiada własny system wartości i celów oraz zdolność do oceny, w jaki sposób podjęcie określonej decyzji wpłynie na jego sytuację życiową. W procesie wyrażania świadomej zgody przez pacjenta bierze udział wielu członków zespołu terapeutycznego (pielęgniarka, lekarz, fizjoterapeuta, pracownik socjalny), wiedza przekazana przez każdego z nich przyczynia się do lepszego zrozumienia sytuacji przez pacjenta.

Personel służby zdrowia skupia się zazwyczaj na klinicznym aspekcie danego problemu, z kolei pacjent dostrzega go w szeroko pojętym kontekście humanistycznym. Otwarta dyskusja pomaga w podjęciu właściwej decyzji i wyrażaniu świadomej zgody bądź świadomego sprzeciwu.

W świetle obowiązującego stanu prawnego oraz unormowań etycznych nie budzi wątpliwości prawo pacjenta do uzyskania informacji i wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Również bezsprzeczny pozostaje obowiązek informacyjny świadczeniodawców oraz wymóg uzyskania zgody na podejmowane względem pacjenta działania.

Wskazane byłoby bardziej precyzyjne ustalenie kompetencji informacyjnych poszczególnych członków zespołu terapeutycznego, a także egzekwowanie już ustalonych unormowań w zakresie informowania i uzyskiwania zgody pacjentów.

Piśmiennictwo

- Bączek-Rozwadowska K. Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego. *Studia Iuridica Toruniensia* 2011; 9: 55–99.
- Jacek A., Ożóg K. Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny. *Hygeia Public Health* 2012; 47: 264–271.
- Boratyńska M. Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samo decydowania. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.
- Sieńko A. Znaczenie i zakres informacji o stanie zdrowia w kontekście instytucji zgody na udzielenie świadczenia medycznego. *Piel. Zdr. Publ.* 2011; 1: 145–148.
- Arnold R., Lidz Ch. Clinical aspects of consent in health care. W: Post S. (red.). *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition. Macmillan, New York 2004: 1290–1296.
- Łuków P. Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta. Scholar, Warszawa 2005.
- Miller B. Autonomy. W: Post S. (red.). *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition. Macmillan, New York 2004: 246–250.
- Szewczyk K. Bioetyka. Medycyna na granicach życia. PWN, Warszawa 2009.
- Waller B., Repko R. Informed Consent: Good Medicine, Dangerous Side Effects. *Camb. Q. Healthc Ethic.* 2008; 17: 66–74.
- Selinger C. The right to consent: It is absolute? *BJMP* 2009; 2: 50–54.
- Susilo A., Van Dalen J., Scherpbier A. Nurses' role in informed consent in a hierarchical and communal context. *Nurs Ethics.* 2013; 20: 413–425.
- Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Beauchamp T., Faden R. Informed Consent. W: Post S. (red.). *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition. Macmillan, New York 2004: 1271–1280.
- Wettstein R. Competence. W: Post S. (red.). *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition. Macmillan, New York 2004: 488–493.
- Lamond S. Health-care professionals' knowledge, attitudes and behaviors' to patient capacity to consent to treatment: an integrative review. *Nurs Ethics.* 2013; 20: 684–707.
- Nestorowicz M. Prawo medyczne. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2010.
- Katz J. Legal and ethical issues of consent in health care. W: Post S. (red.). *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition. Macmillan, New York 2004: 1296–1304.
- Chańska W. Nieszczęsny dar życia filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2009.
- Świdorska M. Prawo pacjenta do informacji. W: Nestorowicz M. (red.). Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta — komentarz. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009: 123–128.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry Dz.U. 2008, nr 136, poz. 857.
- Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalony w 1991 r. na Nadzwyczajnym II Krajowym Zjeździe Lekarzy z 14 grudnia 1991 z późniejszymi zmianami uchwalonymi w 2003 r. na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039.
- Kodeks etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej przyjęty Uchwałą nr 9 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i z dnia 9 grudnia 2003 roku.
- Fry S. Nursing ethics. W: Post S. (red.). *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition. Macmillan, New York 2004: 1898–1913.
- Fry S., Johnstone M. Etyka w praktyce pielęgniarskiej. Zasady podejmowania decyzji. Makmed, Lublin 2009.
- Aveyard H. Informed Consent Prior to Nursing Care Procedures. *Nurs Ethics.* 2005; 12: 19–29.
- Hartman J. Bioetyka dla lekarzy. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Gaudine A., LeFort S., Lamb M. i wsp. Clinical ethical conflicts and physicians. *Nurs Ethics.* 2011; 18: 9–19.