

Sposób udzielania informacji medycznej

The way of providing medical information

Rafał Kubiak

Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Jednym z fundamentalnych praw pacjenta jest uprawnienie do uzyskania informacji medycznej, która następnie warunkuje możliwość świadomego podejmowania przez chorego decyzji terapeutycznych. Problematyce tej poświęcono w prawie polskim wiele regulacji, uzupełnionych następnie normami etyczno-deontologicznymi. Aby jednak pacjent mógł zająć stanowisko w kwestii swojego leczenia, nie tylko powinien uzyskać rzetelne i kompletne wiadomości, ale też przekaz powinien być dla niego zrozumiały. W artykule przedstawiono teoretyczne modele udzielania informacji, tj. zorientowany na racjonalnego lekarza, pacjenta oraz subiektywistyczny, ze wskazaniem formuły preferowanej w orzecznictwie sądowym. Omówiono też, w jaki sposób rozumiane jest w prawie medycznym pojęcie „przystępnej informacji”, uwzględniające w szczególności dostosowanie używanej terminologii do indywidualnych możliwości percepcyjnych chorego. Podkreślono konieczność unikania fachowego nazewnictwa i skrótów medycznych, które mogą być niejasne dla pacjenta. Wyjaśniono także, czy dopuszczalne jest zastępowanie osobistej rozmowy lekarza z pacjentem materiałami edukacyjno-informacyjnymi, zwłaszcza zamieszczonymi w internecie. Przedstawiono również zasady dotyczące ciężaru dowodu spoczywającego na stronach postępowania cywilnego w zakresie wykazania, że obowiązek informacyjny został zrealizowany. Na zakończenie zaprezentowano specyficzne zagadnienia związane z przekazywaniem wieści pacjentom pozostającym pod opieką paliatywną. Ze względu na często złe rokowanie wymagają oni szczególnej troski, także w zakresie udzielania im informacji medycznej. Kwestie teoretyczne zostały uzupełnione prezentacją konkretnych spraw sądowych, opisem stanów faktycznych i rozstrzygnięć, które zapadły w tych sprawach.

Słowa kluczowe: informacja medyczna, obowiązek informacyjny.

Abstract

One of the most fundamental rights of a patient is his/her entitlement to obtain medical information, which provides the opportunity for an ill person to make conscious decisions concerning his/her therapy. This problem is covered in Polish law by many regulations, which are supplemented by ethical and deontological standards. However, in order to enable the patient to decide about the proper treatment, it is absolutely necessary for him or her to obtain complete and reliable information in a fully comprehensible way. The article presents theoretical models of providing information featuring the formula recommended in case law. It also explains how the concept of 'accessible information' is understood in medical law, taking into account in particular the adaptation of the terminology used to the individual perceptual abilities of the patient. The necessity to avoid professional naming and medical abbreviations that may be unclear to the patient is underlined. It is also explained that it is acceptable to replace personal conversation between the doctor and the patient with educational, informative materials, especially those posted on the Internet. Subsequently, the article describes the rules referring to the weight of evidence which relies on parties involved in the proceedings in terms of proving that the obligation to provide information has been fulfilled. Finally, the article presents specific problems connected with providing information to patients under palliative care. Theoretical issues are complemented by presentations of specific court cases, with description of facts and decisions that were made in these matters.

Key words: medical information, obligation to provide information.

Adres do korespondencji

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

WSTĘP

Współcześnie akcentuje się potrzebę współpracy między lekarzem i pacjentem oraz podmiotowe traktowanie tego ostatniego jako partnera przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Jednym z warunków ukształtowania się takich relacji jest odpowiednia komunikacja między tymi osobami. W piśmiennictwie wskazuje się, że pacjent oczekuje od swojego lekarza nie tylko kompetencji merytorycznych, pozwalających na postawienie trafnej diagnozy i poprawne leczenie, lecz także współpracy i zrozumienia w sytuacji choroby. Z jednej więc strony pacjent liczy na to, że zostanie wysłuchany przez lekarza, z drugiej zaś chce uzyskać od profesjonalisty medycznego informacje, które wyjaśnią mu sytuację i pozwolą na wyrażenie zgody albo sprzeciwu wobec proponowanego leczenia. Podkreśla się zatem konieczność udzielenia takich informacji.

Wskazuje się na liczne korzyści takiego postępowania. Przykładowo, uprzedzenie o planowanych działaniach medycznych i objaśnienie ich celu powoduje zmniejszenie napięcia wynikającego z niepewności, a także buduje zaufanie do lekarza, wzbudza sympatię pacjenta [1]. Uzyskanie informacji ma też pozytywne znaczenie dla zdrowia pacjentów, może bowiem niwelować ich cierpienia i sprzyjać szybszemu wyzdrowieniu. Prawidłowość ta została dowiedziona empirycznie. W piśmiennictwie prawniczym opisano eksperyment przeprowadzony w jednej z klinik chirurgicznych w Krakowie. Pacjenci, którzy mieli być poddani operacji, zostali podzieleni na dwie grupy. Chorzy z pierwszej grupy zostali szczegółowo poinformowani o wszystkich okolicznościach związanych z zabiegiem i przyszłą rekonwalescencją. Byli też przygotowywani przez psychologów. Z kolei pacjenci z drugiej grupy otrzymali jedynie podstawowe, standardowe dane. Po wykonaniu wszystkich zabiegów okazało się, że u pacjentów z pierwszej grupy odnotowano znacznie mniej powikłań (m.in. zużyto ok. 60% mniej leków przeciwbólowych), a ich pobyt w szpitalu został skrócony średnio o 2,5 dnia [2]. Z drugiej strony wymienia się wiele negatywnych konsekwencji niedoinformowania. Przede wszystkim u pacjenta wzrasta obawa o własne zdrowie, zwłaszcza w przypadku potęgowania się symptomów choroby. Brak wiadomości może też demotywować do ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich, przyjmowania leków (pacjent nie zdaje sobie bowiem sprawy z poważnego zagrożenia wynikającego z jego schorzenia). Chory, który nie uzyska oczekiwanej informacji, może też podjąć próbę zdobycia jej inną drogą, sięgając m.in. do internetu, w którym często wiadomości nie są miarodajne, wiarygodne, a wręcz bywają kłamliwe. Mogą zatem wprowadzać w błąd pacjenta, który następnie podejmie niewłaściwe decyzje terapeutyczne [3].

Z prawnego punktu widzenia uprawnienie do uzyskania informacji skorelowane jest z prawem do prywatności, wyprowadzonym głównie z art. 47 Konstytucji RP, który zapewnia każdemu prawo do ochrony prawnej życia prywatnego oraz do decydowania o swoim życiu osobistym. Otrzymanie informacji warunkuje następnie możliwość podjęcia decyzji terapeutycznych, a więc – mówiąc szerzej – rozstrzygnięcia o swoim życiu osobistym. Na gruncie prawa medycznego przyjmuje się zatem, że nie jest wystarczające jedynie tzw. objaśnienie terapeutyczne (*therapeutische Aufklärung*), które ogranicza się często tylko do instruktażu i skupia się na wyjaśnieniu pacjentowi, jak powinien postępować, by uzyskać optymalny rezultat leczniczy, lecz informacja ma służyć samostanowieniu (*Selbstbestimmungsaufklärung*). Przekazywanie danych ma pozwolić choremu na świadome wyrażenie zgody albo sprzeciwu na leczenie [4].

Konieczność udzielenia informacji medycznej jest podnoszona również w orzecznictwie sądowym. Wypowiedzi takie były formułowane już w okresie międzywojennym, gdy brakowało odpowiednich regulacji prawnych. Dla przykładu można zacytować wyrok Sądu Najwyższego z 8 maja 1934 r. [5], w którym Sąd poinstruował, że „lekarz, dokonywający 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”. Naturalnie wraz z rozwojem zapatrywań na prawa pacjenta i towarzyszących im regulacji prawnych takie stanowisko judykatury było wielokrotnie powtarzane i uzupełniane o dodatkowe wymogi prawidłowego przekazania informacji. Nie omawiając szerzej tego wątku, warto jedynie dla przykładu podać wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 15 stycznia 2015 r. [6], w którym wyjaśniono istotę objaśnionej zgody: „zgoda pacjenta w rozumieniu art. 34 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty 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. Samo zaś uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o dostępnych metodach, ryzyku i następstwach zabiegu powoduje, że jest to zgoda «nieobjaśniona» i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej”.

Problematyce prawa do informacji medycznej i odpowiadającemu temu prawu obowiązkiowi informacyjnemu, który ciąży na pracownikach medycznych, poświęcono we współczesnym prawie

polskim wiele regulacji. Najbardziej uniwersalne unormowanie, adresowane do wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, znajduje się w art. 9–12 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [7] (zwanej dalej UPP). Przepisy te kreują prawo pacjenta do takiej informacji. Natomiast z perspektywy lekarskiej najważniejsze znaczenie ma art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty [8] (zwanej dalej UZL), który definiuje powinności lekarskie w tym zakresie. W szczególności określa on krąg podmiotów, którym lekarz jest zobowiązany przekazać wiadomości, ich zakres oraz przypadki zaniechania informowania. Wykazy danych objętych tym obowiązkiem są ujmowane dość szeroko (m.in. rozpoznanie, proponowane i możliwe metody diagnostyczno-terapeutyczne, rokowania). Pacjent powinien więc otrzymać kompletną, rzetelną informację. Jednakże nie jest to wystarczające do spełnienia omawianego obowiązku. Aby bowiem na tej podstawie chory mógł podjąć decyzję o swym dalszym leczeniu, przekaz musi być dla niego zrozumiały. Cóż z tego, że lekarz w sposób kompetentny i fachowy przedstawi choremu wszystkie arkana planowanej terapii oraz jej następstwa, gdy uczyni to językiem nieprzyswajalnym przez chorego, będącego często dyktantem w danej dziedzinie medycyny. Dlatego też przepisy zobowiązują lekarza do przekazania „przystępnej informacji” (art. 31 ust. 1 UZL i art. 9 ust. 2 UPP).

Podobne rozwiązanie wynika także z norm deontologicznych. Artykuł 13 KEL stanowi bowiem, że informacja powinna być „sformułowana w sposób zrozumiały dla pacjenta”. Zbliżone rozwiązania występują ponadto w przepisach szczególnych, regulujących dany rodzaj interwencji medycznych (a zwłaszcza nieterapeutycznych). Przykładowo, art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy o publicznej służbie krwi [9] wymaga, aby kandydat na dawcę krwi został w sposób dla niego zrozumiały poinformowany przez lekarza o istocie zabiegu i o możliwych następstwach dla jego stanu zdrowia. Regulacje te nie precyzują jednak, jak rozumieć ową „przystępność” informacji. W literaturze wskazuje się, że takie dookreślenie nie jest możliwe, gdyż zależy to od konkretnych okoliczności, a zwłaszcza stanu pacjenta i jego osobowości. Stąd unormowania prawne mogą zawierać jedynie ogólnikowe nakazy przedstawienia informacji w sposób zrozumiały [10: 263]. Wyjaśnienia tych sformułowań należy zatem poszukiwać w wypowiedziach doktryny i judykatury. Tezy te będą przedstawione w dalszej części opracowania.

TEORETYCZNE MODELE INFORMOWANIA

W piśmiennictwie medycznoprawnym przedstawia się trzy modele informowania dotyczące przede

wszystkim zakresu danych, ale pomocniczo można je wykorzystać również w odniesieniu do sposobu ich przekazania.

- 1. Model racjonalnego lekarza**, nazywany inaczej profesjonalno-praktycznym. Polega on na skonstruowaniu myślowego wzorca lekarza i ustaleniu na podstawie tego modelu, jakie informacje przekazałby dany lekarz. W ujęciu skrajnym powiadomienie pacjenta ograniczałoby się jedynie do kwestii technicznych, warunkujących poprawność przeprowadzenia zabiegu (np. o czynnościach poprzedzających poddanie się danej czynności medycznej), dawkowania leku, ewentualnie konieczności poniesienia pewnych aktywności po wykonaniu interwencji medycznej (np. nieforsowaniu kończyny). Natomiast w postaci umiarkowanej tego modelu lekarz przekazywałby dodatkowe informacje, które w jego przekonaniu miałyby pozytywne znaczenie dla chorego, np. o wysokiej skuteczności danej terapii. Ostatecznie jednak model ten jest zorientowany na lekarza, który według swojego przekonania decydowałby o zakresie i sposobie powiadomienia. Konstrukcja ta – jako nawiązująca do relacji paternalistycznych – jest zatem w doktrynie odrzucana.
- 2. Model racjonalnego pacjenta**, inaczej „rozumnego obserwatora”. Dla ustalenia zbioru wymaganych danych oraz metody ich przekazania należy skonstruować wzór przeciętnego pacjenta, rozsądnie myślącego i podejmującego decyzje. Rozwiązanie to jest zatem ukierunkowane na chorego, a nie lekarza. Ma jednak istotną wadę – jest nieelastyczne, nie uwzględnia osobniczych uwarunkowań danego pacjenta i okoliczności życiowych, w których się znalazł, m.in. jego aktywności zawodowej (np. dla jednego chorego informacja o ewentualnych ograniczeniach manualnych może być mało istotna, a dla innego – skrzypka – kluczowa), upodobaniach (np. wiadomość o braku możliwości uprawiania danej dyscypliny sportowej może być ważna dla chorego, który się nią zajmuje), wieku. Rozwiązanie to nie jest więc optymalne.
- 3. Model subiektywistyczny**, zorientowany nie na jakąś przeciętność, lecz na konkretnego pacjenta. Przy udzielaniu informacji należy wziąć pod uwagę możliwości i potrzeby danej osoby. Przykładowo, trzeba uwzględnić jej wiek, wykształcenie, właściwości intelektualne i percepcyjne. Model ten najpełniej służy realizacji prawa do samostanowienia, ale w praktyce następuje trudności. Lekarz może bowiem nie posiadać możliwości ustalenia wspomnianych okoliczności, a tym samym nie być w stanie aż tak zindywidualizować przekazu [10: 252–257].

Wobec tego w judykaturze zarysowała się linia orzecznicza, z której wynika, że preferowany jest

drugi z przedstawionych modeli. Stanowisko takie zajął Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z 29 września 2005 r. [11]. Orzeczenie to zapadło na kanwie następującego stanu faktycznego: pacjentka miała być poddana zabiegowi stomatologicznemu implantacji kilku zębów. Protetyk wykonał model szczęki górnej i dolnej pacjentki, na którym zaznaczył miejsca, gdzie chciał, aby były usytuowane wszczepy; jednocześnie byłyby to miejsca najkorzystniejsze dla trwałości uzębienia. Następnie pacjentka udała się do chirurga, który usunął jej kilka zębów i założył osiem implantów tytanowych systemu Branemarka. Przed tymi czynnościami lekarz nie poinformował jednak pacjentki o ryzyku związanym z zabiegiem oraz o ewentualnej konieczności – z uwagi na jej wiek menopauzalny – innego umieszczenia implantów, niż zasugerował to protetyk. Na przestrzeni kilku miesięcy od zabiegu u pacjentki pojawiły się liczne powikłania, które ostatecznie doprowadziły do konieczności usunięcia implantów. Abstrahując od kwestii medycznych (w toku postępowania pojawiły się bowiem wątpliwości, czy chirurg wykonał swe czynności *lege artis*), warto zwrócić uwagę na zrzuty, jakie zostały podniesione w odniesieniu do realizacji powinności informacyjnej. Sąd uznał, że pacjentka „nie została prawidłowo pouczona i poinformowana o ryzyku i skutkach zabiegu”. Wyjaśnił dalej, że „zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć «poinformowaną» i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu”. Można zatem przyjąć, że odrzucił model profesjonalno-praktyczny i nawiązał do konstrukcji racjonalnego pacjenta.

Podobne zapatrywania zostały przedstawione w kolejnym judykacie – wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 5 lutego 2016 r. [12]. Postępowanie dotyczyło pacjentki, która została poddana zabiegowi „cholecystektomii metodą laparoskopową”. Doszło jednak do powikłania w postaci uszkodzenia dróg żółciowych i w konsekwencji do założenia protezy do dróg żółciowych. Chora była poddawana jeszcze kilku kolejnym operacjom, ostatecznie usunięto – wysuniętą z dróg żółciowych do połowy długości – protezę. Pomijając zagadnienia medyczne, kluczowe dla analizowanej sprawy było ustalenie, czy chora przed pierwszą operacją była właściwie poinformowana. W toku postępowania ustalono, że przed zabiegiem wyjaśniono jej, iż zostanie on „wykonany metodą laparoskopową oraz czym ona się różni od metody tradycyjnej i jakie są typowe powikłania po tych metodach”, ale nikt z personelu medycznego nie wskazał potencjalnych powikłań po zabiegu cholecystektomii. Zdaniem sądu „samo tylko podpisanie zgody przez powódkę, w której za-

warte zostało oświadczenie, że lekarz kwalifikujący do zabiegu przeprowadził z nią rozmowę wyjaśniającą, podczas której mogła zapytać o ewentualne powikłania, nie mogło być uznane za wystarczające”. Co prawda lekarz rodzinny, który skierował ją do szpitala na omawianą operację, wyjaśnił jej, że „jest to «zabieg kosmetyczny» i wyjdzie do domu po trzech dniach”, a zatem chora mogła przypuszczać, że powikłania są mało prawdopodobne, jednak w ocenie sądu nie wiedziała, jaki może być ich charakter. Ostatecznie sąd uznał, że powinność informacyjna zostaje spełniona, gdy lekarz przekazuje informacje w takim zakresie i w taki sposób, by rozsądna osoba znajdująca się w sytuacji pacjentki mogła podjąć świadomą decyzję. Na marginesie warto jeszcze dodać, że w omawianej sprawie mimo tych nieprawidłowości sąd wskazał, że informacja została przekazana właściwie. Mianowicie powikłania te były mało prawdopodobne, a więc lekarze nie musieli o nich informować pacjentki. Zgodnie bowiem z art. 31 ust. 1 UZL powinność ta dotyczy jedynie dających się przewidzieć następstw, co jest rozumiane jako typowe, zwykłe, najbardziej prawdopodobne.

Z przedstawionych wypowiedzi judykatury wynika, że preferowany jest model oparty na pewnej przeciętności. Wydaje się jednak, że jest to uproszczenie nieuwzględniające różnych okoliczności, rodzajów zabiegów, stopnia ich ryzyka itd. Można zatem zgodzić się z poglądami wyrażonymi w doktrynie, że najkorzystniejszy jest model mieszany, łączący modele racjonalnego pacjenta i subiektywistyczny [10: 257]. W przypadku zabiegów mało inwazyjnych, rutynowych, nieniosących ze sobą podwyższonego ryzyka dla pacjenta, można przyjąć, że wystarczający będzie podstawowy, przeciętny zakres informacji i przekaz zorientowany na model racjonalnego pacjenta. Jeśli jednak chory ma poddać się poważnej, ryzykownej interwencji medycznej (np. operacji kardiochirurgicznej), lekarz powinien maksymalnie indywidualizować udzielanie informacji.

Mając na względzie, że wykonanie takiego zadania może być dla lekarza trudne (nie dysponuje on zazwyczaj możliwością ustalenia osobniczych warunkowań chorego, często też brakuje mu czasu na taką wnikliwą ocenę, a niekiedy nie ma predyspozycji do szczegółowego informowania, zwłaszcza w przypadku niekorzystnych rokowań), w literaturze proponuje się przygotowanie odpowiednich standardów postępowania. Mogą być one wzorowane na algorytmach medycznych opracowywanych dla poszczególnych procedur. W przypadku obowiązku informacyjnego można zatem ustalić, jakie kwestie i w jaki sposób mają być omawiane z pacjentem, z uwzględnieniem pewnych typowych sytuacji dotyczących określonych czynności medycznych i stanu chorego [13]. Mogą też być tworzo-

ne odpowiednie zespoły, w skład których wchodziłyby nie tylko lekarze, ale również inni pracownicy medyczni, w tym w szczególności psychologowie. Ze względu na swoją interdyscyplinarność zespoły te byłyby predysponowane do udzielania informacji głównie w przypadku poważniejszych zabiegów operacyjnych obciążonych dużym ryzykiem.

INFORMACJA PRZYSTĘPNA

Jak już wspomniano, przepisy nakazują udzielenie informacji „przystępnej”. Można zatem przyjąć, że ustawodawca preferuje indywidualizację przekazu. Rozwiązanie takie jest też afirmowane w piśmiennictwie. Podkreśla się bowiem, że możliwości percepcyjne poszczególnych chorych mogą być zróżnicowane, a ponadto mogą być one zniekształcone w wyniku napięcia emocjonalnego, które towarzyszy pacjentowi, zwłaszcza gdy jego stan jest zły, chory ma się poddać skomplikowanej operacji, wystąpi nagły stan zagrożenia życia itp. [14]. Lekarz powinien więc rozpoznać te uwarunkowania i dostosować formę przekazu do okoliczności.

W ujęciu słownikowym „przystępny” oznacza „łatwy do zrozumienia, do przyswojenia, jasny, zrozumiały” [15]. W podobnym duchu pojęcie to jest rozumiane w doktrynie prawa medycznego. Wskazuje się, że przekaz powinien być „czytelny i jednoznaczny”, a informacja powinna być udzielona w taki sposób, by pacjent orientował się, na co się zgadza i jakiego dokonuje wyboru [16]. Przystępność informacji odnosi się zarówno do faktów, jak i używanej terminologii [17], dlatego lekarz powinien tak dobierać słowa, określenia i nazwy, by były one dla pacjenta zrozumiałe [18]. Zagadnienie to wydaje się szczególnie istotne w praktyce, gdyż lekarze mogą posługiwać się terminologią fachową, która dla nich jest jasna, a dla chorego może być całkowicie abstrakcyjna. W związku z tym w literaturze podnosi się, by lekarz unikał hermetycznego, profesjonalnego języka, okraszzonego nic nieznaczącymi dla pacjenta skrótami literowymi i sformułowaniami [19].

Zagadnienie to było rozważane także w judykaturze. Przedmiotem postępowania było dochodzenie zadośćuczynienia za krzywdy związane z zakażeniem wirusem żółtaczk. Powodowie uzasadniali, że w karcie informacyjnej z wypisu szpitalnego zamieszczono następującą informację: „Antygen Hbs/H dodatni”. Zwrot taki oznaczał, że pacjent jest nosicielem żółtaczk. Podane określenie nie było jednak dla niego zrozumiałe, nie wiedział więc, że powinien zachować szczególną ostrożność w kontaktach z innymi osobami. Ostatecznie członkowie rodziny pacjenta zostali zakażeni tą chorobą. Zdaniem sądu w omawianej sprawie doszło do niepra-

widowości po stronie pozwanego szpitala, bo choć informacja była rzetelna i kompletna, została przekazana w sposób niezrozumiały dla pacjenta [20].

Ustalenie sposobu informowania wymaga zatem zbadania osobniczych możliwości chorego. Jak jednak wspomniano, pełna indywidualizacja może być trudna dla lekarza, toteż w doktrynie postuluje się, by lekarz upewnił się, że chory wszystko rozumiał. Temu celowi mogą służyć odpowiednie oświadczenia i adnotacje w dokumentacji medycznej, z których będzie wynikało, że pacjent uzyskał satysfakcjonujące go wyjaśnienia oraz że mógł zadawać pytania, na które otrzymał jasne odpowiedzi [21].

Podobne rozwiązania zostały wprowadzone w najnowszych aktach medycznoprawnych. Przykładowo, konstrukcja taka znajduje się w art. 29 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy o leczeniu niepłodności [22]. Przepis ten stanowi, że kandydat na dawcę komórek rozrodczych przed wyrażeniem zgody musi mieć możliwość zadawania pytań na temat spraw dotyczących tej procedury i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi. Następnie kandydat na dawcę potwierdza tę okoliczność w formie pisemnego oświadczenia. W piśmiennictwie wskazuje się, że tego typu klauzule mają charakter asekuracyjny. Lekarz w razie sporu może bowiem podnieść, że pacjent miał możliwość wyjaśnienia różnych kwestii. Obrona taka może być stosowana nawet wówczas, gdy chory nie wykazał żadnej aktywności i nie zadał ani jednego pytania [23].

W istocie takie oświadczenie może być użyteczne dowodowo, aczkolwiek można mieć wątpliwości merytoryczne dotyczące jego stosowania. Pacjent może bowiem nie zadawać pytań nie dlatego, że posiada już wystarczającą wiedzę, lecz dlatego, że nie wie, o co zapytać. Ponadto przed pytaniem mogą go hamować względy psychiczne i osobowościowe, np. obawa, że jeśli zada pytanie, będzie postrzegany przez lekarza jako osoba nierozsądna, o niskim poziomie inteligencji. W końcu może powstrzymać się od pytań, nie chcąc kształtować negatywnych relacji z lekarzem, któremu w ten sposób mógłby okazać brak zaufania albo dać do zrozumienia, że jego przekaz był niejasny. Należy zatem z dystansem podchodzić do takich deklaracji. Pacjent zazwyczaj nie potrafi też ocenić jakości i kompletności uzyskiwanych danych, ponieważ nie ma wiedzy fachowej. Oświadczenie chorego, że uzyskał pełną informację, jest wobec tego skrótem myślowym – chodzi raczej o oczekiwania pacjenta, że zbiór danych jest dla niego wystarczający (w subiektywnym odczuciu) do podjęcia decyzji terapeutycznych.

Kończąc ten wątek, warto jeszcze zwrócić uwagę na czas, w jakim informacja powinna być udzielona. Zasadniczo dane powinny być przekazane bezpośrednio przed zabiegiem albo w bliskiej perspektywie czasowej, dzięki czemu pacjent będzie miał je

świeżo w pamięci. W doktrynie podnosi się jednak, że w przypadku poważniejszych, bardziej skomplikowanych zabiegów przekaz powinien nastąpić z odpowiednim wyprzedzeniem czasowym [24]. Pozwoli to choremu na przemyślenie decyzji, zweryfikowanie uzyskanych danych na podstawie literatury fachowej lub konsultacji z innym lekarzem, a także psychiczne przygotowanie się do poddania się planowanym czynnościom medycznym [16].

FORMA INFORMACJI, MATERIAŁY POMOCNICZE

Przepisy nie określają formy, w jakiej ma być przekazana informacja, toteż można to zrobić ustnie bądź pisemnie. Taka dowolność może rodzić pokusę zastępowania bezpośredniej rozmowy z pacjentem materiałami edukacyjno-informacyjnymi, np. w formie broszury, lub nowoczesnymi technikami informatycznymi (programy interaktywne, strony internetowe). Należy jednak podkreślić, że tego typu rozwiązania są zorientowane na pewną przeciętność, nie uwzględniając osobniczych możliwości i potrzeb pacjenta.

Akcentuje się również, że do celów informacyjnych absolutnie nie mogą służyć materiały opracowane przez producentów produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w tym sprzętu medycznego. Po pierwsze, zazwyczaj pisane są one nadmiernie profesjonalnym, niezrozumiałym dla chorego językiem, po drugie zaś są sporządzane w zupełnie innych celach, np. jako instrukcja dla operatora danego urządzenia [13]. Generalnie zatem w kontekście wymogu zindywidualizowanej informacji podnosi się, że publikacje, ulotki i inne podobne materiały mogą pełnić jedynie funkcję pomocniczą [25: 106–107]. Niektórzy autorzy wręcz sprzeciwiają się stosowaniu takich rozwiązań, jeśli miałby one zastąpić dialog z lekarzem. Uzasadniają bowiem, że warunkiem przystępności informacji jest bezpośrednia rozmowa, a takie materiały mogą jedynie stanowić przygotowanie do niej. Osobisty kontakt profesjonalisty medycznego z jego pacjentem jest też kluczowy dla budowania właściwych relacji, opartych na partnerstwie i zaufaniu. Chory nie może być traktowany rutynowo, a obowiązek lekarza nie może polegać jedynie na odebraniu pisemnego oświadczenia od pacjenta. „Tylko rzetelne poinformowanie pacjenta stanowi spełnienie ustawowego wymogu uzyskania zgody poinformowanej i tylko wówczas pacjent bierze na siebie ryzyko zabiegu” [18]. Ponadto odesłanie do takich źródeł może prowadzić do tzw. nadmiernej informacji. Pojęcie to jest w doktrynie niemieckiej różnie rozumiane, ale generalnie można przyjąć, że taki przekaz jest niekorzystny. Może on doprowadzić pacjenta

do fałszywego przekonania o nadmiernym niebezpieczeństwie, jakie mu grozi ze względu na przebieg choroby lub wykonanie planowanego zabiegu, a w efekcie może skutkować nawet rozstrojem zdrowia i próbami samobójczymi [26]. Podnosi się, że taka forma przekazu może oznaczać „zbyt słabą ochronę pacjenta i odhumanizowanie relacji lekarz-pacjent, która jako oparta z założenia na zaufaniu, powinna być bezpośrednia i osobowa” [25: 88]. Niezbędny jest zatem bezpośredni kontakt z lekarzem udzielającym danego świadczenia zdrowotnego, który w sposób zindywidualizowany wyjaśni choremu wszystkie kwestie dotyczące jego przypadku.

Aby nie obarczać wyłącznie lekarza obowiązkiem informacyjnym, proponuje się w doktrynie stosowanie rozwiązań pośrednich. Przykładowo, w szpitalach i innych placówkach medycznych (np. hospicjach) można organizować spotkania z profesjonalistami medycznymi i innymi ekspertami (np. psychologiem, duchownym), którzy w formie pogadanek i referatów przedstawią zagadnienia ogólne dotyczące określonej grupy chorych, wspólne dla nich wszystkich (jak choroba nowotworowa). Naturalnie takie spotkania nie zastąpią zindywidualizowanej rozmowy z lekarzem, ale pozwolą na ograniczenie zbioru danych przekazywanych następnie przez lekarza [27].

Z formą informacji łączy się kwestia wykazania dowodowo, że została ona udzielona. W doktrynie podnosi się, że ciężar dowodu spoczywa w tym zakresie na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, czyli w szczególności na lekarzu. Wyjaśnia się, że trudno oczekiwać od pacjenta, by ten dowodził faktu negatywnego (tj. że nie został odpowiednio poinformowany). Wystarczające jest, by z wiarygodnych zeznań pacjenta wynikało, że określone wiadomości nie zostały mu przekazane [18]. Podobnie zagadnienie to jest postrzegane w judykaturze, w której utrwalili się poglądy, że w sprawach cywilnych ciężar dowodu spoczywa na lekarzu (lub podmiocie leczniczym). Z nowszych judykatów w tym zakresie warto wspomnieć o wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 24 marca 2016 r. [28]. Przedmiotem postępowania była sprawa pacjentki, która, będąc w ciąży, nie została poinformowana, że jest nosicielem toksoplazmozy. Wiadomość ta została jej przekazana dopiero po porodzie. Poinformowano ją również, że nowo narodzone dziecko „cierpi między innymi na toksoplazmozę wrodzoną, okulopatię toksoplazmową, toksoplazmowe zapalenie wątroby. W trakcie postępowania sądowego ujawniły się następstwa wrodzonej toksoplazmozy u małoletniej, tj. całkowite upośledzenie umysłowe, całkowity niedowład czterech kończyn, ślepotą obuoczną, padaczka objawowa”. Nie analizując błędów medycznych, które miały miejsce w przebiegu prowadzenia ciąży u tej pacjentki, warto zwrócić uwagę na zagadnienie

obowiązku informacyjnego. Sąd ustalił, że pacjentka co prawda była pouczona o profilaktyce zakażeń toksoplazmozą, ale „nie zmienia to oceny dotyczącej winy personelu pozwanego Szpitala, skoro nie została w sposób właściwy poinformowana o możliwości i korzyściach płynących z badania serologicznego w kierunku toksoplazmozy”. Fakt, że taka informacja została przekazana, powinien udowodnić pozwany szpital. Jak wyjaśnił sąd: „skoro obowiązek udzielenia informacji obciąża lekarza, który wywodzi z tego skutki prawne, to na nim zgodnie z art. 6 k.c. spoczywa obowiązek udowodnienia, że obowiązek ten został wypełniony. Dowodem mogą być odpowiednie zapisy w historii choroby wraz z podpisem pacjenta, wręczone mu informacje pisemne, zeznania świadków”. W analizowanej sprawie w dokumentacji medycznej brak było wpisów wskazujących, że takie dane zostały przekazane. Niemiarodajne były również zeznania świadka – pracownika medycznego, który zbierał wywiad od pacjentki. Świadek zeznała, że wyjaśniała pacjentce, iż możliwe jest zakażenie toksoplazmozą w wyniku kontaktu ze zwierzętami, a choroba ta może prowadzić do poronienia. W ocenie sądu taka informacja była jednak niewystarczająca, gdyż nie zawierała pouczenia o możliwości wykonania badań w kierunku tej choroby, korzyściach wynikających z badania oraz niezbędnej profilaktyce. Ostatecznie sąd orzekł, że nie został wykonany obowiązek informacyjny (a przynajmniej pozwany szpital nie był w stanie udowodnić, że wywiązał się z tej powinności), uznał zatem roszczenia pacjentki.

Z praktycznego punktu widzenia pożądane jest zatem dokumentowanie udzielonych informacji i potwierdzanie tej okoliczności przez pacjenta. Jak już bowiem wspomniano, takie deklaracje mogą być istotne dowodowo. Jak podniósł Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z 22 stycznia 2018 r., „choć z normy art. 34 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (...) wynika obowiązek uzyskania pisemnej zgody pacjenta na zabieg, to informacja, o jakiej mowa w art. 34 ust. 2 w związku z art. 31 ust. 1 tej ustawy udzielona być może pacjentowi także w formie ustnej, a forma pisemna, choć pożądana, ma walor przede wszystkim dowodowy, **nie pozwala bowiem podważyć treści udzielonej temu pacjentowi informacji** [podkr. aut.]” [29]. Mimo tak kategorycznego stanowiska sądu wydaje się, że oświadczenia pacjenta nie gwarantują stuprocentowej pewności oddalenia powództwa. Warto bowiem przypomnieć, że w myśl art. 233 § 1 Kodeksu postępowania cywilnego sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Pacjent może zatem kwestionować swe wcześniejsze oświadczenie (np. wykazywać, że zostało ono złożone pod presją ze strony lekarza, ewen-

tualnie gdy pozostawał w stanie ograniczonej poczytalności). W takim jednak wypadku ciężar dowodu będzie spoczywał na pacjentce, a o tym, komu dać wiarę, rozstrzygnie sąd.

Dla porządku należy jednak zauważyć, że opisane wymogi tyczą się procedury cywilnej. W sprawach karnych znajduje zastosowanie zasada domniemania niewinności, co oznacza, że wyczerpanie znamion czynu zabronionego (np. wykonania zabiegu bez skutecznej prawnie zgody pacjenta, a więc m.in. uświadomionej – art. 192 § 1 Kodeksu karnego) oraz winę musi wykazać oskarżyciel. Lekarz nie musi zatem udowadniać swojej niewinności.

SZCZEGÓLNE PROBLEMY DOTYCZĄCE INFORMOWANIA PACJENTÓW W OPIECE PALIATYWNEJ

Prawo medyczne nie zawiera specyficznych regulacji dotyczących powiadamiania pacjentów w zależności od ich stanu i rokowania. Zagadnienie to jest natomiast domeną etyki lekarskiej i psychologii lekarskiej, które starają się odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób lekarz powinien udzielić informacji, by było to właściwe ze względu na trudną sytuację chorego. Z prawnego punktu widzenia można jedynie wskazać, że w wyjątkowych przypadkach, gdy rokowanie jest niepomysłne, lekarz, kierując się dobrem pacjenta, może skorzystać z konstrukcji tzw. przywileju terapeutycznego (art. 31 ust. 4 UZL). Pozwala on na ograniczenie informacji, ale tylko w zakresie stanu zdrowia i rokowania. Warto jednak zauważyć, że jeśli pacjent zażąda, by dane zostały mu przekazane, lekarz jest do tego zobowiązany. Powstaje jedynie wątpliwość, jak to zrobić.

Pewne wskazówki w tym zakresie zawiera art. 17 KEL, który stanowi, że „w razie niepomysłnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością”. W komentarzach do tego przepisu wyjaśnia się, że nakazuje on lekarzowi troszczyć się o stan psychiczny pacjenta, który znalazł się w trudnej, a niekiedy tragicznej sytuacji. Szanując prawo do uzyskania informacji, lekarz powinien udzielić jej z wyczuciem, delikatnie, ostrożnie i życzliwie, a najpierw przygotować chorego do otrzymania takich wiadomości – tak aby stanowiły dla niego jak najmniejszy wstrząs [30]. Zagadnienia te są szeroko omawiane w literaturze psychologicznej. Ze względu na prawniczy profil niniejszego opracowania zostaną one jedynie zasygnalizowane.

W nawiązaniu do wcześniejszego wywodu można przyjąć, że także w przypadku osób śmiertelnie lub ciężko chorych lekarz ma obowiązek udzielenia przystępnej informacji. W tej sytuacji szczególnego znaczenia nabiera jej indywidualizacja, która musi uwzględniać nie tylko intelektualne predyspozycje

chorego, ale również jego stan psychiczny. Jak się bowiem wyjaśnia w literaturze psychologicznej, przekazanie złych informacji może spowodować pogorszenie stanu zdrowia chorego. Lekarz powinien więc zwracać szczególną uwagę na dobór słów i obserwować reakcje pacjenta, który w stresowej sytuacji może błędnie odczytać przekaz, a wręcz oponować przed przyjęciem takich wiadomości i im zaprzeczać. W takiej sytuacji proponuje się przerwać rozmowę, dać choremu czas na przemyślenia i „oswojenie się” ze złymi wieściami. Następnie należy wrócić do tematu, gdy pacjent będzie na to gotowy. Lekarz może też ustalić stan wiedzy pacjenta o jego chorobie i postępowaniu medycznym, zadając mu otwarte pytania na ten temat. Na każdym etapie rozmowy lekarz powinien wykazywać się zrozumieniem i akceptacją [31].

Sugeruje się, żeby niepomyślnie wiadomości przekazywać etapowo, sukcesywnie. Pozwoli to choremu na adaptację do sytuacji. Nie można też skupiać się jedynie na hiobowych wieściach, lecz przedstawić pozytywne informacje, w szczególności o możliwościach leczenia lub choćby niwelowania bólu. Trzeba przy tym monitorować stan emocjonalny pacjenta i dostosować dawkę informacji oraz sposób przekazu do jego aktualnego samopoczucia, np. jeśli lekarz spostrzeże, że pacjent jest zszokowany, przygnębiony, zrezygnowany, powinien pozwolić mu na uspokojenie się i przyswojenie nowych wieści. Podkreśla się jednak, że po przekazaniu niekorzystnych wiadomości lekarz nie może pozostawić chorego samemu sobie, lecz od razu powinien wyjaśnić, jakie działania medyczne są możliwe i co planuje przedsięwziąć [3].

Zakres zadań informacyjnych lekarza jest też uzależniany od fazy, w której znalazł się pacjent po otrzymaniu złych wieści. W literaturze wyróżnia się fazy: szoku i zaprzeczania, gniewu, targowania się, depresji i akceptacji. Zwłaszcza na tym pierwszym etapie chory potrzebuje rzetelnych informacji, które powinny być przekazane przez lekarza z cierpliwością i wyrozumiałością. Biorąc pod uwagę, że pacjent w tej fazie może być zszokowany, konieczne jest niekiedy wielokrotne ich powtarzanie i przekazywanie etapowo, co prowadzi do serii rozmów. Lekarz odgrywa istotną rolę także w fazie targowania, w której powinien przedstawić możliwości terapii i zapewnić chorego o najlepszej opiece [32].

Z tego krótkiego przeglądu można zatem wnosić, że lekarz sprawujący opiekę paliatywną powinien posiadać nie tylko wiedzę medyczną, którą podzieli się z chorym, ale także umiejętności w sferze psychologicznej i szczególnie empatię. Tylko wówczas będzie mógł prawidłowo wykonać swoją powinność informacyjną, która nie ograniczy się do zdawkowego, suchego przekazania informacji o stanie zdrowia i planowanym leczeniu.

PODSUMOWANIE

Jednym z fundamentalnych praw pacjenta jest uprawnienie do uzyskania informacji medycznej, która następnie warunkuje możliwość świadomego podejmowania przez chorego decyzji terapeutycznych. Aby jednak pacjent mógł to uczynić z rezeznaniem, powinien nie tylko uzyskać rzetelne i kompletne wiadomości – niezbędne jest również, by przekaz był dla niego zrozumiały. Lekarz powinien więc go indywidualizować, uwzględniając możliwości percepcyjne chorego, jego poziom intelektualny, stan emocjonalny itd.

Zagadnienie to jest szczególnie ważne w przypadku pacjentów paliatywnych, którym trzeba przekazać złe wieści. W takiej sytuacji lekarz musi wykazać się zarówno wiedzą medyczną, by szczegółowo omówić uwarunkowania dotyczące planowanej terapii, jak i taktem i ostrożnością. Powinien kierować się przy tym empatią i tak sformułować przekaz, by faktycznie został on przyswojony przez chorego (często znajdującego się w anormalnym stanie emocjonalnym) i nie wywołał negatywnych skutków.

Na koniec warto wskazać, że udzielenie informacji w sposób nieprzystępny, niezrozumiały dla chorego jest traktowane jako niewywiązanie się z obowiązku informacyjnego [17] i może skutkować wielopłaszczyznową odpowiedzialnością lekarza, w tym nawet karną (na podstawie art. 192 § 1 Kodeksu karnego). Jak podkreślił bowiem Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 15 listopada 2012 r.: „sama (...) aprobaty pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia **mu przystępnej informacji** [podk. aut], nie może być traktowana jako zgoda” [33]. Ważne jest zatem, by lekarze starannie realizowali przedstawiony obowiązek informacyjny.

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Kuczyńska A. Czynniki kształtujące relację lekarz-pacjent. W: Elementy psychologii zdrowia. Dolińska-Zygmunt G. (red.). Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 1996: 219-220.
2. Rejman G. Odpowiedzialność karna lekarza. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1991: 58.
3. Włodarczyk D, Skuza B. Znaczenie relacji pacjent-personel medyczny dla przebiegu leczenia. W: Psychologia w praktyce medycznej. Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D (red.). PZWL, Warszawa 2007: 135-137.
4. Liszewska A. Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy. Państw Prawo 1997; 1: 36-48.
5. Sygn. akt: II C 3048/33, OSN(C), Nr 5/1935, poz. 184.
6. Sygn. akt: I ACa 856/14, LEX nr 1649237.
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.).

8. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 617 ze zm.).
9. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1371 ze zm.).
10. Boratyńska M, Konieczniak P. Prawa pacjenta. Difin, Warszawa 2001.
11. Sygn. akt: I ACa 236/05, LEX nr 175206.
12. Sygn. akt: I ACa 609/15, LEX nr 2050471.
13. Dukiet-Nagórska T. Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. LexisNexis, Warszawa 2008: 32-33.
14. Caban Ł. Zasady wykonywania zawodu lekarza. W: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz, Kopeć M (red.). Wolters Kluwer, Warszawa 2016: 669.
15. Szymczak M (red.). Słownik języka polskiego, t. II. PWN Warszawa 1988: 1059.
16. Dudzińska A. Wymagana informacja udzielana pacjentowi. Państw Prawo 2008; 8: 96-97.
17. Szpara J. Prawo do informacji medycznej w relacjach pacjenta z lekarzem. Prawo Med 1999; 4: 136.
18. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Wolters Kluwer, Warszawa 2012: 173-175.
19. Filar M. Lekarskie prawo karne. Zakamycze, Kraków 2000: 262.
20. Sygn. akt: ACa 221/02, Prawo Med 2004; 14: 116.
21. Baron K. Zgoda pacjenta. Prok Prawo 2010; 9: 56.
22. Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 865).
23. Haberko J. Ustawa o leczeniu niepłodności. Komentarz. Wolters Kluwer, Warszawa 2016: 184-185.
24. Zielińska E (red.). Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz. Wolters Kluwer, Warszawa 2014: 591.
25. Świdarska M. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Wyd. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2007; 124-148.
26. Tymięski R. Odpowiedzialność lekarza za udzielenie informacji nadmiernej. Prawo Med 2012; 46: 55-58.
27. Dukiet-Nagórska T. Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim. Prawo Med 2000; 6-7: 80-81.
28. Sygn. akt: I ACa 766/15, LEX nr 2031129.
29. Sygn. akt: I ACa 679/17, LEX nr 2487694.
30. Gubiński A. Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza, Warszawa, niedat.: 78.
31. Widera A. Psychologiczne aspekty pacjenta z chorobą nowotworową W: Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Bętkowska-Korpała B, Gierowski JK (red.). Wydawnictwo Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków: 76-77.
32. Mączka G. Człowiek umierający – psychologiczne aspekty opieki paliatywnej. W: Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Bętkowska-Korpała B, Gierowski JK (red.). Wydawnictwo Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007: 245-246.
33. Sygn. akt: I ACa 596/12, LEX nr 1246866.