

Prawo pacjenta do informacji – aspekty prawne, medyczne i psychologiczne

Patient's right to information – legal, medical and psychological aspects

Lech Podciechowski¹, Anna Królikowska², Joanna Hładuńska³, Jan Wilczyński¹

¹Klinika Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
kierownik Kliniki: prof. zw. dr hab. med. Jan Wilczyński

²Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Łódzki, Katedra Prawa Karnego, Zakład Prawo Karne Wykonawcze;
kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. Stefan Lelental

³Klinika Neurochirurgii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Lech Polis

Przeгляд Menopauzalny 2009; 6: 308-314

Streszczenie

Prawo pacjenta leczonego na oddziale szpitalnym lub w ambulatorium do informacji jest jego niezbywalnym prawem, obwarowanym wieloma aktami prawnymi. Skuteczne udzielenie informacji nie jest sprawą prostą, szczególnie w sytuacji, gdy konieczne jest przekazanie wiadomości niekorzystnych i nieoczekiwanych. Tymczasem zgoda na leczenie, w tym wykonanie zabiegów operacyjnych, ma moc prawną tylko wówczas, gdy informacja przekazana pacjentowi jest udzielona we właściwy sposób. Artykuł przybliża zagadnienia skutków prawnych informacji udzielonej pacjentowi z perspektywy prawno-medycznej, a także psychologicznych aspektów skutecznego informowania pacjentów o ich stanie zdrowia.

Słowa kluczowe: informacja medyczna, zgoda na leczenie, zgoda na zabiegi, psychologia informacji, prawa pacjenta

Summary

Patient's right, who is treated in hospital or outpatient clinic to receive information is his inalienable right, entrenched in legislation. Effective delivery of information isn't easy, especially when we have to communicate unfavourable or unexpected informations. Informed consent to treatment, including surgical procedures has legal force only if the information communicated to the patient is given in an appropriate way. Our article brings the legal issues of information given to the patient from the perspective of legal-medical and psychological aspects of effective information to patients about their health condition.

Key words: medical information, informed consent to treatment, informed consent to procedures, information psychology, patient's rights

Wstęp

Z punktu widzenia codziennej praktyki lekarskiej bardzo istotnym zagadnieniem jest zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Warunkiem prawnej skuteczności zgody na zabieg medyczny jest m.in. wyrażenie oświadczenia woli w sytuacji, gdy pacjent jest należycie rozeznany we wszelkich okolicznościach faktycznych związanych z mającymi nastąpić czynnościami medycznymi, na skutek wszechstronnej, rzetelnej i zrozumiałej informacji udzielonej mu przez lekarza. Problem zgody pacjenta na zabieg medyczny stanowić będzie przedmiot odrębnego opracowania,

w niniejszym artykule przybliżono natomiast obowiązek lekarza do udzielenia pacjentowi informacji medycznej o jego stanie zdrowia. Jest to – można rzec – niezbędny element, poprzez który realizowany jest cel w postaci stworzenia pacjentowi warunków do świadomego podejmowania decyzji w procesie leczenia.

I.

We wszystkich międzynarodowych dokumentach i aktach prawnych podkreśla się jednoznacznie wymaga-

Adres do korespondencji:

dr med. **Lech Podciechowski**, Klinika Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź

nie tzw. objaśnionej zgody pacjenta na zabieg medyczny (*informed consent*). Wart przytoczenia w tym miejscu jest art. 15 konwencji bioetycznej, który stanowi, iż nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba zainteresowana powinna otrzymać odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, a także ich konsekwencjach i ryzyku [1–4].

Najwyższym rangą aktem prawnym w polskim systemie prawa, który reguluje prawo pacjenta do uzyskania informacji na temat stanu zdrowia, jest konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej [5]. Art. 51 § 1 konstytucji RP stanowi o prawie każdego do samodzielnego decydowania o ujawnieniu dotyczących go informacji. Ustęp 3 omawianego artykułu gwarantuje prawo każdej jednostki do dostępu do dotyczących jej urzędowych dokumentów i zbiorów danych. Trybunał Konstytucyjny dokonując interpretacji zawartej w art. 51 normy, uznał, że przepis ten chroni tzw. autonomię informacyjną zarówno w stosunkach pomiędzy podmiotami publicznymi, jak i prywatnymi. Wspomniana autonomia oznacza prawo każdej jednostki do samodzielnego decydowania o ujawnianiu informacji dotyczących własnej osoby, a także prawo do sprawowania kontroli nad wypiętywem takich informacji znajdujących się w posiadaniu innych podmiotów; jest zarazem elementem składowym prawa do ochrony życia prywatnego [6].

Kolejnym aktem prawnym regulującym to zagadnienie jest ustawa o zakładach opieki zdrowotnej [7], która w rozdziale 1a zatytułowanym *Prawa pacjenta* wskazuje katalog uprawnień przysługujących pacjentowi. Artykuł 19 ust. 1 pkt 2 stanowi o tym, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Ponadto, art. 19 ust. 1 pkt 3 omawianej ustawy przyznaje pacjentowi prawo do uzyskania odpowiedniej informacji jako przesłanki wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń medycznych lub ich odmowy. Ustawa o ZOZ bardzo lakonicznie odnosi się do tego zagadnienia, nie wskazując ani sposobu informowania pacjenta, ani zakresu informacji, jakiej pacjent może zażądać od lekarza [8]. Precyzują to przepisy innych ustaw, w szczególności ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry [9] oraz ustawa o prawach pacjenta (PP) i ustawa o rzeczniku praw pacjenta (RPP) [10]. Artykuł 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 9 ustawy o PP i RPP wskazują zakres przedmiotowy prawa do informacji. Jak wynika z cytowanych ustaw, zakres ten nie podlega swobodnemu uznaniu przez lekarza. Niezależnie od tego, czy miejscem udzielanego świadczenia medycznego jest zakład opieki zdrowotnej czy następuje to w ramach innej formy organizacyjnej, np. indywidualnej praktyki lekarskiej, pacjent ma prawo do informacji o:

- 1) stanie zdrowia,
- 2) rozpoznaniu,
- 3) proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych,

- 4) dających się przewidzieć następstwach zastosowania albo zaniechania diagnostyki i terapii,
- 5) uzyskanych i spodziewanych wynikach leczenia,
- 6) rokowaniu [8, 11, 12].

Pamiętać należy także o ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej [13], która w art. 20 nakłada na pielęgniarkę i położną obowiązek poinformowania pacjenta o jego prawach, a także udzielenia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia, jednak tylko w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniarskiej [14]. Również ustawa transplantacyjna [15] z 2005 r. nakłada na lekarza obowiązek udzielenia szczegółowej i pisemnej informacji kandydatowi na dawcę odnośnie do rodzaju zabiegu, który trzeba wykonać w celu pozyskania narządów, ryzyka związanego z tym zabiegiem i o dających się przewidzieć następstwach dla jego stanu zdrowia w przyszłości. Obowiązek informacji spoczywa na lekarzu wykonującym zabieg oraz na innym, niebiorącym bezpośredniego udziału w pobieraniu i przeszczepieniu komórek, tkanek lub narządu [16, 17]. Dokonując przeglądu aktów prawnych i przepisów regulujących sposób i formę udzielania informacji pacjentowi, nie można pominąć także ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz kodeksie etyki lekarskiej (KEL). Artykuł 2 ust. 2A ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży przyznaje kobiecie i mężczyźnie prawo do swobodnego dostępu do informacji i badań prenatalnych, szczególnie wtedy, gdy istnieje uzasadnione podwyższone ryzyko wystąpienia wady genetycznej lub innej wady rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu [12]. Z art. 13 KEL wynika, że obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia i, co za tym idzie, do informowania pacjenta o jego stanie zdrowia, co stanowi jego etyczny, a nie tylko prawny obowiązek [20]. Należy jednak zwrócić uwagę, że KEL jest zbiorem praw korporacyjnych niemających co prawda mocy powszechnie obowiązującego prawa, ale dla środowiska lekarskiego – niezmiernie ważnym dokumentem.

II.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry przewiduje możliwość udzielenia informacji medycznej następującym podmiotom:

- 1) pacjentowi, który osiągnął co najmniej 16. rok życia – w przypadku, kiedy pacjent nie osiągnął 16. roku życia, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania,

- 2) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta – temu podmiotowi udziela się informacji w następujących przypadkach:
 - w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli lekarz korzysta z uprawnienia do ograniczenia informacji udzielanych pacjentowi ze względu na niepomysłne rokowania dla pacjenta (art. 31 ust. 4),
 - jeżeli pacjent nie ukończył 16. roku życia lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji (art. 31 ust. 7),
 - w każdej sytuacji, gdy przedstawiciel ustawy udziela zgody zastępczej na interwencję medyczną,
- 3) osobie upoważnionej przez pacjenta – art. 31 ust. 2 przyznaje pacjentowi prawo do umocowania innej osoby do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia,
- 4) opiekunowi faktycznemu pacjenta – w rozumieniu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą pieczęć nad pacjentem, który ze względu na wiek takiej pieczy wymaga. Lekarz udziela informacji temu podmiotowi w przypadku braku przedstawiciela ustawowego lub w sytuacji, kiedy porozumienie się z nim nie jest możliwe, a zachodzi sytuacja opisana w art. 31 ust. 7 [21].

III.

Z punktu widzenia codziennej pracy lekarza, bardzo ważnym zagadnieniem jest zakres informacji prezentowanych pacjentowi o stanie jego zdrowia. Informacja poprzedzająca wyrażenie woli pacjenta w odniesieniu do przeprowadzenia określonych działań lekarskich powinna być:

1. **Przystępna** – oznacza to, że forma informacji powinna być dostosowana do intelektualnych możliwości percepcyjnych pacjenta. Przede wszystkim lekarz powinien unikać hermetycznego języka zawodowego, który, opierając się na różnorodnych *terminus technicus*, może być niezrozumiały dla laika, zwłaszcza w sytuacji nasycenia go zwrotami języka łacińskiego [22, 23]. Informując, należy użyć takich słów, określeń i nazw, które pacjent – ze względu na poziom umysłowy, wiek, wykształcenie i stopień koncentracji uwagi – może pojąć. Pacjent musi zrozumieć nie tylko znaczenie poszczególnych słów, ale przede wszystkim treść zawartą w komunikacie [20].
2. **Wszechstronna** – musi obejmować w sposób kompleksowy wszystkie aspekty sprawy. Pacjent powinien być poinformowany nie tylko o diagnozie oraz związanych z nią rokowaniach, w przypadku gdyby nie poddał się leczeniu, ale także o ewentualnych alternatywnych wariantach terapii oraz o ryzyku łączącym się z poszczególnymi wariantami.
3. **Rzetelna** – udzielając informacji, lekarz musi czynić to w sposób zobiektywizowany, na podstawie przeciętne-

go doświadczenia medycznego. Lekarzowi nie wolno manipulować pacjentem poprzez ukrywanie przed nim ewentualnego ryzyka łączącego się z zastosowaniem określonej procedury, co z kolei ma doprowadzić do *ułatwienia* podjęcia przez pacjenta decyzji o zabiegu.

4. **Adekwatnie szczegółowa** – lekarz nie musi przekazywać pacjentowi szczegółów technicznych zabiegu, wystarczy, że przekaze informacje co do samej istoty zabiegu, konsekwencji i rokowań [16]. Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego nie można wymagać od lekarza, by uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko [24], ani o wszelkich w ogóle możliwych skutkach dla danego przypadku, normalnie niemożliwych do przewidzenia, nietypowych i mało prawdopodobnych [11].

IV.

Porozumienie między lekarzem a pacjentem jest głównym – obok oddziaływania somatycznego – sposobem realizacji potrzeb zdrowotnych człowieka chorego lub zagrożonego chorobą (pacjenta) oraz wykonywania zadań lekarza. Nierozłącznie wiąże się też z moralnymi aspektami stosunku lekarz–pacjent. Porozumienie to opiera się na bezpośredniej wymianie słów (20% odbieranych treści) oraz pośredniej wymianie towarzyszących im sygnałów pozawerbalnych (80% odbieranych treści) [25]. Należy mieć świadomość, że pomiędzy rozpoznaniem ustalonym przez lekarza a rozpoznaniem w ujęciu pacjenta mogą zachodzić i zwykle zachodzą znaczne różnice. Pacjent, odpowiadając sobie na pytanie: *co to znaczy, że jestem chory na chorobę X?*, korzysta przede wszystkim ze swej potocznej wiedzy na temat zdrowia i chorób, zaczerpniętej np. z prasy, wypowiedzi i doświadczenia innych pacjentów, rodziny czy znajomych, z wypowiedzi samych lekarzy, w stopniu, w jakim przekaz pochodzący od lekarza jest dla pacjenta zrozumiały, oraz pochodzącej z własnych obserwacji swego organizmu z uwzględnieniem dolegliwości, czasu ich trwania, nasilenia, umiejscowienia oraz wpływu na samopoczucie. Informacje te, zebrane i zinterpretowane przez pacjenta, prowadzą do uznania siebie za osobę zdrową lub chorą. Wyobrażenia na temat chorób są zwykle w umyśle pacjenta uproszczonym schematem, który – jak każdy schemat poznawczy – jest częściowo fałszywy i mało podatny na próby przekształceń, a zarazem fragmentaryczny. Pacjent szuka więc zwykle informacji uzupełniających, a sztywna struktura owego schematu warunkuje ich selektywny dobór. Często, szczególnie w sytuacji, gdy diagnoza postawiona przez lekarza budzi lęk i jest interpretowana jako zagrażająca, pacjent nieświadomie odrzuca ją, poszukując i najczęściej znajdując dane podważające złe rokowanie [26]. Zjawisko to nosi miano obrony percepcyjnej (tj. selektywny dobór informacji

w zależności od własnej sytuacji, posiadanej już wiedzy oraz indywidualnych doświadczeń).

Do lekarza – przede wszystkim – należy zadanie przekazania we właściwym czasie informacji, których pacjent potrzebuje, i to również wtedy, gdy chory o to nie prosi, a nawet gdy nie zdaje sobie sprawy z tego, że jest pozbawiony ważnych dla niego wiadomości. Należy dążyć przede wszystkim do tego, by przedstawiony pacjentowi obraz był możliwie wolny od zafaszowań i pozbawiony luk będących źródłem domysłów i wyobrażeń pacjenta, nie zawsze zgodnych z rzeczywistością. Obraz własnej choroby powinien być uzupełniony wyczerpującymi informacjami na temat tego, w jaki sposób pacjent powinien być leczony, co go czeka, jaki przebieg będzie miało leczenie i jakie ewentualne dolegliwości będą z nim związane.

To, że wpływ choroby na stan psychiczny jest uwarunkowany właściwościami osobowościowymi, oznacza, mówiąc ogólnie, iż przeświadczenie o zachorowaniu i wyobrażenia o chorobie mają różne następstwa psychologiczne, w zależności od tego, kto na daną chorobę choruje oraz jakie owa choroba ma dla niego konsekwencje. Inaczej reagują tu osoby nastawione introwertywnie (tłumiące reakcje, nastawione do siebie), inaczej ekstrawertycy (poszukujący kontaktów z innymi, potwierdzenia, wsparcia). Ważne jest, czy pacjent przejawia na ogół znaczną pobudliwość emocjonalną i skłonność do reakcji nerwicowych w sytuacjach trudnych, czy ma poczucie zewnątrzsterowności czy wewnątrzsterowności. Jakie są jego cele, poziom aspiracji i potrzeba akceptacji, w jaki sposób radzi sobie ze stresem (czy jest nastawiony na pokonywanie przeszkód, ich obchodzenie czy raczej skłonny do konstruowania nowych celów, czy reaguje gniewem i agresją, czy raczej uporczywie powtarza raz przyjęty sposób zachowania, nawet wówczas, gdy jest on nieskuteczny, czy też jego zachowanie w sytuacjach trudnych charakteryzuje tendencja do regresji).

W relacji lekarz–pacjent najczęściej mamy do czynienia z czterema podstawowymi typami reakcji:

1. **Zaprzeczeniem** – które jest wyrazem działania nieświadomego mechanizmu obronnego określanego jako wyparcie. Dochodzi do niego wówczas, gdy informowanie pacjenta o jego chorobie i ewentualne doznawane dolegliwości nie prowadzą do ukształtowania się obrazu choroby. Część informacji nie jest w ogóle przyjmowana, inne zostają wyparte ze świadomości.
2. **Pomniejszeniem** – chory bagatelizuje swą chorobę. Otrzymywanym informacjom nadaje znaczenie stosunkowo łatwe do przyjęcia – niebudzące obaw. Dochodzi tu najczęściej do nieświadomej racjonalizacji, która umożliwia redukcję lęku poprzez wysuwanie i przyjmowanie od innych takich wyjaśnień, które nie budzą poczucia silnego zagrożenia.
3. **Przyjęciem diagnozy lekarskiej – jej akceptacją.** Pacjent zdaje się na opinię lekarza, przyjmuje udzielone mu

wyjaśnienia i pomimo braku informacji ściśle medycznych jego obraz choroby jest zbliżony do rozpoznania ustalonego przez lekarza. Może to być wyrazem silnej potrzeby oparcia. Pacjent oddaje się w ręce kogoś doświadczonego, kto jest dla niego autorytetem i opiekunem. Należy pamiętać o tym, że taka postawa może przyczynić się do przerzucenia na lekarza całkowitej odpowiedzialności za siebie i swoje zdrowie oraz kształtowania się postawy roszczeniowej (ufam ci, więc nie możesz dopuścić do tego, by spotkało mnie coś złego, jesteś za mnie odpowiedzialny).

4. **Wyołbrzymianiem** – chory trwa w lękowej samoobserwacji, dostrzega wiele objawów świadczących w jego przekonaniu o nasileniu choroby, lub braku postępów w leczeniu, domaga się radykalnej zmiany lub zwiększenia intensywności leczenia, co często ma podłoże rzekomohisteryczne [27].

Znaczenie choroby jest także ściśle związane z omawianymi wcześniej zagadnieniami dotyczącymi osobowościowych cech pacjenta oraz obrazu choroby, jaki sobie ukształtował. Przyjmuje się, że choroba może być przez pacjenta traktowana jako przeszkoda, strata, ulga, korzyść lub wartość.

1. **W przypadku, gdy choroba postrzegana jest jako przeszkoda**, pacjent traktuje jej wystąpienie jako sytuację trudną, jedną z tych, jakie przynosi mu życie. Wówczas z jednej strony, jest skłonny do wykorzystania wszystkich możliwości i dostępnych środków, aby trudność tę pokonać, z drugiej jednak strony, bywa tak, że w następstwie takiego podejścia jedyną reakcją jednostki jest gotowość do poddania się. Zarówno jeden, jak i drugi sposób reagowania ma wady i zalety. W przypadku, gdy na podstawie dostępnej wiedzy lekarz wnioskuje, że choroba ma charakter przewlekły i spowoduje trwałe kalectwo – nastawienie pacjenta na jej bezwarunkowe pokonanie może spowodować po pewnym czasie zaburzenia depresyjne, natomiast poddanie się chorobie bez podjęcia próby przeciwstawienia się jej powoduje wystąpienie objawów depresyjnych niemal od razu. Dlatego też niezwykle ważne jest, by lekarz świadomie kształtował i kierunkował zachowanie pacjenta w sytuacji, gdy ten interpretuje chorobę jako przeszkodę.
2. **Choroba jest traktowana jako strata** wówczas, gdy pacjent przewiduje, że w jej wyniku pozbawiony zostanie ważnych dla siebie sprawności. Towarzyszy temu nasilone przygnębienie, apatia lub nawet samobójcza reakcja rezygnacyjna. Zazwyczaj mamy do czynienia z reakcją żałoby niemal identycznej, jak żałoba towarzysząca stracie bliskiej osoby. Pacjent może początkowo wypierać wiadomość o następstwach choroby, buntować się przeciw niej, przeżywać żal lub rozpacz. W takiej sytuacji należy mu bezwzględnie towarzyszyć oraz umożliwić odreagowanie kumulującego się napięcia emocjonalnego.
3. **Choroba traktowana jest jako ulga** wówczas, gdy przynosi usprawiedliwienie wobec siebie i innych.

Prowadzi do uwolnienia od obowiązków, odpowiedzialności, szczególnie, wobec faktu, że środowisko zazwyczaj docenia obiektywność przeszkody, jaką jest choroba.

4. Traktowanie choroby jako korzyści lub wręcz strategii najczęściej związane jest z zaspokajaniem potrzeby doznawania uczucia, troski lub zainteresowania od innych. Można wówczas mieć do czynienia z sytuacją, gdy w miarę przybliżania się terminu opuszczania szpitala stan pacjenta ulega pogorszeniu, nasilają się jego dolegliwości. Owa korzyść z choroby może mieć także podłoże związane z możliwością zyskania korzyści materialnych w postaci renty, odszkodowania, zasiłków itp.

5. Postrzeganie choroby jako wartości ma charakter raczej pewnego rodzaju konstrukcji teoretycznej i dotyczy tych przypadków, gdy pacjent świadomie rewiduje swe cele lub dystansuje się do codziennych spraw [28].

Łatwo zauważyć, że nie wszystkie informacje podawane pacjentom są przez nich zapamiętywane. W świetle badań Leya i Spelmana pacjenci najlepiej zapamiętują informacje dotyczące samej diagnozy, najgorzej zaś – zalecenia i rady [29]. Dlatego też jeśli chcemy, by pacjent zapamiętał daną informację, należy postąpić w tzw. kategoryzacją polegającą na tym, że przed podaniem konkretnych wiadomości określamy ogólnie czego będą dotyczyły: „Powie pani teraz, co powinna pani robić”.

Ponadto w znaczący sposób można pomóc pacjentowi w nawiązaniu efektywnej współpracy z lekarzem poprzez:

- uprzedzenie o chęci przekazania ważnej informacji,
- stopniowe przekazywanie informacji,
- unikanie żargonu,
- systematyczne upewnianie się, czy pacjent rozumie,
- korzystanie z niewerbalnych środków komunikacji,
- zapewnienie niezbędного wsparcia,
- postępowanie się pytaniami otwartymi, które dają możliwość swobodnej wypowiedzi – np. „Jak pan sypia?”, a nie „Czy dobrze pan sypia?” [30].

V.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż obowiązek lekarza do udzielenia pacjentowi informacji dotyczącej jego stanu zdrowia nie jest obowiązkiem obligatoryjnym bez względu na okoliczności. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 31 ust. 3 przyznaje pacjentowi prawo do odmowy udzielenia informacji medycznej. Zgodnie z nią na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1 art. 31. Podobne stanowisko prezentuje kodeks etyki lekarskiej, który w art. 16 zawiera następującą regulację: „Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeżeli pacjent wyraża takie

życzenie”. Powyższe przepisy należy interpretować zgodnie z wytycznymi zawartymi w prawie międzynarodowym, a w szczególności z Europejską Konwencją Bioetyczną. Zgodnie z art. 10 ust. 2 każdy ma prawo zapoznania się z wszelkimi informacjami zebranymi na temat jego zdrowia. Należy jednak respektować życzenia osób, które nie chcą się zapoznać z tymi informacjami [31]. Doktryna prawnicza stoi na stanowisku, że dla prawnej skuteczności takiego zrzeczenia się uprawnienia do informacji wymagane jest wyrażenie swojej woli w sposób wyraźny, a przede wszystkim decyzja ta musi być całkowicie dobrowolna. W związku z powyższym lekarzowi nie wolno sugerować pacjentowi, żeby zrzekł się prawa do informacji, bo „tak będzie dla niego lepiej”. Tym bardziej lekarz nie może przekonywać pacjenta, że i tak nie zrozumie treści przekazywanej informacji. Drugą przesłanką skuteczności jest rzeczywista wola pacjenta zrzeczenia się, co pociąga za sobą brak możliwości zadawania pytań pacjentowi przez lekarza, czy zamierza zrzec się swojego prawa, a w szczególności zakaz postępowania się formularzami zawierającymi rubryki „wyrażam zgodę na nieudzielanie mi informacji”. Inicjatywa zrezygnowania z tego prawa w całości musi pochodzić od pacjenta, ponieważ to nie jest zgoda na zrzeczenie się, które proponuje lekarz, tylko żądanie pacjenta zgłoszone na początku lub w trakcie rozpoczętego procesu udzielania informacji. Do celów dowodowych lekarz powinien uczynić wzmiankę o tym żądaniu w dokumentacji medycznej, a pacjent złożyć pod nią swój podpis [20].

Nie można w tym miejscu nie wspomnieć o najważniejszym ograniczeniu prawa pacjenta do informacji, które przewiduje instytucja przywileju terapeutycznego. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest nieopomyślnie dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli wg oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta (art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Powyżej omówiony przepis ma charakter wyjątkowy, pozwala przemilczeć pewien aspekt stanu zdrowia, lecz nie pozwala na mówienie nieprawdy [32, 33]. Lekarz, stosując przywilej terapeutyczny, nie może kierować się obawą, że w przypadku poinformowania pacjenta ten odmówi zgody na zabieg, lecz jedynie tym, w jaki sposób ta informacja wpłynie na stan jego zdrowia. Przywilej terapeutyczny w obecnym stanie prawdy jest ograniczony wyraźnym żądaniem pacjenta, który chce ujawnienia informacji [34].

Podsumowanie

Warto poruszyć także kwestię, na kim spoczywa prawny obowiązek udowodnienia, że lekarz wypełnił nałożony na niego przez ustawę obowiązek poinformowa-

nia pacjenta o stanie jego zdrowia. Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego, w razie powstania sporu w tym zakresie, ciężar dowodu spoczywa na lekarzu lub na zakładzie leczniczym udzielającym świadczeń medycznych. Sąd Najwyższy w wyroku z 17 grudnia 2004 r. sformułował następującą tezę: „Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody za zabieg operacyjny spoczywa na lekarzu” [35]. Środkami dowodowymi, jakimi może posłużyć się lekarz w celu wykazania, że udzielił informacji pacjentowi, są np. zapisy w historii choroby wraz z podpisem pacjenta czy zeznania świadków, najczęściej pracowników personelu medycznego obecnego podczas udzielania informacji pacjentowi [20].

Naruszenie prawa do informacji wywołuje dwojakiego rodzaju skutki prawne, w zależności od tego czy informacja ma charakter samoistny, czy też powiązana jest z udzieleniem skutecznej zgody na zabieg medyczny. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z naruszeniem dobra osobistego pacjenta w postaci jego autonomii informacyjnej. Naruszenie może polegać na zatajeniu informacji, niepoinformowaniu wszystkich osób upoważnionych do odbioru informacji, nadużyciu lub niezastosowaniu instytucji przywileju terapeutycznego, jak też na udzieleniu informacji w sytuacji, kiedy pacjent sobie tego nie życzy [32]. O naruszeniu prawa do informacji można także mówić w kontekście odpowiedzialności lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone matce i jej dziecku na skutek niepoinformowania o ryzyku kontynuowania ciąży, o możliwości wykonania badań prenatalnych czy o chorobie dziedzicznej jednego z małżonków, którą może być dotknięte dziecko. Z faktu zaniechania udzielenia tego typu informacji wywodzi się roszczenia z tytułu *wrongful conception*, *wrongful birth* czy *wrongful life* [36]. W drugim przypadku nieprawidłowe udzielenie informacji medycznej doprowadza do uznania zgody pacjenta na leczenie za wadliwą, a zatem do powstania skutku w postaci nielegalności interwencji medycznej i przerwania ryzyka zabiegu z pacjenta na lekarza.

Nie bez wpływu na znaczenie powyżej omówionych zagadnień pozostaje informacja, że uchybienie obowiązkowi informacji stanowi główną przyczynę procesów sądowych na całym świecie [32]. Dlatego istotnym wydaje się dbanie lekarzy o sporządzanie adnotacji wraz z podpisem pacjenta o udzieleniu informacji, co z kolei pozwoli im uwolnić się od zarzutu, że zgoda pacjenta była wyrażona w sposób wadliwy z powodu braku odpowiedniej informacji.

Pamiętać należy także o tym, że przepisy prawa tak szczegółowo regulują to zagadnienie, ponieważ ich celem jest zabezpieczenie pacjentowi prawa do informacji, by umożliwić mu podjęcie w pełni świadomej decyzji odnośnie do sposobu dalszego leczenia. Autorzy pracy mają nadzieję, że wskazówki zawarte w tym artykule

pozwolą lekarzom praktykom ulepszyć sposób przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz jej treść, tak aby pacjent miał pełniejszy obraz swojego stanu zdrowia [37].

Piśmiennictwo

1. Rada Europy: Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (Europejska Konwencja Bioetyczna) z 4 kwietnia 1997 r.
2. Jasudowicz T (red.). Europejskie standardy bioetyczne: wybór materiałów. Toruń, TNOiK Dom Organizatora, 1998: 3–66.
3. Safjan M. Prawo polskie a Europejska Konwencja Bioetyczna. *Prawo i Medycyna* 2000; 5: 10-5.
4. Biesaga T. Europejska Konwencja Bioetyczna, *Medycyna Praktyczna* 2006; 11-12: 24-5.
5. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (DzU Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
6. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 19 lutego 2002 r., sygn. akt U 3/01, OTK 2002, Nr 2, s. 3 i n.
7. Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
8. Dercz M, Rek T. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz, Warszawa 2007: 120-5.
9. Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity z 2005 r. DzU Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.).
10. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (DzU z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).
11. Z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z 28 sierpnia 1973 r., sygn. akt I CR 441/73, OSNC 1974, Nr 7-8, poz. 131.
12. Karkowska D. Prawa pacjenta. Wydawnictwo ABC, Warszawa 2004: 307.
13. Ustawa z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (tekst jednolity z 2001 r. DzU Nr 57, poz. 602 z późn. zm.).
14. Szerzej na ten temat: Michałowska K. Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym. *Prawo i Medycyna* 2003; 13: 107.
15. Ustawa z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (DzU Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.).
16. Filar M, Krześ S, Marszałkowska-Krześ E, Zaborowski P. Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej. Lexis-Nexis, Warszawa 2004: 206-208, 196-197.
17. Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Toruń 2007: 144.
18. Ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (DzU Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
19. Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 r. z późniejszymi zmianami, dokument, który ustanawia etyczne zasady postępowania lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce, określający priorytety, jakim winni się oni kierować w pracy zawodowej, wskazujący zasady, jakie winni brać pod uwagę w stosunkach z pacjentami, z innymi lekarzami oraz resztą społeczeństwa.
20. Świdarska M. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. *Toruń* 2007: 97; 163-166, 161, 104.
21. Śliwka M. Prawa pacjenta w prawie polskim na tle porównawczym. *Toruń* 2008: 184-185.
22. Filar M. *Lekarskie prawo karne*. Zakamycze, Kraków 2000: 262.
23. Karkowska D., *Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach – prawa pacjenta*. Wolters Kluwer, Warszawa 2008: 28-9.
24. Z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z 28 sierpnia 1972 r., sygn. akt II CR 296/72, OSNC 1973, Nr 5, poz. 86.
25. Łosiak W. Nastawienie wobec informacji o własnej chorobie jako forma redukcji lęku. *Zeszyty Naukowe* 1981: 137-45.
26. Jarosz M. *Psychologia lekarska*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988: 127-32.
27. Kubacka-Jasiecka D. Obrona przed lękiem a koncepcja samego siebie u pacjentów z chorobą nowotworową. *Zeszyty Naukowe UJ, Prace Psychologiczno-Pedagogiczne* 1981; 33: 113-6.
28. Heszten-Klemens I. Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby. *Ossolineum, Wrocław* 1979: 88-92.

29. Sędek G. Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami na które nie ma rady (w) *Złudzenia, które pozwalają żyć*, red. M. Kofta, T. Szustrowa, PWN, Warszawa 1991: 134-147
30. Walden-Gatuszko K. Wybrane zagadnienia z psychoonkologii i psychotematologii, Uniwersytet Gdański, Gdańsk, 1992: 123-134
31. Małecka D. Prawna ochrona pacjenta na tle europejskiej konwencji bioetycznej, *Prawo i Medycyna* z 1999, 3: 88-90,
32. Drozdowska U. Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta, Warszawa 2007: 148-149, 153-155,
33. Szpara J. Prawo do informacji medycznej w relacjach pacjenta z lekarzem, *Prawo i Medycyna* z 1999, 4: 76-80
34. Zoll A. Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Warszawa 1998: 24,
35. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. akt II CK 303/04, OSP 2005, z. 11, poz. 131 wraz z glosą M. Świdorskiej,
36. Nesterowicz M. Prawa pacjenta i osób bliskich do informacji medycznych i ochrony danych w: *Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa ku czci prof. M. Pazdana*, Kraków 2005: 1207.
37. Safjan D. Prawo pacjenta do informacji o rozpoznaniu i proponowanych metodach leczenia, *Antidotum* 1993; 7-8: 26,