

Tadeusz M. Zielonka

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A.K. Wardyn

Prawne aspekty diagnostyki i leczenia gruźlicy

Legal aspects of tuberculosis diagnostics and treatment

Praca nie była finansowana.

Pneumonol. Alergol. Pol. 2013; 81: 89–91

Lekarze w coraz większym stopniu muszą uwzględniać w praktyce klinicznej regulacje prawne dotyczące wykonywania zawodu. Nie wystarczy dziś znajomość zasad rozpoznawania i leczenia chorób. Konieczna staje się edukacja w dziedzinie prawa medycznego, które określa coraz to liczniejsze nowe obowiązki lekarza i precyzuje, jak ma postąpić w pewnych przypadkach. W realizacji zasad sztuki lekarskiej możliwe są odstępstwa i lekarz może postąpić niestandardowo, jeśli jest to uzasadnione. Takiej dowolności nie ma w przypadku respektowania prawnych wymogów, jednoznacznie zdefiniowanych w odpowiednich aktach urzędowych. Ich znajomość jest niezbędna, gdyż nieprzestrzeganie ustawowych obowiązków jest obciążone poważnymi sankcjami, przed którymi nie uchroni lekarza fakt udzielenia skutecznej pomocy chorym. Stwierdzenie, że lekarz nie respektował prawnych wymogów, nie wymaga od sądu znajomości medycyny i konieczności skorzystania ze specjalistycznych opinii tworzonych przez medycznych ekspertów. W takich przypadkach nie można liczyć na pobłażliwość kolegów i życzliwą opinię biegłego. Sędzia lub prokurator mogą osobiście stwierdzić, że lekarz nie dopełnił wymogu zgłoszenia w ciągu 24 godzin rozpoznania gruźlicy, czy nie zapewnił odpowiedniej izolacji chorego na chorobę zakaźną, lub nie zgłosił odpowiednim organom państwowym faktu niepoddania się leczeniu przez chorego na gruźlicę. Wszystkie

te zaniebdania są obciążone karą grzywny, niezależnie od prawidłowego rozpoznania choroby i zlecenia choremu właściwego leczenia. Z tego względu konieczne jest stałe pogłębianie wiedzy w zakresie prawa medycznego, aby uniknąć odpowiedzialności wynikającej z niezajomości obowiązujących przepisów.

Trzeba pochwalić redakcję „Pneumonologii i Alergologii Polskiej” za decyzję opublikowania na łamach pisma artykułu dotyczącego ograniczenia autonomii chorych na gruźlicę [1]. Z pewnością zainteresuje on lekarzy zajmujących się rozpoznawaniem i leczeniem gruźlicy. Omawia praktyczne aspekty ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry — nakazującej uzyskanie zgody pacjenta na wszystkie podejmowane działania, oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, która nakłada na pacjenta obowiązek poddania się w tych przypadkach diagnostyce, leczeniu i działaniom sanitarno-epidemiologicznym.

Artykuł ukazuje, jak rozwiązywać powstałe w tym przypadku konflikty wartości i jak postępować w chorobach zakaźnych, w których ograniczono wolność i autonomię pacjenta, czyli konstytucyjnie gwarantowane prawa obywatelskie. Lekarze coraz częściej są oskarżani o naruszanie prawa pacjentów do samostanowienia w zakresie ich życia i zdrowia, a równocześnie w przypadku chorób zakaźnych prawo to zostało istotnie ograniczone. Stawia to lekarza przed bardzo trudnym dylematem, do jakich

Adres do korespondencji: dr n. med. Tadeusz M. Zielonka, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM, ul. Banacha 1a, 02–09, Warszawa, tel./faks: 22 639 2190; e-mail: tmzielonka@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.12.2012 r.
Copyright © 2013 Via Medica
ISSN 0867–7077

granic może akceptować brak zgody na proponowane działania ze strony chorego na gruźlicę, aby nie postawiono mu zarzutu naruszenia praw pacjenta lub niezastosowania się do wymogów sanitarnych związanych ze stwierdzeniem choroby zakaźnej. Łatwo przychodzi politykom zapisać w ustawie lub w rozporządzeniu obowiązki, a znacznie trudniej jest lekarzom podejmować decyzje w konkretnych przypadkach, napotykać na bardzo zróżnicowane uwarunkowania, postawy i motywacje chorych. Praca lekarza polega na nieustannym podejmowaniu decyzji i wiąże się odpowiedzialnością za ich skutki. Może być on ukarany zarówno za zbyt liberalną, jak i restrykcyjną postawę, za zrobienie czegoś lub za zaniechanie niezbędnego działania. Prątkującemu choremu na gruźlicę nie wystarczy zlecić skutecznego leczenia, ale trzeba powiadomić o konieczności izolacji w szpitalu, wpisać to do dokumentacji i uzyskać podpis chorego, że został o tym poinformowany. Dopuszczalne w pewnych przypadkach użycie bezpośredniego przymusu jest obwarowane spełnieniem określonych wymogów, a decyzję w takich sprawach musi podjąć inspektor sanitarny. Jest to uzasadnione w przypadku gruźlicy wielolekoopornej, ale oczywiście tym bardziej w coraz częściej stwierdzanych, również w Polsce, zachorowaniach na gruźlicę o rozszerzonej oporności [1, 2].

Obowiązek izolacji chorego na gruźlicę jest w pełni uzasadniony, gdyż w okresie prątkowania może on zarazić inne osoby. Zastanawiające jest jednak, dlaczego chorzy na gruźlicę, kiłę i rzeżączkę muszą poddać się obowiązkowemu leczeniu, choć nie zaliczono tych chorób do szczególnie niebezpiecznych, w których dopuszcza się użycie przymusu bezpośredniego. Być może jest to wynik tradycji sprzed lat, gdy leczenie gruźlicy i chorób wenerycznych regulowały odrębne ustawy. Można zatem tylko namawiać chorego na gruźlicę, aby poddał się leczeniu, a w ostateczności ukarać go grzywną, ale jeśli działania te są nieskuteczne, to nie można nic więcej zrobić. Rozważania auterek na temat zastosowania możliwych środków przymusu są w przypadku chorych na gruźlicę bardzo zasadne. W Polsce gruźlica często jest stwierdzana u osób z marginesu społecznego (np. bezdomni, bezrobotni, alkoholicy, więźniowie) [3]. Coraz częściej ftyzjatrzy mają do czynienia z osobami, które nie stosują się do zaleceń diagnostycznych, terapeutycznych czy sanitarnych. Lekarze muszą wiedzieć, jak w takich przypadkach należy postępować. Konieczne są precyzyjne instrukcje, co muszą, a czego nie wolno im zrobić. Potrzebna jest ścisła współpraca w tym zakresie z pionem sanitarnym i możliwość porady prawnej.

Omawany artykuł prezentuje wysoki poziom dydaktyczny, gdyż przedstawia prawne zapisy ustaw i określa, jakie działania należy podjąć w określonych sytuacjach klinicznych. Łączy zatem wiedzę teoretyczną z praktyczną, co jest szczególnie cenne w tekstach o charakterze edukacyjnym. Dzięki lekturze tego artykułu lekarz może zweryfikować swoje postępowanie w zakresie przestrzegania aktualnych przepisów prawa. W krótkim czasie zmieniały się już trzykrotnie przepisy dotyczące chorób zakaźnych. Autorki artykułu są prawnikami specjalizującymi się w prawie medycznym. Daje to lekarzom większe poczucie pewności, że właściwie interpretują akty prawne. Pomocne jest określenie w artykule, w którym momencie należy wypełnić kwestionariusz zgłoszenia podejrzenia gruźlicy. O ile proste jest zgłoszenie zachorowania na gruźlicę, o tyle wątpliwości budzi fakt, kiedy wysłać zgłoszenie podejrzenia gruźlicy. Czy kierując chorego na badanie bakteriologiczne i wpisując na skierowaniu rozpoznanie podejrzenie gruźlicy należy wypełnić odpowiedni formularz? Autorki stanęły na stanowisku, że jeśli podejrzenie gruźlicy jest jednym z wielu i nie jest wysoce prawdopodobne, to nie ma takiej konieczności. Jest to bardzo cenne stwierdzenie, na które będzie można się powoływać w przypadku zarzutów o niedopełnienie obowiązku zgłoszenia podejrzenia zachorowania na gruźlicę. Wiadomo jak trudna jest diagnostyka różnicowa gruźlicy i jak często choroba ta powinna być uwzględniona w toku diagnostyki.

Gwoli ścisłości trzeba przypomnieć, że zgłoszenie choroby, podejrzenia zachorowania lub zgonu spowodowanego gruźlicą nie przesyłano do inspektorów sanitarnych, lecz do wojewódzkich poradni przeciwgruźliczych. Ustawodawca dopuszczał taką możliwość, aby zgłoszenia przelać „innym podmiotom właściwym ze względu na rodzaj choroby zakaźnej, zakażenia lub zgonu z powodu choroby zakaźnej”. Czy oznacza to, że zmieni się adresat stosowanych zgłoszeń? Warto przypomnieć również, że ustawa o zawodzie lekarza stwierdza konieczność uzyskania zgody już od 16. roku życia, co w omawianych przez autorki sprawach powoduje potrzebę uzyskania podwójnej zgody — prawnych opiekunów i osób w wieku 16–18 lat.

Artykuł ukazuje jak wiele obowiązków administracyjnych nałożono na lekarzy w przypadku stwierdzenia gruźlicy lub innych chorób zakaźnych. Kontrowersyjne jest jednak stwierdzenie w artykule, że „lekarz powinien ustalić miejsce hospitalizacji pacjenta oraz zorganizować przewiezienie do właściwej placówki medycznej”. W ustawie

nie ma o tym mowy. Co więcej, autorki uważają, że „niekoniecznie musi to być podmiot leczniczy najbliższy miejsca zamieszkania pacjenta czy nawet podmiot leczniczy w danym województwie, gdyż te w danym momencie mogą nie dysponować wolnymi miejscami. Trudno bowiem wyobrazić sobie prątkującego pacjenta, który po otrzymaniu skierowania rozpocznie starania o znalezienie miejsca hospitalizacji”. Z etycznego punktu widzenia to słuszne stwierdzenie, ale wypowiedziane przez prawników sugeruje, że jest to prawny wymóg. Nie można mylić oczekiwań społecznych z obowiązującym prawem. Zgodnie z ustawą lekarz ma obowiązek pouczyć chorego o obowiązku hospitalizacji i skierować go do specjalistycznego oddziału przeciwgruźliczego. Nie nałożono na lekarza ustawowego obowiązku znalezienia chorego miejsca w szpitalu, i do tego jeszcze w sąsiednim województwie, ani przewiezienia go tam. Ustawa wymaga hospitalizowania i izolacji prątkującego chorego na gruźlicę, ale nie określa, co zrobić, gdy istniejący system ochrony zdrowia nie jest w stanie tego zabezpieczyć. W praktyce chory często oczekuje na miejsce na wyspecjalizowanym oddziale, w domu lub w innym szpitalu bez odpowiedniej izolacji, co jest niezgodne z ustawą. Trudno jednak zgodzić się z sugestią autorek, że rozwiązanie tego problemu należy do lekarza rozpoznającego gruźlicę. Oczywiście, jeśli stan chorego wymagałby natychmiastowej hospitalizacji, to wówczas w myśl ogólnych zasad niezbędne jest znalezienie chorego miejsca w szpitalu i przetransportowanie go tam. W większości przypadków nie ma takiej konieczności. Wydaje się, że w myśl ustawy rozwiązaniem tego problemu należałoby obarczyć pion sanitarny. Artykuł 33 ust. 7 stwierdza natomiast, że to wojewoda zapewnia warunki izolacji po zapewnieniu odpowiednich pomieszczeń, wyposażenia oraz skierowania do

pracy osób posiadających odpowiednie kwalifikacje.

Autorki artykułu poruszyły zaledwie część problemów prawnych związanych z rozpoznawaniem, leczeniem i profilaktyką gruźlicy. Obowiązki te dotyczą nie tylko lekarzy [4], ale również chorych i osób z ich otoczenia [5] oraz kierowników zakładów opieki zdrowotnej [6]. Warto również pamiętać, że omówione w artykule przepisy dotyczą nie tylko gruźlicy, ale również 57 wymienionych w ustawie chorób zakaźnych, takich jak między innymi mykobakterioza (choć w zasadzie nie jest chorobą zakaźną), legionelloza, krztusiec, inwazyjne zakażenie *Streptococcus pneumoniae* lub *Haemophilus influenzae*, grypa i zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS). Konieczne jest nieustanne doksztalcenie się lekarzy w zakresie prawa medycznego.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo:

1. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I. Ograniczenia autonomii pacjenta w diagnozowaniu i leczeniu gruźlicy. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2013; 81: 130-136.
2. Kozińska M., Brzostek A., Krawiecka A., Rybczyńska M., Zwolska Z., Augustynowicz-Kopeć E. Gruźlica lekooporna typu MDR, pre-XDR i XDR w Polsce w latach 2000–2009. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2011; 79: 278–287.
3. Jagodziński J., Zielonka T.M., Błachnio M. Status społeczno-ekonomiczny i czas trwania objawów u mężczyzn chorych na gruźlicę leczonych w Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80: 533–540.
4. Zielonka T.M. Prawne obowiązki lekarza i innych pracowników służby zdrowia związane z diagnostyką, leczeniem, informowaniem, orzekaniem i rejestracją chorych na gruźlicę. *Wiad. Lek.* 2011; 64: 239–250.
5. Zielonka T.M. Prawne obowiązki chorych lub podejrzanych o zachorowanie na gruźlicę i osób z ich otoczenia. *Wiad. Lek.* 2012; 65: 3–9.
6. Zielonka T.M. Prawne obowiązki instytucji i kierowników zakładów opieki zdrowotnej związane z kontrolą zakażeń, informowaniem, orzekaniem, rejestracją i finansowaniem świadczeń chorych na gruźlicę. *Wiad. Lek.* 2011; 64: 260–266.