

# Aspekty prawne udzielania informacji — część II. Prawo wobec informowania pacjenta

## Legal aspects of the provision of information — part II. The right to inform the patient

### STRESZCZENIE

Artykuł podejmuje problem udzielania informacji na temat stanu zdrowia, działań leczniczych i pielęgnacyjnych w świetle aktualnie obowiązującego prawa polskiego. Podsumowano, kto i komu, w jakim zakresie i pod jakimi warunkami powinien udzielać informacji na temat stanu zdrowia pacjenta, planowanego leczenia i rokowań. Opracowanie uwzględnia sytuację prawną osób poniżej 16. roku życia, a także chorych nieprzytomnych. Odnosi Kodeks Etyki lekarskiej do powszechnie obowiązujących aktów prawnych, m.in. do Ustawy o prawach pacjenta oraz Ustawą o Zawodach Lekarza i Lekarza Dentysty. Analizuje również ewolucję zasad etycznych zawodu lekarza w zakresie rozmowy z chorym nieuleczalnie z niepomyślnym rokowaniem.

W pracy poruszono też kwestię świadomej zgody na leczenie (która jest możliwa wyłącznie w sytuacji uzyskania przez chorego obiektywnej i pełnej informacji zarówno co do rokowania, jak i spodziewanych korzyści i ryzyka danego postępowania oraz jego zaniechania). Przedstawiono regulacje prawne w przypadkach, kiedy uzyskanie zgody lub niezgody chorego ani osób uprawnionych jest niemożliwe, łącznie z określeniem obowiązkowych adnotacji w dokumentacji.

Informacje zawarte w artykule pozwalają pracownikom służby zdrowia na poznanie zasad, których naruszenie może stanowić podstawę odpowiedzialności karnej, cywilnej lub zawodowej.

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, tom 7, nr 1, 47–53

słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, etyka medyczna, prawo stanowione, tajemnica zawodowa

Aleksandra Modlińska<sup>1, 2</sup>,  
Leszek Pawłowski<sup>1</sup>,  
Anna Wyszadko<sup>2</sup>,  
Tomasz Buss<sup>1, 2</sup>, Monika  
Lichodziejewska-Niemierko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Hospicjum Caritas św. Józefa w Sopocie

Adres do korespondencji:  
dr n. med. Aleksandra Modlińska  
Zakład Medycyny Paliatywnej GUMed  
ul. Dębinki 2, 80–211 Gdańsk  
tel.: (058) 349–15–73  
e-mail: aleksandra.modlinska@gumed.edu.pl



Osoba bliska — małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy lub osoba pozostająca we wspólnym pożyciu czy wskazana przez pacjenta



Opiekun faktyczny — osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą pieczę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga

#### ABSTRACT

The article examines the problem of providing information on health status, health and nursing activities in the light of Polish law currently in force. Summarizes, to whom and which information on health status must, or has to be delivered, and to whom the information may not be given. Takes into account the legal situation of persons under 16 or unconscious. Compares the Polish Medical Code of Ethics, with which generally applicable laws and shows some incompatibility. It also analyzes the evolution of ethical rules of medicine practitioners in the matter of discussions with terminally ill patients whose prognosis is bad. This publication raises the issue of conscious consent to treatment (which is possible only when patient gets objective and full information on both the outcome and the expected benefits and risks of the procedure as well as about omission of proposed treatment). Provides legal regulations in cases where the consent or disagreement of the patient or person authorized is not possible, including what annotations in the medical documents should be done in such a case.

The current analysis can give clarity of who, to what extent and under what conditions should give the information to the patient or others about the health of the patient, planned treatment and prognosis.

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, vol 7, no 1, 47–53

key words: medical records, medical ethics, statutory law, professional secrecy

Informacja o stanie zdrowia jest niezbywalnym, gwarantowanym ustawowo prawem człowieka i podstawą postępowania zespołu terapeutycznego. Pełna informacja udzielona choremu na temat stanu jego zdrowia i proponowanego leczenia może ułatwić przebieg terapii, a w pewnych wypadkach jest niezbędna dla uzyskania świadomej zgody pacjenta na dalsze postępowanie. W sytuacji niepomyślnego rokowania realizacja tego prawa może podlegać ograniczeniom, co stanowi podstawę ożywionej dyskusji, zarówno w gronie prawników, jak i etyków oraz samych opiekunów [1].

#### INFORMOWANIE O STANIE ZDROWIA

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 02.04.1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.) jest najwyższym w hierarchii źródłem prawa w Polsce przewidującym prawo każdego obywatela do dostępu do dokumentów i danych, które jego dotyczą oraz prawo do samodzielnego decydowania o ujawnieniu informacji jego dotyczących, które może zo-

stać ograniczone jedynie w przepisach o randze ustawowej (art. 51) [2]. Odnosi się ono również do dokumentów i danych pacjentów przetwarzanych w ramach systemu ochrony zdrowia, dla których szczegółowe zasady zostały przewidziane w przepisach ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.), zwana dalej „UoZL”, oraz ustawy z dn. 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 ze zm.), zwanej dalej „UoPP” [3, 4].

Zgodnie z przepisami ww. ustaw, chory, który **ukończył lat 16** lub jego przedstawiciel ustawowy, ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej 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. Ma też prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o pielęgnacji i zabiegach

pielęgniarskich. Informacja ta może być też udzielona **innym osobom za wyraźną zgodą** pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (art. 9 UoPP) [4, 5]. Czynności dokonane przez przedstawiciela wywołują bezpośrednie skutki dla osoby, którą reprezentuje.

Jeśli chory nie ukończył 16 lat bądź jest **nieprzytomny czy niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji**, lekarz winien udzielić informacji **osobie bliskiej** (art. 31 UoZL) [3]. Jest nią małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy lub osoba pozostająca we wspólnym pożyciu czy wskazana przez pacjenta (art. 3 UoPP) [4].

Poza prawem do uzyskania informacji w wyżej opisanych warunkach, osoba bliska może także być obecna przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 21 UoPP) [4]. Personel może odmówić obecności osoby bliskiej wyłącznie w przypadku wystąpienia prawdopodobieństwa zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowa musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej. Brak takiego wpisu jest naruszeniem prawa.

Chory, który nie ukończył 16 lat ma prawo do zrozumiałej informacji przekazanej w formie i stopniu, który jest konieczny dla zapewnienia właściwej diagnostyki i leczenia. Lekarz ma obowiązek wysłuchania zdania niepełnoletniego chorego na ten temat (art. 9 UoPP, art. 31 UoZL) [3, 4].

Obowiązek informowania dotyczy również pracy pielęgniarek i położnych. Te jednak, zgodnie z ustawą z dn. 05.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz. U. z 2009 r. nr 151, poz. 1217 ze zm.), zwaną dalej „UZPP” [6], oraz z Kodeksem Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej (KEP) [7], winny w sposób rzetelny i zrozumiały informować chorego tylko w zakresie „koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej”. Pielęgnacja musi być poprzedzona zgodą pacjenta, jeśli ten jest w stanie jej udzielić [6, 7].

Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL), który, co warto podkreślić, nie należy do katalogu powszechnie obowiązujących aktów prawnych, w przypadku chorego nieprzytomnego, zezwala co prawda lekarzowi na udzielenie niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona dla dobra chorego (art. 16 ust. 2 KEL) [8]. Należy jednak uwzględnić, że w tym zakresie KEL nie jest zgodny z przepisami UoZL i UoPP, w związku z czym lekarz udzielający informacji zgodnie z tym kodeksem, ale w sposób naruszający wymienione ustawy nie będzie wolny od odpowiedzialności [3, 4, 8].

Lekarz może również **nie udzielać informacji** o stanie zdrowia bądź o leczeniu chorego na wyraźne życzenie pacjenta (UoZL art. 31; UoPP art.9; KEL Art. 16 ust. 1) [3, 4, 8]. Decyzja taka musi być samodzielna, a jej podjęcie wolne od jakichkolwiek (także emocjonalnych) form nacisku [9]. Z punktu widzenia prawa postulat zrzeczenia się prawa do informacji **musi pochodzić od pacjenta**. Rezygnacja nie może być skutkiem celowych pytań zadawanych przez lekarza ani wynikiem machinalnego podpisu pod zdaniem „wyrażam zgodę na nieudzielanie mi informacji” [10]. W opinii ekspertów już umieszczanie takiego zdania w kwestionariuszach jest naruszeniem prawa. Decyzja chorego musi być samodzielna i potwierdzona podpisem pacjenta [10].

#### **NIEPOMYŚLNE ROKOWANIE. OGRANICZENIE PRAWA PACJENTA DO INFORMACJI**

W tradycji anglosaskiej u podstaw stawia się prawo pacjenta do prawdy w imię wolności i autonomii. Nie może być ono naruszone nawet w sytuacji niepomyślnego rokowania. W kręgu kultury europejskiej podkreśla się konieczność uwzględnienia sytuacji chorego. Ludzie różnią się między sobą poziomem zapotrzebowania na informacje, a potrzeba ta zmienia się też często indywidualnie w czasie w miarę postępu choroby. Uogólniając, przyjąć można dwie postawy chorego względem informacji na temat własnego stanu zdrowia

**”**  
**Przedstawiciel ustawowy — osoba, która z mocy przepisu prawa może działać w cudzym imieniu i ze skutkiem dla osoby, którą reprezentuje. Przedstawicielem ustawowym jest np. kurator osoby częściowo ubezwłasnowolnionej albo matka lub ojciec dla swoich małoletnich dzieci**

**”**  
**Nie łamie prawa ten, kto udziela informacji:**

- choremu
- przedstawicielowi ustawowemu osób nieletnich czy ubezwłasnowolnionych
- rodzinie — wyłącznie po uzgodnieniu z chorym
- każdej innej osobie — wyłącznie za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
- osobie bliskiej (w rozumieniu ustawy) — w przypadku chorego nieprzytomnego, niezdolnego do zrozumienia znaczenia informacji lub pacjenta, który nie ukończył 16 lat



**Perspektywa śmierci utrudnia i dramatyzuje przekazanie wiadomości, ale nie zwalnia od prawdomówności. Komunikacja między umierającymi i tymi, którzy mu asystują nie może opierać się na udawaniu. Nigdy nie jest godne umierającego i nie przyczynia się do humanizacji śmierci. Istnieje prawo osoby, by była informowana o swoim stanie życia. To prawo nie zostaje pomniejszone wobec diagnozy i przewidywania choroby, która prowadzi do śmierci, ale znajduje późniejsze motywy (Karta Pracowników Służby Zdrowia)**



**W imieniu chorego, który nie ukończył 16 lat lub jest niezdolny do wyrażenia zgody czy ubezwłasnowolniony zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy. Zgody (wyłącznie na badanie) może w takiej sytuacji udzielić też opiekun faktyczny chorego**

— konfrontacyjną i unikową. Z takim stanowiskiem wiąże się konieczność indywidualnego, zależnego od stopnia zapotrzebowania na informacje, postępowania [11]. Propagowane jest więc, zwłaszcza w kręgach opieki paliatywnej, kształcenie umiejętności tzw. przekazywania złych wiadomości (*breaking bad news*) — pomoc choremu w stopniowym odkrywaniu prawdy o stanie zdrowia i rokowaniu [12].

Zasady etyczne zawodu lekarza zmieniały się w tym względzie przez dziesięciolecia. Prekursor współczesnego KEL — Zbiór Zasad Etyczno-Deontologicznych Polskiego Lekarza z 1984 roku — nakładał na lekarza powinność informowania i uzyskania zgody chorego lub opiekuna. Za cel przyjmuje się „*tylko najszerzej pojęte dobro chorego*”. Zbiór zajmował też jasne stanowisko wobec niekorzystnej diagnozy: „*Ze względu na ochronę psychiczną chorego nie jest wskazane podawanie do jego wiadomości niepomyślnego rokowania. Należy natomiast wtajemniczyć w nie wybraną osobę z otoczenia chorego*” [13] (sic!).

Jeszcze w 1993 roku z jednej strony potwierdzano niezwykłe prawo chorego do wiedzy, np. rzetelnej informacji o przebiegu i ryzyku operacji. Z drugiej jednak brano pod uwagę możliwość zatajenia prawdy przed nieuleczalnie chorymi w imię troski o dobro pacjenta. Pozostawiano rozwiązanie tego dylematu sumieniu lekarza [14].

Obecny KEL nakłada na lekarza obowiązek taktownego i ostrożnego powiadomienia chorego w sytuacji niepomyślnego diagnozy. Lekarz może odstąpić od przekazania niepomyślnego wiadomości tylko wtedy, gdy jest głęboko przekonany o niekorzystnych następstwach, w tym możliwości spowodowania „*poważnego cierpienia chorego*” (art. 17) [8].

W aspekcie obowiązującego prawa UoZL, decyzję o zakresie przekazywanych informacji pozostawia w sytuacjach wyjątkowych lekarzowi [3]. Jeśli, według subiektywnej oceny, przemawia za tym dobro pacjenta, lekarz ma prawo ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu oraz poinformować ustawowe-

go przedstawiciela pacjenta lub inną osobę przez pacjenta upoważnioną. Mimo niepomyślnego diagnozy i rokowania lekarz musi jednak udzielić informacji choremu, jeśli ten tego zażąda (art. 31 ust. 4) [3, 15].

### **ŚWIADOMA ZGODA NA LECZENIE**

Wymaganie tzw. objaśnionej zgody pacjenta na zabieg medyczny (*informed consent*) zostało zawarte w wielu aktach prawa międzynarodowego i w innych dokumentach o zasięgu międzynarodowym. Przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy w dn. 19.11.1996 r. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, zwana też Europejską Konwencją Bioetyczną; EKB) stanowi, iż „*Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby zainteresowanej. Przed dokonaniem interwencji osoba zainteresowana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba zainteresowana może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę*” (art. 5). Podkreśla się przy tym, że podstawą do „*swobodnej i świadomej*” zgody jest udzielenie obiektywnej informacji, a zadanie to leży w rękach pracownika służby zdrowia [16]. Ta sama Konwencja nadaje **opiekunom ustawowym** prawo do zgody na interwencję medyczną w przypadku **osób małoletnich i tych osób dorosłych, które nie są w stanie samodzielnie** wyrazić zgody. Należy przy tym wziąć pod uwagę opinię osoby niepełnoletniej [16]. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi lub chorzy nieprzytomni w sytuacjach nagłych powinni podlegać interwencji medycznej, gdy jej zaniechanie powoduje „*ryzyko znacznego uszczerbku dla zdrowia*” czy wręcz ryzyko utraty życia [16]. Konwencja nakłada obowiązek respektowania wcześniej wyrażonej woli w przypadku m.in. zgody na interwencję w sytuacji utraty świadomości czy np. decyzji o przeszczepie. W art. 10 EKB zostało zawarte prawo każdej osoby do posza-

nowania życia prywatnego w odniesieniu do informacji o stanie zdrowia [16]. Przewiduje on także prawo każdego do zapoznania się z wszystkimi informacjami o jego zdrowiu. Innym aktem dotyczącym przedmiotowej problematyki jest Rekomendacja 779 (1976) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w Sprawie praw chorych i umierających, która przewiduje prawo do uzyskania informacji o chorobie, zasadach hospitalizacji i planowanym leczeniu oraz zaleca udzielanie pełnej informacji, o ile chory tego żąda [17].

Lekarz i pielęgniarka mają obowiązek respektowania świadomych decyzji chorego. Zgoda chorego na leczenie lub udzielanie poszczególnych świadczeń zdrowotnych jest **świadoma tylko wówczas**, gdy została poprzedzona przekazaniem pełnej informacji, zarówno co do rokowania, spodziewanych korzyści, jak i ryzyka wdrażanego postępowania oraz możliwości postępowania alternatywnego.

Prawo do wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne, w tym badania diagnostyczne ma chory, który ukończył lat 16.

Jeśli chory jest niezdolny do świadomego wyrażenia zdania, jest ubezwłasnowolniony lub nie ukończył 16 lat, zgodę na świadczenia zdrowotne wyraża przedstawiciel ustawowy. Jeśli brak przedstawiciela ustawowego lub nie można się z nim skontaktować, konieczne jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Jeżeli konieczne jest przeprowadzenie badania, prawo do wyrażenia zgody ma w omawianej sytuacji również **opiekun faktyczny**. W rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 UoPP opiekun faktyczny to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą pieczę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga [4]. „Badanie” to podstawowe czynności lekarza — oględziny ciała i/lub badanie przedmiotowe.

Należy jednak pamiętać, że nawet w przypadku osób całkowicie ubezwłasnowolnionych, jeśli są **zdolne rozeznąć i wyrazić własną opinię** konieczne jest uzyskanie, obok zgody przedstawiciela ustawowego, zgody osoby

poddawanej badaniu. Ostateczna decyzja o tym, czy chory jest wystarczająco świadomy swojej sytuacji, żeby przyzwolić (lub nie) na świadczenia zdrowotne, spoczywa na lekarzu

Oczywiście może pojawić się różnica zdań między podejmującymi decyzję. Zgodnie z UoZL i UoPP konieczne jest **uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego**, jeśli „*małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem*”, sprzeciwia się świadczeniom medycznym (art. 32 ust. 6 UoZL), mimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego [3, 4]. W praktyce oznacza to, iż jeśli wola osoby, która ukończyła 16 lat jest sprzeczna z wolą rodziców (przedstawiciela ustawowego) lub rodzice różnią się między sobą w swych opiniach, ostateczną decyzję podejmuje — o ile czas na to pozwala — sąd opiekuńczy.

Należy tu nadmienić, że zgodnie z polskim prawem osoba małoletnia może uzyskać pełnoletniość również z chwilą zawarcia małżeństwa. Oznacza to, że osoba, która ukończyła 16. rok życia i, po uzyskanej zgodzie sądu opiekuńczego, wstąpiła w związek małżeński, nieodwołalnie nabywa pełnoletniość i musi być w świetle prawa traktowana jako osoba pełnoletnia [Art. 10 § 2 kodeksu cywilnego].

Jeśli pacjent nie ukończył lat 16 lub jest niezdolny do wyrażenia świadomej zgody, a nie ma możliwości kontaktu z przedstawicielem ustawowym ani opiekunem faktycznym, lekarz może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Przy czym należy uwzględnić, że opiekun faktyczny może wyrazić zgodę wyłącznie na badanie.

Zgoda chorego lub osób uprawnionych może być wyrażona ustnie lub nawet przez zachowanie, które jasno wskazuje na wolę poddania się proponowanemu przez lekarza postępowaniu, np. skinienie głową, gest. Forma pisemna konieczna jest w przypadku zgody na zabieg operacyjny, w tym znieczulenie, lub na

”

**Zgoda musi dotyczyć konkretnego działania. Nie ma prawnego znaczenia zgoda blankietowa — np. taka, jaka bywa przy przyjęciu do szpitala, w ramach której pacjent składa oświadczenie, że zgadza się (ogółem) na leczenie**

”

**Samo uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o ryzyku i skutkach zabiegu powoduje, że jest to zgoda „nieobjaśniona” — i jako taka jest wadliwa — lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną**





**Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny spoczywa na lekarzu — wyrok Sądu Najwyższego z 17.12. 2004 r., sygn. II CK 303/04, OSP 2005/11/131**



**Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia**

zastosowanie metody diagnostyki lub terapii o podwyższonym ryzyku (UoPP art. 18, UoZL art. 34). Pisemna zgoda powinna przystępnie określać rodzaj zabiegu oraz uwzględniać ewentualną konieczność poszerzenia zakresu operacji i stanowisko pacjenta w tej sprawie [3, 4].

W przypadkach odmowy wyrażenia zgody należy podjąć taktowną próbę przekonania chorego — pacjent winien być poinformowany o skutkach swojej decyzji. W razie nieuzyskania zgody na proponowane postępowanie lekarz i pielęgniarka powinni nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką.

Przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych bez zgody chorego, a w szczególnych okolicznościach również wobec zgłoszonego sprzeciwu zostało uregulowane w art. 33–35 UoZL. Decyzja o podjęciu działania winna być w miarę możliwości skonsultowana z innym lekarzem, a jej okoliczności odnotowane w dokumentacji medycznej. Warto podkreślić, że dokonanie stosownej adnotacji w dokumentacji medycznej jest koniecznym warunkiem formalnym podjęcia interwencji medycznej bez zgody pacjenta, którego spełnienie stanowi potwierdzenie legalności działania lekarza. Treść wpisu w dokumentacji medycznej, w świetle art. 33 UoZL, powinna obejmować informację o wykonaniu badania lub udzieleniu świadczenia bez zgody chorego oraz fakt zalecaniej prawnie konsultacji z innym lekarzem, jeśli taka się odbyła [3]. Ponadto konieczne jest wpisanie do dokumentacji okoliczności uzasadniających podjęcie interwencji bez zgody pacjenta, czyli informacji o tym, że chory wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a nie może wyrazić zgody ze względu na stan zdrowia lub wiek i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

W przypadku zamiaru odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek wystarczająco wcześnie uprzedzić o tym pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Winien też wskazać realne możliwości

uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w zakładzie opieki zdrowotnej.

Niedopełnienie obowiązku właściwego poinformowania chorego może spowodować wadliwość zgody na podjęcie interwencji medycznej. Z kolei udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie takiej zgody może być traktowane jako podjęcie działań bez zgody. W obowiązującym Kodeksie karnym wprowadzono bowiem nowy rodzaj przestępstwa, przewidziany w art. 192, który stanowi: „*Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2*” [19]. Warto podkreślić, że ściganie tego przestępstwa następuje wyłącznie na wniosek pokrzywdzonego. Prawdopodobnie ogranicza to liczbę postępowań sądowych prowadzonych przeciwko lekarzom, naruszającym zasady prawidłowego informowania chorego, w związku z koniecznością uzyskania zgody na podjęcie interwencji.

Interesujący jest fakt, iż, według oceny uprawnionych organów kontroli, do najczęściej występujących nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji należy jej niepełne prowadzenie. Znacznie częściej niż w przeszłości potwierdzana jest co prawda zgoda chorego na udzielane świadczenia czy dane osób upoważnionych do pozyskania informacji. Wyjątkową rzadkością są jednak nadal **wpisy o zakresie informacji**, jaka została przekazana choremu lub uprawionym osobom. Praktycznie nie spotyka się danych **o braku woli** pacjenta o informowaniu o go o swoim stanie zdrowia (nie zadaje się tego pytania?).

#### **PODSUMOWANIE**

Prawo do uzyskania informacji o własnym stanie zdrowia jest jednym z podstawowych praw pacjenta. Co więcej, z punktu widzenia obowiązującego prawa, określony jest również zakres udzielanej informacji. Chory ma więc prawo do wiedzy o rozpoznaniu, planowanej diagnostyce i proponowanym leczeniu, następstwach wdrażanej terapii, spodziewanych efektach i rokowaniu. Infor-

macja o stanie zdrowia jest poufna, a zasady jej udostępniania określone zarówno przez obowiązujące akty prawne, jak i kodeksy etyki zawodowej. Poza pacjentem prawo do wiedzy ma w pierwszym rzędzie osoba upoważniona przez chorego lub jego przedstawiciel usta-

wowy. Osoba bliska może uzyskać informację tylko wówczas, gdy chory nie ukończył lat 16 lub jest nieprzytomny lub jest niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. Rodzina chorego winna być informowana o stanie zdrowia pacjenta po uzyskaniu zgody chorego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Karta Pracowników Służby Zdrowia. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Watykan 1995, pkt. 125.
2. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 2 kwietnia 1997 r. Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 z późn. zm.
3. Ustawa z dn. 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 z późn. zm.
4. Ustawa z dn. 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.
5. Ustawa z dn. 25.02.1964 r. — Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. Nr 9, poz. 59 ze zm.
6. Ustawa z dn. 05.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 z późn. zm.
7. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
8. Kodeks Etyki Lekarskiej.
9. Podciechowski L., Królikowska A., Hincz P., Wilczyński J. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny — aspekty prawne i medyczne. Część I. Przegląd Menopauzalny 2010; 5: 315–318.
10. Świdarska M. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Wyd. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2007; 19–29.
11. Heszen-Niejodek I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Strelau J. (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3. GWP, Gdańsk 2000.
12. Bołoz W. Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego. *Advances in Palliative Medicine* 2008; 7: 93–100.
13. Zbiór Zasad Etyczno-Deontologicznych Polskiego Lekarza uchwalony na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Szczecinie w dn. 22.06.1984 roku.
14. Nielubowicz J. Lekarz w oczach chorego. Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku. Relacja lekarz-pacjent. Wykład inauguracyjny wygłoszony na posiedzeniu PAN. *Polski Tygodnik Lekarski* 1993; 18–19: 397–398.
15. Daniluk P. Prawo pacjenta do informacji. *Przegląd Urologiczny* 2005; 6/3 (31): 41–42.
16. 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.
17. Rekomendacja 779 (1976) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie praw chorych i umierających.
18. Nawara-Dubiel A. Zgoda pacjenta na leczenie. *Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie. Galicyjska Gazeta Lekarska* 2007; 5: 54–58.
19. Ustawa z dn. 6.06.1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).



**O wykonywanych  
czynnościach lekarz  
niezwłocznie zawiadamia  
przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna  
faktycznego lub sąd  
opiekuńczy**