

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2024.02.02.03>

dr Agnieszka KOWALSKA-OLCZYK

<https://orcid.org/0000-0002-3823-3489>

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

e-mail: agnieszka.kowalska-olczyk@umlub.pl

dr hab. Jolanta PACIAN

<https://orcid.org/0000-0003-0687-9100>

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

e-mail: jolanta.pacian@umlub.pl

dr Katarzyna PIASECKA

<https://orcid.org/0000-0002-3717-5926>

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

e-mail: katarzynapiasecka@umlub.pl

Zgoda poinformowana a zgoda świadoma – humanizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

Streszczenie

Zgoda uprawnionego podmiotu na interwencję medyczną jest warunkiem koniecznym uznania działań lekarza za legalne. Ważność oświadczenia pacjenta uzależniona jest zarówno od kompletności i rzetelności przekazanych przez lekarza informacji, jak i zdolności pacjenta do przyjęcia oraz zrozumienia tych wiadomości. Prawidłowa realizacja przez lekarza obowiązku informacyjnego, nie zawsze oznacza uzyskanie od pacjenta w pełni świadomej zgody na podejmowane wobec niego działania medyczne.

Idea humanizacji medycyny wymaga zwrócenia szczególnej uwagi na osobę pacjenta, nadania mu roli podmiotu współodpowiedzialnego za przebieg i efekt procesu leczniczego oraz konieczność poprawy jakości i efektywności komunikacji lekarz-pacjent.

Badania naukowe pokazują, że umiejętność sprawowania przez personel medyczny opieki zgodnej z ideą humanizacji medycyny, pozytywnie wpływa na stan psychiczny pacjentów, przebieg i tempo procesu leczenia oraz rekonwalescencję.¹

Słowa kluczowe: zgoda poinformowana, zgoda świadoma, humanizacja medycyny

¹ Z. Izdebski, A. Kozakiewicz, J. Mazur, M. Białorudzki, *Humanizacja medycyny z perspektywy lekarzy i lekarek w Polsce*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2023; 29/1, s. 29–35.

Wstęp

Zgoda uprawnionego podmiotu na interwencję medyczną jest warunkiem koniecznym uznania działań lekarza za legalne. Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 31.03.2006 r. wskazał, że „zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy”. Podobne stanowisko wyraził Sąd Apelacyjny w Lublinie, który w wyroku z dnia 02.10.2003 r. podniósł, że

wina lekarza przeprowadzającego zabieg (inwazyjny) wymagający zgody pacjenta może polegać na wykonaniu go niezgodnie z zasadami sztuki lekarskiej lub też przeprowadzenia go bez uzyskania świadomej zgody chorego po rzetelnym poinformowaniu o technicznej stronie zabiegu i ewentualnym jego ryzyku².

A zatem, ważność zgody wyrażonej przez pacjenta uzależniona jest zarówno od kompletności i rzetelności przekazanych przez lekarza informacji, jak również zdolności pacjenta do ich przyjęcia i zrozumienia. Zgodnie z art. 82 Kodeksu cywilnego

nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych³.

Uchybienie przez lekarza obowiązkowi uzyskania od pacjenta uprzedniej i świadomej zgody na procedurę medyczną, wiąże się z ryzykiem odpowiedzialności cywilnej (odszkodowawczej) oraz karnej (art. 192 Kodeksu karnego). Powyższe ma swoje źródło w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, która w art. 47 stanowi, że „każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym” zaś w art. 41 wskazuje na przysługującą każdemu wolność i nietykalność osobistą.

Zgodnie art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz zobowiązany jest do udzielania pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu⁴. W orzecznictwie sądowym wskazuje się, że „przystępna informacja” – w typowych sytuacjach medycznych - musi być zrozumiała dla przeciętnego pacjenta, myślącego rozsądnie i racjonalnie⁵. Inaczej kwestia ta przedsta-

² Wyrok Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 31.03.2006 r., I ACa 973/05, Apel.-W-wa 2007/2/12. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 02.10.2003 r., I ACa 368/03, LEX nr 1681154.

³ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 ze zm.)

⁴ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 ze zm.).

⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 29.09.2005 roku, sygn. akt: I ACa 236/05.

wia się w przypadkach nietypowych, szczególnych, nadzwyczajnych (np. zastosowania leku poza wskazaniami rejestracyjnymi, kiedy przemawia za tym stan i potrzeby zdrowotne pacjenta, a jednocześnie działanie takie jest zgodne z aktualną wiedzą medyczną). W sytuacjach szczególnych lekarz musi stosować model subiektywistyczny - zorientowany na konkretnego chorego. Nadzwyczajne okoliczności wymagają od lekarza nadzwyczajnej staranności (nie zaś staranności profesjonalnej – wymaganej w sytuacjach typowych). W przypadku bowiem wystąpienia niepowodzenia terapeutycznego, lekarz działający według przyjętych standardów nie musi obawiać się odpowiedzialności, natomiast wykraczając poza procedurę, w przypadku wystąpienia powikłań, lekarza będzie zobowiązany do wykazania, że jego działanie było zgodne z aktualną wiedzą medyczną, zasadami należytej staranności, a motywacją tych działań było dobro pacjenta.⁶

Warto zwrócić również uwagę, że Sąd Najwyższy w swoich orzeczeniach wyodrębnia model informacji medycznej uzależnionej od typu interwencji medycznej oraz model informacji medycznej modyfikowany w zależności od indywidualnych cech pacjenta. Jeśli chodzi o pierwszy z nich, lekarz ma obowiązek różnicować obowiązek informacyjny, mając na uwadze rodzaj procedury – operacja, której celem jest poprawa zdrowia, czy procedura ratująca życie albo zabieg kosmetyczny, który zorientowany jest wyłącznie na poprawę wyglądu i związanego z nim dobrostanu pacjenta. Ponadto, mając na uwadze drugi model, Sąd Najwyższy wskazuje, że stan zdrowia pacjenta jest istotnym czynnikiem wpływającym na zakres przekazywanych informacji. Jeśli chodzi o procedury o celu leczniczym, Sąd Najwyższy stoi na stanowisku, że lekarz nie powinien przytłaczać pacjenta informacjami na temat nietypowych czy niezwykle rzadkich powikłań⁷. Inaczej jest natomiast w przypadku zabiegów kosmetycznych, które ze swej istoty są zabiegami o charakterze fakultatywnym (tzn. niezwiązanych z wystąpieniem medycznych wskazań - względnych czy bezwzględnych - do ich wykonania) wymagają od lekarza przekazania pełnej informacji medycznej, także na temat następstw mało prawdopodobnych. Co więcej, w przypadku zabiegów kosmetycznych lekarz nie może odstąpić od przekazania informacji medycznych czy jej ograniczyć (na zasadach właściwych tzw. przywilejowi terapeutycznemu). A zatem, zabiegi o charakterze czysto kosmetycznym/estetycznym – jako fakultatywne, muszą być poprzedzone rzetelną, wyczerpującą i w pełni zrozumiałą informacją medyczną.

⁶ R. Kubiak, *Prawne aspekty pozarejestracyjnego zastosowania leków w opiece paliatywnej w Polsce*, „Medycyna Paliatywna” 2020, t. 12, nr 1, s. 6.

⁷ J. Zajdel-Całkowska, *Prawo medyczne*, PZWL, Warszawa 2019, s. 65.

1. Zgoda poinformowana a zgoda świadoma

W piśmiennictwie dotyczącym tego zagadnienia / literaturze tematu najczęściej zamiennie stosowane są pojęcia „zgody poinformowanej” oraz „zgody świadomej”. Według autorów niniejszej pracy utożsamianie tych dwóch pojęć nie jest działaniem właściwym. Informacja medyczna przekazywana przez lekarza jest najczęściej zbiorem pewnych wiadomości, danych o stanie zdrowie, procesie diagnostyki i leczenia, możliwych następstwach podejmowanych działań bądź ich zaniechania. Przekazanie tych informacji, nawet w sposób wyczerpujący i rzetelny, nie gwarantuje jeszcze ich prawidłowego zrozumienia przez pacjenta oraz udzielenia w pełni objaśnionej zgody.

W polskich przepisach prawa brakuje jednoznacznych definicji „zgody świadomej” oraz „zgody poinformowanej”, co nastęrcza w doktrynie i praktyce medycznej problemów interpretacyjnych. Kodeks Etyki Lekarskiej (dalej KEL) w art. 13 wskazuje, że „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”. W dalszej części tego przepisu KEL wyjaśnia, że „informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały” oraz, że

lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego⁸.

A zatem, pacjent ma prawo do informacji medycznej udzielonej mu przez lekarza w sposób przystępny. Również ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odnosi się do problematyki informowania pacjenta wskazując że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia oraz wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji⁹. Z powyższego jednoznacznie wynika, że informacja medyczna powinna być udzielona pacjentowi w sposób dla niego zrozumiały. Warto zwrócić również uwagę, że skoro zgoda na procedurę medyczną musi być zgodą uprzednią stąd również informacja medyczna musi zostać przekazana pacjentowi z odpowiednim wyprzedzeniem. Pozostawienie pacjentowi czasu na refleksję, zadanie pytań lekarzowi, ewentualnie dodatkową konsultację z udziałem innego specjalisty, umożliwi transformację przekazanych przez lekarza danych (wiadomości) w wiedzę i świadomość, będącą podstawą ważnie udzielonej

⁸ Kodeks Etyki Lekarskiej Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy. Warszawa 2004; 1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf (nil.org.pl) https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf

⁹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 ze zm.)

zgody¹⁰. Zbyt późne przekazanie choremu informacji medycznej w oparciu o którą będzie realizowany proces leczniczy (np. wręczenie pacjentowi formularza zgody na zabieg medyczny tuż przed tym zabiegiem), pozbawia lub znacznie ogranicza prawo pacjenta do dodatkowej konsultacji medycznej tzw. drugiej opinii medycznej, oraz może zostać poczytane za brak należytej staranności w wykonywaniu obowiązków przez lekarza.

W doktrynie pojawia się niekiedy - bardzo słusznie zresztą - spostrzeżenie, że „zgoda poinformowana” nie musi być jednocześnie „zgodą świadomą”. Prawidłowa realizacja przez lekarza obowiązku informacyjnego względem pacjenta, nie zawsze oznacza uzyskanie przez niego pełnej świadomości co do znaczenia, przebiegu, zakresu i ryzyka podejmowanych wobec niego działań medycznych. Świadomość pacjenta może być w różnym stopniu ograniczona/zaburzona, chociażby przez jego wiek, stan zdrowia, poziom intelektualny, stres, stany lękowe, wstrząs emocjonalny, działanie leków czy inne nawet krótkotrwałe i przemijające okoliczności, wpływające jednak w sposób bezpośredni i istotny na proces wolicjonalny¹¹. I chociaż każda „zgoda świadoma” musi być zawsze „zgodą poinformowaną”, to jednak nie każda „zgoda poinformowana” wyczerpuje zakres przedmiotowy „zgody świadomej”. „Zgoda świadoma” legalizuje działanie lekarza nakierowane na osobę i zdrowie pacjenta. Również pacjent leczony psychiatrycznie¹² musi przede wszystkim posiadać zdolność zrozumienia przekazywanych przez lekarza informacji, dotyczących stanu jego zdrowia aby zgoda stanowiła warunek legalności takiej interwencji medycznej. W sytuacji gdy osoba z zaburzeniami psychicznymi czy dotknięta ograniczeniami poznawczymi nie jest w stanie przyswoić wiadomości niezbędnych do podjęcia decyzji, to należy stwierdzić, że nie jest możliwe spełnienie przez nią kryteriów stawianych oświadczeniu o zgodzie uświadomionego pacjenta. Zakres danych medycznych obejmuje: cel przyjęcia do szpitala psychiatrycznego¹³, stan zdrowia, proponowane czynności lecznicze i diagnostyczne¹⁴ oraz rokowania. Zgodnie z art. 3 pkt 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego¹⁵ na proces informowania pacjenta psychiatrycznego składają się: 1) zdolności pacjenta do zrozumienia przekazy-

¹⁰ J. Zajdel-Całkowska, *Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego i sprzeciw wobec niego*, [w:] J. Zajdel-Całkowska (red. nauk.) *Prawo medyczne w ochronie zdrowia. meritum*, Warszawa 2021, s. 18–45.

¹¹ J. Haberko, *Analiza prawna i postulaty zmiany formularzy świadomej zgody pacjentki na leczenie operacyjne*, „Prawo i Medycyna” 2006, 24, s. 85–89.

¹² B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, s. 339 i n.

¹³ J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2009, s. 139 i n.

¹⁴ N. Karczewska-Kamińska, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018, s. 52 i n.

¹⁵ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

wanych informacji medycznych¹⁶, 2) sposób przekazania informacji¹⁷, 3) zakres danych udzielanych osobie z zaburzeniami psychicznymi¹⁸. Osoba uprawniona do wyrażenia zgody musi być kompetentna do wyrażenia zgody¹⁹. W ramach tej kompetencji wyróżniamy jej aspekt prawny i psychologiczny. Nierozstrzygnięta w doktrynie jest interpretacja aspektu prawnego kompetencji. Oznacza to, że odnosi się ona do spełnienia stawianych przez system prawa wymagań, dotyczących wieku i faktu (nie) ubezwłasnowolnienia pacjenta²⁰ oraz zdolności do czynności prawnych. Część doktryny opowiada się za przyjęciem pełnej zdolności do czynności prawnych.

A zatem, rozróżnienie i precyzyjne zdefiniowanie pojęć „zgody poinformowanej” oraz „zgody świadomej” jest kluczowe do prawidłowej oceny jakości i profesjonalizmu działań lekarza w zakresie realizacji prawa pacjenta do informacji medycznej.

Lekarz zobowiązany jest nie tylko rzetelnie wywiązywać się z obowiązku informacyjnego względem pacjenta, poświęcając na to odpowiednią ilość czasu (art. 8 KEL), ale również dostosowywać sposób przekazania informacji medycznych do potrzeb oraz możliwości ich zrozumienia i przyjęcia przez chorego. Lekarz jest zobligowany troszczyć się o jakość i efektywność komunikacji z pacjentem.

Warto zwrócić uwagę, że w literaturze przedmiotu znaleźć można również podejście, które oprócz „zgody poinformowanej” oraz „zgody świadomej”, wyróżnia dodatkowo tzw. „zgodę podzieloną”. Założenie to opiera się na uznaniu, że pacjent jest nie tylko podmiotem świadczeń medycznych ale, w myśl idei opieki skoncentrowanej na pacjencie (Patient-Centered Care - PCC) oraz humanizacji medycyny, zaczyna być utożsamiany z podmiotem współdecydującym o sposobie i przebiegu leczenia²¹. W wielu krajach np. USA czy Austrii jest to standardowe podejście w opiece nad pacjentem, w Polsce natomiast dotychczas nie było ono powszechne i popularne. W Polsce podejście skoncentrowane na pacjencie jest nowatorskim spojrzeniem na opiekę, włączające chorego do zespołu terapeutycznego oraz nakładające na pacjenta pewną odpowiedzialność za własne zdrowie, również w odniesieniu do innych użytkowników sys-

¹⁶ B. Janiszewska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, *O odszkodowawczych aspektach przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej*, „Prawo i Medycyna” 2016, 2, s. 12 i n.

¹⁷ Turzańska-Szacoń B., *Ochrona zdrowia psychicznego*, Wrocław 2012, s. 35 i n.

¹⁸ J. Ciechorski, *Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 2012 r., sygn.. akt II CSK 678/11 (LEX 1215054)*, „Prawo i Medycyna” 2013, 1-2, s. 224.

¹⁹ A. Golonka, *Problematyka zgody na leczenie wyrażonej przez osobę z tzw. zaburzeniami psychicznymi*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 2013, nr 2, s. 109- i n.

²⁰ L.K. Paprzycki, *Prawa pacjentów przyjmowanych do szpitali psychiatrycznych w świetle polskiego ustawodawstwa*, [w:] L.K. Paprzycki, *Prawna problematyka opiniowania psychiatryczno-psychologicznego w postępowaniu karnym w zakresie ochrony zdrowia psychicznego*, Kraków 2006, s. 249.

²¹ U. Drozdowska, W. Wojtal, *Zgoda i informowanie pacjenta*, Warszawa 2010, s. 16 i n.

temu opieki zdrowotnej. Istotą opieki skoncentrowanej na pacjencie jest zmiana dotychczasowego myślenia o roli pacjenta i jego bliskich w planowaniu i realizacji opieki, promując ich aktywność, autonomię oraz szanując prawo do samostanowienia²². Powyższe rozwiązanie jest bliskie idei medycyny humanistycznej i jeszcze dobitniej podkreśla rolę oraz znaczenie prawidłowej komunikacji lekarz-pacjent, ze wskazaniem na jakość i profesjonalizm tego procesu.

2. Jakość komunikacji lekarz-pacjent – humanizacja medycyny

Problem w komunikacji na linii lekarz-pacjent jest zauważalny i wpływa na realizację praw pacjenta, w tym prawa do informacji medycznej. Polscy pacjenci zgłaszają, że nie są słuchani przez lekarzy w wystarczającym stopniu²³. Konieczność pochylenia się nad tematem kompetencji komunikacyjnych lekarzy oraz ich prawnym obowiązkiem świadczenia opieki medycznej na najwyższym poziomie, zaowocowała nowelizacją standardów kształcenia na kierunku lekarskim. Znowelizowane standardy będą miały zastosowanie do kształcenia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, począwszy od cyklu kształcenia rozpoczynającego się w roku akademickim 2024/2025. Zmiany mają na celu zapewnienie jak najwyższej jakości kształcenia kadr medycznych. Na uwagę zasługuje wprowadzenie odrębnego, rozbudowanego bloku kształcenia obejmującego nauki behawioralne i społeczne z elementami profesjonalizmu i komunikacji, z uwzględnieniem idei humanizmu w medycynie, jak również obszernego bloku tematycznego zawierającego prawne i organizacyjne aspekty medycyny²⁴.

Idea humanizmu w medycynie wymaga zwrócenia szczególnej uwagi na osobę pacjenta, postawienia go w centrum zainteresowania całego systemu ochrony zdrowia oraz samego procesu leczenia. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest bowiem dobro chorego (art. 2 ust. 2 KEL). Wszelkie działania lekarza, podejmowane na każdym etapie postępowania medycznego, powinny być nacechowane profesjonalizmem oraz postawą szacunku i zrozumienia dla osoby chorego. Idea humanizmu jest przeciwstawieniem postawy paternalistycznej – nacechowanej znaczną dominacją lekarza i biernością pacjenta²⁵. Rolą lekarza

²² L. Ścisło, I. Bodys-Cupak², M. Kozka, *Opieka skoncentrowana na pacjencie – analiza modelu i rezultatów wdrożenia do systemu opieki zdrowotnej*, „Sztuka Leczenia” 2022, t. 37, nr 1, s. 33–41.

²³ P.L. Beaudoin, M. Labbé, A. Fanous, et al. *Teaching communication skills to OTL-HNS residents: multisource feedback and simulated scenarios*. Am J Otolaryngol Head Neck Surg 2019/48-1, s. 8.

²⁴ Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 17 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.

²⁵ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 217.

jest przedstawienie informacji istotnych dla pacjenta w procesie podejmowania przez niego decyzji oraz uzyskania informacji zwrotnej, potwierdzającej prawidłową interpretację i rozumienie przekazanych przez lekarza treści²⁶.

Podsumowanie

Ważnie udzielona zgoda pacjenta (lub innego uprawnionego podmiotu), jest warunkiem prawidłowej realizacji każdej procedury medycznej. Przepisy nakładają na lekarzy obowiązek odbierania od pacjentów zgody w przewidzianej prawem formie, po uprzednim uzyskaniu przez pacjenta przystępnej informacji.

Zasada autonomii i prawo pacjenta do samostanowienia wymagają od lekarza uszanowania woli pacjenta, a jednocześnie zobowiązują do przedstawienia pacjentowi w sposób zrozumiały informacji, umożliwiających pełne zrozumienie jego sytuacji zdrowotnej, a w efekcie wyrażenie świadomej zgody na interwencję medyczną. Rolą lekarza jest nie tylko formalne wywiązanie się z obowiązku informacyjnego względem pacjenta, ale przede wszystkim właściwa ocena jego potrzeb, możliwości, deficytów i kompetencji w procesie komunikacyjnym oraz dostosowanie sposobu komunikacji do indywidualnych uwarunkowań i oczekiwań pacjenta.

W orzecznictwie podkreśla się, że ryzyko medyczne zawsze towarzyszy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Nawet postępując zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, procedurami, zasadami etyki zawodowej, przy zachowaniu należytej staranności, nie można wykluczyć wystąpienia powikłań. Pojęciem ryzyka dozwolonego objęte jest bowiem także niepowodzenie medyczne. Pacjent, poinformowany o istnieniu takiego ryzyka, wyrażając świadomą zgodę na procedurę medyczną przyjmuje to ryzyko i się na nie godzi²⁷. A zatem, prawidłowo odebrana od pacjenta zgoda, poprzedzona wyczerpującą i przystępną informacją medyczną, przekazana pacjentowi z odpowiednim wyprzedzeniem, jest warunkiem koniecznym do uznania działań lekarza za legalne. Niedołożenie należytej staranności w trakcie realizacji procesu informowania pacjenta, może, w skrajnych przypadkach, stać się przyczyną wzruszenia zgody wyrażonej na procedurę medyczną. Mając na uwadze powyższe oraz z uwagi na dobro pacjenta uznać należy, że etap przekazywania informacji medycznej oraz odbierania od pacjenta zgody na procedury medyczne, jest niezwykle istotnym elementem praktyki medycznej.

Zrozumienie aspektów klinicznych, opanowanie umiejętności technicznych i wiedza medyczna są niezbędnymi elementami edukacji medycznej, jednakże umiejętności interpersonalne oraz empatia (rozumiana jako współodczuwanie,

²⁶ I. Bernatek-Zagała, *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008, s. 65.

²⁷ Wyrok SN z 26.04.2016 r., IV CSK 396/15, LEX nr 2062800

a nie współczucie) to kompetencje coraz częściej postrzegane jako podstawowe i fundamentalne w pracy lekarza²⁸. Niniejszy artykuł jest próbą przedstawienia pewnej tendencji w prawie medycznym, która zmierza w kierunku przywrócenia pacjentowi możliwości aktywnego udziału w procesie diagnostycznym, terapeutycznym i leczniczym, a jednocześnie nakłada na pacjenta obowiązek ponoszenia współodpowiedzialności za swoje zdrowie. Powyższe tendencje, będące w niektórych krajach standardem w opiece nad pacjentem, zmierzają w kierunku odejścia od fragmentarycznej, bezosobowej, skoncentrowana na standaryzacji świadczonych usług medycynie²⁹, na rzecz medycyny humanistycznej, traktującej osobę pacjenta wielowymiarowo, holistycznie.

Powyższa transformacja była podstawą wprowadzenia zmian w programach kształcenia studentów kierunku lekarskiego oraz obejmuje konieczność zmiany mentalności praktykujący lekarzy, którzy na nowo muszą nauczyć się rozmawiać z pacjentem, skupiając się na profesjonalizmie tego procesu oraz mając na uwadze jego prawne uwarunkowania.

Bibliografia

Literatura

- Bernatek-Zagała I., *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Ciechorski J., *Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 2012 r., sygn.. akt II CSK 678/11 (LEX nr 1215054)*, „Prawo i Medycyna” 2013, t. 15, nr 50–51, z. 1–2.
- Drozdowska U., Wojtal W., *Zgoda i informowanie pacjenta*, Warszawa 2010.
- Duda J., *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2009.
- Golonka A., *Problematyka zgody na leczenie wyrażonej przez osobę z tzw. zaburzeniami psychicznymi*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 2013, nr 2.
- Haberko J., *Analiza prawna i postulaty zmiany Formularzy świadomej zgody pacjentki na leczenie operacyjne*, „Prawo i Medycyna” 2006, t. 8, nr 24, z. 3.
- Janiszewska B., *Zgoda na udzielnie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnętrz-systemowe*, Warszawa 2013.
- Janiszewska B., Wnukiewicz-Kozłowska A., *O odszkodowawczych aspektach przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej*, „Prawo i Medycyna” 2016, t. 18, nr 63, z. 2.

²⁸ R.M. Epstein, *Defining and Assessing Professional Competence*, JAMA 2002/287-2, s. 226.

²⁹ Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press 2001.

- Karczevska-Kamińska N., *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018.
- Kubiak R., *Prawne aspekty pozarejestacyjnego zastosowania leków w opiece paliatywnej w Polsce*, „Medycyna Paliatywna” 2020, t. 12, nr 1.
- Paprzycki L.K., *Prawa pacjentów przyjmowanych do szpitali psychiatrycznych w świetle polskiego ustawodawstwa*, [w:] L.K. Paprzycki, *Prawna problematyka opiniowania psychiatryczno-psychologicznego w postępowaniu karnym w zakresie ochrony zdrowia psychicznego*, Kraków 2006.
- L. Ścisło, I. Bodys-Cupak, M. Kozka, *Opieka skoncentrowana na pacjencie – analiza modelu i rezultatów wdrożenia do systemu opieki zdrowotnej*, „Sztuka Leczenia” 2022, t. 37, nr 1.
- Turzańska-Szacoń B., *Ochrona zdrowia psychicznego*, Wrocław 2012.
- Zajdel-Całkowska J., *Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego i sprzeciw wobec niego*, [w:] J. Zajdel-Całkowska (red. nauk.) *Prawo medyczne w ochronie zdrowia. meritum*, Warszawa 2021.
- Zajdel-Całkowska J., *Prawo medyczne*, Warszawa 2019.

Orzecznictwo

- Wyrok SN z 26.04.2016 r., IV CSK 396/15, LEX nr 2062800r.
- Wyrok Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 31.03.2006 r., I ACa 973/05, Apel.-W-wa 2007/2/12.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 02.10.2003 r., I ACa 368/03, LEX nr 1681154.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 29.09.2005 roku, sygn. akt: I ACa 236/05.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 ze zm.)
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 17 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.

Inne

Kodeks Etyki Lekarskiej Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 2004, https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf [dostęp: 12.10.2023].

Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press 2001.

Informed Consent and Conscious Consent – Humanizing the Provision of Health Services

Abstract

The consent of an authorized entity to a medical intervention is a necessary condition for recognizing the doctor's actions as legal. The validity of the patient's statement depends on both the completeness and reliability of the information provided by the doctor and the patient's ability to receive and understand this information. Correct fulfillment of the information obligation by a doctor does not always mean obtaining fully informed consent from the patient to the medical activities undertaken towards him.

The idea of humanizing medicine requires paying special attention to the patient, giving him the role of an entity co-responsible for the course and effect of the treatment process, and the need to improve the quality and effectiveness of doctor-patient communication.

Scientific research shows that the ability of medical staff to provide care in accordance with the idea of humanization of medicine has a positive impact on the mental state of patients, the course and pace of the treatment process and convalescence.

Keywords: informed consent, conscious consent, humanization of medicine.