

# Zgoda dotycząca ewentualnego leczenia na oddziale intensywnej terapii wyrażona w formularzu zgody na znieczulenie do zabiegu planowego

## Consent to eventual treatment in the intensive care unit expressed within the consent form for elective anaesthesia and surgery

Jacek Siewiera<sup>1,2</sup>, Jakub Trnka<sup>2</sup>, Andrzej Kübler<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

<sup>2</sup>Katedra Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

<sup>3</sup>Katedra i I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

### Abstract

In contemporary clinical practice, the issue of requesting patient consent to perform therapeutic treatment plays an important role. The conscious consent of a patient as an expression of one's will greatly strengthens the legality of medical procedures performed by a physician, regardless of the medical field. However, obtaining consent to treatment in the intensive care unit (ICU) often poses enormous difficulties in daily clinical work, and has in recent decades been the cause of much dispute between doctors and lawyers. The correct interpretation of the provisions under the relevant laws determines the safety and comfort of the medical practice in the ICU.

This study compared the current rules of normative acts of Polish common law relating to medical practice in intensive care units and issued on the basis of the judgments of the common court of law over the past ten years. On the basis of those provisions, the authors conclude that the patient should be informed by the anaesthesiologist during the visit as to the possibility of postoperative therapy in the ICU. The extent of such information depends on the likelihood of having treatment in the ICU. The consent of the patient for hospitalisation in the ICU should be mandatory in the case of treatments which are very likely to necessitate such hospitalisation. This concerns especially cardiac surgery, neurosurgery and treatments for patients with a significant burden of disease.

The authors of this study propose that an information and consent form to undergo treatment in the intensive care unit should be included within the anaesthesia consent form.

**Key words:** anaesthetic questionnaire, consent form, consent to treatment, elective anaesthesia procedure

**Słowa kluczowe:** ankieta anestezjologiczna, formularz zgody, zgoda na leczenie, znieczulenie planowe

Anestezjologia Intensywna Terapia 2013, tom XLV, nr 1, 48–53

We współczesnej praktyce klinicznej uzyskanie przez lekarza zgody pacjenta na wykonanie zabiegu leczniczego odgrywa kluczową rolę. Świadoma zgoda pacjenta jako oświadczenie jego woli jest podstawą legalności procedur medycznych wykonywanych przez lekarza w ramach każdej z dyscyplin medycznych. Tymczasem kwestia uzyskiwania

zgody na leczenie na oddziale intensywnej terapii (OIT) często stwarza ogromne trudności w codziennej pracy klinicznej, stając się powodem wielu dyskusji między lekarzami i prawnikami. Autorzy pracy dokonali analizy aktualnego stanu prawnego oraz zaproponowali praktyczne rozwiązania umożliwiające uzyskanie zgody *pro futuro* (na przyszłość)

na ewentualność leczenia na OIT w trakcie kwalifikacji do zabiegu planowego pacjenta świadomego oraz pełnoletniego.

## **OBOWIĄZEK UZYSKANIA ZGODY I RODZAJE ODPOWIEDZIALNOŚCI**

Legalność wykonania jakiejkolwiek procedury medycznej, w tym także hospitalizacji pacjenta na OIT, jest uzależniona od uzyskania od pacjenta świadomej zgody na wykonanie danej procedury [1]. Na potrzeby praktyki klinicznej wyrażenie przez pacjenta zgody na zabieg leczniczy należy traktować jak złożenie oświadczenia woli [2, 3] w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego [4, 5]. Uzyskanie takiego oświadczenia woli stanowi realizację obowiązku uzyskania zgody na leczenie. Treść tego obowiązku określa art. 34 ustęp 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, stanowiąc że: „Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody” [6]. Analogicznie do obowiązku lekarza z art. 34 Ustawy o zawodzie lekarza ustawodawca sformułował uprawnienie pacjenta do wyrażenia zgody w art. 18 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [7]. Oznacza to, że podjęcie leczenia każdego pacjenta na OIT uwarunkowane jest uzyskaniem stosownej zgody, a jedyne wyjątki od tej reguły zostały określone w art. 33 oraz art. 34 ustęp 3 i 4 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Obowiązek uzyskania zgody rodzi wiele trudności organizacyjnych w codziennym funkcjonowaniu OIT, przyjmujących chorych nieprzytomnych, w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, którzy w momencie przyjęcia nie mogą świadomie wyrazić zgody na przeprowadzane procedury medyczne. Są to enumeratywnie określone sytuacje, w których wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (lub zgody substytucyjnej innego podmiotu uprawnionego) jest dopuszczalne. Ograniczają się one głównie do działań ratunkowych, „gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia” oraz sytuacji, w których ze względu na brak stosownej zgody pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego konieczne jest wnioskowanie do sądu opiekuńczego. Z pominięciem powyższych wyjątków należy przyjąć, że wyrażenie zgody na leczenie na OIT przez pacjenta przytomnego jest obowiązkowe we wszystkich pozostałych przypadkach.

## **ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNOPRAWNA**

Leczenie wykonane prawidłowo z medycznego punktu widzenia, przy zachowaniu wszelkich wskazań, może być pozbawione podstaw prawnych i może rodzić odpowie-

dzialność prawną lekarza lub szpitala, jeżeli nie uzyskano świadomej zgody pacjenta.

Stanowisko takie zostało przedstawione w wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 29.09.2005 roku. W uzasadnieniu stwierdzono, że „...lekarz odpowiada nie tylko za winę w samym procesie leczenia, lecz także za każdą winę niedotyczącą techniki medycznej, a więc i za niedoinformowanie pacjenta o ryzyku i skutkach zabiegu. Samo zaś uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o ryzyku i skutkach zabiegu powoduje, że jest to zgoda 'nieobjaśniona' i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej” [8].

## **ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNOPRAWNA**

Podstawą odpowiedzialności karnej lekarza za podjęcie określonego sposobu leczenia pacjenta bez uzyskania stosownej zgody jest art. 192 kodeksu karnego, który stanowi, że „kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2” [1]. Należy tutaj zwrócić uwagę na fakt, iż przestępstwo, o którym mowa w tym artykule, ścigane jest na wniosek pokrzywdzonego. Uprawnienie pokrzywdzonego może przysługiwać pacjentowi leczonemu na OIT w przypadku naruszenia jego prawa do wyrażenia zgody na leczenie. W przypadku zgonu pacjenta jego prawa mogą wykonywać osoby najbliższe lub prokurator [9]. Z powyższego jasno wynika, że niedopełnienie obowiązku uzyskania zgody może być podstawą odpowiedzialności karnej także po śmierci pacjenta.

W przypadku większości pacjentów hospitalizowanych w warunkach OIT uzyskanie zgody ustnej w momencie wystąpienia wskazań do leczenia jest niemożliwe z uwagi na brak przytomności chorego, którego ta zgoda dotyczy. Wówczas zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry, czynności ratujące życie powinny być podjęte niezwłocznie, o ile zwłoka w ich wykonaniu, wynikająca z braku zgody, mogłaby zagrozić życiu lub zdrowiu chorego. W przypadku jednak, gdy ewentualna zwłoka przestaje bezpośrednio zagrażać życiu chorego, lekarz powinien podjąć działania zmierzające do uzyskania stosownej zgody wyrażonej w zastępstwie pacjenta przez przedstawiciela ustawowego lub właściwy sąd.

## **ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA**

Niezależnie od odpowiedzialności karnej oraz cywilnej lekarz ponosi odpowiedzialność zawodową zarówno na podstawie przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL), jak i Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Regulacje dotyczące zgody na zabieg medyczny wobec pacjenta doro-

słego ujęte zostały w art. 15 pkt. 1 i pkt. 3 KEL [10]. Treść tych przepisów, określonych przez Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy, stwarza znacznie większą swobodę lekarza w zakresie pozyskiwania zgody na leczenie wobec pacjenta w stanie zagrożenia życia, czyli wobec większości pacjentów na OIT. Kodeks Etyki Lekarskiej w Art. 15 ust. 3 stanowi: „Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo, w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta...”. Z brzmienia artykułu wynika, że ocena dopuszczalności leczenia bez zgody pacjenta pozostaje do dyspozycji lekarza. Chociaż zastosowanie w praktyce przepisów KEL znacznie ułatwiłoby pracę lekarzy OIT, to jednak nie stanowią one podstawy legalności procedur medycznych, ponieważ w systemie hierarchii źródeł prawa ustawa jest aktem nadrzędnym. W przypadku powstania sprzeczności między normą etyczną a normą prawną przepis powszechnie obowiązującego prawa ma decydujące znaczenie” [11].

W obliczu przytoczonych norm prawa wyrażenie przez pacjenta zgody na leczenie (również na OIT) należy uznać za niezbędne. Ustawodawca od uzyskania takiej zgody uzależnia legalność prowadzenia każdej procedury medycznej. Zgoda taka powinna spełniać kilka warunków formalnych:

1. warunki przedmiotowe: zgoda musi być uświadomiona i dobrowolna oraz wyrażona przed zabiegiem,
2. warunki podmiotowe: zgoda musi być wyrażona przez osobę do tego uprawnioną,
3. zgoda powinna przyjąć formę przewidzianą w odpowiednich przepisach dla danej procedury.

## **SPOSÓB UDZIELENIA INFORMACJI ORAZ UZYSKANIA ZGODY**

W trakcie wizyty anestezjologicznej standardowym postępowaniem lekarza jest przedstawienie pacjentowi okoliczności związanych z przebiegiem zabiegu, a w szczególności sposobu znieczulenia niosącego najmniejsze ryzyko powikłań. Omówienie sposobu przeprowadzenia znieczulenia, czasu jego trwania, wpływu na stan zdrowia pacjenta, a także możliwych dolegliwości związanych z jego przebiegiem już po zakończeniu zabiegu należy do standardu prowadzenia wizyty anestezjologicznej. W jej wyniku pacjent uzyskuje od lekarza komplet informacji, niezbędnych do wyrażenia zgody świadomej. W rozmowie tej przedstawiany jest najczęściej rutynowy przebieg znieczulenia.

Lekarz podczas wizyty anestezjologicznej, w trakcie informowania pacjenta o wyborze i sposobie przeprowadzenia znieczulenia, powinien także przedstawić możliwe powikłania związane z przebiegiem takiej procedury medycznej oraz możliwe sposoby leczenia tych powikłań, włącznie z ewentualnością hospitalizacji na OIT. Jedynie wówczas zgoda pacjenta będzie w świetle prawa w pełni uświadomiona, a co za tym idzie, wiążąca dla lekarza.

Bardzo rozbudowaną charakterystykę dotyczącą zakresu koniecznej informacji zawiera teza orzeczenia Sądu Najwyższego z 1992 roku stanowiąca: „Informacja udzielana przez lekarza przed zabiegiem powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać. (...). Informacja powinna w szczególności obejmować te dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu, zwłaszcza jeżeli są to następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, które — jako działanie niepożądane — wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć, i powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia (...). Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta, ewentualnie jaki mogą mieć wpływ (doniosłość) na prawidłowe funkcjonowanie organizmu” [12]. W świetle przytoczonego orzeczenia, zdaniem autorów niniejszej pracy, istnieje konieczność poinformowania pacjenta w trakcie rozmowy anestezjologicznej o ewentualności leczenia na OIT w obliczu wystąpienia zagrożenia życia, jako powikłania zabiegu operacyjnego.

W licznych komentarzach istotne jest stanowisko, że najistotniejszą informacją w przypadku zabiegów przeprowadzanych w obliczu zagrożenia życia pozostaje stopień zagrożenia, prawdopodobieństwo jego wystąpienia oraz jego przewidywane skutki, nie zaś jednostkowy opis narządu lub części ciała, którego powikłanie mogłoby dotyczyć [13]. Tak sformułowane kryteria zakresu informacji pozwalają anestezjologowi przeprowadzającemu kwalifikację do planowego zabiegu o podwyższonym ryzyku (np. zabieg kardiochirurgiczny, neurochirurgiczny lub inne rozległe zabiegi w obrębie istotnych dla życia narządów) uzyskać skuteczną, świadomą zgodę na ewentualną hospitalizację na OIT jako leczenie powikłania zabiegu chirurgicznego. Stanowisko to „wskazuje właściwy kierunek informowania pacjenta; nie musi to być wylczenie absolutnie wszystkich możliwych powikłań, lecz uświadomienie pacjentowi, z jakiego typu ryzykiem należy się liczyć” [14].

Tak wyrażona zgoda w formie pisemnej, przy zachowaniu pełnej świadomości pacjenta, pozostaje wiążącą prawnie i pozwala na leczenie w warunkach OIT nawet wówczas, gdy pacjent po zabiegu operacyjnym pozostaje nieprzytomny i niezdolny do samodzielnego jej wyrażenia. Zgodę w tej formie Kodeks cywilny określa jako oświadczenie woli *pro futuro*, czyli takie, które nabiera mocy prawnej dopiero w obliczu wystąpienia okoliczności, co do których składający oświadczenie miał wiedzę, że mogą wystąpić w przyszłości, gdy on nie będzie mógł już wyrazić skutecznie swej woli. W sporach prawnych tego typu forma zgody na leczenie oraz na zabieg medyczny była źródłem licznych wątpliwości i rozbieżnych interpretacji, zwłaszcza w sprawach konfrontu-

jących stanowisko prawników i lekarzy. Właściwe znaczenie zgody *pro futuro* na zabieg medyczny wyrażonej pisemnie (lub jej braku) określił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu postanowienia Izby Cywilnej z 27.10.2005 roku: „Oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza — jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny — wiążące.” [15]. Obligując lekarza do respektowania oświadczenia woli pacjenta odmawiającego leczenia w obliczu zagrożenia, Sąd Najwyższy wskazuje na obowiązek uszanowania woli pacjenta nawet za cenę jego życia. Obowiązek ten nabiera tym większego znaczenia w obliczu zgody wyrażonej *pro futuro* na ratowanie życia pacjenta (a nie zaniechanie).

Z punktu widzenia lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych na OIT fakt wyrażenia wiążącej zgody ma istotne znaczenie w codziennej pracy. Uzyskanie świadomej zgody pacjenta na leczenie na OIT nie stwarza konieczności wnioskowania o wydanie zgody zastępczej, czyli zgody urzędowej udzielonej przez sąd opiekuńczy w zastępstwie zgody będącej aktem woli pacjenta. Warunkiem uzyskania wiążącej zgody pacjenta jest jednak to, by informacja o możliwości leczenia na OIT była wyrażona świadomie przed zabiegiem operacyjnym.

Najlepszą do tego okolicznością pozostaje czas wizyty anestezyjologicznej, która pozwala spełnić wszystkie wymagane prawem warunki. Pacjent w jej trakcie pozostaje najczęściej w pełni świadomy swych decyzji i może swobodnie pokierować swoim działaniem. W celu zagwarantowania bezpieczeństwa prawnego lekarza należy zwrócić uwagę, by w trakcie wyrażenia zgody pacjent nie pozostawał pod wpływem premedykacji lub innych środków mogących ograniczyć ocenę znaczenia jego samodzielnych decyzji. Bardzo istotne jest także, aby lekarz anestezyjolog wyjaśnił swój zamiar uzyskania zgody, a także cel, dla jakiego miałaby ona zostać udzielona, gdyż stanowi to wymóg formalny legalności procesu leczenia [16]. Wyrażenie zgody na znieczulenie, a także na ewentualne leczenie na OIT, uzyskane w trakcie wizyty anestezyjologicznej, w pełni wyczerpuje także warunek „zgody udzielonej przed zabiegiem”.

## ZAKRES ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA

Oczywiste wątpliwości każdego lekarza praktyka może budzić fakt każdorazowego informowania pacjenta przed zabiegiem o pełnym spektrum powikłań, jakie mogą wystąpić w trakcie jego przebiegu, zwłaszcza gdy znieczulenie dotyczy będzie rutynowych zabiegów w zakresie chirurgii o niewielkim prawdopodobieństwie powikłań wymagających leczenia na OIT. Lęk towarzyszący każdemu zabiegowi operacyjnemu może być potęgowany przez udzielenie pacjentowi zbyt rozbudowanej informacji dotyczącej cięż-

kich powikłań zagrażających życiu, które występują bardzo rzadko.

Należy jednak zwrócić uwagę, że według publikowanych badań wystąpienie powikłań anestezyjologicznych ma mniejszy wpływ na ocenę pacjenta dotyczącą świadczonych usług niż brak informacji o potencjalnych powikłaniach [17, 18]. Można zatem założyć, że poziom lęku pacjenta po uzyskaniu kompletnej informacji dotyczącej zabiegu oraz jego ewentualnych powikłań może ulec znacznej redukcji, nie wpływając jednocześnie na jakość wyrażonej zgody.

W linii orzeczniczej sądów ostatnich dwudziestu lat XX wieku funkcjonował pogląd Sądu Najwyższego, że dla skuteczności zgody wystarczy, aby lekarz poinformował pacjenta o rodzaju zabiegu oraz o jego „bezpośrednich i zwykłych skutkach” [19]. W dzisiejszej doktrynie prawa częściej przyjmowany jest model subiektywistyczny, według którego „zakres obowiązku informowania nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, by podjąć poinformowaną decyzję”. Nawet w tak przyjętej zasadzie informowania pacjenta dopuszczalna jest jednak możliwość przemilczenia faktów w wyjątkowych przypadkach [20, 21].

Każdy lekarz praktyk powinien w celu zagwarantowania pacjentowi właściwego komfortu, a także zachowania własnego bezpieczeństwa prawnego, korzystać według własnego doświadczenia z możliwości, jaką pozostawia Ustawodawca w art. 31 ust. 4 Ustawy o zawodzie lekarza oraz lekarza dentystry, który stanowi, że lekarz może podjąć decyzję o ograniczeniu zakresu informacji przekazywanych pacjentowi w ramach tak zwanego przywileju terapeutycznego. Należy tu nadmienić, że celem tego działania musi być dobro pacjenta i dbałość o utrzymanie jak najniższego poziomu jego lęku.

Taka forma udzielenia informacji pomaga uniknąć nadmiernego komplikowania przedstawionej pacjentowi informacji oraz wzbudzenia niepokoju powikłaniami, które w praktyce klinicznej stanowią rzadkość. Ponieważ od daty wydania powyższego wyroku upłynęło już ponad ćwierć wieku, dzisiejsze orzeczenia bardziej odzwierciedlają rolę pacjenta jako partnera w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych, a co za tym idzie, także zakresu udzielanej mu informacji. Wynika z tego, że aby spełnione były przesłanki wyrażenia wiążącej zgody na leczenie, pacjent powinien zostać poinformowany w trakcie wizyty anestezyjologicznej także o możliwości hospitalizacji na OIT jako metodzie leczenia w sytuacji zagrożenia życia, będącej powikłaniem planowego przebiegu operacji oraz o okolicznościach, jakie musiałyby nastąpić, by takie leczenie zostało podjęte. Oczywiste wątpliwości budzi konieczność informowania pacjenta o sposobie i okolicznościach leczenia na OIT w przypadku rutynowych zabiegów chirurgicznych u pacjentów mło-

dych, bez istotnych klinicznie obciążeń chorobowych. W ich przypadku zakres udzielanej informacji, z uwagi na małe prawdopodobieństwo konieczności leczenia na OIT powinien być ograniczony jedynie do zgody na przeprowadzenie planowego znieczulenia. Zupełnie inaczej wygląda sytuacja przy zabiegach anestezjologicznych dotyczących pacjentów kierowanych do leczenia kardiochirurgicznego oraz neurochirurgicznego w trybie planowym oraz pacjentów ze znacznym obciążeniem chorobowym, którzy z dużym prawdopodobieństwem będą wymagali leczenia na warunkach OIT. W wyżej wymienionych wypadkach konieczne jest poszerzenie informacji udzielanej pacjentowi o okoliczności związane z procedurami medycznymi wykonywanymi na OIT. Uzasadnione wydaje się umieszczenie w treści ankiety anestezjologicznej, obok informacji o planowym przebiegu znieczulenia, także informacji dotyczących ewentualnego leczenia na OIT. Lekarz będzie objaśniał pacjentowi taką informację, uzyskując od niego stosowną zgodę poświadczoną podpisem, tak jak w przypadku zabiegów planowych.

Jeżeli informacja taka nie podnosi lęku pacjenta (co wynika z przytoczonych powyżej badań), warto także opisać, jaką rolę odgrywa w leczeniu pacjentów w bezpośrednim zagrożeniu życia oddział intensywnej terapii i jego personel medyczny. Działanie takie nie tylko zwiększa bezpieczeństwo prawne lekarza uzyskującego zgodę pacjenta, ale także wpływa na zmianę świadomości pacjenta, co do roli lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w przebiegu leczenia, jako osoby odpowiedzialnej nie tylko za znieczulenie oraz terapię bólu, lecz także gwaranta bezpieczeństwa życia pacjenta w okresie okołoperacyjnym.

## **SPOSÓB DOKUMENTACJI ZGODY NA LECZENIE NA OIT**

W zakresie normowania zgody na zabieg zastosowanie mają przede wszystkim przepisy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry [6], w której znajduje się podział procedur medycznych na dwa rodzaje:

- procedury i zabiegi proste,
- zabiegi podwyższonego ryzyka.

W przypadku zabiegu prostego zgoda może być wyrażona w formie ustnej lub konkludentnie, to znaczy poprzez takie zachowanie pacjenta, w którym wyraża on w sposób jednoznaczny zgodę na wykonanie danego zabiegu oraz współpracuje z lekarzem przy jej wykonywaniu. Na przykład w trakcie pobrania krwi pacjent w pozycji siedzącej odsłania przedramię w celu wkłucia igły. Zważywszy na fakt, że wszystkie działania podejmowane na OIT dotyczą leczenia pacjentów w bezpośrednim zagrożeniu życia i pociągają za sobą poważne ryzyko zarówno niepowodzenia, jak i możliwych powikłań, należy przyjąć, że zgoda na nie powinna przyjąć formę przewidzianą w art. 34 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry dla zabiegów operacyjnych oraz

metod leczenia stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. W takim wypadku oświadczenie woli pacjenta powinno przybrać formę pisemną. Wprowadzone w treści ustawy rozgraniczenie rodzajów zabiegów medycznych na proste oraz stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta jest nieostre i wymaga każdorazowo dookreślenia przez lekarza. Warto zaznaczyć, że w przypadku wątpliwości lekarz powinien sam zadbać o zachowanie możliwie najbardziej odpowiedniej formy oświadczenia woli pacjenta, gdyż to na nim w trakcie ewentualnego postępowania sądowego spoczywać będzie obowiązek udowodnienia, że otrzymał właściwą formę zgody. Przyjmując stanowisko, że ewentualność leczenia na OIT i związane z tym procedury stanowią zabiegi podwyższonego ryzyka, należy stwierdzić, że w trakcie wizyty anestezjologicznej przed zabiegiem operacyjnym pacjent powinien złożyć pisemne oświadczenie woli będące zarówno zgodą na wybrany typ znieczulenia, jak i zgodą dotyczącą leczenia zagrażających życiu powikłań. Warto tutaj przytoczyć wyrok Sądu Najwyższego z 17.12.2004 roku, który stwierdza: „Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny (...), spoczywa na lekarzu” [22]. Najbezpieczniejszą dla lekarza formą udokumentowania zgody pacjenta na leczenie na OIT jest włączenie tej zgody w treść formularza zgody na znieczulenie, zawartego najczęściej w oddzielnej części ankiety anestezjologicznej. Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, by komunikat zawarty w informacji przekazywanej pacjentowi był dla niego zrozumiały. Treść udzielonej pacjentowi informacji powinna być możliwie jak najszerza i uwzględniać jego możliwości percepcji, aby zgoda wyrażona przez pacjenta zapewniała jak największe bezpieczeństwo wykonywania zawodu lekarzowi podejmującemu ewentualną późniejszą terapię na OIT.

## **WNIOSKI**

1. O możliwości leczenia na OIT w wyniku powikłania przebiegu zabiegu operacyjnego pacjent powinien zostać poinformowany przez lekarza w trakcie wizyty anestezjologicznej w zakresie zależnym od prawdopodobieństwa wystąpienia konieczności leczenia na OIT.
2. Uzyskanie zgody pacjenta na hospitalizację na OIT powinno być obligatoryjne w przypadku zabiegów, którym towarzyszy planowe pooperacyjne leczenie na OIT lub duże prawdopodobieństwo takiej hospitalizacji. Dotyczy to w szczególności zabiegów kardiochirurgicznych, neurochirurgicznych oraz zabiegów u pacjentów ze znacznym obciążeniem chorobowym.
3. Informacja oraz formularz zgody na podjęcie ewentualnego leczenia na OIT powinna zostać umieszczona w treści formularza zgody na znieczulenie.

**Piśmiennictwo:**

1. Art. 192 Kodeksu karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553.
2. *Nestorowicz M*: Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy. PWN, Warszawa 1972: 20–21.
3. *Filar M*: Lekarskie prawo karne. Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2000: 249.
4. *Grzybowski S*: Ochrona dóbr osobistych według przepisów ogólnych prawa cywilnego. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1957: 120.
5. *Nowak W*: Prawne formy zgody pacjenta na eksperyment medyczny (zagadnienia cywilnoprawne). *Prawo i Medycyna* 2005; 3: 52.
6. Art. 34 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. Dz.U. z 2005 r. nr 226 poz. 1943.
7. Art. 18 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417.
8. Wyrok sądu Apelacyjnego w Poznaniu Sygn. akt. I ACa 236/05. LEX nr 175206.
9. Art. 52. § 1 Ustawy Kodeks Postępowania Karnego Dz.U. 1997.89.555.
10. Art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej; Naczelna Izba Lekarska; Warszawa 2004: 10.
11. *Zielińska E, Barcikowska-Szydło E, Kapko M, Majcher K, Preiss W, Sakowski K*: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz. Wolters Kluwer Polska — ABC 2008; Kapko M: Komentarz do art. 34 poz. 19.
12. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1999 r. II CKN 511/96.
13. *Safjan M*: Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami. Wolters Kluwer, Warszawa 2011: 190.
14. *Boratyńska M*: Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012: 95–96.
15. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27.10.2005 Izba Cywilna III CK 155/05.
16. *Beauchamp TL, Childress JF*: Zasady etyki medycznej. Wyd. IV Jacórzyski W (tłum) Wydawnictwo KiW, Warszawa 1994: 159.
17. *Gaszyński T, Jakubiak J, Woźniak K, Trafidło T, Ratajczyk P, Gaszyński W*: Patient satisfaction with anaesthesia and pre-anaesthetic information. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2011; 43: 178–182.
18. *Basińska K, Michowska M, Borys B, Bukowska A, Dutka P, Wujtewicz M*: The effect of anaesthetic information on the level of preoperative anxiety. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2006; 38: 184–187.
19. Wyrok z dnia 28.8.1972 r., sygn. akt II CR 296/72. Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Cywilna 1973.
20. *Nestorowicz M*: Prawo Medyczne. Wyd. V, Toruń 2007: 102–103.
21. *Boratyńska M*: Wolny Wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012: 98.
22. Sygn. akt II CK 303/04. Orzecznictwo Sądów Polskich 2005.

**Adres do korespondencji:**

*lek. Jacek Siewiera*  
 4. Wojskowy Szpital Kliniczny  
 ul. Rudolfa Weigla 5  
 50–981 Wrocław  
 e-mail: [jacek.siewiera@gmail.com](mailto:jacek.siewiera@gmail.com)

Otrzymano: 24.09.2012 r.

Zaakceptowano: 15.01.2013 r.