

AGNIESZKA JOANNA KOWALSKA
JOLANTA PACIAN
ANNA PACIAN

PRAWNE ASPEKTY KOMUNIKACJI LEKARZ–PACJENT

Problematykę zakresu obowiązku informacji należy uznać za jedną z najbardziej kontrowersyjnych. Oczywiście jest, że wszelka bezkompromisowość czy myślenie schematyczne są zdecydowanie niewskazane. Współcześnie polska doktryna prawa medycznego punktem wyjścia czyni zasadę autonomii woli pacjenta także, a może przede wszystkim, gdy mówimy o zakresie obowiązku informacji. Istotna jest w doktrynie także jeszcze jedna prawidłowość – zakres obowiązku informacji udzielanej pacjentowi wyznaczają rodzaj interwencji oraz jej znaczenie dla pacjenta. Im poważniejszy, bardziej ryzykowny zabieg, tym informacja powinna być obszerniejsza i bardziej wyczerpująca¹.

Należy podkreślić, że w polskim ustawodawstwie przyjęto model informacji pełnej oraz zgodnej z najlepiej pojętym medycznym interesem pacjenta².

Mgr AGNIESZKA JOANNA KOWALSKA – doktorantka w Zakładzie Metod Informatycznych i Epidemiologicznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie; adres do korespondencji: ul. Głuska 1, 20-093 Lublin.

Dr JOLANTA PACIAN – asystent Katedry Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie; adres do korespondencji: ul. Głuska 1, 20-093 Lublin.

Dr ANNA PACIAN – adiunkt Katedry Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie; adres do korespondencji: ul. Głuska 1, 20-093 Lublin.

¹ G. R e j m a n, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego 1991, s. 58 n.

² Ustawa z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

Treść owego prawa do informacji medycznej stanowi art. 31 ust. 1 *ZawLekU*³. Przepis ten wskazuje bardzo szczegółowo na obowiązki lekarza względem pacjenta lub ustanowionego przedstawiciela ustawowego w zakresie udzielania informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, rokowaniach, a także wynikach leczenia. Pacjent winien być informowany o różnych możliwościach alternatywnego postępowania terapeutycznego, o ile takowe istnieją, lub o ich braku, a także o ryzyku związanym z każdą z metod, a przede wszystkim końcowym efekcie, jaki można uzyskać, wybierając poszczególne z nich. Lekarz powinien informować także o metodach niedostępnych w danym ośrodku, jeżeli w danym przypadku mogłyby okazać się one skuteczne. Słusznie podnosi się bowiem, że o ile nie można zapewnić wszystkim potrzebującym najnowszych metod leczenia, o tyle należy chociaż zapewnić o nich odpowiednią informację⁴. Przekazywane pacjentowi informacje powinny być zarówno wyczerpujące, jak i zrozumiałe, aby zainteresowany mógł podjąć świadomą decyzję co do swojego stanu zdrowia.

Opisany powyżej model informacji ma zastosowanie także w przypadkach, gdy celem informowania pacjenta jest uzyskanie od niego świadomej, dobrowolnej zgody na interwencję medyczną.

2. OSOBY ZOBOWIĄZANE DO UDZIELENIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Rozstrzygające znaczenie w tym zakresie ma art. 31 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, z którego jednoznacznie wynika, że osobą zobowiązaną do udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta jest lekarz. Również art. 13 zd. 1 *KEL* stanowi, iż powinnością lekarza jest respektowanie i szanowanie prawa pacjenta do dobrowolnego, świadomego udziału w podejmowaniu wszelkich decyzji dotyczących jego zdrowia. Zdanie 3 tego przepisu stanowi, iż lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta, a więc jest to jego prawna i etyczna zarazem powinność⁵.

³ M. Ś w i d e r s k a, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń: Wyd. „Dom Organizatora” 2007, s. 124-126.

⁴ K. M i c h a ł o w s k a, *Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 107.

⁵ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. nr 111, poz. 535 z późn. zm.).

Istotną kwestią związaną z poruszaną problematyką jest rozłożenie tego obowiązku w sytuacji, gdy chory nie jest leczony przez jednego lekarza. Można twierdzić, że na lekarzu każdej specjalności spoczywa obowiązek udzielenia informacji pacjentowi w granicach wynikających z tejże specjalności, co zapewniłoby zainteresowanemu bezspornie rzetelną i fachową wiedzę w zakresie czynności diagnostycznych i procedur leczniczych dokonywanych w danym, konkretnym przypadku. W sytuacji jednak, gdy lekarz danej specjalności nie udzielił stosownych wyjaśnień, uznać należy, że obowiązek ten ostatecznie spoczywa na lekarzu prowadzącym lub dokonującym zabiegu.

W sytuacji, gdy lekarz specjalista pełni wyłącznie rolę konsultanta, wówczas wchodzi on w relację jedynie z lekarzem zwracającym się o konsultację – nie z pacjentem, z którym często nie ma bezpośredniego kontaktu. W takim przypadku lekarz konsultant jest zwolniony niejako od obowiązku informacji pacjenta. Powinność ta ciąży natomiast na lekarzu leczącym, który sprawuje nad chorym permanentną opiekę i z tej racji zna jego historię choroby oraz inne dane dotyczące zdrowia pacjenta.

Jeśli w interwencji medycznej bierze udział cały zespół medyczny, informacji powinien udzielić chirurg kierujący zabiegiem lub chirurg wybrany przez pacjenta. Osobną rolę w udzielaniu informacji przypisuje się też anestezjologowi.

Kolejne zagadnienie dotyczy obowiązku informacji udzielanej przez lekarza podstawowej opieki medycznej oraz lekarza specjalistę, do którego pacjent został skierowany. Lekarz wystawiający skierowanie obowiązany jest wyjaśnić przyczynę swojej decyzji oraz dalsze założenia postępowania medycznego u specjalisty z uwagi na to, że pozostaje on z pacjentem w relacji nacechowanej szczególnym zaufaniem. Lekarz specjalista powinien natomiast wyjaśnić szczegółowo cel i założony efekt podjętych przez siebie działań.

Zgodnie z art. 20 Ustawy z 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej⁶, pielęgniarka i położna są obowiązane poinformować pacjenta o jego prawach, więc także o prawie do informacji. Co więcej, pielęgniarka i położna informują pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o stanie zdrowia chorego, z tym że jedynie w zakresie niezbędnym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej. Można zatem przyjąć, że obowiązek informacji o stanie

⁶ Ustawa z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. tekst jednolity z 2001 r., nr 57, poz. 602).

zdrowia pacjenta w ograniczonym zakresie spoczywa także na pielęgniarce i położnej.

Można by pokusić się o stwierdzenie, że im pełniejsze i szersze kompetencje, tym większe powinności i uprawnienia do ujawniania „prawdy”. Poddążając w tym kierunku należy stwierdzić, że jedynie lekarz jako podmiot reprezentujący najszersze kompetencje w procesie diagnostycznym i leczniczym jest w stanie realizować w pełnym zakresie przysługujące pacjentowi „prawo do prawdy”.

3. INFORMOWANIE MAŁOLETNIEGO O STANIE ZDROWIA

Lekarz udziela informacji małoletniemu pacjentowi po ukończeniu przezeń szesnastego roku życia (art. 31 ust. 6 ZawLekU). Jeżeli natomiast informacja ma na celu uzyskanie świadomej zgody na interwencję medyczną, której ma być poddany małoletni pacjent, informacja ta jest także kierowana do jego przedstawiciela ustawowego (art. 32 ust. 5 ustawy), gdyż w powyższej sytuacji konieczna jest tzw. zgoda równoległa. W stosunku do pacjentów poniżej lat szesnastu prawo polskie przewiduje informowanie małoletniego w zakresie i formie koniecznej do właściwego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, ponadto lekarz powinien wysłuchać opinii małoletniego pacjenta (art. 31 ust. 7 ZawLekU). W takim przypadku informowanie dziecka nie służy uzyskaniu jego świadomej zgody na interwencję medyczną. Informacja ta ma zapewnić jedynie prawidłową współpracę małego pacjenta z zespołem terapeutycznym, bowiem zgoda na wszelkie zabiegi podejmowana jest tylko i wyłącznie przez przedstawiciela ustawowego działającego w zastępstwie małoletniego.

4. PROBLEMATYKA DOPUSZCZALNOŚCI UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA I WYRAŻANIE ZGODY NA LECZENIE

W praktyce często pojawia się problem, kto jest adresatem uprawnionym do odbioru informacji o stanie zdrowia pacjenta, w przypadku gdy chory pełnoletni jest nieprzytomny lub nie jest w stanie zrozumieć informacji. W myśl art. 31 ust. 6 ZawLekU, lekarz informuje przedstawiciela ustawowego, a w przypadku gdy nie został on ustanowiony lub gdy porozumienie

z nim nie jest możliwe – opiekuna faktycznego pacjenta. Opiekunem faktycznym jest osoba, która – pomimo braku ustawowego obowiązku – sprawuje stałą pieczę nad chorym. Istotny jest przy tym stan faktyczny sprawowania pieczy, nie zaś więzy krwi łączące opiekuna i pacjenta. Stałość sprawowania pieczy polega zaś na wykonywaniu jej przez cały czas istnienia przesłanek ją usprawiedliwiających, jak np. stan zdrowia, wiek czy stan psychiczny uniemożliwiający samodzielne odebranie informacji. W doktrynie można znaleźć tezę, iż lekarz jest uprawniony do udzielenia informacji dotyczącej nieprzytomnego pacjenta współmałżonkowi, a także dorosłemu dziecku czy rodzicowi, jak również konkubinie czy opiekunowi, o ile ich kontakty z pacjentem nie mają charakteru okazjonalnego. Informacji o stanie zdrowia ofiary wypadku drogowego nie udziela się natomiast świadkowi tejże kolizji, który przywiózł rannego do szpitala, ani też prasie⁷.

W związku z tak szerokim unormowaniem powyższej problematyki, niejednokrotnie pojawiają się problemy z ustaleniem, czy dana osoba trzecia jest uprawniona do otrzymania informacji o stanie zdrowia pacjenta. Najprostszym rozwiązaniem tego rodzaju dylematów byłoby niewątpliwie wskazanie przez samego chorego (gdy był on jeszcze przytomny) osoby czy osób, które zostałyby upoważnione do pozyskiwania informacji dotyczących jego stanu zdrowia. Praktyka, stosowana w wielu polskich szpitalach, odbierania od pacjenta wiadomości o osobach, którym ma być udzielana informacja, rozwiązuje późniejsze ewentualne problemy. Prawo polskie nie przewiduje szczególnej formy, w jakiej takowe oświadczenie pacjenta miałyby być składane, wystarczające zatem wydaje się zamanifestowanie woli chorego w dowolnie wybrany przezeń sposób. Pisemne odnotowanie takiego faktu, przypieczętowane podpisem pacjenta, stanowi bezspornie najpewniejszą dla celów dowodowych formę zabezpieczającą przed zarzutem udzielenia informacji osobie nieuprawnionej.

Mniej rygorystyczne stanowisko prezentuje Kodeks etyki lekarskiej. Art. 16 stanowi, że informowanie o stanie zdrowia pacjenta jego rodziny lub innych osób winno być uzgodnione uprzednio z chorym. W przypadku zaś gdy chory jest nieprzytomny, lekarz może dla jego dobra poinformować o stanie zdrowia osobę, co do której jest przekonany, że działa w dobrze pojętym interesie pacjenta. Dyrektywą wszelkiego działania jest bezspornie i wyłącznie dobro chorego.

⁷ M. S a f j a n, *Kilka aspektów prawnych odpowiedzialności lekarskiej*, „Polski Przegląd Radiologiczny” 1996, nr 2, s. 12.

Art. 35 ust 2 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty określa formę, w jakiej powinna zostać przekazana pacjentowi informacja o „rozszerzeniu pola operacyjnego” po wykonaniu zabiegu. Jediną dopuszczalną formą jest forma pisemna. Żaden przepis prawa nie odnosi się natomiast do formy, w jakiej powinna być przekazana informacja na temat ewentualnej możliwości rozszerzenia zabiegu, przed planowaną interwencją. Informacja na temat ewentualnej konieczności rozszerzenia zakresu zabiegu w trakcie jego wykonania powinna być przekazana pacjentowi w formie pisemnej. Zobowiązuje to lekarza do zamieszczenia w dokumentacji medycznej pacjenta adnotacji o tym, że chory uzyskał informację na temat ewentualnej konieczności „rozszerzenia pola operacyjnego”.

W ramach zagadnienia udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta osobom trzecim mieści się problematyka ujawniania informacji o pacjencie innemu lekarzowi lub personelowi medycznemu. Zakres informacji przekazywanych powyższym osobom jest ograniczony. Lekarz, zbierając wywiad, uzyskuje m.in. wiedzę dotyczącą przeszłości chorego, jego sytuacji społecznej, kondycji psychicznej, natomiast przedstawiciele zawodów medycznych, którzy uczestniczą w diagnozowaniu i leczeniu pacjenta, mają prawo poznać fakty jedynie w zakresie, który umożliwi im świadome uczestniczenie w dokonywanych czynnościach. Nie jest uzasadnione natomiast podawanie informacji o stanie zdrowia pacjenta personelowi medycznemu, który nie uczestniczy w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, a tym bardziej osobom pełniącym w szpitalu funkcje administracyjne czy porządkowe⁸.

Na lekarzu ponadto spoczywa obowiązek czuwania nad tym, aby inne osoby należące do zespołu terapeutycznego⁹ przestrzegały poufności informacji, które uzyskały w związku z wykonywaniem czynności diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z dokumentacji medycznej. Nie jest natomiast naruszeniem tajemnicy lekarskiej ujawnienie innym lekarzom podczas konsylium lekarskiego informacji na temat stanu zdrowia pacjenta.

Niedochowanie tajemnicy lekarskiej przez lekarza postrzegane jest jako zawinione naruszenie praw pacjenta na dobrach osobistych i może być przed-

⁸ *Kodeks Etyki Lekarskiej*, tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r. ze zmianami uchwalonymi przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.

⁹ J. H a r t m a n, *Bioetyka dla lekarzy*, Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer business 2009, s. 126.

miotem postępowania w trybie odpowiedzialności zawodowej przed sądem lekarskim, a także przed sądami powszechnymi¹⁰.

Prawa i obowiązki osoby skazanej prawomocnym wyrokiem sądu na karę pozbawienia wolności określa Kodeks karny wykonawczy. Zgodnie z art. 116 k.k.w. skazany ma między innymi obowiązek niezwłocznego zawiadomienia przełożonego o chorobie własnej lub zauważonych objawach chorobowych u innego skazanego oraz poddania się przewidzianym przepisami badaniami, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji. Zatem jest to obowiązek skazanego, który musi obligatoryjnie dostosować się wymogów narzuconych przez Kodeks karny wykonawczy. Użycie przymusu wobec skazanego jest możliwe tylko wówczas, gdy skazany nie wyraża zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego, który jest niezbędny dla ratowania jego życia i zdrowia. Ale wtedy stan zagrożenia, poza bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia, musi być stwierdzony przez konsylium lekarskie, składające się z co najmniej z dwóch lekarzy, i niezbędna jest zgoda sądu penitencjarnego. Dodatkowo w przypadku, gdy u skazanego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych, podlega on leczeniu, za uprzednią zgodą, a jeżeli nie wyrazi zgody na leczenie, o przymusowym leczeniu orzeka sąd penitencjarny. Wobec skazanego można zastosować leczenie przymusowe tylko w sytuacji: uzależnienia od alkoholu, narkotyków, środków psychotropowych oraz w przypadku istnienia zaburzeń związanych z popełnieniem jednego z przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajowości, określonych w rozdziale XXV Kodeksu karnego.

Nieco inaczej wygląda sytuacja osób chorych psychicznie¹¹. Zgodnie z art. 23 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego wbrew jej woli w sytuacji, gdy jej dotychczasowe zachowanie stanowi bezpośrednio zagrożenie dla jej życia lub zdrowia¹². Do takich przykładów można zaliczyć te sytuacje, w których dochodzi do niebezpiecznego uderzenia innej osoby, zranienia ciała lub innego podobnego rodzaju agresji, a także gdy chory wypowiada groźby w taki sposób i w takich okolicznościach, że wydają się prawdopodobne.

¹⁰ K. G r o m e k, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa: Dom Wydawn. ABC 2004.

¹¹ D. K a r k o w s k a, *Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach – prawa pacjenta*, Warszawa: Dom Wydawn. ABC 2008.

¹² M. P a s z k o w s k a, *Powszechne prawa polskiego pacjenta*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia”. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 5(2007), nr 1-2, s. 14.

Innym rodzajem niebezpiecznej agresji jest agresja skierowana przeciwko samemu sobie, czyli plany samobójcze.

Występują również takie sytuacje, w których nie zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia, ale istnieje konieczność leczenia osób chorych psychicznie. Wówczas rodzina może wystąpić z wnioskiem do sądu rodzinnego o skierowanie osoby chorej na leczenie w szpitalu psychiatrycznym. Do szpitala psychiatrycznego może być skierowana także osoba chora psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że przyjęcie jej do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia psychicznego, lub osoba, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

Osoba, która z powodu zaburzeń psychicznych stwarza bezpośrednie zagrożenie dla własnego życia lub zdrowia bądź też życia lub zdrowia innych osób albo nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu, bez wyrażenia uprzedniej zgody, a osoby małoletnie oraz ubezwłasnowolnione całkowicie – bez zgody przedstawiciela ustawowego. O tym, że takie badanie jest niezbędne, decyduje lekarz psychiatra, a gdy nie jest to możliwe – inny lekarz pogotowia ratunkowego. W sytuacji, gdy zostanie stwierdzone występowanie zaburzeń psychicznych, osoba taka zostaje umieszczona w szpitalu psychiatrycznym i w razie konieczności mogą być stosowane wobec niej środki przymusu bezpośredniego. Takie rozwiązanie ma na celu przede wszystkim zapobieżenie sytuacjom, w których osoby chore psychicznie mogłyby wyrządzić sobie krzywdę bądź innym osobom. Tylko szybka interwencja i umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym mogą zapobiec nieszczęśliwym wypadkom. Warto zwrócić uwagę na fakt, że osoba chora psychicznie jest przyjmowana do szpitala po uprzednim poinformowaniu o przysługujących jej prawach oraz proponowanych metodach leczenia.

Osoba chora psychicznie może być także przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody, ale tylko w określonych w ustawie wypadkach¹³. Pierwsza sytuacja dotyczy osób chorych psychicznie oraz osób upośledzonych umysłowo, które są niezdolne do wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala. Można zastosować wobec nich leczenie dopiero po uzyskaniu uprzedniej zgody sądu opiekuńczego. Zgoda sądu jest tutaj niezwykle ważna. Od szybkiego

¹³ M. B a l i c k i, *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 20.

przyjęcia takich osób do szpitala i zastosowanego leczenia często zależy życie tych osób. Osoby te także mogą być przyjęte do szpitala bez wcześniejszej zgody sądu opiekuńczego, ale niezbędna jest wówczas pisemna opinia – lekarza innego niż lekarz przyjmujący – bądź opinia psychologa. Po przyjęciu do szpitala kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamiania niezwłocznie sąd właściwy ze względu na siedzibę szpitala.

5. OGRANICZENIA PRAWA DO INFORMACJI, REZYGNACJA PACJENTA Z PRAWA DO INFORMACJI A PRZYWILEJ TERAPEUTYCZNY

Krąg adresatów uprawnionych do uzyskania informacji o stanie zdrowia chorego jest ograniczony wolą samego zainteresowanego pacjenta. Art. 31 ust. 2 ZawLekU stanowi bowiem, iż lekarz może poinformować inne osoby tylko po uzyskaniu wyraźnego upoważnienia pacjenta. Co do zasady samowolne ujawnienie informacji dotyczącej stanu zdrowia chorego osobom trzecim narusza prawa pacjenta do tajemnicy lekarskiej.

Art. 10 ust. 2 Europejskiej Konwencji Bioetycznej stanowi, że należy szanować życzenia osób, które odmawiają zapoznawania się z informacjami o swoim stanie zdrowia. Oświadczenie pacjenta nie jest definitywne, ponieważ może on w każdej chwili zmienić zdanie i zażądać informacji.

Wyjątek od możliwości rezygnacji pacjenta z prawa do informacji stanowi zdiagnozowanie u chorego choroby zakaźnej. Skorzystanie w tej sytuacji z „prawa do niewiedzy” mogłoby narazić na niebezpieczeństwo inne osoby.

Przywilej terapeutyczny jest najistotniejszym ograniczeniem prawa chorego do informacji o swoim stanie zdrowia. Instytucja ta daje możliwość ograniczenia zakresu informacji przekazywanych pacjentowi, jeżeli przemawia za tym jego dobro, a zwłaszcza gdy ich ujawnienie mogłoby okazać się niebezpieczne dla życia lub zdrowia pacjenta.

Polski ustawodawca w art. 31 ust. 4 ZawLekU umożliwia lekarzowi w wyjątkowych sytuacjach, tj. gdy rokowania są niepomyślne dla chorego, ograniczyć zakres przekazywanych pacjentowi informacji o stanie zdrowia. Warunkiem zastosowania instytucji przywileju terapeutycznego jest powzięcie przez lekarza przekonania, że działa on w dobrze pojętym interesie pacjenta. W takiej sytuacji lekarz obowiązany jest informować o stanie zdrowia pacjenta jego przedstawiciela ustawowego lub osobę przez chorego upoważnioną. Skorzystanie z przywileju terapeutycznego nakazuje ustanowienie

osoby powiernika, która będzie informowana zamiast pacjenta. Zaznaczyć należy, że w momencie gdy osoba powiernika zostaje przez pacjenta upoważniona do kontaktowania się z lekarzem, tego ostatniego automatycznie przestaje wiązać obowiązek tajemnicy lekarskiej względem powiernika.

Faktu, iż pacjent daje lekarzowi pozwolenie na informowanie wskazanej osoby o swoim stanie zdrowia, nie należy interpretować nazbyt szeroko. Oświadczenie to bowiem nie ustanawia jeszcze tej osoby powiernikiem, tzn. osobą, której ma być, z wyłączeniem pacjenta, przekazywana przez lekarza informacja na temat stanu zdrowia chorego¹⁴.

6. ZAGADNIENIA FORMY I DOWODU INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Polski ustawodawca nie przewiduje formalnej procedury informowania pacjenta o stanie zdrowia zarówno w sytuacji, gdy informacja jest niezbędna do udzielenia świadomej zgody na dokonanie interwencji medycznej, jak i wtedy, kiedy ma ona charakter samoistny¹⁵. Wyjątek od reguły stanowią uregulowania nowej ustawy transplantacyjnej, zgodnie z którymi kandydata na dawcę przed wyrażeniem zgody szczegółowo informuje się na piśmie o rodzaju zabiegu, ryzyku z nim związanym oraz dających się przewidzieć konsekwencjach zdrowotnych mogących wystąpić w przyszłości. Informacji tej udziela lekarz wykonujący zabieg oraz inny lekarz nie biorący bezpośredniego udziału w pobraniu komórek, tkanek lub narządu oraz przeszczepianiu ich biorcy. Analogicznie traktować należy obowiązek informacji, jeżeli chodzi o dokonywanie eksperymentów medycznych¹⁶.

Udzielenie rzetelnej informacji pacjentowi warunkuje skuteczność wyrażonej przez niego świadomej, dobrowolnej zgody, dlatego też w przypadku zabiegów o podwyższonym ryzyku wymaga się jej w formie pisemnej dla ewentualnych celów dowodowych. W przypadku udzielania świadczeń nie-stwarzających dla pacjenta ryzyka, ustną informację uprzedzającą zabieg uznaje się za wystarczającą.

¹⁴ Ustawa z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. tekst jednolity z 2001 r., nr 57, poz. 602).

¹⁵ T. D u k i e t - N a g ó r s k a, *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6-7, s. 84.

¹⁶ T. B r z e z i Ń s k i, *Etyka lekarska*, Warszawa: Wyd. Lek. PZWL 2002, s. 80-81.

Problematyka formy przekazywania informacji pacjentowi związana jest z zagadnieniami ciężaru dowodu¹⁷. Z braku wyczerpujących uregulowań w tym zakresie niezmiernie kłopotliwy, a często niemożliwy jest *post factum* dowód prawidłowego przekazania informacji. Materia ta należy do niezmiernie delikatnych i drażliwych, gdyż wykazanie braku informacji, czy też błędów w zakresie jej udzielania, stanowi poważny problem¹⁸.

Z tej racji, że prawa pacjenta są korelatem profesjonalnych powinności ciążących na personelu medycznym, lekarz wywodząc z faktu rzetelnego poinformowania pacjenta konkretne skutki prawne w postaci przyjęcia na siebie przez chorego ryzyka wynikającego z zabiegu, winien fakt ten udowodnić.

7. WNIOSKI DE LEGE FERENDA

W celu pełniejszego respektowania prawa pacjenta do informacji medycznej, w tym prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, racjonalny wydaje się postulat egzekwowania od personelu medycznego *de lege ferenda* dokumentacji *ad probationem*, poświadczającej przekazanie pacjentowi rzetelnej, prawdziwej, zgodnej z najnowszą wiedzą medyczną informacji o stanie zdrowia, proponowanym leczeniu, spodziewanych jego efektach leczniczych i ewentualnych, możliwych działaniach niepożądanych proponowanej terapii. Jedynie pełna, niezafałszowana informacja przekazana pacjentowi przez odpowiedzialnego pracownika ochrony zdrowia jest gwarancją poszanowania autonomii osoby ludzkiej, będącej podmiotem stosunku lekarz-pacjent. Z uwagi na fakt, że udzielenie pacjentowi rzetelnej informacji medycznej warunkuje skuteczność wyrażonej przez niego świadomej, dobrowolnej zgody na dokonanie procedury medycznej, celowe jest *de lege ferenda* zastosowanie wymogu formy pisemnej w przypadku zabiegów o podwyższonym ryzyku dla zdrowia czy życia pacjenta.

¹⁷ K. W r o ń s k i, J. O k r a s z e w s k i, R. B o c i a n, *Prawne konsekwencje ujawniania tajemnicy lekarskiej*, „Nowotwory” 58(2008), nr 2, s. 186-189.

¹⁸ M. B o r a t y ń s k a, P. K o n i e c z n i a k, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner 2003, s. 57-60; J. Z a j d e l, *Kompendium prawa medycznego*, Łódź: Wyd. Progress 2008, s. 106.

BIBLIOGRAFIA

- A u g u s t y n o w i c z A., D ą b r o w s k a T., W r z e ś n i o w s k a - W a l I.: Prawo medyczne, Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szkoła Zdrowia Publicznego 2009.
- B a l i c k i M.: Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 20.
- B o r a t y ń s k a M., K o n i e c z n i a k P.: Standardy wykonywania zawodu lekarza, [w:] Prawo medyczne, red. L. Kubicki, Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner 2003, s. 57-60.
- B r z e z i ń s k i T.: Etyka lekarska, Warszawa: Wyd. Lek. PZWL 2002.
- D u k i e t - N a g ó r s k a T.: Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6-7, s. 84.
- G r o m e k K.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, Warszawa: Dom Wydawn. ABC 2004.
- H a r t m a n J.: Bioetyka dla lekarzy. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer business 2009.
- K a r k o w s k a D.: Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach – prawa pacjenta, Warszawa: Dom Wydawn. ABC 2008.
- Kodeks Etyki Lekarskiej, tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r. ze zmianami uchwalonymi przez Nadzwyczajny VII Krajowy zjazd Lekarzy.
- K u b i a k R.: Prawo medyczne, Warszawa: C.H. Beck 2008.
- M i c h a ł o w s k a K.: Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 107.
- P a s z k o w s k a M.: Powszechna prawa polskiego pacjenta, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia”. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 5(2007), nr 1-2, s. 14.
- R e j m a n G.: Odpowiedzialność karna lekarza, Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego 1991.
- S a f j a n M.: Kilka aspektów prawnych odpowiedzialności lekarskiej, „Polski Przegląd Radiologiczny” 1996, nr 2, s. 12.
- Ś w i d e r s k a M.: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń: Wyd. „Dom Organizatora” 2007.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. nr 111, poz. 535 z późn. zm.).
- Ustawa z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. tekst jednolity z 2001 r., nr 57, poz. 602).
- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity – Dz. U. z 2005 r. nr 226 poz. 1943 ze zm.).
- Ustawa z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).
- W r o ń s k i K., O k r a s z e w s k i J., B o c i a n R.: Prawne konsekwencje ujawniania tajemnicy lekarskiej, „Nowotwory” 58(2008), nr 2, s. 186-189.
- Z a j d e l J.: Kompendium prawa medycznego, Łódź: Wyd. Progress 2008.

LEGAL ASPECTS OF THE DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION

S u m m a r y

Communicating the information about the state of his/her health to the patient serves implementation of his/her subjective right to truth. In axiological justification of the right most often two arguments are referred to: the first of them indicates that because of the respect of the autonomy of the patient it is inevitable that he/she knows the truth about his/her state of health; and the second one assumes that complete information about the condition of the patient is an indispensable condition of the partner relationship between the medical staff and the patient.

By exercising the right to reliable information conditions are created for the patient to make conscious decisions in the treatment process. Information is also indispensable in the therapy process for achieving its aims. The condition for the patient's proper cooperation with the medical staff is giving him/her proper information about the used procedures.

The contemporary shape of the patient's right to information about his/her state of health was undoubtedly influenced by consolidating the right to information on the ground of the State – citizen relation.

Translated by Tadeusz Karłowicz

Słowa kluczowe: informacja, prawo do informacji, obowiązek lekarza.

Key words: information, right to information, doctor's duty.