

Seminarium z prawa medycznego

Temat: Pijany spadł ze schodów. Kwestionowanie odpowiedniego poinformowania przy sprzeciwie wobec leczenia

IV CSK 240/07

Wyrok SN

Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Cywilna 2009/1/16

2007-11-23

Wyrok z dnia 23 listopada 2007 r., IV CSK 240/07

Jeżeli istnieje konieczność hospitalizacji, a pacjent się temu sprzeciwił, obowiązkiem lekarza jest udzielenie pełnej informacji o powziętych podejrzeniach, o konieczności poszerzenia diagnostyki w warunkach szpitalnych oraz o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, do jakich może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń.

Sędzia SN Jan Górowski (przewodniczący)
Sędzia SN Barbara Myszka (sprawozdawca)
Sędzia SN Zbigniew Strus

Sąd Najwyższy w sprawie z powództwa Jarosława Z. przeciwko Dariuszowi W. o zapłatę, po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 23 listopada 2007 r. skargi kasacyjnej powoda od wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 14 listopada 2006 r.

uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Apelacyjnemu w Gdańsku do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Jarosław Z. wnosił o zasądzenie od Dariusza W. Kwoty 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, kwoty 18 095 zł tytułem zwrotu kosztów związanych z wywołaniem rozstroju zdrowia oraz renty z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej w wysokości po 500 zł miesięcznie. Ponadto wnosił o ustalenie, że pozwany będzie ponosił odpowiedzialność za mogące się ujawnić w przyszłości skutki zdarzenia z dnia 11 stycznia 2003 r.

Wyrokiem z dnia 24 kwietnia 2006 r. Sąd Okręgowy w Bydgoszczy oddalił powództwo, przyjmując za podstawę orzeczenia następujący stan faktyczny.

W dniu 11 stycznia 2003 r. po godz. 20 powód udał się na spotkanie z matką do mieszkania rodziców. Wychodząc poślizgnął się na oblodzonych betonowych schodach i upadł. Poczul silny ból i stracił przytomność. Znalazła go matka, która wezwała pogotowie ratunkowe. Lekarzem dyżurnym w pogotowiu był pozwany [Dariusz W.]. Wezwanie zostało przyjęte o godz. 21.35, z tym że w karcie zlecenia wyjazdu pogotowia wypadek opisano jako wypadnięcie z okna i niemożność poruszania się. Karetka z pozwanym i sanitariuszem Pawłem K. wyjechała o godz. 21.46, przybyła na miejsce o godz. 22.00, a powróciła o godz. 22.30. Na miejscu pozwany zbadał powoda i **w karcie zlecenia wyjazdu wpisał, że powód będąc pod wpływem alkoholu upadł ze schodów i skarży się na ból kręgosłupa lędźwiowego**. W rubryce "rozpoznanie" wpisał "uraz kręgosłupa lędźwiowego", a w uwagach, że pacjent nie wyraził zgody na proponowaną hospitalizację. Pod wpływem alkoholu powód w mniejszym stopniu odczuwał dolegliwości bólowe i dlatego - pomimo zaleceń pozwanego - odmówił zgody na przewiezienie go do szpitala. Pozwany powiedział wówczas obecnej rodzinie, że jeżeli stan zdrowia powoda pogorszy się, mają ponownie zadzwonić po

pogotowie.

Dnia następnego o godz. 10.25 w pogotowiu przyjęto ponowne wezwanie do powoda i wysłano karetkę z lekarzem dyżurnym, którym w dalszym ciągu był pozwany. Tym razem powód wyraził zgodę na hospitalizację i został przewieziony do Szpitala Powiatowego w W. Stamtąd, po konsultacji chirurgicznej, niezwłocznie przewieziono go karetką do Kliniki Neurochirurgii Wojskowego Szpitala Klinicznego w B., gdzie w dniu 13 stycznia 2003 r. został poddany operacji. Powód jest obecnie od pasa w dół sparaliżowany i porusza się na wózku inwalidzkim; ze względu na stan neurologiczny odbywa rehabilitację, nie może dłużej przebywać w jednej pozycji.

W dniu 21 lipca 2003 r. powód skierował do Sądu Okręgowego w Bydgoszczy pozew o odszkodowanie przeciwko spółce "P.-M.", sp. z o.o. w W., w której zatrudniony był pozwany, jako podstawę żądania wskazując nieudzielenie mu pomocy przez lekarza pogotowia ratunkowego w dniu 11 stycznia 2003 r. Ze względu na ogłoszenie upadłości pozwanej spółki postępowanie w sprawie zostało postanowieniem z dnia 16 września 2004 r. zawieszona. Z opinii Zakładu Medycyny Sądowej P. Akademii Medycznej w S. wynika, że w czasie wizyty w dniu 11 stycznia 2003 r. **pozwany przeprowadził niezbędne badania i rozpoznał uraz kręgosłupa lędźwiowego, co znalazło potwierdzenie w karcie informacyjnej Kliniki Neurochirurgii Wojskowego Szpitala Klinicznego w B., gdzie rozpoznano wieloodłamowe złamanie trzonu 1 kręgu lędźwiowego z przesunięciem do kanału kręgowego. Stwierdzony przez pozwanego stan zdrowia powoda nie zagrażał jego życiu, ale zagrażał jego zdrowiu, zachodziła bowiem potrzeba pilnego poszerzenia diagnostyki ze szczególnym uwzględnieniem obrażeń kręgosłupa i zawartości struktur kanału kręgowego, a następnie odpowiedniego leczenia.** W ocenie biegłych, powód był wprawdzie w stanie nietrzeźwości, jednak jego odmowa hospitalizacji była świadoma, nie było zatem podstaw do dopuszczalnego w literaturze przedmiotu poświęcenia prawa do samostanowienia na rzecz ratowania życia i zdrowia. Ponieważ strony nie kwestionowały tej opinii, Sąd Okręgowy przyjął wynikające z niej wnioski na użytek ustaleń.

Sąd Okręgowy podkreślił, że, zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. (...) o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, **po wyrażeniu zgody przez pacjenta.** Powód świadomie odmówił zgody na hospitalizację, a stan, w jakim się znajdował, zagrażał wprawdzie jego zdrowiu, ale nie zagrażał życiu. W tej sytuacji, skoro nie zachodziły okoliczności przewidziane w **art. 33 i 34 u.z.l.**, pozwany nie mógł przymusowo przewieźć powoda do szpitala. Uprzedził jednak rodzinę o potrzebie ponownego wezwania karetki pogotowia w razie pogorszenia stanu zdrowia powoda lub zmiany podjętej decyzji. Zdaniem Sądu Okręgowego, nie można przypisać pozwanemu winy w rozumieniu art. 415 k.c., gdyż jego zachowanie nie było bezprawne. Powód nie wykazał zresztą, by między pozostawieniem go w mieszkaniu przez dalsze 12 godzin po odjeździe karetki pogotowia a obecnym stanem zdrowia zachodził normalny związek przyczynowy.

Apelacja powoda została przez Sąd Apelacyjny w Gdańsku oddalona wyrokiem z dnia 14 listopada 2006 r. Sąd Apelacyjny zaaprobował ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i uznał je za własne. Podkreślił, że powód, chociaż pozostawał pod wpływem alkoholu, miał zachowaną zdolność rozumienia sytuacji i świadomość podejmowanych decyzji dotyczących jego osoby. **Pozwany natomiast wykonał wszystkie należące do niego czynności, poinformował bowiem powoda o postawionej diagnozie i konieczności hospitalizacji w celu pogłębionych badań oraz dalszego leczenia.** Co więcej, poinformował też najbliższych członków rodziny, że jeżeli powód zmieni swoją decyzję, mają ponownie wezwać pogotowie. **Pozwany wypełnił tym samym obowiązek wynikający z art. 31 u.z.l., gdyż na etapie udzielania pierwszej pomocy trudno przyjmować, by konieczne było informowanie o wynikach leczenia oraz rokowaniu; obowiązek taki powstałby dopiero po pogłębionej diagnozie.** Nie można również przyjąć, by pozwany naruszył art. 32 ust. 2 i 7 u.z.l., powód był bowiem zdolny do świadomego wyrażenia zgody, możliwe było porozumienie się z nim i nie było

podstaw do zastąpienia jego zgody zgodą innych osób. Powód zatem nie udowodnił, zdaniem Sądu Apelacyjnego, że działanie pozwanego prowadzące się do zaniechania przewiezienia go do szpitala w czasie interwencji karetki pogotowia w dniu 11 stycznia 2003 r. było bezprawne.

W skardze kasacyjnej powód - powołując się na obie podstawy określone w art. 398³ § 1 k.p.c. - wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. W ramach pierwszej podstawy wskazał naruszenie art. 415, 361 § 1, art. 445 § 1 k.c., art. 32 ust. 2 i 7, art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 1 i 7 i art. 35 ust. 1 u.z.l. przez przyjęcie, że działania i zaniechania pozwanego nie noszą znamion bezprawności oraz że między tymi działaniami i zaniechaniami a doznaną przez niego szkodą nie zachodzi normalny związek przyczynowy, a także **art. 82 k.c. przez jego niezastosowanie polegające na uznaniu, że był w stanie odmówić wyrażenia zgody na hospitalizację, mimo iż znajdował się w stanie wyłączającym świadome powzięcie decyzji i wyrażenie woli.** W ramach drugiej podstawy podniósł zarzut obrazy art. 233 § 1 k.p.c. przez dowolne przyjęcie, że nie wykazał przesłanek odpowiedzialności pozwanego oraz wysokości doznanej szkody i zadośćuczynienia, a ponadto art. 378 § 1 i art. 328 § 2 w związku z art. 391 k.p.c. przez nierozpoznanie sprawy w granicach apelacji i zaniechanie należytego uzasadnienia orzeczenia.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

(...) W procesie leczenia wola pacjenta wyznacza zakres i warunki ingerencji medycznej, zgoda pacjenta na leczenie staje się zatem zasadniczym elementem umocowującym aksjologicznie i prawnie działania lekarzy. W nauce prawa podkreśla się nawet, że zasada *voluntas aegroti suprema lex* staje się nadrzędną w stosunku do zasady *salus aegroti suprema lex*, prawo bowiem do samostanowienia pacjenta w procesie leczenia powinno być w pełni respektowane. Z kolei Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05 (OSNC 2006, nr 7-8, poz. 137), stwierdził, że jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do decydowania o sobie samym, w tym do wyboru metody leczenia; refleksem tego prawa jest instytucja zgody na wykonanie zabiegu medycznego.

Zgodnie z art. 32 ust. 1 u.z.l., lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Z kolei art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.; obecnie jedn. tekst: Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. - dalej: „u.z.o.z.”) stanowi, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji.

Trzeba jednak podkreślić, że warunkiem legalności działania lekarza jest **zgoda pacjenta odpowiednio poinformowanego**, którą w doktrynie nazywa się zgodą uświadomioną, poinformowaną czy objaśnioną. Zgoda taka wymaga - oczywiście - uprzedniego, odpowiedniego poinformowania pacjenta. Zgodnie z art. 31 ust. 1 u.z.l., lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Tylko wyjątkowo, gdy przemawiają za tym względy medyczne lub takie jest życzenie pacjenta, lekarz może nie udzielić informacji, o której mowa, lub ograniczyć jej zakres (art. 31 ust. 3 i 4 u.z.l.). O obowiązku udzielania pacjentowi informacji jest również mowa w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej; art. 19 ust. 1 pkt 2 stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, a art. 18 ust. 3 pkt 1 przyznaje pacjentowi uprawnienie do wglądu w dokumentację medyczną. *[ustawa obecnie uchylona, ale analogiczne przepisy znajdują się w innych obowiązujących ustawach - MB]*

Uprawnieniu pacjenta do uzyskania informacji odpowiada po stronie lekarza obowiązek jej udzielenia. Zakres tego obowiązku był przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego w związku z potrzebą wyrażenia zgody na poddanie się zabiegowi operacyjnemu. W wyroku z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79 (OSNCP 1980, nr 4, poz. 81), Sąd Najwyższy uznał, że spoczywający na lekarzu obowiązek wyjaśnienia pacjentowi konsekwencji zabiegu operacyjnego ma na celu takie zapoznanie pacjenta ze stanem jego zdrowia i następstwami tego zabiegu, ażeby pacjent

podejmował decyzje o wyrażeniu zgody na ten zabieg z pełną świadomością, na co się godzi i czego się może spodziewać. Sąd Najwyższy podkreślił, że zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego czy w danym wypadku za jego przeprowadzeniem przemawiają bezwzględne czy względne wskazania, czy też chodzi jedynie o zabieg kosmetyczny (zob. np. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28 sierpnia 1972 r., II CR 296/72, OSNCP 1973, nr 5, poz. 86, z dnia 14 listopada 1972 r., I CR 463/72, "Nowe Prawo" 1975, nr 4, s. 585, z dnia 28 sierpnia 1973 r., I CR 441/73, OSNCP 1974, nr 7-8, poz. 131, z dnia 11 stycznia 1974 r., II CR 732/73, OSPiKA 1975, nr 1, poz. 6, z dnia 7 marca 1974 r., I CR 43/74, "Nowe Prawo" 1977, nr 1, s. 109, z dnia 5 września 1980 r., II CR 280/80, OSPiKA 1981, nr 10, poz. 170, z dnia 1 kwietnia 2004 r., II CK 134/03, "Izba Cywilna" 2004, nr 11, s. 45). Przyjmował przy tym, że zakres ten sięga najdalej w przypadku zabiegów operacyjnych przeprowadzanych wyłącznie dla celów estetycznych, natomiast w sytuacji, w której zachodzi bezwzględna konieczność operacji, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi tylko cel i rodzaj zabiegu oraz zwykle jego następstwa; nie musi, a nawet ze względu na samopoczucie i zdrowie pacjenta nie powinien zapoznawać go z nietypowymi następstwami, nie objętymi normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które w szczególnych wypadkach powikłań mogą wystąpić. Jeżeli operacja jest niezbędna do ratowania życia chorego, lekarz nie powinien udzielać pacjentowi informacji o powikłaniach, które zdarzają się niezmiernie rzadko, ponieważ mogłyby to wpłynąć ujemnie na psychikę chorego i doprowadzić do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu albo do zwiększenia ryzyka operacji. *[nieprawda: zakres należytej pacjentowi informacji jest wg ustawy zawsze taki sam - MB]*

Przedmiotem szerszych rozważań nie był dotychczas **zakres informacji, jakich lekarz powinien udzielić pacjentowi na etapie udzielania pierwszej pomocy**. Nie ulega wątpliwości, że **pacjent powinien uzyskać niezbędne informacje o tym, co wyznacza jego decyzję, nie mając pełnej orientacji może bowiem bagatelizować dolegliwości i zrezygnować z poddania się terapii, na którą byłby skłonny się zdecydować, gdyby miał pełny wgląd w dokonane rozpoznanie i jego konsekwencje**. Z tej przyczyny musi nasuwać zastrzeżenia pogląd Sądu Apelacyjnego, że na etapie udzielania pierwszej pomocy nie zachodzi w ogóle potrzeba informowania pacjenta o wynikach leczenia lub rokowaniu, gdyż obowiązek taki powstaje dopiero po pogłębionej diagnozie. Ocenę tę można zaaprobować jedynie w sytuacji, w której pacjent podporządkuje się zaleceniom lekarza i wyrazi zgodę na przewiezienie go do szpitala w celu przeprowadzenia badań i wdrożenia stosownego leczenia. **Inaczej trzeba jednak postrzegać zakres obowiązku informacji, jeżeli pacjent sprzeciwia się hospitalizacji**. W takim wypadku lekarz obowiązany jest udzielić mu pełnej informacji o powziętych podejrzeniach, konieczności poszerzenia diagnostycznego w warunkach szpitalnych oraz o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, do jakich może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń.

Sąd Apelacyjny nie poczynił ustaleń umożliwiających ocenę, czy odmowa wyrażenia zgody na hospitalizację była poprzedzona uświadomieniem skarżącemu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych takiej decyzji. Nie chodzi przy tym - jak stara się wykazać skarżący - o brak zdolności do świadomego powzięcia decyzji i wyrażenia woli, lecz **o pełną świadomość ewentualnych skutków zdrowotnych odmowy udania się do szpitala**. O prawidłowym zastosowaniu prawa materialnego można mówić dopiero wtedy, gdy ustalenia stanowiące podstawę wydania zaskarżonego wyroku pozwalają na ocenę tego zastosowania, dlatego trzeba stwierdzić, że brak wymaganych ustaleń uzasadnia zarzut niewłaściwego zastosowania przepisu art. 415 k.c. (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2003 r., V CKN 1825/00, "Izba Cywilna" 2003, nr 12, s. 46). (...) Z tych powodów Sąd Najwyższy na podstawie art. 39815 § 1 oraz art. 108 § 2 w związku z art. 39821 k.p.c. orzekł, jak w sentencji.

Przepisy prawa

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 31 1. Lekarz ma obowiązek udzielać 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 rokowaniu.

Art. 33 1. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

Art. 34 1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.

(...)

7. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, 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. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

KOMENTARZ

Według opinii biegłych rozeznanie pacjenta było dostateczne. Sąd Najwyższy przekazał mimo to sprawę do ponownego rozpoznania przez Sąd Apelacyjny **celem ustalenia, czy informacja udzielona przez lekarza pogotowia była dostatecznie pełna.** Zakwestionował następujące stanowisko Sądu niższej instancji, iż *„na etapie udzielania pierwszej pomocy nie zachodzi w ogóle potrzeba informowania pacjenta o wynikach leczenia lub rokowaniu, gdyż obowiązek taki powstaje dopiero po pogłębionej diagnozie”*.

Trudno powiedzieć, czy nie zawinił tu brak precyzji w referowaniu, bo wg Sądu Apelacyjnego *„na etapie udzielania pierwszej pomocy trudno przyjmować, by konieczne było informowanie o wynikach leczenia oraz rokowaniu; obowiązek taki powstałby dopiero po pogłębionej diagnozie”*. Rozbieżności stylistyczne mogą pociągać za sobą różnice znaczeniowe.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego *„**Pozwany natomiast wykonał wszystkie należące do niego czynności. Poinformował bowiem powoda o postawionej diagnozie i konieczności hospitalizacji w celu pogłębionych badań oraz dalszego leczenia**”*.

Warto zwrócić uwagę na rzecz wydawałoby się oczywistą: na etapie udzielania pierwszej pomocy wyniki leczenia oraz związane z tym rokowanie stanowią niewiadomą. Lekarz może tylko **podejrzewać** rodzaj urazu oraz jego konsekwencje. **Nie chodzi więc, jak to zrozumiał Sąd Najwyższy, iż nie ma obowiązku informowania lub że jest on ograniczony, ale że w pewnych kwestiach brakuje danych, więc od lekarza pogotowia nie można wymagać jasnowidzeń.**

Dopiero przy tych zastrzeżeniach można z czystym sumieniem zaaprobować tezę wyroku: *„Jeżeli istnieje konieczność hospitalizacji, a pacjent się temu sprzeciwił, obowiązkiem lekarza jest udzielenie pełnej informacji o powziętych podejrzeniach, o konieczności poszerzenia diagnostyki w warunkach szpitalnych oraz o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, do jakich może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń”*.

W istocie nie ma ustawowego obowiązku informowania o podejrzeniach, **chyba że te podejrzenia są typowe na etapie badania wstępnego i rzeczywiście mogą rzutować na zmianę decyzji pacjenta odmawiającego.**

Tu przydałoby się przeanalizować bliżej opinię biegłych i odpowiedzieć na pytanie, czy od

lekarza pogotowia można było wymagać, by na podstawie dostępnego sobie sposobu zbadania zyskał dane do powzięcia podejrzenia o tak dramatycznych konsekwencjach doznanego przez pacjenta urazu. Jak wyjaśnił SN, chodziło o to, **by pacjent zyskał „pełną świadomość ewentualnych skutków zdrowotnych odmowy udania się do szpitala”**, czemu nie sposób odmówić słuszności, jednak przy założeniu, że pacjent zechce ich wysłuchać.

Dodatkowo komplikuje sytuację stan pacjenta *po spożyciu i pod wpływem*. Wolno wyobrazić sobie półprzytomnego, bełkoczącego pijaka, który z użyciem niewybrednych sformułowań opędza się od lekarza i nie chce słuchać żadnych perswazji. Nie tak prosto zakwalifikować go z miejsca jako niekompetentnego i - szarpiącego się zapewne - pakować do karetki z pomocą policji – **chociaż takie postępowanie lekarze doradzają sobie nawzajem po cichu**. Jest ono do pewnego stopnia zrozumiałe: jako mniejsze zło w porównaniu z zostawieniem pacjenta samemu sobie i jednocześnie mniejsze ryzyko poniesienia odpowiedzialności ("*pogwałciłem autonomię, ale uratowałem od paraliżu, a ty człowieku wyglądałeś na bez kontaktu*").

Niemniej nie ma podstawy prawnej do zastosowania przymusu fizycznego wobec osoby, która deklaruje, że nie chce, chyba że jest ona zupełnie bez kontaktu na równi z osobą "spokojnie nieprzytomną".

Jeżeli pacjent odmawia leczenia, z prawnego punktu widzenia lekarz nie ma nic więcej do roboty, skoro informacja o stanie zdrowia winna **poprzedzać** decyzję pacjenta. Z drugiej strony - szacunek dla autonomii wymaga, by pacjent zrozumiał przekazaną informację, lekarz może więc i powinien to ustalić. Nie stanowi to w żadnym razie pretekstu do nalegań ani nacisku. Zwłaszcza jednak co do pacjenta o kompetencji ograniczonej (w tym przypadku - pod wpływem alkoholu i krótko po ocknięciu się z utraty przytomności) trzeba **upewnić się, czy zdaje sobie sprawę z powagi sytuacji**.

Sąd Najwyższy podmuchał zatem na zimne: nakazał ponownie sprawdzić, czy informacja udzielona pacjentowi była wystarczająca pod względem uświadomienia mu konsekwencji pozostawienia urazu własnemu losowi. Pytanie brzmi tylko, **czy na podstawie z konieczności tylko powierzchownego badania wolno od lekarza wymagać, by informacyjnie założył najczarniejszy możliwy scenariusz (chyba tak) i przedstawił go pacjentowi na otrzeźwienie**.

Natomiast nie chodzi o to, jak można w pierwszej chwili wywnioskować z uzasadnienia, że obowiązek informacyjny wobec pacjenta sprzeciwiającego się leczeniu powinien być szerszy niż gdy pacjent wyraża zgodę. W każdym przypadku należna informacja obejmuje konsekwencje przeprowadzenia proponowanych czynności oraz konsekwencje ich nieprzeprowadzenia.

Odrębną kwestię stanowi **powinność udowodnienia, czy odpowiednia informacja została udzielona**. Gdy pacjent wyraził zgodę na leczenie, a następnie kwestionuje jej ważność z powodu niedoinformowania, w sądownictwie przyjęło się zapatrywanie, że to lekarz ma udowodnić, że odpowiedni zasób informacji został pacjentowi podany:

- 1) Dlatego, że dla pacjenta byłoby raczej niemożliwe wykazane, że nie (bo niby jak udowodnić, że czegoś nie było?..)
- 2) Dlatego, że dopiero prawidłowo udzielona zgoda uchyła wyjściową bezprawność naruszenia czyjejkolwiek nietykalności cielesnej, w tym również pacjenta. To wynika na tzw. zasadach ogólnych z mechanizmu ochrony dóbr osobistych w kodeksie cywilnym:

Kodeks cywilny

Art. 24. § 1. Ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, **chyba że nie jest ono bezprawne**. W razie dokonanego naruszenia może

on także żądać, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Na zasadach przewidzianych w kodeksie może on również żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny.

Zgoda osoby zainteresowanej - bez różnicy - na sparring w parterze, dotyk w tańcu czy seks albo pieszczoty - uchyla tę bezprawność.

Wymagania ustawowe stawiane uświadomionej zgodzie pacjenta są jednak dość rygorystyczne, określone szczegółowo w ustawie lekarskiej i symetrycznie w ustawie o prawach pacjenta. Pacjentowi zdolnemu do odbioru informacji należy się informacja "przystępna" (art. 31 ust. 1 UZL i art. 9 UPP) czyli **zrozumiała**, a przy tym **uprzednia**: przekazana zanim ten udzieli zgody. Zgoda zaś może być zakomunikowana co do zasady w dowolny sposób, byle ujawniała w sposób niebudzący wątpliwości wolę poddania się proponowanej czynności (art. 32 ust. 7 UZL i art. 17 ust. 4 UPP) - musi więc mieć miejsce **jednoznaczne przyzwolenie** na czynność **uprzednio zaproponowaną**.

Amerykańscy bioetycy Beauchamp i Childress sformułowali pięcioelementowy kanon kryteriów, którym powinna odpowiadać uświadomiona zgoda pacjenta na leczenie, ażeby można ją było uznać za udzieloną prawidłowo, czyli w pełni autonomicznie. **Kryteria te znajdują pełne potwierdzenie również w polskim prawodawstwie.**

Według Beauchampa i Childressa "ktoś udziela świadomej zgody na interwencję wtedy (a może wtedy i tylko wtedy), gdy jest kompetentny w działaniu [*co oznacza zdolność do wykonania określonego zadania – M.B.*], otrzymuje pełną informację, rozumie ją, działa dobrowolnie i przyzwala na interwencję". Pięcioma składnikami prawidłowo pod względem etycznym udzielonej przez pacjenta zgody są zatem według nich:

- 1) **kompetencja** (zdolność do podjęcia danej decyzji),
- 2) **ujawnienie informacji** medycznej,
- 3) **rozumienie** sytuacji,
- 4) **dobrowolność** (w decydowaniu) - inaczej: brak presji i wolność od wpływu z zewnątrz;
- 5) **przyzwolenie** (akt wyrażenia zgody)¹.

Bioetycy słusznie akcentują **czynnik zrozumienia** - bo przecież nic nie przyjdzie pacjentowi z wiadomości, których nie rozumie i których znaczenia nikt mu nie wytłumaczył. Równie ważna jest faktyczna **kompetencja do udzielenia zgody**: informowanie o czymkolwiek osoby, która nie przyswaja ani nie przetwarza komunikatów, jest skazane z góry na niepowodzenie, ponieważ nie będzie ona w stanie zrobić z nich użytku. W szczególności, gdy jest to osoba pijana w drebieżgi; z kolei zamroczonemu alkoholem trzeba klarować stosownie do stopnia zamroczenia tzw. dużymi literami. Element **dobrowolności** oznacza wolność od nacisków i stanowi warunek w oczywisty sposób niezbędny. **Akt przyzwolenia** stanowi zaś formalne ukoronowanie całego procesu i powinien być dokonany w sposób wyraźny i jednoznaczny.

W praktyce będzie to więc ideał trudny do zrealizowania, zwłaszcza wzięwszy pod uwagę wyśrubowane wymagania informacyjne. Wynika stąd, że przy tak dużej liczbie czynników stosunkowo łatwe może wydawać się podważenie skuteczności udzielonej zgody i twierdzenie na przykład:

- że pacjent nie otrzymał wszystkich potrzebnych informacji; bez fachowego przygotowania nie wszystkie je zrozumiał; przekonywano go tylko o zaletach przemilczając ryzyko; popędzany nie miał czasu na zastanowienie; był osłabiony, zdezorientowany i pod wpływem środków farmakologicznych wyłączających kompetencję; tak naprawdę wcale nie wyraził przyzwolenia, bo nie wiedział co podpisuje.

Można zaryzykować obrazoburczą tezę, że każdy chory mógłby w dobrej wierze podnieść przynajmniej część takich zarzutów, więc każdy udziela na leczenie zgody wadliwej. Sądownictwo i nauka prawa wypracowały w związku z tym rozsądne uproszczenia zwłaszcza co do powinności informacyjnych, a ponadto sposoby na to, by nie dać się zwieść odgrywanej indolencji. Z wyroku na

¹T. L. Beauchamp, J. F. Childress: *Zasady etyki medycznej*, wyd. IV (tłum. W. Jacórzyński) Warszawa 1996, s. 157.

wyrok powtarza się zatem fraza, że zakres obowiązku informacji zależy od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu. Odpowiada to bioetycznemu modelowi informacyjnemu racjonalnego pacjenta. **Sens szerokiego zakresu informacji medycznej należnej pacjentowi na mocy ustaw jest bowiem taki, że pacjentowi przysługuje pełny zasób informacji na temat stanu zdrowia, rozpoznania klinicznego, wyników badań oraz możliwości terapeutycznych, w tym informacji o skutkach niepoddania się terapii.** Zatem informacja w granicach planowanego leczenia i aktualnej wiedzy medycznej oraz znanych specjalnych potrzeb pacjenta liczy się za obowiązkową. Stosownie do wyróżnianych w bioetyce modeli informowania – począwszy do paternalistycznego modelu „racjonalnego lekarza“ przez zrównoważony model „racjonalnego pacjenta“ aż po elementy modelu subiektywistycznego nastawionego na indywidualne potrzeby konkretnej osoby² – **informacyjnym punktem wyjścia powinna być pewna przeciętna.** Jest to rodzaj „średniej klinicznej“, uzupełnionej stosownie do rozpoznanych bądź zgłoszonych szczególnych interesów zdrowotnych związanych z płcią, wiekiem, ewentualnymi planami reprodukcyjnymi czy wykonywanym zawodem. W tak szeroko zakreślonym obszarze trudno jest znaleźć dane, które dałoby się określić jako niepotrzebne. Wiadomo przy tym, że godnemu ochroni interesowi informacyjnemu pacjenta trzeba postawić jakieś granice przede wszystkim funkcjonalne, żeby nie zdezorientować natłokiem ani samemu nie zapędzić się w niekończący wykład o szczegółach. Z teoretycznego punktu widzenia trafne jest tutaj lapidarne ujęcie zawarte w jednym z wyroków Sądu Najwyższego: *Informacja udzielona 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. Lekarz powinien zatem poinformować pacjenta o rodzaju i celu zabiegu oraz o wszystkich jego następstwach, które są zwykle skutkiem zabiegu, to jest pożądanym – ze względu na jego cel – skutkach zabiegu jak i o innych jego skutkach (tzw. skutkach ubocznych). 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 skutek uboczny - wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć i powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W tym wypadku nie można jednakże wymagać, by informacja wymieniała wszystkie możliwe objawy następstw zabiegu i zawierała ich opis. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta ewentualnie, jaki mogą mieć wpływ (doniosłość) na prawidłowe funkcjonowanie organizmu.*³

Można natomiast zastanawiać się, czy takie same wymagania odnoszą się do pacjenta wyrażającego sprzeciw. Z jednej strony - pełna informacja potrzebna mu jest do podjęcia decyzji - pozytywnej albo negatywnej. Z drugiej - sprzeciwiający się nie ma obowiązku wysłuchania tych informacji, choć należyta staranność lekarska nakazuje przynajmniej podjąć próbę ich przekazania. Z trzeciej - negatywna reakcja pacjenta (brak zgody bądź aktywny sprzeciw) może być spowodowana błędem poznawczym - czyli nieznaną konsekwencją odmowy. To wszystko przemawiałoby za bardziej dobitnym informowaniem o możliwych skutkach niepoddania się proponowanym czynnościom.

Przypadek pozasądowy dla porównania

Mocno zawiane większe towarzystwo późną nocą wracało radośnie z libacji środkiem ulicy. Jeden z panów potknął się, wywinął efektownego orła i grzmotnął czaszką o trotuar. Popłynęła krew,

² Typologia modeli informowania pacjenta weszła do polskiej doktryny dzięki *Zasadom etyki medycznej* T.L. Beauchampa i J.F. Childressa (wyd. polskie s. 160–162). Zob. pierwsze jej omówienie: M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 255-256.

³ Wyrok SN z dnia 28 września 1999 r., II CKN 511/96.

zaniepokojeni znajomi wezwali pogotowie. Bohater rezonował przed lekarzem, że nic mu nie jest i absolutnie nie wybiera się do szpitala na tomografię komputerową. Czuje się świetnie, nic go nie boli, to tylko drobne skaleczenie, dajcie mu spokój. **Lekarz zwrócił się do znajomych pacjenta, żeby jakoś przekonali kolegę, bo on w sytuacji takiej odmowy nie ma tu nic do roboty, a trudno powiedzieć, jak sprawa może być poważna, skoro to przecież uraz głowy.** Okazało się, że w grupie znajdowała się żona naszego gieroja, która zwróciła się doń w krótkich małżeńskich słowach. Facet potulnie udał się wraz z nią do karetki.

Żona czy przyjaciel może powiedzieć do pacjenta np. „- *Weź nie p... tylko szoruj do szpitala.*” Lekarzowi nie przysługuje. W takich sytuacjach dobrze jest zyskać poparcie ze strony otoczenia pacjenta, gdy ktoś z niego jest świadkiem wydarzenia na tyle, że nie ma obaw o naruszenie tajemnicy lekarskiej.