Tom XV Zeszyt 12

Część I

Redakcja:
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka
Andrzej Woźniak

Organizacja i zarządzanie wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych w nowoczesnej Europie - część I

Przedsiębiorczość i Zarządzanie
Łódź-Olsztyn 2014

Społeczna Akademia Nauk
Łódź

Spis treści

Wstęp 7

Joanna Gotlib, Jarosława Belowska, Anna Kaczyńska, Mariusz Panczyk
Ilościowa i jakościowa analiza streszczeń prac prezentowanych podczas jednej z lokalnych konferencji przeznaczonych dla pielęgniarek – wskazówki do programów kształcenia przed- i podyplomowego 9

Aleksandra Gutysz-Wojnicka, Dorota Ozga, Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Iwona Kacprzak, Małgorzata Zalewska
Chronic pain coping strategies 29

Brygida Kondracka, Krzysztof Łukaszuk
Wpływ wybranych parametrów na ocenę ogólną pobytu w badanym podmiocie leczniczym 43

Violetta Mianowana, Anna Bednarek, Marta Czekirda
Wsparcie informacyjne a poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej 59

Anna Andruszkiewicz, Mariola Banaszkiewicz, Marta Nowik
Wybrane aspekty środowiska pracy a stan zdrowia pielęgniarek 73

Brygida Kondracka, Krzysztof Łukaszuk
Pomiar satysfakcji jako wskaźnik skuteczności zarządzania systemowego w podmiotach leczniczych 89

Bogumiła Kosicka, Anna Ksykiewicz-Dorota
Przetwarzanie informacji i identyfikacja problemów pielęgnacyjnych w pielęgniarskim podejmowaniu decyzji 103

Katarzyna Młynarska
Ocena kultury pracy pielęgniarek na podstawie wiedzy zespołu interpersonalnego 121

Jarosława Belowska, Mariusz Panczyk, Barbara Kot-Doniec, Halina Żmuda-Trzebiatowska, Joanna Gotlib .....
Analiza wiedzy i postaw położnych po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego z pielęgniarstwa położniczego wobec praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych – doniesienie wstępne 143

Krystyna Piskorz-Ogórek
Pielęgniarska diagnostyka rozwoju dziecka w podstawowej opiece zdrowotnej .. 165

Aleksander Zarzeka, Grzegorz Stachacz, Anna Kościńska, Joanna Gotlib
Zgoda pacjenta na zabieg ginekologiczny w trybie „jednego dnia" w praktyce szpitalnej 177

Olga Bielan, Mariola Ejdys, Emilia Buska
Palenie tytoniu wśród młodzieży szkolnej 193

Ewa Smoleń, Anna Ksykiewicz-Dorota
Satysfakcja z wybranych elementów opieki pielęgniarskiej na oddziale pediatrii 215

Anna Bednarek, Violetta Mianowana
Wiedza rodziców na temat szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom oraz decyzja o zaszczepieniu dziecka na przykładzie wybranych placówek lekarza rodzinnego 229

Anna Bednarek, Marcin Koszałka
Sposoby radzenia sobie przez nastolatków z obciążeniami psychicznymi związanymi z hospitalizacją i chorobą somatyczną 245

Mariola Banaszkiewicz, Irena Wawrzonkowska, Anna Andruszkiewicz
Zachowania zdrowotne i ich wybrane predyktory a jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym na przykładzie pacjentek Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy 263

Emilia Zwoźniak, Ewa Kupcewicz
Poczucie satysfakcji z życia a strategie radzenia sobie ze stresem w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach psychiatrycznych 281

Iwona Hincman, Ewa Kupcewicz .....
Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia osób chorych na stwardnienie rozsiane 297

Ewa Waszczak, Ewa Kupcewicz .....
Analiza strategii radzenia sobie ze stresem w grupie pielęgniarek anestezjologicznych 313

Agata Flis, Agnieszka Zimmermann, Aleksandra Gaworska-Krzemińska
Wyzwania dla praktyki pielęgniarskiej w zakresie raportowania działań niepożądanych produktów leczniczych 327

Ewa Waszczak, Ewa Kupcewicz
Czynniki warunkujące jakość życia pielęgniarek anestezjologicznych 339

Ewa Kupcewicz
Wartościowanie zdrowia w opinii studiujących pielęgniarek 355

Ewa Franke, Ewa Kupcev
Akceptacja i przystosowa

Iwona Wołosewicz, Ewa
Profilaktyka zagrożeń mil
Uniwersyteckiego Szpital

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN, ISSN 1733-2486
Tom XV, Zeszyt 12, część I, 2014, ss. 177–191

Aleksander Zarzeka
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Grzegorz Stachacz
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Anna Kościńska
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Szpital Ginekologiczno-Położniczy „INFLANCKA" w Warszawie

Joanna Gotlib
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zgoda pacjenta na zabieg ginekologiczny w trybie „jednego dnia" w praktyce szpitalnej

Informed consent of patient for „one day surgery" in gynecology hospital practice

Abstract

Introduction:
A voluntary, conscious and informed consent of patient is a necessary condition for providing every medical procedure. From the legal point of view, consent derogate an unlawfulness of physician or nurse activity. Breaking of conditions of informed consent could be a reason of a legal claim against physician, nurse or midwife.
Aim of study:
The aim of study is to analyze polish medical law regarding informed consent and its application to gynecology one-day surgery practice.
Material and methods:
In the survey took part 105 people in age from 19 to 80 years old (average 48). Patient have been divided into three groups, in order to their level of education. The questionnaire have been prepared by authors of the paper. Survey was voluntary and anonymous. As a level of statistical significance, authors assumed $p<0,05$.

Results:
75% of patient knew the course of the procedure. Only 45% of patient have been informed about possible complications. Consent given without this knowledge is invalid. 46% of respondents is aware, that they can always deny medical procedure.
Conclusions:
1. There is a need to increase awareness of society regarding patient right to give an informed consent for a medical procedure.
2. The education should be held at both levels medical staff and patient.
Key words: informed consent, legal awareness, informational duty.

Wstęp

Problematyka zgody pacjenta jest przedmiotem wielu kontrowersji i gorącej dyskusji zarówno w środowisku medycznym, jak i prawniczym. Biegunami w dyskusji są tu dwie zasady: *salus aegroti suprema lex est* (dobro chorego prawem najwyższym) oraz *voluntas aegroti suprema lex est* (wola chorego prawem najwyższym). Pierwsza z wymienionych zasad zakłada, że pacjent przychodzi do lekarza w celu uzyskania profesjonalnej porady, diagnozy i leczenia. Immanentną cechą stosunku łączącego lekarza i pacjenta jest tu asymetria informacyjna. Podejście takie wiąże się z podejmowaniem przez lekarza niezrozumiałych dla pacjenta decyzji w celu zapewnienia temu ostatniemu jak najlepszych efektów terapii. W doktrynie tego typu relację lekarza i pacjenta nazywa się paternalizmem.

Druga z wymienionych zasad hołduje pełnej autonomii pacjenta i sprowadza lekarza do roli profesjonalnego doradcy medycznego. Personel medyczny jest tu wykonawcą osobistego zobowiązania, którego celem ma być diagnoza oraz ewentualne leczenie, w zależności od woli pacjenta. Pacjent sam decyduje o tym, co uważa za dobre i wskazane dla siebie w danym momencie. Jego rozstrzygnięcia, nawet jeśli nieroztropne, powinny być wiążące zarówno dla lekarza, jak i dla całego personelu medycznego.

Słusznie twierdzi T. Biesaga [2005, s. 21], iż „odkrycie autonomii pacjenta zreformowało prawodawstwo medyczne oraz zasady etyki lekarskiej". Rozpoczęło to ustanawianie wielu przepisów, których celem była ochrona pacjentów przed stosowanymi wobec nich nadużyciami. Tradycyjny model stosunków lekarz – pacjent został wyparty przez koncepcję partnerskich relacji lekarza z pacjentem, co sprawiło, że paternalistyczny model uprawiania medycyny stał się anachronizmem. Do powstania nowego typu stosunków pomiędzy osobą chorą a personelem medycznym przyczynił się postęp medycyny, a wraz z nim rosnąca świadomość spo-

łeczeństwa na temat zdrowia i choroby. System partnerski umożliwił pacjentowi uczestniczenie w procesie decyzyjnym, który go dotyczył, jednocześnie czyniąc go współodpowiedzialnym za podjętą decyzję [Brzeziński 2002, s. 47].

Zgodnie ze standardami demokratycznego państwa prawnego, zarówno Polska, jak i większość rozwiniętych krajów świata, przyjęła koncepcję autonomii pacjenta jako zasady, od której postawy paternalistyczne mogą być jedynie zawężająco interpretowanymi wyjątkami.

Zabiegi ginekologiczne w trybie jednego dnia wchodzą w skład szerszej kategorii procedur medycznych, zwanych „chirurgią jednego dnia". Istotą takich świadczeń jest skrócenie czasu i kosztów mniej skomplikowanych interwencji chirurgicznych poprzez przeprowadzenie ich w czasie do 24 godzin. Wiele z nich dokonuje się metodą endoskopową. W zakresie ginekologii w trybie jednego dnia można usunąć torbiel jajnika czy wyciąć ognisko endometriozy.

Radykalne skrócenie pobytu pacjenta w szpitalu ma wiele zalet. Przede wszystkim ogranicza się ryzyko zakażeń szpitalnych. Mniejszy jest również stres pacjentki, która może przechodzić rekonwalescencje w domu. Oczywiste są także oszczędności dla samego podmiotu leczniczego – czasowe i finansowe.

Cel pracy

Autorzy podejmują się próby odpowiedzi na pytanie, czy pacjentki korzystające z zabiegów ginekologicznych w trybie „jednego dnia" świadome są swojego prawa do wyrażenia świadomej zgody (*informed consent*) na podejmowane wobec nich czynności i granic tego prawa, a także ocena postępowania personelu medycznego w tym zakresie.

W prezentowanych badaniach weryfikowano następujące hipotezy:

1. Poziom wiedzy badanej grupy kobiet na temat prawa do wyrażenia świadomej zgody jest niewystarczający.
2. Poziom wykształcenia wpływa na poziom wiedzy pacjentek na temat prawa do wyrażenia świadomej zgody.
3. Pacjentki z wykształceniem wyższym posiadają wystarczający poziom wiedzy na temat prawa do wyrażenia świadomej zgody.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym przy ul. Inflanckiej 6 w Warszawie wśród pacjentek zakwalifikowanych

do zabiegów ginekologicznych w trybie jednego dnia. Ogółem w badaniu wzięło udział 120 osób, z czego 105 poprawnie wypełniło kwestionariusz ankiety. Najmłodsza z respondentek miała 19 lat, natomiast najstarsza 80 (średnia wieku 48 lat). Biorąc pod uwagę kryterium wykształcenia, dominującą grupę stanowiły pacjentki ze średnim wykształceniem – 40 osób. Ankietowane z wyższym wykształceniem stanowiły 38 osób, a zawodowym i podstawowym – 27 osób. Analizując grupę pacjentek poddanych badaniu pod względem miejsca stałego pobytu, wykazano, że 25 pacjentek zamieszkiwała tereny wiejskie, a 80 miejskie. Aby uzyskać odpowiednią grupę badaną, uwzględniono kryteria włączające oraz wyłączające. Kryteria włączające do badanej grupy: wyrażenie ustnej i dobrowolnej zgody na wypełnienie kwestionariusza, zdolność do samodzielnego wypełnienia ankiety.

Badania zostały przeprowadzone pomiędzy 20 października a 30 listopada 2012 roku. W celu uzyskania informacji dotyczącej wiedzy respondentek na temat prawa do informacji i zasad wyrażania świadomej zgody wykorzystano metodę zbierania informacji w formie ankiety. Narzędziem badawczym tej metody jest kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Ankieta była anonimowa oraz udział w badaniu był całkowicie dobrowolny.

Uzyskane dane zebrano w arkuszu Microsoft Excel. Do analizy statystycznej wykorzystano program firmy Statsoft STATISTICA 10.0 (licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). W związku z tym, że porównywano trzy niezależne grupy pacjentek według wykształcenia oraz ze względu na charakter analizowanych danych (dane jakościowe, nieparametryczne), a dane te nie miały rozkładu normalnego ($p>0,05$) analizowanego testem Shapiro-Wilka, do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczny test statystyczny Kruskalla-Wallisa. Za istotny statystycznie przyjęto poziom istotności statystycznej $p<0,05$.

Wyniki

Pierwsza część wyników, przedstawiona w tabeli 1, dotyczy informacji, jakich udzielono pacjentkom przed wyrażeniem zgody na czynności diagnostyczne lub lecznicze. Odpowiedzi na poniższe pytania były dla osób badanych merytoryczną podstawą podjęcia decyzji. Tabela 1 jest także wskazówką, w jakim zakresie personel medyczny dochował obowiązku informacyjnego względem pacjentek.

Grupę 1 stanowiły pacjentki z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, grupę 2 z wykształceniem średnim, a grupę 3 z wyższym. Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami w odniesieniu do informacji o przebiegu zabiegu, a także możliwych powikłań. Całościowo należy analizować pytania dotyczące wymaganych przed interwencją badań, postępowania po zabiegu i rodzaju znieczulenia.

Tabela 1. Zakres uzyskanych przez pacjentkę informacji będących podstawą wyrażenia zgody na zabieg

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	Odpowiedź całej grupy badanej	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	P
1.	Czy uzyskała Pani informacje dotyczące wymaganych badań przed zabiegiem?	Tak	91	20	37	34	Ns
		Nie	7	2	1	4	
		Nie wiem	7	5	2	0	
2.	Czy uzyskała Pani informacje dotyczące przebiegu zabiegu?	Tak	79	15	32	32	p<0,0177
		Nie	16	6	5	5	
		Nie wiem	10	6	3	1	
3.	Czy uzyskała Pani informacje dotyczące powikłań po zabiegu?	Tak	47	8	20	19	p<0,0124
		Nie	41	8	17	16	
		Nie pamiętam	17	11	3	3	
4.	Czy uzyskała Pani informacje dotyczące postępowania po zabiegu?	Tak	50	8	23	19	Ns
		Nie	33	7	11	15	
		Nie pamiętam	22	12	6	4	
5.	Czy uzyskała Pani informacje dotyczące rodzaju znieczulenia?	Tak	82	19	34	27	Ns
		Nie	14	1	5	8	
		Nie pamiętam	9	7	1	1	

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 2 przedstawiono odpowiedzi na pytania z zakresu wiedzy pacjentek o doniośle wyrażonej zgodzie pacjenta, jej wymaganych formach, a także granicach autonomii pacjenta. Dodatkowo zapytano o powiązane ze zgodą zagadnienie „rozszerzenia pola operacyjnego". Wystąpiła istotna statystycznie różnica pomiędzy pacjentkami z różnym wykształceniem w przypadku pytań o kryteria prawidłowo wyrażonej zgody, odpowiedzialności za leczenie i formy zgody.

Tabela 2. Wiedza pacjentek w zakresie prawidłowo wyrażonej zgody pacjenta i jej konsekwencjach

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	Odpowiedź całej grupy badanej (%)	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	P
1.	Według Pani udzielana zgoda jest prawidłowa, gdy	Jest dobrowolna i swobodnie wyrażana	57	6	26	25	p<0,0001
		Jest dobrowolna	39	14	12	13	
		Nie wiem	9	7	2	0	
2.	Pacjent na proponowane leczenie:	Jest zobowiązany godzić się z tym leczeniem	23	6	11	6	Ns
		Godzi się na proponowane leczenie, tylko wtedy, gdy choroba zagraża jego życiu	20	7	6	7	
		Ma prawo do odmowy zgody na proponowane leczenie, nawet jeśli zagraża to jego życiu	48	6	19	23	
		Nie wiem	14	8	4	2	
3.	Czy pacjent jest współodpowiedzialny za leczenie w chwili prawidłowo wyrażonej zgody?	Tak	58	9	22	27	p<0,0021
		Nie	17	3	8	6	
		Nie wiem	30	15	10	5	
4.	W przypadku konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego:	Zabieg może odbyć się bez zgody pisemnej pacjenta	5	2	1	2	p<.001
		Zabieg może odbyć się bez zgody pisemnej pacjenta, jeżeli znajduje się on w stanie nagłego zagrożenia życia, ratuje on mu życie	81	10	37	34	
		Nie ma znaczenia, czy zgoda została wyrażona w formie pisemnej czy ustnej	9	6	1	2	
		Nie wiem	10	9	1	0	

5.	Kiedy według Pani wymagana jest zgoda w formie pisemnej?	Na każde świadczenie, leczenie	27	5	12	10	p<0,0404
		Tylko w przypadku 14 - osoby niepełnoletnie	8	2	4	2	
		Tylko na zabieg operacyjny	55	10	21	24	
		Nie wiem	15	10	3	2	
6.	Kiedy lekarz może rozszerzyć zabieg operacyjny nie posiadając zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego?	Zawsze, mając na uwadze dobro pacjenta	31	11	12	8	Ns
		Zawsze, jeżeli nierozszerzenie zakresu operacji skutkowałoby utratą życia bądź ciężkim rozstrojem zdrowia	52	3	20	29	
		Nigdy	2	1	1	0	
		Nie wiem	20	12	7	1	

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja – analiza przepisów prawa

Z punktu widzenia prawnego, zgoda pacjenta uważana jest za podstawę każdego działania lekarza względem pacjenta. Wynika to z bezwzględnej ochrony dóbr osobistych ustanowionej art. 24 Kodeksu Cywilnego (dalej k.c.) wśród których znajdują się: życie, zdrowie czy nietykalność cielesna (wskazuje na to choćby przykładowy katalog art. 23 k.c.). Zgoda pacjenta staje się więc upoważnieniem do wkroczenia przez lekarza lub inne osoby wykonujące zawód medyczny w sferę przedmiotowych dóbr.

W Polsce prawo pacjenta do wyrażenia zgody na interwencję medyczną jest uregulowane w kilku ustawach, jednakże jego źródła można szukać już w Konstytucji RP. Art. 41 ust. 1 stanowi: „Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą". *Explicite* prawo do wyrażenia zgody przez pacjenta wyrażone jest w art.16 Ustawy o prawach pacjenta: „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9". Regulacja powtórzona jest w art. 32 ustawy lekarskiej: "Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych

w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta". Przepisy ustaw wspierają normy deontologiczne (art.15 Kodeksu Etyki Lekarskiej): „Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem".

Elementy konieczne prawnej doniosłości zgody pacjenta wyróżnili w swoim opracowaniu T.L Beauchamps i J.F. Childress [1994, s. 154]. Przedstawiona przez nich szeroko koncepcja była wielokrotnie cytowana w orzecznictwie zarówno amerykańskim, jak i polskim. Nie budzi też większych kontrowersji w doktrynie. Stała się wręcz standardem uznawanej w większości krajów koncepcji „racjonalnego pacjenta" (*standard of reasonable patient*). Poniżej zostaną przytoczone i krótko scharakteryzowane elementy właściwie wyrażonej zgody pacjenta. Prawidłowo wyrażona zgoda powinna więc obejmować:

1. kompetencję do jej wyrażenia,
2. przekazanie informacji,
3. rozumienie sytuacji,
4. dobrowolność,
5. akt wyrażenia zgody (przyzwolenie).

W nauce prawa wyróżnia się faktyczną (materialną) i formalną zdolność do wyrażenia zgody. W kontekście zdolności faktycznej, za kompetentną „uważa się w etyce medycznej osobę, która potrafi zrozumieć na czym polega terapia, a więc taką, która jest zdolna do oceny spodziewanych zysków i strat danej metody diagnostycznej lub leczniczej oraz potrafi po namyśle powziąć decyzję jej dotyczącą". Niezdolną faktycznie będzie wiec osoba nieprzytomna, nawet jeśli jest dorosła i nieubezwłasnowolniona. Z kolei formalny aspekt kompetencji dotyczy prawnej zdolności wyrażenia zgody. Chodzi tu o wolę ustawodawcy przyznającą określonym osobom prawo do wyrażenia zgody na czynności diagnostyczne i terapeutyczne. Tutaj zdolność przysługuję zasadniczo każdej osobie która ukończyła 18 rok życia i nie jest ubezwłasnowolniona.

Obowiązek udzielenia pacjentowi informacji o jego „stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu" wynika wprost z art. 31 ust.1 ustawy lekarskiej. Regulacja ta wzmocniona jest po-

stanowieniami art. 9 Ustawy o prawach pacjenta. Dodatkowo wskazują na niego również przepisy deontologiczne – art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia". Należy podkreślić, że prawo pacjenta do informacji ma charakter samoistny. Stanowi nie tylko przesłankę zgody, ale i kolejne uprawnienie pacjenta i to nie tylko zdolnego do wyrażenia zgody. Zgodnie z art. 9 ust. 1 „Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia". Choćby literalna wykładnia wskazuje, że chodzi o każdego pacjenta – również małoletniego i bezwłasnowolnego, a także, że mowa tu o informacji w pełnym zakresie. Co więcej, ust.7 tego przepisu stanowi dodatkowo, iż "Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji, o których mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego".

Zgoda pacjenta, który jest kompetentny zarówno formalnie, jak i materialnie, nawet jeśli możemy zakwalifikować ją jako świadomą, nie zawsze okazuje się jednak „rozeznana". Oznacza to, iż pacjent, któremu udzielono wyczerpującej informacji, nie w każdym przypadku jest w stanie w oparciu o nią podjąć wiążącą decyzję dotyczącą swojego leczenia. Koniecznym elementem podjęcia takiej decyzji jest zrozumienie zarówno celu terapii, zastosowanych metod, a także jej możliwych następstw. Dodać należy, że sposób przekazania informacji dostosować należy indywidualnie do pacjenta. Jak podnosi M. Boratyńska [2012, s. 130], „Konkretny pacjent może okazać się nie tylko mało lotny z usposobienia. Specyficzne okoliczności choroby wytrącają każdego z dotychczasowego rytmu życia. Niektórzy panikują, inni truchleją, do jeszcze innych komunikaty docierają jak przez grube szkło".

Kwestia dobrowolności wyrażonej zgody zawsze wzbudzała będzie kontrowersje, jest to kryterium stopniowalne. Wyrażając zgodę lub jej odmawiając w kontekście danego działania terapeutycznego bierzemy pod uwagę opinię bliskich, wpływ terapii na nasze dalsze życie, zatrudnienie, a przede wszystkim rady lekarza lub pielęgniarki czy położnej, którzy są profesjonalistami w dziedzinie. Dlatego też najgroźniejsze zdaje się zachwianie dobrowolności w działaniu pacjenta, powodowane przez osobę udzielającą świadczenia.

Ostatnim elementem prawidłowej zgody pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest sam akt jej wyrażenia. Zgodnie z art. 32 ust. 7

Ustawy lekarskiej zgoda co do zasady „może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym". Należy jednak zauważyć, że w przypadku zgody dorozumianej, postawa pacjenta nie może budzić żadnych wątpliwości. Jeśli chory w szpitalu kręci się, unikając zbadania lub prowadzenia leczenia, należy takie postępowanie poczytywać jako sprzeciw, a nie dorozumianą zgodę. Nawet w przypadku braku sprzeciwu nie można jeszcze mówić o zgodzie, jeśli nie zostały spełnione przesłanki poinformowania i świadomości pacjenta o tym, co będzie go zaraz czekało. W przypadku konfluentnego leczenia, granica pomiędzy postępowaniem *lege artis* a działaniem bez zgody może być bardzo cienka, szczególnie w przypadku braku kontaktu werbalnego.

Wyłom od zasady ustności/dorozumienia czyni Art. 34 Ustawy lekarskiej. Zastosowanie metod diagnostycznych i leczniczych podwyższonego ryzyka oraz zabiegi operacyjne wymagają zgody pisemnej. Ta szczególna forma zgody ma charakter *ad probationem*, co wprost potwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 kwietnia 2006 r. „Niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny nie powoduje nieważności samej zgody".

Dyskusja – analiza przeprowadzonych badań

Zakres uzyskanych przez pacjentkę informacji będących podstawą wyrażenia zgody na zabieg nie może być uznany za satysfakcjonujący (vide tabela 1). 87% badanych otrzymało informację o badaniach, jakie powinni wykonać, co jest wynikiem zadowalającym. Jednakże jedynie trzy na cztery pacjentki wiedziały, jak przebiegać będzie ich zabieg. Brak takiej wiedzy czyni świadomość decyzji wątpliwą. Zaniepokojenie budzić może sytuacja w grupie kobiet z wykształceniem podstawowym i zawodowym, gdzie przebieg zabiegu poznało jedynie 56% badanych. Dla porównania odsetek ten wynosił odpowiednio 80% wśród pacjentek ze średnim wykształceniem i 84% wśród osób po studiach. Sugeruje to, że pacjentki lepiej wykształcone mogą być bardziej zainteresowane przebiegiem leczenia. Częściej dopytywać mogą o szczegóły, dlatego też ich wiedza na temat zabiegu jest większa.

Mniej niż 45% respondentek poznało ewentualne powikłania, jakie mogą je czekać po zabiegu, a przecież są one możliwe i dopuszczalne przy

każdej interwencji medycznej. Może to świadczyć o tym, że personel medyczny niechętnie o nich wspomina. Informacja o powikłaniach uchodzi za niechcianą, niepotrzebną, obniżającą morale pacjentki. Gdy pozna ona możliwe konsekwencje zabiegu, może zacząć dopytywać o ryzyko, rokowania, inne metody leczenia. Istnieje też większe prawdopodobieństwo, że nie zdecyduje się na daną interwencję medyczną. Z punktu widzenia lekarzy, pielęgniarek czy położnych informowanie pacjentów o powikłaniach wydawać się może niekonieczne. Rzeczywistość jest jednak zupełnie odwrotna. Powikłania mogą zdarzyć się zawsze – niezależnie od dochowania należytej staranności przez położną czy pielęgniarkę. Pacjentka, która zna możliwe konsekwencje czynności leczniczej i wyraża na nią zgodę, nie może wysuwać w tym zakresie roszczeń odszkodowawczych. Jeśli jednak nie była ich świadoma, ma prawo pozwać udzielającego świadczenia, nawet jeśli zabieg został wykonany *lege artis*.

Również w tym przypadku najsłabiej wypadają osoby z niższym wykształceniem. Możliwe powikłania poznało mniej niż 30% respondentek. Wśród osób ze średnim i wyższym wykształceniem – co druga z pacjentek.

O ile nieznajomość przebiegu procedury medycznej może budzić wątpliwości co do świadomości wyrażonej zgody, tak nieudzielenie pacjentce informacji o możliwych powikłaniach (przynajmniej tych najczęściej spotykanych), skutkuje brakiem prawnej doniosłości zgody. Oznacza to, że połowa pacjentek może w razie niepowodzenia leczenia kwestionować świadome jej wyrażenie i pociągnąć do odpowiedzialności zarówno osobę zobowiązaną do przekazania informacji (lekarza, pielęgniarkę czy położną), jak i podmiot leczniczy, w jakim wykonywany jest zabieg.

Wiedza respondentek dotycząca świadomej zgody pacjenta na czynności diagnostyczne i lecznicze jest jedynie podstawowa. Wiele z nich zdaje się uznawać paternalistyczną zasadę, wedle której lekarz najlepiej wie, co potrzebne jest pacjentowi, a zgoda jest jedynie formalnością, czasem podpisem, który dzieli pacjenta od odzyskania lub poprawy zdrowia. 22% badanych jest przekonanych, że musi zgodzić się na zaproponowane leczenie. Jedynie 46% pacjentek świadomych jest, iż w każdej sytuacji może odmówić poddania się procedurze, nawet jeśli zagraża to ich życiu. W grupie osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym zdaje sobie z tego sprawę co piąta pacjentka. Wśród absolwentek studiów grupa ta jest prawie trzy razy większa.

Ponad połowa badanych wie, że prawidłowa zgoda powinna być nie tylko dobrowolna (jak twierdzi 37% ankietowanych), ale także swobod-

nie wyrażona. Element swobody jest niezmiernie ważny. Jak wspomniano w analizie prawnej, człowiek decydujący się na procedurę medyczną, zawsze sugeruje się opinią innych. Ważne jednak, by nie znalazł się on pod presją – ani merytoryczną, ani czasową. Przedstawiciele zawodów medycznych powinni pamiętać o tym, że jako profesjonaliści i osoby, którym pacjent ufa – przynajmniej w zakresie diagnozy i leczenia – zobowiązani są do zapewnienia choremu swobody w procesie wyrażania zgody.

Pacjentki są co do zasady świadome, że zgoda na zabiegi podwyższonego ryzyka, a do takich należą wszelkie operacje, powinna być wyrażona na piśmie. Jedynie w szczególnych przypadkach, np. przy zabiegach ratujących życie, forma ta może zostać pominięta.

Ciekawie przedstawiają się odpowiedzi na pytanie dotyczące zgody na zabieg osoby małoletniej, całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody. Co trzecia z respondentek błędnie wskazuje, że zastępczą zgodę wydaje w takim przypadku wyłącznie opiekun faktyczny. Jeszcze więcej, bo ponad 34% pytanych uważa, że zarówno opiekun faktyczny, jak i przedstawiciel ustawowy uprawniony jest do wyrażenia zgody na leczenie takiej osoby. Jedynie 15% badanych wie, iż zgodę zastępczą wydaje jedynie przedstawiciel ustawowy, a jeśli jest ich dwóch (np. rodzice), muszą być oni zgodni. W przeciwnym razie konieczna jest również zgoda sądu opiekuńczego. Opiekun faktyczny zgodę na świadczenie zdrowotne może wydać jedynie wyjątkowo.

Związana z powyższym zagadnieniem niewiedza pacjentek nie jest tak ważna jak świadomość personelu medycznego. To na nim spoczywa odpowiedzialność wiążąca się z odebraniem zgody od prawidłowej osoby. Zgoda zastępcza, wyrażona przez nieuprawnione do tego osoby, jest nieważna, co skutkować może pociągnięciem do odpowiedzialności.

Jedno z odstępstw od zasady pełnej autonomii woli pacjenta to tzw. „rozszerzenie pola operacyjnego". Gdy podczas zabiegu okazuje się, że poprawie zdrowia pacjenta niezbędne jest też wykonanie innej procedury, na którą pacjent nie wyrażał zgody przez znieczuleniem, lekarz może podjęć decyzję o przeprowadzeniu jej bez zgody pacjenta. Prawo dopuszcza taką sytuację wyjątkowo – jedynie wtedy, gdy nierozszerzenie zakresu operacji skutkowałoby utratą życia bądź ciężkim rozstrojem zdrowia albo rozszerzenie takie jest minimalne. Potwierdził to sąd najwyższy w orzeczeniu z 1969 r. Wiedzę w tym zakresie wykazała co druga pacjentka. 30% z respondentek uważa zaś, że lekarz zawsze może rozszerzyć pole operacyjne, jeśli ma na uwadze dobro pacjenta.

Rozwarstwienie w wiedzy pomiędzy grupami pacjentek o różnym wykształceniu zostało jaskrawo uwidocznione w kwestii przejęcia współodpowiedzialności za leczenie po wyrażeniu prawidłowej zgody. O ile w ogólności jest jej świadome 55% respondentek, tak w grupie osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym współodpowiedzialna czuje się jedynie co trzecia pacjentka. Dla porównania wśród absolwentek studiów odsetek ten przekracza 71%.

Na ograniczoną wiedzę o prawach pacjenta, w tym o prawie do wyrażenia świadomej zgody na leczenie, wskazują także inne opracowania. Olga Wagner [2008] w przeprowadzonym na zlecenie Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej badaniu w ramach kampanii „Prawa Pacjenta Moje Prawa" podnosi, że jedynie co drugi Polak ma świadomość istnienia praw pacjenta, a co piąty jest w stanie wymienić choć jedno z nich. W tej grupie na prawo do wyrażenia zgody wskazało 23%, co oznacza, że w odniesieniu do ogółu, o prawie tym wie niewiele ponad 4% Polaków.

W tym samym badaniu pacjentów poproszono o wskazanie źródła wiedzy o prawach pacjenta. Większość (33%) czerpie ją z czasopism – od lekarza 25%, a od pielęgniarki jedynie 4%. Dodać należy, że sondaż przeprowadzony został na reprezentatywnej grupie 1004 respondentów.

Z kolei K. Wroński i wsp. [2010, ss. 154–163], badając pacjentów poddanych zabiegom stomatologicznym w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr Mikołaja Pirogowa w Łodzi w 2010 r., uzyskali bardzo zadowalające wyniki. W badaniu wzięło udział 200 osób. Spośród ankietowanych 95% odpowiedziało, że byli pytani o zgodę przed podjęciem leczenia stomatologicznego.

Wnioski

1. Wiedza pacjentek korzystających z zabiegów ginekologicznych w trybie jednego dnia w zakresie prawa do świadomego wyrażenia zgody na leczenie jest niezadowalająca.
2. Istnieją istotne różnice pomiędzy wiedzą pacjentek w zakresie prawa do wyrażenia zgody pomiędzy osobami z wykształceniem podstawowym lub zawodowym a średnim i wyższym.
3. Ze względu na fakt, że w badanej grupie wiedza pacjentek na temat prawa do wyrażenia zgody na leczenie była niewystarczająca, personel medyczny powinien w większym stopniu zwracać uwagę na informowanie pacjentek w zakresie szczegółowych zasad wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

4. Personel medyczny, udzielający szczegółowych informacji na temat praw pacjenta, w tym zasad wyrażania zgody na leczenie, powinien podkreślać zarówno dobrowolność, jak i istotę rozumienia decyzji dotyczącej dalszego leczenia (zgoda poinformowana).
5. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki i położne powinny w przystępny sposób przekazywać pacjentkom informacje o kryteriach świadomej zgody na leczenie, a także spełniać te kryteria. Tyczy się to przede wszystkim przekazania pacjentkom w przystępnej formie wszelkich informacji potrzebnych do podjęcia decyzji.

Bibliografia

Beauchamp T.L., Childress J.F. (1994), *Zasady Etyki Medycznej*, wyd. IV, tłum. W Jacórzyński, Warszawa.

Biesaga T. (2005), Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny, „Medycyna Praktyczna", nr 6.

Boratyńska M. (2012), *Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa.

Brzeziński T. (2002), *Etyka lekarska*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.

Wagner O. (2008), *Prawa pacjenta. Raport z badania capibus*, Warszawa.

Wroński K., Bocian R., Depta A. (2010), *Czy wyrażanie zgody na wykonanie zabiegu stomatologicznego przez pacjenta jest przestrzegane przez lekarzy dentystów? Prawne aspekty związane z udzielaniem zgody na wykonanie zabiegu leczniczego w Polsce*, E – Dentico, Łódź.

Powoływane akty prawne i orzecznictwo:

Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej z dn. 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483 ze zm.

Ustawa z dn. 26 kwietnia 1964 Kodeks cywilny, Dz. U. z 1964 r. nr 16 poz. 93 ze zm.

Ustawa z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U z 1997 r. nr 28 poz. 152 ze zm.

Ustawa z dn. 9 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009 r. nr 52 poz. 417 ze zm.

Kodeks Etyki Lekarskiej, Tekst jednolity: Obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 2 stycznia 2004 r. (Biuletyn NRL z 2004 r. Nr 1(81)).

Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 29 grudnia 1969 r., II CR 559/69, Legalis, Warszawa.

Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 11 kwietnia 2006 r., I CSK 191/05, Legalis, Warszawa.