

Dylematy wokół zgody pacjenta

dr Andrzej Muszala

Międzywydziałowy Instytut Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie

Problem uzyskania przez lekarza zgody pacjenta na przeprowadzenie określonego działania diagnostycznego lub terapeutycznego pojawiał się w historii medycyny stopniowo i zależał od określonego modelu relacji lekarz-pacjent. U zarania medycyny europejskiej Hipokrates w swojej przysiędze nie poruszał w ogóle tego problemu, co wynikało z przyjęcia przez niego paternalistycznego modelu odniesienia lekarza do chorego. To lekarz posiadał wiedzę i odpowiednie kompetencje w zakresie podejmowanych działań medycznych; pacjent całkowicie oddawał się w jego ręce i często nie był informowany o stosowanych formach leczenia, a co za tym idzie, nie był pytany o zgodę na nie. Wiek XIX i XX przyniósł w tej kwestii radykalną zmianę. Wynikała ona z jednej strony z rozwoju nowych technik diagnostycznych i terapeutycznych, z drugiej zaś - z upowszechnienia się nowej koncepcji filozoficznej człowieka, w której coraz bardziej podkreślano jego wolność i całkowitą autonomię w stanowieniu o sobie i o swoim życiu. Stąd w medycynie pojawił się nowy model, w którym pacjent był już nie tyle biernym obiektem działań lekarza, ile raczej jego równorzędnym partnerem; powinien on być odpowiednio informowany o proponowanych formach terapii i wyrazić na nie zgodę albo nie. Stąd w kodeksach medycznych pojawiły się zapisy gwarantujące powyższe prawa pacjenta, co znalazło oddźwięk także w polskim Kodeksie Etyki Lekarskiej. [1] Coraz szybszy rozwój nowych form terapii, możliwość utrzymywania przy życiu pacjenta nieprzytomnego oraz pluralizm etycznych orientacji w społeczeństwie sprawiają, że zakres zgody pacjenta musi być obecnie określany coraz precyzyjniej, z uwzględnieniem nawet specyficznych przypadków jej zawieszenia. Dla zilustrowania tego posłużę się trzema przykładami.

Uzyskanie zgody pacjenta w przypadku braku przytomności

Szczególnie trudną decyzją, przed jaką staje lekarz, jest kontynuowanie działania terapeutycznego wobec pacjenta, który nie może wyrazić na to zgody, gdyż jest nieprzytomny. Dzieje się tak szczególnie podczas operacji, kiedy przebiega ona nieprzewidzianym torem. Wówczas zgoda pacjenta wyrażona ogólnie przy przyjęciu do szpitala może nie obejmować tej konkretnej sytuacji, więc lekarz staje w obliczu konieczności podjęcia natychmiastowej decyzji, choć jednocześnie jest świadom, że być może nie zgadzałaby się ona z życzeniem operowanego. Taką sytuację - na szczęście - przewiduje Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 35: "Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności". [2] Zatem zmiana zakresu zabiegu jest usprawiedliwiona w tym przypadku nie tylko zagrożeniem życia, ale także ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia. [3] Jednakże - jak zauważa ustawa - zmiana ta musi być odnotowana w dokumentacji medycznej (art. 35, ust. 2). Wydaje się, że istotne jest tu dodatkowe zabezpieczenie gwarantowane lekarzowi przez wcześniejszy zapis ustawy, iż - kiedy od początku metoda diagnostyki lub leczenia związana jest z podwyższonym ryzykiem - powinien on uzyskać od pacjenta zgodę wyrażoną pisemnie. [4] O tym obowiązku lekarze niestety często zapominają.

W podobnie trudnej sytuacji jest lekarz w przypadku opieki nad pacjentem znajdującym się w przewlekłym stanie wegetatywnym, powstałym na przykład wskutek chwilowego niedotlenienia mózgu. Ustawa przewiduje taki przypadek i udziela lekarzowi pozwolenia na podjęcie i kontynuowanie odpowiednich świadczeń zdrowotnych, gdy nie ma on możliwości porozumienia się z przedstawicielem ustawowym lub opiekunem. [5] W takiej sytuacji swoje czynności medyczne powinien on skonsultować z innym lekarzem. W praktyce istnieje jednak wiele trudności w realizacji powyższych postulatów. Rodzina pacjenta nieprzytomnego zwykle chce także brać udział w decydowaniu o wyborze dalszego postępowania klinicznego i nieraz trudno ustalić, o ile wyraża ona rzeczywiście uprzednią wolę chorego, a o ile swoje własne życzenia. Przykładem takiego dylematu były naciski rodziny na personel medyczny opiekujący się Terri Schiavo, która przez kilkanaście lat pozostawała w stanie wegetatywnym. Z jednej strony mąż domagał się zakończenia jej życia przez zaprzestanie żywienia dojelitowego, a z drugiej - rodzice chcieli, by była ona nadal utrzymywana przy życiu i pielęgnowana. Obie strony powoływały się przy tym na wcześniejsze przekonania i oświadczenia Terri. Ostatecznie - w wyniku orzeczenia sądowego - podjęto

kontrowersyjną decyzję o usunięciu zglębniaka, wskutek czego kobieta zmarła po kilkunastu dniach. Do dzisiaj casus Terri Schiavo wywołuje liczne spory w świecie bioetycznym, jak również każe się zastanowić nad tym, czy sąd jest kompetentną instancją do orzekania w skomplikowanych kwestiach etycznych z zakresu medycyny. Ponadto - odnosząc problem do naszego polskiego podwórka - dotyka on palącej potrzeby powołania komitetów etycznych w szpitalach, które odciążąby lekarzy od podejmowania podobnych trudnych decyzji. Komitety takie, złożone z osób kompetentnych (lekarz, prawnik, etyk, kapelan szpitalny), rozpatrywałyby szczegółowo wszystkie trudne do oceny przypadki, biorąc na siebie odpowiedzialność za podejmowane decyzje.

Problem niewyrażenia zgody na transfuzję krwi z przyczyn religijnych

Kilkanaście lat temu, mieszkając w małym mieście, byłem mimowolnym świadkiem wydarzenia, które wstrząsnęło wszystkimi jego mieszkańcami. Pewien chłopiec w wieku 17 lat uległ ciężkiemu wypadkowi samochodowemu i jedynym ratunkiem był dla niego zabieg operacyjny połączony z transfuzją krwi. Rodzice jednak nie wyrazili na nią zgody, dlatego że był on świadkiem Jehowy. Powołując się na niektóre cytaty z Pisma św.[6] twierdzili, że krew jest siedliskiem duszy i życia, zatem jej przetaczanie lub stosowanie preparatów krwiopochodnych jest niemożliwe do etycznego zaakceptowania. Sytuacja była o tyle skomplikowana, że dla osób w wieku 16-18 lat zgoda na określony zabieg ma być wyrażona przez obie strony - zarówno przez rodziców (opiekunów), jak i przez samego zainteresowanego. Chory był wszak nieprzytomny i nie mógł wyrazić swojej woli. W końcu - w tym konkretnym przypadku - sąd zawiesił prawa rodziców i nakazał podjęcie zabiegu operacyjnego. Jednakże decyzja ta została podjęta zbyt późno i młody człowiek zmarł.

Opisana sytuacja ukazuje ponownie konieczność istnienia komitetów etycznych w szpitalach, które działałyby o wiele szybciej i wydawałyby najbardziej kompetentne decyzje. Ale również na nowo przywołuje problem, kto, jak i kiedy ma wyrażać zgodę w podobnych przypadkach. Wydaje się, że istnieją takie sytuacje, w których nie można dać odpowiedzi jednoznacznej; każdy przypadek wymaga osobnej analizy. Jak zauważa autor "Etyki lekarskiej" T. Brzeziński, "rodzic, przedstawiciel ustawowy, ma prawo decydowania za nieletniego w jego interesie. Nie może [jednak] bezkarnie podejmować decyzji, które godzą w dobro nieletniego".[7]

Lecz "prawo pacjenta do decydowania o sobie sięga także tych decyzji, które w konsekwencji mogą być dlań niekorzystne. Lekarz ma prawo do perswazji, ale nie ma prawa naruszać czyjejś woli".[8] A jaka była wola tamtego chłopca? Czy rzeczywiście chciałby pozostać on wierny swojej tradycji religijnej, czy też - w niebezpieczeństwie utraty życia - prosiłby o przetoczenie krwi? Istnieją dziś w medycynie sytuacje, których jednoznaczne rozwiązanie jest niezmiernie trudne, a czasem wręcz niemożliwe. I ktoś (w tamtym przypadku rodzice młodego człowieka) muszą ponieść odpowiedzialność wraz z całym jej ciężarem za podjęcie dramatycznej decyzji.

Problem tzw. zgody domniemanej dawcy narządów

Rozwój transplantologii, zwłaszcza dotyczący narządów nieparzystych, takich jak serce, wątroba czy trzustka, spowodował pojawienie się bardzo poważnego dylematu etycznego uzyskania zgody dawcy narządów. Zgoda ta musi być bowiem wyrażona uprzednio, gdyż z chwilą pobierania narządów ich dawca znajduje się w stanie śmierci mózgowej. Problem ten został rozwiązany na rozmaite sposoby w różnych krajach. W Polsce w roku 1995 Sejm przyjął Ustawę o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 138, poz. 682), według której komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celu przeszczepienia, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Sprzeciw może być wyrażony w formie wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis lub oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej 2 świadków w chwili przyjęcia do szpitala lub w czasie pobytu w szpitalu. [9] Ustawa, która miała na celu zwiększenie możliwości przeszczepiania narządów, w rzeczywistości przyczyniła się do poważnej niemocy medycyny transplantacyjnej i wzrostu obaw lekarzy przed pobieraniem narządów. Spowodowane to było niejednokrotnie reakcją rodziny, która oświadczała, że zmarły nie wyrażał za życia zgody na pobranie narządów, a ustalenie, czy rzeczywiście taka była jego wola, było niemożliwe. Przełożyło się to na stosunkowo małą liczbę zabiegów transplantacji wykonywanych w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Warto więc się zastanowić, czy nie należałoby postulować w polskim ustawodawstwie zmiany formy wyrażenia zgody na zgodę wyraźną,[10] jak to jest w Anglii, Holandii czy Danii. Praktyka niektórych krajów pokazuje, że bardzo prostą formą wyrażenia tego typu zgody jest wypełnienie raz w życiu formularza, znajdującego się w każdym urzędzie pocztowym, a następnie bezpłatne przesłanie go do centralnego rejestru dawców. W ten sposób lekarz ma od razu pewność, czy zmarły rzeczywiście się zgodził na pobranie swoich narządów, i jest wolny od ingerencji rodziny w tej kwestii. Ponadto już sam fakt umieszczenia formularzy

w urzędach pocztowych (poparty oczywiście dobrym poinformowaniem wszystkich obywateli) powoduje wzrost świadomości i postaw protransplantacyjnych. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że także Kościół katolicki opowiedział się za taką wyraźną formą zgody dawcy, co zostało ujęte w punkcie 2296 Katechizmu Kościoła Katolickiego (cz. III, rozdz. 2. "Będziesz miłował swego bliźniego jak siebie samego") w następujących słowach: "Oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały; należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności. Moralnie nie do przyjęcia jest pobranie narządów, jeśli dawca lub jego bliscy, mający do tego prawo, nie udzielają na to wyraźnej zgody".

Podsumowanie

Podsumowując powyższe rozważania, nietrudno zauważyć, że problematyka moralna zgody pacjenta staje się jednym z najważniejszych i zarazem najtrudniejszych zagadnień etyki medycznej. Przytoczone wyżej przykłady ukazują, że jest to związane z coraz częstszymi działaniami medycznymi na pacjencie nieprzytomnym (operacje, przedłużone utrzymywanie pacjenta w stanie wegetatywnym), z pluralizmem postaw moralnych i religijnych (np. transfuzja krwi u świadków Jehowy), jak również z rozwojem nowych technik medycznych (np. transplantacji). Sposób i moment udzielenia zgody jest trudny do sprecyzowania i nieraz lekarz jest zdany na własny osąd w tej kwestii, co powoduje jego zrozumiały lęk przed dalszymi konsekwencjami podejmowanych decyzji. Dlatego bardzo istotny jest z jego strony dokładny wywiad przeprowadzony z chorym przed podjęciem konkretnych działań, szczególnie uzyskiwanie zgody wyraźnej, najlepiej w formie pisemnej. Wszystkimi zaś trudnymi do rozstrzygnięcia przypadkami powinny się zajmować komisje etyczne w szpitalach.

Przypisy

1. [Kodeks Etyki Lekarskiej](#), art. 15:

"1. 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.

2. W przypadku osoby niepełnoletniej lekarz powinien starać się uzyskać także jej zgodę, o ile jest ona zdolna do świadomego wyrażenia tej zgody.

3. Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.

4. Badanie bez wymaganej zgody pacjenta lekarz może przeprowadzić również na zlecenie organu lub instytucji upoważnionej do tego z mocy prawa, o ile nie stwarza ono nadmiernego ryzyka zdrowotnego dla pacjenta.

5. W razie nieuzyskania zgody na proponowane postępowanie lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską."

2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry ([Tekst jednolity](#) Dz.U. z dnia 2 listopada 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm., art. 35)

3. Szerzej na ten temat por. T. Brzeziński: Etyka lekarska. Warszawa, PZWL, 2002: 108

4. "Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody." (zob. art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry)

5. "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.

2. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.

3. Okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta." (zob. art. 33 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry)

6. "Wszystko, co się porusza i żyje, jest przeznaczone dla was na pokarm, tak jak rośliny zielone, daję wam wszystko. Nie wolno wam tylko jeść mięsa z krwią życia" (Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu: w przekładzie z języków oryginalnych. Wyd. 3. Poznań-Warszawa, Pallotinum, 1980, Rdz 9,3-4).

"Jeżeli kto z domu Izraela albo spośród przybyszów, którzy osiedlili się między nimi, będzie spożywał jakkolwiek krew, zwrócę oblicze moje przeciwko temu człowiekowi spożywającemu krew i wyłączę go spośród jego ludu. Bo życie ciała jest we krwi, a Ja dopuściłem ją dla was [tylko] na ołtarzu, aby dokonywała przebłagania za wasze życie, ponieważ krew jest przebłaganiem za życie" (Tamże: Kpł 17,10-11).

7. Por. T. Brzeziński: Etyka lekarska, dz. cyt.: 111

8. Tamże: 112

9. Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów ([Dz.U. Nr 138, poz. 682](#)), art. 4 i 5

10. Warto zauważyć, że 1 stycznia 2006 roku weszła w życie nowa ustawa transplantacyjna O pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów ([Dz.U. Nr 169, poz. 1411](#)), która jednak w kwestii formy wyrażenia zgody pozostała niezmieniona, ponownie sankcjonując zgodę domniemaną (zapisy zostały jedynie przesunięte do art. 5 i 6).