

ANDRZEJ ATRAS, KRZYSZTOF MARCZEWSKI

Znaczenie świadomej zgody pacjenta na działania medyczne

The meaning of patients' informed consent to medical activities

Streszczenie

Praca ma na celu przeanalizowanie znajomości praw pacjenta, a w szczególności prawa do wyrażania „świadomej zgody” przed działaniami medycznymi. Staraliśmy się także przeanalizować znaczenie wyrażenia: „świadoma zgoda” oraz określić warunki, jakie muszą być spełnione dla jej uzyskania. Jest to niezwykle ważne w dobie wzrastającej autonomii pacjentów, a co za tym idzie konieczności samodecydowania o swoim zdrowiu. Niezbędnym warunkiem jaki musi być spełniany aby pacjenci mogli decydować i wyrażać zgodę w sposób świadomy, jest posiadanie odpowiedniej informacji na temat swojego stanu i proponowanego leczenia. Źródłem takich informacji jest lekarz, i to od niego zależy jak się z tego obowiązku wywiąże, natomiast pacjent znający swoje prawa powinien tego wymagać, aby móc wyrazić rzeczywiście przemyślaną zgodę. Badanie przeprowadziliśmy wśród 1100 pacjentów w różnych typach placówek służby zdrowia: na wybranych oddziałach szpitala klinicznego, wojewódzkiego, powiatowego oraz uzdrowskiego, przychodni ortopedycznej i praktykach lekarza rodzinnego, wybranych na terenie województwa lubelskiego i podkarpackiego. Proponowano im wypełnienie anonimowych ankiet zawierających pytania dotyczące znajomości przepisów praw pacjenta, rozumienia terminu „świadoma zgoda” i praktycznego wykorzystania jego w codziennych relacjach pacjent - lekarz. Wyniki podano analizie statystycznej.

Z przeprowadzonego badania wynika, że pacjenci często słyszeli z mediów o istnieniu praw pacjenta, niemniej jednak nie znają lub nie rozumieją znaczenia samych przepisów. Najczęściej także niewłaściwie interpretują swoje prawo do wyrażania zgody, uważając je tylko za formalność jaką musi spełnić lekarz, aby podjąć działanie medyczne. Również sami lekarze w żaden sposób nie dążą do wyjaśniania znaczenia świadomej zgody pacjentom, przez co przyjmują postawę paternalistyczną, a co za tym idzie łamią zasadę ich autonomii.

Słowa kluczowe: etyka, prawa pacjenta, autonomia pacjenta, świadoma zgoda.

Summary

The article aims to analyse the knowledge of patient's rights, and particularly the rights to express the informed consent before medical activities. We also tried to analyse the meaning of expression: 'informed consent', and to qualify the conditions that have to be met to obtain it. This is extremely important in the days of increasing patients' autonomy and – what follows – the necessity of taking decisions concerning one's own health. An indispensable condition that has to be met to make patients able to decide and express their informed consent, is having appropriate information about the patient's own condition and proposed treatment. The source of information is a physician and it is him who is responsible for this task. On the other hand, the patient aware of his or her rights should demand this to be able to express a consent that was really pondered over. The study covered 1100 patients in different types of health care institutions: in selected wards of clinical, regional, *powiat* and sanatorium, hospitals and orthopaedics outpatient clinic and family doctors' offices in the Lublin and Podkarpackie Provinces. They were proposed to fill in anonymous questionnaires with questions concerning the knowledge of the patient's rights, understanding of the term 'informed consent' and its use in practice, in everyday patient – doctor interactions. The results were subject to statistical analysis. The study shows that patients learnt about the patient's rights from the media but they either do not know or do not understand the relevant regulations. Also, they usually interpret incorrectly their right to express consent, considering it as a mere formality a doctor has to comply with to begin medical procedure. At the same time, doctors do not make any attempts to explain the meaning of informed consent, and thus assume a paternalistic attitude and break the rule of patients' autonomy.

Key words: ethics, patient's rights, patient's autonomy, informed consent.

Współcześnie w Polsce obserwujemy kilka bardzo istotnych procesów zmieniających zasadniczo charakter relacji lekarz - pacjent. Z jednej strony jesteśmy świadkami bardzo szybkiego rozwoju medycyny i coraz większej jej inwazyjności, z drugiej zaś, obserwujemy wśród społeczeństwa polskiego narastającą świadomość praw człowieka, jako nieodłączny element procesów demokratyzacji życia publicznego. Dotyczy to również praw człowieka jako pacjenta, traktowanego jako partnera, niekiedy nawet jako kontrahenta, a nie osobę niejako bezwolnie poddaną opiece medycznej.

Jest to tożsame z odchodzeniem od modelu paternalistycznego w kontaktach pacjent - lekarz, na korzyść modelu opierającego się na poszanowaniu autonomii pacjenta, nawet poza granice jego dobra. Jednym z częściej poruszanych aspektów jest konieczność uzyskiwania świadomej zgody przed działaniami medycznymi.

Problem wyrażania zgody jest nierozdzielnie związany z zachowaniem niezależności pacjenta, rozumianej jako działanie podjęte przez każdego, kto:

1. działa intencjonalnie,
2. ze zrozumieniem,
3. bez wpływu czynników zewnętrznych, determinujących jego czyny [1, 2, 3].

Szczególnie ważny jest punkt 2, wymagający od lekarza przekazania informacji na temat procedur medycznych, zasadności ich zastosowania, możliwości wystąpienia powikłań i dalszych skutków związanych z ich zastosowaniem, w sposób zrozumiały, tj. odpowiadający inteligencji, wykształceniu oraz stanowi wiedzy medycznej pacjenta. Pracownicy służby zdrowia mają niezwykle trudne zadanie. Muszą zadbać, by pacjent podejmował słuszne decyzje, jednocześnie nie wywierając na niego żadnych nacisków. Innymi słowami, aby wyrażona zgoda była w pełni autonomiczna, a decyzja właściwa.

Do zadań lekarzy należy także rozpoznanie osób wyrażnie „nieautonomicznych”, które są niedojrzałe, niezdolne do samodzielnego podejmowania decyzji, pogrążone w niewiedzy, przymuszane (np. dzieci, narkomani, więźniowie) i związana z tym konieczność przekazywania informacji w sposób szczególny, a czasami nawet podejmowanie decyzji za nich. Powinno to jednak dotyczyć zdecydowanej mniejszości chorych i stanowić wyjątek od reguły. Prawo zwyczajowe uznaje, że specyficzne traktowanie niezdolnych do samodecydowania osób jest wyjątkiem od zasady zgody przed działaniami medycznymi. Takie odstępstwo możemy także przyjąć gdy, w następstwie nagłego wypadku konieczne jest natychmiastowe leczenie, by uratować życie albo zachować zdrowie pacjenta. Racjonalnym uzasadnieniem tego wyjątku jest domniemanie, że w pełni świadoma osoba zgodziła się na leczenie w takim przypadku i że opóźnienie w leczeniu doprowadziłoby do śmierci albo poważnej szkody [2].

Zasadą pozostaje, iż to pacjent sam musi wyrazić zgodę na najdrobniejsze nawet działania związane z jego osobą w przebiegu rozpoznawania i leczenia chorób. Jak wspomniano wyżej pracownicy służby zdrowia znajdują się niekiedy w bardzo trudnej sytuacji, kiedy w konflikcie znajdują się dwie fundamentalne zasady, dobro chorego, któremu przypisuję się moc najwyższego prawa (*bonum aegroti suprema lex esto*) i poszanowania autonomii chorego, prawa wolego wyboru. Do realizacji tych zasad dys-

ponują niewielką ilością środków. Najważniejsze z nich to umiejętność właściwego przekazania pacjentowi jego rzeczywistego położenia, przekonania go o życzliwości otoczenia medycznego i duża doza cierpliwości.

Dlatego przeprowadziliśmy badanie, w którym próbowaliśmy poznać opinię pacjentów na temat wyrażania przez nich świadomej zgody i jej miejsca w podejmowanych decyzjach medycznych.

METODYKA

Badanie przeprowadzono w okresie od 01 II 2003 do 01 IX 2003, w różnych placówkach służby zdrowia: w wybranych oddziałach szpitala klinicznego, wojewódzkiego, powiatowego oraz uzdrowskiego, przychodni ortopedycznej i praktykach lekarza rodzinnego, wybranych na terenie województwa lubelskiego i podkarpackiego.

W badaniu proponowano anonimowe wypełnienie ankiety kolejnym pacjentom zgłaszającym się do wyżej wymienionych placówek.

Ankieta dotyczyła znajomości rozwiązań prawnych i oczekiwań związanych z procesem uzyskiwania świadomej zgody. Użyto własnego kwestionariusza, przy konstruowaniu którego posłużono się pytaniami zamkniętymi jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz pytaniami półotwartymi.

Wyniki poddano analizie statystycznej przy pomocy pakietu SPSS wersja 5.0.

Pewna część ankiet zawierała dane niepełne, tj. brak odpowiedzi na niektóre pytania. Dlatego trzeba dodać, że dane odsetkowe odnoszą się zawsze do liczby danych kompletnych dla poszczególnych zmiennych.

WYNIKI

Ankiety wypełniło 708 pacjentów, co stanowiło 64% zaproszonych do wzięcia udziału w wypełnianiu w badaniach. Było to 401 kobiet (56,6%) i 300 mężczyzn (42,3%) w wieku od 16 do 83 lat, zaś średnia wieku wyniosła $46,4 \pm 16,4$ (7 osób nie podało swojej płci, a 3 osoby wieku).

W przeważającej części (71%) respondenci pozostawali w związku małżeńskim, osoby stanu wolnego stanowiły 20%, a wdowy lub wdowcy 9%.

Większość ankietowanych (75%) stanowili mieszkańcy miast, w tym 12% było mieszkańcami miast wojewódzkich. Jedynie 25% zadeklarowało się jako mieszkańcy wsi.

Większość badanych (53%) posiadało wykształcenie średnie, aż 18% wyższe, 11% wykształcenie niepełne wyższe, a tylko 18% spośród wypełniających ankietę deklaroowało jedynie ukończenie szkoły podstawowej.

44% badanych utrzymywało się z pracy, niewiele mniej, bo 37% otrzymywało rentę lub emeryturę. 11% korzystało z zasiłku dla bezrobotnych, a jedynie 5% prowadziło działalność gospodarczą w tym 2,5% pozarolniczą.

Prawie 96% badanych zadeklarowało przynależność do Kościoła Katolickiego, 1% wyznawało inną religię, a 3% określiło się jako niewierzący.

Deklarowana częstość korzystania z usług służby zdrowia w czasie ostatniego roku wahała się znaczenie od 1 do nawet 100 (!), ze średnią arytmetyczną $6,2+7,9$, modalną 2 i medianą 4, przy czym w 40% dotyczyło to różnych typów szpitali, a w 60% lecznictwa otwartego.

Blisko $\frac{3}{4}$ (74%) respondentów słyszało o istnieniu Karty Praw Pacjenta i Kodeksie Etyki Lekarskiej, zaś 9.7% nie była tego pewna; jako źródło informacji również $\frac{3}{4}$ podało media tj. telewizję (51%) i prasę (27%), znacznie rzadziej informacje te były przekazywane przez lekarzy (7%) i pielęgniarki (6%); prawnicy i duchowni (obie odpowiedzi po <1%) odgrywali w tym zakresie marginalną rolę.

Jednak zaledwie 20% uznało swoją wiedzę dotyczącą udzielania informacji pacjentowi za dobrą, a aż 30% „nie wiedziało w ogóle nic”. Tymczasem ponad połowa badanych (53%) nie była informowana przez lekarza o możliwości odstąpienia od badania, $\frac{1}{4}$ (25%) nie posiadała wiedzy o zasadności badania, ponad $\frac{1}{3}$ (38%) nie wiedziała o możliwości wystąpienia powikłań, blisko połowa (48%) nie wiedziała o wiarygodności badania.

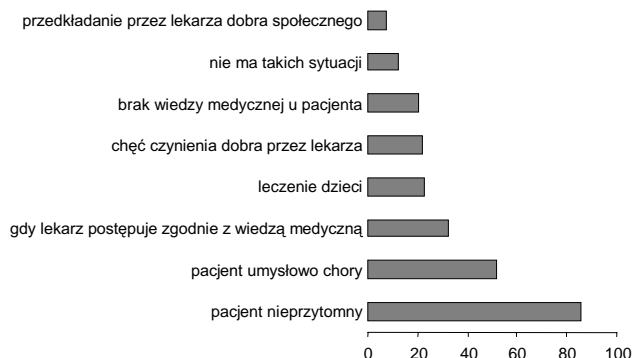
Warto także dodać, że blisko $\frac{2}{3}$ (64%) nie zawsze było informowanych o kosztach związanych z badaniem, zaś $\frac{1}{3}$ nie była wystarczająco informowana o celu i sposobie wykonania badania. Niestety jeszcze więcej chorych (38%) nie było edukowanych na temat właściwego zachowania przed w czasie i po zabiegach diagnostycznych. Jednak 86% uzyskiwało informacje o wynikach badań potrzebnych do dalszego podejmowania decyzji co do leczenia.

Chorzy wyraźnie różnili się w rozumieniu określenia „świadome wyrażenie zgody”. Tylko 25% uznała ją za tożsamą z otrzymaniem i zrozumieniem informacji lekarza, dla 32% wystarczające było samo przekazanie informacji, 27% utożsamiało ją z pisemnym wyrażeniem zgody, a 16% z ustnym. Można dodać, że tylko 1% badanych rezerwował możliwość wyrażenia świadomej zgody dla pacjentów posiadających odpowiednio wysoki iloraz inteligencji.

Tymczasem ponad połowa (54%) uznawała obowiązek uzyskiwania zgody przez lekarza na każde badanie, a 33% ograniczała je wyłącznie do badań inwazyjnych, a 13% było skłonnych do zwolnienia go z tego obowiązku.

Podobnie w pytaniu jednokrotnego wyboru o określenie najbardziej pasujące do „pytanie pacjenta o zgodę”, aż 73% uznało za obowiązek lekarza, 17% za wyraz dopuszczenia pacjenta do współdecydowania, a tylko 5% za wyraz dobrej woli lekarza. Warto jednak odnotować pojedyncze głosy (2%), które pytanie pacjenta o zgodę odbierały przede wszystkim jako próbę zrzucenia części odpowiedzialności na pacjenta.

Na pytanie wielokrotnego wyboru o możliwości zwolnienia lekarza z konieczności uzyskania zgody na działanie medyczne, 603 respondentów (85,2%) podało jako wystarczający powód stan nieprzytomności pacjenta, 366 (51,7%) chorobę umysłową. Blisko $\frac{1}{3}$ (32,3%) pytanych umożliwi-



RYCINA 1. Sytuacje zwalniające lekarza od konieczności uzyskania zgody od pacjenta przed działaniami medycznymi.

łyby lekarzowi działanie bez zgody pacjenta, o ile postępowalby on zgodnie z wiedzą medyczną, ale 12% (85 osób) nie widziało żadnych okoliczności tłumaczących postępowanie medyczne bez zgody pacjenta. Pozostałe warianty odpowiedzi wymieniła znacznie mniejsza ilość ankietowanych.

DYSKUSJA

Problem świadomej zgody jest coraz częściej przedmiotem zainteresowania społeczności medycznej, jednak niewiele jest badań empirycznych dotyczących tej tematyki przeprowadzanych w polskich szpitalach. Dlatego, chcieliśmy przedstawić nasze wyniki, jako punkt wyjścia do ewentualnych dalszych działań mimo, że jesteśmy świadomi szeregu ograniczeń tego badania.

Struktura wieku i wykształcenia badanych nie odpowiada dokładnie strukturze wieku i wykształcenia mieszkańców województw podkarpackiego i lubelskiego. Uczestniczący w naszym badaniu pacjenci byli znacznie lepiej wykształceni, 80% posiadało wykształcenie ponadpodstawowe podczas gdy w populacji ogólnej dotyczy to tylko 64,7% [4]. Przyczyny tej rozbieżności mogą być różne. Prawdopodobnie osoby lepiej wykształcone chętniej uczestniczyły w badaniu, może to jednak oznaczać również ich „krótszą drogę” do leczenia szpitalnego. Większość pacjentów pochodziła z miasta, co potwierdza ich łatwiejszy dostęp do usług medycznych i większą świadomość potrzeby dbania o swoje zdrowie. Co do źródeł utrzymania respondentów podawanych w ankietach odbiegają one od struktury jaka występuje w społeczeństwie, a jest to związane z rozkładem potrzeb zdrowotnych i dostępnością do służby zdrowia. Prawdopodobnie dlatego dość dużą grupę stano-

TABELA 1. Zależność pojmowania świadomej zgody w zależności od wykształcenia. ($p < 0,01$) dla pacjentów z wykształceniem podstawowym, średnim i wyższym

Odpowiedzi	podstawowe		średnie		niepełne wyższe		wyższe		Razem	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Pisemne	39	33	92	26	20	28	24	20	180	27
Ustne	28	24	58	16	9	13	11	9	108	16
Po wcześniejszym uzyskaniu informacji	23	20	108	31	25	35	56	45	213	32
Po wcześniejszym uzyskaniu informacji i ich zrozumieniu	24	21	90	26	17	24	33	27	166	25
Przez pacjentów posiadających odpowiednio wysoki iloraz inteligencji	3	3	4	1	1	1	0	0	9	1

wią tutaj renciści i emeryci, zaś marginalnymi grupami są osoby prowadzące działalność gospodarczą i rolnicy. Materiał nie pozwala na ocenę ewentualnego wpływu wyznawanej religii, ponieważ grupy pacjentów nie będących katolikami były zbyt małe, może tylko zwracać uwagę mniejszy niż można by oczekiwać odsetek niewierzących. Nie wiemy, czy wynika to ze wzrostu religijności w sytuacji zagrożenia zdrowia, czy ma inne przyczyny.

Wbrew naszym oczekiwaniom duża grupa ankietowanych słyszała o istnieniu Karty Praw Pacjenta [5] i Kodeksie Etyki Lekarskiej [6, 7]. Ma to związek z dużą dostępnością do mediów takich jak telewizja i prasa, ponieważ to one były wskazywane jako najczęstsze źródło informacji. Z przykrością trzeba zauważyć, że rzadko podawano personel służby zdrowia jako źródło takich informacji. Pomimo tego, że tak duża grupa respondentów słyszała o istnieniu praw pacjenta, ze znajomością ich treści jest o wiele gorzej. Jest to spowodowane prawdopodobnie tym, że wiadomości przekazywane przez media są bardzo ogólnikowe. Często poruszane są tylko wybrane, „sensacyjne”, tematy takie jak aborcja czy eutanazja, a pomijane inne mniej „medialne”.

Wyniki wskazują na zbyt małą aktywność w przekazywaniu wiedzy pacjentom przez personel medyczny. Jest to jedną z przyczyn dla których, pomimo istnienia takich przepisów jak Karta Praw Pacjenta [5], czy Kodeks Etyki Lekarskiej [7], pacjenci nie są zorientowani w swoich prawach i nie są w stanie ich egzekwować w kontaktach pacjent – lekarz. Z kolei lekarze, często nie odczuwają potrzeby uzyskania pozwolenia od pacjentów i/lub ich pełnomocników, nawet na inwazyjne procedury o znacznym ryzyku, ponieważ taka była wieloletnia tradycja. Nałożenie na nich takiego obowiązku jest na tyle świeże [8], że rozumie się go chyba często przede wszystkim jako wymóg prawny nie zaś etyczny. Najczęściej lekarze pomijają informacje dotyczące celu i sposobu wykonania badania, jak również jego wiarygodności i kosztów oraz możliwości odstąpienia od jego wykonania. W opinii chorych personel medyczny nie podaje pacjentom wystarczających wiadomości na temat przygotowania oraz postępowania w czasie badania i po badaniu. Lepiej wygląda przekazywanie choremu wyników badań, przez co umożliwia się mu analizę swojego stanu zdrowia i podejmowanie bardziej świadomych wyborów.

Warto podkreślić, że opinie o tym, czy było się w pełni informowanym, jak i o tym, czy informacji udzielano w sposób zrozumiały, są dość silnie powiązane z poczuciem właściwego traktowania - zarówno przez lekarzy, jak i pielęgniarki. Niewłaściwe, niegrzeczne traktowanie wiąże się z częstszym poczuciem braku pełnej czy zrozumiałej informacji. Podobny, choć słabszy, związek zachodzi z poczuciem skrupowania z powodu obecności w czasie badania lekarskiego innych osób i poszanowania intymności pacjenta, a także występowania niewłaściwych warunków i rozmaitych braków w czasie leczenia. Zadowolenie z otrzymywanych informacji jest więc powiązane z zadowoleniem z leczenia w ogóle [9].

Większość pacjentów pomimo tak słabej znajomości przepisów prawnych uważa, że uzyskanie zgody przed działaniami medycznymi jest obowiązkiem lekarza, niektórzy różnicują to w zależności od tego czy są to działania inwazyjne, czy też nie, ograniczając ten obowiązek tylko do tych pierwszych. Bardzo niewielu respondentów uznało

prośbę lekarza o wyrażenie zgody na działania medyczne za wyraz jego dobrej woli, lub nawet próbę zrzucenia odpowiedzialności na chorego.

Zasadniczym, z punktu widzenia tak etycznego jak i prawnego, elementem decydującym o wartości zgody pacjenta jest to, aby była ona wyrażona w sposób świadomy. Należy odróżnić pojęcie „świadomej zgody” od „poinformowanej zgody” (ang. „informed consent”). Dla tej drugiej niezbędne jest przekazanie wszystkich informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta i proponowanych działań medycznych. Dochodzenie do zgody świadomej jest jeszcze bardziej skomplikowanym procesem [10, 11].

Na podstawie piśmiennictwa można wskazać podstawowe jego uwarunkowania [1, 12, 13, 14]:

1. Warunki wstępne, jakie muszą być spełnione, do podjęcia świadomej decyzji o zgodzie na procedury medyczne.
 - Kompetencja – jest to zdolność pacjenta do zrozumienia przekazywanych mu informacji, do ich analizy i podjęcia przemyślanej zgody.
 - Dobrowolność – polega na pozostawieniu ostatecznej decyzji pacjentowi
2. Uzyskanie informacji od personelu medycznego.
 - Przekazanie pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia
 - Przekazanie możliwości medycznych pomiędzy którymi może wybierać pacjent.
 - Pomoc w podejmowaniu decyzji
3. Uzyskanie zgody od pacjenta.
 - Decyzja jaką podejmuje pacjent po rozpatrzeniu wszystkich propozycji.

Dopiero po spełnieniu tych warunków możemy uznać wyrażoną zgodę za „świadomą”.

Pierwszym czynnikiem mającym duży wpływ na podejmowanie decyzji przez chorego jest uzyskanie dostatecznych informacji o stanie zdrowia, planowanych działaniach diagnostycznych i leczniczych oraz skutkach odstąpienia od nich. Muszą być one przekazane przez lekarza posiadającego odpowiednie kompetencje, w sposób zrozumiały dla pacjenta i w takim zakresie, aby przez nadmiar szczegółów paradoksalnie nie powodował zaciemnienia obrazu choroby. Informacje muszą być dostosowane do wieku pacjenta, wykształcenia, zawodu, wiedzy medycznej i poziomu inteligencji, aby mógł on zrozumieć o czym lekarz mówi i po analizie wszystkich możliwości podjąć ostateczną decyzję. Ten sposób rozumienia świadomej zgody nie jest chyba jeszcze powszechny w społeczeństwie polskim. Zakres rozumienia pojęcia świadoma zgoda wykazuje wyraźną zależność od wykształcenia [15]. Pojęcie świadomej zgody jako zgody wyrażonej na piśmie, jest chyba nadal używane przez niektórych prawników. Wielu administratorów szpitala, lekarzy i ich adwokatów widzi tę formę, jako zapewniającą ochronę przed odpowiedzialnością, mimo że nie powinna być uznawana za wystarczającą [15].

Istotne jest z jakiego formularza zgody korzystamy, tak aby pacjent miał okazję przeczytać informację dotyczącą proponowanego leczenia lub diagnostyki. Jeśli informacja przedstawiona w formularzu zgody zawiera opis ryzyka jakie występuje i zawiera inne informacje, które są zrozumiałe dla pacjenta, to prawdopodobnie będzie pomocne dla obrony lekarza w przypadku procesu [15].

Drugim ważnym elementem warunkującym „jakość zgody”, jest samodzielność podjętej decyzji, nie wywołanej naciskami ze strony pracowników służby zdrowia, rodziny

czy innych osób. Nie może być to jednak przeniesienie całej odpowiedzialności na pacjenta, poprzez postawienie mu określonych alternatyw bez dalszej pomocy w wyborze. Zupełne pozostawienie prawa swobodnego wyboru mogłoby tylko nasilić lęk, spowodować uczucie bezradności i osamotnienia, a nawet wpłynąć ujemnie na stan zdrowia. Lekarz nie powinien być wyłącznie egzekutorem przepisów ale powinien nawiązywać dialog, służyć pomocą w podejmowaniu decyzji, dawać rzetelne i fachowe wskazówki, wyjaśniać wszystkie pozytywne i negatywne skutki podjętej decyzji.

Innym zagadnieniem dotyczącym tego tematu jest możliwość odstąpienia od obowiązku uzyskania zgody na wykonywane procedury medyczne i określenie warunków kiedy może to nastąpić. Najczęściej pacjenci wymieniali stan nieprzytomności i brak autonomii pacjenta. Osoby niezdolne do samodecydowania nie mogą podejmować świadomej decyzji co do własnego zdrowia i życia, i w takim przypadku musi to za nich zrobić lekarz. Są nimi:

- osoby chore psychicznie,
- dzieci,
- nieprzytomni,
- osoby ubezwłasnowolnione.

Te reguły też są obwarowane istotnymi wyjątkami. Lekarze nie powinni stosować leczenia bez zgody nieprzytomnego pacjenta, również jeśli mają powód, by wierzyć, że pacjent odmówiłby takiego leczenia, jeśli byłby zdolny do podejmowania decyzji. Może to ilustrować przykład pacjenta, który został przyjęty z powodu szoku i licznych uszkodzeń ciała i utraty świadomości. Pacjent nosił podpisaną kartę wskazującą, że on jest Świadkiem Jehowy i nie chce otrzymać transfuzji krwi pod żadnym pozorem. Choć transfuzja prawdopodobnie uratowałaby życie pacjenta, sąd uznał prawo pacjenta do wyrażania zgody na wszelkie działania medyczne, utrzymując, że instrukcje na piśmie były „jasne, dokładne i niedwuznaczne”, a klinicysta został ograniczony nimi dopóki nie miał dobrego powodu, by uwierzyć, że naprawdę nie reprezentuje to życzeń pacjenta [2].

Tadeusz Tołłoczko uważa, że zgoda na działania inwazyjne musi być udzielona przez osobę zdolną do jej wyrażania, a więc nie dotkniętą chorobą psychiczną lub niedorozwojem umysłowym a więc osobę, która rozważy niezależnie od posiadanej wiedzy jej dostępne i zrozumiałe argumenty za i przeciw [16].

W przedstawianej pracy zadziwiająco dużo osób było skłonnych zwolnić lekarza z obowiązku uzyskiwania zgody na działania medyczne o ile postępuje on zgodnie z obowiązującą wiedzą. Jest to prawdopodobnie wynikiem zakorzenionej wśród pacjentów i paternalizmu, a może także potrzebą zrzucenia ciężaru podejmowania decyzji na lekarza. Deber podnosi potrzebę uzyskania kompromisu pomiędzy autonomią pacjenta, a paternalizmem lekarza wprowadzając pojęcie „wrażliwego lub łagodnego paternalizmu”. Ma on obejmować konieczność przekazania pacjentowi wszelkich informacji o jego stanie zdrowia, aby był świadomy podejmowanych działań, przedstawienie możliwości terapeutycznych z położeniem nacisku na jedną wybraną przez siebie metodę i oczekując od pacjenta zgody na jej przeprowadzenie. W razie odmowy lekarz powinien przedstawić inne alternatywne metody leczenia, niemniej jednak długo nie dopuszcza pacjenta do partnerskiej dyskusji [17].

Analizując nasze wyniki możemy stwierdzić, że pomimo rosnącej liczby dokumentów dotyczących praw pacjenta, ich znajomość jest „dość szeroka ale mało głęboka”. Dlatego teoretycznie wielokrotnie podkreślana autonomia chorych, nie ma wystarczającego przełożenia na praktykę.

W opinii pacjentów sami lekarze rzadko są zainteresowani zmianą tego stanu. Pochodną tego jest deficyt odpowiednio przygotowanych, tj. wyczerpujących i zrozumiałych, informacji. Trzeba jednak zwrócić uwagę na poprawiającą się świadomość praw człowieka, do których niewątpliwie należą prawa człowieka chorego - pacjenta.

WNIOSKI

1. Większość pacjentów posiadała wiedzę o istnieniu Karty Praw Pacjenta i Kodeksu Etyki Lekarskiej, ale nie znała, lub nie rozumiała przepisów w nich zawartych.

2. Źródłem informacji o istnieniu Karty Praw Pacjenta i Kodeksu Etyki Lekarskiej najczęściej była telewizja i prasa popularna, a nie pracownicy służby zdrowia, tj. lekarze i pielęgniarki, w wyniku czego znajomość przepisów była niedostateczna, selektywna i zbyt ogólnikowa.

3. Pacjenci odczuwali satysfakcjonujący poziom uzyskiwanych informacji na temat celu, sposobu, zasadności i wyników przeprowadzanych badań diagnostycznych.

4. Brak znajomości przez pacjentów, niezależnie od ich wykształcenia, czynników jakie muszą być spełnione, aby wyrażoną przez nich zgodę uznać za „świadomą”.

5. Pacjenci uznali uzyskanie zgody przez lekarza na działania medyczne za jego obowiązek.

6. Najczęściej wymienianymi czynnikami zwalniającymi lekarza z konieczności uzyskania zgody na działania medyczne były stan nieprzytomności pacjenta i choroba umysłowa.

PIŚMIENNICTWO

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Wyd. 4. New York, NY: Oxford University Press; 1994.
2. Etchells E, Sharpe G, Walsh P, Williams JR, Singer PA. Bioethics for clinicians: 1. Consent. CMAJ. 1996;155(2):177-180.
3. Bukowski J, Kocur J. Świadoma zgoda - warunek legalności postępowania medycznego. Post Psych i Neurol 2000;9(Supl. 1):129-131.
4. Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002; <http://www.stat.gov.pl>
5. Karta Praw Pacjenta. Alma Mater 1996;1/18:56-57.
6. Kodeks Etyki Lekarskiej. Tekst ujednolicony ze zmianami uchwalonymi przez III Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 12-14 grudzień 1993 r. Warszawa: Oficyna wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej, 1994.
7. Kodeks Etyki Lekarskiej 2003; <http://www.portalmed.pl/xml/prawo/medycyna/komentarze/etyka/kodeks>
8. Davis N, Pohlman A, Gehlbach B, Kress JP, McAtee J, Herlitz J, Hall J. Improving the process of informed consent in the critically ill. JAMA 2003;289(15):1963-1968.
9. Dereżyński W. Informowanie pacjentów o stanie zdrowia przebiegu leczenia. <http://www.cbos.pl/spiskom.pol/spis2001>
10. Gibiński K, Rybicka J. Dylematy świadomej zgody. Pol Tyg Lek 1994; 49(25-26):599-602.
11. Gibiński K. Geneza i zasięg uświadomionej zgody. Lek Woj 1998;74(9/10):495-500.
12. Braddock CH. Advancing the cause of informed consent: from disclosure to understanding. Am J Med 1998;105:354-355.
13. Charles C, Whelan T, Gani A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? Br Med J 1999;319:780-782.
14. Faden RR, Beauchamp TL. A History and Theory of Informed Consent. New York: Oxford University Press; 1986.
15. Meisel A, Kuczewski M. Legal and ethical myths about informed consent. Arch Intern Med 1996;156(22):2521-2526.

16. Tołoczko T. Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny - refleksje klinicysty. Prawo i Med 1999;1(1):90-94.
17. Deber RB. Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. CMAJ 1994;151(4):423-427.

Informacja o Autorach

Lek. med. ANDRZEJ ATRAS – asystent, Oddział Ortopedii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie;

Zakład Etyki, Akademia Medyczna im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie – doktorant.

Prof. dr hab. n. med. KRZYSZTOF MARCZEWSKI – kierownik, Zakład Etyki, Akademia Medyczna im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie; Oddział Wewnętrzny Nefrologiczno-Endokrynologiczny ze Stacją Dializ SP Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu - ordynator.

Adres do korespondencji

Zakład Etyki, Akademia Medyczna, 20-950 Lublin, ul. Szkolna 18, tel. 605 99 13 92, komarcz@poczta.onet.pl, atras@gazeta.pl