

OBOWIĄZEK INFORMACJI JAKO CZYNNIK BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

Monika Sadowska

Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie

ORCID: 0000-0002-0450-1975

e-mail: monika.b.sadowska@gmail.com

Streszczenie: Bezpieczeństwo zdrowotne odpowiada subiektywnemu poczuciu braku zagrożenia związanego z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych. Jest wynikiem podejmowania działań mających na celu zapobieganie wystąpieniu zagrożeń mogących doprowadzić do pogorszenia lub utraty zdrowia bądź życia człowieka. Jednym z czynników kształtujących poziom bezpieczeństwa zdrowotnego jest realizacja przez osoby wykonujące zawód medyczny obowiązku informacji, który jest skorelowany z prawem pacjenta do informacji o stanie zdrowia i mogących wystąpić zagrożeniach, co warunkuje właściwą realizację wszystkich pozostałych praw, a w szczególności prawa do wyrażania poinformowanej zgody na interwencję medyczną determinującej poczucia bezpieczeństwa.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo, bezpieczeństwo zdrowotne, prawa pacjenta, obowiązek informacji

WPROWADZENIE

Bezpieczeństwo jest nierozzerwalnie związane z życiem człowieka, stanowiąc jedną z jego najważniejszych potrzeb i wartości [Paplicki 2016]. Jednakże ta kluczowa wartość nie jest czymś trwałym, danym człowiekowi raz na zawsze. Jest to nieustanny proces zmagania się z godzącymi w nią zagrożeniami, które można określić jako wszelkiego rodzaju zdarzenia, sytuacje i zjawiska spowodowane przyczynami losowymi (naturalnymi) lub nielosowymi (celowymi), które godzą w powszechnie uznane dobra i wartości, takie jak życie, zdrowie i mienie stanowiące podstawę bytu, stabilizacji i rozwoju [Lis 2015]. Stąd bezpieczeństwo można potraktować jako synonim braku zagrożeń, ochronę przed zagrożeniami, a także podejmowania działań mających na celu skuteczne zapobieganie ich wystąpieniu, a w razie ich zaistnienia – podjęcie działań zmierzających do niezwłocznego zażegnania i usunięcia ich negatywnych skutków [Lis 2015].

Niemniej jednak przedstawienie jednej uniwersalnej definicji bezpieczeństwa jest kłopotliwe, ponieważ termin ten należy do grupy pojęć interdyscyplinarnych i trudno definiowalnych [Lis 2017] i w dużym zakresie jest zależny od rodzaju nauki, na gruncie której jest rozpatrywany [Cieślarczyk 2009; Moczuk 2005]. Stąd w świetle powyższego, podejmując próbę definicji terminu „bezpieczeństwo zdrowotne” w odniesieniu do nauk medycznych, uważam, że właściwe byłoby określenie, że bezpieczeństwo zdrowotne odpowiada subiektywnemu poczuciu braku zagrożenia w związku z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych. Jest też wynikiem podejmowania działań mających na celu zapobieganie wystąpieniu zagrożeń mogących doprowadzić do pogorszenia lub utraty zdrowia lub życia człowieka.

Nie sposób zaprzeczyć, że życie i zdrowie ludzkie to wartości silnie ze sobą związane, wymagające wyjątkowej ochrony ze względu na swoją wartość niezależną od innych dóbr prawnie chronionych [Paplicki 2016]. Uznanie zdrowia za dobro o szczególnym znaczeniu wydaje się stanowić pochodną uznania życia ludzkiego za wartość nadrzędną [Rabiega 2009]. W praktyce medycznej zasady te mają znaczenie szczególne ze względu na fakt, że osoby wykonujące zawód medyczny jako jedyne otrzymują prawo do działania na organizmach ludzkich. Jednocześnie każda ingerencja medyczna może stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta, których skutki mogą być często nieodwracalne. Stąd jednym z czynników kształtujących poziom bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów jest nałożony na osoby wykonujące zawód medyczny obowiązek informacji warunkującej realizację praw pacjenta, w szczególności prawa do wyrażania poinformowanej zgody na interwencję medyczną.

PRAWNE PODSTAWY OBOWIĄZKU INFORMACJI

Prawo do informacji o stanie zdrowia jest jednym z podstawowych uprawnień pacjenta [art. 9 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2017, poz. 1318, ze zm., dalej: u.p.p.]. Prawo pacjenta do informacji jest skorelowane z obowiązkiem osoby wykonującej zawód medyczny do udzielania informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami [art. 9 ust. 1 i 2 u.p.p.]. Kwestię udzielania pacjentowi informacji regulują także przepisy ustaw zawodowych związanych z wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentystry [art. 31 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn.: Dz.U. 2018 r., poz. 617, ze zm., dalej: u.z.l.], pielęgniarki i położnej [art. 16 ust. 2. Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, tekst jedn.: Dz.U. 2018 r., poz. 123, ze zm., dalej: u.z.p.p.] oraz ratownika medycznego [art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Ratownictwie Medycznym, tekst jedn.:

Dz.U. 2017 r., poz. 2195, ze zm., dalej: u.r.m.]. Niezależnie od regulacji prawnych na powinność udzielania pacjentowi informacji wskazują normy deontologiczne ujęte w kodeksach etyki ustanowionych dla poszczególnych zawodów medycznych, w tym dla zawodu lekarza (art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej), pielęgniarki i położnej (część szczegółowa pkt 1c i 3c Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej ZPP), fizjoterapeuty (art. 15 Kodeksu Etycznego Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej) i ratownika medycznego (część II pkt 3 Kodeksu Etycznego Ratownika Medycznego). Z powyższego wynika, że obowiązek informacji został nałożony przez ustawodawcę nie tylko na lekarza, ale także innych przedstawicieli zawodów medycznych.

ZAKRES PODMIOTOWY OBOWIĄZKU INFORMACJI

Podmiotem uprawnionym do powzięcia informacji medycznych od osoby wykonującej zawód medyczny może być pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, osoba bliska lub inna osoba wskazana przez pacjenta. Prawo do informacji w pełnym zakresie ustawodawca przyznał pacjentom pełnoletnim oraz pacjentom małoletnim, którzy ukończyli 16. rok życia (art. 9 ust. 2 u.p.p., a także art. 31 ust. 5 u.z.l.). Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do informacji w takim samym zakresie jak jego przedstawiciel ustawowy. Uprawnienia te są od siebie niezależne [Golusińska, Biernacka 2016]. Pacjent, który nie ukończył 16. roku życia, ma prawo do informacji w zakresie potrzebnym do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego i terapeutycznego i wyrażenia swojego zdania (art. 9 ust. 7 u.p.p., art. 31 ust. 7 u.z.l.). Tu zasadą jest informowanie przedstawiciela ustawowego. Z kolei pacjent małoletni musi być informowany, przy czym zakres i rodzaj przekazywanych treści powinien uwzględniać stopień jego rozwoju psychofizycznego. Jeżeli małoletni nie jest zdolny do zrozumienia znaczenia przekazywanych mu informacji, osoba wykonująca zawód medyczny spełnia obowiązek powiadamiania przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskiej (art. 9 ust. 2 u.p.p. w zw. z art. 31 ust. 6 u.z.l.).

Pracownicy medyczni i opiekunowie są zobowiązani do wysłuchania opinii dziecka i przyjęcia jej z należytą uwagą. Pacjent, w tym małoletni ma prawo do współuczestniczenia w procesie diagnostyczno-terapeutycznym i wypowiedzenia się co do proponowanych interwencji medycznych na podstawie informacji uzyskanych od osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego. Niemniej jednak w praktyce prawo pacjenta do informacji, jak również obowiązek powiadamiania nie są w pełni przestrzegane. W przypadku pacjentów małoletnich informacja dotycząca stanu ich zdrowia niejednokrotnie jest przekazywana wyłącznie rodzicom. Nie zawsze też pacjenci małoletni mają możliwość wyrażenia własnej opinii co do podejmowanych wobec nich interwencji medycznych [Sadowski, Jemiołek, Sadowska 2017]. W wyjątkowych sytuacjach podmiotem uprawnionym do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta jest jego opiekun faktyczny,

przy czym uprawnienie to jest wyłącznie ograniczone do informacji w zakresie niezbędnym do wyrażenia lub odmowy zgody na przeprowadzenie badania fizykalnego pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody. Sytuacje te są najczęściej związane z nieobecnością przedstawiciela ustawowego lub jego brakiem [Karkowska 2012].

Ponadto pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy są uprawnieni do wyrażenia zgody na udzielenie informacji o stanie zdrowia innym osobom. Jednakże zgodę na udzielenie informacji innym osobom w przypadku pacjentów małoletnich, którzy nie ukończyli 16. roku życia, wyraża wyłącznie przedstawiciel ustawowy, natomiast w przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16. rok życia, wymagana jest zgoda kumulatywna przedstawiciela ustawowego i małoletniego [Golusińska, Biernacka 2016]. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu wskazanej przez niego osoby do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia może być złożone w formie pisemnej (§ 8 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania, Dz.U. 2015 r., poz. 2069, dalej: r.r.w.d.m.) bądź ustnej z wpisem do dokumentacji medycznej dokonany przez pracownika medycznego. W przypadku gdy pacjent nie złożył oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, adnotację o tym należy zamieścić w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej (§ 8 ust. 3 r.r.w.d.m.).

Upoważnienie osoby do dostępu do informacji o stanie zdrowia jest autonomiczną decyzją pacjenta i powinna zostać przez osobę wykonującą zawód medyczny uszanowana. Pacjent może także udzieloną uprzednio zgodę wycofać na każdym etapie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, o czy powinien być poinformowany przy wyrażaniu swojego stanowiska w przedmiocie udzielania upoważnienia do dostępu do informacji o swoim stanie zdrowia.

W sytuacji pacjentów nieprzytomnych, którzy nie upoważnili uprzednio nikogo do uzyskiwania w ich imieniu informacji dotyczącej jego stanu zdrowia i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, osoba wykonująca zawód medyczny może udzielić informacji osobie bliskiej (art. 31 ust. 6 u.z.l.) lub osobie, co do której jest przekonana, że działa ona w interesie chorego (art. 16 KEL).

Są dwa wyjątki, kiedy osoba wykonująca zawód medyczny nie musi udzielać informacji: pierwszy – gdy pacjent jest nieprzytomny lub z innego powodu niezdolny do przyjęcia informacji, a niepodjęcie leczenia grozi mu bezpośrednią szkodą, i drugi – gdy ujawnienie informacji (zwłaszcza diagnozy i rokowania) byłoby z medycznego punktu widzenia szkodliwe dla pacjenta, dla jego stanu psychicznego i procesu leczenia.

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16. rok życia, może żądać, by lekarz nie udzielał mu informacji o stanie zdrowia. Uprawnienie to zostało zawarte w art. 31 ust. 3 u.z.l. oraz art. 9 ust. 4 u.p.p. Brakuje natomiast analogicznego uprawnienia w relacjach z pielęgniarką (położną). Można by zatem przyjąć, iż na pielęgniarkę (położną) zawsze ciąży obowiązek informowania pacjenta, a pacjent nie może się z tymi informacjami nie zapoznać [Karkowska 2012]. Niedopuszczalne

jest zaniechanie przez osobę wykonującą zawód medyczny obowiązku udzielenia informacji na podstawie dorozumianego zachowania pacjenta. Zrzeczenie się prawa do informacji przez pacjenta musi być wolne od jakichkolwiek nacisków ze strony pracowników medycznych. Za niedopuszczalne należy uznać sugerowanie pacjentowi, że może zrzec się prawa do informacji na rzecz swobodnej decyzji lekarza, pielęgniarki i innych osób wykonujących działania medyczne względem jego osoby, np. poprzez umieszczenie w formularzu zgody postanowienia, że pacjent ceduje na personel medyczny prawo podejmowania wybranej metody postępowania diagnostycznego, terapeutycznego czy pielęgnacyjnego bez konieczności wcześniejszego porozumiewania się z pacjentem [Karkowska 2013]. Osoba wykonująca zawód medyczny jest zobowiązana do „uzyskania pewności” co do decyzji pacjenta. Żądanie pacjenta musi być przekazane wyraźnie, a więc zachowanie pacjenta powinno być uzewnętrznione i niebudzące żadnych wątpliwości. Należy podkreślić, że pacjent w każdym momencie może zażądać wznowienia informowania go i od tego momentu powinno ono następować na zasadach ogólnych [Augustynowicz, Budziszewska-Makulska 2010]. Jednak niezależnie od decyzji pacjenta w tym zakresie osoba wykonująca zawód medyczny powinna informować pacjenta o czynnościach, które musi wykonać w celu prawidłowej realizacji świadczenia zdrowotnego.

Z prawa do nieinformowania w przekonaniu D. Karkowskiej [Karkowska 2013] nie może skorzystać przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta, ale może pacjent małoletni, mając na względzie, że dziecko może nie być chętne do prowadzenia rozmów z lekarzem, co może wynikać z lęku przed osobą lekarza, czy uwarunkowane stresem związanym z podejmowanymi czynnościami medycznymi.

Profesjonaliści medyczni w argumentacji przeciw zarzutom o niedopełnianiu obowiązku informacji bardzo często podnoszą kwestię tego, że pacjent nie zadawał pytań. Należy jednak zwrócić uwagę, że brak pytań ze strony pacjenta nie oznacza rezygnacji z prawa do informacji. Pacjent może nie mieć wiedzy pozwalającej mu na sformułowanie pytania, może być nieśmiały lub krępować się w sytuacji, kiedy nie zostaną mu zapewnione warunki do poszanowania intymności. W związku z tym nieudzielenie informacji przez osobę wykonującą zawód medyczny jest dopuszczalne jedynie wtedy, gdy pacjent wyrazi swoją wolę bycia nieinformowanym w sposób niebudzący wątpliwości, a fakt ten powinien zostać udokumentowany, głównie do celów dowodowych [Karkowska 2013].

Ponadto należy podkreślić, iż z zasady lekarz nie może cedować swojego ustawowego obowiązku informacji na inny personel medyczny. Stąd pielęgniarka nie może wyręczyć lekarza, przedstawiając pacjentowi informację o świadczeniach przewidzianych i zastrzeżonych do wykonania przez lekarza. Co do zasady obowiązek informacji powinien być realizowany przez wykonawcę czynności medycznej, stąd w mojej ocenie lekarz nie powinien cedować na innego lekarza tego obowiązku. W praktyce medycznej często zdarza się, że inny lekarz udziela pacjentowi informacji odnośnie do świadczenia zdrowotnego, inny odbiera od

pacjenta zgodę na to świadczenie, a jeszcze inny je realizuje. Nie jest to postępowanie właściwe i może ono stanowić ryzyko uzyskania od pacjenta zgody nieobjaśnionej i czynić działanie lekarza bezprawnym, nawet jeżeli świadczenie zdrowotne zostanie wykonane prawidłowo [Daniluk 2007].

ZAKRES PRZEDMIOTOWY INFORMACJI

Jak stwierdził M. Nesterowicz [Nesterowicz 2013], zasadą powszechnie przyjętą jest, że pacjent ma prawo do prawdy, jakkolwiek zakres przekazywanych pacjentowi informacji może być zróżnicowany w zależności od inteligencji, stanu psychicznego, wrażliwości chorego oraz od rodzaju, konieczności i nagłości zabiegu. Jednakże osoba wykonująca zawód medyczny musi pamiętać, że obowiązek informacji istnieje i jest przesłanką legalności przeprowadzonych czynności medycznych [Daniluk 2006]. Ponieważ profesjonalista medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych na ogół dysponuje niewspółmiernie większą wiedzą medyczną w stosunku do tej posiadanej przez pacjenta (asymetria informacji) [Jończyk 2013], konieczne jest przekazanie pacjentowi informacji dotyczących stanu zdrowia i planu terapeutycznego, które umożliwią mu świadomy, aktywny udział w procesie leczenia [Guzowska 2009]. Osoby wykonujące zawód medyczny muszą być świadome, że obowiązek informacji jest postulatem poszanowania godności człowieka i jego prawa do samostanowienia [Lis 2017].

Lekarz jest zobowiązany do przekazywania informacji związanych ze stanem zdrowia pacjenta i wszelkich innych pozwalających temu pacjentowi na wyrażenie świadomej zgody na podejmowanie względem niego czynności medycznych (art. 9 ust. 1 i 2 u.p.p. oraz art. 31 ust. 1 u.z.l.). Obowiązkiem lekarza jest także poinformowanie pacjenta o celu, działaniu i skutkach podawania leków. Po uzgodnieniu z pacjentem procesu leczenia lekarz odnotowuje te fakty w dokumentacji medycznej, w tym w kartach zleceń dla pielęgniarek, po czym pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie i np. przynosząc kroplówkę do łóżka pacjenta, informuje go, że zostanie mu podana kroplówka zgodnie z zaleceniem lekarza, podając do wiadomości pacjenta nazwę leku. Pielęgniarka w rozmowie z pacjentem potwierdza tylko to, co wcześniej uzgodnił on z lekarzem. Nie wyręcza w niczym lekarza ani nie przekracza swoich kompetencji. Nie ma natomiast prawa komentować powodów, dla których podawany jest taki, a nie inny lek. Problem pojawia się wówczas, kiedy pacjent nie został przez lekarza wystarczająco poinformowany o lekach, które ma otrzymać, i zwraca się po te informacje do pielęgniarki. Pielęgniarka informuje pacjenta, jaki lek podaje, a jeżeli pacjent protestuje, twierdząc, że uzgodnił z lekarzem coś innego, wówczas należy o wątpliwościach pacjenta zawiadomić lekarza, pacjenta o konieczności ponownej rozmowy z lekarzem [Karkowska 2013].

Obowiązek pielęgniarki w zakresie informowania odnosi się zarówno do czynności pielęgniarskich wykonywanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,

jak i na podstawie zlecenia lekarskiego. Pielęgniarka, przystępując do wykonania zlecenia lekarskiego, upewnia się co do tożsamości pacjenta, treści zlecenia lekarskiego, na które pacjent wyraził uprzednio zgodę, oraz informuje pacjenta o sposobie wykonania zleconej czynności i objawach, które mogą się pojawić w trakcie wykonywania przez nią czynności [Karkowska 2013].

Lekarz jest zobowiązany do przekazywania informacji w szerokim zakresie, dotyczących różnych sfer procesu udzielania świadczeń zdrowotnych: o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu na przyszłość (art. 31 ust. 1 u.z.l. w zw. z art. 9 ust. 2 u.p.p.). Jest to ustawowy zakres przedmiotowy przekazywania przez lekarza informacji, w zasadzie wyczerpujący, zatem nie podlega swobodnemu uznaniu przez lekarza [Karkowska 2013]. Jak wynika z powyższego, zakres i przedmiot informacji jest ujęty szeroko i dotyczy nie tylko zabiegów leczniczych, lecz także diagnostycznych, zwłaszcza tych, które nie są prostym badaniem, lecz niosą za sobą ryzyko skutków niebezpiecznych dla zdrowia. Ustawodawca, wprowadzając określenie „dające się przewidzieć następstwa” (art. 31 ust. 1 u.z.l.), nie wskazuje, czy chodzi o wszystkie możliwe dające się przewidzieć następstwa, nawet takie, które występują rzadko, czy też ma na myśli jedynie następstwa typowe [Guzowska 2009]. Ponadto, ze względu na cechy indywidualne, chociażby wiek, przebyte i współistniejące choroby, ważne jest dostosowanie zakresu udzielanych informacji do konkretnego pacjenta. Poza tym niezwykle szybki rozwój technologii medycznych powoduje, że zaliczenie danego przypadku do określonej grupy ryzyka podlega zmianom. Kryterium typowości skutków należy więc oceniać *in concreto* [Daniluk 2006]. Może się zdarzyć, że to, co jest statystycznie typowe, w danym przypadku takie już nie jest, gdy weźmie się pod uwagę takie okoliczności, jak czas, miejsce, cechy danego pacjenta. Stąd zakres informacji powinien być dostosowany do sytuacji zdrowotnej konkretnego pacjenta. Innymi słowy pacjent powinien uzyskać informacje, które są istotne przy podejmowaniu decyzji o wyrażeniu zgody na określoną interwencję medyczną, czyli o typowych powikłaniach oraz o tych, które nie są typowe, ale ze względu na stan zdrowia pacjenta mogą wystąpić, jak również o tych, które choć zdarzają się rzadko, są poważne lub nieodwracalne i w przypadku tego pacjenta jest ryzyko ich wystąpienia.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 września 1999 r. [II CKN 511/98, LEX nr 234833] zwrócił uwagę na obowiązek informowania pacjenta o powikłaniach zdarzających się rzadko, których wystąpienia nie można jednak wykluczyć. Wskazał, że „informacja udzielana 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 poinformować pacjenta o rodzaju i celu zabiegu oraz o wszystkich jego następstwach, które są zwykle skutkiem zabiegu, tj. 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 następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku na zdrowiu, które – jako skutek uboczny – wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć, i powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W tym kontekście pacjent, podejmując decyzję o wyrażeniu zgody, jest świadom ryzyka i przyjmuje je na siebie.

Nieudzielenie pacjentowi informacji, udzielenie jej w sposób nieprzystępny bądź podanie informacji nieprawdziwej powoduje, że chory udziela zgody w sposób nieświadomy, nie wie bowiem dokładnie lub w ogóle na co się godzi. Stąd dla zapewniania pacjentowi świadomego udziału w podejmowanych względem niego decyzjach terapeutycznych konieczne jest przekazywanie informacji w sposób przystępny, zrozumiały i dostosowany do jego właściwości intelektualnych, przy użyciu słów, określeń i nazw, które będą dla niego proste i zrozumiałe [Bernatek--Zagała 2008]. Należy unikać hermetycznego języka zawodowego opierającego się na fachowych terminach [Daniluk 2006]. W razie użycia takiego terminu należy zapytać pacjenta, czy go rozumie i w razie zaprzeczenia podać jego wyjaśnienie [Piątkiewicz 2012].

Pamiętać należy bowiem, że profesjonalista medyczny zadośćuczyni swojemu obowiązkowi w momencie, gdy pacjent „zrozumie” treść komunikatu, a nie tylko go „usłyszy” [Jabłońska 2008]. Nie zwalnia od obowiązku informacji trudność techniczna komunikowania się z pacjentem, np. pacjent starszy, niemy, głuchy lub nie włada językiem, którym posługuje się przedstawiciel zawodu medycznego. Trzeba wówczas skorzystać z pomocy osób trzecich, np. tłumacza, na co jednak pacjent powinien wyrazić zgodę [Karkowska 2013]. W przypadku braku możliwości skorzystania z pomocy tłumacza lub gdy pacjent nie wskaże żadnej osoby, z którą lekarz mógłby porozmawiać, pozostaje komunikacja w formie pisemnej [Ignaczewski 2014].

W razie gdyby osoba przekazująca informację dostrzegła, że pacjent nie wszystko zrozumiał, powinna raz jeszcze omówić problem, rozproszyć wątpliwości i usunąć niejasności [Gubiński 1993]. Z tego też powodu informacje powinny być przekazane pacjentowi stosownie wcześniej, aby miał czas na ich przeanalizowanie, zadanie pytań, ewentualnie zasięgnięcie konstatacji innego lekarza czy pielęgniarki (położnej). Stąd obowiązek informacji nie musi zostać zrealizowany podczas jednej rozmowy, ale kilku spotkań z pacjentem, jeżeli wymagają tego okoliczności.

FORMA REALIZACJI OBOWIĄZKU INFORMACJI

Z uwagi na to, że obowiązek udzielania pacjentowi informacji obciąża przedstawiciela zawodu medycznego (podmiot medyczny) i on wywodzi z tego skutki prawne, spoczywa na nim dowód wykonywania tego obowiązku (art. 6 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 Kodeks cywilny, tekst jedn.: Dz.U. 2018 r, poz. 1025, ze zm.). Dowodem mogą być odpowiednie wpisy w dokumentacji medycznej wraz

z podpisem pacjenta, wręczone mu informacje pisemne, w tym rysunki obrazujące np. technikę zabiegu, lokalizację zmiany chorobowej, zeznania świadków, w tym także personelu medycznego [wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, OSP 2005, nr, poz. 131; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 16 listopada 2017 r., I ACa 588/17, LEX nr 2439569].

Żaden przepis prawa medycznego nie określa, czy pacjent ma otrzymać od osoby wykonującej zawód medyczny informacje w formie pisemnej czy ustnej. W orzecznictwie sądowym wyrażone jest stanowisko, że informacja zapewniająca pacjentowi warunki do wyrażenia zgody uświadomionej nie wymaga formy pisemnej [wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 5 lutego 2016 r., I ACa 609/15, LEX nr 2050471; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 27 lutego 1991 r., I AC 16/91]. Z kolei w praktyce medycznej część podmiotów leczniczych wprowadziła „formularze zgody” zawierające informacje mniej lub bardziej precyzyjne o czynnościach, które mają być wykonane względem pacjenta [Karkowska 2013]. Niestety dość często zastępują one realizację obowiązku informacji względem pacjenta.

Przy obecnym stanie prawnym formularze mogą być wykorzystywane wyłącznie w charakterze pomocniczej formy przekazywania niezbędnych informacji w celu uzyskiwania od pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego) zgody poinformowanej [Karkowska 2013]. Ten typ formularza może istotnie przybliżyć pacjentowi informacje o konkretnej czynności medycznej, ale może być stosowany jedynie jako forma pomocnicza, np. przygotowania pacjenta do osobistej rozmowy z lekarzem lub pielęgniarką, natomiast nie może być uznany za realizację obowiązku udzielenia pacjentowi przystępnej i wyczerpującej informacji, jako kluczowej przesłanki świadomego uczestnictwa w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych [Golusińska, Biernacka 2016].

Ustawowy obowiązek przekazania pacjentowi przystępnej informacji jest niespełniony w sytuacji ograniczenia się do przedstawienia pacjentom wyłącznie pisemnych informacji o proponowanych czynnościach medycznych w formie broszur lub formularza zgody [Rasoszczuk 2016]. Niejednokrotnie treść pisemnych informacji jest bardzo obszerna, wręcz przeradza się w przygotowanie opracowań dotyczących proponowanej metody diagnostyki lub leczenia, co też nie jest właściwe ze względu na fakt, że percepcja odbiorcy jest ograniczona i pacjent nie zapoznaje się z całością tekstu lub czyta go pobieżnie. Z. Banaszczyk [Banaszczyk 2011] słusznie zwraca uwagę, że pracownicy medyczni chcąc zabezpieczyć się przed ewentualnymi roszczeniami pacjentów, starają się udzielić im jak najobszerniejszych informacji, przede wszystkim w formie pisemnej. W rzeczywistości prezentowane zachowanie rozmija się z funkcją realizacji obowiązku informacji, którym jest wyposażenie pacjenta w wiedzę dotyczącą metody diagnostyki lub leczenia w stopniu pozwalającym podjąć świadomą decyzję co do poddania się interwencji medycznej z uwzględnieniem ryzyka, z jakim zastosowanie tej metody się wiąże. Przystępność informacji wymaga bowiem osobistej i bezpośredniej rozmowy z lekarzem, pielęgniarką, położną [Karkowska 2012]. Ponadto zacho-

wanie osoby wykonującej zawód medyczny, ograniczające się do odebrania podpisu pod pisemnymi informacjami o proponowanych czynnościach medycznych, bez upewnienia się, czy wszystko jest dla pacjenta zrozumiałe, jest naruszeniem wzajemnego zaufania i jednocześnie naruszeniem zasad należytej staranności, jakie rozsądny przedstawiciel zawodu medycznego powinien zachować, aby pacjentowi nie wyrządzić szkody [Karkowska 2013].

KONKLUZJE

Prezentowane powyżej działania związane z realizacją obowiązku informacji są wyrazem poszanowania autonomii pacjenta, jak też mają na celu zapobieganie występowaniu zdarzeń mogących doprowadzić do pogorszenia lub utraty zdrowia lub życia człowieka. Są więc ściśle związane z zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego. W świetle powyższego ważne jest prowadzenie edukacji osób wykonujących zawód medyczny w kwestii prawdopodobieństwa występowania zagrożeń w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz możliwości ich identyfikacji. Nie bez znaczenia jest kształtowanie zmysłu przewidywalności, jak bowiem stwierdził W. Pokruszyński: „Generalną zasadą w bezpieczeństwie jest konieczność uwzględniania najbardziej pesymistycznych albo trudno wyobrażalnych scenariuszy, nawet wtedy, kiedy prawdopodobieństwo ich zaistnienia jest niewielkie” [Pokruszyński 2012].

Jednym z zagrożeń poprawy bezpieczeństwa opieki medycznej jest niedostatek zaangażowania pacjentów i ich rodzin w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych [Lawton, Armitage 2012]. Dążenie do wysokiej jakości usług, w tym zapewnienia bezpiecznego ich przebiegu wymaga bowiem aktywności wszystkich zainteresowanych stron [Shekelle P.G. i wsp. 2013]. Natomiast przekazywanie informacji angażuje w proces leczenia profesjonalistę medycznego oraz pacjenta. Niemniej jednak, aby można było mówić o skutecznej komunikacji, a tylko taka warunkuje poczucie bezpieczeństwa, konieczny jest zrozumiały przekaz informacji udzielanych przez pracownika medycznego i jednocześnie zdolność do ich rozumienia przez pacjenta oraz ich oceny z punktu widzenia własnych priorytetów.

Title: The Duty of Information as a Health Safety Factor

Summary: Health security corresponds to a subjective feeling of no threat in connection with the use of health services. It is the result of taking action to prevent the occurrence of hazards that may lead to deterioration or loss of health or life. One of the factors shaping the level of health security is the implementation of information obligation by persons performing the medical profession, which is correlated with the patient's right to information about the health condition and possible threats, which, in turn, determines the proper implementation of all other patients' rights, in particular the right to express informed consent to medical intervention.

Keywords: safety, health security, patient's rights, information obligation

BIBLIOGRAFIA

1. Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A. (2010), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wyd. CeDeWu, Warszawa.
2. Banaszczyk Z. (2011), *Komentarz do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04*, [w:] *Prawo wobec medycyny i technologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Wolters Kluwer, Warszawa.
3. Bernatek-Zagała I. (2008), *Prawo pacjenta do informacji medycznej*, Toruń, s. 63–82.
4. Cieślarczyk M. (2009), *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Akademia Podlaska Siedlce, s. 14–16.
5. Daniluk P. (2006), *Obowiązek udzielania pacjentowi informacji w związku z podejmowanymi czynnościami leczniczymi*, „Prawo i Medycyna”, nr 3, s. 72 i n.
6. Daniluk P. (2007), *Glosa do wyroku s. apel. z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05*, „Palestra”, nr 5–6, s. 318.
7. Golusińska K., Biernacka O. (2016), *Obowiązek informowania o stanie zdrowia pacjenta i konsekwencje jego niedochowania*, „Medical Maestro Magazine. Wydanie specjalne”, nr 2, s. 39–48.
8. Gubiński A. (1993), *Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza*, Warszawa.
9. Guzowska M. (2009), *Prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia jako jedno z praw przysługujących w procesie leczenia*, „Przegląd Sądowy”, nr 9, s. 91–102.
10. Hajdukiewicz D., Rek T. (2016), *Lekarz a prawa pacjenta. Poradnik prawny*, Wolters Kluwer, Warszawa.
11. Ignaczewski J. (2014), *Komentarz do spraw o wyrażenie zgody na świadczenie zdrowotne*, [w:] *Komentarz do spraw rodzinnych*, red. H. Ciepla, J. Ignaczewski, J. Skibińska-Adamowicz, Lexis Nexis.
12. Jabłońska J. (2008), *Komunikacja między lekarzem a pacjentem w świetle obowiązującego prawa*, „Prawo i Medycyna”, <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=69>
13. Jończyk J. (2013), *Istota innowacji w publicznych szpitalach*, [w:] *Zarządzanie publiczne: koncepcje, metody, techniki*, red. A. Frączkiewicz-Wronka, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Wydziałowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, t. 169, s. 47.
14. Karkowska D. (2012), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa.
15. Karkowska D. (2013), *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Wolters Kluwer, Warszawa.
16. Lawton R., Armitage G. (2012), *Health Foundation thought paper, The Role of the Patient in Clinical Safety*, <http://www.health.org.uk/publications/the-role-of-the-patient-in-clinical-safety/>
17. Lis W. (2015), *Bezpieczeństwo wewnętrzne i porządek publiczny jako sfera działania administracji publicznej*, Wyd. KUL, Lublin.
18. Lis W. (2017a), *Uwaga IV do art. 2*, [w:] *Ustawa o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego. Komentarz*, red. M. Karpiuk. Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Olsztyn.
19. Lis W. (2017), *Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów w świetle obowiązujących przepisów*, [w:] *Prawna ochrona zdrowia pacjenta*, red. J. Pacian, Warszawa, s. 19–29.
20. Moczuk E. (2005), *Spoleczne poczucie bezpieczeństwa. Studium socjologiczne i kryminologiczne na podstawie badań mieszkańców województwa podkarpackiego*, Rzeszów, s. 130–216.

21. Nesterowicz M. (2013), *Prawo medyczne*, Wyd. M. Nesterowicz & Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności, Toruń 2013.
22. Paplicki M. (2016), *Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w państwowym systemie bezpieczeństwa wewnętrznego*, „Przegląd Prawa i Administracji CVI. Acta Universitatis Wratislaviensis”, Wrocław 2016, s. 245–257.
23. Piątkiewicz J. (2012), *Praktyczne implikacje zasady zgody z perspektywy lekarza*, [w:] *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz–pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce, Rzecznik Praw Obywatelskich*, red. S. Trociuk, W. Bołoz, R. Krajewski, K. Łakomicz, K. Smoderek, M. Wróblewski, Warszawa, s. 131.
24. Pokruszyński W. (2012), *Bezpieczeństwo. Teoria i praktyka*, Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej im. Acide de Gasperi w Józefowie, Józefów.
25. Rabiega A. (2009), *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa.
26. Rososzczuk A. (2016) *Glosa do wyroku s. apel. z dnia 15 stycznia 2015 r., I ACa 856/14*, „Przegląd Sądowy”, nr 6, s. 130–136.
27. Ruszkowski J. (2010), *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego*, Warszawa.
28. Sadowski M., Jemiołek K., Sadowska M. (2017) *Prawo pacjenta małoletniego do informacji*, [w:] *Prawo a technologie medyczne*, red. M. Sadowska, K. Kukuryk, Międzynarodowe Towarzystwo Wspierania i Rozwoju Technologii Medycznych, Lublin.
29. Shekelle P.G., Pronovost P.J., Wachter R.M., McDonald K.M., Schoelles K., Dy S.M., Shojania K., Reston J.T., Adams A.S., Angood P.B., Bates D.W., Bickman L., Carayon P., Donaldson L., Duan H., Farley D.O., Greenhalgh T., Haugom J.L., Lake E., Lilford R., Lohr K.N., Meyer G.S., Miller M.R., Neuhauser D.V., Ryan G., Saint S., Shortell S.M., Stevens D.P., Walshe K. (2013), *The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now*, „Ann. Intern. Med.”, nr 158 (5 Pt 2), s. 365–368. DOI: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00001

STRONY INTERNETOWE

1. Kodeks Etyki Lekarskiej, http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf
2. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, <http://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielengniarek-i-poloznych/kodeks-etyki-zawodowej-pielengniarki-i-poloznej-rzeczypospolitej-polskiej/>
3. Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej, <http://zgptf2.linuxpl.info/files/kodeks.pdf>
4. Kodeks Etyczny Ratownika Medycznego, <http://docplayer.pl/898508-Kodeks-etyki-zawodowej-ratownika-medycznego-przyjety-na-i-ogolnopolskim-kongresie-ratownikow-medycznych-krakow-11-12-pazdziernika-2013-r.html>

AKTY PRAWNE

1. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 Kodeks cywilny, tekst jedn.: Dz.U. 2018 r, poz. 1025, ze zm.
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn.: Dz.U. 2018 r, poz. 617, ze zm.

3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2017 r., poz. 1318, ze zm.
4. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, tekst jedn.: Dz.U. 2018 r., poz. 123, ze zm.
5. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Ratownictwie Medycznym, tekst jedn.: Dz.U. 2017 r., poz. 2195, ze zm.
6. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania, Dz.U. 2015 r., poz. 2069.

ORZECZNICTWO

1. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, OSP 2005, nr, poz. 131.
2. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1999 r., II CKN 511/98, LEX nr 234833.
3. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 16 listopada 2017 r., I ACa 588/17, LEX nr 2439569.
4. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 5 lutego 2016 r., I ACa 609/15, LEX nr 2050471.
5. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 27 lutego 1991 r., I AC 16/91.