

Bezpieczeństwo karnoprawne lekarza z oddziału intensywnej terapii w kontekście zgody lub odmowy leczenia. Część II — pacjent nieprzytomny

The issue of penal and legal protection of the intensive care unit physician within the context of patient's consent to treatment. Part II: unconscious patient

Jacek Siewiera^{1,4}, Andrzej Kübler², Monika Filipowska³, Jakub Trnka¹,
Aleksandra Zamaro-Michalska⁵

¹Zakład Prawa Medycznego Katedry Medycyny Sądowej
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Katedra i I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

³Wydział Prawa i Administracji Wyższej Szkoły Zarządzania i Prawa w Warszawie,
Wydział zamiejscowy we Wrocławiu

⁴Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu

⁵I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Abstract

Cultural changes in Western societies, as well as the rapid development of medical technology during the last quarter of a century, have led to many changes in the relationship between a physician and a patient. During this period, the patient's consent to treatment has proven to be an essential component of any decision relating to the patient's health. The patient's will component, as an essential element of the legality of the treatment process, is also reflected in the Polish legislation. The correct interpretation of the legal regulations and the role the patient's will plays in the therapeutic decision-making process within the Intensive Care Unit (ICU) requires the consideration of both the good of the patient and the physician's safety in terms of his criminal responsibility. Clinical experience indicates that the physicians' decisions result in the choice of the best treatment strategy for a patient only if they are based on current medical knowledge and an assessment of therapeutic opportunities. The good of the patient must be the sole objective of the physician's actions, and as a result of the current state of medical knowledge and the medical prognosis, all the conditions of the legal safety of a physician taking decisions must be met.

In this paper, the authors have set out how to obtain consent (substantive consent) to treat an unconscious patient in the ICU in light of the current Polish law, as well as a physician's daily practice. The solutions proposed in the text of the publication are aimed at increasing the legal safety of the ICU physicians when making key decisions relating to the strategy of the treatment of ICU patients.

Należy cytować anglojęzyczną wersję artykułu:

Siewiera J, Filipowska M, Kübler A, Trnka J, Zamaro-Michalska A: The issue of penal and legal protection of the intensive care unit physician within the context of patient's consent to treatment. Part II: unconscious patient. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 46: 55–59.

Key words: intensive care unit; patient, consent to treatment; patient, proxy consent, declaration of will

Słowa kluczowe: oddział intensywnej terapii; pacjent, zgoda na leczenie; pacjent, zgoda subsytcyjna, zgoda zastępcza

Anestezjologia Intensywna Terapia 2014, tom XLVI, nr 1, 58–63

Zmiany kulturowe społeczeństw zachodnioeuropejskich, a także dynamiczny rozwój technologii medycznej ostatniego ćwierćwiecza stały się źródłem wielu zmian w relacjach pomiędzy lekarzem i pacjentem. W tym okresie zgoda na leczenie okazała się niezbędnym składnikiem wszelkich decyzji odnoszących się do zdrowia chorego. Komponent woli pacjenta, jako koniecznego elementu legalności procesu leczenia znajduje swoje odzwierciedlenie także w polskim ustawodawstwie. Właściwa interpretacja przepisów prawa oraz roli, jaką wola pacjenta odgrywa w podejmowaniu decyzji terapeutycznych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (OAiIT), wymaga uwzględnienia zarówno dobra pacjenta, jak i bezpieczeństwa karnoprawnego lekarza. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że decyzje lekarzy skutkują wyborem najkorzystniejszej dla pacjenta strategii leczniczej tylko wówczas, gdy są oparte na aktualnej wiedzy medycznej oraz ocenie szans leczniczych. Aby dobro pacjenta było wyłącznym celem działania lekarza i wynikało z aktualnego stanu wiedzy medycznej oraz rokowania, muszą być spełnione wszystkie warunki prawnego bezpieczeństwa lekarza podejmującego decyzje. Bezpieczeństwo prawne lekarzy OAiIT, jako czynnik wpływający bezpośrednio na jakość decyzji terapeutycznych podejmowanych wobec pacjenta, musi być niepodważalne, nawet jeśli zagwarantowanie takiego stanu wymagałoby obligatoryjności wnioskowania do sądu w każdym przypadku potencjalnego konfliktu dóbr.

Celem pracy jest określenie sposobu uzyskiwania zgody (zgody substytucyjnej) na leczenie pacjenta nieprzytomnego na OAiIT w świetle obowiązujących przepisów prawa polskiego, a także codziennej praktyki lekarskiej. Zaproponowane w treści publikacji rozwiązania prawne są ukierunkowane na zwiększenie prawnego bezpieczeństwa lekarzy OAiIT w trakcie podejmowania kluczowych decyzji odnoszących się do strategii leczenia pacjentów OAiIT.

W II części pracy oparto się na aktach prawa wymienionych w części I.

SPECYFIKA ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

Sposób leczenia pacjentów w zakresie intensywnej terapii cechuje wiele odmienności w stosunku do innych działów medycyny zabiegowej czy zachowawczej. Różnice te można podzielić ze względu na ich charakter medyczny oraz prawny.

Z medycznego punktu widzenia istotą leczenia pacjentów na OAiIT pozostaje fakt ich całkowitej niezdolności do przeżycia bez wykorzystania zaawansowanych technologicznie i inwazyjnych procedur medycznych. Podstawowym wskazaniem do hospitalizacji na tych oddziałach pozostaje potencjalnie odwracalna niewydolność jednego lub wielu narządów [1] prowadząca do bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta.

Pierwszą i zarazem podstawową różnicą w działaniach personelu medycznego OAiIT w stosunku do działań podejmowanych w ramach innych dyscyplin medycznych, jest stopień zagrożenia życia pacjenta. Specyfika tej dyscypliny medycznej sprawia, że każda decyzja terapeutyczna lekarzy OAiIT wpływa bezpośrednio na możliwość przeżycia chorego i późniejszego powrotu do środowiska, w którym żył.

Drugą, niezwykle istotną, cechą charakterystyczną intensywnej terapii jest stopień wykorzystywania zaawansowanej technologii medycznej stosowanej w celu podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych pacjenta do czasu uzyskania poprawy stanu klinicznego i ustąpienia zagrożenia życia pacjenta. Technologia medyczna, stosowana na OAiIT, pozwala nie tylko na podtrzymanie życia pacjenta do czasu jego wyleczenia, ale również na nienaturalne i szkodliwe przedłużanie umierania cierpiącego pacjenta.

Trzecią ważną odmiennością specyfiki intensywnej terapii w stosunku do pozostałych działów medycyny jest fakt, że zdecydowana większość pacjentów leczonych na tych oddziałach pozostaje nieprzytomna ze względu na przebieg choroby podstawowej, uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego lub konieczne leczenie farmakologiczne.

Zarówno stopień zagrożenia życia pacjenta, jak i brak zdolności do składania oświadczeń woli, oprócz swoich oczywistych skutków medycznych, pociąga za sobą doniosłe prawne skutki w relacjach lekarza z pacjentem.

Fakt, że chory nie jest świadomy, sprawia, że w sensie prawnym staje się on osobą niezdolną do składania oświadczeń woli w zakresie zgody na zabieg leczniczy. Wobec takiego pacjenta zastosowanie mają przepisy określające szczegółowo sposób oraz sytuacje, w których personel medyczny zobowiązany jest do bezzwłocznego ratowania życia, oraz te, w których personel zobowiązany jest do uzyskania w inny sposób stosownej zgody na wykonanie zabiegów leczniczych. Tymczasem w codziennej pracy OAiIT brakuje przekonania personelu medycznego, że uzyskanie stosownej zgody na leczenie jest konieczne

również w przypadku pacjenta nieprzytomnego. Być może taki stan rzeczy ma swoje źródła w przekonaniu, że skoro leczenie prowadzone na OAiIT ma na celu uchylenie stanu bezpośredniego zagrożenia życia, a co za tym idzie ochronę jednego z najważniejszych konstytucyjnych dóbr prawnych, to w zakresie odpowiedzialności karnej ma tu zastosowanie stan wyższej konieczności [2] wyłączający bezprawność leczenia pacjenta bez wymaganej zgody. Niedopuszczalność zastosowania instytucji stanu wyższej konieczności w odniesieniu do ogólnych zasad prawa medycznego część środowiska prawniczego odrzuca, co uzasadnił prof. Andrzej Zoll [3]. W opozycji do powyższego środowisko lekarskie słusznie zajmuje stanowisko prezentowane przez prof. Barbarę Świątek wyrażające pogląd, że obowiązek ratowania życia wyrażony w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza ma charakter bezwzględny nawet wobec formalnego braku zgody pacjenta [4]. Tymczasem Eleonora Zielińska wskazuje, że zastosowanie stanu wyższej konieczności wobec wszystkich przypadków leczenia czyniłoby uprawnienie pacjenta do autonomicznej decyzji w praktyce iluzorycznym i fikcyjnym [5]. W obliczu silnej krytyki mającej źródła w codziennej praktyce klinicznej, nawet prof. Zoll bezwzględny obowiązek uzyskania zgody na leczenie zawarty w art. 192 nazwał „przykrą luką prawną”. Lekarze OAiIT podejmujący decyzje terapeutyczne w obliczu tych niedoskonałości systemu prawa powinni przyjąć, że obowiązek uzyskania zgody na zasadach opisanych w ustawie o zawodzie lekarza ma charakter bezwzględny zwłaszcza wobec pacjentów ze złym rokowaniem, leczonych długotrwale. Stanowi on nie tylko ochronę dobra pacjenta, lecz także zabezpieczenie prawne lekarza podejmującego kluczowe decyzje co do wyboru strategii leczenia pacjenta.

OBLIGATORYJNOŚĆ ZGODY NA LECZENIE

W systemie polskiego prawa powszechnego obowiązek uzyskania zgody na wykonanie jakiegokolwiek zabiegu leczniczego wypływa z treści ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry zaś jego niedopełnienie sankcjonowane jest na podstawie art. 192 §1 Kodeksu Karnego (k.k.) stanowiącego: „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2” [6]. Środowisko prawnicze, w ocenie charakteru arbitrażowego art. 192 k.k. nie jest zgodne i zauważa, że art. 41 pkt.1 Konstytucji RP nie ma charakteru bezwzględnego i stanowi, że „Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie”. Zgodę jako konieczną komponentę zabiegów leczniczych oraz procedur diagnostycznych, oprócz artykułu 192 k.k., warunkują także w art. 32 ust.1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry [7], a także w art. 18 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta [8], stanowiąc, że: „lekarz może przeprowadzić ba-

danie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta”. Ponadto, art. 34 ust. 1 określa dla zabiegów operacyjnych oraz zabiegów o podwyższonym ryzyku obowiązek uzyskania zgody w formie pisemnej.

Ustawodawca zastrzegł w obu wyżej przytoczonych ustawach różne formy wyrażenia zgody, czyli ustną oraz pisemną w zależności od stopnia ryzyka, jakie stwarza dana metoda świadczenia zdrowotnego. Bez względu na to, jak zakwalifikowane zostałyby procedury realizowane na OAiIT, w każdym przypadku ustawodawca legalność ich wykonania uzależnia od uzyskania zgody. Na brak celowości rozróżnienia procedur w opisywanej sytuacji zwraca uwagę Maria Boratyńska, stwierdzając, że „mogą to być wszelkie niezbędne czynności lecznicze związane zarówno z ryzykiem zwykłym jak i podwyższonym” [9, 10]. Należy także zauważyć, że uzyskanie powyższej zgody dotyczy procedur medycznych (zarówno diagnostycznych jak i leczniczych) w każdej z dyscyplin medycznych bez względu na rodzaj oddziały, w którym są wykonywane (również na OAiIT). Zasadniczą kwestią dotyczącą omawianej zgody na leczenie na OAiIT nie jest w tym wypadku rodzaj wykonywanych zabiegów, lecz sam fakt uzyskania zgody skutecznej prawnie od pacjenta zdolnego do jej wyrażenia [11].

Jak zauważa prof. Marek Safjan, bez względu na zakres czynności wykonywanych przez lekarza „stan w zasadzie pełnego braku świadomości, a nie tylko utrudnionego kontaktu ze światem zewnętrznym lub utrudnionej percepcji” [12] jest niewątpliwie okolicznością wyłączającą zdolność pacjenta do samodzielnego wyrażenia zgody na zabieg, a co za tym idzie, pociąga konieczność uzyskania zgody zastępczej. Należy dodać, że przeważająca część doktryny prawniczej stoi na stanowisku, że nawet „nieznaczne zaburzenie świadomości” pacjenta wpływa na jego zdolność do skutecznego składania oświadczeń woli [13], jednak fakt ten pozostaje bez większego wpływu na proces uzyskiwania zgody u osób nieprzytomnych.

Ustawodawca wskazał, że w odniesieniu do tych pacjentów, hospitalizowanych na OAiIT, osobą uprawnioną do złożenia oświadczenia woli w ramach instytucji zgody substytucyjnej (zastępczej) jest sąd opiekuńczy. Osoby te najczęściej nie posiadają przedstawiciela ustawowego, uprawnionego do wyrażenia zgody w ich imieniu, co skutkuje obligatoryjnie koniecznością zastosowania ogólnych zasad jej uzyskiwania ujętych w treści kodeksu opiekuńczego [14]. Podstawą prawną obowiązku uzyskania zgody zastępczej jest art 32. ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, który stanowi: „Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe — zezwolenie sądu opiekuńczego”.

Obowiązek uzyskania zgody zastępczej na wykonanie procedur medycznych w ramach intensywnej terapii wobec pacjenta nieprzytomnego ma więc charakter obligatoryjny i spoczywa na lekarzu podejmującym wykonanie procedur medycznych.

Niektóre z procedur medycznych wykonywanych przez lekarzy, specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii wykonywane są ze wskazań nagłych, bardzo często trudnych do przewidzenia. Tym samym trudne jest uzyskanie uprzedniej zgody pacjenta *pro futuro*. Dotyczy to najczęściej procedur resuscytacyjnych oraz interwencji kardiologicznych, takich jak kardiowersja, stymulacja serca czy włączenie intensywnego leczenia w pierwszych godzinach po przyjęciu na OAiIT. Wszystkie pilne zabiegi prowadzone w celu ratowania życia pacjenta mogą być wykonywane z pominięciem obowiązku zgody na podstawie art. 33 ust. 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”. Brzmienie tego artykułu jest zgodne z przyjętą przez doktrynę prawniczą wykładnią art. 192 k.k., z której wynika, że „jeżeli dla ratowania życia pacjenta należy wykonać zabieg leczniczy, a nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo sądu opiekuńczego, lekarz ma prawo wykonać taki zabieg, zgodnie z postanowieniami ustawy o zawodzie lekarza” [15, 16]. Analogiczne uprawnienie lekarza do wykonania procedur o podwyższonym ryzyku ustawodawca zawarł w art. 34 ust. 7 ustawy o zawodzie lekarza stanowiącym: „Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy”. Jak wynika z treści przytoczonych przepisów, uprawnienie do wykonania zabiegów leczniczych bez zgody pacjenta wygasa z chwilą, gdy wykonanie tych procedur przestaje mieć charakter pilny i nagły. Wobec powyższego należy wnioskować, że po uchyleniu bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego życiu lub zdrowiu pacjenta, w przypadku jego hospitalizacji na OAiIT właściwy sąd opiekuńczy powinien nie tylko zostać poinformowany o przeprowadzonych dotychczas procedurach, ale także wyrazić

zgoda na prowadzenie dalszej terapii w świetle przewidywanego rokowania. Czynność ta, choć uciążliwa z praktycznego punktu widzenia, w świetle wymagań formalnych pozwala zalegalizować ogół zabiegów leczniczych podejmowanych wobec pacjenta w trakcie dalszej hospitalizacji, a co za tym idzie, zapewnić lekarzowi prowadzącemu terapię komfort prawny podejmowania kluczowych decyzji terapeutycznych wyłącznie na podstawie przesłanek medycznych i oceny szans leczniczych, nie zaś pod wpływem lęku o ocenę prawną podjętych decyzji.

PROPONOWANY FORMULARZ WNIOSKU DO SĄDU OPIEKUŃCZEGO

W świetle przytoczonych aktów prawnych, a także w obliczu coraz liczniejszych kontrowersji dotyczących granic intensywnej terapii, w przekonaniu autorów ważne jest, aby środowisko lekarskie wypracowało prosty, a zarazem ujednolicony sposób uzyskiwania zgody substytucyjnej w odniesieniu do pacjentów nieprzytomnych, ze złym rokowaniem, zwłaszcza leczonych długotrwale. Do tego celu posłużyć może przykładowy formularz wniosku przekazywany z sekretariatu podmiotu leczniczego do właściwego sądu opiekuńczego, którego treść została zaproponowana przez autorów w Załączniku. System prawa powszechnego nie określa jednego wzoru takiego dokumentu i zaproponowana treść może być w każdym podmiocie leczniczym modyfikowana przez kierownika podmiotu lub upoważnionego lekarza w zależności od okoliczności oraz rodzaju niezbędnej zgody.

Przy wypełnianiu powyższego wniosku, w formie elektronicznej lub tradycyjnej (tak jak w ankiecie anestezjologicznej) istnieje możliwość oznaczenia zarówno danych pacjenta, informacji istotnych z punktu widzenia stanu klinicznego, jak i planowanego wobec pacjenta zakresu terapii z wyszczególnieniem terapii intensywnej i zachowawczej oraz zabiegów diagnostycznych. Przesłany faksem lub drogą konwencjonalną wniosek wraz ze stosownymi informacjami z historii choroby pacjenta stanowi podstawę wydania przez sąd opiekuńczy zgody substytucyjnej na zaproponowaną terapię, zapewniając bezpieczeństwo prawne personelu OAiIT oraz legalizację dalszego postępowania medycznego.

Należy w tym miejscu także zaznaczyć z całą stanowczością, że w opinii autorów aktualnie obowiązujące przepisy ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie odpowiadają warunkom leczenia na OAiIT. Dotyczy to zarówno nieadekwatności sformalizowanych procedur sądowych związanych z uzyskaniem zgody substytucyjnej, jak i całkowitym wyłączeniem, choćby doradczej, roli rodziny w wyborze rodzaju terapii lub jej ograniczenia, (co staje się źródłem konfliktów pomiędzy lekarzem a bliskimi pacjenta). Skrupulatne

ZAŁĄCZNIK

**WNIOSEK
O WYRAŻENIE ZGODY ZASTĘPCZEJ NA HOSPITALIZACJĘ
I LECZENIE W WARUNKACH ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII**

Na podstawie art. 32 ust. 2 oraz art. 34 ust. 3 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty zwracam się z wnioskiem o wyrażenie zgody zastępczej sądu opiekuńczego na hospitalizację oraz leczenie w warunkach oddziału intensywnej terapii pacjenta pozostającego w stanie uniemożliwiającym samodzielne składanie oświadczeń woli w zakresie zgody na wykonanie zabiegu leczniczego:

Dane pacjenta:

Imię:..... Nazwisko:.....

Zamieszkały:.....

PESEL:..... Nr historii choroby:.....

Zgodnie z art. 32 ust. 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

Opis stanu pacjenta oraz możliwych kierunków terapii:

.....letni pacjent został przyjęty na oddział dnia.....

w stanie bezpośredniego zagrożenia życia z powodu:

.....

Aktualnie pacjent pozostaje nieprzytomny, w stanie zagrożenia życia wynikającego z niewydolności wielonarządowej/układu:

Wniosek dotyczy wydania zgody zastępczej na leczenie uzależnione od stanu klinicznego pacjenta, szans leczniczych oraz aktualnych wyników badań i obejmuje:

- Procedury terapii intensywnej: podaż amin katecholowych, podaż leków anestetycznych, podaż leków analgetycznych oraz zwiotczających, antybiotykoterapię, dializoterapię, hemodiafiltrację, kaniulację żył centralnych, kaniulację naczyń tętnicznych, żywienie parenteralne, monitorowanie ciśnienia śródczaszkowego, wykonanie zabiegu tracheostomii, przetaczania koncentratu krwinek czerwonych oraz preparatów krwiopochodnych, leczenie resuscytacyjne oraz zabiegowe leczenie kardiologiczne.
- Procedury terapii zachowawczej: respiratoroterapię, podaż leków anestetycznych i analgetycznych, terapię bólu, żywienie parenteralne, cewnikowanie naczyń krwionośnych, cewnikowanie dróg moczowych.
- Procedury diagnostyki obrazowej i inwazyjnej: tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, diagnostykę RTG głowy, klatki piersiowej oraz innych narządów, ultrasonografię, bronchoskopię, gastroskopię.

Na podst. art. 34 ust. 7 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotychczas zostały wykonane następujące zabiegi o podwyższonym ryzyku:

.....
.....

UWAGI:

.....

Data i godzina sporządzenia wniosku:.....

Podpis kierownika podmiotu leczniczego

realizowanie przez lekarza OAiIT wszystkich opisanych prawem obowiązków, doprowadziłoby nie tylko do znacznego wzrostu kosztów postępowania administracyjnego, zarówno po stronie szpitali, jak sądów opiekuńczych, lecz także skutkowałoby wydłużeniem czasu niezbędnego do podjęcia odpowiednich decyzji terapeutycznych, a co za tym idzie, działaniem ze szkodą dla dobra pacjenta. Proponowany formularz wniosku może jedynie stanowić środek ułatwiający lekarzom stosowanie restrykcyjnego, choć nieadekwatnego do specyfiki OAiIT prawa, które w opinii autorów wymaga niezbędnych zmian na poziomie legislacyjnym.

WNIOSKI

1. Uzyskanie stosownej zgody sądu opiekuńczego w odniesieniu do leczenia chorego nieprzytomnego na OAiIT jest gwarancją ochrony autonomii pacjenta nie tylko w obliczu bezpośredniego zagrożenia życia, lecz także nieodwracalnego procesu umierania. To także świadectwo wyboru optymalnej metody postępowania w świetle możliwych do uzyskania szans leczniczych i istotne zabezpieczenie prawne lekarza w obliczu niejednokrotnie rozbieżnych oczekiwań terapeutycznych rodziny.
2. Uzyskanie substytucyjnej zgody sądu opiekuńczego, choć stanowi uciążliwą formalność w praktyce klinicznej, w aktualnym stanie prawnym gwarantuje bezpieczeństwo prawne lekarza podejmującego kluczowe decyzje dotyczące strategii leczenia pacjenta na OAiIT zwłaszcza wobec pacjentów ze złym rokowaniem, leczonych długotrwałe.

Piśmiennictwo:

1. „Kwalifikacja i kryteria przyjęcia chorych do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii” Wytoczne Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii dr hab. med. Krzysztofa Kuszy prof. UMK.

2. Art. 26 Kodeksu Karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. Dz. U. 1997 Nr 88, poz. 553.
3. Zoll A: Stan wyższej konieczności w działalności lekarskiej. *Prawo i Medycyna* 2005; 2: 5–21.
4. Świątek B: Obowiązek ratowania życia. *Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii* 1997; 3: 43–48.
5. Zielińska E: Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym. *Prawo i Medycyna* 2000; 2: 81.
6. Art. 192 par. 1 Kodeksu Karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. Dz. U. 1997 Nr 88, poz. 553.
7. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 tekst jednolity: Dz.U.2011.277.1634.
8. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008, tekst jednolity: Dz.U.2012.159.
9. Boratyńska M, Konieczniak P: *Prawa Pacjenta*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2001: 288.
10. Boratyńska M: Wolny wybór — granice i gwarancje prawa pacjenta do samo decydowania. *Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012: 329.*
11. Dukiet-Nagórska T: Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim. *Prawo i Medycyna* 2000; 2: 86.
12. Safjan M: *Prawo i Medycyna. Ochrona prawa jednostki a dylematy współczesnej medycyny*. Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, 43.
13. Świdarska M: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. *Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2007: 39.*
14. Piasecki K: *Kodeks rodzinny i opiekuńczy z komentarzem*. Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002.
15. Filar M: *Przestępstwa przeciwko wolności*. Nowa Kodyfikacja Karna. Krótkie Komentarze. Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 1998: 86.
16. Bojarski M, Giezek J, Sienkiewicz Z: *Prawo karne materialne, część ogólna i szczególna*. Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2010: 504.

Adres do korespondencji:

lek. Jacek Siewiera
Zakład Prawa Medycznego
Katedra Medycyny Sądowej
UM im. Piastów Śląskich
ul. J. Mikulicza-Radeckiego 4
50-345 Wrocław
e-mail: jacek.siewiera@gmail.com

Otrzymano: 2.01.2013 r.

Zaakceptowano: 23.12.2013 r.