

# Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w przypadku pacjentów geriatrycznych w polskim prawie

## Obtaining consent from geriatric patients in the Polish law

Rafał Patryn<sup>1</sup>, Jarosław Sak<sup>1</sup>, Anna Zagaja<sup>1</sup>, Karol Zygo<sup>1</sup>, Andrzej Stanisławek<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Lublinie

### Streszczenie

Opracowanie dotyczy problemu pozyskiwania skutecznie prawnej zgody od pacjentów geriatrycznych z ograniczoną podmiotowością (cierpiących na amnezję, chorobę Alzheimera, demencję starczą) na wykonanie świadczenia zdrowotnego. Specyfika tych chorób powoduje zaburzenia pamięci i ograniczenia świadomości, co często wyklucza możliwość wyrażenia skutecznej świadomej zgody. Potrzeba odebrania zgody pacjenta na wykonanie świadczenia zdrowotnego jest obecnie określona w polskim prawie. Aktualnie pojęcie zgody w prawie medycznym jest rozszerzone o dookreślenie „świadoma”, co podkreśla fakt, że ten wyraz woli jest decyzją w pełni przemyślaną, racjonalną i jednoznaczną. Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom geriatrycznym cierpiącym na zaniki pamięci i zaburzenia świadomości powyższa zasada odbierania zgody nie jest możliwa do zastosowania. Artykuł przedstawia problematykę zgody zastępczej (przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego, sądu) na udzielenie świadczenia zdrowotnego wraz z jej prawną interpretacją i rozwiązaniami, które lekarz musi zastosować w praktyce. Tym samym gwarantując, że obowiązujące zapisy prawa podczas udzielanego świadczenia zdrowotnego są respektowane. (Gerontol Pol 2017; 25; 134-139)

**Słowa kluczowe:** zgoda zastępcza, prawo, geriatria, pacjent, leczenie

### Abstract

The article deals with the problem of obtaining a legally effective consent for performing health care services from geriatric patients with limited subjectivity suffering from amnesia, Alzheimer's disease, senile dementia. The specificity of these diseases causes memory impairment and restriction of consciousness, which often excludes the possibility of expressing effective informed consent. Currently, the concept of consent has been broadened by the term "conscious", which underlines this expression of will as fully thoughtful, rational, and unambiguous. When providing health benefits to geriatric patients suffering from memory loss and impaired consciousness, the above consent rule is not applicable. The article presents the issue of substitute consent (legally empowered representative, guardian, court) for providing health care along with its legal interpretation and solutions that the physician must apply in practice; simultaneously, ensuring that the applicable legal provisions in health care are respected. (Gerontol Pol 2017; 25; 134-139)

**Key words:** substitute consent, law, geriatrics, patient, treatment

### Wprowadzenie

Dane demograficzne określają, że osoby powyżej 65 roku życia są najszybciej rosnącą grupą wiekową pacjentów na świecie. Jest szacowane, że w roku 2050 r. osoby starsze będą stanowić 31,3% populacji Polski. Według definicji (WHO) pacjent geriatryczny to osoba, która osiągnęła przynajmniej 60 rok życia i charakteryzuje ją typowa dla wieku starszego wielochorobowość, która wraz z wiekiem stanowi czynniki ryzyka nagłego

pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu [1]. Oczywistym jest fakt, że osoby w tej kategorii wiekowej powinny być objęte opieką medyczną. Opieka medyczna skierowana do takiej kategorii pacjentów powinna być ukierunkowana na prawidłowe zdiagnozowanie objawów chorobowych i określenie potrzeb zdrowotnych, co w praktyce determinuje określone postępowanie medyczne [2]. Istotnym problemem medycznym rzutującym zarówno na kwestie diagnostyczne, terapeutyczne jak i psychospołeczne pacjentów geriatrycznych jest

Adres do korespondencji: ✉ Rafał Patryn; Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; ul. Staszica 4-6, 20-059 Lublin  
☎ (+48 81) 448 68 50; 📧

występujący powszechnie w tej grupie wiekowej tzw. frailty syndrom [3,4]. Specyfika postępowania medycznego i jego zakres, czyli wykonywanie określonych czynności medycznych jest obecnie określona prawnie. Dotyczy to obowiązku odbierania zgody (zgody świadomej) od pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Jednak kategoria pacjentów geriatrycznych może w tym zakresie sprawiać kłopot z uwagi na możliwe ograniczenia podmiotowości, rozumianej jako możliwości składania świadomych oświadczeń woli. Na gruncie medycznym zasada ta dotyczy złożenia zgody świadomej i okoliczności, które tej zasadzie towarzyszą (przekazanie informacji, czas na decyzje i podpisanie formularza) [5]. W sytuacjach wymagających niezwłocznego podejmowania decyzji terapeutycznych kwestia uzyskiwania świadomej zgody od pacjentów geriatrycznych jest szczególnie istotna [6]. W piśmiennictwie światowym sugeruje się przydatność stosowania w tej grupie pacjentów nawet zgody domniemanej (presumed consent) [7]. Ograniczona zdolność podejmowania świadomych decyzji i mocno utrudniona komunikacja, lub jej całkowity brak, jest charakterystyczna dla części pacjentów geriatrycznych. Problemy w funkcjonowaniu poznawczym pacjentów geriatrycznych, o charakterze nabytym, globalnym i tak nasilonym, które w sposób istotny wpływają na funkcjonowanie człowieka, określa się mianem otępienia starczego [8]. Następnie ograniczenie podmiotowości pacjentów geriatrycznych może być zdeterminowane: amnezją organiczną, postępującą degeneracją neuronów w chorobę Alzheimera, demencją starczą, niepamięcią, udarem mózgu (apopleksją) i mechanicznymi urazami głowy czy wypadkami [9]. Z racji często ograniczonej podmiotowości pacjentów z powodu zaburzeń pamięci i wymienionych stanów chorobowych istnieje potrzeba odbierania zgody zastępczej, od prawnie zdefiniowanej kategorii podmiotów. Z uwagi na recepcje zasad prawnych do obszaru medycznego warto sprecyzować sposoby postępowania lekarza z pacjentem geriatrycznym o ograniczonej (lub braku) podmiotowości.

### **Świadoma zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego**

W przypadku pacjentów pełnoletnich, świadomych sytuacji i okoliczności, w których się znajdują obowiązkiem lekarza jest odebranie zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego [10]. W tym przypadku obowiązek ten zakłada racjonalną decyzję i wolę pacjenta do poddania się świadczeniu zdrowotnemu lub odmowę, do czego ma on również prawo. Art. 32. ust. 1. Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (zwana dalej

*Ustawą*), stanowi: *lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta* [11]. Prawną podmiotowość osoby określa możliwości świadomego kreowania wiążących czynności prawnych poprzez składanie oświadczeń woli. W nawiązaniu do art. 56 Kodeksu Cywilnego *czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone (treść, której dotyczy), lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów* [12]. Wyrażenie zgody na leczenie jest czynnością prawną generującą zgodnie z jej treścią określone działania i ich następstwa (podjęcie procesu leczenia wraz ze jego skutkami). W kontekście działalności leczniczej świadoma zgoda jest subiektywnie pojmowaną i wyrażoną zgodą (oświadczenie woli pacjenta) na określone i proponowane działanie medyczne [13,14]. Zasada wyrażania zgody na leczenie ma kluczowe znaczenie w odniesieniu do podmiotów, których bezpośrednio dotyczy, czyli zarówno lekarza, jak i pacjenta. Przekazanie informacji i odebranie zgody jest ścisłym obowiązkiem lekarza, a z kolei możliwość jej wyrażania (bądź odmowy) jest podstawowym prawem pacjenta [11]. Sytuacje, gdy pacjent jest zdolny do jej wyrażenia i ma taką możliwość są najczęściej spotykanymi w praktyce, jednak są również takie, gdy pacjent ma ograniczoną podmiotowość (lub jej brak) podyktowaną jego wiekiem i stanem zdrowia. Wówczas wyrażanie zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego następuje w prawnie określonym zastępstwie.

### **Zastosowanie instytucji zgody zastępczej**

W odniesieniu do pacjentów geriatrycznych, którzy w istotnej części są osobami o ograniczonej podmiotowości prawnej szczególne znaczenie posiada zgoda zastępcza. Jest ona składana w zastępstwie pacjenta w sytuacjach, w których zdolność świadomych decyzji pacjenta jest mocno ograniczona. Poniżej przedstawiono zasady prawne dotyczące pacjenta, który ma ograniczoną podmiotowość uniemożliwiającą racjonalną komunikację i decyzyjność, co do wyrażenia zgody na wdrożenie wymaganych stanem zdrowia czynności medycznych. Na wstępie interpretacji zgody zastępczej trzeba zaznaczyć możliwą sytuację, gdy pacjent w takim stanie zdrowia będzie miał ustanowionego tzw. przedstawiciela ustawowego. W sytuacji przeciwnej (gdy brak jest takiego podmiotu) wyrażenie zgody jest obowiązkiem sądu opiekuńczego.

1. Pacjent geriatryczny z ustanowionym przedstawicielem ustawowym określonym w art. 32. ust. 2 *Ustawy* [11]. Instytucja ubezwłasnowolnienia i ustanowienia

określonego podmiotu (przedstawiciela ustawowego) celem reprezentacji osoby, która tego wymaga jest zawarta w Kodeksie cywilnym. W art. 12 k.c. określono – *nie mają zdolności do czynności prawnych osoby, które nie ukończyły lat trzynastu, oraz osoby ubezwłasnowolnione całkowicie* [12]. W praktyce oznacza to, że osoby pełnoletnie ubezwłasnowolnione nie są dysponentami zdolności do czynności prawnych, czyli do wydawania we własnym imieniu wiążących oświadczeń woli. Czynność prawna polega na przyjmowaniu i składaniu oświadczeń woli mających na celu utworzenie, zmodyfikowanie lub ustanie stosunku prawnego. Jest to naturalna i określona przez prawo możliwość samodzielnego kształtowania swojej sytuacji prawnej, rozumianej, jako nabywanie określonych praw i zaciąganie określonych zobowiązań. Artykuł 13 k.c. dotyczy sytuacji, gdy osoba z jakis powodów nie może kierować swym postępowaniem, rozumianym, jako wyrażanie skutecznych oświadczeń woli, mianowicie *osoba, która ukończyła lat trzynaście, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem* [12]. Paragraf 2 art. 13 k.c., określa, że dla ubezwłasnowolnionego całkowicie ustanawia się opiekę, chyba że pozostaje on jeszcze pod władzą rodzicielską [12]. Artykuł 16 k.c. w par. 1, określa, że *osoba pełnoletnia może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw* [12]. Paragraf 2 tego artykułu stwierdza, że dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się kuratelę [12]. Natomiast częściowy zakres ubezwłasnowolnienia oznacza, że pomoc udzielana takiej osobie nie musi być w pełnym zakresie i może być potrzebna tylko przy prowadzeniu jej spraw (np. do reprezentacji takiej osoby przed instytucjami jak szpital, czy urzędy). Prawo jasno wskazuje rozwiązanie polegające na ustanowieniu opieki prawnej (przedstawiciela ustawowego, kuratora) dla osoby, która ze względu na swój stan zdrowia (niedorozwój umysłowy, zaburzenia psychiczne) wymaga pomocy. Artykuł 545 par. 1 Kodeksu Postępowania Cywilnego określa, że wnioski o ubezwłasnowolnienie mogą zgłosić wyłącznie wskazane osoby mianowicie: małżonek osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, jej krewni w linii prostej, rodzeństwo oraz jej przedstawiciel ustawowy, bądź w niektórych przypadkach prokurator [15]. Zamknięty katalog osób, które mogą wystąpić z takim wnioskiem łączy się z ich wie-

dzę na temat choroby takiej osoby i jej bezradnością, co dyktuje określoną intencję postępowania, tj. potrzebę wyrażenia decyzji np. dotyczącej hospitalizowania. Podstawową przesłanką ubezwłasnowolnienia takiej osoby jest realna potrzeba udzielenia jej pomocy w prowadzeniu różnorodnych spraw. Analizując wykładnię sądową na temat zwrotu „pomocy w prowadzeniu spraw”, trzeba zaznaczyć, że to pojęcie jest rozumiane dość szeroko i obejmuje się nim czynności prawne, faktyczne sprawy o charakterze majątkowym i sprawy o charakterze typowo osobistym. Duże znaczenie przy decyzji o ubezwłasnowolnieniu ma realne ustalenie i określenie istniejącego zakresu spraw wymagających decyzji i czynności osoby, która ma zostać ubezwłasnowolniona, a także sprecyzowanie, w jakich konkretnych sprawach osobie tej potrzebna jest pomoc (przykładowo do reprezentacji podczas leczenia). W powyższym kontekście mając na względzie opisane przesłanki (zaburzenia psychiczne związane z chorobami czy zespołami charakterystycznymi dla pacjentów geriatrycznych) – jest możliwe ustanowienie przedstawiciela ustawowego (czy kurateli w przypadku osób ubezwłasnowolnionych częściowo) dla pacjenta geriatrycznego o ograniczonej podmiotowości. Przedstawicielem ustawowym takiego pacjenta może być osoba z rodziny: małżonek lub osoba spośród krewnych, osób bliskich, ale także może być to osoba wskazana przez organizacje pomocowe (np. pracownik opieki społecznej), bądź kurator (dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo). Podstawowym celem jest należyta pomoc w prowadzeniu spraw takiej osoby, w tym przypadku dotyczy to sytuacji związanych z potrzebą leczenia i wykonywania zabiegów podyktowanych stanem zdrowia. Zastosowanie w praktyce instytucji przedstawiciela ustawowego w procesie leczenia pacjenta geriatrycznego z ograniczoną podmiotowością jest wyrażone w art. 32 ust. 2 *Ustawy*, który określa, że *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* [11]. Zatem w takim przypadku przedstawiciel ustawowy po przekazaniu odpowiednich informacji przez lekarza dotyczących stanu zdrowia i wymaganych elementów związanych z procesem leczenia – wyraża (bądź nie) zgodę na podjęcie określonych czynności w stosunku do takiego pacjenta. Następnie kolejny wyraz tej zasady odnajdujemy w ust. 4 cytowanego artykułu *Ustawy*. Określono, że *w przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest*

ponadto uzyskanie zgody tej osoby [11]. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę na jej leczenie (np. wykonanie zabiegu) wyraża przedstawiciel ustawowy. Problemem realnym dla lekarza jest wówczas ustalenie osoby przedstawiciela ustawowego (jeśli jest ustanowiony) i porozumienie się z nim, jeśli nie jest z pacjentem w chwili zgłoszenia się do podmiotu leczniczego. W drugiej części ust. 4 art. 32 *Ustawy*, jest mowa o możliwości wyrażenia zdania w sprawie jego udziału w badaniach, jeśli naturalnie pacjent geriatryczny jest w stanie świadomości pozwalającym mu na sformułowanie takiej opinii. Wówczas naturalnie lekarz musi ją uwzględnić przystępując do wykonywania czynności zawodowych.

2. W przypadku udzielania zgody zastępczej trzeba sprecyzować pojęcie opiekuna faktycznego i możliwość udzielania przez niego zgody, ale tylko na badania. Artykuł 32 ust. 3 *Ustawy* stanowi, że *jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby małoletniej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody – zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny* [11]. Pojęcie opiekuna faktycznego, zostało zdefiniowane w *Ustawie o prawach pacjentów i Rzeczniku Praw Pacjenta* [16]. Zgodnie z definicją opiekunem faktycznym jest osoba rzeczywiście opiekująca się np. osobą starszą. Taki opiekun może udzielić zgody na badania i co trzeba podkreślić, może to dotyczyć tylko i wyłącznie zgody na badania (nie jest jednak sprecyzowane w przepisach, jakie mają to być badania, przykładowo czy inwazyjne o określonym stopniu ryzyka, czy też np. tylko fizykalne). Przyznanie określonego prawa (zgoda na badania) opiekunowi faktycznemu stanowi pewien pragmatyzm sytuacji spotykanych realnie. Często właśnie opiekun faktyczny posiada więcej informacji na temat stanu, w którym znalazł się jego podopieczny, by mógł podjąć decyzje i odpowiednie istotne kroki (np. zawiadomienie członków rodziny, opiekunów prawnych). Warto jednak pamiętać, że jest to dość specyficzny zapis, podyktowany najczęściej realną sytuacją i zawsze w takich przypadkach fakt, że zgodę na badania wyraził opiekun faktyczny należy odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta.

3. Podmiotem, który w sytuacji braku przedstawiciela ustawowego jest zobligowany do wyrażenia zgody w zastępstwie jest określony w przepisach sąd opiekuńczy. Sytuacja, gdy brak jest władnego do wydania takiej decyzji, czyli przedstawiciela ustawowego może być podyktowana: jego nieobecnością i brakiem możliwości skontaktowania się z nim, jego nieustanowieniem lub rozbieżną wolą co do planowanego zabiegu (rozbieżną wolą przedstawiciela i pacjenta, który jest świadomy (na tyle świadomy), że ma możliwość wyrażenia

takiego sprzeciwu). Wyrażenie zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego jest wówczas zadaniem sądu opiekuńczego określonego w *Ustawie*. W praktyce jest to sąd, w którego okręgu mają być wykonane przewidziane czynności medyczne (pomoc, leczenie). Trzeba sprecyzować, że w tym przypadku pojęcie sądu opiekuńczego jest potoczne. W praktyce takie czynności wykonuje Sąd Rejonowy, w którego strukturze mieści się Wydział Rodzinny i Nieletnich (potocznie opiekuńczy), który zajmują się sprawami: kurateli, opieki, przysposobienia i leczenia pacjenta bez jego zgody lub bez zgody jego przedstawiciela ustawowego. Wówczas sąd (osoba pełniąca funkcje sędziego), na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta, rozważa, czy jest zasadne: udzielenie zgody na leczenie takiego pacjenta, a w sytuacji sprzeciwu takiego pacjenta – czy jest zasadne pominięcie jego zdania w kwestii związanej z przewidzianymi czynnościami medycznymi. Artykuł 32 ust. 2 *Ustawy*, brzmi: *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* [11]. Część druga tego artykułu rzeczowo określa zadanie lekarza, w sytuacji gdy brak jest przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe. Wówczas na przeprowadzenie wymaganych czynności medycznych jest potrzebne zezwolenie sądu opiekuńczego. Następnie ust. 6 artykułu 32 cytowanej ustawy, określa, że *jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego* [11]. W tym przypadku ostateczną zgodę podyktowaną tymi warunkami (przy sprzeciwie zainteresowanego w tym przypadku pacjenta geriatrycznego o ograniczonej podmiotowości) wyraża sąd opiekuńczy. Ustęp 7 artykułu 32 *Ustawy*, określa, że *jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda małoletnich, niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody, osób całkowicie ubezwłasnowolnionych może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym* [11]. Zapis ten określa, że zgoda wskazanych grup pacjentów, może być udzielona ustnie, bądź w sposób konkludentny (poprzez czynności dorozumiane, jak np. skinienie głową, czy podniesienia na znak aprobaty ręki). Zatem wskazany pacjent w sytuacji, gdy jest

jednak w stanie poprawnie interpretować proponowane czynności lecznicze może wyrazić zgodę w sposób do rozumiany. Dość wyraziście zadania sądu opiekuńczego są wyrażone w ust. 8 artykułu 32 Ustawy: *Jeżeli pacjent małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody – nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba, że co innego wynika z przepisów ustawy* [11]. Zatem ostateczna decyzja, co do leczenia pacjenta geriatrycznego o ograniczonej podmiotowości (bez pomocy prawnej czy faktycznej) jest scedowana na sąd opiekuńczy. Sąd na podstawie opisu przypadku i zapoznania się z dokumentacją medyczną pacjenta, (jeśli jest na to czas) udziela zgody (w trybie postanowienia) i, co najważniejsze – precyzuje ją, co stanowi jasny sygnał do podjęcia działań ze strony lekarza. Forma zgody udzielanej w następstwie powinna być pisemna. Podpis na formularzu świadomej zgody uprawnionego podmiotu, tj. przedstawiciela ustawowego (sąd wydając takie postanowienie ma sprecyzowaną formę dokumentu) jednoznacznie dokumentuje ten proces i, co jest istotne – stanowi dla lekarza zezwolenie na podjęcie ingerencji medycznej. Bezpośrednio do tej zasady nawiązuje artykuł 34. ust. 1. Ustawy, który określa, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody [11]. Ustęp 3 art. 34 Ustawy określa możliwą zgodę zastępczą w sytuacji braku przedstawiciela ustawowego lub, gdy nie jest możliwe porozumienie się z nim, jednak w sytuacji potrzeby zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko. Wówczas jak określono poprzednio wymaga jest zgoda w postaci zezwolenia sądu opiekuńczego. Także w przypadku określonym w ustępie 6, art. 34 Ustawy: *jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia – wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego* [11]. Jeśli w praktyce występuje sytuacja zwłoki w jej uzyskaniu (np. poprzez brak kontaktu z przedstawicielem ustawowym, bądź z sądem) – a podmiotowość pacjenta geriatrycznego wyklucza możliwość by on sam ją wyraził, jest zapis art. 34. ust. 7 Ustawy, który określa, że w sytuacji, *gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńcze-*

*go, groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia zwalnia lekarza z tego obowiązku* [11]. W takim przypadku, co należy podkreślić, lekarz ma obowiązek (o ile jest to możliwe i realnie wykonalne), *zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności* [11]. O podjętych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia: pacjenta (jeśli posiada zdolność rozumienia przekazywanych informacji), jego przedstawiciela ustawowego (jeśli jest ustanowiony), opiekuna faktycznego (jeśli jest obecny), lub sąd opiekuńczy, a także dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z opisem w dokumentacji medycznej [11].

### Przekazanie informacji wyszczególnionym podmiotom

Prawidłowy proces postępowania z pacjentem wymaga, poza odebraniem od niego zgody, a w analizowanym przypadku zgody zastępczej jeszcze jednego elementu, mianowicie przekazania zrozumiałej informacji na temat stanu zdrowia, rozpoznania, rokowań, itd. [17]. W przypadku pacjenta geriatrycznego o ograniczonej świadomości możliwość odbierania informacji przekazywanych przez lekarza może być ograniczona, bądź niemożliwa. W takim przypadku informacja zostaje przekazana przez lekarza: przedstawicielowi ustawowemu, osobie bliskiej, opiekunowi faktycznemu, bądź informuje się sąd. Po przekazaniu informacji, przedstawiciel ustawowy, opiekun faktyczny, bądź sąd opiekuńczy winien znać: cel zabiegu, sposób jego wykonania i zakres, jego ryzyko i rokowania co do sytuacji zdrowotnej pacjenta po zabiegu. Dlatego lekarz powinien mieć na względzie art. 31, ust. 1 Ustawy, zgodnie z którym *ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu* [11].

### Zakończenie

Przedstawione typy zgody wydawanej przez dany podmiot w zastępstwie pacjenta, którego stan zdrowia uniemożliwia podejmowanie decyzji medycznych są ustanowione prawnie. Opisane zasady określają obowiązek lekarza w kwestii odbierania zgody od przedstawiciela ustawowego, bądź występowanie o wyrażenie zgody do sądu rodzinnego. Jest to istotne i warte podkreślenia, iż obecny proces związany z wykonaniem

określonego świadczenia zdrowotnego (poza sytuacjami szczególnymi, gdzie nie jest wymagany ten obowiązek) musi być poprzedzony odebraniem zgody od pacjenta. W kontekście analizy znając specyfikę pacjenta geriatrycznego z ograniczoną podmiotowością – w wielu przypadkach zgody zastępczej. Obecnie leczenie bez zgody nie jest dopuszczalne, a w sytuacji gdy podmiotowość pacjenta nie pozwala na swobodne wyrażenie jego oświadczenia woli w kierunku zgody na leczenie – lekarz ma obowiązek odebrać ją od właściwych podmiotów. Są to podmioty, których obecność ma stanowić należyłą pieczę nad pacjentem geriatrycznym z ograni-

czoną możliwością wydawania oświadczeń woli, czyli w tym przypadku – świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W podsumowaniu należy stwierdzić, iż po wypełnieniu przez lekarza zasady odebrania zgody zastępczej od określonego podmiotu jak: przedstawiciel ustawowy, opiekun faktyczny (tylko na badania), sąd opiekuńczy – sytuacja prawna takiego pacjenta jest jasna, co może docelowo ułatwić wdrożenie odpowiednich procedur postępowania leczniczego.

#### **Konflikt interesów / Conflict of interest**

Brak/None

#### **Piśmiennictwo**

1. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. oprac. Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia pod kierownictwem Barbary Bień. *Gerontol Pol.* 2013;2(21):33-47.
2. Kumięga PB, Grata-Borkowska UT, Bujnowska-Fedak MM, Drobnik J. Całościowa ocena geriatryczna a opieka medyczna nad osobą w wieku podeszłym. *Puls uczelni.* 2016;10(2):44-8.
3. Blasimme A. Physical frailty, sarcopenia, and the enablement of autonomy: philosophical issues in geriatric medicine *Aging. Clin Exp Res.* 2017;29(1):59-63.
4. Joseph B, Orouji Jokar T, Hassan A i wsp. Redefining the association between old age and poor outcomes after trauma: The impact of frailty syndrome. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017;82(3):575-81.
5. Duffy LM, Wyble SJ, Wilson B i wsp. Obtaining geriatric patient consent. *J Gerontol Nurs.* 1989;15(1):21-4.
6. Desserud KF, Veen T, Søreide K. Emergency general surgery in the geriatric patient. *Br J Surg.* 2016;103(2):e52-61.
7. Bernstein J, LeBrun D, MacCourt D i wsp. Presumed consent: licenses and limits inferred from the case of geriatric hip fractures. *BMC Med Ethics.* 2017;18(1):17.
8. Sobów T. Praktyczna psychogeriatryka: rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym. Wrocław: Continuo; 2010.
9. Barcikowska M. O tępienie u osób w wieku podeszłym. [w:] Galus K. (red.): *Geriatryka – wybrane zagadnienia.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2007.
10. Patryn R. Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Prezentacja teorii i orzecznictwa. *Dermatol Prakt.* 2015;7(4):74-80.
11. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. (t.j. Dz.U. 2017 poz. 125).
12. Kodeks cywilny. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 380, 585).
13. Zagaja A, Patryn R. Medicolegal sidebar: Informed consent in the information age. *Clin Orthop Relat Res.* 2016;474(3):861.
14. Patryn R, Zagaja A. Biobanks and consent with a terminal clause. *Genetics Med.* 2016. <http://www.nature.com/gim/journal/vaop/ncurrent/pdf/gim201626a.pdf>.
15. Kodeks postępowania cywilnego. (t.j. Dz.U. z 2016 poz. 1822,1823,1860).
16. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2016 poz. 186).
17. Patryn R. Powinności etyczne i obowiązki prawne wykonywania zawodu lekarza. Postępowanie z pacjentem – cz. 1. *Neurol Prakt.* 2015;15(5):59-65.