



Katedra Bioetyki UNESCO  
Międzynarodowe Centrum Zdrowia, Prawa i Etyki

# Świadoma zgoda

Redaktor:  
Prof. AMNON CARMI

Tłumaczenie polskie:  
Prof. dr hab. Jerzy Błaszczuk  
Prof. dr hab. Krystyna Orzechowska-Juzwenko

**MedPharm** Polska

ŚWIADOMA ZGODA

AMNON CARMI

ISBN 978-83-60466-20-9



9 788360 466209 >

**Publikacja finansowana  
przez Komisję Bioetyczną  
przy Akademii Medycznej  
we Wrocławiu**



**Redaktor:** Amnon Carmi (Izrael)

**Koordynator:** H. Wax (Izrael)

**Komitet kierujący:**

A. Carmi (przewodniczący)  
M. Cotler (USA)  
S. Fluss (Anglia)  
G.B. Kutukdjian (Francja)  
A. Okasha (Egipt)  
N. Sartorius (Szwajcaria)

**Komitet naukowy:**

J. Arboleda-Florez (Kanada)  
J. Kegley (USA)  
T. Le Blang (USA)  
A. Piga (Hiszpania)

**Autorzy opisów przypadków:**

S.C. Ahuja (Indie)  
A.T. Alora (Filipiny)  
B. Arda (Turcja)  
K. Avasthi (Indie)  
J.M. Bengo (Malawi)  
N. Biller-Andorno (Niemcy)  
J. Błaszczuk (Polska)  
B. Dickens (Kanada)  
Y. Dousset (Francja)  
G. Ermolaeva (Rosja)  
N. Ersoy (Turcja)  
T.W. Faict (Francja)  
M.S. Fais (Indie Zachodnie)  
S.A. Kayuni (Malawi)  
R. Letonturier (Francja)  
M. Ljochkova (Bułgaria)  
F. Masedu (Włochy)  
R. Mlotha (Malawi)

U. Modan (Indonezja)  
S. Neel (Francja)  
B. van Oorschot (Niemcy)  
F. di Oro (Włochy)  
R.D. Orr (USA)  
K. Orzechowska-Juzwenko (Polska)  
W.P. Pienaar (Holandia)  
J. Ramesh (Indie Zachodnie)  
R. Rudnick (Izrael)  
S. Sidorowicz (Polska)  
R. Stefanov (Bułgaria)  
A. Stija (Indie)  
Y. Takeuchi (Japonia)  
M. Teshome (Etiopia)  
J. Vinas (Hiszpania)  
E.R. Walrond (Indie Zachodnie)  
F.A. Woo (Filipiny)

**Dodatkowi recenzenci:**

R. Beran (Australia)  
J. Błaszczuk (Polska)  
M. Guerrier (Francja)

S. Kietinun (Tajlandia)  
K. Meng (Korea)  
I.A. Shamov (Rosja)



Katedra Bioetyki UNESCO  
Międzynarodowe Centrum Zdrowia, Prawa i Etyki

# Świadoma zgoda

Redaktor:  
Prof. AMNON CARMI

Tłumaczenie polskie:  
Prof. dr hab. Jerzy Błaszczuk  
Prof. dr hab. Krystyna Orzechowska-Juzwenko

**MedPharm** Polska

Wrocław 2007

Tytuł wydania oryginalnego: *Informed Consent*

ISBN 965-7077-22-2

All rights reserved © 2003

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying recording or otherwise, without the prior permission of UNESCO Chair

COPYRIGHT © UNESCO Chair

UNESCO Chair Office:  
UNESCO Chair in Bioethics  
P.O.Box 6451, Haifa 31063, Israel  
e-mail: [acarmi@research.haifa.ac.il](mailto:acarmi@research.haifa.ac.il)  
tel.: +972 4 828 8195

Katedra Bioetyki UNESCO  
Międzynarodowe Centrum Zdrowia, Prawa i Etyki  
Haifa, Izrael

Redakcja naukowa:  
Prof. Amnon Carmi

Tłumaczenie na język polski:  
Prof. dr hab. Jerzy Błaszczuk  
Prof. dr hab. Krystyna Orzechowska-Juzwenko

Redakcja językowa:  
Stanisława Trela

ISBN 978-83-60466-20-9

Książka w polskiej wersji językowej wydana przez Medpharm Polska Sp z o.o.,  
przeznaczona do bezpłatnej dystrybucji

Przygotowanie do druku  
Pracownia Składu Komputerowego TYPO-GRAF

Druk i oprawa  
Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

# Przedmowa do wydania polskiego

Książka jest przeznaczona dla lekarzy, studentów medycyny, prawników zajmujących się problemami medycznymi oraz dla wszystkich osób zainteresowanych toczącą się obecnie w świecie dyskusją na temat ważnych problemów etycznych związanych z opieką nad chorym.

W znowelizowanym Polskim Kodeksie Etyki Lekarskiej z 2004 roku jest mowa o tym, że nawet „mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania najwyższego nakazu etycznego, jakim jest działanie na rzecz dobra chorego”.

Mamy nadzieję, że treść książki przyczyni się do zwiększenia świadomości wagi refleksji etycznej w postępowaniu zmierzającym do ochrony największego dobra człowieka – jego życia i zdrowia.

Prof. dr hab. Jerzy Błaszczuk  
Prof. dr hab. Krystyna Orzechowska-Juzwenko



# Świadoma zgoda – studium przypadków

## Wstęp

Ciągle rosnące możliwości współczesnej medycyny oraz złożone, socjologiczne uwarunkowania jej uprawiania stawiają nowe etyczne pytania dotyczące rozstrzygnięcia tego, co jest właściwe w zachowaniu się lekarzy i pacjentów jako jednostek i jako członków społeczności.

Olbrzymie postępy medycznej technologii, wysokie koszty opieki zdrowotnej, szczupłość zasobów, wzrost społecznych oczekiwań oraz wymagań, a także zmiany wyznawanych wartości wymagają poważnych rozważań na temat przyszłości systemu opieki zdrowotnej oraz ponownego przemyślenia niektórych starych etycznych zasad, a może raczej oceny adekwatności ich zastosowania w nowych warunkach.

Pomijając polityczne uwarunkowania, konieczne jest zrozumienie podstaw podejmowania medycznych decyzji oraz zasad, którymi kierują się dzisiaj podejmujący te decyzje. Odpowiedzialnością każdego z nas powinno być zrozumienie, że w tym procesie występują konflikty oraz sprzeczności różnych postaw i zasad.

★

Podstawowe prawa jednostki są oparte na założeniu, że każdy człowiek ma prawo do poszanowania nienaruszalności jego życia, urodził się i zawsze pozostaje wolny. Szacunek dla wartości i pragnień jednostki jest obowiązkiem, który staje się jeszcze ważniejszy, kiedy człowiek jest zależny od otoczenia. Ponieważ autonomia i odpowiedzialność każdej osoby jest uważana za podstawową wartość, to samo dotyczy oczywiście osób wymagających opieki zdrowotnej. Z tego powodu pełne



uczestnictwo pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących jego ciała i zdrowia musi być uznane za jego podstawowe prawo.

Etyczne problemy związane z potrzebą uzyskania świadomej zgody pacjenta są tak różnorodne, że wydaje się właściwe poświęcić im pierwszego z serii podręczników służących do nauczania etyki. Jego zadaniem jest oswojenie studentów medycyny z przypadkami, w których po wstępnym rozpoznaniu zdrowotnego problemu pacjenta konieczne i równie ważne jest podjęcie zarówno decyzji medycznej, jak i etycznej. Przygotuje to studentów do samodzielnego podejmowania takich decyzji, kiedy przyjmą osobistą odpowiedzialność za wykonywanie zawodu lekarza. „Świadoma zgoda” to pierwszy z serii podręczników do ćwiczeń z etyki. Każdy z nich będzie omawiał problemy etyczne, z którymi spotykają się lekarze uprawiający różne dziedziny medycyny oraz specjalizujący się eksperci przedstawiający swoje doniesienia.

★

Kończąc, mam przyjemność, a także obowiązek, wyrazić wdzięczność dla wielu osób wspierających Wydział Bioetyki UNESCO. Ich nazwiska i funkcje są wymienione na początku niniejszej publikacji. Liczba krajów, z których pochodzą, oraz fachowość wyróżniająca ich wkład w tę publikację, na pewno przyczyniły się do poważnej międzynarodowej wartości podręcznika i mam nadzieję, że treść w nim zawarta będzie się cieszyć również dużą popularnością.

A. Carmi

## Opis przypadku 1

72-letni rolnik, mający troje dzieci, choruje na raka jelita grubego. Opisuje swoje dolegliwości jako uczucie ciężaru w jamie brzusznej, nie wie jednak, jaki rodzaj zabiegu będzie zastosowany.

Dzień po zabiegu, lekarz dyżurny podczas rutynowej wizyty zmienia pacjentowi opatrunek. Pacjent spodziewa się zobaczyć szwy na zeszytej ranie i jest przestraszony widocznym otworem przetoki jelitowej. Pyta lekarza o „otwór w swoim brzuchu”. Chirurg z powagą tłumaczy: „Koniec jelita po operacji został przszyty do powłok. Będzie Pan teraz oddawał stolec poprzez ten otwór do worka, który umieścę nad tym otworem”.

Zaskoczony i rozzłoszczony odpowiedzią pacjent pyta: „Kogo się Pan pytał przed zrobieniem tej dziury?” Lekarz odpowiada, że przed operacją poinformowano o wszystkim jego syna. Pacjent w złości krzyczy: „A kto miał być operowany i mieć tę dziurę? Ja czy mój syn? Jak śmieliście operować mnie bez pytania o moje zdanie? Złożę skargę na Was wszystkich!” Lekarz nieprzygotowany na taką reakcję powoli tłumaczy przyczyny założenia sztucznego odbytu i opisuje chorobę pacjenta jako „poważną”. Po tych wyjaśnieniach pacjent mówi: „Gdyby mi Pan powiedział to wcześniej, nie krzyczałbym na Pana. Nie jestem taki głupi. Zrozumiałbym to”.

Prof. Dr Nermin Ersoy  
Turcja

Postępowanie medyczne stało się współdziałaniem lekarza i pacjenta. Decyzja o sposobie leczenia może być podjęta tylko we wspólnym porozumieniu leczonego i leczącego. Musi ich łączyć obustronne zaufanie. Ta zasada opiera się na akceptacji autonomii, która określa, że każdy bierze odpowiedzialność nie tylko za swoje postępowanie, lecz również za swoje ciało. Tak więc każda decyzja dotycząca wyboru sposobu leczenia jest decyzją pacjenta, lekarz jest tylko doradcą.

Celem zasady świadomej zgody jest danie pacjentowi możliwości rozważenia i oceny spodziewanych korzyści i wad proponowanego leczenia. Umożliwia to choremu podjęcie racjonalnej decyzji co do wyrażenia bądź odmowy zgody na leczenie. Prawidłowe stosowanie tej zasady zapobiega lub zmniejsza możliwość błędów, zaniedbań, wymuszeń i oszukiwania oraz zwiększa u lekarza świadomość ograniczeń i krytycyzm. Głównym celem jednak jest potwierdzenie autonomii pacjenta, jego prawa do samookreślenia, a także ochrona jego poczucia jako samodzielnej i niezależnej istoty ludzkiej.

## **Opis przypadku 2**

Pan N., 46-letni mężczyzna, ojciec dwojga dzieci. Pozostawał pod kontrolą onkologa przez trzy lata z powodu gruczolaka gruczołu krokowego. W czasie obserwacji guz stał się złośliwy. W konsekwencji Pan N. został przyjęty do szpitala w celu wykonania prostatektomii. Przed zabiegiem został poinformowany o stanie zdrowia i planowanym zabiegu. Uzyskano świadomą zgodę.

W trakcie zabiegu stwierdzono nasieniaka. Chirurg wykonał prostatektomię oraz wycięcie jądra. Po zabiegu pacjent złożył pozew przeciwko lekarzowi, oskarżając go o przekroczenie uzgodnionego zakresu zabiegu i upośledzenie jego praw do posiadania potomstwa.

Prof. Gallina Ermolaeva  
Rosja

### **Czy została w tym przypadku zachowana zasada uzyskania świadomej zgody?**

1. Tak. Uzyskano świadomą zgodę, ponieważ nie było podstaw, aby spodziewać się nasieniaka. Kiedy został on rozpoznany poszerzenie zakresu operacji było właściwe.
2. Nie. Nie została zachowana zasada uzyskania świadomej zgody, gdyż prawo do posiadania potomstwa należy do podstawowych praw człowieka i chirurg powinien był odłożyć drugą część operacji do czasu uzyskania świadomej zgody chorego. Sytuacja nie była aż tak nagląca, a chirurgiczny dostęp do nasieniaka jest łatwy.

## **Co określamy jako „świadomą zgodę”?**

Aby być w zgodzie z prawem, zgoda pacjenta musi być świadoma. Świadoma zgoda zakłada pełną zdolność rozumienia faktów oraz informacji dotyczących stanu zdrowia, wolną wolę, osobistą refleksję dotyczącą celu i powikłań leczenia.

Opinia i wybór nie może być ostateczny i świadomy, jeśli nie jest oparty na wiedzy. Zgoda nie będzie ważna, gdy nie jest oparta na wolnej woli.

Pacjent powinien być w stanie zrozumieć znaczenie informacji, korzyści i zagrożenia, wyciągnąć racjonalne wnioski z dostępnych informacji, ocenić sytuację i na podstawie pełnej oceny podjąć przemyślaną decyzję. W związku z tym informacja powinna być przedstawiona choremu z uwzględnieniem jego możliwości zrozumienia i w formie ułatwiającej pełne zrozumienie jej znaczenia.

Różnorodne czynniki mogą zmniejszyć zdolność pacjenta do zrozumienia, oceny i podjęcia decyzji, ograniczając jego zdolność do wyrażenia świadomej zgody. Choroba może zaburzyć normalne umysłowe zdolności pacjenta i ograniczyć jego możliwości do odpowiedzialnego działania.

★

Świadoma zgoda jest ważna tylko w odniesieniu do konkretnego proponowanego leczenia.

Pacjent nie musi rozumieć więcej z dostarczonych informacji niż to jest konieczne dla zrozumienia natury i charakteru decyzji, którą ma podjąć.

## Opis przypadku 3

17-letnia dziewczyna uciekła z domu ze swoim chłopcem jakiś czas temu i została właśnie odnaleziona. Chłopca zatrzymano w areszcie. Rodzina dziewczyny jest zdecydowanie przeciwna małżeństwu. Dziewczyna boi się, że jej starszy brat może zabić chłopaka, jeśli dowie się, że nie jest ona już dziewicą. Policjant, który przyszedł do lekarza badającego dziewczynę, rozmawia z nim przed badaniem na osobności. Powiadamia lekarza, że dziewczyna nie wie, iż jej chłopak jest żonaty. Lekarz rozmawiając z dziewczyną informuje ją, że ze względu na to, iż nie ma jeszcze ukończonych 18 lat, jej rodzina ma prawo domagać się badania ginekologicznego (testu dziewictwa), ale jak podkreśla lekarz, nie można wykonać takiego badania bez jej zgody. Na koniec dodaje, że bez badania nie może wystawić zaświadczenia o stanie zdrowia.

Dr Berna Arda  
Turcja

### **Czy lekarz powinien powiedzieć dziewczynie, że jej chłopak jest żonaty?**

1. Lekarz nie powinien informować dziewczyny, że jej chłopak jest żonaty, ponieważ ta informacja nie ma znaczenia medycznego, a jej ujawnienie narusza prawo chłopaka do zachowania prywatności.
2. Lekarz powinien powiedzieć dziewczynie, gdyż dotyczy to zaufania między lekarzem a dziewczyną, a także dlatego, że chłopak jest nieuczciwy wobec dziewczyny.

## **Informacje, jakie powinny być przekazane pacjentowi**

Zasada świadomej zgody wymaga, żeby lekarz przekazał pacjentowi każdą informację, jaka jest istotna, co pozwoli pacjentowi podjąć opartą na wiedzy i przemyślaną decyzję dotyczącą postępowania medycznego i właściwego leczenia.

W celu uzyskania decyzji pacjenta odnośnie do wyrażenia świadomej zgody leczący powinien dostarczyć pacjentowi niezbędne informacje medyczne.

# **Rozpoznanie i prognoza dotycząca stanu zdrowia pacjenta**

## **Opis przypadku 4**

A.B., 39-letnia kobieta, jest popularną krawcową, szczęśliwie zamężną od 12 lat. Przeżywa jednak niepokój i jest zestresowana, ponieważ nie udaje się jej zająć w ciąży. Przeszła nieskuteczne ciężkie i kosztowne leczenie niepłodności. Przyczyną niepowodzenia była prawdopodobnie endometrioza, która jest również przyczyną nasilających się bólów miednicy. Ostatecznie zaakceptowała radę swego lekarza, że nigdy nie będzie miała dzieci i powinna poddać się wycięciu macicy, aby usunąć dolegliwości bólowe oraz krwawienia związane z endometriozą. Pozwoli to jej cieszyć się życiem z niewielkimi ograniczeniami.

Została przekazana pod opiekę miejscowego ginekologa i skierowana do szpitala w celu wykonania zabiegu wycięcia macicy. Ginekolog zlecił młodszemu lekarzowi, stażystce, wykonanie badań przedoperacyjnych i uzyskanie zgody na zabieg. Stażysta po przeczytaniu historii choroby pacjentki, rozpoznał u niej ciężką depresję oraz zauważył brak testu ciążowego. Podczas badania potwierdził zaawansowaną endometriozę, ale stwierdził powiększenie macicy. Zapytał ginekologa, czy nie ma wskazań do wykonania testu ciążowego. Ginekolog odpowiedział, że nie ma podejrzania o ciążę, a wykonanie testu nie jest w najlepiej rozumianym interesie Pani A.B. Płód może być poważnie uszkodzony ze względu na stan ogólny lub wiek pacjentki i obie sytuacje: upośledzone dziecko lub aborcja pogorszy depresję Pani A.B. Na zakończenie zlecił uzyskanie zgody na wycięcie macicy.

Prof. Bernard Dickens  
Kanada



## **Jakie informacje powinien ujawnić pacjentce A.B. stażysta?**

1. Nie powinien ujawniać dodatkowych informacji, ponieważ dostał jasne wskazówki od ginekologa, a Pani A.B. wcześniej wyraziła zgodę na usunięcie macicy. Ponadto taka informacja nie byłaby w najlepiej pojętym interesie pacjentki.

2. Powinien ujawnić Pani A.B., że jej macica jest powiększona i że może ona być w ciąży. Powinien zalecić wykonanie testu ciążowego przed wykonaniem operacji. Nie powinien postąpić według zlecenia ginekologa.

Zobowiązanie do przekazania istotnych informacji (ważnych) dla podjęcia świadomej zgody ma wyższą rangę niż zobowiązanie do postępowania zgodnie ze zleceniem ginekologa.

★

Opis charakteru, przebiegu, wskazań i spodziewanych korzyści oraz następstw proponowanego leczenia.

★

Ryzyko związane z proponowanym leczeniem z uwzględnieniem ubocznych efektów, dolegliwości bólowych oraz niedo-  
godności.

## Opis przypadku 5

C.S., nauczycielka, amatorsko śpiewająca jako solistka chóru, zgłosiła się do laryngologa z powodu wieloguzkowego wola obojętnego, które ostatnio się powiększyło. Pięć lat temu doradzono jej operację, ale nie wyraziła na nią zgody. Dopiero kiedy lekarz zasugerował możliwość rozwoju nowotworu, zgłosiła się do szpitala. Została przyjęta w celu wykonania usunięcia tarczycy. Przy przyjęciu zbadał ją laryngolog, a następnie chirurg.

Podczas zabiegu w asyście laryngologa wykonano subtotalne wycięcie tarczycy. Bezpośrednio po zabiegu pojawiły się trudności w oddychaniu i pacjentka została ponownie zaintubowana.

Dzień później laryngolog wykonał tracheotomię. W 6. dobie po zabiegu pacjentkę rozintubowano, a następnego dnia wypisano ze szpitala. W kontrolnym badaniu laryngolog opisał: „leniwe ruchy obu strun głosowych”. 15 miesięcy później podczas badania przez innego lekarza rozpoznano skurcz oskrzeli. Po dwóch dniach pacjentka zgłosiła się ponownie do lekarza z powodu świszczącego oddechu. Lekarz rozpoznał stridor, a w trakcie telefonicznej konsultacji z kolejnym laryngologiem uzyskał jego opinię, że przyczyną dolegliwości jest uszkodzenie nn. *recurrens* podczas przebytej operacji. Laryngolog ten bada pacjentkę miesiąc później i rozpoznaje: „struny głosowe ustawione w linii środkowej z bardzo małym prześwitem umożliwiającym przejście powietrza”. Zalecono operacyjne rozdzielanie strun głosowych, ale operacja nie przyniosła poprawy stanu pacjentki.

Prof. E.R. Walrond  
J. Ramesh, M.S. Fais  
Indie Zachodnie

## **Czy zachowano zasadę uzyskania świadomej zgody?**

1. Nie. Lekarz powinien poinformować pacjentkę o ryzyku uszkodzenia strun głosowych i pozwolić jej podjąć decyzję po zapoznaniu z tym ryzykiem.
2. Tak. Zasada świadomej zgody nie została naruszona. To był ze względu na zagrożenie nowotworem stan naglący, a lekarz działał w najlepiej rozumianym interesie chorego.

## Opis przypadku 6

Ch.B., 55-letnia mężatka, pielęgniarka, ma jednego adoptowanego syna. W dzieciństwie chorowała na gorączkę reumatyczną powikłaną zapaleniem wsierdza. Następstwem jest stenoza zastawki dwudzielnej oraz powstała na tym tle niewydolność aortalna. 8 lat temu była z tego powodu z powodzeniem operowana. Od czasu operacji przyjmuje leki przeciwzakrzepowe. W tym czasie, około 3 lata temu, rozpoznano u niej zimny guzek w tarczycy. Kilka miesięcy temu pojawiły się i stopniowo narastały objawy ucisku na otoczenie (dysfagia, spastyczny kaszel). Lekarz rodzinny skierował pacjentkę na konsultacje do endokrynologa i kardiologa. Na podstawie całości obrazu klinicznego ustalono, że przyczyną podawanych dolegliwości jest powiększona tarczyca. Podczas konsultacji w szpitalu wstępna propozycja operacji została odrzucona przez lekarzy, ze względu na małe ryzyko obecności nowotworu (5%) oraz związane z terapią przeciwzakrzepową zagrożenie krwawieniem w czasie operacji. Wątpliwości te zostały przedstawione pacjentce, ale chora stanowczo i z dużą nadzieją nalegała na jak najszybsze przeprowadzenie operacji.

Prof. Dr Mariana Ljochkova, M.D., Ph.D.

Dr Rumen Stefanov, M.D.

Bułgaria

## **Jakie powinno być podejście lekarzy do tego przypadku?**

1. Lekarze powinni pozwolić ocenić ryzyko pacjentce i po uzyskaniu świadomej zgody przystąpić do leczenia operacyjnego.
2. Lekarze powinni odmówić wykonania zabiegu, ponieważ jego przeprowadzenie narusza ustalone kliniczne standardy opieki medycznej.
3. Lekarze powinni przekazać pacjentkę pod opiekę innego chirurga.

## Opis przypadku 7

R.B., 25-letnia kobieta, gospodyni domowa, w drugiej ciąży, zameżna od 3 lat, zgłosiła się do badania prenatalnego 6 tygodni po zapłodnieniu.

Pierwsze dziecko, chłopiec, urodziło się z wrodzoną wadą serca. Dziecko zmarło w 6 tygodniu życia. Pacjentka jest bardzo zaniepokojona rozwojem płodu i w trakcie ciąży wykonywała wiele badań, których wyniki były prawidłowe. Pierwszy trymestr ciąży przebiegł bez zakłóceń. Od czasu pierwszej wizyty pacjentka przyjmuje 5 mg kwasu foliowego dziennie. W drugim trymestrze w 16 tygodniu wykonano badanie ultrasonograficzne, nie stwierdzając żadnych zaburzeń. Wszystkie badania kontrolne do 35 tygodnia ciąży były prawidłowe. W tym okresie wykonano ultrasonografię i wykryto utajony rozszczep kręgosłupa.

Utajony rozszczep kręgosłupa może w niektórych przypadkach powodować problemy z oddawaniem moczu lub upośledzać unerwienie kończyn dolnych. W dzisiejszych czasach możliwe jest leczenie neurologiczne lub chirurgiczne tych zaburzeń.

Dr S.C. Ahuja

Dr (Mrs.) Kumkum Avasthi

Indie

## **Jaki powinien być zakres informacji udostępnionych pacjentce i jej mężowi?**

1. Pacjentka i jej mąż powinni być poinformowani o ewentualnych zaburzeniach związanych z rozszczepem kręgosłupa i ich konsekwencji dla dziecka.
2. Mąż powinien być w pełni uświadomiony o zaburzeniach związanych z rozszczepem kręgosłupa i ich konsekwencjach dla dziecka. Od decyzji męża będzie zależał zakres informacji udostępnionych żonie.

## **Perspektywy i zagrożenia związane z alternatywnym postępowaniem leczniczym lub całkowitym powstrzymaniem się od leczenia**

### **Proponowane leczenie może być postępowaniem eksperymentalnym**

W typowej sytuacji klinicznej lekarz musi dostarczać pacjentowi coraz dokładniejszych informacji. Jednocześnie lekarz musi starać się utrzymać delikatną równowagę między zasypaniem pacjenta nadmiarem informacji, zmniejszając w ten sposób jego zdolność do racjonalnej oceny sytuacji, a ograniczeniem ilości informacji.

# **Brak ważnej świadomej zgody: Leczyć czy nie leczyć – oto jest pytanie**

## **Opis przypadku 8**

Pani X., 30-letnia kobieta, mężatka od 10 lat, nigdy nie rodziła, niezdolna do zajścia w ciążę. W wywiadzie podaje nadmierne, bolesne krwawienie miesięczne, zaburzenia miesiączkowania oraz bolesność podczas stosunku płciowego od około 2 lat. Badanie ginekologiczne wykazało tkliwą i powiększoną macicę o wielkości odpowiadającej 10-tygodniowej ciąży. Ultrasonografia wykazała 3 śródścienne włókniaki, każdy wielkości  $2 \times 3$  cm. Badanie nasienia jej męża nie wykazało zaburzeń.

Pacjentce zaproponowano operacyjne usunięcie mięśniaków po uprzedniej kuracji antybiotykiem. Przed operacją poinformowano małżonków o tym, że w rzadkich przypadkach ciężkie śródoperacyjne krwawienie może wymagać wycięcia macicy. Małżonkowie odmówili wyrażenia zgody na usunięcie macicy, ponieważ bardzo im zależało na możliwości zajścia pacjentki w ciążę. Z powodu małych rozmiarów zmian, nie spodziewano się problemów i nie nalegano na uzyskanie zgody na usunięcie macicy.

W trakcie operacji, wykonywanej w znieczuleniu ogólnym, stwierdzono, że nie są to włókniaki, lecz gruczolakomięśniaki. Nie można było bezpiecznie usunąć śródściennych zmian. Ze względu na znieczulenie ogólne nie można było uzyskać zgody pacjentki.

Lekarz skontaktował się z mężem pacjentki, aby go poinformować o sytuacji. Lekarz stwierdził, że wskazane jest usunięcie macicy i poprosił męża o wyrażenie zgody na ten zabieg. Mąż się zgodził.

Dr (Mrs.) Alka Stija  
Indie



## **Czy lekarz powinien wykonać operację?**

1. Nie, ponieważ musi respektować autonomię i prawo do samostanowienia pacjentki. Zgoda męża nie ma wartości.
2. Tak, ponieważ mąż ma prawo wyrazić zgodę na operację, którą lekarz uznał za uzasadnioną medycznie.

## Opis przypadku 9

38-letni pracownik budowlany został przyjęty do szpitala po trzech tygodniach pogarszającej się, mimo leczenia, infekcji dróg oddechowych. Rozpoznano ciężkie zapalenie płuc i po 48 godzinach został przekazany na oddział intensywnej terapii z powodu niewydolności oddechowej. Mimo leczenia dużymi dawkami antybiotyków, oddechem wspomaganym po kolejnych trzech tygodniach leczenia jego stan się pogorszył, rozwinęła się niewydolność wielonarządowa. Kiedy poinformowano jego żonę, iż istnieje niebezpieczeństwo, że mąż umrze, poprosiła ona o pobranie od męża nasienia, aby mogła mieć z nim dziecko.

Opowiedziała, że mimo 14-letniego okresu małżeństwa nie udało im się doprowadzić do zapłodnienia i ciąży. Po długotrwałych wątpliwościach, kilka miesięcy temu mąż zgodził się pójść do specjalisty zajmującego się leczeniem niepłodności. Po przeprowadzeniu badań nie wykazano zaburzeń i małżonkowie zgodzili się rozpocząć pierwszy cykl zapłodnienia pozaustrojowego, ale niestety nie mogli tego zrobić z powodu choroby męża.

Kobieta domaga się pobrania nasienia, ponieważ jest przekonana, że mąż bardzo chciałby mieć dziecko. Jest on jedynym synem w swojej rodzinie i bardzo chciał przekazać swoje nazwisko następnemu pokoleniu. Siostra chorego, towarzysząca żonie, potwierdziła wszystkie podane przez żonę fakty.

Robert D. Orr  
USA

## **Czy jej prośba powinna być spełniona?**

1. Nie, ponieważ mąż nie wyraził świadomej zgody na przeprowadzenie tego zabiegu.
2. Tak, ponieważ mąż wcześniej wyraził świadomą zgodę na taki zabieg, przygotowując się do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego.
3. Tak, ale tylko po przeprowadzeniu postępowania prawnego, oceniającego najlepszy interes dziecka, którego poczęcie jest planowane, czystość intencji kobiety oraz rozważenie pod każdym względem celu i znaczenia rodzicielstwa.

## Opis przypadku 10

J.B., 52-letni żonaty mężczyzna, ma dwóch synów w wieku 12 i 14 lat. Choruje na niewyrównane nadciśnienie oraz przewlekłą niewydolność oddechową, a 9 tygodni temu przeszedł zawał mięśnia sercowego. Założono stenty naczyniowe do dwóch tętnic wieńcowych. Od tego czasu przyjmuje raz dziennie małe dawki aspiryny. Tydzień temu został przyjęty do szpitala z ostrym zatorem lewej tętnicy udowej. Przy przyjęciu odmówił zgody na proponowane leczenie operacyjne. Zastosowano więc terapię heparyną, streptokinazą oraz lekami rozszerzającymi naczynia. Leczenie nie było skuteczne i doszło do rozwoju martwicy lewego podudzia. Konsultując, chirurg zalecił wykonanie amputacji podudzia. Pacjent odmówił zgody na ten zabieg, mimo poinformowania go, że grozi mu utrata życia. Żona prosi lekarzy, aby przeprowadzili operację mimo braku zgody męża.

Prof. Jerzy Błaszczuk

Prof. Krystyna Orzechowska-Juzwenko

Polska

## **Jak powinien zareagować chirurg?**

1. Chirurg powinien poinformować żonę, że pacjent jest świadomy i ma prawo odmówić zgody na leczenie, nawet jeżeli odmowa może doprowadzić do jego śmierci.
2. Chirurg powinien poinformować żonę, że odmowa zgody na leczenie wyrażona przez męża doprowadzi do jego śmierci. Taka decyzja dowodzi, że mąż ma zaburzoną świadomość. W związku z tym chirurg ma zamiar wykonać amputację mimo braku zgody chorego.
3. Chirurg informuje żonę, że ma zamiar wykonać amputację mimo braku zgody męża, ponieważ uważa, że leży ona w najlepszym interesie chorego.
4. Chirurg ma zamiar zwrócić się do sądu z prośbą o wydanie orzeczenia podważającego decyzję chorego.

## Opis przypadku 11

E.D., 69-letnia emerytowana dyrektor banku, cierpi od 18 lat na niewyrównaną cukrzycę. W ciągu ostatnich 6 miesięcy dwa razy w tygodniu ma wykonywaną hemodializę z powodu krańcowej niewydolności nerek. Trzy dni temu została przyjęta do szpitala z powodu zakażenia niegojącej się rany kikuta po amputacji lewej stopy. Dwa dni później rozwinęła się zgorzel. Po konsylium złożonym z diabetologa, specjalisty chorób zakaźnych, chirurga oraz członków rodziny podjęto decyzję o amputacji. Najstarszy syn, lekarz, zgodził się na amputację, ale oświadczył, że nie wolno o tym powiedzieć chorej. Pacjentce należy powiedzieć tylko, że „rana zostanie chirurgicznie oczyszczona”. W zeszłym roku, gdy miała być wykonana amputacja stopy, Pani E.D. odmówiła wyrażenia zgody. Mimo tego zabieg przeprowadzono i po kilkudniowej złości, wydaje się, że pacjentka zrozumiała potrzebę zabiegu i dłużej nie miała do nikogo pretensji. Syn przewiduje taką samą reakcję i uważa, że poinformowanie matki tylko zwiększy jej stres. Mąż pacjentki i pozostałe dzieci zgodziły się na ten plan.

Angeles Tan Alora, MD  
Filipiny

### **Czy chirurg powinien postąpić zgodnie z żądaniem syna i operować Panią E.D. bez uzyskania jej zgody?**

1. Chirurg nie powinien operować pacjentki bez jej zgody, ponieważ świadoma zgoda jest podstawowym, etycznym i prawnym prawem pacjenta.
2. Chirurg powinien operować bez zgody, ponieważ próba jej uzyskania może doprowadzić do odmowy i w konsekwencji do zgonu chorej. Dodatkowo pacjentka jest zadowolona z wcześniejszej decyzji o amputacji i jej następstw, co można interpretować jako zgodę domyślną.

## Opis przypadku 12

Jesteś lekarzem sądowym na dyżurze. Policjant przywozi podejrzanego o gwałt mężczyznę; nie ma żadnych świadków ani innych dowodów jego winy, ale policja poinformowała Cię, że na ciele ofiary zaleziono ślady mogące służyć do identyfikacji winnego.

W poczekalni przed badaniem podejrzany wypił szklanę wody i wypalił kilka papierosów.

Informujesz podejrzanego o badaniu; chcesz pobrać bezboleśnie próbki komórek z jego jamy ustnej oraz krew, aby dokonać genetycznej identyfikacji w celu porównania ze śladami z ciała ofiary.

Podejrzany odmawia poddania się badaniu i odjeżdża z policjantem. Po kilku minutach policjant wraca i przynosi szklanę oraz niedopałki, spodziewając się, że wykonasz badanie genetyczne śladów pozostawionych na tych przedmiotach.

Thierry W. Faict, Yves Dousset,  
Roger Letonturier, Stephanie Neel  
Francja

### **Czy wykonasz badanie genetyczne tych przedmiotów?**

1. Tak. Taki test jest nieodłączną częścią mojej pracy.
2. Tak. Jestem zatrudniony jako urzędnik, a podejrzany nie jest moim pacjentem i nie mam wobec niego zobowiązań lekarskich.
3. Nie. Jak tylko poinformowałeś podejrzanego o teście, powstał między Wami związek oparty na zaufaniu zawodowym, a Ty powinieneś uszanować jego odmowę.

## **Przywilej terapeutyczny**

Można nie poinformować pacjenta tylko w wyjątkowych sytuacjach, kiedy istnieje uzasadnione podejrzenie, że ujawnienie niektórych informacji może doprowadzić do zagrożenia życia chorego lub pogorszyć jego stan psychiczny lub umysłowy.

### **Opis przypadku 13**

S.R. jest 28-letnim absolwentem oraz pracownikiem naukowym prestiżowego uniwersytetu katolickiego, który porzucił szkołę w celu całkowitego poświęcenia się pracy wśród najbardziej potrzebujących. W swoim nowym zajęciu przez jakiś czas nosił ciężkie worki z ryżem. Na skutek tego pojawiły się bóle okolicy lędźwiowej o średnim i dużym nasileniu. Stosowane leki oraz odpoczynek nie przynosiły ustąpienia dolegliwości. Konsultujący ortopeda stwierdził wypadający dysk i zalecił leczenie operacyjne oraz poinformował S.R., że operacja niesie z sobą ryzyko trwałego kalectwa. S.R. nie był zadowolony, postanowił porzucić myśl o zabiegu i udał się do kręgarza. Takie postępowanie nie przyniosło poprawy. S.R. zgłosił się do innego ortopedy, który poinformował go, że w przypadku doświadczonego chirurga ryzyko zabiegu jest niewielkie. Ortopeda nalegał, aby S.R. zadawał wszystkie pytania, jakie mu przyjdą do głowy. Jednakże S.R. nie zapytał o ryzyko trwałego kalectwa. Ponieważ było jasne, że S.R. jest znerwicowanym pacjentem, ortopeda zatrzymał dla siebie informację o możliwym kalectwie. Nie podał żadnych szczegółów opisujących ewentualne zagrożenia.

Dr Francisco A. Woo  
Filipiny



## **Czy drugi ortopeda postąpił właściwie?**

1. Nie, ponieważ chirurg ma obowiązek ujawnić główne zagrożenia zabiegu.
2. Tak, ponieważ chirurg ma prawo ocenić stan umysłu pacjenta, podejmując decyzję, ile informacji może mu udostępnić.
3. Tak, ponieważ pacjent nie zadał żadnych szczegółowych pytań o charakter zagrożenia związanego z zabiegiem.

Jednym z najtrudniejszych socjologicznych, moralnych i medycznych dylematów jest odpowiednie podejście do pacjenta cierpiącego na nieuleczalną chorobę. Należy uwzględnić równowagę między prawem pacjenta do informacji o powadze choroby a prawem do nieświadomości, kiedy świadomość zagrożenia może spowodować ciężkie uczucie bezradności i załamanie, a aktywna postawa dotycząca zachowań zmierzających do rozwiązania problemów jest niezbędna do przeżycia.

# Prawo do niewiedzy

Pacjent ma prawo, na swoje wyraźne życzenie, nie być informowanym o stanie zdrowia. Prawo do niewiedzy jest instrumentem pozwalającym uniknąć niechcianych informacji.

## Opis przypadku 14

D.A., 55-letni żonaty sprzedawca, ma troje dzieci. Przez ostatnie 30 lat palił dużo papierosów. Ma przewlekły kaszel z odkrztuszaniem wydzieliny, średniego stopnia wysiłkową duszność. Przed 5 laty w badaniach rozpoznano przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Nie stwierdzono innych schorzeń, a pacjent nie leczył się w sposób regularny. W ciągu ostatniego miesiąca pojawiło się krwioplucie. Po pewnych wahaniach pacjent opowiedział o tym rodzinie, a oni skłonili go, aby poinformował o objawach swojego lekarza rodzinnego.

Podczas wizyty u lekarza rodzinnego pacjent zgodził się na skierowanie do pulmonologa i wykonanie badania rentgenowskiego klatki piersiowej. Pacjent zażądał, aby, jeśli zostaną stwierdzone jakieś ciężkie schorzenia, jak na przykład rak płuc, nie informować go o rozpoznaniu. Wyjaśnił, że przyczyną takiego żądania jest chęć uniknięcia niepokoju związanego z takimi złymi informacjami, a on nie ma ochoty rozmawiać na temat takiego leczenia, jak chirurgia, naświetlania czy chemioterapia. Lekarz rodzinny wyjaśnił pacjentowi, że różne postaci raka płuc mają różne prognozy, a pacjent znając rozpoznanie może podjąć świadomą i bardziej racjonalną decyzję co do sposobu leczenia. Pan D.A. podtrzymał jednak swoje żądanie, aby nie ujawniać złych wieści.

Dr Rami Rudnick  
Izrael

## **Jak powinien postąpić lekarz rodzinny?**

1. Powinien poinformować Pana D.A., że ponieważ odmawia przyjęcia złych informacji, nie skieruje go na badanie do pulmonologa, gdyż nie ma to sensu.
2. Powinien poinformować pacjenta, że skieruje go do pulmonologa z przekonaniem, że ten uszanuje wolę Pana D.A., aby nie informować go w razie niepomyślnego rozpoznania.
3. Powinien poinformować chorego, że skieruje go do pulmonologa z przekonaniem, że kiedy wyniki badań będą już dostępne, Pan D.A. jeszcze raz rozważy, czy nadal odmawia przyjęcia informacji o niepomyślnym rozpoznaniu.
4. Powinien powstrzymać się od skierowania Pana D.A. do pulmonologa, jeśli istnieje ryzyko poważnych powikłań po inwazyjnych badaniach diagnostycznych.

Prawo do odmowy przyjęcia informacji o niepomyślnym rozpoznaniu jest ważne, zwłaszcza gdy badanie dostarcza informacji na temat genetycznych predyspozycji wystąpienia pewnych schorzeń oraz skłonności do pozostających w stanie utajenia chorób, które mogą się ujawnić wiele lat od postawienia rozpoznania (np. choroba Huntingtona). Jednocześnie prawo do odmowy przyjęcia informacji nie ma zastosowania, kiedy pacjent powinien uzyskać wiedzę pozwalającą mu zapobiec, poprzez zmianę stylu zachowania, zagrożeniu innych ludzi. Dotyczy to na przykład dodatnich wyników testów na obecność chorób przekazywanych drogą płciową. Wyniki tych testów nie mogą być zatajone przed pacjentem. Potencjalny wynik badania i jego konsekwencje powinny być przewidziane i przedyskutowane z pacjentem przed ich wykonaniem.

# **Prawo do odmowy leczenia**

## **Opis przypadku 15**

57-letni mężczyzna z zaawansowanym rakiem gardła, z rozsia-  
nym, przerzutowym procesem nowotworowym, w krańcowym  
okresie choroby został przyjęty do szpitala. Personel opiekują-  
cy się chorym zdaje sobie sprawę z powagi sytuacji oraz z tego,  
że okresowo pacjent traci świadomość. Ze względu na to, iż pa-  
cjent może okresowo wymagać wspomagania oddychania oraz  
intubacji, w rozmowie przeprowadzonej rano uzyskano zgodę  
chorego na wykonanie intubacji w razie konieczności. Jednak-  
że, po południu, będąc świadomym, pacjent wyraża wątpliwo-  
ści co do podjętej decyzji i odmawia zgody na ewentualne za-  
stosowanie intubacji. Następnego dnia sytuacja się powtarza.

Dr Francesco Masedu  
Prof. Ferdinando di Orio  
Włochy

## **Intubować czy nie intubować – oto jest pytanie**

1. Intubować, opierając się na zasadzie korzyści oraz braku jednoznacznej i konsekwentnej odmowy.
2. Nie intubować, ponieważ ostatnią wyrażoną przez pacjenta decyzją jest odmowa zgody na zabieg.
3. Zaintubować w godzinach porannych.
4. Nie intubować ani obecnie, ani w razie wystąpienia zagrażającej życiu obturacyjnej niewydolności oddechowej. (W tej sytuacji pacjent umrze.)
5. Nie intubować w chwili obecnej, ale zaintubować w sytuacji ciężkiej niewydolności oddechowej zagrażającej życiu chorego.

Pacjent nie ma obowiązku zgodzić się na proponowane leczenie. Ma prawo odmówić przedstawionemu mu leczeniu lub wycofać wcześniej udzieloną zgodę. Ma swobodny wybór, jeśli chodzi o sposób leczenia, jak też podjęcie decyzji, czy w ogóle chce być leczony.

## Opis przypadku 16

69-letni żonaty mężczyzna z dwójką dorosłych dzieci jest bardzo aktywny życiowo. W wywiadzie podaje przeszczep nerki oraz dwukrotny zawał serca. Podczas rozmowy z żoną na temat możliwości wystąpienia kolejnego ataku serca wyraził zdanie, że nie zgodziłby się na leczenie przedłużające życie, gdyby wiązało się to z długotrwałymi cierpieniami i woli w takiej sytuacji umrzeć.

Po jakimś czasie nastąpił kolejny zawał serca z zatrzymaniem krążenia oraz dwugodzinną reanimacją. W następstwie pacjent znalazł się w trwałym stanie wegetatywnym. Mimo 8-tygodniowej rehabilitacji stan pacjenta się nie poprawił. Pacjent jest całkowicie zależny od opieki, ma założoną tracheostomię, odżywiany jest przez sondę dwunastniczą. Żona jest całkowicie odpowiedzialna za jego opiekę oraz czynności prawne. Pacjent został umieszczony w zakładzie pielęgniarско-лeczniczym. W czasie następnych tygodni sonda wielokrotnie się przemieszczała, dochodziło do krwawych wymiotów. Pacjent miał wykonywaną gastroskopię, a sondę z powrotem przemieszczono do dwunastnicy.

5 dni później znowu wystąpiły krwawe wymioty. Na polecenie lekarza chory został przeniesiony do szpitala. Po przyjęciu żona odmówiła zgody na wykonanie kolejnej gastrokopii i powiedziała lekarzowi, że mąż w takiej sytuacji wolałby umrzeć. Poprosiła o ograniczenie leczenia i zaprzestanie żywienia i podawania płynów.

Dr Birgitt van Oorschot  
Niemcy

## **Jak powinien postąpić lekarz?**

1. Lekarz powinien odmówić zaprzestania żywienia i nawadniania pacjenta, ponieważ są one niezbędne do utrzymania życia.
2. Lekarz powinien uszanować życzenie żony chorego, która jest zastępczym wyrazicielem woli swego męża.
3. Lekarz powinien uszanować życzenie żony chorego, ponieważ jest oparte na wcześniejszej decyzji pacjenta przekazanej przez niego żonie.
4. Lekarz nie powinien postępować zgodnie z życzeniem żony jako opartym na wcześniejszej decyzji pacjenta, gdyż wola ta nie jest odpowiednio udokumentowana.
5. Lekarz nie powinien wykonywać gastroskopii oraz powinien wstrzymać odżywianie przez sondę, ponieważ obie metody są nieproporcjonalne do sytuacji i mało skuteczne. Powinien jednakże kontynuować stosowanie leków nasercowych oraz nawadnianie chorego, gdyż w innym wypadku śmierć nastąpi bardzo szybko.

Jednakże pacjent może być zobowiązany do niezbędnego leczenia zgodnie z istniejącymi regulacjami prawnymi.

## **Pacjent o ograniczonej zdolności do wyrażenia świadomej zgody**

Pacjent jest uważany za zdolnego do wyrażenia świadomej zgody, jeśli ma zdolność zrozumienia charakteru choroby, której leczenie jest planowane oraz może ocenić konsekwencje wyrażenia lub odmowy zgody na proponowane leczenie. Pacjent o ograniczonej zdolności do wyrażenia świadomej zgody to chory, który ze względu na chorobę lub ograniczenia umysłowe nie jest w stanie kontrolować własnych interesów.

Istnieją różnorodne kryteria sprawdzania i oceny niedoboru umysłowej wydolności chorego w zakresie rozumienia podawanych informacji, oceny własnej sytuacji, oceny istotnych faktów, dokonywania wyboru oraz użycia uzyskanych informacji w celu podejmowania realistycznych, uzasadnionych i odpowiedzialnych decyzji, rozumienia charakteru choroby i proponowanego leczenia, a także oceny konsekwencji wyrażenia lub odmowy zgody na proponowane leczenie. Zdolność do wyrażenia świadomej zgody może wahać się w szerokich granicach oraz może zmieniać się w miarę upływu czasu lub w różnych okolicznościach.



## Opis przypadku 17

28-letnia kobieta uczęszcza na dzienną terapię zajęciową w szpitalu psychiatrycznym. Cierpi na łagodne opóźnienie umysłowe (IQ 65) i w trakcie ostatniego miesiąca rozpoznano u niej AIDS. W opinii leczącego psychiatry po odpowiednim poinformowaniu mogła wyrazić świadomą zgodę na wykonanie testu na HIV.

Ze względu na jej bezładne stosunki płciowe, mimo intensywnej psychoedukacji dotyczącej choroby, dostępności prezerwatyw oraz obietnic, że będzie uprawiać bezpieczny seks, nie jest w stanie postępować zgodnie z posiadaną wiedzą. W czasie trwania zajęć terapeutycznych można ją upilnować, ale jak opowiada jej matka, zachowania seksualne chorej stanowią zagrożenie zarówno dla niej samej, jak i dla otoczenia. Wysiłki w celu ograniczenia jej popędu seksualnego za pomocą inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny nie przyniosły rezultatu. Pacjentka jest sprawna werbalnie, sama pociąganiem dojeżdża do szpitala, ma wielu znajomych i mieszka z matką i rodzeństwem. Matka skontaktowała się z psychiatrą i zaproponowała, aby córkę zatrzymać w szpitalu ze względu na jej bezpieczeństwo, jak i otoczenia.

Prof. W.P. Pienaar  
Holandia

## Jak powinien postąpić psychiatra?

1. Powinien rozpocząć starania o przymusową hospitalizację chorej ze względu na potencjalne zagrożenie dla chorej i otoczenia.
2. Psychiatra powinien poinformować matkę, że nie może hospitalizować córki, ponieważ nie jest ona chora psychicznie, ale

powiadomi o sytuacji lokalne władze, które mogą podjąć decyzję o nałożeniu kwarantanny na podstawie pisemnego zaświadczenia, że pacjentka stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego.

3. Psychiatra powinien poinformować matkę, że nie podejmie żadnych działań, a córka powinna kontynuować terapię zajęciową oraz intensywne szkolenie, aby w pełni zrozumiała swoją chorobę i konieczność stosowania metod bezpiecznego uprawiania seksu.

Pracownicy ochrony zdrowia muszą respektować poglądy pacjentów o ograniczonej zdolności do wyrażenia świadomej zgody. Szacunek dla pacjenta, którego zdolność do samodzielnego postępowania jest ograniczona, wymaga, aby szanować prawo pacjenta do samookreślenia i prawo do uczestniczenia w procesie podejmowania decyzji tak długo, jak długo nie powoduje to szkód i zagrożenia dla samego chorego ani jego otoczenia. Uwzględnianie życzeń chorego jest bardzo ważne nawet wtedy, kiedy decyzje na jakiś czas muszą być podejmowane przez kogoś innego niż chory.

Nie każdy przypadek zaburzonej oceny lub upośledzonego rozumowania wyklucza wydolność umysłową pacjenta. Tak więc pacjenci cierpiący na demencję nie powinni być automatycznie traktowani, jakby utracili zdolność podejmowania świadomych decyzji. Zdolność ta ulega stopniowemu i ciągłemu ograniczeniu w miarę postępu choroby. Pacjent powinien być zapoznany w najszerszym możliwym zakresie z przebiegiem planowanej kuracji, nawet wtedy gdy wymagane jest uzyskanie zgody od jego opiekuna prawnego.

Pacjent może mieć wystarczającą świadomość, aby wyrazić zgodę lub jej odmówić w stosunku do niektórych typów leczenia, a jednocześnie mieć ograniczoną odpowiedzialność przy podejmowaniu decyzji co do innego typu leczenia.

# Odmowa zgody na leczenie

Osoba upośledzona umysłowo nie jest z tego powodu, zarówno jako istota ludzka ani jako pacjent, pozbawiona prawa do odmowy zgody na leczenie. Każdy przypadek musi być oceniany indywidualnie w zależności od okoliczności, a każdą decyzję pacjenta powinno się ocenić w zależności od rodzaju jego choroby i stanu w chwili podejmowania decyzji.

W zasadzie pacjent, który wyraził zgodę na pobyt w szpitalu nie powinien być leczony przy użyciu metod, na które nie wyraził zgody. Jedyny wyjątek stanowią stany naglące.

## Opis przypadku 18

46-letni inżynier z ostrym atakiem schizofrenii paranoidalnej zgłosił się do izby przyjęć szpitala psychiatrycznego, prosząc o przyjęcie na oddział zamknięty. Podaje żywe wyobrażenia prześladowcze, np. naświetlanie promieniami kosmicznymi z satelitów istot pozaziemskich, co powoduje u chorego stan psychicznego i umysłowego porażenia. Podaje również halucynacje w postaci głosów tych istot pozaziemskich oraz uczucie bólu, kiedy promienie penetrują jego ciało. Po przyjęciu na oddział pacjent odmawia przyjmowania leków, stwierdzając, że czuje się bezpieczny na oddziale zamkniętym, z zakratowanymi oknami, drzwiami bez klamek, ponieważ jego prześladowcy nie są w stanie go tutaj dosięgnąć.

Prof. Sławomir Sidorowicz

Prof. Krystyna Orzechowska-Juzwenko

Polska

## **Jak należy właściwie rozwiązać konflikt między lekarzem (chcącym leczyć chorego) a pacjentem (który odmawia zgody na proponowane leczenie)?**

1. Należy wyczerpująco poinformować chorego o stanie jego zdrowia, wszystkich możliwych metodach leczenia: psycho-, socjo- i farmakoterapii oraz o następstwach odmowy leczenia i starać się cierpliwie przekonać go do wyrażenia zgody.
2. Rozpocząć procedurę ograniczenia jego prawa do samostanowienia, aby uzyskać możliwość leczenia pacjenta bez jego zgody.
3. Należy natychmiast rozpocząć leczenie, aby jak najszybciej opanować objawy psychozy.

Pacjenci o ograniczonej zdolności do wyrażenia świadomej zgody wymagają specjalnej ochrony, ponieważ są w gorszej sytuacji i ich prawa mogą być łatwiej naruszane lub ignorowane. Decyzja uwzględniająca najlepsze interesy chorego niekoniecznie polega na zaakceptowaniu proponowanego leczenia.

Przedstawiciel prawny jest uprawniony do wyrażenia zgody na takie metody leczenia, jakie są konieczne. Każdy przedstawiciel prawny jest zobowiązany do działania w najlepiej rozumianym interesie swego podopiecznego.

## Opis przypadku 19

A.P., 40-letnia kobieta, mieszka w domu opieki społecznej ze względu na swoje opóźnienie umysłowe. Jest wystarczająco samodzielna, aby pracować w fabryce, gdzie wykonuje proste mechaniczne czynności. 20 lat temu wydano orzeczenie o ograniczeniu jej prawa do samostanowienia i jako opiekuna prawnego wyznaczono jej wujka. W domu opieki zaprzyjaźniła się z jednym z pensjonariuszy. W wyniku stosowania nowych leków przeciwpadaczkowych doszło u niej do martwicy jelit. W trakcie operacji wykonanej w trybie nagłym trzeba było wytworzyć sztuczny odbyt. W okresie pooperacyjnym wystąpiły rozmaite powikłania. Jako pierwsze powikłanie rozwinęło się zapalenie płuc, leczone antybiotykami podawanymi dożylnie. W trakcie choroby pacjentka stała się negatywnie nastawiona do życia, nie chciała jeść, prosiła lekarzy i pielęgniarke, aby pozwolili jej umrzeć i „pójść na spotkanie swojej matki”. Psychiatra zlecił leki antydepresyjne, zastosowano odżywianie poprzez sondę żołądkową, którą chora wielokrotnie sama usuwała. Stawiała opór pielęgniarce w trakcie przywiązywania przed kolejnym założeniem sondy. Trzy miesiące po przyjęciu do szpitala pojawiła się infekcja pośladków ze zbiornikiem ropy, wymagająca leczenia operacyjnego. Pacjentka stała się agresywna wobec lekarzy i pielęgniarek, krzyczała i ciągle prosiła, żeby pozwolić jej umrzeć. Jej opiekun jest starym mężczyzną z ograniczonymi zdolnościami umysłowymi i niezdolny do podjęcia jakiegokolwiek decyzji. Podpisał jednak zgodę na leczenie operacyjne.

Prof. Juan Vinas  
Hiszpania

## **Czy należy podjąć kolejne leczenie operacyjne?**

1. Tak. Lekarze mają świadomą zgodę wyrażoną przez opiekuna prawnego.
2. Nie. Opiekun prawny nie jest w stanie podjąć decyzji ze względu na związane z wiekiem ograniczenie umysłowe. Należy zwrócić się do sądu o zmianę opiekuna prawnego.

Opiekun prawny powinien podejmować taką samą decyzję, jaką podjąłby podopieczny, gdyby był w stanie wyrazić świadomą zgodę. Znajomość poprzednich wyborów i poglądów podopiecznego może pomóc opiekunowi w podjęciu decyzji. Przy braku takich informacji opiekun powinien działać w najlepiej pojętym interesie pacjenta.

# Leczenie dzieci

Każdy człowiek od kołyski do grobu jest podmiotem praw i obowiązków. Jednakże dzieci, chociaż nie są pozbawione możliwości wyrażenia zgody, to ze względu na wiek, słabą odporność psychiczną oraz brak doświadczenia muszą mieć opiekuna dbającego o ochronę ich interesów. Ponieważ rodzice są naturalnymi opiekunami swoich dzieci od ich najmłodszych lat, to właśnie ich zgoda jest wymagana przed podjęciem leczenia dzieci.

## Opis przypadku 20

R.I. jest 10-miesięcznym niemowlakiem, który jest leczony na oddziale intensywnej opieki pediatrycznej z powodu ciężkiej postaci zamartwicy noworodków, a w konsekwencji – encefalopatii z powodu niedotlenienia. Rodzicami są 32-letnia kobieta i 35-letni mężczyzna. Pacjent urodził się po 32-tygodniowej ciąży przebiegającej bez żadnych powikłań. Położna zauważyła bradykardię dziecka na dwie godziny przed porodem i ciążę rozwiązano w trybie pilnym cięciem cesarskim. Dziecko ważyło 2840 g, urodziło się w ciężkiej zamartwicy. Pierwsze badanie wykazało bezdech, hipotonię mięśniową, uogólnioną sinicę, poszerzone źrenice bez reakcji na światło oraz brak reakcji na ból, co wskazuje na ciężkie uszkodzenie mózgu. Początkowo w leczeniu stosowano hipotermię mózgu, ale w TK wykonanym po 24 godzinach stwierdzono rozległy obrzęk mózgu, a odpowiedź pnia mózgu na dźwięk wykazywała tylko fazę pierwszej fali.

TK powtórzone po miesiącu potwierdziło ciężką atrofię mózgu. Chociaż nie było wskazań do kontynuowania intensywnej terapii, rodzice nalegali na neonatologa. Lekarz przekazał stażystce, aby prowadzić terapię R.I. tak jak dotychczas. W związku z tym stosowano odżywianie przez sondę mlekiem, dożylnie katecholaminy i diuretyki oraz mechaniczną wentylację.

W końcu rodzice zrozumieli, że stan dziecka się nie poprawi. Jednakże nie mogą się zdecydować, czy powinni zażądać wstrzymania leczenia.

Prof. Yoshihiro Takeuchi  
Japonia

## **Czy neonatolog powinien zaproponować rodzicom poradę?**

1. Nie. Neonatolog powinien kontynuować leczenie do czasu aż rodzice starannie i dogłębnie rozważą sytuację i podejmą samodzielnie decyzję, jak należy postąpić.
2. Tak. Neonatolog powinien zaproponować poradę, na podstawie której rodzice mogliby podjąć świadomą decyzję o zaprzestaniu dalszego leczenia.

Dziecko, które może wyrażać własne opinie, powinno mieć prawo do ich swobodnego wyrażenia i należy je wziąć pod uwagę odpowiednio do wieku i dojrzałości dziecka.

Jest oczywiście tematem do dyskusji, w jakim wieku należy przyznać dziecku odpowiednio duży stopień zdolności do wyrażenia świadomej zgody, aby mogło być ono zdolne do samodzielnego wyrażenia zdania.



## **Odmowa zgody na leczenie wyrażona przez dziecko**

Odmowa zgody na leczenie, które może uratować życie, wyrażona przez dziecko jest szczególnie dla rodziców i całego społeczeństwa poważnym problemem. Z jednej strony społeczeństwo chce uszanować wartość życia, ratując dziecko, z drugiej zaś uznaje prawo dorastającego dziecka do podejmowania decyzji dotyczących jego samego i jego przyszłości. Od polityków oczekujemy dokonania oceny, kiedy można uznać dojrzałość dziecka i przyznać mu prawo do podjęcia takich decyzji. Czy decyzja jest wynikiem wolnej woli? Czy dziecko w pełni rozumie skutki proponowanego leczenia? Czy może ocenić konsekwencje braku leczenia? Czy rozumie czym jest śmierć? I w końcu, ale nie mniej ważne, jakie są przyczyny odmowy wyrażenia zgody na proponowane leczenie? Nie należy zabiegać o zgodę małoletniego dziecka, kiedy ono jest jeszcze tak małe, że nie jest w stanie zrozumieć swojej sytuacji.

# Odmowa zgody na niezbędne leczenie wyrażona przez rodziców

## Opis przypadku 21

J.B., 5-letnia dziewczynka, została przywieziona do szpitala przez rodziców z gorączką i osłabieniem. Po dokonaniu badań postawiono podejrzenie ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL). W celu potwierdzenia rozpoznania konieczne jest wykonanie biopsji szpiku. Rodzice zostali poinformowani o zabiegu „nakłucia szpiku” i wyrazili na to zgodę. Kiedy rozpoznanie ALL potwierdzono, standardowa procedura chemioterapii została przedstawiona rodzicom, wraz z prognozą prawdopodobnego przedłużenia życia dziecka o kilka lat. Po uświadomieniu sobie kosztów związanych z proponowanym leczeniem oraz faktu, że nie można zapewnić „sukcesu” rodzice są przygnębieni i uważają, że nie warto kontynuować leczenia.

Umi Modan  
Indonezja

## Czy lekarze powinni uszanować decyzję rodziców?

1. Tak. Rodzice są prawnymi opiekunami dziecka i są upoważnieni do podejmowania wszelkich decyzji medycznych.
2. Nie. Lekarze powinni zwrócić się do sądu, ponieważ uważają, że rodzice nie działają w najlepiej rozumianym interesie dziecka.

Odmowa zgody na niezbędne leczenie wyrażona przez rodziców może doprowadzić do nadużycia przez nich swojej pozycji i nie powinna być wiążąca.

## Opis przypadku 22

T.K., 12-letni chłopiec, uległ poważnemu wypadkowi samochodowemu, w trakcie którego doznał zmiążdżenia obu nóg z ciężkim krwotokiem. Został natychmiast przewieziony do szpitala. Przy przyjęciu zbadał go ortopeda. Podczas badania stwierdził on ciężką niedokrwistość na skutek ostrego krwotoku oraz rozległą martwicę tkanek. Poziom hemoglobiny wynosił 5,6 gm%. Chirurg, aby ratować życie T.K., zlecił natychmiastową transfuzję krwi. Rodzice, którzy są świadkami Jehowy przyjechali tuż przed podaniem krwi. Wyrazili zgodę na wszelkie konieczne zabiegi poza przetoczeniem krwi. T.K. został przewieziony na salę operacyjną, tutaj anestezjolog zaproponował przetoczenie krwi w tajemnicy przed rodzicami.

Prof. Mengeshe A. Teshome  
Etiopia

### **Czy chirurg powinien się zgodzić?**

1. Chirurg powinien odmówić. Najpierw powinien poinformować rodziców, że będzie się kontaktował z sądem, aby uzyskać zgodę na przetoczenie krwi mimo ich odmowy, bo chce ratować życie T.K.
2. Chirurg powinien się zgodzić. Powinien przetoczyć krew T.K. w tajemnicy, aby zaoszczędzić jemu oraz rodzicom religijnego potępienia.
3. Chirurg powinien odmówić. Powinien przedyskutować z rodzicami medyczne wskazania przetoczenia krwi, ale jeśli będą podtrzymywać swoją decyzję, powinien ją uszanować.

## **Opis przypadku 23**

Kobieta mieszkająca na wsi urodziła bliźniaki syjamskie z niewielką niedowagą. Każdy ma prawidłowo ukształtowaną głowę i dwoje rąk. Zrost zaczyna się poniżej łuku zębrowego i w związku z tym mają wspólne liczne narządy oraz kończyny dolne. Trzecia resztkowa noga wyrasta od tyłu. Lekarze wiedzą, że aby dzieci miały szansę przeżyć, konieczna jest bardzo skomplikowana operacja. Lekarze nie są w stanie ocenić stopnia zrośnięcia ważnych narządów wewnętrznych. Wiedzą, że jeśli operacja będzie przeprowadzona, to tylko jedno dziecko przeżyje, a operacja będzie bardzo kosztowna. Bliźniaki muszą pozostać w specjalnie dostosowanym oddziale do czasu aż będą na tyle wydolne, żeby można było wykonać operację. Nie mają szans na przeżycie poza szpitalem. Rodzice są przekonani, że ktoś przeklął ich dzieci. Rodzicom jest obojętne, czy dzieci przeżyją i chcą jak najszybciej wrócić do domu.

Dr J. Mfutso Bengo  
Rachel Mlotha  
Malawi

## **Jak powinien postąpić lekarz?**

1. Lekarz powinien pozwolić rodzicom zabrać bliźniaki do domu.
2. Lekarz powinien operować bliźniaki bez zgody rodziców.
3. Lekarz powinien uzyskać zgodę sądu na wykonanie operacji bez zgody rodziców.

# Świadoma zgoda a eutanazja

Termin eutanazja pochodzi z połączenia dwóch greckich słów: *eu* – znaczącego dobry oraz *thanatos* – śmierć. Oznacza świadome spowodowanie śmierci chorego na nieuleczalną chorobę w celu ulżenia cierpieniom pacjenta.

Rozróżnia się czynną i bierną eutanazję. Różnica polega na podjęciu działania lub powstrzymaniu się od niego. Jako czynną eutanazję określa się podjęcie czynności mających doprowadzić do zakończenia życia terminalnie chorego pacjenta. Bierna eutanazja to niepodjęcie działań mających na celu przedłużenie życia pacjenta w końcowym okresie nieuleczalnej choroby.

Pacjenci świadomi, zdolni do wyrażenia świadomej zgody w końcowym okresie choroby mają prawo odmówić zgody na podjęcie przedłużającego życie leczenia. Odrzucenie podtrzymujących życie metod przez umierającego pacjenta jest oparte na jego prawie do prywatności, która obejmuje również fizyczną integralność i autonomię oraz prawo do podjęcia decyzji, kiedy ma dojść do śmierci.

Jednakże chociaż eutanazja jest oparta na prawie chorego do decydowania o własnej śmierci, zakłada ona również prawo do zabicia, ponieważ łączy się z żądaniem, aby to ktoś spowodował śmierć.

Zgodnie z przysięgą Hippokratesa wszyscy lekarze obiecują: „nie podam nikomu śmiertelnej trucizny, nawet na żądanie, ani nie udzielę takiej porady”.

Głównym problemem związanym z odmową leczenia, jaki dotyczy chorych w schyłkowym okresie choroby, jest określenie, kto może podjąć taką decyzję w stosunku do pacjentów o ograniczonej zdolności do wyrażenia świadomej zgody.

Problem stanowi również określenie, do jakiego stopnia jest dopuszczalna pomoc lekarza.

## Opis przypadku 24

63-letnia kobieta z wieloletnim nadciśnieniem została przyjęta na oddział intensywnej terapii na skutek, poprzedzonej skargami na silne bóle i wymiotami, utraty przytomności. W skali oceny przytomności Glasgow (GCS) jej stan oceniono na 3 punkty. Chora została podłączona do respiratora. Na podstawie TK rozpoznano krwawienie podpajęczynówkowe.

Konsultujący neurochirurg zalecił kontynuację terapii i ponowną ocenę stanu neurologicznego po 48 godzinach. W piątym dniu pobytu pojawiło się spontaniczne otwieranie oczu i wykonano angiografię mózgową. Rozpoznano tętniak przedniej tętnicy łączącej i wyznaczono operację za 4 dni, w najbliższym możliwym terminie. Dzień przed zabiegiem wystąpiła gorączka, a śpiączka się pogłębiła. Podejrzewano ponowny krwotok i zabieg został odłożony. Wykonano tracheostomię i gastrostomię.

W 13 dniu pobytu wykonano bez żadnych problemów zabieg klipsowania tętniaka. Rodzina została poinformowana przez chirurga o spodziewanej przedłużonej rekonwalescencji oraz możliwości pozostania pewnych ubytków neurologicznych.

W przebiegu pooperacyjnym wystąpiła przemijająca cukrzyca, zakażenie przetoki żołądkowej, zapalenie płuc oraz wodogłowie utrzymujące się w kolejnych badaniach TK. Wystąpiła oliguria oraz hipoproteinemia z uogólnionymi obrzękami, niedokrwistość (wymagająca przetoczeń krwi) oraz utrzymująca się gorączka. Z treści drzewa oskrzelowego wyhodowano *Pseudomonas*, a posiew moczu wykazał pałeczki *E. coli* odporne na wszystkie antybiotyki.

65 dnia od przyjęcia nie uzyskano poprawy stanu neurologicznego, z oceną w skali GCS – 6 punktów (E = 4; V = 1; M = 1). Chorej nie udało się odłączyć od respiratora, nadal gorączkowała, poprawiła się nieco czynność nerek. Mąż odwiedzający pacjentkę regularnie powiedział, że w takiej sytuacji żona

nie chciałyby dalszego leczenia i zażądał zaprzestania terapii podtrzymującej funkcje życiowe chorej.

Prof. E.R. Walrond

J. Ramesh

M.S. Fais

Indie Zachodnie

## **Czy leczenie powinno być kontynuowane?**

1. Nie, ponieważ mąż, działając jako opiekun prawny żony, wycofał zgodę na dalsze leczenie podtrzymujące czynności życiowe.
2. Tak, ponieważ chora nigdy nie wyraziła swojego zdania na temat powstrzymania się od leczenia w takiej sytuacji.

## Opis przypadku 25

34-letni mężczyzna jest hospitalizowany w Twoim oddziale w końcowym stadium raka jądra z licznymi przerzutami (nasieniak). Przewiduje się terapię paliatywną. W ostatnich miesiącach przeszedł liczne nieskuteczne kuracje (kastacja, wycięcie zwojów, chemioterapia). Przy przyjęciu stan ogólny pacjenta jest ciężki. Wystąpiło znaczne pogorszenie spowodowane przerzutami.

Żona (która zaszła w ciążę dzięki sztuczniemu zapłodnieniu wykonanemu przed chemioterapią) oraz rodzice pacjenta bardzo o niego dbają.

Po wyrównaniu zaburzeń i wsparciu psychologicznym pacjenta rozpoczęłaś stosowanie dużych dawek morfiny, które nie są jednak wystarczające do pełnej kontroli dolegliwości bólowych, ale powodują już zaburzenia świadomości.

Pielęgniarka przekazała Ci, że życzeniem pacjenta i jego rodziny jest takie zwiększenie dawek morfiny, aby położyć kres jego cierpieniu. Stosowane dawki już są bliskie śmiertelnej. Idziesz na oddział zobaczyć pacjenta oraz spotkać się z jego rodziną.

Thierry W. Faict, Yves Dousset,  
Roger Letonturier, Stephanie Neel  
Francja



## Jak postąpi lekarz?

1. Wyjaśni, że nie może zwiększyć dawek morfiny, ponieważ to zabije pacjenta.
2. Wyjaśni, że będzie stopniowo zwiększał dawkę morfiny, aby ulżyć pacjentowi, nawet jeśli może to spowodować śmierć chorego.
3. Wyjaśni, że odczeka aż pacjent odzyska świadomość, zapyta go o wyrażenie zgody na zwiększenie dawki morfiny i dopiero potem zastosuje śmiertelną ilość.
4. Wyjaśni, że może trochę zmniejszyć dawkę, aby poprawić stan świadomości chorego, jego zdolność do wyrażenia świadomej zgody i wtedy poprosi go o wyrażenie zgody na zwiększenie dawki morfiny zarówno w celu usunięcia dolegliwości, jak i wywołania śmierci.

# Świadoma zgoda na pobranie narządów do przeszczepu

Zgoda na pobranie narządów do przeszczepu powinna być wyrażona przez dawcę. Jeśli potencjalnym dawcą jest nieletni, osoby upośledzone umysłowo lub chore psychicznie, zgodę powinien wydać sąd, kierując się zasadą najlepszego interesu.

## Opis przypadku 26

Dwaj bracia M.S. oraz T.S. w towarzystwie swojej matki zgłaszają się do ambulatorium oddziału transplantacyjnego. T.S. chce oddać swoją nerkę jako przeszczep dla M.S.

25-letni M.S. od dwóch lat jest dializowany na skutek przewlekłego odmiedniczkowego zapalenia nerek. Nie ma z tego powodu większych kłopotów. Przez większość czasu jest w pełni sprawny i nawet sam jeździ samochodem. Jednakże choroba ogranicza jego możliwość zatrudnienia, ponieważ trzy razy w ciągu tygodnia przez pół dnia nie może być w pracy. Właśnie skończył naukę zawodu stolarza i jak dotąd bezskutecznie poszukuje pracy. Częstą odpowiedzią jest: „Gdyby mógł pan pracować na pełnym etacie, natychmiast byśmy pana zatrudnili”.

Chociaż jest na liście oczekujących na przeszczep nerki, nie należy się spodziewać szybkiego przeszczepu ze względu na jego rzadką grupę krwi. M.S. jest coraz bardziej rozdrażniony swoją sytuacją, zwłaszcza że wkrótce ma zamiar się ożenić i założyć rodzinę.

Podczas którejś z kontroli nefrolog poinformował M.S. o możliwości pobrania nerki od żyjącego dawcy. Jak powiedział lekarz odległe wyniki takich przeszczepów są doskonałe, pacjent najprawdopodobniej byłby w stanie pracować na pełnym etacie

i prowadzić normalne życie. Mając w pamięci te wszystkie informacje, M.S. przekazał tę wiadomość swojej rodzinie.

Rozważano możliwość pobrania nerki od T.S., jego starszego brata. T.S. jest prawie całkiem głuchy i upośledzony umysłowo w stopniu średnim. Uczęszczał do szkoły specjalnej od drugiej klasy, a teraz pozostaje w domu. Nie ma jednakże ograniczonego prawa do samostanowienia.

Ponieważ nie nauczył się standardowego języka migowego, tylko jego matka może go w pełni zrozumieć. Matka mówi, że T.S. nalega, aby zostać dawcą. On ciągle przekazuje jej, że chce oddać swoją nerkę bratu. M.S. pragnie zaakceptować propozycję brata i prosi transplantologa, aby przeprowadzić niezbędne badania jego brata.

Prof. Nikola Biller-Andorno  
Niemcy

## **Jak powinien postąpić transplantolog?**

1. Lekarz powinien przebadać T.S., ponieważ podjął on decyzję, przekazując ją poprzez matkę, że chce pomóc swemu bratu.
2. Lekarz nie powinien przeprowadzać badań, natomiast powinien przedyskutować następujące problemy:
  - a. Czy T.S. ma pełną zdolność do wyrażenia świadomej zgody?
  - b. Jakie jest ryzyko i korzyści dla T.S.?
  - c. Czy w rodzinie są możliwi inni dawcy?
  - d. Jakie jest zdanie matki i innych członków rodziny na ten temat?
3. Lekarz nie powinien badać T.S., ponieważ nie ma on podstaw do oceny, czy T.S. jest w pełni świadomy, czy korzyści z przeszczepu są większe niż ryzyko dla T.S. oraz czy nie ma w rodzinie innych potencjalnych dawców.

# **Świadoma zgoda na badania kliniczne oraz badania podstawowe (nielecnicze)**

Rozróżnienie między leczniczymi a nielecniczymi badaniami odnosi się do tego, czy wynik badań może dać bezpośrednią korzyść badanemu czy tylko przyszli pacjenci mogą odnieść korzyść z rozwoju wiedzy.

Doktryna świadomej zgody została opracowana głównie w celu zastosowania w postępowaniu leczniczym. W odniesieniu do badań klinicznych nabiera ona dodatkowego znaczenia. Świadoma zgoda jest podstawowym i niezbędnym warunkiem uczestnictwa w badaniach podstawowych.

Podobnie konieczna jest świadoma zgoda pacjenta na udział w prezentacjach dydaktycznych.

## **Opis przypadku 27**

75-letnia kobieta przychodzi do przychodni, aby wypełnić formularz wymagany od dawców narządów. Wyjaśnia, że jest samotna, bez rodziny, a kilka lat temu dzięki przetoczeniu krwi uratowano jej życie.

Stwierdza, że chciałaby pomóc w badaniach medycznych i postępie nauki poprzez zapisanie swego ciała i narządów. Jej ciało najprawdopodobniej będzie użyte podczas nauki anatomii przez studentów medycyny.

Thierry W. Faict, Yves Dousset  
Roger Letonturier, Stephanie Neel  
Francja

## **Czy należy poinformować kobietę o tym oraz o innych ważnych faktach?**

1. Nie. Kobieta wyraziła domyślną zgodę poprzez zapisanie swego ciała do celów naukowych.
2. Tak. Kobieta ma prawo wiedzieć o wszelkich faktach dotyczących tego, jak będzie wykorzystane jej ciało. Chociaż jest to dobrowolna donacja, mogła nie wiedzieć, jak będzie wykorzystane jej ciało. Taka informacja pozwoli jej zdecydować, czy jest to donacja bezwarunkowa, czy nie.

# Badania w kierunku HIV

Można rozróżnić przypadki, kiedy badanie przeprowadza się dla dobra pacjenta oraz takie, gdy badania są wykonywane z innych wskazań. Należy uzyskać zgodę pacjenta na wykonanie testu na obecność HIV, a pacjent powinien wiedzieć, na co dokładnie wyraża zgodę.

Jeśli badania są wykonywane dla dobra osób trzecich, pacjent musi być poinformowany o tym, że jego krew będzie badana na nosicielstwo HIV.

## Opis przypadku 28

W.L., 29-letnia mężatka, oraz jej mąż są pacjentami w Twoim szpitalu. Pani W.L. przychodząc do szpitala jest bardzo smutna. W ciągu ostatnich trzech lat straciła dwoje dzieci przed ukończeniem przez nie trzeciego roku życia. Choroba przebiegała z biegunką oraz wysoką temperaturą. Podczas choroby ostatniego dziecka lekarz opiekujący się dzieckiem powiedział, że dziecko i ona powinni mieć wykonane testy na obecność HIV. Wynik testów był dodatni i został potwierdzony w dalszych badaniach. Kobieta uważa, że to mąż ją zaraził. Słyszała plotki, że miał liczne kontakty seksualne, ale mąż zaprzeczył, kiedy zarzuciła mu zdradę.

Mąż, dobrze prosperujący biznesmen, ciągle nalega, aby ponownie zaszła w ciążę, aby on mógł uzyskać szacunek u przyjaciół, a dziecko było dziedzicem jego fortuny. Ostrzega ją, że jeśli nie zajdzie w ciążę w ciągu roku, to rozwiedzie się i poślubi młodszą kobietę. Mąż nie wie o zakażeniu HIV żony, a ona nie wie, czy on jest również nosicielem. Żona obawia się ujawnienia swego zakażenia, ponieważ boi się, że mąż może się z nią rozwieść.

Dr J. Mfutso Bengo  
Sekeleghe Amos Kayuni (MBBS IV)  
Malawi

## **Jak powinien postąpić lekarz w stosunku do męża?**

1. Lekarz powinien skłonić Panią W.L., aby powiadomiła męża o swoim stanie zdrowia. Jeśli kobieta odmówi, lekarz może sam poinformować męża.
2. Lekarz powinien skłonić Panią W.L., aby powiadomiła męża o swoim stanie zdrowia. Jeśli kobieta odmówi, lekarz musi sam poinformować męża.

Jeśli pacjent stwierdza, że nie zgadza się na wykonanie testu na obecność HIV, jego żądanie musi być respektowane.

## Opis przypadku 29

M.P., 39-letnia kobieta, zgłosiła się do oddziału ginekologicznego, żądając dokonania aborcji. Jest w ciąży od dwóch miesięcy i nie chce mieć tego dziecka. Miała liczne przypadkowe kontakty seksualne z wieloma mężczyznami, jest narkomanką przyjmującą heroinę. Lekarz prosi o wyrażenie zgody na badanie w kierunku HIV, ale kobieta odmawia zgody.

Prof. Juan Vinas  
Hiszpania

### **Czy doktor uważając, że infekcja HIV jest bardzo prawdopodobna, powinien wykonać badanie na obecność HIV wraz z innymi badaniami przed zabiegiem bez zgody pacjentki?**

1. Nie. Nie wolno naruszać zasady świadomej zgody.
2. Tak, ponieważ lekarz ma prawo chronić siebie i swój personel.
3. Tak, wynik testu ma korzystne znaczenie dla Pani M.P.

Jeśli badanie jest niezbędne w celu rozpoznania lub leczenia pacjenta, a pacjent odmawia zgody na jego wykonanie, lekarz ma prawo odmówić podjęcia się leczenia.



## Opis przypadku 30

M.T., 65-letni emerytowany nauczyciel, zgłosił się do ambulatorium chirurgicznego z obrzękiem w okolicy pachwiny, który pojawia się od 6 lat. Nic mu nie dolega, poza występującymi – gdy obrzęk narasta – dolegliwościami bólowymi. Lekarz w ambulatorium rozpoznał przepuklinę pachwinową i po uzyskaniu zgody przyjął pacjenta w celu wykonania planowej operacji. W badaniu przedoperacyjnym chirurg odkrył blizny po przebytym pólpaścu. Chirurg chce wykonać badanie na obecność przeciwciał przeciw HIV, ponieważ uważa, że stwierdzone zmiany sugerują infekcję HIV. Chirurg poprosił pacjenta o wyrażenie zgody na pobranie krwi do przedoperacyjnych badań, nie informując chorego, że będzie wykonane badanie na obecność HIV.

Prof. Mengeshe A. Teshome  
Etiopia

### **Czy chirurg powinien poinformować pacjenta, że będzie wykonany test na obecność HIV?**

1. Nie, ponieważ chirurg ma prawo wykonać wszelkie badania, które uważa za wskazane przed planowaną operacją.
2. Tak, ponieważ pacjent ma prawo do samookreślenia i nie powinno się wykonywać badań przed uzyskaniem jego świadomej zgody.