

Z medycznej wokandy



GRZEGORZ WRONA

JĘDRZEJ
SKRZYPCZAK

Forma zgody na ekstrakcję zęba

Konieczność uzyskania zgody pacjenta dobrze poinformowanego jest dziś powszechnie akceptowanym standardem w praktyce lekarskiej. Trzeba jednak przypomnieć, że obowiązujące przepisy wymagają nie tylko dopełnienia wymogu uzyskania takiego oświadczenia pacjenta, ale także niekiedy odpowiedniej formy tej decyzji. Otóż zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz może wykonać zabieg chirurgiczny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Powyższe przesłanki mogą budzić wątpliwości w praktyce, co należy rozumieć pod pojęciem zabiegu operacyjnego albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta. Podobnie w art. 17 ust. 4 i art. 18 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje się, że zasadniczo zgoda może być wyrażona ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej.

Na tym tle warto przywrócić jedną z spraw zakończoną przed jednym z sądów lekarskich. Otóż orzeczeniem z 18 kwietnia 2011 r. okręgowego sądu lekarskiego (OSL) w X., po rozpoznaniu sprawy dr n. med. A W.-P. obwinionej o to, że 23 października 2008 r. usunęła pacjentce korzeń zęba 15, choć na dostarczonym przez nią skierowaniu była prośba o usunięcie korzenia zęba 14 i nie uzyskała zgody pacjentki na zmianę zakresu zabiegu, tj.

o naruszenie art. 13 pkt 1 i 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, uniewinnił obwinioną od zarzucanego jej przewinienia zawodowego. Od powyższego orzeczenia odwołanie wniosła pokrzywdzona, zarzucając błędy w ustaleniach stanu faktycznego polegające na przyjęciu, iż: a) obwiniona poinformowała pacjentkę o konieczności usunięcia zęba, a ta nie wyraziła sprzeciwu; b) usunięcie zęba 15 było zasadne. Pokrzywdzona zarzuciła również niewyjaśnienie wszelkich okoliczności sprawy poprzez nieprzeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu chirurgii szczękowej oraz nieprzesłuchanie lekarza dentysty prowadzącego leczenie pokrzywdzonej, a także dowolną ocenę materiału dowodowego oraz przerzucanie ciężaru dowodu na pokrzywdzoną. Pokrzywdzona wniosła o zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez uznanie obwinionej winną zarzucanego przewinienia zawodowego ewentualnie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Jednak zdaniem Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) (sygn. akt NSL Rep.85/OWU/11) odwołanie okazało się niezasadne. Nie stwierdzono uchybień formalnych w postępowaniu OSL w X. Podkreślono, że brak było dowodów wskazujących na to, że dr A. W.-P. nie uzyskała zgody pacjentki na zmianę planu leczenia polegającą na wcześniejszym usunięciu zęba 15, którego leczenie zachowawcze budziło poważne wątpliwości. W świetle wyjaśnień obwinionej pacjentka nie wyraziła zgody na usunięcie zęba 17, który przed zabiegiem usunięcia pozostawionego korzenia 14 według obwinionej powinien być również usunięty. Mimo że pacjentka zaprzecza, Sąd I instancji dał wiarę obwinionej, ponieważ wątpliwości przemawiają w tym wypadku na korzyść obwinionej. Nie można rozstrzygnąć ponad wszelką wątpliwość, jaki był przebieg rozmowy obwinionej z pacjentką. Dodatkowo należy wskazać, że plan leczenia przedstawiony przez obwinioną był zgodny z zasadami

sztuki lekarskiej. I tak w tym konkretnym przypadku należało przed planowym zabiegiem chirurgicznym usunięcia pozostawionego korzenia zęba 14 (*radix reliata*) przeprowadzić sanację oraz poprawić higienę jamy ustnej. Powyższe w pośredni sposób wskazuje na logiczność i racjonalność wyjaśnień obwinionej w zakresie planowanego i realizowanego leczenia. W ocenie NSL usunięcie zęba nie jest zabiegiem, który w myśl art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wymaga pisemnej zgody. Tym samym zgoda wyrażona w sposób nawet niezwerbalizowany, ale jednoznaczny była zgodą wystarczającą do przeprowadzenia przez obwinioną zabiegu. Wobec powyższego NSL, nie znajdując przesłanek do zmiany lub uchylenia zaskarżonego orzeczenia, na podstawie art. 92 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich utrzymał zaskarżone orzeczenie w mocy.

Na koniec należy podkreślić, że nie ma – poza wyżej wskazanymi ogólnymi przesłankami – katalogu wskazującego precyzyjnie, kiedy wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta w formie pisemnej. Dlatego pomocne może być orzecznictwo sądowe. Stąd warto przytoczyć tezę z orzeczenia Sądu Najwyższego z 25 marca 1981 r. (sygn. akt II CR 7481), a mianowicie „Badania naczyniowe stanowią wstępną fazę do podjęcia zabiegu operacyjnego i wymagają także zgody pacjenta. Zgoda powinna być wyraźna, a gdy chodzi o zabiegi przedstawiające wyższe ryzyko od przeciętnego (np. zabiegi chirurgiczne, cytoskopia, odma czaszkowa, arteriografia, koronografia, biopsja nerek, wątroby, nakłucia szpiku kostnego itp.), pisemna. W tych przypadkach brak sprzeciwu pacjenta na dokonanie zabiegu nie może być uważany za wyraz jego zgody, gdyż nie ujawnia jego woli w sposób dostateczny”. W tym kontekście podpowiedzieć można tylko rozwiązanie bezpieczne, a mianowicie, kiedy są wątpliwości jaką formę wybrać, z tzw. ostrożności procesowej warto wybrać wersję bardziej wymagającą, czyli pisemną.