

## DOMINIKA FAJKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
<https://orcid.org/0009-0002-2323-2966>  
domfaj@st.amu.edu.pl

# Zgoda na udzielanie świadczeń medycznych wyrażona przez pacjenta w silnym bólu a wyłączenie swobody podjęcia decyzji w rozumieniu art. 82 Kodeksu cywilnego

### Consent to Medical Services Expressed by the Patient in Severe Pain with Regard to Removal of the Freedom to Choose within the Meaning of Article 82 of the Civil Code

**Abstract:** The aim of this thesis is to discuss the patient's right to treatment for pain and the right to consent to medical treatment, as well as to assess the legal relevance of the consent expressed by the patient experiencing pain, with regard to the possible limitation or removal of the freedom to choose within the meaning of Article 82 of the Civil Code, taking into account the practical aspects of exercising these rights and the doctor's obligations. Experiencing severe pain may be seen as a condition precluding freedom of choice within the meaning of Article 82 of the Civil Code and, consequently, may have a significant impact on the validity of the consent granted.

**Keywords:** patients' rights, right to pain treatment, right to consent, removal of freedom to choose, pain

## Wprowadzenie

W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>1</sup> określony został katalog praw przysługujących pacjentom. Z prawami tymi nieodłącznie sprzężone zostały obowiązki lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne<sup>2</sup>, a także biorących udział w udzielaniu świadczeń medycznych, które zostały precyzyjnie określone m.in. w Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>3</sup>. Katalog praw pacjenta, określony w u.p.p., obejmuje m.in. prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych oraz prawo do odmowy jej wyrażenia, a także – od 2017 r. – prawo do leczenia bólu. Jednoczesna skuteczna realizacja obu tych praw budzi w praktyce liczne wątpliwości. Są one związane przede wszystkim z oceną świadomości i swobody w podejmowaniu decyzji przez pacjenta, który zgłaszając się o udzielenie mu swia-

<sup>1</sup> Art. 20a Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1545 z późn. zm.), dalej: u.p.p.

<sup>2</sup> Przykładowo, ze wspomnianym prawem pacjenta do wyrażenia zgody, określonym w art. 16 u.p.p., sprzężony został obowiązek lekarza, określony w art. 32 § 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, do uzyskania tej zgody przed przeprowadzeniem badania lub udzieleniem innego świadczenia.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1516), dalej: u.z.l.

dzenia, odczuwa stosunkowo silny ból, co może wpływać zarówno na świadomość pacjenta, jak i na swobodę podejmowania przez niego decyzji. Dyskusyjny jest także zakres zgody, która wyrażona w takich warunkach mogłaby być uznana za ważną i prawnie wiążącą. Niniejsza praca ma na celu omówienie wyżej wymienionych praw i ocenę relewantności prawnej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, wyrażonej przez pacjenta odczuwającego ból, w odniesieniu do ewentualnego wyłączenia lub ograniczenia swobody podjęcia decyzji w rozumieniu art. 82 Kodeksu cywilnego<sup>4</sup>, przy uwzględnieniu aspektów praktycznych realizacji tych praw oraz z uwzględnieniem obowiązków lekarza. Zasadne wydaje się bowiem uznanie, że stan psychofizyczny, w którym znajduje się pacjent odczuwający silny ból, może być postrzegany jako stan wyłączający swobodę powzięcia decyzji w rozumieniu art. 82 k.c., a co za tym idzie – może mieć znaczący wpływ na ważność udzielonej zgody.

## 1. Prawo do leczenia bólu

Na mocy nowelizacji z dnia 23 marca 2017 r.<sup>5</sup> do u.p.p. wprowadzono, wcześniej nienazwane wprost przez przepisy, prawo pacjenta do leczenia bólu. Wskazano, że „pacjent ma prawo do leczenia bólu”<sup>6</sup>. Jednocześnie na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nałożono obowiązek podejmowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia<sup>7</sup>.

Samo uregulowanie prawa do leczenia bólu, jako uprawnienia do otrzymania świadczeń zdrowotnych konkretnego rodzaju, nakierowanych wyłącznie, lub przede wszystkim, na uśmierzenie bólu, ukonstytuowało nowe uprawnienie po stronie pacjentów – uprawnienie do domagania się otrzymania takich świadczeń, które zgodnie z aktualną wiedzą medyczną będą w stanie uśmierzyć ich dolegliwości bólowe niezależnie od tego, czy ból ten jest objawem innego schorzenia czy też sam w sobie stanowi jednostkę chorobową. Uważa się bowiem, że ból sam w sobie jest jednostką chorobową, podlegającą leczeniu<sup>8</sup>.

Choć przedmiotem niniejszego artykułu nie są medyczne aspekty prawa do leczenia bólu, to wypada zaznaczyć, że ból jako nieprzyjemne, sensoryczne i emocjonalne doświadczenie, związane z rzeczywistym bądź potencjalnym uszkodzeniem tkanek, jak definiuje go IASP (International Association for the Study of Pain)<sup>9</sup>,

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1610 z późn. zm.), dalej: k.c.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r., poz. 836).

<sup>6</sup> Ibidem, art. 1 ust. 5.

<sup>7</sup> Art. 20a u.p.p.

<sup>8</sup> R.-D. Treede i in., *A Classification of Chronic Pain for ICD-11*, „Pain” 2015, t. 156, nr 6, s. 1003–1007.

<sup>9</sup> J.D. Loeser, R.-D. Treede, *The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology*, „Pain” 2008, t. 137, nr 3, s. 473–477.

jest najbardziej subiektywnym odczuciem związanym z udzielaniem świadczeń medycznych. Obecnie nie została opracowana metoda, która skutecznie i efektywnie pozwalałaby na zbadanie poziomu bólu i dobranie odpowiednich środków. Przyjmuje się, że „bólem jest to, co chory tak nazywa”<sup>10</sup>.

Przed nowelizacją system prawny przewidywał prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień pacjentom w stanach terminalnych. Prawo do leczenia bólu u innych pacjentów mogło być efektem rozszerzającej wykładni prawa do poszanowania godności pacjenta, określonego w art. 20 ust. 1 u.p.p.<sup>11</sup> oraz wykładni dokonywanej w oparciu o postanowienia aktów prawa międzynarodowego. W literaturze<sup>12</sup> wskazuje się ponadto, że prawo do leczenia bólu wywodzone mogło być również bezpośrednio z uprawnień uregulowanych w rozdziale 2 u.p.p.<sup>13</sup> Samo powiązanie prawa do leczenia bólu z prawem do poszanowania godności pacjenta wynika z umiejscowienia art. 20a u.p.p. w tym akcie prawnym. Regulacja dotycząca leczenia bólu znajduje się bowiem w rozdziale 6 ustawy, który to traktuje właśnie o prawie do poszanowania intymności i godności pacjenta. Na powiązanie prawa do leczenia bólu z realizacją prawa do poszanowania godności wskazuje się także na gruncie prawa międzynarodowego.

Prawo do leczenia bólu zostało sformułowane m.in. w Europejskiej Karcie Praw Pacjenta<sup>14</sup>. Choć akt ten nie ma charakteru wiążącego, to jednak stanowi podstawę uregulowań krajowych i wskazuje na kierunki rozwoju praw pacjentów. Art. 11 EKPP wskazuje, że każdy człowiek ma prawo do unikania bólu i unikania cierpienia na tyle, na ile jest to możliwe, na każdym etapie leczenia<sup>15</sup>. Istnienie prawa do leczenia bólu wyprowadzane jest także z Europejskiej Konwencji Praw Człowieka<sup>16</sup>. Uznaje się bowiem, że zaniechanie leczenia bólu może być traktowane jako naruszenie art. 3 EKPC, który zakazuje torturowania, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania<sup>17</sup>.

Uregulowanie w u.p.p. odrębnego prawa do leczenia bólu wzbudziło pewne wątpliwości natury prawnej, dotyczące skutecznej realizacji tego uprawnienia. Na

<sup>10</sup> K. Przybyłko, *Psychologiczne aspekty leczenia bólu*, „Summarium” 2016, nr 65, s. 71–88.

<sup>11</sup> Z. Cnota, *Prawo pacjenta w stanie terminalnym do świadczeń zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień w kontekście prawa do wyrażania zgody na udzielenia świadczeń zdrowotnych*, [w:] G. Gura, P. Bednarski (red.), *Prawne aspekty medycyny dotyczące stanów terminalnych*, Warszawa 2021, Legalis/el.

<sup>12</sup> P. Konieczniak, *Prawo do leczenia bólu*, [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, część 1, *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, s. 351.

<sup>13</sup> Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r., poz. 836).

<sup>14</sup> Europejska Karta Praw Pacjenta <[https://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co108\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf)> [dostęp: 29.02.2024], dalej: EKPP.

<sup>15</sup> Art. 11 EKPP.

<sup>16</sup> Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z dnia 4 listopada 1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284), dalej: EKPC.

<sup>17</sup> Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 25 stycznia 2011 r., skarga nr 2627/09, LEX nr 693145.

jego skuteczną realizację, z uwagi na specyficzny charakter bólu jako przedmiotu leczenia, składa się bowiem ściśle współdziałanie zarówno pacjentów, jak i podmiotów udzielających świadczeń. Skuteczna realizacja omawianego prawa musi przy tym nastąpić z poszanowaniem wszystkich pozostałych praw przysługujących pacjentowi, co również powoduje liczne trudności. Wraz z rozwojem nauk medycznych wprowadzane są coraz to nowe standardy opieki przeciwbólowej. Przykładem takiego rozwiązania jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r., wprowadzające nowe standardy leczenia bólu<sup>18</sup>. Na mocy tego rozporządzenia wprowadzona została m.in. ujednolicona skala pozwalająca na ocenę bólu przez pacjenta i dostosowanie odpowiednich środków przeciwbólowych w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta. Rozporządzenie nałożyło także na podmioty udzielające świadczeń dodatkowe obowiązki związane z zapewnieniem skuteczności wdrażanego leczenia. Zastosowanie wielopłaszczyznowej skali umożliwi personelowi medycznemu odpowiednie dobranie metod leczenia do poziomu bólu odczuwanego przez konkretnego pacjenta. Nie pozwala jednak na jednoznaczne określenie, czy dany pacjent zachowuje w określonej sytuacji odpowiedni poziom rozeznania, który umożliwiłby mu wyrażenie prawnie wiążącej zgody na leczenie. Ocena świadomości i swobody pacjenta w wyrażeniu zgody została pozostawiona wyłącznie lekarzowi udzielającemu świadczenia<sup>19</sup>.

## 2. Prawo do wyrażenia zgody

Zgodnie z treścią art. 16 u.p.p., „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9”<sup>20</sup>. W doktrynie przyjmuje się, że nie chodzi tutaj o samo wyrażenie zgody, ale o wyrażenie zgody uświadomionej, po uprzednim uzyskaniu informacji, odpowiadającej standardom określonym szczegółowo w art. 9 tej ustawy<sup>20</sup>. Wskazuje się, że informacja udzielana pacjentom powinna być jasna, wyrażona zrozumiałym dla pacjenta językiem oraz powinna obejmować nie tylko informacje o samym przebiegu procedury, lecz również informacje dotyczące ewentualnych możliwych powikłań oraz skutków proponowanego zabiegu, a także celu, w jakim dane świadczenie jest proponowane<sup>21</sup>. Dopiero po uzyskaniu takiej wyczerpującej informacji pacjent ma wystarczające rozeznanie dotyczące jego ak-

<sup>18</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych (Dz.U. z 2023 r., poz. 271).

<sup>19</sup> M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 39; M. Malczewska, *Komentarz do art. 32*, [w:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2022, LEX/el.

<sup>20</sup> N. Karczewska-Kamińska, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018, LEX/el.

<sup>21</sup> Ibidem.

tualnej sytuacji zdrowotnej i dopiero wtedy może on podjąć w pełni uświadomioną zgodę. W doktrynie i orzecznictwie istnieją dwa poglądy dotyczące charakteru prawnego zgody na udzielanie świadczeń medycznych. Wskazuje się bowiem, że wyrażenie zgody może być oświadczeniem woli *sensu stricto*<sup>22</sup> lub też, że nie stanowi ono klasycznego oświadczenia woli<sup>23</sup>. Niezależnie jednak od przyjętego stanowiska, z uwagi na treść art. 65<sup>1</sup> k.c., ważność takiej zgody może być oceniana pod kątem wad oświadczenia woli<sup>24</sup>.

Niniejsza analiza poświęcona jest ocenie ważności zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego w odniesieniu do wady oświadczenia woli określonej w art. 82 k.c. Zgodnie ze wspomnianą regulacją: „Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych”. Z uwagi na relatywnie dużą precyzję ustaw medycznych w zakresie oceny świadomości pacjenta, przedmiot niniejszej analizy zostanie ograniczony do wyłączenia swobody podjęcia decyzji. Wobec tego należy zadać pytanie, czy w przypadku pacjenta, który podejmuje decyzję i wyraża zgodę na udzielenie mu świadczenia medycznego pod wpływem odczuwanego bólu, a więc takiego pacjenta, którego działania nakierowane są przede wszystkim na realizację prawa wynikającego z art. 20a u.p.p., czyli prawa do leczenia bólu, może dojść do wyłączenia swobody podejmowania decyzji przez tego pacjenta, a w konsekwencji do nieważności takiego oświadczenia woli.

Art. 17 ust. 4 u.p.p. precyzuje, że wyrażenie zgody może nastąpić w formie zarówno pisemnego oświadczenia, jak i jakiegokolwiek innego zachowania, które wskazywałoby na wyrażenie woli na poddanie się świadczeniu medycznemu lub też na brak takiej woli. W przypadku udzielania świadczeń medycznych pacjentom odczuwającym silny ból wyrażenie zgody na leczenie tego bólu następuje zazwyczaj w formie ustnego oświadczenia. Trudno bowiem w sytuacji nagłej dążyć do pozyskania od pacjenta wyczerpującej pisemnej zgody. Lekarz powinien jednak zadbać wówczas o przekazanie pacjentowi wyczerpującej informacji, w rozumieniu art. 16 i art. 9 u.p.p., jeszcze przed odebraniem od niego zgody na udzielenie świadczenia. Informacja udzielana pacjentowi, mimo że ustna, powinna zawierać wszystkie elementy pozwalające na uznanie, że pacjent wyraża zgodę, mając odpowiedni zestaw informacji, a sposób przekazania tych informacji (w tym używane określenia oraz

<sup>22</sup> Tak np.: S. Grzybowski, *Ochrona dóbr osobistych według przepisów ogólnych prawa cywilnego*, Warszawa 1957, s. 120; M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawno porównawczym*, Toruń 2008, s. 130; M. Nesterowicz, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*, Poznań–Warszawa 1972, s. 20–21.

<sup>23</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012, LEX/el.; A. Kobińska, *Problematyka formy pisemnej zgody udzielonej przez pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 3, s. 82–90.

<sup>24</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*

opis skutków) powinien być możliwie jak najbardziej dopasowany do poziomu świadomości i stopnia rozeznania pacjenta w jego aktualnej sytuacji<sup>25</sup>.

### 3. Wyłączenie swobody

Oświadczenie woli złożone przez osobę, która znajdowała się w stanie wyłączającym świadome lub swobodne oświadczenie woli, uważa się za nieważne. Wymóg świadomego i swobodnego złożenia oświadczenia dotyczy także zgody pacjenta na udzielenie mu świadczenia medycznego<sup>26</sup>. Należy przy tym zaznaczyć, że wada oświadczenia woli, o której mowa w art. 82 k.c., nie tylko odnosi się do całkowitego wyłączenia swobody i świadomości, lecz także obejmuje swoim zakresem stan znacznego ograniczenia zarówno swobody, jak i świadomości<sup>27</sup>.

Wyłączenie swobody następuje w momencie, w którym podmiot podejmujący decyzję, pod wpływem pewnych czynników psychofizycznych, podejmuje decyzję, kierując się tymi czynnikami, nie zaś swoim własnym obiektywnie uzasadnionym interesem<sup>28</sup>. Stan określony w art. 82 k.c. odnosi się także do oświadczeń, które składane były w momencie, gdy z powodów fizjologicznych centralny układ nerwowy człowieka napotyka ograniczenia w aktywności, uniemożliwiające mu odbieranie i przetwarzanie informacji na odpowiednim poziomie. Stanem takim bezspornie jest stan odczuwania silnego bólu, ponieważ odczuwanie bólu opiera się na zaburzeniach w funkcjonowaniu układu nerwowego. Nie budzi wątpliwości fakt, że w sytuacji odczuwania silnego bólu zdolności poznawcze człowieka są znacznie ograniczone. Pacjent odczuwający silny ból *de facto* nigdy nie jest więc w stanie w pełni świadomie i swobodnie wyrazić zgody na udzielanie mu świadczeń medycznych. Jednocześnie nie istnieją obiektywne podstawy do uznania, że pacjent, wyrażając zgodę na udzielenie świadczenia medycznego, którego celem ma być uśmierzenie bólu, zawsze działa w stanie wyłączenia swobody, mogącym mieć wpływ na ważność złożonego oświadczenia.

<sup>25</sup> P. Fliieger i in., *Regulacje prawne dotyczące zgody pacjenta na czynność medyczną*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2012, nr 7–8, s. 9–19; B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsistemowe*, Warszawa 2013, Legalis/el.; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, s. 195; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 160; P. Sobolewski, *Komentarz do art. 16*, [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2020, Legalis/el.; M. Syska, *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*, Warszawa 2013, LEX/el.; U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2016, LEX/el.

<sup>26</sup> J. Haberko, *Realizacja standardów bioetycznych w prawie polskim w zakresie oświadczeń pro futuro*, [w:] J. Kondratiewa-Bryzik, K. Sękowska-Kozłowska (red.), *Prawa człowieka wobec rozwoju biotechnologii*, Warszawa 2013, LEX/el.

<sup>27</sup> R. Strugała, *Komentarz do art. 82*, [w:] E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2023, Legalis/el.; A. Jedliński, *Komentarz do art. 82*, [w:] A. Kidyba (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna*, Warszawa 2012, LEX/el.

<sup>28</sup> R. Strugała, op. cit.

Przyjmuje się, że odczuwanie bólu jako pewnych reakcji, które zachodzą w organizmie, stanowi samo w sobie pewne ograniczenie swobody decyzji. Może ono przejawiać się na wielu płaszczyznach i zależne jest od stopnia natężenia bólu. Wydaje się, że działanie pacjenta odczuwającego silny ból nakierowane będzie na jego uśmierzenie. Swoboda takiego pacjenta w podejmowaniu decyzji będzie więc znacznie ograniczona przez odczuwany ból, kierunek jego działania wyznaczany będzie bowiem nie przez obiektywne przesłanki, lecz przez perspektywę odczuwanego bólu i związanego z nim dyskomfortu.

Kwestią obecnie najbardziej dyskusyjną jest poziom ograniczenia swobody pacjenta, który wyraża zgodę na leczenie odczuwanego przez niego bólu, a więc pacjenta, który chce zrealizować przysługujące mu prawo do leczenia bólu, określone art. 20a u.p.p. Wątpliwości w tym zakresie spowodowane są ograniczoną zdolnością do obiektywnego postrzegania otoczenia i własnej sytuacji przez osoby odczuwające ból. Wyrażenie zgody na dalsze procedury medyczne, wykraczające poza samo uśmierzenie bólu, o ile nie są one niezbędne do niezwłocznego ratowania życia, może bowiem zostać odroczone do momentu, w którym odczuwany ból zostanie choćby częściowo uśmierzony, a pacjent będzie mógł podjąć dotyczące ich decyzje z dostatecznym rozeznanieniem i pełną swobodą<sup>29</sup>. Problemem jest więc *de facto* wyłącznie kwestia wyrażania zgody przez pacjenta, który chce stosunkowo szybko i skutecznie zrealizować przysługujące mu prawo do leczenia bólu.

Wątpliwości prawnych nie budzi zgoda wyrażana przez pacjenta odczuwającego ból w niskim natężeniu. W takim przypadku swoboda pacjenta ograniczona jest zazwyczaj wyłącznie nieznacznie, a odczuwany ból nie wpływa na ważność wyrażanej zgody. Analizy prawnej wymaga natomiast zgoda wyrażana przez pacjenta odczuwającego ból silny, w takim natężeniu, które wpływa na zdolności poznawcze pacjenta i w znacznym stopniu wpływa na ograniczenie swobody podejmowania przez niego decyzji.

Poziom swobody przy składaniu oświadczenia woli ocenia się na moment złożenia oświadczenia<sup>30</sup>. W przypadku pacjentów, którym udzielone mają być świadczenia medyczne polegające na uśmierzaniu bólu, moment wyrażenia tej zgody uzależniony jest od rodzaju leczonego bólu. Z uwagi na kryterium czasu trwania ból dzieli się na ból przewlekły i ból ostry. W przypadku bólu przewlekłego wątpliwości związane ze swobodą pacjenta podczas wyrażania zgody na udzielenie świadczenia nie różnią się od wątpliwości przy udzielaniu innych świadczeń. W takich sytuacjach zgoda na leczenie wyrażana jest zazwyczaj uprzednio, przed rozpoczęciem procesu leczenia. Proces ten jest zazwyczaj bardzo złożony, składa się nie tylko

<sup>29</sup> Art. 33 u.z.l. przewiduje bowiem możliwość udzielenia świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta w sytuacji, w której pacjent ten wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a jego stan zdrowia lub wiek uniemożliwiają mu wyrażenie prawnie wiążącej zgody.

<sup>30</sup> P. Sobolewski, *Komentarz do art. 61*, [w:] K. Osajda, W. Borysiak (red.), *Kodeks Cywilny. Komentarz*, Warszawa 2024, Legalis/el.

stosowanie środków farmaceutycznych, lecz także fizjoterapia, psychoterapia czy zabiegi chirurgiczne.

O problemach związanych ze swobodą pacjenta wyrażającego zgodę na leczenie bólu mówi się zazwyczaj w odniesieniu do drugiego z wymienionych rodzajów bólu, a więc w odniesieniu do bólu ostrego. Bólem ostrym jest ból, który trwa krócej niż 3 miesiące. Pacjentami odczuwającymi ból ostry są więc głównie osoby, które doznały urazu i wymagają niezwłocznej pomocy medycznej.

Do obowiązków lekarza należy uzyskanie uświadomionej zgody od pacjenta przed podjęciem jakiegokolwiek leczenia, a więc także przed podjęciem leczenia przeciwbólowego, niezależnie od tego, czy ból jest w danej sytuacji traktowany jako objaw innej jednostki chorobowej czy też jako przedmiot leczenia jako taki. Przy rozpatrywaniu problematyki związanej ze swobodnym podejmowaniem zgody należy mieć na uwadze potencjalne metody leczenia bólu. Ból ostry leczony jest najczęściej za pomocą niesteroidowych leków przeciwzapalnych (są one powszechnie dostępne, a ich zakup nie wymaga posiadania recepty), jednakże bardzo często, w przypadku bólów silnych i urazowych, stosuje się również substancje o charakterze narkotycznym, w tym m.in. leki opioidowe. Zaordynowanie takich substancji wiąże się zaś ze znacznie szerszym katalogiem potencjalnych skutków ubocznych. Podanie pacjentowi substancji tego rodzaju, bez udzielenia mu wyczerpującej informacji o ewentualnych skutkach ubocznych oraz efektach stosowania tych substancji, a więc bez udzielenia mu pełnej informacji w rozumieniu art. 9 u.p.p., stanowiłoby więc nie tylko rażące naruszenie obowiązków lekarza, ale przede wszystkim rażące naruszenie praw pacjenta. Lekarz powinien więc zawsze udzielić pacjentowi wyczerpującej informacji, dostosowanej do jego aktualnych zdolności poznawczych. Z uwagi na subiektywność stopnia odczuwania bólu i jego natężenia, ocena swobody pacjenta przez lekarza i możliwość dopasowania poziomu szczegółowości i złożoności przekazywanej przez niego informacji napotyka wiele trudności praktycznych. Lekarz nie jest bowiem zawsze w stanie skutecznie i jednoznacznie określić, czy pacjent znajduje się w stanie swobody, umożliwiającym mu samodzielne wyrażenie zgody, czy też nie. Nie jest także w stanie jednoznacznie ocenić ważności uzyskanej zgody.

Jednocześnie zaniechanie przez lekarza podjęcia działań, mających na celu usmierenie bólu, również rozpatrywane byłoby w kategoriach naruszenia obowiązków i etyki. Przepisy nakładają na lekarzy obowiązek udzielania świadczeń z najwyższą starannością oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną<sup>31</sup>. Zaniechanie lub opóźnianie wdrożenia leczenia przeciwbólowego będzie więc stanowiło naruszenie określonego w art. 20a u.p.p. prawa pacjenta, a więc prawa do leczenia bólu. Należy podkreślić, że potencjalne ograniczenie swobody pacjenta nie zwalnia lekarza od obowiązku

<sup>31</sup> Art. 4 u.z.l.



udzielenia pacjentowi wyczerpującej informacji oraz od obowiązku wyjaśnienia mu ewentualnych ryzyk, a także udzielenia mu odpowiedzi na jego pytania i wątpliwości<sup>32</sup>.

Kwestią kluczową w tym zakresie jest natomiast możliwość dokonania przez lekarza jednoznacznej oceny, czy zgoda uzyskana od pacjenta odczuwającego ból będzie zgodą ważną i czy lekarz, podejmując leczenie, postąpi zgodnie z etyką i obowiązującymi przepisami.

W tym zakresie trafne wydawałoby się przyjęcie, że z uwagi na ograniczenie swobody podjęcia decyzji przez pacjentów odczuwających silny ból, u których nie jest konieczne niezwłoczne udzielenie dalej idącej pomocy medycznej, wyrażona przez nich zgoda na leczenie ważna byłaby wyłącznie w takim zakresie, w jakim pacjent godzi się na uśmierzenie jego bólu. W ten sposób zapewnione zostałyby poszanowanie zarówno prawa pacjenta do leczenia bólu, jak i prawa do wyrażenia zgody. Udzielanie ewentualnych dalszych świadczeń zdrowotnych uzależnione byłoby od wyrażenia na nie zgody przez pacjenta po ustaniu bólu, ograniczającego swobodę podejmowanej przez pacjenta decyzji.

Jak zostało to już bowiem wskazane, stan wyłączający swobodę to stan, w którym pacjent nie kieruje się obiektywnie uzasadnionym interesem własnym. W omawianym przypadku trudno byłoby wysnuć twierdzenie, zgodnie z którym pacjent, odczuwający w momencie wyrażania zgody silny ból, nie działa we własnym obiektywnie uzasadnionym interesie, wyrażając zgodę na podanie mu leków, które ból ten uśmierzą. Należy mieć na uwadze, że naturalną reakcją na odczuwany ból jest chęć jego uśmierzenia. Jest to jednocześnie woła zgodna z zasadami logicznego rozumowania i współzycia społecznego. Skoro więc wolę taką można przewidzieć nawet w momencie, w którym ból nie jest odczuwany, to można również założyć, że w przypadku jego odczuwania, niezależnie od skali, wyrażenie zgody na jego uśmierzenie poprzez udzielenie świadczenia medycznego będzie uwarunkowane obiektywnie uzasadnionym interesem.

Wyłączenie swobody, o którym mowa, będzie jednak prawnie relewantne w przypadku wyrażenia zgody przez pacjenta na udzielenie mu świadczeń dalej idących niż świadczenia mające na celu wyłącznie uśmierzenie bólu. Pacjent taki nie ma bowiem, nawet w przypadku udzielenia mu przez lekarza wyczerpującej informacji, dostatecznego rozeznania co do ewentualnych konsekwencji podejmowanej decyzji. Jego działanie naturalnie ukierunkowane jest na uśmierzenie bólu, niezależnie od środków, które miałyby służyć temu celowi. Wyrażając zgodę na jakiegokolwiek dalsze procedury medyczne, pacjent odczuwający ból znajduje się w stanie ograniczenia swobody podejmowania decyzji co do dalszego leczenia, co może skutkować nieważnością udzielonej zgody w tym zakresie. Dla lekarza sytuacja taka stwarza istotne ryzyko, ponieważ naraża go nie tylko na odpowiedzialność

<sup>32</sup> P. Grzesiowski, *Komentarz do art. 20a*, [w:] D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, Legalis/el.

cywilnoprawną, lecz także na odpowiedzialność karną<sup>33</sup> i dyscyplinarną. Oznacza to, że to na lekarzu ciąży zarówno obowiązek upewnienia się, że zgoda, którą uzyskuje od pacjenta, jest zgodą wyrażoną po uprzednim wyczerpującym udzieleniu mu informacji o odpowiedniej treści, jak i obowiązek upewnienia się, że pacjent znajdował się w stanie, który umożliwiał mu wyrażenie prawnie wiążącej zgody.

Zasadne wydaje się więc uznanie, że ocena ważności zgody przez lekarza powinna zależeć od oceny świadomości i swobody konkretnego pacjenta w konkretnej sytuacji. Nie sposób bowiem wypracować jednego, uniwersalnego sposobu, który miałby jednoznacznie rozwiązać kwestię badania poziomu swobody przez lekarza. Swoboda pacjenta, odczuwającego ból, w podejmowaniu decyzji zależeć będzie przy tym nie tyle od źródła odczuwanego bólu, ile od subiektywnych odczuć pacjenta i jego poziomu tolerancji bólu z uwagi na *stricte* subiektywny charakter tego odczucia. Lekarz może zakładać ważność udzielonej zgody wyłącznie w takim zakresie, w jakim zgoda ta obejmuje zgodę na uśmierzenie bólu.

## Podsumowanie

Mając na uwadze powyższe rozważania, należałoby więc uznać, że stan psychofizyczny, w którym znajduje się pacjent odczuwający silny ból, może być postrzegany jako stan wyłączający swobodę powzięcia decyzji w rozumieniu art. 82 k.c. Jednak z uwagi na trudności praktyczne związane z jednoznacznym określeniem przez lekarza swobody pacjenta w podejmowaniu decyzji oraz z uwagi na nałożony na lekarza ustawowy obowiązek udzielania świadczeń medycznych z najwyższą starannością, a także mając na względzie dość wąskie rozumienie stanu wyłączającego swobodne podjęcie decyzji, określonego w art. 82 k.c., zasadne wydaje się przyjęcie, że wyrażenie przez pacjenta odczuwającego silny ból zgody na udzielenie mu świadczenia medycznego, mającego na celu uśmierzenie tego bólu ma charakter zgody prawnie wiążącej, przy spełnieniu pozostałych przesłanek ważności złożonego oświadczenia. W odniesieniu zaś do możliwości swobodnego wyrażenia zgody na poddanie się jakimkolwiek dalszym procedurom medycznym stan swobody pacjenta należy rozpatrywać każdorazowo w odniesieniu do indywidualnej sytuacji, uwzględniając całokształt okoliczności towarzyszących wyrażeniu zgody i przyjmując jednocześnie, że – co do zasady – w sytuacji, w której pacjent odczuwa silny ból, jego swoboda w wyrażaniu zgody na udzielanie świadczeń medycznych dalej idących niż polegających na uśmierzeniu bólu może być znacznie ograniczona, co może skutkować nieważnością takiej zgody.

<sup>33</sup> Chociażby z uwagi na wypełnienie znamion czynu stypizowanego w art. 192 Kodeksu karnego.

## BIBLIOGRAFIA

- Bujny, J. (2007). *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*. Warszawa.
- Cnota, Z. (2021). *Prawo pacjenta w stanie terminalnym do świadczeń zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień w kontekście prawa do wyrażania zgody na udzielenia świadczeń zdrowotnych*, [w:] G. Gura, P. Bednarski (red.), *Prawne aspekty medycyny dotyczące stanów terminalnych*. Warszawa: Legis/el.
- Drozdowska, U., Wnukiewicz-Kozłowska, A. (2016). *Prawa pacjenta*. Warszawa: LEX/el.
- Flieger, P., i in. (2012). *Regulacje prawne dotyczące zgody pacjenta na czynność medyczną*. „Przegląd Prawa Publicznego” 7–8: 9–19.
- Grzesiowski, P. (2021). *Komentarz do art. 20a*, [w:] D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Legis/el.
- Grzybowski, S. (1957). *Ochrona dóbr osobistych według przepisów ogólnych prawa cywilnego*. Warszawa.
- Haberko, J. (2013). *Realizacja standardów bioetycznych w prawie polskim w zakresie oświadczeń pro futuro*, [w:] J. Kondratiewa-Bryzik, K. Sękowska-Kozłowska (red.), *Prawa człowieka wobec rozwoju biotechnologii*. Warszawa: LEX/el.
- Janiszewska, B. (2013). *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*. Warszawa: Legis/el.
- Jedliński, A. (2012). *Komentarz do art. 82*, [w:] A. Kidyba (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna*. Warszawa, LEX/el.
- Karczewska-Kamińska, N. (2018). *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*. Warszawa: LEX/el.
- Kobińska, A. (2008). *Problematyka formy pisemnej zgody udzielonej przez pacjenta*. „Prawo i Medycyna” 3: 82–90.
- Konieczniak, P. (2019). *Prawo do leczenia bólu*, [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, część 1, *Regulacja prawna czynności medycznych*. Warszawa: 351.
- Loeser, J.D., Treede, R.-D., (2008). *The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology*. „Pain” 137(3): 473–477.
- Malczewska, M. (2022). *Komentarz do art. 32*, [w:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*. Warszawa: LEX/el.
- Nesterowicz, M. (1972). *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*. Poznań–Warszawa.
- Nesterowicz, M. (2012). *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*. Warszawa: LEX/el.
- Przybyłko, K. (2016). *Psychologiczne aspekty leczenia bólu*. „Summarium” 65: 71–88.
- Sobolewski, P. (2020). *Komentarz do art. 16*, [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Legis/el.
- Sobolewski, P. (2024). *Komentarz do art. 61*, [w:] K. Osajda, W. Borysiak (red.), *Kodeks Cywilny. Komentarz*. Warszawa: Legis/el.
- Strugała, R. (2023). *Komentarz do art. 82*, [w:] E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*. Warszawa: Legis/el.
- Syska, M. (2013). *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*. Warszawa: LEX/el.
- Śliwka, M. (2008). *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*. Toruń.
- Świdarska, M. (2007). *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*. Toruń.
- Treede, R.-D., i in. (2015). *A Classification of Chronic Pain for ICD-11*. „Pain” 156(6): 1003–1007.