



## Kryteria podejmowania decyzji w imieniu pacjenta niekompetentnego a polskie prawo medyczne

*The criteria for making decisions on behalf  
of the incompetent patient in Polish medical law*

JANUSZ MORASIEWICZ

Z Katedry Psychiatrii AM we Wrocławiu

**STRESZCZENIE.** *W artykule omówiono konsekwencje przyjęcia priorytetu świadomej zgody w przypadku interwencji medycznej w postaci konieczności zastosowania odpowiednich rozwiązań dotyczących substytucji osób niekompetentnych do wyrażenia takiej zgody. Poddano analizie istniejący w tym zakresie stan prawny w polskim ustawodawstwie, wykazując niejasności i braki, w tym w odniesieniu do interwencji psychiatrycznej. Przedstawiono kryteria podejmowania decyzji w imieniu osób niekompetentnych.*

**SUMMARY.** *The article discusses the consequences of accepting the priority of informed consent in medical intervention. These include the need to adopt solutions involving substitutes for the incompetent individual. The current legal status in Poland is discussed and several ambiguities and shortcomings, including those which refer to psychiatric intervention, are pointed out. The criteria for making decisions on behalf of incompetent individuals are presented.*

---

**Słowa kluczowe:** kryteria kompetencji pacjenta / kryteria substytucji / polskie prawo medyczne  
**Key words:** criteria of patient competence/ criteria of substitution/ Polish medical law

---

Podejmowanie decyzji co do leczenia w imieniu osoby niekompetentnej do wyrażenia zgody na interwencję medyczną do niedawna w większości państw europejskich wynikało z zastosowania rozwiązań przyjętych z prawa rzymskiego, dotyczących kurateli nad osobami niezdolnymi do decydowania we własnym imieniu. Rozwiązania takie, z daleko posuniętą ingerencją w autonomię osób wykazujących trwałe lub przejściowe ograniczenia w decydowaniu o sobie, począwszy od lat siedemdziesiątych zostały zmienione w wielu państwach i zastąpione przepisami, w których na ogół ustanowiono priorytet zgody pacjenta, nawet formalnie niezdolnego do czynności prawnych, o ile tylko wg opinii lekarskiej jest on zdolny do wyrażenia zgody [3].

Z drugiej, strony przyjęcie priorytetu świadomej zgody spowodowało konieczność roz-

wiązania problemu decydowania w sprawach leczenia w imieniu osób niekompetentnych z odwołaniem się do regulacji prawnych zarówno w odniesieniu do postępowania leczniczego i diagnostycznego, jak i w aspekcie udziału takich osób w eksperymentach badawczych [2, 9]. Ten ostatni problem nie będzie przedmiotem dalszych rozważań z uwagi na potrzebę odrębnego opracowania.

W uchwalonej w Oviedo w 1997 r. *Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie*, przyjętej przez państwa członkowskie Rady Europy i inne państwa – sygnariuszy, określono jako wymóg niezbędny do interwencji medycznej, dotyczącej osoby nie mającej zdolności do wyrażenia zgody, uzyskanie takowej od przedstawiciela tej osoby lub odpowiedniego pełnomocnika, osoby lub ciała przewidzianego przez prawo. Przy czym

osoba, której dotyczyć ma interwencja, powinna w takim stopniu, w jakim to jest możliwe, uczestniczyć w tym postępowaniu. Jeśli postępowanie dotyczy małoletniego, jego opinia powinna być brana pod uwagę w proporcji do jego wieku i stopnia dojrzałości [4]. W swoim zamyśle postanowienia Konwencji dotyczą wszystkich osób, które nie mogą skutecznie wyrazić zgody na interwencję, obejmując trzy kategorie osób [17]: (1) osoby małoletnie, (2) osoby pełnoletnie niezdolne w świetle prawa do wyrażenia zgody, (3) osoby pełnoletnie niezdolne *de facto* do wyrażenia zgody.

W praktyce prawnej spotyka się następujące możliwości podejmowania decyzji w imieniu osoby nie mającej faktycznej lub formalnej zdolności do wyrażenia zgody na interwencję medyczną:

1. uprawnienie opiekuna faktycznego,
2. działanie przedstawiciela ustawowego,
3. reprezentowanie przez adwokata wcześniej upoważnionego,
4. decydowanie przez lekarza lub lekarzy i innych specjalistów,
5. postanawianie przez sąd.

W polskim prawie medycznym sformułowane zostały następujące wskaźniki pragmatyczne dotyczące uznania pacjenta za osobę kompetentną bądź nie do podejmowania decyzji leczniczej w odniesieniu do siebie.

1. Kryterium wieku:
  - osoby małoletnie do 16 roku życia,
  - osoby małoletnie powyżej 16 roku życia,
  - osoby pełnoletnie.
2. Kryterium posiadania zdolności do czynności prawnych:
  - osoby ubezwłasnowolnione całkowicie,
  - osoby ubezwłasnowolnione częściowo, jeśli z postanowienia sądowego wynika, że kurator jest uprawniony do wydawania zgody w sprawie interwencji medycznych dotyczących osoby ubezwłasnowolnionej,

- osoby posiadające w pełni zdolność do czynności prawnych w zakresie decydowania o interwencji medycznej.

3. Kryterium zdolności do wyrażenia zgody pisemnej (występuje w przypadku przyjęcia do szpitala psychiatrycznego oraz w sytuacji wyrażania zgody na zabieg operacyjny albo na świadczenia zdrowotne – lecznicze i diagnostyczne – stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta):
  - osoby niezdolne do wyrażenia pisemnej zgody,
  - osoby zdolne do wyrażenia pisemnej zgody.

---

Inne kryteria pragmatyczne, w tym w szczególności oparte o badanie testowe sprawności funkcji poznawczych, nie mają umocowania w polskim prawie medycznym.

Aktami prawnymi regulującymi szczegółowo w polskim prawie medycznym podejmowanie decyzji w imieniu pacjenta niekompetentnego odnośnie interwencji medycznej są: Ustawa o zawodzie lekarza [12], Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej [11] oraz Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego [10]. Przy czym, w Ustawie o zawodzie lekarza znalazły się przepisy normujące warunki substytucji w przypadku udzielania zgody na świadczenia zdrowotne, w dwóch następnych – zasady substytucji w przypadku wyrażania zgody na przyjęcie do szpitala ogólnego lub psychiatrycznego.

W zakresie zgody na świadczenia zdrowotne uprawnienia takie posiadają:

1. Przedstawiciel ustawowy (rodzic wobec osoby małoletniej lub opiekun albo kurator wobec osoby ubezwłasnowolnionej) [12];
2. Opiekun faktyczny w odniesieniu do wyrażenia zgody na badanie (ale nie na inne świadczenia zdrowotne), gdy brak jest przedstawiciela ustawowego lub nie można się z nim porozumieć – dla osób małoletnich i dla osób dorosłych niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody [12];

## 3. Sąd opiekuńczy:

- a) wobec osób małoletnich, gdy nie ma albo nie można się porozumieć z przedstawicielem ustawowym ani z opiekunem faktycznym (tam, gdzie jego zgoda jest dopuszczalna) oraz
- b) wobec dorosłych ubezwłasnowolnionych całkowicie lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody, gdy nie ma albo nie można porozumieć się z przedstawicielem ustawowym ani z opiekunem faktycznym (tam, gdzie ma on uprawnienia do wyrażenia zgody), a także
- c) wobec osób małoletnich powyżej 16 roku życia,
- d) osób ubezwłasnowolnionych oraz
- e) dysponujących dostatecznym rozeznanie pacjentów chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, gdy wymienieni w pkt. c, d lub e sprzeciwiają się czynnościom medycznym obok zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego (tam, gdzie ma on uprawnienia do wyrażenia zgody) albo gdy przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny takiej osoby nie wyraża zgody na interwencję medyczną [12].

## 4. Lekarz:

- a) jeśli pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumieć się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym [12],
- b) a w odniesieniu do zabiegów operacyjnych lub metod leczenia albo diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko, gdy zwłoka w uzyskaniu zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia [12].

podanych wyżej, również pacjentów chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo. Ustawodawca określił bowiem, że chodzi o tych z nich, którzy dysponują dostatecznym rozeznanie (w domyśle: co do faktycznego wyrażenia zgody), a z drugiej strony z treści artykułu wiadomo, że nie są oni pozbawieni formalnej zdolności do czynności prawnych (bo obok tej kategorii oddzielnie wymieniono w tym artykule osoby ubezwłasnowolnione i małoletnie). Należałoby zatem przyjąć, że ustawodawca uznał, iż wobec osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo, dysponującej dostatecznym rozeznanie, a więc faktycznie zdolnej do wyrażania zgody, opiekun faktyczny może wyrażać zgodę w jej imieniu na czynności medyczne (z wyłączeniem hospitalizacji psychiatrycznej). Powyższa konstrukcja prawna jest niespójna z innymi rozwiązaniami i z różnymi międzynarodowymi deklaracjami oraz aktami prawnymi [4].

W zakresie wyrażania zgody na przyjęcie do szpitala (z wyłączeniem psychiatrycznego) osoby niezdolnej do wyrażenia zgody uprawnionym jest przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny [11]. Z treści art. 32 ust. 6 Ustawy o zawodzie lekarza, w którym mowa jest o „czynnościach medycznych”, można wnioskować, że postanowienia tam zawarte dotyczą również przyjęcia do szpitala, które nie będąc świadczeniem zdrowotnym może być zapewne uznane za czynność medyczną. Z wymienionego wyżej artykułu wynika, że przyjęcie do szpitala – rozumiane jako „czynność medyczna” – może nastąpić za zgodą sądu opiekuńczego i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w razie sprzeciwu małoletniego, który ukończył 16 lat, osoby ubezwłasnowolnionej albo pacjenta chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo, lecz dysponującego dostatecznym rozeznanie [12]. Ponieważ zgoda sądu jest niezbędna tylko w razie sprzeciwu tych osób, należy przyjąć, że w razie braku takowego sprzeciwu wystarczająca byłaby zgoda przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Według zapisu zawartego

---

Niejasna jest intencja umieszczenia w art. 32 ust. 6 Ustawy o zawodzie lekarza przepisu dotyczącego, obok innych kategorii osób

w cytowanym artykule sąd jest władny wydać zgodę również w odniesieniu do osób wymienionych wyżej w przypadku nie wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tych osób.

Zastrzeżenia dla takiej konstrukcji prawnej, obejmującej osoby chore psychicznie lub upośledzone umysłowo, lecz posiadające dostateczne rozeznanie, a więc kompetentne, zostało przedstawione wyżej.

Z rozwiązaniem tego wyłączono przyjęcie do szpitala psychiatrycznego uregulowane na zasadzie *lex specialis* odrębnym aktem prawnym. W Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego ustalono wydanie zgody na hospitalizację psychiatryczną osób formalnie niezdolnych do wyrażenia zgody (bez zdolności do czynności prawnych) z powodu małoletniości lub ubezwłasnowolnienia. Rozstrzygnięto, że wymagana jest w takiej sytuacji pisemna zgoda przedstawiciela ustawowego danej osoby, jednakże, gdy jest to osoba małoletnia powyżej 16 roku życia lub całkowicie ubezwłasnowolniona, ale faktycznie zdolna do wyrażenia zgody, wymagana jest również jej zgoda. W razie sprzeciwu tej osoby zgodę na hospitalizację psychiatryczną wyraża sąd opiekuńczy. W przypadku, gdy sprawa dotyczy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, obok zgody przedstawiciela ustawowego wymagana jest również zgoda sądu opiekuńczego. W Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego brak jest natomiast rozstrzygnięć dotyczących procedury wyrażania zgody na hospitalizację osób faktycznie niezdolnych do wyrażenia zgody, lecz formalnie zdolnych do czynności prawnych i nie posiadających przedstawiciela ustawowego.

W takiej sytuacji można by się kierować przepisami Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wg której uprawnienie do substytucji ma również opiekun faktyczny [11]. Budzą się jednak wątpliwości czy zapis zawarty w tej ustawie, mówiący o zgodzie opiekuna faktycznego na przyjęcie do szpitala, ma zastosowanie do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, gdyż nie przewidziano tego rozwiązania w Ustawie o ochronie

zdrowia psychicznego, która opiekunowi faktycznemu nie dała żadnych uprawnień, a przepis ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie podaje wymogów co do pisemnego charakteru takiej zgody ani co do kontroli sądowej tej procedury.

Warto zwrócić uwagę, że osoby faktycznie sprawujące opiekę nad osobą niezdolną do wyrażenia zgody na interwencję medyczną posiadają – w świetle obowiązujących w Polsce przepisów prawnych – tylko ograniczone uprawnienia do wyrażania zgody w imieniu takiej osoby (i to tylko pod warunkiem braku sprzeciwu z jej strony), a mianowicie do decydowania o badaniu lub przyjęciu do szpitala (z wyłączeniem psychiatrycznego).

Z przytoczonych wyżej zasad wywieść można – z zastrzeżeniem sformułowań podanych w art. 32 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza – że formalna niezdolność do czynności prawnych, np. z powodu małoletniości czy ubezwłasnowolnienia nie jest wystarczającą przesłanką w przepisach polskiego prawa do wyłączenia udziału takiej osoby w wyrażaniu zgody na interwencję medyczną. Musi być bowiem spełniony wymóg faktycznej niezdolności do wyrażenia zgody niezależnie od uwarunkowań formalno-prawnych. Rozwiązanie powyższe jest zgodne z międzynarodowymi standardami prawnymi.

Mankamentem regulacji zawartych w przytoczonych aktach prawnych jest to, że nie obejmują one wszystkich sytuacji związanych z działaniami medycznymi, nie operują ogólniejszym sformułowaniem „interwencja medyczna”, a w niektórych przypadkach dają sprzeczne instrukcje co do zasad postępowania (art. 32 ust. 6 Ustawy o zawodzie lekarza versus rozwiązania prawne przyjęte w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego). W szczególności należy stwierdzić, że w polskim ustawodawstwie istnieje luka prawna dotycząca procedury przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osób mających formalną zdolność do czynności prawnych, ale faktycznie niekompetentnych do wyrażenia zgody na hospitalizację [8].

## KRYTERIA PODEJMOWANIA DECYZJI W CZYMŚ IMIENIU

W imieniu pozbawionych całkowicie lub częściowo autonomii pacjentów decyzje podejmują pełnomocnicy umocowani przez prawo [1, 2, 3, 4, 6]. Decyzje dotyczące interwencji medycznych osób niekompetentnych podejmowane przez nich powinny spełniać określone kryteria [2, 13]. Najczęściej wymienia się: (1) kryterium czystej autonomii, (2) kryterium najlepiej pojętego interesu pacjenta, (3) kryterium opinii zastępczej.

### Kryterium czystej (pełnej) autonomii

Kryterium to opiera się na zasadzie honorowania wcześniejszych decyzji pacjenta, podejmowanych przez niego, gdy był kompetentny, a odnoszących się do sytuacji, gdy stał się niekompetentny.

Kryterium to nie może być zastosowane wobec osób, które nigdy nie były kompetentne w stosunku do określonej decyzji. Powinno być ono uwzględnione w pierwszej kolejności w sytuacji podejmowania decyzji w imieniu pacjenta, jeśli tylko jest to możliwe [2].

W praktyce psychiatrycznej zasada ta mogłaby dotyczyć osób, które uprzednio podejmowały decyzje co do określonego leczenia, będąc zdolne do wyrażania zgody, a następnie w związku z pogłębieniem się zaburzeń psychicznych utraciły kompetencję do decydowania o swoim leczeniu.

### Kryterium najlepiej pojętego interesu pacjenta

Kryterium to polega na określeniu przez opiekuna, które z możliwych rozwiązań jest najkorzystniejsze z uwagi na interes pacjenta z uwzględnieniem ryzyka, jakie każde z rozwiązań z sobą niesie.

Kryterium to odnosi się wprost do jakości życia. Kryterium to powinno być zastosowane, gdy nie możemy zastosować kryterium czystej autonomii. Jest to najlepsze z kryteriów dla pacjentów, których wcześniejszych preferencji nie znamy oraz takich, którzy zawsze byli niekompetentni [2]. Jakkolwiek kryterium to nie ma nic wspólnego

z podejściem paternalistycznym (brany jest wszakże pod uwagę interes pacjenta a nie jego przedstawiciela ustawowego czy opiekuna), to jednak często mylnie tak jest rozumiane przez tych ostatnich.

W odniesieniu do psychiatrii kryterium to powinno być stosowane np. przez opiekunów osób, które nigdy nie posiadały wystarczającej autonomii niezbędnej do osiągnięcia progu kompetencji do decydowania o swoim leczeniu z powodu upośledzenia umysłowego.

### Kryterium opinii zastępczej (substytucyjnej)

Kryterium to opiera się na tezie, że autonomiczne prawo pacjenta do podejmowania decyzji, nawet gdy jest niekompetentny, przechodzi na jego pełnomocnika, który powinien podejmować takie decyzje w imieniu pacjenta, jakie podejmowałby on, gdyby był kompetentny [2].

Zastosowanie tego kryterium wymaga, aby pełnomocnik znał odpowiedź na pytanie: „Czego by sobie życzył pacjent w takiej sytuacji?”. Oznacza to, że kryterium to nie może być zastosowane wobec pacjentów, którzy nigdy nie byli kompetentni i których autonomiczny wybór wobec określonej sytuacji nie może zostać zrekonstruowany. Kryterium opinii zastępczej powinno być stosowane w trzeciej kolejności, gdy nie mogą być uwzględnione wcześniej wymienione kryteria.

W imieniu osób zaburzonych psychicznie kryterium to może być zastosowane przez pełnomocników znających wcześniejsze preferencje tych osób, nawet jeśli nie odnosiły ich do konkretnej sytuacji. Np. jeśli określona osoba była przeciwna leczeniu za pomocą zabiegów elektrowstrząsowych, niezależnie od ich korzystnego działania leczniczego, a akceptowała farmakoterapię, to opiekun powinien decydować w analogiczny sposób.

Beauchamp i Childress przypominają, że „najlepiej pojęty interes pacjenta może kolidować zarówno z opinią zastępczą, jak i z kryterium pełnej autonomii” [2]. Podobny wniosek wysnuł Warren i wsp. badając preferencje opiekunów pensjonariuszy domów starców, którzy w eksperymencie badawczym byli

skłonni podejmować decyzje bądź niezgodne ze znanymi im preferencjami podopiecznych, bądź wbrew ich interesom [13].

W polskim prawie medycznym nie ustalono, jakimi kryteriami powinni kierować się pełnomocnicy pacjentów niekompetentnych. Brak jest również zasad pragmatycznych opartych o wyżej wymienione kryteria, znanych i przyjmowanych przez osoby i strony biorące udział w postępowaniach, w których zapadają decyzje w zastępstwie i w imieniu osób niekompetentnych. Niekompetencja w zakresie udzielania zgody na interwencje medyczne części osób z zaburzeniami psychicznymi wymaga z jednej strony wprowadzenia pewnych procedur postępowania w takich sytuacjach z zastosowaniem zgody substytucyjnej, a z drugiej strony przeprowadzenia dyskusji na temat kryteriów, jakimi powinien kierować się pełnomocnik osoby niekompetentnej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Appelbaum P.S., Lidz Ch.W., Meisel A.: Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice. Oxford Univ. Press, New York 1987.
2. Beauchamp T.L., Childress J.F.: Zasady etyki medycznej. Książka i Wiedza, Warszawa 1996.
3. Blankman K.: Guardianship models in the Netherlands and Western Europe. Int. J. Law Psychiatry 1997, 20, 1, 47–57.
4. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine. Convention on Human Rights and Biomedicine. Oviedo, 4.04.1997. European Treaty Series 164, Bruxelles 1997.
5. Frank J.B., Degan D.: Conservatorship for the chronically mentally ill. Int. J. Law Psychiatry 1997, 20, 1, 97–111.
6. Gillon R.: Etyka lekarska – problemy filozoficzne. PZWL, Warszawa 1997, 134.
7. Komentarz do projektu konwencji bioetycznej. Biuletyn Ośrodka Informacji i Dokumentacji Rady Europy. Bioetyka 1994, 3, 12–29.
8. Morasiewicz J., Baranowski P., Banach D.: Liberum veto wobec ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Post. Psychiatr. Neurol. 1993, 2, 317–324.
9. Tomossy G.F., Weisstub D.N.: The reform of adult guardianship laws. The case of non-therapeutic experimentation. Int. J. Law Psychiatry 1997, 20, 1, 113–139.
10. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz. U. nr 111, poz. 535, Warszawa 1994 wraz późn. zm.
11. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz. U. nr 91, poz. 408, Warszawa 1991 wraz z późn. zm.
12. Ustawa z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. Dz. U. nr 28, poz. 152, Warszawa 1997 wraz z późn. zm.
13. Warren J. i wsp.: Informed consent by proxy. An issue in research with elderly patients. N. Engl. J. Med. 1986, 315, 1124–1128.

*Adres: Dr Janusz Morasiewicz, Katedra Psychiatrii AM,  
ul. Kraszewskiego 25, 50-229 Wrocław*