

Z medycznej wokandy



JERZY SOWIŃSKI



JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

Okres wakacyjny to zwykle sezon ogórkowy, ale także więcej czasu na rozmowy i dyskusje, także współautorów tej rubryki, o wielu pasjonujących kwestiach, m.in. dotyczących prawa medycznego. Bezpośrednią inspiracją do napisania poniższego tekstu był posełski projekt ustawy o ludziach starszych i wiele niezwykle inspirujących i uroczych dyskusji z neurologami, za które zwłaszcza niżej podpisany prawnik szczególnie pragnie podziękować.

Zgoda na leczenie pacjenta w podeszłym wieku

Wprawdzie rzeczony dokument w swych zamierzeniach ma regulować jedynie zakres monitorowania i przedstawiania informacji o sytuacji osób starszych, a więc niewiele, ale zasługuje na uwagę co najmniej z dwóch powodów.

Pojawia się tu po raz pierwszy kategoria ludzi starszych, którą projekt definiuje... jako osoby, które ukończyły 60. rok życia. Zastanawiające, chociażby w kontekście polskich debat dotyczących wieku emerytalnego. Co także interesujące, projektodawcy starali się zdefiniować pojęcie polityki senioralnej rozumianej jako ogół działań organów administracji publicznej oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się.

Po drugie – jak się wydaje – to bodaj pierwsza próba dostrzeżenia pewnego zjawiska, z którym będziemy mieli do czynienia w coraz większym stopniu, ze względu na proces starzenia się polskiego społeczeństwa. Zakres normowania tego dokumentu jest niewielki, bo sprowadza się jedynie do instytucjonalizacji monitorowania sytuacji osób starszych, nie przyznając tej kategorii osób żadnych uprawnień ani nawet nie odnosząc się do szczególnych sytuacji w udziałem takich osób, w tym wynikających z prawa medycznego. Od razu trzeba zastrzec, że szanse na przyjęcie tego dokumentu są obecnie w zasadzie żadne, z uwagi na koniec kadencji Sejmu. Jest jednak nadzieja, że projekt (być może w innej już postaci) powróci w kolejnej odsłonie polskiego parlamentaryzmu, bo problem jest istotny i to z wielu powodów.

Dla prawnika właściwie jedyną kwestią godną uwagi jest byt prawny, a więc pewien obszar stosunków społecznych regulowanych przez prawo. Nie oznacza to, że we wszystko powinien wkraczać ustawodawca. Jednak kiedy faktycznie jest taka potrzeba, a nie ma regulacji w tym obszarze, to mówi się wówczas o tzw. luce prawnej. I wydaje się, że w kwestii statusu prawnego osób starszych mamy do czynienia właśnie z taką właśnie luką.

Swego czasu jeden ze współautorów zajmował się bliżej kwestią uzyskania zgody od osób starszych, czego efektem był cykl artykułów naukowych, m.in. w „Medycznej Wokandzie”. Wydaje się jednak, w kontekście powyższych uwag, że warto powrócić do tematu, a przynajmniej – z uwagi na ramy

publikacji – zasygnalizować go. Truizmem są twierdzenia, że jednym z podstawowych obowiązków lekarza w związku z prowadzonym leczeniem, a jednocześnie prawem pacjenta, jest uzyskanie zgody na leczenie od dobrze poinformowanego pacjenta, działającego z odpowiednim rozeznaniem, w pełni świadomego swojej sytuacji. Jest to z jednej strony element tzw. zgody uświadomionej, a z drugiej, prawa do informacji. Należy podkreślić, że informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. Praktyka medyczna, jak również prawnicza wskazuje, że w wypadku osób w podeszłym wieku procedura uzyskiwania zgody pacjenta na leczenie może rodzić wiele wątpliwości i problemów. Obowiązujące akty normatywne dotychczas nie posługiwały się kategorią osoby starszej lub w podeszłym wieku. A przecież wiek odgrywa istotną rolę, jeżeli chodzi o ocenę

...w wypadku osób w podeszłym wieku procedura uzyskiwania zgody pacjenta na leczenie może rodzić wiele wątpliwości i problemów. Obowiązujące akty normatywne dotychczas nie posługiwały się kategorią osoby starszej lub w podeszłym wieku. A przecież wiek odgrywa istotną rolę, jeżeli chodzi o ocenę zdolności do wyrażenia zgody na leczenie, ale dotyczy to jednak osób do 16. roku życia...

zdolności do wyrażenia zgody na leczenie, ale dotyczy to – w świetle obowiązujących regulacji – jednak osób do 16. roku życia (a w niektórych wypadkach, np. przeszczepu szpiku i zgody na aborcję, już od 13. roku życia). Mimo to z uwagi na stan zdrowia u takich pacjentów starszych mogą się pojawić różnego typu zaburzenia w sferze poznawczej, np. zaburzenia świadomości, otępienia i zaburzenia depresyjne. Co szczególnie ważne, choć sytuacje takie występują stosunkowo często, mogą być nierozpoznane w procesie leczniczym. Trudno się zatem dziwić, że w takich wypadkach mogą się pojawiać istotne wątpliwości co do tego, czy pacjent w sposób w pełni świadomy wyraził zgodę na leczenie. Skoro lekarze

mają wątpliwości, to tym bardziej prawnicy. Kwestie te – co do zasady – regulowane są przez normy prawne, które posługują się jednak innymi kategoriami pojęciowymi, takimi jak osoba niezdolna do zrozumienia znaczenia informacji, osoba nieprzytomna, osoba ubezwłasnowolniona.

Zakwalifikowanie przypadku do danej kategorii powoduje, że należy zastosować odpowiednią procedurę uzyskania zgody na leczenie, przy czym zaliczenie do jednej z powyższych grup osób ma charakter kategoryczny, natomiast medycyna pełna jest zwykle płynnych, niedookreślonych sytuacji, które mogą w konsekwencji budzić rozbieżności w ocenach co do tego, czy uzyskana zgoda była w istocie właściwa.

Przed wszystkim wypada wspomnieć o powinności lekarza właściwego poinformowania pacjenta. Obowiązek ten został *expressis verbis* sformułowany w art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jak również w art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w Kodeksie etyki lekarskiej (KEL). Zakres przedmiotowy, a więc zakres udzielanej pacjentowi przez lekarza informacji, obejmuje wiadomości o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Wskazuje się, że w zakresie przekazywanych informacji o możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych powinny znaleźć się także dane dotyczące np. metod, które nie są dostępne w kraju, lub tych, które nie są finansowane z pieniędzy publicznych. Należy przy tym podkreślić, że sposób przekazywania takich informacji pacjentowi powinien być przystępny dla pacjenta, a nie dla osoby, która taki komunikat formułuje. Warto także zauważyć, że w świetle cytowanych przepisów pacjent po uzyskaniu informacji ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie (tak art. 16 KEL i 31 lekarskiej ustawy zawodowej).

Na marginesie trzeba odnotować, że ustawa o prawach pacjenta gwarantuje ponadto prawo do informacji o prawach pacjenta. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien udostępnić taką informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. Powyższego wymogu – co rozumiałe – nie stosuje się do wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarstwa, położnych i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarstwa, położnych. Ponadto w myśl art. 12 tej ustawy, pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.

Należy też dodać, że zgodnie z art. 18 KEL lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Co więcej, na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację. Ponadto – zgodnie z art. 10 ustawy o prawach pacjenta – w wypadku, gdy lekarz odstępuje od leczenia, rezygnując ze współpracy z pacjentem (możliwość taką przewiduje art. 38 ustawy zawodowej lekarskiej). Nie dotyczy to oczywiście przypadków, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy le-

karskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (tak art. 30 uzliłd), pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Zakres podmiotowy, a więc krąg podmiotów, które uprawnione są do uzyskania takiej informacji, obejmuje oczywiście samego pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną (takie upoważnienie może pochodzić także od przedstawiciela ustawowego). Należy szczególnie podkreślić, chodzi w tym wypadku o każdego pacjenta, który jest zdolny (w sensie psychofizycznym, a nie prawnym) do otrzymania takiej informacji, a nie tylko o osobę, która ma taką możliwość w świetle obowiązujących norm prawnych, np. ma zdolność do czynności prawnych. W każdym wypadku lekarz powinien rozstrzygnąć, czy osoba taka (np. z dysfunkcjami poznawczymi)

...sposób przekazywania takich informacji pacjentowi powinien być przystępny dla pacjenta, a nie dla osoby, która taki komunikat formułuje. Warto także zauważyć, że w świetle cytowanych przepisów pacjent po uzyskaniu informacji ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie...

ma odpowiednie zdolności percepcyjne (psychofizyczne), aby nastąpił właściwy odbiór informacji przez pacjenta. O ile kategoria „pacjent nieprzytomny” jest w zasadzie zrozumiała, o tyle w kontekście opisywanej tu problematyki, kategoria „pacjent niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji” może budzić ogromne wątpliwości w praktyce, ale i w doktrynie. Wskazuje się w literaturze, że może chodzić o osobę nietrzeźwą, pod wpływem silnego bólu lub mocno oddziałujących leków na psychikę. Z pewnością do tej kategorii można zaliczyć osoby z dysfunkcją poznawczą. Pojawia się też pytanie, kto jest uprawniony do rozstrzygnięcia tej kwestii, tzn. czy może tego dokonać każdy lekarz, który przekazuje taką informację, czy np. tylko specjalista w zakresie oceny stanu psychicznego, tj. psychiatra. Wydaje się jednak, że każdy lekarz jest do tego uprawniony, choć zapewne jeżeli możliwe jest uzyskanie takiej opinii od lekarza psychiatry, zawsze warto z takiej możliwości skorzystać. Powyższe przesłanki będą rozstrzygające także do oceny, czy wskazanie przez pacjenta kręgu osób, które można informować (np. członków rodziny, osoby bliskie, inne osoby), będzie prawnie skuteczne. Jest to o tyle istotne, że przekazanie informacji osobie nieupoważnionej należy traktować jako nieuprawnione ujawnienie tajemnicy lekarskiej. A to może rodzić odpowiedzialność prawną lekarza.

Należy wspomnieć, że jeżeli pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz powinien udzielić informacji przedstawicielowi ustawowemu, a w razie jego braku lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – opiekunowi faktycznemu pacjenta. Paradoksalnie pacjent ma jednak także prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji o jego stanie zdrowia. Trzeba podkreślić, że w tym wypadku żądanie takie musi być sformułowane w sposób wyraźny i jasny, co oznacza, że lekarz nie może tylko domniemywać czy niejako domyślać się takiej woli chorego. Chodzi najczęściej o złe diagnozy, których chory może się bać, bądź chęć pozostawania w nieświadomości co do rzeczywistego stanu swojego zdrowia. Trzeba jednak pamiętać, że w każdym momencie osoba taka może zmienić swoje oświadczenie woli i wówczas lekarz będzie zobligowany do udzielenia takich treści. Należy podkreślić, że także w tym wypadku lekarz powinien ocenić, czy takie oświadczenie pochodzi od osoby działającej z odpowiednim rozeznaniem, zdolnej do zrozumienia znaczenia informacji. W razie wątpliwości należy przekazać odpowiedni zakres informacji. Zupełnie innym przypadkiem jest sytuacja opisana w art. 31 ust. 4 ustawy zawodowej lekarskiej. Zgodnie z tym przepisem w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli wg oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. Ustawa nakazuje jednak, aby w takich przypadkach lekarz przekazał taką informację przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie przez niego upoważnionej. Jest to o tyle zadziwiająca i krytykowana konstrukcja, że po pierwsze, ustawowa przesłanka „dobro pacjenta” może być różnie rozumiana, po drugie, ocena lekarza także zawiera w sobie kryterium subiektywne (musi być ono jednak oparte na racjonalnych przesłankach), a po trzecie, z dużym prawdopodobieństwem należy przesądzić – zważywszy na rodzaj takiej informacji (niepomysłnej) – że reakcja takiej osoby będzie zapewne na tyle charakterystyczna, że pacjent z pewnością domyśli się, iż rokowania nie są dobre. Podkreślić trzeba, że na żądanie pacjenta lekarz musi udzielić mu żądanej informacji. Z uwagi na powyższe zastrzeżenia należy sugerować, aby z tej możliwości korzystać tylko w sytuacjach, które nie budzą nawet najmniejszych wątpliwości. Powyższe rozwiązanie nie upoważnia w żadnym stopniu jednak lekarza do zastosowania tzw. kłamstwa terapeutycznego, a więc przekazania nieprawdziwych informacji. W tym wypadku możliwości percepcji informacji przez pacjenta są bez znaczenia, skoro to lekarz – w świetle tego przepisu – decyduje, czy skorzystać z tej możliwości. Co niezwykle ważne, bez względu na stan psychiczny i możliwości zrozumienia informacji, w razie niepomysłnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością (art. 17 KEL). Należy dodać, że dodatkowe szczegółowe regulacje dotyczące obowiązku informowania znajdują się także w rozmaitych odrębnych aktach normatywnych, których nie sposób tu wszystkich wymienić, choć wcześniejsze odesłanie do tekstu zamieszczonego w „Medycznej Wokandzie” uspokaja, że czytelnik poszukujący takiej odpowiedzi może ją znaleźć w innej publikacji. Podkreślić ponadto trzeba, że lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, aby chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Co więcej, zgodnie

z art. 18 KEL na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację. Z kolei w wypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia lekarz powinien poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw (art. 21 KEL). Warto podkreślić, że obowiązek udzielenia informacji pacjentowi obciąża lekarza i to na nim spoczywa ciężar dowodu wykonania tego obowiązku. Jako dowód wykonania tej powinności powinny służyć wpisy w historii choroby, wręczone informacje pisemne (potwierdzone stosownym oświadczeniem i podpisem pacjenta), ale także zeznania świadków. Jak już wyżej sygnalizowano, właściwa informacja dla pacjenta to niezbędny element tzw. uświadomionej zgody na leczenie. Brak właściwego poinformowania oznaczać może bezskuteczność zgody. Dotyczy to także tzw. zgody blankietowej, np. w sytuacji przyjmowania do szpitala i wyrażenia zgody na wszelkie proponowane leczenie, w tym operacyjne, w trakcie hospitalizacji. Jak stanowi art. 32 ust. 1 lekarskiej ustawy zawodowej, lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, jedynie po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

W razie nieuzyskania zgody na proponowane postępowanie lecznicze lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską, ale nie może, poza przypadkami szcze-

W razie nieuzyskania zgody na proponowane postępowanie lecznicze lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską, ale nie może, poza przypadkami szczególnymi wskazanymi w ustawach, podjąć się leczenia.

gólnymi, wskazanymi w ustawach, podjąć się leczenia. Jeżeli nie można uzyskać zgody pacjenta, bo jest on niezdolny do świadomego wyrażenia zgody (a więc np. ze względu na zaburzenia poznawcze), wówczas należy zwrócić się do jego przedstawiciela ustawowego (jeżeli takiego ma), a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe, uzyskać stosowne zezwolenie sądu opiekuńczego. Wyjątkowo tylko istnieje możliwość przeprowadzenia interwencji medycznej bez zgody pacjenta i z pominięciem powyższej procedury. A mianowicie badanie lub udzielenie pacjentowi tzw. innego świadczenia zdrowotnego (czyli nie zabiegu chirurgicznego i ryzykownej metody diagnostycznej) bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym, a tym bardziej uzyskać zezwolenie sądu opiekuńczego. Taką decyzję lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem, odnotowując te okoliczności w dokumentacji medycznej pacjenta. Jak widać, powyższy wyjątek dotyczy dwóch możliwych sytuacji.

Zastosowanie tej procedury jest dopuszczalne jeżeli pacjent ze względu na wiek bądź ze względu na stan zdrowia nie może osobiście wyrazić zgody.

Pierwsza sytuacja dotyczy jednak wyłącznie pacjenta nieletniego, a nie w podeszłym wieku. Natomiast druga, a mianowicie stan zdrowia, który uniemożliwia w sposób właściwy wyrazić zgodę, odnosić może się już z pewnością do pacjentów w podeszłym wieku, z upośledzeniem funkcji poznawczych. Oczywiście w praktyce mogą pojawić się wątpliwości, czy pacjent jest jeszcze (sytuacje graniczne) zdolny do wyrażenia samodzielnie zgody w sposób właściwy. Należy jednak przyjąć, że powyższe należy traktować jako wyjątek, a jako taki – zgodnie z powszechnie obowiązującymi regułami prawnymi – nie można traktować rozszerzająco i np. stosować co do każdego pacjenta w podeszłym wieku. Ograniczyć taką możliwość należy jedynie do sytuacji niebudzących cienia wątpliwości i pod warunkiem że nie można uzyskać zgody innego podmiotu, o którym mowa była wyżej. Przepisy opisują także postępowanie w sytuacji, gdy trzeba przeprowadzić zabieg chirurgiczny lub zastosować metodę leczenia lub diagnostykę stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta. O ile zasadniczo zgoda może być udzielona w dowolnej formie, a więc ustnie lub nawet przez fakty dorozumiane, tzn. poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym, o tyle zupełnie inaczej będzie w wypadku zabiegu chirurgicznego albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta. Otóż wtedy osoba uprawniona zgodę wyraża w formie pisemnej. W tym wypadku lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa powyżej, wobec pacjenta ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma takiego przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. Z kolei w sytuacjach nagłych, gdy nie można uzyskać zgody wg powyższych procedur (np. nie można czekać z zabiegiem), zgodnie z art. 34 ust. 7 lekarskiej ustawy zawodowej można podjąć leczenie bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Wtedy lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza i to w miarę możliwości tej samej specjalności.

O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy oraz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta. Pewne wątpliwości mogą pojawić się w sytuacji, jeżeli pacjent uprzednio wcześniej złożył oświadczenie woli, z którego wynika, że nie zgadza się na określony zabieg lub inną czynność medyczną i zrobił to w formie pisemnej lub aktu notarialnego (np. żąda, żeby go nie ratować, pozwolić mu umrzeć), a obecnie jest nieprzytomny lub niezdolny do świadomego wyrażenia własnej woli. Wydaje się, że lekarz powinien to uszanować. Chyba że z powodu stanu psychicznego (np. ze względu na dysfunkcje poznawcze) w momencie jego składania oświadczenia to można uznać za wadliwe. Oczywiście w praktyce sytuacje takie będą zawsze budzić wątpliwości, bo

Wyjątkowo tylko istnieje możliwość przeprowadzenia interwencji medycznej bez zgody pacjenta i z pominięciem powyższej procedury. A mianowicie badanie lub udzielenie pacjentowi tzw. innego świadczenia zdrowotnego (czyli nie zabiegu chirurgicznego i ryzykownej metody diagnostycznej) bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej.

jak lekarz miałby ocenić, jaki był stan psychiczny chorego w momencie sporządzania takiego dokumentu. Tym bardziej że forma aktu notarialnego mogłaby uprawdopodobniać, że osoba taka działała przed notariuszem z odpowiednim rozeznanieniem. A przecież nawet to także można kwestionować.

W art. 35 lekarskiej ustawy zawodowej unormowano tzw. wyjątek terapeutyczny. Pod tym pojęciem należy rozumieć sytuację, gdy w trakcie wykonywania zabiegu chirurgicznego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności.

W takim wypadku istnieje obowiązek, o ile jest to oczywiście możliwe, zasięgnięcia opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności, oraz dokonania odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej, a po zakończeniu zabiegu poinformowania pacjenta lub jeżeli to jest niemożliwe – jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy. Dodatkowo należy zaznaczyć, że w wielu przepisach szczegółowych zamieszczono rozwiązania, które można określić jako przymus leczenia. Oznacza to, że lekarz może podjąć leczenie nie tyle bez zgody, ale nawet wbrew woli pacjenta. Są to jednak sytuacje wyjątkowe i pod żadnym pozorem nie można ich stosować rozszerzająco.

Jak wynika z powyższego, zastosowanie powyższych procedur prawnych w praktyce może rodzić wiele wątpliwości. W każdym wypadku należy jednak pamiętać, że obowiązuje zasada zawarta w preambule do KEL, a mianowicie *salus aegroti suprema lex esto*. Paradoksalnie dobro pacjenta nie zawsze będzie oznaczać poprawę stanu zdrowia. Niekiedy bowiem, w sytuacji braku zgody na leczenie, paradoksalnie zaniechanie leczenia będzie musiało być traktowane jako zachowanie na rzecz dobra pacjenta. W tym kontekście w praktyce mogą pojawić się wątpliwości, czy w wypadku pacjentów w podeszłym wieku z dysfunkcjami poznawczymi (co przecież jest kategorią zróżnicowaną) zgoda lub brak zgody zostały udzielone w sposób właściwy. A należy pamiętać, że działanie lekarza bez zgody pacjenta można powodować odpowiedzialność prawną.