

Główne problemy dotyczące zarządzania ryzykiem w praktyce neurologicznej

David E. Thiess, JD,^a Justin A. Sattin, MD,^b Daniel G. Larriviere, MD, JD^c

^aAmerican Health Lawyers Association, Waszyngton, Stany Zjednoczone

^bDepartment of Neurology, Clinical Science Center, University of Wisconsin, Madison, Stany Zjednoczone

^cDepartment of Neurology, University of Virginia School of Medicine, Charlottesville, Stany Zjednoczone

Adres do korespondencji:
Department of Neurology,
University of Virginia School
of Medicine, University of
Virginia, PO Box 800394,
Charlottesville, VA 22908-0394

e-mail: dgl6t@virginia.edu
(D.G. Larriviere).

Neurol Clin 28 (2010) 429-439

Neurologia po Dyplomie
2011; 6 (1): 74-81

SŁOWA KLUCZOWE: prawo cywilne, świadoma zgoda, autonomia pacjenta, odpowiedzialność lekarska

Lekarze uprawiają swój zawód w środowisku prawnym. Ogólnie mówiąc, jako punkty odniesienia przy osądzaniu postępowania lekarskiego prawo uwzględnia zwyczaje i wartość profesji medycznej. Niemniej jednak opieka nad pacjentem z chorobą neurologiczną wymaga zrozumienia pewnych zagadnień prawa cywilnego. Ma to istotne znaczenie szczególnie w wybranych aspektach relacji między lekarzem a pacjentem z chorobą neurologiczną, obejmującej uzyskanie świadomej zgody pacjenta, leczenie ostrego udaru mózgu z użyciem tkankowego aktywatora plazminogenu (tissue plasminogen activator, t-PA), zgłaszania przypadków pacjentów z ośpieniem i padaczką, którzy prowadzą pojazdy mechaniczne, oraz ocenę zdolności do głosowania przez osoby z ośpieniem. Niniejszy artykuł stanowi krótki przegląd tych zagadnień. W każdym przypadku zachęca się neurologów do zaznajomienia się z obowiązującymi zasadami prawnymi.

Świadoma zgoda

Koncepcja świadomej zgody została opracowana przez szacunek prawa dla autonomii pacjenta i w celu zapewnienia ochrony przed ingerencją w ciało chorego bez jego zgody.¹ Obowiązek uzyskania przez lekarza świadomej zgody pacjenta znacznie wykracza poza zdobycie jego podpisu na odpowiednim formularzu. Zamiast tego lekarz powinien upewnić się, że przed wyrażeniem świadomej zgody na leczenie pacjent otrzymał odpowiednie informacje.

Historycznie w Stanach Zjednoczonych przy ocenianiu wartości informacji udzielonych pacjentowi przy uzyskiwaniu świadomej zgody w postępowaniu sądowym wykorzystywano dwa standardy. Na podstawie standardu lekarskiego sąd będzie dążył do określenia zasobu informacji, jaki zwykle inny lekarz uznałby w podobnych okolicznościach za konieczny do przekazania pacjentowi, tak aby ten, podejmując decyzję, w pełni zrozumiał problem. W innych stanach sądy oceniają wartość prawną świadomej zgody na podstawie tzw. standardu rozsądnego pacjenta, poprzez zapytanie, jaką informację chciałby przed podjęciem decyzji o leczeniu uzyskać inny pacjent, znajdujący się w podobnej sytuacji.¹

Standard lekarski jest pod tym względem podobny do stosowanego w sprawach sądowych o błąd w sztuce lekarskiej, w których również ustala się potencjalny sposób postępowania innego lekarza znajdującego się w podobnych okolicznościach. Zgodnie z nimi rzecznik procesowy przedstawia zeznania innych lekarzy (biegłych sądowych), które pozwalają określić liczbę i rodzaj informacji niezbędnych do podjęcia przez pacjenta konkretnej decyzji medycznej.

W przeciwieństwie do tego, zgodnie ze standardem rozsądnego pacjenta konieczność ujawnienia wszystkich informacji istotnie związanych z leczeniem powinna mieć pierwszeństwo przed korzyścią medyczną² i stanowić logiczne przedłużenie potrzeby chronienia autonomii pacjenta. Standard rozsądnego pacjenta narzuca lekarzowi w większym stopniu niż respektowanie standardów profesji medycznej konieczność brania pod uwagę szczególnych okoliczności, w jakich

znajduje się pacjent analizujący przekazywane informacje związane ze sposobem leczenia.³ Nie zaskakuje, że sądy odchodzą od standardu lekarskiego na rzecz standardu rozsądnego pacjenta.¹ Obecnie blisko połowa stanów opiera swe regulacje prawne na tym drugim.¹

ELEMENTY ŚWIADOMEJ ZGODY

Przedstawione powyżej dwa rodzaje standardów pozwalają ocenić adekwatność informacji przekazanej pacjentowi przed uzyskaniem świadomej zgody, z kolei sądy poprzez orzecznictwo uznają niektóre informacje za nieodzowne. Ogólnie rzecz ujmując, lekarze powinni udzielać pełnych informacji na temat diagnozy każdemu pacjentowi. W przypadku, gdy przed postawieniem rozpoznania konieczne jest przeprowadzenie badań diagnostycznych, należy przedstawić choremu ich istotę i celowość oraz ryzyko związane z ich wykonaniem.¹ Ponadto lekarze powinni zawsze omówić z chorym rodzaj i cel proponowanego leczenia, a także możliwe powikłania i rezultaty. Konieczność przedstawiania możliwych następstw leczenia zależy od ich nasilenia i prawdopodobieństwa wystąpienia. Nie trzeba informować o 5% ryzyku wystąpienia łatwej do wyleczenia infekcji, lecz z pewnością należy ostrzec chorego przed możliwością wystąpienia porażenia kończyn, nawet jeżeli ryzyko wynosi tylko 1%.¹ Lekarz powinien udzielić pacjentowi pełnej informacji na temat możliwych alternatywnych metod leczenia, rokowania związanego z zastosowaniem terapii lub jej odrzuceniem, a także istnienia jakiegokolwiek konfliktu interesów związanego z postępowaniem terapeutycznym. W typowych sytuacjach sąd nie wymaga od lekarza dostarczenia szczegółowych wartości liczbowych dotyczących sukcesów związanych z leczeniem proponowaną metodą lub procesem diagnostycznym przy zastosowaniu konkretnej procedury, wymaga jednak udzielenia szczerych odpowiedzi na postawione przez pacjenta pytania.¹

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZWIĄZANA Z ZANIEDBANIEM OBOWIĄZKU UDZIELENIA INFORMACJI

Zaniedbanie obowiązku udzielenia pacjentowi satysfakcjonującej informacji przed wdrożeniem leczenia pociąga za sobą poważne konsekwencje prawne. Oprócz wytoczonego przez pacjenta procesu sądowego o błąd w sztuce lekarskiej, niektóre sądy dopuszczają możliwość wytoczenia procesu przeciwko lekarzowi przez osoby trzecie, które na skutek tego zaniedbania zostały skrzywdzone przez pacjenta. Na przykład w sprawie *Coombes vs Florio*⁴ dr Florio nie poinformował swojego pacjenta o nazwisku Sacca, że przepisane leki mogą powodować senność, zawroty głowy, zasłabnięcia lub zaburzenia świadomości. W związku z tym pan Sacca nie uznał za konieczne powstrzymanie się od prowadzenia samochodu. W trakcie przyjmowania zaordynowanych przez dr. Florio leków pan Sacca wjechał samochodem na chodnik, zabijając syna pana Coombesa. Ojciec poszkodowanego wytoczył proces lekarzowi za niedopełnienie obowiązku ostrzeżenia pacjenta przed prowadzeniem samochodu w trakcie zalecanej terapii. Sąd Najwyższy w Massachusetts dopuścił proces Coombesa przeciwko

dr. Florio za popełnienie błędu zaniedbania obowiązku udzielenia stosowanej informacji dotyczącej prowadzenia samochodu w trakcie przyjmowania zaleconych leków. Sąd stwierdził, że obowiązek lekarza zapewnienia pacjentowi właściwej opieki obejmuje konieczność ostrzeżenia go przed działaniami niepożądanymi terapii, tak aby pacjent mógł podjąć świadomą decyzję o przyjmowaniu przepisanych leków i aby wiedział, czego powinien unikać podczas leczenia. Sąd uznał również, że ponieważ przewidywalne ryzyko uszczerbku na zdrowiu nie było ograniczone tylko do pacjenta, pokrzywdzone osoby trzecie mogą wytoczyć proces lekarzowi.⁴

Decyzja w sprawie Coombesa nie zmienia w stanie Massachusetts wymagań dotyczących świadomej zgody, rozszerza jednak grono osób, które mogą wytoczyć proces lekarzowi za możliwe do przewidzenia wystąpienie uszczerbku na zdrowiu, wynikające z zaniedbania obowiązku udzielenia pacjentowi informacji o potencjalnych działaniach niepożądanych leczenia. Podobne decyzje dotyczące zbliżonych przypadków zapadły w co najmniej dwóch innych stanach USA.^{5,6} Za wcześniej jest, aby powiedzieć, czy uzasadnienie decyzji podjętej w sprawie Coombesa zostanie przyjęte w innych stanach. Niezależnie od tego, na kogo rozciąga się obowiązek świadomej zgody, lekarze muszą omawiać ze swoimi pacjentami ryzyko, korzyści i działania niepożądane związane z zaleconymi metodami leczenia. Dlatego powinni zapewnić pacjentowi odpowiednią ilość czasu, umożliwiającą mu zadawanie pytań i udokumentować przebieg rozmowy w dokumentacji medycznej.

Odpowiedzialność związana z podejmowaniem decyzji dotyczących leczenia pacjentów z ostrym udarem niedokrwiennym mózgu za pomocą t-PA

W związku z różnymi opiniami na temat ryzyka i korzyści związanych z dożylnym leczeniem trombolitycznym z użyciem rekombinowanego ludzkiego t-PA wielu lekarzy wyraziło obawę, że stosowanie lub niestosowanie tego leku może narażać ich na odpowiedzialność prawną.⁷⁻⁹ Poniżej przedstawiono dwa ważne elementy prawne stosowane w procesach o błąd w sztuce lekarskiej w związku z leczeniem trombolitycznym, jakimi są standard opieki i związek przyczynowy, a także omówiono sposób analizy sądowej tych elementów w procesie orzekania o odpowiedzialności lekarskiej przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych.

STANDARD OPIEKI I ZWIĄZEK PRZYCZYNOWY JAKO ELEMENTY OCENY DECYZJI DOTYCZĄCEJ LECZENIA t-PA

W przypadkach dotyczących popełnienia błędu w sztuce lekarskiej na poszkodowanego występującego w roli powoda spada konieczność udowodnienia, że pozwany lekarz swoim postępowaniem naruszył odpowiednie standardy opieki medycznej. Za standard opieki w sprawach dotyczą-

cych błędu w sztuce medycznej uważa się zwykle postępowanie, jakie w sytuacji najbardziej zbliżonej do analizowanej podjąłby lekarz tej samej specjalizacji lub podspecjalizacji, znajdujący się w podobnych okolicznościach.¹⁰

Przy określaniu standardu opieki medycznej biegli sądowi zeznający w sprawach o błąd w sztuce mają do dyspozycji wytyczne praktycznego postępowania klinicznego, dotyczące leczenia trombolitycznego z użyciem t-PA. Wytyczne American Academy of Neurology (AAN) Practice Advisory on Thrombolytic Therapy for Acute Ischemic Stroke¹¹ i wytyczne American Heart Association (AHA) Guidelines for the Early Management of Adults with Ischemic Stroke¹² popierają dożylnie stosowanie t-PA u pacjentów z ostrym udarem niedokrwiennym mózgu po uwzględnieniu pewnych kryteriów włączenia i wyłączenia. Jednak North American Emergency Medicine Physician stoi na stanowisku, iż leczenie z użyciem t-PA nie powinno być traktowane jako standard opieki,¹³ sugerując, że stosowanie tego leku powinno być ograniczone wyłącznie do ośrodków medycznych posiadających specjalne zaplecze umożliwiające leczenie pacjentów z udarem mózgu.¹⁴

Jeśli stosowanie się do tych wytycznych może być w tych przypadkach wykorzystywane jako zgodne ze standardem opieki, nasuwa się wniosek, że w tych samych warunkach od neurologa należałoby oczekiwać stosowania leku, a od lekarza medycyny ratunkowej nie. W ten sposób osoba, która wytacza proces lekarzowi medycyny ratunkowej za niewdrożenie leczenia trombolitycznego, mogłaby mieć większe trudności w udowodnieniu naruszenia standardu opieki niż osoba, która z tego samego powodu pozywa neurologa.

To nie oznacza, że neurolog, który odstępuje od podania t-PA choremu kwalifikującemu się do leczenia trombolitycznego, zawsze musi być traktowany jako lekarz naruszający standardy opieki medycznej. Jeśli neurolog wykazałby, że w tych samych lub podobnych okolicznościach część neurologów nie zastosowałaby takiego leczenia, wówczas jego postępowanie można uznać za zgodne ze standardem opieki. Sytuacja ta wynika z zasady znanej jako zasada szanowanej mniejszości.¹⁵ W tym przypadku neurolog musiałby dowieść, że są powody, aby wątpić w zasadność podstawowych danych popierających dożylnie stosowanie t-PA u chorych z ostrym udarem mózgu. Staje się to trudniejsze w świetle wyników przeprowadzonego ostatnio randomizowanego badania kontrolowanego dotyczącego bezpieczeństwa i skuteczności tego leku¹⁶ oraz wyników badań populacyjnych, które wykazały, że ma on korzystne działanie zarówno na polu badawczym, jak i w praktyce.^{17,18}

Innym zasadniczym elementem oskarżeń o popełnienie błędu w sztuce lekarskiej związanym z leczeniem trombolitycznym za pomocą t-PA jest związek przyczynowy. Jeśli sąd uzna, że w związku z odstąpieniem od podania leku pacjentowi lub osobie występującej w roli powoda lekarz naruszył standardy opieki medycznej, powód musi w dalszej kolejności udowodnić, że decyzja ta była przyczyną wystąpienia uszczerbku na zdrowiu.

W procesach o błąd w sztuce osoba występująca w roli powoda tradycyjnie wykazuje prawny związek przyczynowy po-

przez dowiedzenie istnienia ponad 50% prawdopodobieństwa, że postępowanie oskarżonego było istotnym czynnikiem powodującym wspomnianą szkodę.¹⁹ Wiadomo jednak, że u 20-38% pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu, którzy nie otrzymają leczenia trombolitycznego, po 3 miesiącach od zachorowania dojdzie do całkowitego lub prawie całkowitego ustąpienia deficytu neurologicznego.²⁰ U chorych, u których wdrożono leczenie, odsetek ten wynosi 31-50%. Ponieważ prawdopodobieństwo wyzdrowienia u chorych zarówno leczonych, jak i nie jest mniejsze niż 51%, trudno byłoby w indywidualnym przypadku stwierdzić, że postępowanie oskarżonego spowodowało ostateczny stan zdrowia powoda.

Jednak niektóre sądy nie stosują tradycyjnej metody oceny istnienia związku przyczynowego, która wymaga udowodnienia ponad 50% prawdopodobieństwa, że postępowanie lekarza istotnie miało wpływ na przebieg choroby. Niektóre jurysdykcje umożliwiły osobom występującym w roli powoda uzyskanie rekompensaty za utracenie szansy na poprawę stanu zdrowia. Zgodnie z tą teorią powód może raczej odzyskać szansę na osiągnięcie lepszego wyniku leczenia niż na sam wynik jako taki.²¹

To, czy powód, u którego możliwości osiągnięcia lepszego wyniku leczenia są małe, zdoła odzyskać utraconą w wyniku zaniedbania oskarżonego szansę na poprawę stanu zdrowia, zależy w dużej części (ale nie wyłącznie) od tego, czy przypadek ten miał miejsce w obszarze jurysdykcji, która postępuje zgodnie z tradycyjnym sposobem analizy związku przyczynowego lub dopuszcza do przedstawienia przez powoda dowodów na pozbawienie go szansy na wyzdrowienie i daje mu możliwość jej odzyskania. Ogólnie, w ponad połowie stanów USA dopuszcza się możliwość przedstawienia dowodów na stratę szansy na poprawę stanu zdrowia, podczas gdy mniejszość odcina się do tradycyjnej metody analizy związku przyczynowego.²²

ANALIZA PROCESÓW I APELACJI

Analiza procesów prowadzonych we wszystkich sądach stanowych i federalnych dotyczących leczenia trombolitycznego pacjentów z ostrym udarem niedokrwiennym mózgu za pomocą t-PA objęła 20 spraw w sądach pierwszej instancji i 6 spraw apelacyjnych, łącznie z wytoczonymi w związku z popełnieniem błędu w sztuce lekarskiej na skutek odstąpienia od podania t-PA. Żaden z procesów nie dotyczył oskarżenia lekarza za spowodowanie uszczerbku na zdrowiu w wyniku podania leku.

Spośród 20 spraw rozstrzygniętych przez sąd pierwszej instancji w pięciu wyrok zapadł na korzyść powoda, w czternastu na korzyść oskarżonego, zaś w jednej nie ustalono werdyktu. W trzech procesach oskarżenie dotyczyło lekarza neurologa, w każdym z nich wyrok zapadł na korzyść oskarżonego. Osoby występujące w roli oskarżycieli najczęściej wygrywały sprawę w tych przypadkach, gdy proces był wytoczony przeciwko szpitalowi, przy czym wyrok na korzyść powoda zapadł w 5 z 12 takich przypadków. Ponieważ sądy stanowe zwykle nie wydają pisemnych opinii, trudno było zna-

leżć informacje na temat przebiegu postępowania procesowego prowadzącego do ustalenia każdego z tych werdyktów.

Jedną ze spraw apelacyjnych, jaka miała miejsce w Teksasie, *Young vs Memorial Hermann Hospital System*, ilustruje tradycyjną rolę, jaką pełni związek przyczynowy w procesach dotyczących leczenia trombolitycznego.²³ Sprawa dotyczyła 37-letniego mężczyzny przywiezionego do szpitala z powodu zaburzeń świadomości. Trafił na szpitalny oddział ratunkowy o godzinie 21:15, ale rozpoznanie udaru mózgu postawiono dopiero o godzinie 02:30. Mężczyzna wniósł oskarżenie, twierdząc, że opóźnienie w rozpoznaniu uniemożliwiło wdrożenie leczenia trombolitycznego za pomocą t-PA i uzyskanie poprawy stanu zdrowia.¹ Sąd wymagał od powoda udowodnienia, że prawdopodobieństwo uniknięcia uszczerbku na zdrowiu w przypadku wdrożenia leczenia w odpowiednim czasie wynosiło co najmniej 51%.¹ Analizując przedstawione przez niego dowody, sąd federalny powołał się na wyniki badania National Institute of Neurological Disorders and Stroke, w którym bezwzględna korzyść, wynikająca z leczenia za pomocą t-PA w badaniu wynosiła 11-13%, oraz na wyniki przeprowadzonej w 1997 roku analizy podgrupy, w której korzyść z leczenia trombolitycznego młodszych pacjentów z mniejszym deficytem neurologicznym ocenionym w skali NIHSS (w grupie pacjentów, do której zostałyby włączony powód) wynosiła 17%. Ponieważ powód nie mógł dowieść, że w przypadku odpowiednio szybkiego wdrożenia leczenia miałby ponad 51% szansę uniknięcia obecnego stanu zdrowia, wyrok zapadł na korzyść oskarżonych (co pozwoliło sędziom uniknąć konieczności dalszego rozstrzygnięcia sprawy i wyciągnięcia innych konsekwencji).¹ W trzech z sześciu spraw apelacyjnych dotyczących leczenia trombolitycznego analizowano element związku przyczynowego w podobny sposób, a werdykt zapadł na korzyść oskarżonych.²⁴⁻²⁶

Przebieg procesu apelacyjnego, do którego doszło w stanie Kentucky, ilustruje możliwe podejście sądów, zwiększające odpowiedzialność lekarza za odstąpienie od podania leku trombolitycznego. W sprawie *Lake Cumberland LLC vs Dishman* biegły sądowy zeznał, że poszkodowana kwalifikowała się do podgrupy osób, które „z pewnością, jaką daje aktualny stan wiedzy medycznej” mogłyby osiągnąć znacząco lepszy wynik leczenia, gdyby podano im t-PA.^{3,27} W rezultacie biegły sądowy przedstawił zindywidualizowaną ocenę prawdopodobieństwa poprawy stanu zdrowia powódki na podstawie opublikowanych danych dotyczących ostrego udaru mózgu, która wskazywała na pomyślniejszy przebieg choroby w przypadku wdrożenia leczenia. Z powodu skarg na nasilające się zawroty głowy u poszkodowanej przeprowadzono angiografię mózgową. Po zabiegu doszło u niej do wystąpienia udaru niedokrwiennego mózgu, nierozpoznanego przez personel szpitalny przez bliżej nieokreślony czas, w wyniku czego nie zostało wdrożone leczenie trombolityczne. Na początku procesu sąd apelacyjny zwrócił uwagę, że władze sądowe w stanie Kentucky przyjmują tradycyjne podejście do elementu związku przyczynowego. Dlatego główną kwestią była ocena, czy niewdrożenie leczenia za pomocą t-PA wiązało się z ponad 50% prawdopodobieństwem wystąpienia uszczerbku na zdro-

wiu. Sąd apelacyjny przyjrzał się analizie podgrupy przedstawionej przez biegłego sądowego i uznał ją za satysfakcjonującą spełnienie wymogu dowiedzenia związku przyczynowego obowiązującego w stanie Kentucky. W rezultacie sąd utrzymał wniosek ławy przysięgłych, że uszczerbek na zdrowiu powódki był spowodowany zaniedbaniem oskarżonego.³

Sprawy sądowe dotyczące leczenia trombolitycznego za pomocą t-PA wskazują na dwa intrygujące problemy prawne dotyczące popełnienia błędu w sztuce medycznej: rozbieżność praktyk w różnych specjalizacjach medycznych i decyzji, czy błąd popełniony przez lekarza spowodował szkodę w sytuacjach, w których niepomyślny przebieg choroby wciąż byłby najbardziej prawdopodobną opcją, nawet jeśli postępowanie lekarza byłoby zgodne ze standardem opieki medycznej. W odniesieniu do standardu opieki medycznej neurologicy biorący udział w procesie sądowym mogą powoływać się na wytyczne AAN popierające leczenie z użyciem t-PA jako standard postępowania w ostrym udarze niedokrwiennym mózgu. Niemniej jednak neurologicy, którzy odstępują od podania t-PA pacjentowi zakwalifikowanemu do leczenia trombolitycznego, będą musieli przedstawić powody kwestionowania wiarygodności podstawowych danych, popierających stosowanie t-PA u chorych z ostrym udarem mózgu. Interesujące jest to, że autorzy poszukiwań nie natrafili na żaden proces apelacyjny, w którym neurolog lub lekarz medycyny ratunkowej byłby oskarżony o podanie leku trombolitycznego.

Lekarze zainteresowani problemem odpowiedzialności zawodowej rzadziej zdają sobie sprawę, że prawo przyjmuje różnice poglądów na to, co stanowi wystarczający związek między postępowaniem oskarżonego a wystąpieniem uszczerbku na zdrowiu powoda, dający podstawę do uzyskania rekompensaty. Tradycyjna analiza związku przyczynowego mogłaby u większości pacjentów z udarem mózgu ograniczyć możliwość uzyskania rekompensaty, ponieważ narzucone przez nią a priori prawdopodobieństwo osiągnięcia lepszego rezultatu przy zastosowaniu odpowiedniej terapii jest mniejsze niż 51%. W niektórych przypadkach teoria utraty szansy pozwala powodowi odzyskać utraconą w wyniku zaniedbania oskarżonego możliwość osiągnięcia lepszego rezultatu. W celu upewnienia się, czy wyrok jest sprawiedliwy i lekarze uczciwie traktowani konieczne jest w tych przypadkach przekonywujące podejście do ilościowej oceny utraconej szansy.

Nawet na obszarach jurysdykcji sądów stosujących tradycyjne podejście do związku przyczynowego pacjent z udarem mózgu może uzyskać rekompensatę szkody, jeśli biegły sądowy mógłby wiarygodnie uzasadnić kwalifikację powoda do małej grupy pacjentów, którzy skorzystaliby z leczenia trombolitycznego, tak jak to miało miejsce w sprawie *Lake Cumberland LLC vs Dishman*. Podstawa oceny eksperta w tym przypadku nie została wspomniana w opinii sądu. Pozostaje jednak kwestia, czy na podstawie własnego doświadczenia lub opublikowanych wyników analizy podgrupy taka zindywidualizowana ocena byłaby przedmiotem intensywnych badań i krytyki obrońcy w sytuacji, gdy oszacowane prawdopodobieństwo nie ma wystarczających podstaw naukowych. Gdyby świadek

dowiółł niezdolności do uzasadnienia oceny, naraziłoby ich to na bardzo realne ryzyko utraty wiarygodności w oczach ławy przysięgłych w przypadku rozpatrzenia sprawy. Ponadto wiele sądów niechętnie pozwala sędziom przysięgłym spekulować o tym, czy powód kwalifikuje się do grupy osób, które odniosłyby korzyści z leczenia trombolitycznego. Gotowość biegłego sądowego do przyjęcia stanowiska, że niepodanie t-PA choremu z udarem niedokrwiennym mózgu „z większym niż mniejszym prawdopodobieństwem” uniemożliwiło uzyskanie poprawy jego stanu zdrowia, prawdopodobnie powstrzymałoby sąd przed wydaniem ostatecznego wyroku na korzyść oskarżonego, zanim sprawa trafiłaby przed osąd ławy przysięgłych, co zwiększyłoby prawdopodobieństwo jej korzystnego rozwiązania na korzyść powoda.

Prowadzenie pojazdów przez osoby z otępieniem

Niektórzy pacjenci z otępieniem kierujący pojazdami mechanicznymi stanowią istotne zagrożenia zarówno dla siebie, jak i innych. Lekarze często mogą zaobserwować wystąpienie objawów wskazujących na niebezpieczeństwo, jakie stanowi pacjent, zanim dojdzie do wypadku. W związku z tym stają przed problemem, jak zminimalizować to niebezpieczeństwo, upewniając się, że pacjent rezygnuje z prowadzenia pojazdu lub nie będzie prowadził częściej niż powinien, respektując jednocześnie zasadę tajemnicy lekarskiej. Utrata zdolności do prowadzenia pojazdów może istotnie wpływać na autonomię i wolność osobistą pacjentów, zwłaszcza w starszym wieku. Lekarze stający przed tym dylematem muszą znaleźć równowagę między kwestią bezpieczeństwa publicznego a realnym prawdopodobieństwem wystąpienia sytuacji, w której pacjent może zrezygnować z opieki medycznej lub może u niego dojść do rozwinięcia objawów, jeżeli dowie się, że lekarz ujawnił te informacje organom państwowym. Ponadto, decyzja władz stanowych o zawieszeniu prawa jazdy może istotnie wpływać na zdrowie pacjenta. Badania wykazały, że zatrzymanie choremu prawa jazdy stanowi silny czynnik predykcijny nasilenia się objawów depresji.²⁸ W większości stanów USA lekarz może złożyć doniesienie na pacjenta do organów państwowych. W innych stanach lekarze są do tego zobligowani. American Medical Association opracowało krótkie podsumowanie na temat prawa krajowego dotyczącego tego problemu.²⁹

ZGŁASZANIE DANYCH MEDYCZNYCH JEST REGULOWANE PRZEZ PRAWO STANOWE

W większość stanów USA obowiązuje prawo nakazujące zgłaszanie informacji na temat pacjentów z otępieniem, którzy prowadzą pojazdy mechaniczne. Regulacje prawne dotyczące tej kwestii są bardzo różne. Gdy lekarz styka się z tym problemem po raz pierwszy, powinien zasięgnąć porady prawnika lub skonsultować się z odpowiednim wydziałem do spraw eliminowania ryzyka na terenie jego stanu.

W skrócie, lekarz zgłasza swoje obawy do wydziału ruchu drogowego (department of motor vehicles, DMV). Urzędnik DMV kontaktuje się wówczas z pacjentem w celu oceny zdolności pacjenta do prowadzenia pojazdów mechanicznych, umożliwiającej podjęcie decyzji, czy może on zachować prawo jazdy.

W większości stanów USA zgłaszanie danych na temat pacjenta do wydziału ruchu drogowego jest dobrowolne. Pozwala to lekarzom i pacjentom na większą elastyczność w zakresie rozwiązywania sporów dotyczących prowadzenia samochodu i zwiększa szanse na utrzymanie właściwych relacji w przypadkach, gdy pacjent nie jest w stanie bezpiecznie prowadzić. W takich sytuacjach lekarz może namawiać pacjenta do dobrowolnej rezygnacji z kierowania pojazdem lub dobrowolnego zgłoszenia się do DMV, jeżeli na skutek zaburzeń funkcji poznawczych stanowi on potencjalne zagrożenie na drodze. Zasada nieobowiązkowego zgłaszania danych na temat pacjentów wykorzystuje wyjątkową pozycję lekarza, umożliwiającą dostrzeganie niebezpieczeństwa, jakie stanowi pacjent na drodze i dającą możliwość oceny zagrożenia publicznego w indywidualnym przypadku. Dlatego w sytuacjach, gdy pacjent nie ma rodziny lub nie może korzystać z pomocy innych, a niebezpieczeństwo, jakie stwarza na drodze, jest małe, lekarz może zdecydować, że pacjent powinien zachować możliwość prowadzenia samochodu i wstrzymać się od zgłoszenia do wydziału ruchu drogowego.

Warto zauważyć, że w kilku stanach USA lekarz ma prawny obowiązek raportowania danych na temat pacjenta do DMV, co umożliwiłoby ponowne przeprowadzenie testów i ewentualne zatrzymanie prawa jazdy. Dlatego, nawet gdy pacjent przestrzega zaleceń lekarza dotyczących zaprzestania prowadzenia samochodu, lekarz nadal może być zobligowany do złożenia doniesienia.

Ustawodawstwo stanowe często opisuje sytuacje, w których lekarz powinien złożyć doniesienie. Na przykład prawo obowiązujące w stanie Pensylwania pozwala lekarzowi na dowolność w podjęciu decyzji o zgłoszeniu pacjenta w przypadku wielu stanów chorobowych i objawów, obejmujących zaburzenia napadowe, niestabilną cukrzycę lub hipoglikemię, okresowe zaburzenia świadomości, zaburzenia psychiczne lub emocjonalne lub jakiegokolwiek inne stany, które w opinii lekarza mogłyby zaburzać zdolność do kontrolowania i bezpiecznego kierowania pojazdem mechanicznym.³⁰ Dla porównania, prawo obowiązujące w stanie Montana dopuszcza dobrowolne zgłaszanie przez lekarza danych dotyczących wyłącznie tych osób, których stan zdrowia znacząco zaburza zdolność do bezpiecznego prowadzenia pojazdów.³¹

Ze zgłaszaniem przez lekarzy danych na temat pacjentów wiąże się potencjalna odpowiedzialność. Po pierwsze, gdy lekarz nie jest uprawniony lub upoważniony do składania takiego raportu, może narazić się na proces sądowy lub karę z tytułu odpowiedzialności zawodowej, wynikającą z naruszenia tajemnicy lekarskiej.³² Na przykład w stanie Hawaje lekarz nie może ujawnić nikomu żadnych informacji na temat dia-

gnozy postawionej u pacjenta, procesu leczenia lub stanu zdrowia,³³ a czyniąc to może spowodować nałożenie grzywny lub unieważnienie prawa do wykonywania zawodu.^{34,35}

Pomimo niechętnego obarczania przez sądy odpowiedzialności lekarzy za niezgłoszenie doniesienia na pacjenta,³⁶ w kilku stanach USA, w których lekarze pomagają ocenić bezpieczeństwo związane z prowadzeniem pojazdów, możliwe jest obciążenie ich odpowiedzialnością za wystawioną opinię.²⁹ W większości stanów, w których składanie doniesień na temat pacjentów jest dobrowolne, lekarze podejmujący decyzję o zgłoszeniu mają zapewnioną specyficzną ochronę prawną. Zazwyczaj objęci są immunitetem, zapewniającym im ochronę przez wytoczeniem procesu sądowego w związku ze złożeniem doniesienia. W niektórych stanach pracowników DMV obowiązuje również zakaz ujawniania pacjentowi nazwiska lekarza, który złożył raport.³⁶

Chociaż federalna ustawa Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) reguluje ujawnianie informacji na temat pacjenta, zawiera ona postanowienia honorujące wymagania prawa stanowego i konieczność zarządzania ryzykiem dla potrzeb bezpieczeństwa publicznego. Ustawa HIPAA dopuszcza raportowanie przez lekarzy danych na temat pacjentów do wydziału ruchu drogowego wówczas, gdy jest to wymagane przez prawo stanowe lub też dobrowolne zgłaszanie tych przypadków, gdy pacjent stanowi za kierownicą poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa publicznego.³⁷ W sytuacjach, gdy prawo stanowe nie zezwala lekarzom na składanie doniesień, ustawa HIPAA nie zwalnia ich jednak od odpowiedzialności lub konsekwencji zawodowych wynikających z regulacji prawa stanowego dotyczących danych.

WYTYCZNE DLA LEKARZY DOTYCZĄCE ZGŁASZANIA DANYCH NA TEMAT PACJENTA

Stowarzyszenie American Medical Association i ANN zachęcają lekarzy do zgłaszania danych na temat pacjentów, którzy stanowią zagrożenie dla samych siebie i dla bezpieczeństwa publicznego.^{32,38} Obie organizacje popierają dostarczanie takich informacji tylko wtedy, gdy pacjent nie zgłosi się dobrowolnie do wydziału ruchu drogowego lub jeśli ignoruje zalecenia lekarza dotyczące zaprzestania prowadzenia pojazdu. Dopóki prawo stanowe się nie zmieni, lekarze praktykujący w stanach, których ustawodawstwo nie zapewnia im immunitetu związanego ze składaniem doniesień na pacjentów, z jednej strony będą musieli wybierać pomiędzy obowiązkiem chronienia zdrowia swoich pacjentów i zdrowia publicznego, a z drugiej mieć świadomość obciążenia potencjalną odpowiedzialnością prawną związaną z wątpliwym pod względem etycznym działaniem naruszającym tajemnicę lekarską. W tych okolicznościach neurolog może uniknąć dylematów etycznych, jeżeli pacjent dobrowolnie zaprzestanie prowadzenia samochodu. W tym celu lekarz powinien stworzyć odpowiednią atmosferę wzajemnych relacji z pacjentem, umożliwiającą podjęcie właściwej decyzji, poprzez prowadzenie szczerych, powtarzanych rozmów chorym i jego opiekunami na temat ryzyka, jakie jako kierowca stanowi on dla samego siebie i innych.

Prowadzenie pojazdów przez osoby z padaczką

Napady padaczkowe są najczęstszą przyczyną wypadków spowodowanych nagłą utratą zdolności kierowcy do prowadzenia pojazdu.³⁹ W Ameryce na 180 mln osób posiadających prawo jazdy blisko 700 000 choruje na padaczkę.⁴⁰ Ogólnie rzecz biorąc, prawo stanowe regulujące kwestię uprawnienia lub obowiązku lekarza do raportowania danych na temat kierowców z otępieniem obejmuje również chorych na padaczkę. Uprawnienia, obowiązki, zakres odpowiedzialności i ochrona prawna lekarzy przy składaniu doniesień na pacjentów z padaczką są takie same jak w przypadku chorych z otępieniem. W niektórych stanach zgłaszanie tych przypadków przez lekarzy jest obowiązkowe, w większości jednak jest ono dobrowolne.⁴⁰ W przeciwieństwie do ustaleń regulujących możliwość kierowania pojazdem przez osoby z otępieniem zasady prawne regulujące tę kwestię w przypadku chorych na padaczkę zakładają jednak, że choroba ta powoduje jedynie przemijającą niezdolność do prowadzenia pojazdów. Dlatego w większości stanów USA zamiast całkowitego zakazu prowadzenia samochodu przez osoby z napadami padaczkowymi obowiązuje zasada, że przed wznowieniem pozwolenia na kierowanie pojazdem musi minąć określony czas, w którym nie doszło do wystąpienia napadu. Podobnie jak w 2001 roku średni okres ograniczenia ustanowiony przez prawa stanowe wynosił 6 miesięcy, przy czym jego zakres wynosił od 3 do 12 miesięcy.⁴⁰ Z drugiej strony w wielu stanach stosuje się bardziej elastyczne podejście do kwestii ograniczenia prawa jazdy. Podejście to wykorzystuje przez wszystkim indywidualne czynniki kliniczne, pozwalające na ocenę czasu, po którym pacjent z padaczką może ponownie uzyskać pozwolenie na prowadzenie samochodu.⁴⁰ Na przykład w niektórych stanach pacjent może ponownie usiąść za kierownicą po krótkim czasie, jeżeli do napadu doszło w trakcie zaleconej przez lekarza redukcji dawki leków przeciwpadaczkowych.⁴⁰ Z kolei występowanie napadów powtarzających się w krótkim czasie, które pojawiły się po pewnym okresie remisji, może oznaczać, że oczekiwanie pacjenta na odzyskanie prawa jazdy będzie dłuższe.

Prawo do głosowania przez osoby z otępieniem

Partie polityczne walczą o ważność głosu każdego obywatela, jednak w ostatnich latach pojawił się niepokojący problem, jakim jest głosowanie przez osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych. Chociaż prawo federalne generalnie chroni prawo do głosowania, kwestia pozbawienia go osób z zaburzeniami poznawczymi na podstawie ich stanu zdrowia jest regulowana przez jurysdykcję stanową, przy czym rozbieżność w podejściu do tego problemu w poszczególnych stanach jest znaczna. Często standardy prawne doty-

czące oceny zdolności do głosowania są zdefiniowane ogólnikowo, przy czym jasno precyzują je regulacje prawa zwyczajowego. Jeśli, mimo tych rozbieżności, można wyciągnąć jakiś ogólny wniosek, to taki, że w wielu stanach odbiera się prawo do głosowania osobom uznanym przez sąd za niepoczytalne.

REGULACJE DOTYCZĄCE PRAWA DO GŁOSOWANIA

Jedynie w dziewięciu stanach opracowane są aktualnie standardy dotyczące zdolności do głosowania: Connecticut, Floryda, Ohio, Massachusetts, Iowa, Nowy Meksyk, Wisconsin, Delaware i Oregon. Jednak w żadnym z nich nie zostały określone standardy oceny tej zdolności.⁴¹ W około 2/3 stanów i w Dystrykcie Kolumbii obowiązują regulacje prawne, które na podstawie pewnych prawnych zasad klasyfikacji zapobiegają rejestracji na liście głosujących osób niezdolnych do głosowania.⁴¹ Na przykład w stanach tych można pozbawić prawa do głosowania osobę uznaną sędziem za chorą psychicznie, będącą pod opieką przydzielonego przez sąd kuratora lub uznaną przez sąd za niepoczytalną. Takie podejście traktuje sprawność umysłową zbyt ogólnie: ograniczona poczytalność w zakresie niektórych spraw jest traktowana jako ograniczona poczytalność na każdym polu, i jest wyraźnie sprzeczne z aktualną ustawą prawną dotyczącą zdrowia psychicznego. Kwestia ta może być jednak zmienna. W stanach, w których zasady prawnej klasyfikacji determinują posiadanie prawa do głosowania, niektóre sądy pracują nad przywróceniem go osobom z zaburzeniami funkcji poznawczych. Na przykład sądy opiekuńcze zaczynają dostosowywać swoje opinie do konkretnych spraw, co oznacza, że niektóre osoby mogą zachować prawo do głosowania tam, gdzie poprzednio nie byłoby to możliwe.⁴² W coraz większej liczbie stanów do sprecyzowania, kto zachowuje prawo do głosowania, konieczna jest opinia sądu opiekuńczego.

OCENA ZDOLNOŚCI DO GŁOSOWANIA

Ogólnie rzecz biorąc, zadaniem sądu jest w razie konieczności ustalenie, czy dana osoba jest zdolna do głosowania.⁴¹ Z wyjątkiem stanu Wisconsin urzędnicy zajmujący się rejestrem uprawnionych do głosowania nie mogą takiej oceny dokonywać. Wisconsin jest jedynym stanem, w którym opracowano formalną procedurę jurysdykcyjną, za pomocą której urzędnik komisji wyborczej może zakwestionować czyjąś zdolność do głosowania. Ostateczną decyzję w tej sprawie nadal jednak podejmuje sąd.⁴³

Na poziomie sądów federalnych rzadziej poruszano temat odpowiednich standardów oceny zdolności do głosowania. Jednak w 2001 roku, federalny sąd okręgowy w stanie Maine przedstawił pewien sposób wyjaśnienia kwestii zdolności do głosowania. W sprawie *Doe vs Roe* trzy osoby zakwestionowały postanowienia konstytucji stanu Maine, które umożliwiły odebranie im prawa do głosowania jako „przebywającym pod opieką z powodu choroby psychicznej”.⁴⁴ Sąd wykazał, że dana osoba jest zdolna do głosowania, jeśli rozumie istotę i skutek głosowania oraz potrafi dokonać wyboru spośród kandydatów i odpowiedzieć na pytania zamieszczono-

ne na karcie do głosowania.⁴⁴ Ponieważ decyzja w tej sprawie zapadła na poziomie sądu pierwszej instancji, nie jest ona prawomocna na terenie całego kraju. Ma ona jednak istotne znaczenie jako początkowy etap prowadzący do zrozumienia fundamentalnych aspektów problemu zdolności do głosowania w USA i wstęp do przeprowadzenia potencjalnych reform w przyszłości.

EGZEKOWANIE PRAWA DO GŁOSOWANIA

Jest kilka punktów, w których osoby z otępieniem mogą napotkać bariery związane z prawem do głosowania.⁴⁰ Po pierwsze, na formularzach rejestracyjnych mogą pojawić się pytania, czy posiada ona prawnego opiekuna lub czy została uznana przez sąd za niepoczytalną. Pytania te są stosowne i zgodne z przewidywaniami przy założeniu, że prawo stanowi definicję zdolności do głosowania według takich klasyfikacji. Po drugie, urzędnicy zajmujący się rejestracją uprawnionych do głosowania mogą podejrzewać, że dana osoba jest niezdolna do oddania głosu i odmówić jej wydania formularza rejestracyjnego. Jak już wspomniano, Wisconsin jest jedynym stanem, w którym urzędnicy biura rejestracyjnego mogą zakwestionować zdolność do głosowania. Po trzecie, brakuje metod głosowania dostosowanych do osób z zaburzeniami funkcji poznawczych.

Na koniec, członkowie rodziny chorego lub personel zajmujący się opieką długoterminową mogliby uznać daną osobę za niezdolną do głosowania i nie pomagać jej w oddaniu głosu. W praktyce decyzja w tej kwestii często spada właśnie na nich, ponieważ to oni utrzymują codzienny kontakt z chorym. Chociaż pełnią oni istotną rolę osób wstępnie weryfikujących zdolność do głosowania⁴⁰ – ponieważ niektórzy pacjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych wyraźnie powodującymi ich niepoczytalność biorą udział w głosowaniu – istnieje ryzyko, że przyjmą oni błędne założenie i w konsekwencji nie pomogą choremu skorzystać ze swojego prawa wyborczego. Jeśli pacjent spontanicznie nie wyrazi życzenia pójścia do lokalu wyborczego, jego prawo do głosowania często zostaje niewykorzystane, ponieważ opiekunowie mogą po prostu nie poruszyć tego tematu.

Neurologicy mogą odegrać w tym procesie istotną rolę poprzez poruszanie tematu głosowania w rozmowach ze swoimi pacjentami z zaburzeniami funkcji poznawczych i ich opiekunami, sprawdzając przy okazji zainteresowanie pacjenta tematem i poznając zamiary jego opiekunów. Jeśli pacjent wyraża chęć głosowania, neurolog powinien rozważyć przeprowadzenie badania w celu określenia stopnia zrozumienia przez chorego jego istoty i skutków oraz zdolność do wyboru spośród kandydatów i odpowiedzi na pytania zawarte w karcie do głosowania.

Artykuł z *Neurologic Clinics of North America* (Volume 28, Number 2, May 2010, Pages 429-439, David E. Thiess, JD, Justin A. Sattin, MD, Daniel G. Larriviere, MD, JD) jest publikowany za zgodą Elsevier Inc., New York, New York, USA.

Tłumaczenie Medical Tribune Polska. Ani autorzy, licencjonodawca, Elsevier Inc., i wydawca, Medical Tribune Polska, nie gwarantują ani nie odnoszą się do jakości i wartości reklamowanych produktów i usług, ani stanowiska reprezentowanego przez reklamodawców.

PIŚMIENNICTWO

1. Furrow BR, Greaney TL, Johnson SH, et al. Health law. at 310 2nd edition. St. Paul (MN): West Group; 2000; p. 313–314.
2. Wheeldon v Madison, 374 N.W.2d 367, 375 (S.D.1985).
3. Larriviere DG, Beresford HR. Professionalism in neurology: the role of law. *Neurology*. 2008; 71: 1283–1288.
4. 877 N.E.2d 567 (Mass. 2007).
5. Joy v Eastern Maine Med Ctr, 529 A.2d 1364 (Me. 1987).
6. McKenzie v Hawaii Permanente Medical Group, Inc, 47 P.3d 1209 (Haw. 2002).
7. Bambauer KZ, Johnston SC, Bambauer DE, et al. Reasons why few patients with acute stroke receive tissue plasminogen activator. *Arch Neurol*. 2006; 63: 661–664.
8. Weintraub MI. Thrombolysis (tissue plasminogen activator) in stroke: a medico-legal quagmire. *Stroke*. 2006; 37: 1917–1922.
9. Schneider SM, Goldstein LB, Adams JG, et al. Improving the chain of recovery for acute stroke in your community: task force report. 2002. Incentives for enhancing stroke care. Available at: http://www.ninds.nih.gov/news_and_events/proceedings/stroke_2002/acute_stroke_incentives.htm. Accessed September 1, 2009.
10. Bryan v Burt, 486 S.E.2d 536, 539 (Va. 1997).
11. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice advisory: thrombolytic therapy for acute ischemic stroke. *Neurology*. 1996; 47: 835–839.
12. Adams HP, del Zoppo G, Alberts MJ, et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. *Stroke*. 2007; 38: 1655–1711.
13. AAEM Work Group on Thrombolytic Therapy in Stroke. Position statement of the American Academy Of Emergency Medicine on the use of intravenous thrombolytic therapy in the treatment of stroke. 2002. Available at: <http://www.aem.org/positionstatements/thrombolytictherapy.php>. Accessed September 1, 2009.
14. Canadian Association of Emergency Physicians Committee on Thrombolytic Therapy for Acute Ischemic Stroke. Thrombolytic therapy for acute ischemic stroke. *CJEM*. 2001; 3: 8–12.
15. Hood v Phillips, 537 S.W.2d 291 (Tex.Civ.App. 1976).
16. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1317–1329.
17. Wahlgren N, Ahmed N, Davalos A, et al. Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study. *Lancet*. 2007; 369: 275–282.
18. Hill MD, Buchan AM, Canadian Alteplase for Stroke Effectiveness Study (CASES) Investigators. Thrombolysis for acute ischemic stroke: results of the Canadian Alteplase for Stroke Effectiveness Study. *CMAJ*. 2005; 172: 1307–1312.
19. Herskovits v Group Health Co-op. of Puget Sound, 664 P.2d 474 (Wash. 1983).
20. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. *N Engl J Med*. 1995; 333: 1581–1587.
21. Hodson JD. Medical malpractice: loss of chance causality. 54 ALR 4th 10, §. 2 [a] (2007).
22. Saroyan Z. The current injustice of the loss of chance doctrine: an argument for a new approach to damages. 33 Cumb. L. Rev. 15, note 99–100. (2002).
23. 2006 WL 1984613 (S.D.Tex. 2006) (slip copy).
24. Ensink v Mecosta County General Hospital, 687 N.W.2d 143 (Mich.App. 2004).
25. Joshi v Providence Health System of Oregon Corp, 149 P.3d 1164 (Or. 2006).
26. Potter v Ingham Regional Medical Center, 2003 WL 356360 (Mich.App. 2003).
27. 2007 WL 1229432 (Ky.App. 2007).
28. Marottoli RA, Mendes de Leon CF, Glass TA, et al. Driving cessation and increased depressive symptoms: prospective evidence from the New Haven EPESI. Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1997; 45 (2): 202–206.
29. American Medical Association. State licensing requirements and reporting laws. Available at: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/433/chapter8.pdf> Accessed January 9, 2009.
30. Sullivan J. Physicians as gatekeepers for society: confidentiality of protected health information versus duty to disclose at-risk drivers. 16 Health Law. 20 (2003).
31. M.C.A. § 37-2-311.
32. Bacon D, Fisher RS, Morris JC, et al. American Academy Of Neurology position statement on physician reporting of medical conditions that may affect driving competence. *Neurology*. 2007; 68: 1174–1177.
33. Haw. Rev. Stat. § 432D-21.
34. Haw. Rev. Stat. § 436B-7 (3), Haw. Rev. Stat. § 436B-16 (b).
35. Kane KM. Driving into the sunset: a proposal for mandatory reporting to the DMV by physicians treating unsafe elderly drivers. 25 U. Haw. L. Rev. 59, 60 (2002).
36. Stone DH. You take my space, I take your air: an empirical study of disabled parking and motor vehicle laws for persons with disabilities. 33 Ohio N.U.L. Rev. 665 (2007).
37. 45 C.F.R. § 164.512 (a); 45 C.F.R. § 164.512 (j).
38. Opinion 2.24 Impaired Drivers and Their Physicians. Code of medical ethics. Chicago: American Medical Association; 2006; Available at: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion224.shtml> Accessed January 9, 2009.
39. Chadwick DW. Driving restrictions and people with epilepsy. *Neurology*. 2001; 57: 1749–1750.
40. Krauss GL, Ampaw L, Krumholz A, et al. Individual state driving restrictions for people with epilepsy in the US. *Neurology*. 2001; 57: 1780–1785.
41. Karlawish JH, Bonnie RB, Applebaum PA, et al. Addressing the ethical, legal, and social issues raised by voting with persons with dementia. *JAMA*. 2004; 292: 1345–1350.
42. Hurme SB, Applebaum PS. Defining and assessing capacity to vote: the effect of mental impairment on the rights of voters. 38 McGeorge L. Rev. 931 (2007).
43. Wis. Stat. Ann. § 54.25 (2) (c) 1.g (West Supp. 2006).
44. 156 F.Supp. 2d 35 (D.Me. 2001).
12. Beck RW, Cleary PA, Trobe JD, et al. The effect of corticosteroids for acute optic neuritis on the subsequent development of multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 1993; 329: 1764–1769.
13. CHAMPS Study Group. Interferon β -1a for optic neuritis patients at high risk for multiple sclerosis. *Am J Ophthalmol*. 2001; 132 (4): 463–471.
14. Jacobs LD, Beck RW, Simon JH, et al. Intramuscular interferon beta-1a therapy initiated during a first demyelinating event in multiple sclerosis. (CHAMPS Study Group). *N Engl J Med*. 2000; 343: 898–904.
15. Kappos L, Polman CH, Freedman MS, et al. Treatment with interferon beta-1b delays conversion to clinically definite and McDonald MS in patients with clinically isolated syndromes. *Neurology*. 2006; 67: 1242–1249.
16. Comi G, Martinelli V, Godegher M, et al. Effect of glatiramer acetate on conversion to clinically definite multiple sclerosis in patients with clinically isolated syndrome (PreCISe study): a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2009; 374: 1503–1511.

Piśmiennictwo ze strony 51