

Dr nauk prawnych, lek. med. Iwona Wrześniewska-Wal
*p.o. kierownik Zakładu Ekonomiki,
Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego
w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
w Warszawie*

Troska o zdrowie w relacjach lekarz-pacjent

1. Autonomia pacjenta

Tradycyjny model medycyny oparty był na paternalizmie. To lekarz wiedział najlepiej, jak należy pomóc pacjentowi w chorobie i za naturalne uważano zdać się na jego działanie (Brzeziński, 2011).

Jednak model ten zaczął napotykać na sprzeciw ze strony społeczeństwa, które było coraz bardziej świadome swoich praw (tamże).

Sąd Najwyższy zauważył, że jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do decydowania o samym sobie. Odbiciem tego prawa jest instytucja zgody na wykonanie zabiegu medycznego, stanowiąca jedną z przesłanek legalności czynności leczniczych¹. Udzielanie świadczeń zdrowotnych to istotna ingerencją w prywatną sferę człowieka. Życie prywatne to obszar, w którym występuje wolny i nieskrępowany rozwój jednostki. W rezultacie, należy stwierdzić, że prywatność obejmuje wiele obszarów życia jednostki, które składają się na jedno dobro. Zakłada uprawnienie jednostki do takiego kształtowania sfery życia prywatnego, aby była ona niedostępna dla innych i wolna od ingerencji (Safjan, 1997). W związku z tym należy uznać, że prywatność jest dobrem samoistnym, przyrodzonym i stałym, wyrażającym się przez sferę odosobnienia przysługującej każdej jednostce, w obrębie której jednostka korzystając z prawa do prywatności kreuje własną osobowość, decyduje o sprawach osobistych – fizycznych i psychicznych – wtedy, gdy sobie tego życzy, a także chroni prywatność, gdy ta jest naruszana (Sakowicz, 2006). Umocowanie normatywnie prywatności znajdziemy w art. 47 i 49 Konstytucji RP². Wobec pacjentów doprecyzowaniem norm konstytucyjnych jest ustawa o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³. Udzielanie świadczeń zdrowotnych traktowane jest jako ingerencja w prywatność pacjenta. Należy pamiętać, że pacjent

¹ Postanowienie Sądu Najwyższego z 27 października 2005 r., sygn. akt III CKN 155/05; OSNC 2006, nr 7-8, poz. 137.

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997, poz. 78 Nr 483 ze zm.)

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 ze zm.).

udzielając zgody na interwencję medyczną pozwala lekarzowi na naruszenie integralności fizycznej i psychicznej w ustalonym zakresie. W tej kwestii jednoznaczna jest również regulacja zawarta w art. 32 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry⁴. Stanowi on, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych „po wyrażeniu zgody przez pacjenta”. W ścisłym związku z tymi przepisami pozostaje też art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej⁵, który stanowi, że postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Obowiązek uzyskania przez lekarza zgody na leczenie wynika również z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wyjątki od zasady pełnej autonomii woli pacjenta są przewidziane tylko w sytuacjach wyraźnie określonych przez ustawę (Boratyńska, Konieczniak, 2003). Ustawodawca w ten sposób chroni dobro innych osób, ale i dobro samego pacjenta (Kobińska, 2006).

Powyższe regulacje prawne stały się podwalinami do rozwoju nowego modelu relacji lekarz-pacjent - modelu partnerskiego, który pozwala pacjentowi uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących swojego zdrowia, nie zwalniając lekarza z odpowiedzialności. W zasadzie nie jest to nic nowego, gdyż od wieków lekarz to opiekun chorego, który rozwiązuje jego problemy zdrowotne (Rużyłło, 1999). Obecnie to mądry doradca, który pomaga pacjentowi pojąć medyczne decyzje informując o rodzaju zabiegu, jego ryzyku i rokowaniach. W tym układzie niezwykle istotna jest oparta na zaufaniu relacja lekarza i pacjenta. Pacjent podejmuje decyzje w oparciu o zaufanie do wiedzy lekarza (Olejnik, 1993), jego doświadczenia i dobrych intencji, które powinny być ukierunkowane na troskę o dobro pacjenta (Pawlikowski, 2014). W procesie leczenia podstawowe znaczenie mają zabiegi i ordynowane leki, ale istotną rolę odgrywa współdziałanie pacjenta, na które wpływ ma jego nastrój, samopoczucie i zaufanie do lekarza (Gubiński, 1995). Nie ulega wątpliwości, że relacja lekarza z pacjentem winna się opierać na zaufaniu. Mając zaufanie do lekarza chory otrzymuje ważne zapewnienie o tym, że nie jest ze swoim problemem pozostawionym sam sobie. Ta szczególna relacja lekarz-pacjent opiera się na humanistycznych źródłach medycyny: upodmiotowienie stosunku lekarza do pacjenta, holistyczne ujęcie chorego w zdrowiu i chorobie, oraz zaspokojenie nie tylko biologicznych, ale również duchowych potrzeb chorego (Bilikiewicz, 1994). Humanizm lekarski, mimo iż tak dawniej nie był nazywany od zawsze towarzyszył medycynie. Niekwestionowana była zasada, że leczymy nie tylko wprawna, uzbrojona dłonią, lecz także sercem i miłosierdziem a także ta, że należy mieć przede wszystkim troskę nad chorym (Domoślawski, 1994).

⁴ Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152 z późn. zm.).

⁵ Kodeks Etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.

2. Dehumanizacja relacji lekarz-pacjent

Współcześnie zmienia się relacja między lekarzem a pacjentem. Zagrożeniem współczesnej medycyny jest zjawisko dehumanizacji. Przyczyny „odczłowieczenia” medycyny można podzielić na zewnętrzne, związane z negatywnym oddziaływaniem otoczenia cywilizacyjnego oraz wewnętrzne, stanowiące rodzaj „niepożądanych skutków ubocznych” szybkiego jej postępu (Smoleń, 2017). Szybki rozwój technik medycznych służących diagnozie i leczeniu choroby sprawia, że kontakt lekarza z pacjentem ogranicza się wyłącznie do monitorowania pracy urządzeń odzwierciedlających lub kontrolujących stan fizjologiczny chorego. Bezosobowa procedura medyczna sprzyja postrzeganiu pacjenta jako miejsca systemów współdziałających, układów, funkcji, poziomów wskaźników (mechanizacja) (Barański, 2014/15). Z drugiej strony współczesna medycyna i jej ogromne możliwości diagnostyczne stwarzają dla lekarzy pokusę mnożenia badań diagnostycznych. Dzieje się to często kosztem innych niezmiernie istotnych w kontakcie lekarz –pacjent etapów procesu diagnostycznego: wywiadu i badania fizykalnego. Lekarz mało rozmawia z chorym nie bada go lecz od razu zleca szereg badań diagnostycznych. Zdarza się, że wykonanie nawet dużej ilości badań diagnostycznych nie zakłada możliwości modyfikacji postępowania diagnostycznego a jest jedynie zaspokojenie oczekiwań pacjentów i ich rodzin. W opinii wielu lekarzy takie działania wymuszają postawy roszczeniowe chorych i osób ich reprezentujących (Pawlikowski, 2014). Pamiętać jednak należy, że lekarz, który nie wykonał specjalistycznych badań i nie postawił prawidłowego rozpoznania popełnił błąd medyczny (Liszewska, 1998). W obliczu rozwoju medycyny pojawiło się kolejne zagrożenie dla relacji lekarz-pacjent, bo lekarz traci z oczu chorego. Dzieje się tak nie tylko na skutek zlecenia licznych badań diagnostycznych, ale również z powodu wąskich specjalizacji lekarskich. Patrzenie na chorego poprzez pryzmat określonych kompetencji medycznych wpływa na zniekształcenie relacji lekarz-pacjent (Wojtczak, 1993). Lekarz gubi holistyczne spojrzeniem na człowieka. A ten sposób definiowania zdrowia wniosła Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia przyjęta już w 1946 roku. W tym ujęciu „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”⁶.

Obecnie prowadzenie chorego wymaga zaangażowania osób posiadających różne specjalizacje medyczne. Pacjentem zajmuje się nie jeden, lecz co najmniej kilku lekarzy zatrudnionych w danej placówce leczniczej. Często się zdarza, że inny lekarz dokonywał rozpoznania, a inny (lub inni) przeprowadza leczenie. Do procesu leczenia włączony jest też personel pielęgniarski, laboranci, rehabilitanci, itp.(Zielińska, 2001). O tych wszystkich etapach leczenia pacjent oczekuje informacji. Obecnie relacja lekarz-pacjent wymaga od lekarza dużych umiejętności komunikowania się z pacjentem. Wspomniana już kwestia

⁶ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (Dz. U. z 1948 r., Nr 61, poz. 477).

wyrażania zgody na czynności diagnostyczno-lecznicze wymaga od lekarza udzielania rzetelnych informacji o stanie zdrowia pacjenta, metodach, które ma zastosować i ich skuteczności. Komunikowanie się z pacjentem staje się jedną z najważniejszych umiejętności klinicznych lekarza (Wojtczak, 1993). Dehumanizacja medycyny tej komunikacji nie sprzyja.

Próba przywrócenia prawidłowych relacji lekarz-pacjent jest określenie wartości humanistycznych w zawodzie lekarza. Amerykańska Rada Pediatrii⁷ ustanowiła w 2007 r. zasady postępowania zawodowego wśród pediatrów: uczciwość, wiarygodność/odpowiedzialność, szacunek dla innych, współczucie/empatia, samokształcenie, świadomość/ znajomość ograniczeń, komunikacja/współpraca, altruizm/wspieranie (Marcdante, 2012).

Kolejna organizacja Rada Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Wewnętrznej⁸ uznała, że specjalista może uzyskać certyfikat, jeżeli legitymuje się wysokim standardem zachowań humanistycznych w życiu zawodowym, a ich wyrazem są: prawość (wewnętrzne zobowiązanie do prawdomówność i uczciwa ocena własnych umiejętności zawodowych), szacunek (uznanie godności i wolności pacjenta m.in. poprzez respektowanie prawa wyboru dokonywanego przez pacjentów odnośnie opieki medycznej), współczucie (docenienie cierpienia) (Wojtczak, 1993).

W Polsce drogowskazem lekarza odnośnie standardu wykonywania zawodu jest Kodeks etyki lekarskiej. Kodeks zawiera ogół ocen, norm i wzorów postępowania obowiązujących w zawodzie lekarza, regulujących stosunek lekarza do pacjenta i stosunki między lekarzami, oraz określających zakres i sposób działania lekarza tak, aby było ono zgodne z zasadami etyki ogólnoludzkiej (Brzeziński, 2009). Punktem wyjścia dla rozpatrywania etyki lekarskiej musi być etyka ogólna. Lekarz jest bowiem człowiekiem i spełnia szczególną rolę wobec innych ludzi (Olejnik, 1995). Etyka ma przygotować każdego lekarza nie tylko do tego, co jest zawarte w konkretnych przepisach deontologicznych, ale także do sytuacji nieujętych w normy, w jakich niejednokrotnie musi działać i podejmować decyzje (Brzeziński, 2011). Wskazania Kodeksu chronią podmiotowość pacjenta, ale i lekarza. Takie podejście gwarantuje humanistyczny kierunek rozwoju współczesnej medycyny.

⁷ Organizacja, która zarządza egzaminami i zapewnia certyfikację dla lekarzy pediatrów i pediatrów posiadających podspecjalizację. American Academy of Pediatrics (AAP) jest odpowiedzialna za akredytację pediatryczną od 1933 roku. Jej filozofią jest promowanie doskonałości w opiece medycznej dla dzieci i młodzieży.

<https://www.pediatricsboardreview.com/american-board-of-pediatrics>

⁸ Organizacja nadająca w USA tytuły specjalisty w zakresie chorób wewnętrznych i 20 uznawanych przez nią podspecjalizacji. Certyfikacja przez American Board of Internal Medicine (ABIM) to najwyższy standard w medycynie wewnętrznej. Celem tej organizacji jest ustanowienie bardziej jednolitych standardów dla lekarzy.

<http://www.abim.org>

Niestety praktyka pokazuje, że wiele z tych humanistycznych zasad zapisanych w Kodeksie etyki lekarskiej jest naruszanych. Autorka analizowała sprawy w okręgowych sądach lekarskich, Naczelnym Sądzie Lekarskim i Sądzie Najwyższym (gdzie sprawy lekarzy trafiają na skutek złożenia nadzwyczajnego środka zaskarżenia tj. kasacji) wskazujące na przekroczenie norm zapisanych w Kodeksie. Przewinienia zawodowe lekarzy dotyczą fundamentalnych relacji lekarz-pacjent: wiarygodności co do kompetencji, szacunku dla pacjenta oraz ludzkiej wrażliwości.

3. Wiarygodność co do kompetencji lekarza

Współczesny rozwój wiedzy medycznej sprawia, że nie jest możliwe, aby jeden lekarz rozstrzygał każdy nawet bardzo skomplikowany problem medyczny. Zakres kompetencji zawodowych został określony w art. 10 Kodeksu etyki lekarskiej zgodnie z którym lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego. Ciągłe doskonalenie wiedzy i umiejętności zawodowych jest powinnością lekarza. Pogłębianie kompetencji zawodowych odbywa się głównie na drodze specjalizacji. Jednak uzyskanie specjalizacji nie zwalnia lekarza z obowiązku ciągłego doskonalenia zawodowego.

Brak kompetencji zawodowych lekarza stał się przedmiotem sprawy sądowej rozpatrywanej w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Warszawie. Sąd zajął się sprawą lekarza dentystry, który nie posiadając szkoleń i doświadczenia w tym zakresie przeprowadził zabieg wprowadzenia implantów protetycznych w miejscu 37 i 47 w sposób niewłaściwy w zakresie doboru miejsca ze względów anatomicznych i protetycznych⁹. Jednak w Polsce nie ma specjalizacji z implantologii i zabieg taki może wykonać każdy lekarz dentysta po ukończeniu studiów. Implantologii lekarze uczą się na dodatkowych kursach i szkoleniach praktycznych w kraju i za granicą. Należy przyjąć, że kompetentny i wiarygodny lekarz dentysta nie podejmie się bez zdobycia dodatkowej wiedzy i umiejętności praktycznych w tym zakresie wykonania dość trudnego zabiegu polegającego na wprowadzeniu implantu do kości. W tej sprawie zdaniem biegłego plan leczenia powzięty przez obwinionego był pozastandardowy, a w istniejących u pacjentki warunkach anatomicznych – niezwykle atroficznej żuchwy, instalacja implantów w odcinka bocznych ryzykowna, niemal niemożliwa bez dotknięcia nerwu. W trakcie zabiegu wprowadzania implantów do kości doszło do porażenia i parestezji nerwu zębodołowego dolnego po stronie lewej. Tak wykonane implanty nie mogą posłużyć jako baza do jakiegokolwiek odbudowy protetycznej, a

⁹ Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie dnia 8 stycznia 2015 r., sygn. akt OSK 630.30/13.

jednocześnie spowodowały u pacjentki duże, nieprzemijające dolegliwości. Lekarz obwiniony, który wadliwie wykonał zabieg nie posiadał szkoleń i doświadczenia do prowadzenia tak skomplikowanego leczenia, jak też do samodzielnego przeprowadzania tego typu zabiegów. Obwiniony nie potrafił uczciwie ocenić własnych umiejętności zawodowych.

W innej sprawie rozpatrywanej przez Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie skarga pokrzywdzonej dotyczyła nie udzielenia fachowej pomocy po urazie stawu łokciowego. Pacjentka zgłosiła się do obwinionej lekarki na Izbę Przyjęć z dość silnym bólem łokcia po urazie. Obwiniona lekarska niedawno skończyła studia i nie posiadała jeszcze żadnej specjalizacji. W ramach badań diagnostycznych zleciła wykonanie zdjęcia RTG w projekcji AP i bocznej. Oceniając zdjęcie lekarka nabrała wątpliwości odnośnie zdjęcia w projekcji bocznej. Podczas rozmowy z pokrzywdzoną pacjentką lekarka przyznała, że nie jest w stanie odczytać badania, bo nie posiada specjalizacji z ortopedii ani z radiologii. Podczas rozprawy przed Okręgowym Sądem Lekarskim twierdziła, że podjęła próbę konsultacji ze specjalistą, dzwoniąc do lekarza ortopedy, który miał dyżur w szpitalu, ale jego telefon był wyłączony. W związku z tym odesłała pacjentkę do domu nie zabezpieczając ręki ani nie podając jej środków przeciwbólowych. Jednak z upływem czasu cierpienia pacjentki narastały, ból był coraz silniejszy, wręcz nie do zniesienia. Pacjentka udała się na SOR do innego szpitala, gdzie lekarz od razu na ww. zdjęciu RTG stwierdził złamanie z przemieszczeniem, kwalifikujące się do zabiegu operacyjnego. Zdaniem sądu lekarskiego obwiniona lekarka nie dołożyła należytej staranności w procesie diagnostyczno-leczniczym, bo przy istniejących wątpliwościach diagnostycznych odnośnie zdjęcia RTG nie skonsultowała wyniku badania z dyżurnym ortopedą¹⁰. Lekarzom ogólnym, trudniejszych sytuacjach nieustannie powinni przychodzić z pomocą specjaliści z różnych dziedzin (Olejnik, 1995).

4. Szacunek dla pacjenta

Jedną z najważniejszych postaw moralnych, gwarantujących właściwy przebieg relacji lekarz – pacjent, jest życzliwość. Sprawę życzliwego stosunku lekarza do chorego określa art. 12 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej, który stanowi iż lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą i prawo do intymności. Nie można jednak myśleć, że jest to arbitralna deklaracja aksjologiczna, mówiąca o tym, że lekarz ma być miły dla pacjenta. Artykuł ten zobowiązuje lekarza do przyjęcia postawy życzliwości, ponieważ dzięki niej zdolny będzie do wyrażania niezbędnych postaw moralnych w sprawowaniu opieki nad chorym. Jest to postawa ukierunkowująca lekarza na pomyślność chorego, wyrażająca gotowość do niesienia pomocy, czyli do przyjęcia innych postaw i podjęcia takich działań, które przynieść mogą dobro choremu (Barański, 2016).

¹⁰ Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z dnia 9 czerwca 2016 r., sygn. akt OSL.630.50/15 niepublikowane

Niewątpliwie relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na zaufaniu. Wolny wybór lekarza przez pacjenta jest jedną z podstawowych zasad tych relacji. Z tego względu ważne jest, aby system opieki lekarskiej pozwalał na wybór lekarza przez pacjenta (Gubiński, 1995). W ust. 2 omawiana norma Kodeksu etyki lekarskiej zwraca uwagę, że relację między pacjentem a lekarzem powinna opierać się na ich wzajemnym zaufaniu: dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza. Zaufania jest istotne z tego względu, iż nierzadko w ciągu niespełna kilkunastu minut musi być wytworzona właściwa atmosfera kontaktu, która osobom dalekim sobie pozwoli zbudować emocjonalną bliskość, wzajemne zaangażowanie oraz intymną relację, dzięki której możliwe będzie wytworzenie poczucia bezpieczeństwa u pacjenta i zrozumienie wzajemnych oczekiwań (Barański, 2016). Różne są oczekiwania pacjentów wobec lekarzy. Część pacjentów potrzebuje informacji o metodach leczenia, inni mają wątpliwości co do celowości leczenia, oczekując od lekarza dodatkowych konsultacji i badań. Pozostali cenią to, że rozmowa pacjenta z lekarzem ma charakter dialogu, w którym lekarz będzie pełnił rolę mądrego i życzliwego opiekuna, nawet jakby ojca (Olejnik, 1995). Jednak niezależnie od powyższych oczekiwań każdy pacjent chciałby, aby lekarz był zdolny do współczucia, troski, cierpliwości, wyrozumiałości, łagodności. Podobne oczekiwania ma rodzina pacjenta, która niejednokrotnie towarzyszy choremu.

Sprawa rozpatrywana przez Okręgowy Sąd Lekarski we Wrocławiu wiązała się z 21-letnim młodym mężczyzną, który od urodzenia cierpiał na mózgowe porażenie dziecięce z powodu którego pacjent był niemy, niewidomy a także niepełnosprawny ruchowo. Opiekę nad chorym sprawowali rodzice oraz pozostali domownicy. Natomiast nadzór lekarski i pielęgniarski pełnił Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej. Od około dwóch lat pacjent był odżywiany przez sondę żołądkową, która była wymieniana w warunkach szpitalnych w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). Mama pacjenta zgłosiła pielęgniarce z hospicjum, że przy próbie podawania posiłków u chorego pojawił się odruch wymiotny. Po konsultacji telefonicznej z lekarzem prowadzącym pacjenta ustalono, że należy zdiagnozować położenie sondy w SOR. Matka zgłosiła się z synem na umówioną wcześniej wizytę w SOR do wskazanego lekarza. W trakcie oczekiwania na pomoc pojawił się obwiniony lekarz, który dowiedziawszy się o celu przybycia pacjenta krzykiem wyraził swoją dezaprobatę, iż sprawa nie była omówiona z nim jako z ordynatorem SOR. Ponadto krzykiem wyraził pretensję, że nie ma formalnego skierowania pacjenta do SOR. Na nic zdały się tłumaczenia, że wizyta została umówiona przez lekarza prowadzącego pacjenta z hospicjum. W efekcie pacjent otrzymał pomoc, ale zdaniem świadków zdarzenia postępowanie obwinionego lekarza było nieadekwatne do sytuacji, a także niewłaściwe bowiem odbywało się na korytarzu w obecności innych osób. Podczas zeznań przed okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej obwiniony lekarz swój podniesiony i piszczący głos tłumaczył zapaleniem krtani. Po drugie wskazywał, że na wykonanie badania RTG lub USG zleconego przez podmiot zewnętrzny potrzebne jest skierowanie, gdyż jest ono podstawą rozliczeń między wykonującym badanie a wydającym skierowanie.

Okręgowy Sąd Lekarski uznał z całą stanowczością, że działanie lekarza naruszyło wspomniany już art. 12 Kodeksu etyki lekarskiej dotyczący poszanowania godności pacjenta oraz art. 19 Kodeksu etyki lekarskiej stanowiący o tym, iż chory ma prawo do opieki rodziny. Są to fundamentalne normy, które określają prawidłowe relacje na linii lekarz-pacjent oraz rodziny pacjenta, które winny być oparte na wzajemnym szacunku i zaufaniu. Sąd wskazał, że lekarz winien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do prywatności i intymności. Lekarz powinien również odnosić się ze szczególnym zrozumieniem do osób bliskich choremu wyrażających wobec lekarza obawy, co do stanu pacjenta¹¹.

Warunki pracy lekarza nie zawsze sprzyjają zachowaniu życzliwości. Jednak lekarz winien to zawsze mieć na uwadze i nie pozwolić ponieść się emocji. Winien reagować spokojnie, z powagą, starać się zapanować nad sytuacją (Gubiński, 1995). W sprawie prowadzonej przez Okręgowy Sąd Lekarski w Poznaniu żona pacjenta wniosła skargę na lekarza kardiologa. Mąż był pacjentem Oddziału Kardiochirurgii, ponieważ miał wykonany zabieg CABG (by-passy, czyli pomostowanie aortalno-wieńcowe). Po 48 godzinach od zabiegu u pacjenta wystąpiły objawy psychozy pooperacyjnej. Pacjent był pobudzony, agresywny w stosunku do personelu, próbował usunąć dreny, cewniki, wkłucia, przeklinał, kopał, gryzł i nie pozwalał podać sobie leków uspokajających. Lekarz obwiniona po wejściu na salę chorych podniesionym głosem próbowała uspokoić pacjenta, co przyniosło chwilową poprawę. W kontakcie z pacjentem lekarka używała słów obraźliwych i kulą ortopedyczną „szturczała” pacjenta w obandażowaną nogę. Wszystko działo się w obecności żony i córki pacjenta, które powyższe zachowanie lekarki określiły, jako uwłaczające ludzkiej godności. Lekarz obwiniona przyznała się do zarzucanego przewinienia zawodowego. Podkreśliła, że mimo swojego 30 –letniego doświadczenia zawodowego nie potrafiła ustrzec się przed nadmiernymi emocjami i starając się pomóc personelowi Oddziału w uspokojeniu pacjenta przekroczyła obowiązujące normy. Uznając obwinioną winną zarzucanego czynu sąd lekarski podkreślił, że lekarz kardiolog swoim zachowaniem naruszyła godność zawodu lekarza oraz stosunek lekarz-pacjent opierając się na wzajemnym zaufaniu i poszanowaniu. Lekarz jako członek zbiorowości winien się stosować do norm etycznych uznanych i obowiązujących w danym społeczeństwie. Taka ogólna norma jest m.in. kulturalne i możliwie jak najbardziej delikatne zachowanie wobec pacjenta i jego rodziny. Nie można dopuszczać do takiej sytuacji, gdy lekarz, kierując się emocjami czy subiektywnym postrzeganiem pacjenta wyraża swoją opinię w sposób nielicujący z powagą zawodu oraz urażając pacjenta i jego najbliższych. Normy etyczne zobowiązują lekarza do poszanowania godności pacjenta, do wspierania go oraz nienaruszania jego autonomii¹².

¹¹ Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu z dnia 20 listopada 2013 r. sygn. akt 57/Wu/12 niepublikowane.

¹² Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu z dnia 14 lipca 2015 r., sygn. akt 57/Wu/15 niepublikowane.

5. Wrażliwość lekarza

Kolejna sprawa, która zajął się tym razem Naczelny Sąd Lekarski¹³ dotyczyła braku wrażliwości lekarza. Młoda, inteligentna pacjentka z dystrofią mięśniową objęta opieką domową, po plastyce otworu tracheostomii zgłosiła trudności w oddychaniu prawdopodobnie na skutek zatkania się rurki tracheotomijnej. Co prawda rurka ta była czyszczona dwa dni wcześniej. W związku z tym został wezwany w ramach pomocy doraźnej zespół ratownictwa medycznego. Przyjechał lekarz wraz ze studentką i ratownikami medycznymi. Swoje czynności lekarz rozpoczął od zbierania wywiadu i badania pacjentki. Otrzymał informację, iż rurka tracheostomijna była niedawno czyszczona. Pacjentka, rodzina i opiekunowie zniecierpliwieni tą sytuacją zgłaszali, iż należy jedynie wymienić rurkę tracheostomijną. Natomiast działania lekarza są opieszale i przysparzają pacjentce cierpienie. Podjęta przez lekarza próba odsysania wydzieliny nie udała się. W efekcie lekarz zespołu ratunkowego wymienił rurkę tracheostomijną, a ze względu na uczulenie pacjentki na lidnokainę zrobiło to na „sucho”. Zdaniem pacjentki wymiana rurki przeprowadzona była w sposób brutalny. W trakcie rozprawy przed sądem lekarskim zeznania pacjentki, rodziny i opiekunów oraz wyjaśnienia lekarza i członków zespołu ratownictwa medycznego były rozbieżne. Sąd zwrócił uwagę, że rola lekarza zespołu ratownictwa medycznego polega nie tylko na prawidłowym przeprowadzeniu czynności medycznych, ale również na odpowiednim zwróceniu się do pacjenta (Wrześniewska-Wal, 2017).

W sprawie rozpatrywanej ostatecznie przez Sąd Najwyższy¹⁴ pacjentka miała zlecone od urologa badanie TK (tomografii komputerowej) z kontrastem jamy brzusznej. Jednak w związku z wątpliwościami lekarza radiologa pacjentka została skierowana do lekarza endokrynologa, u którego się leczyła, aby uzyskać zaświadczenie, czy jej obecny stan zdrowia pozwala na wykonanie tego badania z kontrastem. W toku procesu w pierwszej instancji Okręgowy Sąd Lekarski ustalił, że w dniu kiedy pacjentka zwróciła się o zaświadczenie lekarz endokrynolog w sposób arogancki, używając obraźliwych słów odmówił wydania dokumentu. Na prośbę pacjentki obwiniony lekarz zareagował złością i krzykiem. Groził wezwaniem policji. Jedyne świadkiem w tej sprawie pielęgniarka była dla sądu niewiarygodna, ponieważ przyjmowała razem z lekarzem już od kilku lat. Odmowa wydania zaświadczenia uniemożliwiła wykonanie badania TK we właściwym czasie, a pacjentka musiała czekać na badanie dłużej. Okręgowy Sąd Lekarski dał wiarę zeznaniom pokrzywdzonej pacjentki, osoby starszej, emerytce. Uznał lekarza endokrynologa

¹³ Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 10 lutego 2017 r., sygn. akt NSL Rep. 223/OWU/16 niepublikowane.

¹⁴ Postanowienie Sądu Najwyższego z 13 stycznia 2017 r., sygn. akt SDI 80/16, niepublikowane.

winnym zarzucanego mu czynu i orzekł karę upomnienia¹⁵. Lekarz nie zgodził się z ww. karą i jego pełnomocnik wniósł odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego zarzucając orzeczeniu m.in. rażącą niesprawiedliwość. Orzeczeniem z dnia 24 września 2015 r. NSL utrzymał w mocy wyrok Okręgowego Sądu Lekarskiego¹⁶. W tej sytuacji pełnomocnik lekarza wniósł kasację do Sądu Najwyższego zaskarżając wyrok w całości. Jednak Sąd Najwyższy oddala kasację jako bezzasadną. W uzasadnieniu pokreślił, że zarzut nie dotyczył samego faktu odmowy, lecz sposobu w jaki lekarz endokrynolog potraktował pacjentkę. Lekarz ma zachowywać się w stosunku do pacjenta właściwie.

Podsumowanie

Fundamentalna w modelu autonomicznym relacja lekarz-pacjent oparta jest na partnerstwie. Partnerstwo wyzwala u pacjenta dodatkowe siły, zwiększa motywację do leczenia i przynosi lepsze efekty leczenia i życia chorych (Tatoń, 2017). Tym samym współczesna medycyna nie może być tylko działalnością handlową, na końcu której jest zysk. W takim zdehumanizowanym otoczeniu dominuje biznes, a wtedy relacja lekarz-pacjent zastępowana jest transakcją, a podejście indywidualne -podejściem statystycznym, zaufanie- nieufnością, przejrzystość –tajemnicą (handlową) itd.¹⁷. Istotna jest, aby zdobywając wiedzę medyczna lekarze uczyli się również prawidłowych relacji lekarz-pacjent. Ta nauka obecnie oparta jest na „czynniku ludzkim” tj. polega na obserwowaniu przez młodych lekarzy i studentów pracy starszych kolegów. Nie jest to model nowoczesny, ale zachowuje on wymiar humanistyczny (Domagała-Kulawiak, Kulawiak, 2017). Dla lekarzy cenna jest rada polskiego psychiatry, naukowca i filozofa Antoniego Kępińskiego: „dla chorego ważniejsze niż to, co mówi, jest jak mówi, jego wewnętrzna postawa, życzliwość i spokój sprawiające, że już samo przyście lekarza przynosi choremu ulgę” (Szary, 2012).

Bibliografia:

- Barański J. (2014/15), *Dehumanizacja medycyny*, Medium grudzień 2014-styczeń 2015
<http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/grudzie-2014-stycze-2015/654-zagubiona-tosamo-lekarska-oblicza-dehumanizacji-w-medycynie>
- Bilikiewicz A. (1994), *Jak zapobiegać dalszej dehumanizacji medycyny u progu XXI wieku*, (w:) K. Imieliński (red.) *Medycyna u progu XXI wieku. Filozofia i technika leczenia*, Warszawa, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

¹⁵ Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarski w Gdańsku z dnia 21 maja 2015 r., sygn. akt 7/Wu/ 15 niepublikowane.

¹⁶ Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 24 września 2015 r., sygn. akt NSL Rep. 164/OWU/15 niepublikowane.

¹⁷ Konferencja Śląskiej Izby Lekarskiej, Dehumanizacja medycyny, Katowice 10 październik 2015 r., http://www.izba-lekarska.org.pl/954-konferencja_dehumanizacja_medycyny_apel_do_mediow

- Boratyńska M, Konieczniak P. (2003), *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, (w:) L. Kubicki (red.) *Prawo medyczne*, s. 41-84, Wrocław Urban & Partner.
- Brzeziński T. (2009), *Etyka lekarska*, (w:) *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), Radom PWEN.
- Brzeziński T. (2011), *Etyka lekarska*, Warszawa: PZWL.
- Domagała-Kulawia J, Kulawiak Z. (2017), *Nauczanie prawidłowej relacji lekarz-pacjent w pulmonologii*, (w:) A. Majkowski (red.), A. Doroszevska (red.), *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, s. 120-121, Warszawa: Federacja Polskich Towarzystw Medycznych.
- Domosławski Z. (1994), *W poszukiwaniu źródeł dehumanizacji medycyny*, (w:) K. Imieliński (red.) *Medycyna u progu XXI wieku. Filozofia i technika leczenia*, Warszawa: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.
- Gubiński A. (1995), *Kodeks etyki lekarskiej – komentarz*, Warszawa: Naczelna Izba Lekarska.
- Kobińska A. (2006), *Zakres autonomii pacjenta na przykładzie nie wyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości*, *Transformacje Prawa Prywatnego*, nr 3–4.
- Kodeks Etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.
- Konferencja Śląskiej Izby Lekarskiej (2015), *Dehumanizacja medycyny*, Katowice 10 październik
http://www.izba-lekarska.org.pl/954-konferencja_dehumanizacja_medycyny_apel_do_mediow
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997, poz. 78 Nr 483 ze zm.)
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (Dz. U. z 1948 r., Nr 61, poz. 477)
- Liszewska A. (1998), *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków: Zakamycze.
- Marcidante K. (2012), *Nelson Pediatrics tom 1*, (w:) A. Malinowski (red. polski), Wrocław.
- Olejnik St. (1995), *Etyka lekarska*, Katowice: Wydawnictwo Unia.
- Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 24 września 2015 r., sygn. akt NSL Rep. 164/OWU/15 niepublikowane.
- Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 10 lutego 2017 r., sygn. akt NSL Rep. 223/OWU/16 niepublikowane.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Gdańsku z dnia 21 maja 2015 r., sygn. akt 7/Wu/15 niepublikowane.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu z dnia 20 listopada 2013 r. sygn. akt 57/Wu/12 niepublikowane.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu z dnia 14 lipca 2015 r., sygn. akt 57/Wu/15 niepublikowane.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie dnia 8 stycznia 2015 r., sygn. akt OSL 630.30/13 niepublikowane.

- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z dnia 9 czerwca 2016 r., sygn. akt OSL.630.50/15 niepublikowane.
- Pawlikowski J. (2014), *Kodeks Etyki Lekarskiej: Odcinek 13: O swobodzie działań zawodowych*. Medycyna praktyczna.
http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/98214,o-swobodzie-dzialan-zawodowych
- Postanowienie Sądu Najwyższego z 27 października 2005 r., sygn. akt III CKN 155/05; OSNC 2006, nr 7-8, poz. 137.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z 13 stycznia 2017 r., sygn. akt SDI 80/16, niepublikowane.
- Rużyło R. (1999), *Etyka i medycyna*, Łomża: Oficyna Wydawnicza „Stopka”.
- Szary S. (2012), *Filozoficzne źródła wartości i wsparcia w podejmowaniu trudnych decyzji medycznych*, Wykład został wygłoszony podczas konferencji: *Współczesne pielęgniarstwo wobec problemów etyczno-prawnych* w Poznaniu 19 października 2012
<http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=655>
- Safjan M. (1997), *Prawo do ochrony życia prywatnego*, (w:) L. Wiśniewski (red.), *Podstawowe prawa jednostki i ich ochrona*, Warszawa.
- Sakowicz A. (2006), *Prywatność jako samoistne dobro prawne (per se)*, Państwo i Prawo, nr 1, s. 27
- Smoleń N. (2017) „Odczłowieczenie” współczesnej medycyny (omówienie referatu prof. Marka Pawlikowskiego), *Panaceum* nr 1–2 (218) styczeń–luty 2017.
- Tatoń J. (2017), *Lekarz i pacjent są silniejsi: zasady budowania twórczej komunikacji lekarza z pacjentem we współczesnej opiece medycznej*, (w:) J. Majkowski (red.), *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, Warszawa: Federacja Polskich Towarzystw Medycznych.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 ze zm.).
- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152 z późn. zm.)
- Wojtczak A. (1993), *Relacja „lekarz pacjent” w świetle zmieniających się zadań i roli lekarza wiążących się z rozwojem medycyny, technologii medycznej i zmianami społecznymi*, (w:) K. Imieliński (red.), *Humanizm i medycyna. Relacje lekarz-pacjent*, Warszawa: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.
- Wrześniewska-Wal I. (2017), *Kodeks etyki lekarskiej w orzecznictwie sądów lekarskich i Sądu Najwyższego*, (w:) J. Majkowski (red.), *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, Warszawa: Federacja Polskich Towarzystw Medycznych.
- Zielińska E. (2001), *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, *Prawo i Medycyna*, nr 9 (vol. 3).