

Prawa pacjenta z perspektywy funkcjonalnej refleksji¹

Błażej Kmiecik

Patient's rights viewed from the functional reflection

Abstract: In 1991 was passed in Poland the Healthcare Institutions Act. In the cited act was for the first time used the phrase of „patient's rights”. Currently in our country there are several other laws that directly relate to that issue. In recent years, there has also been set up new offices in the field of patients' rights (Patient Ombudsman, Ombudsman for Psychiatric Patients and specialist for patient's rights working in hospitals).

Discussions concerning rights of the patient most often relate to matters of a formal nature. Specialist literature refers basically to: the issue of consent to treatment, the issue of medical confidentiality, the aspect of the dignity of the patient and the system of protection of patient rights using the services of the health care system. Rarely however – in this context – debates undertake a problem of the importance of interaction between a patient and a doctor. There is also no reflection on the position that physicians and patients occupy in the course of treating.

The present text aims to depict the patient's rights from the perspective of functional reflection. In the first place, it will be presented the context of treatment within which the sick and the doctors as well as nurses play their roles. In particular, it will be shown the commercial face of medical services. Based on the concept of ombudsman will be taken also an attempt to present medical staff as „the first ombudsmen of the rights and interests of the patient.”

¹ Prezentowana praca stanowi niepublikowany fragment, przere-dagowanej pracy doktorskiej autora (Praca pt Prawa pacjenta i ich ochrona. Studium socjologiczne).

Keywords: patient's rights, functionalism, human rights ombudsman, direct coercion, commercialization of medical services

Wprowadzenie

Czym są prawa pacjenta? Z formalnego punktu widzenia są one uprawnieniami należnymi osobie korzystającej z usług udzielanych przez eksperta medycznego. Powyższe stwierdzenie odnosi się do osoby pacjenta, który ma prawo oczekiwać określonych usług, świadczeń oraz działań ze strony personelu medycznego, w tym zwłaszcza lekarzy oraz pielęgniarek². Taka próba definicji odwołuje nas do wertykalnego ujęcia praw człowieka. Z tej perspektywy prawa pacjenta odnoszą się do sytuacji, w której np. osoba chora korzysta z usług szpitala, będącego instytucją ochrony zdrowia. Owa instytucja funkcjonuje na podstawie określonych przepisów, kształtujących katalog zasad, na których opiera się udzielanie pomocy na przykład pacjentowi leczonemu na terenie szpitala³. Zasady te w sposób kompleksowy zostały po raz pierwszy ukazane w Polsce w 1991r. To wówczas uchwalono ustawę o zakładach opieki zdrowotnej⁴. W art. 18 przywołanego dokumentu wskazano, iż pacjent posiada m.in. prawo do wyrażenia zgody na leczenie, informacji o swoim stanie zdrowia, kontaktu z bliskimi, opieki duszpasterkiej itd.

Jednakże należy również wskazać na coraz bardziej widoczne horyzontalne ujęcie praw pacjenta. Uprawnienia osoby chorej ukazywane są w kontekście doświadczania bólu i cierpienia przez człowieka chorego. W trakcie badania pacjent jest częstokroć zmuszony do przedstawienia

¹ Urszula Drozdowska, „Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta w ustawodawstwie polskim, w: Adam Górski, Paweł Dzienis (red.), *Regulacje prawne ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Białymstoku, Białystok 2006, s. 53.

² W tym ujęciu zob. np.: Wiktor Osiatyński, *Prawa człowieka i ich granice*, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków 2011, ss. 305-308.

⁴ *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89).

intymnych informacji dotyczących swojego życia⁵. Wchodzi on wówczas w szczególną interakcję z lekarzem lub pielęgniarką. Innymi słowy, działania takie jak wywiad lekarski, badanie fizykalne oraz informowanie pacjenta o diagnozie stanowią przykłady szczególnej relacji, jaka zawiązuje się pomiędzy osobą chorą a opiekującym się nią ekspertem medycznym⁶.

W tym miejscu pojawia je jednak pytanie o to, jaką funkcję pełnią owi specjaliści? Czy odnosi się ona wyłącznie do kontekstów diagnostycznych, terapeutycznych oraz leczniczych? Z perspektywy praw pacjenta warto bowiem rozważyć to, co w dzisiejszych czasach oznacza wypełnianie *roli* lekarza i pacjenta. Czy pacjent – wypełniając rolę chorego – z założenia już znajduje się w gorszym położeniu? Jaką z tej perspektywy funkcję pełni sama choroba? Prawdopodobnie można dojść do paradoksalnego wniosku, zgodnie z którym specjaliści, nierzadko oskarżani o naruszanie praw pacjenta, są tak naprawdę pierwszymi rzecznikami interesów osób poddawanych terapii. W niniejszym artykule zostaje podjęta próba ukazania takich kontekstów, które przemawiają za powyższym wnioskiem.

Lekarz i pacjent: pomiędzy rolą a relacją

Nestorka polskiej socjologii medycyny – Magdalena Sokołowska, podkreśla w swoich analizach, że relację pacjent – lekarz należy traktować jako rodzaj stosunku społecznego, którego cechą charakterystyczną jest siła oddziaływania terapeutycznego. Co ciekawe, zdaniem autorki wyjątkowości owej relacji nie są w stanie uchwycić żadne statystyki, ponieważ o jej działaniu terapeutycznym decydują nie tylko liczne, ale i niewymierne czynniki. Jednym z bardziej znaczących tego

⁵ Jak wskazuje Bartosz Skwara: „Ochrona jednostki przed przemocą nie może podlegać pełnemu urzeczywistnieniu wyłącznie w tradycyjnym układzie wertykalnym: władza publiczna – jednostka, ponieważ przemoc, mająca [...] podlegać eliminacji poprzez stosowanie praw podstawowych, występuje również, i to coraz częściej, w innych konstelacjach personalnych”, Zob. Bartosz Skwara, „Poziome obowiązywanie praw człowieka”, *Homines Hominibus*, Nr 1(5), 2009 (ss. 47-67), s. 49.

⁶ Piotr Sztompka, *Socjologia – analiza społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2002, s. 65.

typu elementów jest osoba samego lekarza, który – zdaniem Sokołowskiej – poprzez swoją *postawę* sam niejako stanowi lekarstwo. Lekarz w interakcji z pacjentem może jednak także szkodzić, i nie chodzi tu o tzw. błąd w sztuce lekarskiej, powstały na skutek nieprzestrzegania określonych procedur w trakcie wykonywania interwencji medycznej, np. operacji chirurgicznej. Mowa tu raczej o bezosobowym podejściu do pacjenta. Sokołowska stwierdza, iż chowanie się lekarzy za murem pseudoprofesjonalizmu, czego przejawem jest np. traktowanie chorego jak przypadku medycznego, powoduje odrzucenie istotnych aspektów interpersonalnych (zauwania, poczucia bezpieczeństwa)⁷. Wnioski te potwierdzają również obserwacje Małgorzaty Gromadeckiej-Sutkiewicz, której wyniki analiz wskazują, że pacjenci poddawani badaniom deklarowali, iż utrata zaufania do lekarza następuje zwłaszcza w sytuacji, kiedy ten nie poświęca im dostatecznej ilości czasu. Widoczna jest tutaj pewna istotna korelacja. Mianowicie, koncentrowanie się przez lekarza wyłącznie na problemie somatycznym i zaniechanie tym samym dokładnego rozpoznania innych relewantnych w danym kontekście problemów pacjenta powoduje, iż drastycznie skraca się czas, jaki lekarz poświęca pacjentowi. To z kolei powoduje, że przy kolejnej wizycie chory nie chce już informować lekarza o swoich problemach z obawy, że zostaną one zbagatelizowane⁸. Także inna badaczka zjawisk socjomedycznych Beata Tobiasz-Adamczyk zwraca uwagę, że choć środowisko medyczne coraz śmielej otwiera się na pozabiologiczne aspekty procesu terapii, to jednak w dalszym ciągu stanowią one główny element, niwelujący jednakże znaczenie rzeczywistości psychospołecznej w relacji z pacjentem⁹.

Zdaniem Sokołowskiej coraz większa popularność nieprofesjonalnych „uzdrowicieli”, szamanów oraz znachorów

⁷ Magdalena Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, ss. 91-92.

⁸ Małgorzata Gromadecka-Sutkiewicz, „Wybrane elementy relacji lekarz – pacjent w opinii pacjentów”, *Nowiny Lekarskie*, Nr 4 (73), 2004 (ss. 301-303), s. 303.

⁹ Beata Tobiasz-Adamczyk, „Badania nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia a relacje lekarz – pacjent”, w: Michał Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2013, s. 45.

bierze się stąd, iż w relacji z tymi osobami pacjent traktowany jest jak podmiot a nie przedmiot działań. Pozytywne skutki terapii prowadzonej przez wszelkiego rodzaju uzdrowicieli wynikają często jedynie z ich empatycznego podejścia, które samo w sobie jest niejako lekiem aplikowanym pacjentowi¹⁰. Sokołowska dostrzega ponadto, że paternalistyczna postawa lekarza wobec pacjenta prowadzi do pojawienia się zakłóceń w sferze przekazywania przez chorego informacji dotyczącej odczuwanych dolegliwości. Pacjent niechętnie informuje lekarza o swoich problemach, natrafiając z jego strony na oschłość oraz spotykając się z brakiem chęci do rozmowy. Trzeba też zaznaczyć, że postawa paternalistyczna rodzi także konsekwencje innej natury – brak osobowego podejścia lekarza do pacjenta może prowadzić również do sytuacji, w której osoba chora nie jest w pełni informowana o swoim stanie zdrowia, co wynika z przekonania lekarza, iż nie ma on obowiązku informowania pacjenta o swoich decyzjach terapeutycznych. To z kolei wydaje się być konsekwencją założenia, iż pacjent nie jest partnerem lekarza w procesie terapii¹¹.

Piotr Sztompka, analizując zjawisko interakcji, uznaje wizytę u lekarza za jej idealny przykład. To bowiem w trakcie wizyty w gabinecie lekarskim następuje sekwencja dynamicznych i skierowanych ku sobie działań społecznych. Można rzec, iż ma ona charakter wyspecjalizowany, tj. składa się z określonych rytuałów oraz zachowań, a także przebiega w określonych miejscach. W zależności od rozpoznania spotkanie pacjenta z lekarzem ma charakter okazjonalny¹² (gabinet dentystyczny) lub długotrwały (szpitalny oddział ratunkowy). Sztompka podkreśla, że w ramach stosunku społecznego zarówno pacjent jak i lekarz posiadają określone wyspecjalizowane prawa oraz obowiązki. Pacjent ma prawo do oczekiwania pomocy ze strony lekarza, lekarz ma z kolei prawo skierować pacjenta do innego specjalisty. Obydwaj partnerzy interakcji mają również wspólny obowiązek poszanowania

¹⁰ Więcej na temat lecznictwa niemedycznego zob. w: Luiza Nowakowska, „W stronę socjologii lecznictwa niemedycznego – zarys przedmiotu badań”, *Hygeia Public Health*, No. 47(3), 2012 (ss. 258-263).

¹¹ Magdalena Sokołowska, *Socjologia medycyny*, op. cit., ss. 91-92.

¹² Piotr Sztompka, *Socjologia – analiza społeczeństwa*, op. cit., s. 65.

wzajemnej godności. Te wymienione uprawnienia oraz obowiązki powodują, że bez względu na indywidualne cechy dana osoba pełni rolę pacjenta lub lekarza. Pacjent, widzący idącego korytarzem szpitalnym lekarza stwierdza, że ma prawo oczekiwać od niego informacji dotyczących swojego stanu zdrowia, gdyż to właśnie lekarz ze względu na swoją pozycję oraz pełnioną rolę dysponuje ważną dla chorego wiedzą. Zdaniem Roberta Mertona w ten typ kontaktu z reprezentantem profesji specjalizującej się w pomaganiu innym wpisane są: dysproporcja pozycji oraz ambiwalencja emocjonalna. Pacjent, szukający w tym wypadku pomocy, zawsze staje w pozycji niższej od eksperta. Z jednej strony żywi wielką nadzieję, iż specjalista ten udzieli mu wsparcia, z drugiej zaś strony odczuwa obawy oraz ograniczone zaufanie. Doskonałym przykładem takiej ambiwalencji jest sytuacja pacjenta zgłaszającego się z silnym bólem do stomatologa. Z jednej strony oczekuje trwałej ulgi w cierpieniu, z drugiej zaś doświadcza silnego lęku związanego ze specyfiką leczenia i spodziewanym doświadczeniem bólu fizycznego. Podobną cechą ambiwalencji dostrzec można w osobie lekarza¹³.

Zdaniem Mertona w zawód lekarza wpisana jest cecha zwana *detached concern*, czyli troska z dystansu. Oznacza to, iż lekarz, na przykład chirurg, musi posiadać umiejętność patrzenia na pacjenta jak na bezosobowy przypadek. Dzięki temu chirurg dziecięcy nie płacze przy każdej operacji. Z drugiej jednak strony lekarz, będąc „wyzbytym ludzkich uczuć”, a tym samym lekceważąc chorego, niekoniecznie będzie doświadczał terapeutycznych sukcesów zawodowych¹⁴. George A. Wolfe pojawienie się podobnej postawy u omawianych ekspertów medycznych wiąże ze zjawiskiem wypalenia. Lekarz „troszczyć się może o dystans” w relacji z pacjentem w sposób celowy lub też nieświadomy. Zdaniem autora w sytuacji tej następuje wzrost obojętności, fizyczne oddalenie się od pacjenta, a w relacji terapeutycznej pojawia się cynizm. Wolfe zwraca jednak uwagę, iż zachowanie

¹³ Ibidem, s. 68. Zob. także: Robert K. Merton, „Paradygmat analizy funkcjonalnej w socjologii”, w: Aleksandra Jasińska-Kania, Lech M. Nijakowski, Jerzy Szacki, Marek Ziółkowski (wybór i opracowanie), *Współczesne teorie socjologiczne*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2006, ss. 367-375.

¹⁴ Piotr Sztompka, *Socjologia – analiza społeczeństwa*, op. cit., s. 76.

takie ma charakter obronny – w ten sposób lekarz zapobiega ewentualnemu uczuciu przytłoczenia. W opinii Wolfe'a postawa taka jest całkowicie naturalna, gdyż stanowi oczywistą konsekwencję braku możliwości pełnego zaangażowania się w problemy wszystkich pacjentów. Wolfe jednak słusznie zauważa, że *detached concern*, rozumiana jako „oderwane zainteresowanie”, nie powinna przerodzić się w obojętność wobec pacjenta. Stąd też na samych lekarzach ciąży obowiązek poszukiwania metod radzenia sobie z coraz silniejszym stresem, jakiego doświadczają w pracy¹⁵. Z kolei Gerald Epstein w swej socjoteologicznej analizie zwraca uwagę, że występowanie omawianej lekarskiej postawy paradoksalnie może być powiązane z występowaniem stałej bliskości w relacji pacjent – lekarz. Autor, analizując zagadnienie z perspektywy doświadczeń egzystencjalnych, wskazuje iż w każdej bliskiej relacji musi być obecna zarówno zaangażowana troska, jak i konieczna sytuacyjnie obojętność, która umożliwi spokojną realizację danego celu oraz zapobiega rozbudzaniu u pacjentów fałszywych nadziei¹⁶.

Filozofia spotkania

W polskiej literaturze przedmiotu powyższe zależności opisywał Antoni Kępiński. W trakcie swoich wykładów ów psychiatra – filozof podawał przykład dwóch lekarzy leczących pacjentów cierpiących na to samo schorzenie za pomocą tego samego lekarstwa. Kępiński zwrócił uwagę, iż tylko u jednego z chorych dostrzeżono poprawę, co jego zdaniem związane było z nieprawidłowym podejściem do chorych jednego z lekarzy. Kępiński, poddając krytyce środowisko polskich psychiatrów, postawił kontrowersyjną tezę, iż niejednokrotnie główny problem terapii tkwi nie tyle w chorym, ile w jego lekarzu¹⁷. W tym miejscu warto zwrócić uwagę, że wystąpienie opisanych zachowań, na przykład wśród personelu

¹⁵ George A. Wolfe, „Burnout of Therapists Inevitable or Preventable?”, *Physical Therapy*, No. 61, 1981 (ss. 1046-1049).

¹⁶ Gerald Epstein, „Detachment, hope, and spirituals understanding: A comment on Bernie S. Siegel's Prescriptions for Living”, *Advances in Mind – Body Medicine*, No. 16, 2000 (ss. 150-151).

¹⁷ Antoni Kępiński, *Poznanie chorego*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989, ss. 8-9.

szpitala, wiązać się może z faktem obarczania ekspertów medycznych coraz licznieszymi obowiązkami natury administracyjnej, co wpływa na pogorszenie jakości świadczonych przez nich usług¹⁸.

Ukazując znaczenie omawianej w tym miejscu relacji warto wskazać, iż Talcott Parsons w swoich funkcjonalnych analizach doszedł do wniosku, że lekarze oraz pacjenci, wykonując ustalone role społeczne, z którymi wiążą się określone prawa oraz obowiązki, są od siebie nawzajem w pewnym sensie uzależnieni. Brak umiejętności wykonywania tych ról Parsons kwalifikuje jako chorobę¹⁹. Socjolog podkreśla, że pacjent ma prawo być traktowany jako osoba niesprawna, potrzebująca tym samym wsparcia innej osoby. Chory jego zdaniem ma także prawo wymagać, by na czas choroby zwolniony był z wszelkich codziennych prac, mogących być dla jego stanu obciążeniem. Co ciekawe jednak, w opinii Parsonsa pacjent ma także obowiązki. Winien, dla przykładu, podjąć wszelkie starania o jak najszybszy powrót do zdrowia, z czym wiąże się inny obowiązek: podejmowania współpracy z personelem medycznym, szczególnie zaś z lekarzem²⁰. Lekarz z kolei ma przede wszystkim prawo „wstępu” w intymną sferę życia pacjenta, gdy chodzi o odnalezienie przyczyn choroby. Może on w tym celu wykonywać pewne czynności, takie jak np. badanie fizykalne chorego. W ramach tych praktyk lekarz ma prawo do autonomicznych decyzji. Z drugiej jednak strony przed specjalistą także stoją konkretne obowiązki, takie jak doskonalenie się w wiedzy, działanie na rzecz zdrowia chorego oraz obowiązek zachowania profesjonalnego obiektywizmu²¹.

W funkcjonalnym ujęciu Parsonsa stosunki lekarza oraz pacjenta oparte są na wzajemnym porozumieniu. Specyfika

¹⁸ Agnieszka Niedźwiecka, Michał Nowicki, Marcin Tkaczyk, „Oczekiwania chorego dializowanego wobec zespołu pielęgniarskiego w stacji dializ”, *Polski Merkurusz Lekarski*, Nr 26, 2009 (ss. 311-314), s. 314.

¹⁹ Lidia Marszałek, „Społeczny kontekst niepełnosprawności”, *Seminare*, Nr 24, 2007 (ss. 339-353), ss. 344-345.

²⁰ Teresa Żółkowska, „Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w społeczeństwie. Koncepcje a rzeczywistość”, w: Irena Ramik-Mażewska, Grażyna Leśniewska (red.), *Aktywizacja społeczno-zawodowa osób niepełnosprawnych ruchowo*, Pedagogium Wydawnictwo OR TWP, Szczecin 2008, s. 13.

²¹ Jest o tym wzmianka m.in. w art. 56 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*.

owego porozumienia polega jednak na tym, iż pacjent przyjmuje oraz akceptuje, że lekarz zajmuje pozycję wyższą. Innymi słowy, lekarz z założenia jest w tym układzie autorytetem – dzięki wiedzy jaką posiada²². W związku z coraz silniejszą komercjalizacją usług medycznych można zakładać, iż relacja pacjent–lekarz przybiera coraz częściej postać kontaktu, w którym stronami są klient i usługodawca. Układ opiera się na założeniu, iż w jego ramach lekarz jest doradcą, zaś pacjent partnerem oraz współdecydem działań. To pacjent wybiera lekarza, to także jemu lekarz jest zobligowany dostarczyć jak największy zasób informacji dotyczących przebiegu terapii. Z dostępnej palety opcji pacjent wybiera najbardziej odpowiadające mu rozwiązanie²³. W tym modelu prawa pacjenta pełnią wyjątkową funkcję. Można powiedzieć, iż pacjent wykorzystuje je w ramach przysługujących mu praw konsumenta. Usługodawcz, jakim jest lekarz, pielęgniarz czy też cały szpital, nie opłaca się naruszać praw osoby chorej, gdyż wiązać się to będzie ze znacznym spadkiem zainteresowania usługami medycznymi proponowanymi przez daną osobę lub ośrodek, co z kolei wpłynie na zmniejszenie się zysków²⁴.

Jak zatem widać, model ten zaczyna w sposób istotny oddalać się od propozycji Parsonsa, który jest autorem koncepcji choroby jako dewiacji. W jego opinii instytucje ochrony zdrowia pełnią istotną funkcję kontrolną, jednak w przypadku komercjalizacji usług medycznych tracą możliwość „legitymowania podejmowania roli społecznej chorego”. Komercyjne zakłady opieki zdrowotnej podejmują także, co

²² Kath Maguire, “Parsons’ sick role”, *Sociologies of Health & Illness*, E-Learning Databank, [dostęp: 18.07.2012], www.medgraphics.cam.ac.uk/shield.

²³ Małgorzata Suwała, „Komunikowanie się lekarza z pacjentem”, [dostęp: 18.07.2012], [http://www.umed.lo\(Dz.pl/kmz/doc/kmz_komunikacja_z_pac.pdf](http://www.umed.lo(Dz.pl/kmz/doc/kmz_komunikacja_z_pac.pdf).

²⁴ Jak wskazuje Antonina Doroszewska: „Przyczyny uregulowania praw pacjenta akurat pod koniec XX w. można szukać w szerszych przeobrażeniach życia społecznego związanych z pojawieniem się ruchu konsumenckiego, wzrostem świadomości przysługujących im praw”, zob. Antonina Doroszewska, „Socjologiczne aspekty praw pacjenta – analiza wybranych problemów”, w: Teresa Mróz (red.), *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2011, s. 122.

oczywiste, działania mające na celu przywrócenie sprawności zgłaszającego się do nich pacjenta. Organy te utraciły jednak możliwość kontrolowania działań, jakie w tym celu podejmuje sam zainteresowany²⁵. Co ważne w kontekście problematyki praw pacjenta, Parsons wyraźnie zwraca uwagę na istnienie pewnej dysproporcji w ramach omawianych relacji: zgłaszający się do szpitala pacjent *de facto* przybywa do instytucji, która w swą misję wpisane ma rozliczanie chorego z podejmowanych przez niego działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia. Jak wiadomo jednak koncepcja Parsonsa spotkała się z wyraźną krytyką, zwłaszcza w środowisku socjomedycznym.

David Mechanic, autor monografii *Medical Sociology*, jako przedstawiciel nurtu krytycznego wobec wyżej opisanej parsonsowskiej wizji zauważył, że analizując relację lekarz – pacjent należy w sposób szczególny zwracać uwagę na zachowanie pacjenta w chorobie (ang. *illness behaviour*). Mechanic rozumiał je jako specyficzny sposób postrzegania własnych objawów przez osobę chorą – objawów, które odpowiedzialne są za wystąpienie konkretnych zachowań pacjenta doświadczającego bólu oraz cierpienia. W swoich publikacjach podkreślał, iż badając sposób poszukiwania przez pacjenta profesjonalnej pomocy, szczególną uwagę należy zwrócić na subiektywne postrzeganie przez niego własnego cierpienia. Choć w badaniach socjologicznych ów subiektywizm postrzegany może być jako wada, to jednak dla analizowania omawianej relacji jest to czynnik istotnie determinujący zachowanie osoby doświadczającej bólu²⁶. Autor, odnosząc się do zagadnienia bólu, skupił się nie tylko na aspektach somatycznych, ale również psychicznych. Kwestię „zachowania pacjenta w chorobie” postrzegał jako szczególnie istotną w przypadku terapii pacjentów doświadczających zaburzeń psychicznych. Występowanie takich objawów jak autoagresja wymaga, zdaniem autora, sprawowania szczególnie czujnej i troskliwej pieczy nad omawianą grupą pacjentów²⁷.

²⁵ Michał Skrzypek, *Perspektywa chorego w socjologii choroby prze-wlekłej*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2011, s. 50.

²⁶ Ibidem, ss. 53-55.

²⁷ David Mechanic, “Treating mental illness: Generalist versus Specialist”, *Health Affairs*, No. 4, Winter 1990 (ss. 61-75), s. 71.

Warto także dodać, że Mechanic – odnosząc się do refleksji Parsonsa – zwraca uwagę na nowe negatywne zjawisko. Jak pamiętamy, autor *The Social System* zakładał istnienie dysproporcji pomiędzy, jakbyśmy powiedzieli w Polsce, świadczeniobiorcą a świadczeniodawcą. Mechanic dostrzega jednak inne niebezpieczeństwo istotne z perspektywy praw pacjenta. Powołując się na wcześniejsze badania zaznacza, iż lekarze, nawet w obliczu braku istotnych medycznie wskazań, skłoni są przepisywać określone leki na wyraźne żądanie pacjenta. Wydaje się więc, że świadomość pacjenta dotycząca stanu własnego zdrowia z jednej strony pozwala mu na realną współpracę z lekarzem, a z drugiej zaś powodować może wystąpienie u niego postawy roszczeniowej²⁸.

Pacjent/konsument

W socjologii medycyny spotkać się można jednak z krytyką opisaną powyżej koncepcji. Zdaniem, między innymi, Thomasa Szasa w kontakcie pacjenta z lekarzem może zawiązać się relacja określana jako współpraca i współuczestnictwo. W opinii tegoż badacza, występuje ona w trakcie leczenia chorób długotrwałych. Jako przykład Szasz podaje leczenie cukrzycy, czyli sytuację, w której wizyty u lekarza są okazjonalne, a pomiędzy nimi pacjent zmuszony jest samodzielnie analizować oraz ewentualnie modyfikować np. sposób swojego odżywiania. Zdaniem Sokołowskiej taki model stosunków na linii pacjent – lekarz zdaje się być coraz bardziej rozpowszechniony ze względu na zwiększającą się liczbę chorób o charakterze przewlekłym²⁹. W ostatnim czasie przywołane podejście coraz częściej określane jest mianem „zarządzania chorobą”. Konstancy Radziwiłł, wieloletni prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, podkreśla, że w sytuacji, kiedy lekarze nie są w stanie opanować wszystkich objawów, czy też doprowadzić do wyleczenia licznych schorzeń o charakterze przewlekłym, konieczne jest włączenie samego pacjenta w świadome

²⁸ David Mechanic, Donna D. McAlpine, “Sociology of Health Care Reform: Building on Research and Analysis to Improve Health Care”, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 51, No. 1, 2010 (ss. 147-159), ss. 149-150.

²⁹ Magdalena Sokołowska, *Socjologia medycyny*, dz. cyt., s. 96.

podejmowanie decyzji w specyficznej sytuacji zdrowotnej. Radziwiłł zwraca w związku z tym uwagę, iż znaczna grupa pacjentów doświadczających chorób to jednocześnie eksperci od leczenia tychże schorzeń. Zadaniem personelu medycznego, jak i samego pacjenta jest współdziałanie oparte na stałym analizowaniu stanu zdrowia, wyników badań, podejmowanej aktywności fizycznej, stosowanej diety. Bieżąca analiza pozwala jak najbardziej efektywnie wykorzystać dostępne w danym momencie metody terapii³⁰.

W tym miejscu nie można jednak bagatelizować faktu coraz powszechniejszej komercjalizacji usług medycznych. Pacjent, np. leczący się u dentysty, przychodzi z pewnym problemem, lekarz wykonuje „usługę naprawczą”, a następnie wystawia pokwitowanie, które stanowi podstawę reklamacji. Widać zatem, że pod koniec XX w. oraz na początku XXI w. pojawiło się kolejne prawo pacjenta, wynikające z ogólnych zasad konsumenckich – prawo reklamowania usług medycznych³¹. W kontekście poruszonego wątku warto zwrócić uwagę, iż w początkowym okresie funkcjonowania Urzędu Rzecznika Praw Pacjenta część specjalistów była zdania, że organ ten nie powinien zajmować się tzw. zbiorowymi prawami pacjenta. Uznano, że skoro pacjent zgłaszający się do placówki ochrony zdrowia występuje jednocześnie w roli konsumenta, to na wszelkie wnioski reklamacyjne powinien odpowiadać Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta, do którego obowiązków należy reagowanie w sytuacji naruszenia tzw. zbiorowych praw konsumenta³².

³⁰ Konstanty Radziwiłł, *Komunikacja na poziomie lekarz – pacjent*. Referat wygłoszony podczas konferencji: „Komunikacja w relacji pacjent – rodzina – personel medyczny” (Warszawa, 7 czerwca 2013), [dostęp: 14.06.2013], <http://www.cecib.uksw.edu.pl/>. Zob. także w tym kontekście: „Celiakia – wytyczne do zarządzania chorobą”, [dostęp: 14.06.2013], http://www.etseq.urv.es/cdmedics/newsletter/pamphlet_polish.pdf; „Jak zarządzanie chorobą pomaga?”, [dostęp: 14.06.2013], http://www.etseq.urv.es/cdmedics/newsletter/pamphlet_polish.pdf.

³¹ W tym kontekście Tadeusz Biesaga zwraca uwagę na realne niebezpieczeństwa bezrefleksyjnej komercjalizacji usług medycznych, zob. Tadeusz Biesaga, „Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny”, *Medycyna Praktyczna*, Nr 9, 2005 (ss. 19-23).

³² Urszula Drozdowska, „Rzecznik Praw Pacjenta – nowy sposób ochrony praw pacjenta?”, *Administracja Publiczna. Studia Krajowe i Międzynarodowe*, Nr 1 (13), 2009 (ss. 8-15), s. 10.

Do tego należy dodać kwestie związane z zawieraniem umów na usługi medyczne, np. usługę porodu. W ramach zawartej ze szpitalem umowy ciężarna ma prawo do takich świadczeń jak „znieczulenie zewnątrzoponowe do porodu (przy braku przeciwwskazań medycznych), indywidualną opiekę lekarza w czasie porodu, indywidualną opiekę położnej w czasie porodu, indywidualną opiekę pielęgniacyjną w Oddziale Położniczo-Noworodkowym, porady laktacyjne, pobyt [...] w sali o podwyższonym standardzie, możliwość wyboru menu”³³.

W tym miejscu warto zastanowić się, jakie mogą być konsekwencje skomercjalizowania relacji lekarz – pacjent. Z jednej strony lekarz, dostrzegając iż przestrzeganie praw pacjenta mu się „opłaca”, jest bardziej skory do wykazywania wobec chorego empatii. Pacjent z kolei automatycznie zaczyna bardziej ufać lekarzowi, czego efektem jest pokładanie większej nadziei w procesie terapeutycznym. Pacjent, zachęcony postawą lekarza, jest bardziej skłonny do podejmowania proponowanych przez lekarza działań leczniczych. Opisane zjawiska, a więc: stan empatii, zaufania, nadziei oraz wzbudzenie motywacji do leczenia są klasycznymi elementami relacji psycho-terapeutycznej³⁴. Jak widać komercyjne podejście wyraźnie stanowi potencjalne pole do wytworzenia się prawdziwej relacji terapeutycznej, w której pacjent czuje się bezpiecznie. Co jednak w sytuacji, gdy chorego nie stać na prywatne usługi medyczne? Czy wówczas może pojawić się konflikt? W opinii m.in. Jonathana Turnera oraz Normana Goodmana medycyna jest obecnie polem występowania nierówności społecznych, albowiem korzystanie z jej zdobyczy, np. w Stanach Zjednoczonych, bezpośrednio uzależnione jest od posiadanych przez pacjenta środków finansowych. Nierówność ta ma ścisły związek z prawami pacjenta, ponieważ prowadzi do sytuacji niemożności uzyskania pomocy medycznej na takim poziomie, jaki odpowiada aktualnym standardom. „Bogaty” pacjent

³³ Dane pochodzą z oferty placówki medycznej Salve, zob. Salve Porody [portal internetowy], [dostęp: 20.07.2012], <http://www.salve.pl/Jesli-planujesz-porod-w-Salve,28,0,6>. Na temat tego zjawiska zob. także: Małgorzata Siuta, Arkadiusz Adamowski, „Rodzenie po ludzku trzeba sobie kupić”, w: „Wyborcza.pl”, 10 października 2007, [dostęp: 20.07.2012], <http://wyborcza.pl/1,75248,4556460.html>.

³⁴ Por. Jan Czesław Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, PWN, Warszawa 2000, ss. 176-180.

może zatem korzystać z szybszej, miłszej oraz efektywniejszej pomocy niż pacjent „biedny”. Nie oznacza to, iż pacjent ubogi, korzystający z państwowych świadczeń szpitala stanowego w USA, skazany jest z góry na łamanie jego praw przez personel medyczny. Tego typu generalizacja byłaby nieuprawniona. Zgodzić się jednak należy, że pacjenci korzystający z usług zatłoczonych poradni oraz szpitali z mniejszym prawdopodobieństwem uzyskają empatyczne wsparcie ze strony personelu, który w danej chwili nie może poświęcić im czasu ze względu na nadmierną ilość obowiązków. Przedstawione tu rozważania dotyczące praw pacjenta znajdują potwierdzenie w przedstawianych przez Goodmana wynikach badań, z których wynika, iż przedstawiciele klas uboższych w USA, nieposiadających prywatnego ubezpieczenia, charakteryzuje znacznie gorszy stan zdrowia niż przedstawiciele klasy średniej i wyższej. Brak środków finansowych na leczenie w warunkach amerykańskich ma wyraźne przełożenie na znacznie większą umiERALNOŚĆ niemowląt, większą liczbę zwolnień lekarskich oraz skrócenie życia wśród uboższych warstw społecznych³⁵. Brak równego dostępu do opieki medycznej odpowiadającej aktualnemu stanowi wiedzy stanowi wyraźne naruszenie praw pacjenta. Jak trafnie dostrzegł to, analizując polską perspektywę, Jacek Żakowski, sytuacja, w której pacjent staje się klientem sprawia, że „istotą przestaje być treść relacji, a staje się [nia] wartość transakcji”. Tym samym zjawisko tzw. „finansjalizacji” prowadzić może do istotnej „dewastacji sfer życia społecznego”, także sfery ochrony zdrowia³⁶.

³⁵ Norman Goodman, *Wstęp do socjologii*, Zysk i Spółka, Poznań 2001, s. 267.

³⁶ Jacek Żakowski, „ACTA ad acta. Co ma wspólnego internet z biblioteką”, w: *Wyborcza.pl*, 23.01.2012 [portal internetowy], [dostęp: 18.07 2012], <http://www.krytykapolityczna.pl/Opinie/ZakowskiACTAadactaczycicomawspolnegointernetzbiblioteka/menuid-196.html>. Analizę nierówności praw do świadczeń opieki zdrowotnej jako zjawiska socjokulturowego odnaleźć można m.in. w: Sabina Królikowska, „Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej”, *Acta Universitatis Lodziensis Folia Sociologica*, Nr 39, 2011 (ss. 33-52), Antonina Ostrowska, „Psychospołeczne uwarunkowania nierówności w zdrowiu”, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. 9, Nr 2, 2011 (ss. 55-63) oraz Tadeusz Kaczmarek, Jerzy T. Marcinkowski, Monika Zysnarska, Tomasz Maksymiuk, Aleksandra Majewicz, „Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia”, *Przeгляд Higieniczny i Epidemiologiczny*, Nr 3, 2007 (ss. 259-260).

Personel medyczny i jego rzecznicza rola

W kontekście poruszanych wcześniej wątków, m.in. tematu interakcji pomiędzy pacjentami a personelem medycznym oraz ról pełnionych przez uczestników tych relacji, a także w kontekście ochrony praw pacjenta, warto zwrócić uwagę na pewne nowe zjawisko. W ostatnich latach można zaobserwować niezwykle rozwój instytucji Rzecznika Praw Pacjenta. W tym jednak miejscu, pozostając w duchu rozważań interakcyjno-funkcjonalnych, postaramy się przedstawić rolę personelu szpitalnego związaną bezpośrednio z ochroną praw osoby, której udzielane są świadczenia medyczne.

Instytucja ombudsmana, a więc niezależnego od władzy obrońcy, mediatora oraz strażnika praw i interesów określonych grup³⁷ zaczęła kształtować się w naszym kraju pod koniec lat 80. XX w. i od tego czasu powoływane są urzędy kolejnych rzeczników, takich jak Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Praw Pacjenta, Rzecznik Ubezpieczonych, Rzecznik Praw Konsumenta, Rzecznik Osób Niepełnosprawnych itd. Stanowiska te powołane zostały na drodze zmiany konstytucji, ustawy, uchwały lub zarządzenia. Zjawisko to nie ominęło także systemu ochrony zdrowia, w tym szpitali psychiatrycznych, niejednokrotnie określanych mianem instytucji totalnych³⁸. W placówkach tych od początku 2006 r. funkcjonuje instytucja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (dalej: RPPSzP). Osoba zatrudniona na tym stanowisku wypełnia wszystkie podstawowe funkcje, jakie musi spełniać prawdziwy ombudsman. Wspomniani urzędnicy są całkowicie niezależni od władzy szpitala³⁹. W tym miejscu należy wskazać, iż coraz donioślejszą rolę w polskim systemie ochrony zdrowia zaczyna odgrywać przede wszystkim Urząd Rzecznika Praw Pacjenta. To wspomniany organ powołany

³⁷ Władysław Kopaliński, „Ombudsman”, w: Władysław Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych z almanachem*, Świat Książki, Warszawa 2002, s. 360.

³⁸ Erving Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, tłum. Olena Waśkiewicz, Jacek Łaszcz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011, ss. 14-15.

³⁹ Więcej na temat działań podejmowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego znajdzie się w części pracy poświęconej terapeutycznemu działaniu prawa.

został w celu podejmowania działań badawczych, interwencyjnych oraz edukacyjnych odnoszących się do uprawnień świadczeniobiorców usług medycznych. Marcin Śliwka, analizując zjawisko społeczno-prawne, jakim jest szeroko pojęta instytucja rzecznika praw pacjenta, zwrócił uwagę, iż zachodnie doświadczenia istnienia omawianej instytucji skłaniają do stwierdzenia, że badając działanie podobnych organów możemy stwierdzić jednoznacznie, że pełnią one rolę bufora w konfliktach pomiędzy personelem medycznym a pacjentami. Pojęcie konfliktu odgrywa tutaj kluczową rolę.

W skandynawskim modelu (Szwecja, Norwegia i Finlandia) system omawianych rzeczników posiada charakter zdecentralizowany. Na przykład w Norwegii każdy szpital ma obowiązek zatrudniać na pół etatu osobę w powyższym charakterze. Jednak w większości przypadków działania podejmowane są tutaj w celu załagodzenia konfliktu pomiędzy pacjentem a lekarzem. Najbardziej zbliżony do polskiego model pacjencckiego rzecznictwa funkcjonuje na terenie Wielkiej Brytanii. Jego podobieństwo związane jest ze scentralizowanym charakterem powoływania oraz działania owego ombudsmiana. Co ciekawe jednak, angielski *Parliamentary and Health Commissioner* posiada głównie kompetencje podejmowania działań na rzecz pacjentów w związku ze skargą jaką złożyli na funkcjonowanie publicznej ochrony zdrowia⁴⁰.

Patrząc na omawianą problematykę z płaszczyzny medycyny amerykańskiej, warto zauważyć, że w ostatnich czasach coraz częściej podejmuje się tam analizy sytuacji zawodowej lekarzy, ukazywanej z perspektywy rzecznictwa. Wynika z nich, iż lekarz może być obrońcą praw pacjenta, o ile tylko na powrót przyjmie postawę „rzecznika humanistycznego modelu zdrowia”. W Stanach Zjednoczonych dostrzeżono bowiem, iż lekarz w sensie społecznym wszedł w konflikt z pacjentami, ponieważ zbyt zaufał nauce. Zdaniem Thomasa Gordona wielu lekarzy znalazło się w takim położeniu, w którym jedynym wskazanym rozwiązaniem jest powrót do ideałów oraz postawy czystej empatii. Bez tego może dojść do swoistego paradoksu. Lekarz, chcąc w pełni działać w zgodzie z ideą praw pacjenta, np. szczegółowo przedstawiając

⁴⁰ Marcin Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawo-porównawczy*, Wyd. Dom Organizatora 2010, ss. 61-63.

pacjentowi jego sytuację zdrowotną, w pewnym sensie może także łamać jego prawa. W tym przypadku naruszenie polega na wywołaniu lęku u osoby chorej, nierozumiejącej skomplikowanych komunikatów, które kieruje do niej lekarz⁴¹. Osoba lecząca pacjenta chcąc być rzecznikiem, zwłaszcza rzecznikiem pacjenta doświadczającego długotrwałego cierpienia fizycznego lub psychicznego, musi wyzbyć się tzw. pseudo-profesjonalizmu. Być rzecznikiem w tym wypadku oznacza nade wszystko prezentować postawę pełną empatii, wzbudzać zaufanie, budować nadzieję, wzmacniać u pacjenta chęć do podjęcia dalszego leczenia⁴². Zdaniem przywoływanej już Sokołowskiej, bezuczuciowa, zimna postawa lekarza wpływać może destruktywnie na proces terapeutyczny. Autorka podkreśla, że wyniki licznych badań wskazują, że sposób w jaki lekarz traktuje pacjenta ma niezwykle istotne znaczenie dla powrotu podopiecznego do zdrowia. Oczywiście jest, że okazanie choremu empatii nie spowoduje, iż znikną u niego objawy choroby, na którą cierpi, jednak zainteresowanie sytuacją pacjenta, podjęcie próby uspokojenia go oraz poszukiwanie przyczyn występowania ewentualnych zachowań agresywnych, jest nie tylko świadectwem poszanowania praw pacjenta, ale nade wszystko przyczynić się może do zmniejszenia częstotliwości stosowania leków, np. silnych środków przeciwbólowych⁴³. Odwołując się zatem do konkretnego przypadku, np. agresywnego pacjenta szpitala psychiatrycznego, trzeba zaznaczyć, iż lekarz będzie mógł nazwać sam siebie rzecznikiem praw tej osoby tylko w przypadku, kiedy celem jego działań będzie udzielenie pomocy medycznej *z uwzględnieniem przy tym godności* pacjenta. To nade wszystko lekarz ma obowiązek postępować zgodnie z zasadą nakazującą, aby działania zmierzające do przywrócenia pacjentowi zdrowia cechowała jak najmniejsza uciążliwość (zob. art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). To także lekarz powinien być strażnikiem wszelkich, niejednokrotnie koniecznych, działań

⁴¹ Thomas Gordon, *Pacjent, jako partner*, tłum. Tadeusz Szafranowski, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999, ss. 19-23.

⁴² Te zasady są elementem opisaną już wcześniej koncepcji psychoterapeutycznej Jana Czabały, zob. też: Jan Czesław Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014, ss. 176-180.

⁴³ Magdalena Sokołowska, *Socjologia medycyny*, op. cit., ss. 91-92.

opartych na przymusie bezpośrednim, takich jak np. unieruchomienie lub siłowe zaaplikowanie leków. To do jego obowiązków należy analiza danej sytuacji i ocena, czy zastosowanie przymusu lub też jego utrzymanie jest uzasadnione, co ma szczególnie znaczenie wówczas, gdy występuje konieczność długotrwałego stosowania przymusu. To także medyk winien czuwać nad interesami pacjenta, w tym szczególnie umożliwiać mu kontakt z osobami bliskimi. Mowa tu w szczególności o czuwaniu nad sposobem sprawowania opieki nad pacjentem przez opiekuna prawnego lub faktycznego⁴⁴.

Co ciekawe, zarówno w kontekście jakości interakcji, jak i określonej roli medycznej jaką spełnia lekarz psychiatra, zwraca się uwagę, iż ze względu na prowadzenie działalności terapeutycznej nie powinien on samodzielnie wykonywać przymusu wobec pacjenta, lecz zlecać to pielęgniarce. Powyższa opinia spotyka się jednak z uzasadnioną krytyką. Jak zostanie wykazane poniżej, w obecnych czasach pielęgniarka (zwłaszcza z perspektywy oddziały szpitalnego) równie często nawiązuje relację terapeutyczną z pacjentem. Stąd też pozostawienie działań przymusowych wyłącznie personelowi pielęgniarstwu z jednej strony nie posiada racjonalnego uzasadnienia, z drugiej zaś perspektywy pielęgniarka w podobnym ujęciu mogłaby być z czasem kojarzona przez pacjentów, jako swoisty „szpitalny specjalista od działań siłowych”.⁴⁵ W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że stosowanie przymusu nie może być działaniem opresyjnym, którego celem jest wywołanie bólu⁴⁶. I to właśnie w tym sensie lekarz winien być rzecznikiem unieruchomionego pacjenta. Rzecznictwo polega zatem na uspokajaniu pacjenta oraz uprzedzeniu o zamiarze użycia siły⁴⁷.

⁴⁴ Jędrzej Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2006, ss. 79-80.

⁴⁵ Podobną perspektywę ukazała w swoich wspomnieniach z pobytu w szpitalu psychiatrycznym Marie Balter. Zob. Maria Balter, Richard Katz, *Dziecko niczyje*, tłum. Wojciech Stańczak, Wydawnictwo Bis, Warszawa 2001, s. 50.

⁴⁶ Szerzej zob. Anita Gruszczyńska – Młodożeniec, Kama Pierzgałska, „Wybrane zagadnienia prawne w psychiatrii. Wywiad z prof. S. Dąbrowskim”, *Wiadomości Psychiatryczne*, T. 7, Nr 4, 2004 (ss. 296-297).

⁴⁷ Zob. Art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).

Nie można jednak zapomnieć, iż w przypadku wystąpienia zagrożenia dla zdrowia i życia chorego zastosowanie przymusu to także wyjście naprzeciw prawom pacjenta i obowiązek lekarski. Obowiązkiem takim jest ponadto informowanie pacjenta o jego prawach. Twórcy ustawy o o.z.p. (ochronie zdrowia psychicznego) wskazali, iż działania takie lekarz powinien podejmować przede wszystkim w sytuacji, gdy przyjęcie pacjenta do szpitala odbywa się bez jego zgody. Trudno jednak uznać, by medyk mógł być zwolniony z tego obowiązku w innego rodzaju sytuacji przymusowej, jak np. w przypadku wspomnianego już unieruchomienia pacjenta⁴⁸.

Wyniki analiz przeprowadzonych przez Dorotę Cianciarę oraz Marię Miller wskazują, że komunikacja z pacjentem rzadko niestety stanowi przedmiot zainteresowania w procesie edukacji ustawicznej środowiska polskich lekarzy. W znacznej większości przedstawiciele tej grupy ograniczają się do zapoznania się z materiałami przedstawiającymi określone techniki interpersonalne⁴⁹. Wydaje się jednak, że wykształcenie takich umiejętności, jak zdolność słuchania, oraz przekazywania informacji jest szczególnie istotne, zwłaszcza w obliczu sytuacji, gdy wobec personelu szpitala kierowane są skargi pacjentów. Trzeba tutaj zaznaczyć, że wszelkie przejawy niezadowolonych chorych odczytywane są często jako przejaw ich roszczeniowości, choć w istocie mogą być informacją cenną terapeutycznie. W podobnych sytuacjach pacjent ma pełne prawo uzyskać wiedzę oraz wyjaśnienia, które z jego oczekiwań mogą być zrealizowane, a które są niemożliwe do spełnienia. Jak pisze Marta Anczewska, „Podejście tego rodzaju jest wyrazem partnerstwa w działaniu na rzecz procesu zdrowienia, przejścia od postawy paternalistycznej do uznania pacjentów za ekspertów, którzy przeżyli własne, niepowtarzalne doświadczenie choroby, uznania ich prawa do autonomii”⁵⁰.

⁴⁸ Zobacz też art. 18 i 23 ustawy o o.z.p.

⁴⁹ Dorota Cianciara, Maria Miller, „Postawa lekarzy wobec edukacji pacjenta”, *Przegląd Epidemiologiczny*, Vol. 57(3), 2004 (ss. 531-540), s. 538.

⁵⁰ Marta Anczewska, Anna Indulska, Joanna Raduj, Maciej Pałyńska, Katarzyna Prot, „Analiza jakościowa opinii pacjentów o pobycie w szpitalu psychiatrycznym”, *Psychiatria Polska*, T. 10, Nr 3, 2007 (ss. 427-434) s. 431.

Trzeba podkreślić, iż lekarz w swojej pracy podejmuje najczęściej działania indywidualne. Wyżej wspomniane pielęgniarki znajdują się w innym położeniu, w którym równocześnie współpracują częstokroć z dużą liczbą pacjentów. Wydaje się więc, że przedstawicielki tej grupy zawodowej nie tylko mogą, ale wręcz muszą być rzecznikami praw pacjenta. Irena Rzewska w swoich socjologicznych analizach zawodu pielęgniarki zasugerowała, iż osoby wykonujące ten zawód można określić mianem „rzeczników spraw pacjenta”. Trzeba zaznaczyć, że słowo „sprawa” zostało tutaj użyte celowo, ze względu na jego bardzo szerokie znaczenie – a zatem można je odnieść zarówno do praw, jak i interesów chorego⁵¹. Pogląd ten wyraźnie znajduje odzwierciedlenie w przepisach polskiego prawa. Art. 20 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi, że przedstawiciele tych profesji zobowiązani są do informowania pacjenta o jego prawach⁵². Ponadto zapis ten znajduje również potwierdzenie w rzeczywistości – wyniki kluczowych dla tematu badań wskazują, że to właśnie najczęściej personel pielęgniarski przejmuje w oddziale odpowiedzialność za edukację pacjenta, także w zakresie przynależnych mu praw⁵³. Żadna inna ustawa traktująca o zawodach medycznych nie uwzględnia podobnej zasady. Z kolei lekarzy przepisy obligują nade wszystko do udzielania informacji dotyczących podejmowanych działań w aspekcie medycznym, a nie prawnym⁵⁴. Okazuje się więc, że polski ustawodawca powierzył pielęgniarkom niezwykle istotną rolę strażniczek praw pacjenta. Należałoby zatem, odwołując się do ukazanego konkretnego przykładu, np. unieruchomionego pacjenta, rozważyć, na czym ta rola winna polegać.

Najważniejszym działaniem pielęgniarek w tym zakresie winno być pozostanie wiernym zawodowym ideałom, to bowiem na pielęgniarce spoczywa szczególnie obowiązek

⁵¹ Irena Rzewska, *Pacjent – pielęgniarka*, Inst. Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1981, s. 16.

⁵² *Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z dnia 30 lipca 1996 r.) oraz art. 16 *ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki o położnej* (Dz. U. Nr 174 poz. 1039).

⁵³ Dorota Cianciara, Maria Miller, *Postawa lekarzy wobec edukacji pacjenta...*, op. cit., s. 538.

⁵⁴ Anna Stychlerz, „Prawa pacjenta a obowiązki lekarza”, *Forum Medycyny Rodzinnej*, T. 2, Nr 5, 2008 (ss. 399-402), s. 399.

troski o sferę fizyczną oraz psychiczną pacjenta. Uzmysłować sobie należy, że przedstawiciele tej profesji, podobnie jak lekarze, również ulegli „czarowi techniki medycznej”. Stąd też, odnosząc się do kardynalnych zasad rzeczniczych, jakie winny przyświecać pielęgniarce, należy podkreślić konieczność utrwalania nie tyle pseudoprofesjonalnego, co misyjnego charakteru pracy. Thomas Gordon, analizując wyniki przeprowadzonych badań, doszedł do wniosku, że również pielęgniarki mogą ulegać atrakcyjności nowoczesnych technik, które znacznie ułatwiają wykonywanie codziennych obowiązków⁵⁵. W przypadku psychiatrii będzie to np. wykorzystywanie nowoczesnych pasów magnetycznych do zastosowania przymusu bezpośredniego. Pasy te konstruowane są w taki sposób, aby – przynajmniej w teorii – nie powodować otarć naskórka u pacjenta⁵⁶. Podobną nowinką techniczną jest coraz powszechniej wykorzystywany monitoring – urządzenia te montuje się w salach, gdzie umieszcza się unieruchomionych pacjentów. Wydaje się, że pielęgniarki wyposażone w tak nowoczesny sprzęt mogą dojść do wniosku, iż nie muszą respektować zapisów prawa, które w tym zakresie zobowiązuje je do sprawdzania stanu zdrowia pacjenta co 15 minut. To także na pielęgniarkach spoczywa obowiązek zadbania o to, by unieruchomiona osoba mogła załatwić swoje potrzeby fizjologiczne oraz by czasowo została odbezpieczona całkowicie lub częściowo. Zgodnie z przepisami powinno mieć to miejsce minimum co 4 godziny⁵⁷. Odnosząc się do omawianego przykładu, należy podkreślić, iż rzecznicstwo pielęgniarki w tym wypadku odwołuje się do misyjnego charakteru jej pracy. Pielęgniarka będzie bowiem w pełni respektować prawo pacjenta do poszanowania jego intymności oraz godności tylko wówczas, jeśli pracę wykonywać będzie z pasją – słowem: jej zaangażowanie wskazywać będzie na jej powołanie

⁵⁵ Thomas Gordon, *Pacjent, jako partner*, op. cit., s. 23.

⁵⁶ Za niezwykle ciekawy uznać należy fakt, że dystrybuujące pasy sklepy medyczne sprzedają je jako sprzęt rehabilitacyjny, zob. „Pasy unieruchamiające pacjenta”, w: *Rehabilitacja Salenet* [portal internetowy], [dostęp 27.07.2012], <http://www.rehabilitacja.org/sprzet-rehabilitacyjny/pasy-unieruchamiajace-pacjenta.html>.

⁵⁷ Zob. §13 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514).

do tego zawodu. Tylko bowiem ta, niestety coraz radsza, postawa jest gwarantem jak najrzetelniejszego wykonywania obowiązków: stałego dbania, by pacjent był przykryty, sprawdzania, czy pasy unieruchamiające nie powodują bólu, informowania o zamiarze zastosowania przymusu, dbania o sferę higieniczną pacjenta, czuwania, by wszelkie zabiegi odbywały się za parawanem, podejmowania przynajmniej minimalnych prób aktywizacji fizycznej pacjenta (zmiana pozycji ciała, próba chodzenia z pacjentem). Postawa taka wpisuje się w ideę wchodzenia przez pielęgniarki psychiatryczne niejako w rolę „matek pacjentów”. Koncepcja ta zakłada, iż pielęgniarka, która dużo częściej niż lekarz obserwuje pacjenta, może oddziaływać na niego psychoterapeutycznie, ale również skutecznie bronić jego praw⁵⁸. Warto w tym miejscu dodać, że podobna idea zaszczipiana jest nie tylko w szpitalach, ale także w strukturach podstawowej opieki zdrowotnej. Bez wątpienia inspiracji dla tej tendencji dostarcza literatura przedmiotu, gdzie szczególnie nacisk kładzie się na zindywidualizowaną formę podejmowanych wobec pacjenta działań. W ujęciu tym podkreśla się szczególnie znaczenie procesu komunikacji z osobą chorą, która dopiero w momencie uzyskania (w sposób dostosowany do własnego stanu) pełnej informacji ma możliwość zrealizowania swoich praw jako pacjent⁵⁹.

Konkluzja

Zaprezentowane powyżej refleksje pozwalają na sformułowanie kilku wniosków. W pierwszym rzędzie należy zaznaczyć, że prawa pacjenta odnoszą się do szczególnej sytuacji. Pacjent prosząc o pomoc medycznego eksperta, znajduje się w niezwykle trudnym położeniu, które najczęściej powiązane jest ze stanem cierpienia. Wspomniane prawa pełnią w tym wypadku funkcję umożliwiającą nawiązanie relacji partnerskiej z lekarzem lub też pielęgniarką. Przywołani specjaliści również postawieni zostają w wyjątkowym położeniu. Zgłasza się do nich bowiem człowiek, który potrzebuje pomocy, sam nie mając możliwości

⁵⁸ Antoni Kępiński, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001, ss. 311-313.

⁵⁹ Elżbieta Kruszelnicka, „Problemy osób starszych i ich oczekiwania względem pielęgniarki POZ (rodzinnej)”, *Acta Scholae Superioris Mediciniae Legnicensis*, Nr 1(11), 2012 (ss. 69-80), s. 73.

rozwiązania problemu. Stan ten powoduje, iż pojawia się tutaj w pewnym sensie naturalna dysproporcja. Lekarz/ pielęgniarka posiadają specjalistyczną wiedzę, umiejętności oraz możliwości udzielenia wsparcia. Pacjenci najczęściej z kolei doświadczają bólu, kryzysu oraz trudności w funkcjonowaniu. W tym kontekście prawa pacjenta odnoszą się do działań mających na celu zrównanie pozycji, jakie w trakcie interakcji zajmują osoby chore oraz opiekujący się nimi personel. Warto także dodać, że temat ten najczęściej poruszamy jest w kontekście formalnych uprawnień oraz zobowiązań. Funkcjonalne spojrzenie na prezentowany problem pozwala jednakże dostrzec, iż samo sformułowanie określonych przepisów, nie jest w stanie doprowadzić do pojawienia się konstruktywnego porozumienia pieniędzy stronami relacji terapeutycznej.

Coraz częściej w dyskusji społecznej wskazuje się na utrwalanie się konfliktu pomiędzy lekarzami oraz pacjentami. Ukazany zostaje brak poszanowania wzajemnych uprawnień. Zaprezentowanie w tym kontekście pozycji, jakie zajmują osoby leczone oraz personel medyczny pozwala na skonstruowanie narzędzi umożliwiających rozwiązanie problemów, częstokroć powiązanych z brakiem szacunku dla roli, jaką podejmuje lekarz lub pacjent. Jak powyżej wskazano komercjalizacja usług medycznych ma na celu m.in. stworzenie transparentnych procedur umożliwiających nawiązanie relacji nie naruszających praw którejkolwiek ze stron. Coraz częściej zwraca się jednak uwagę, iż podobne działania prowadzić mogą do wzrostu roszczeniowości, zwłaszcza ze strony pacjentów. Społeczna edukacja w tym zakresie opiera się niestety przede wszystkim na ukazaniu praw pacjentów oraz obowiązków personelu. Podobne działania prowadzić mogą do niepokojących zjawisk. Z jednej strony pacjenci coraz częściej traktują leczenie jak kolejną usługę, której mają prawo wymagać. Z drugiej zaś perspektywy personel medyczny informowany jest, iż osoby leczone znajdują się niejako po przeciwnej „stronie barykady”, co z kolei prowadzić może do pojawienia się oraz utrwalania konfliktu. Budowanie zatem w tym zakresie ładu społecznego możliwe jest wyłącznie w momencie nieustannego ukazywania, iż w trakcie spotkania medycznego kluczowa zawsze winna być relacja, a nie transakcja. W tym bowiem ujęciu, bez względu na poziom finansowania służby zdrowia, zawsze obserwowac będziemy budowanie kultury praw pacjenta.