

MIECZYŚLAW GAŁUSZKA
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

NOWE ZJAWISKA W RELACJI LEKARZ – PACJENT W KONTEKŚCIE ROZWOJU INTERNETU

Streszczenie

W artykule prezentowane są zmiany, jakie dokonują się w relacjach lekarz – pacjent pod wpływem rozwoju nowych technologii komunikowania, a zwłaszcza Internetu. Autor przedstawia wybrane modele, których tendencją jest odchodzenie od paternalizmu tradycji Hipokratesowej i rezygnacja z władzy lekarza na rzecz poszerzenia autonomii, podmiotowości i odpowiedzialności pacjenta. W realnych sytuacjach na kształt relacji lekarz – pacjent mają wpływ uwarunkowania polityczne, gospodarcze, społeczne. Powstanie telemedycyny i wykorzystanie Internetu w opiece zdrowotnej zmienia tradycyjny układ zależności oparty na władzy-wiedzy. Pojawiają się pojęcia charakteryzujące nowe sytuacje komunikacyjne, np. e-pacjent, e-zdrowie, e-lekarz, które zmieniają kontekst relacji lekarz – pacjent. Internet popularyzuje wiedzę medyczną, pozbawiając ją „aury tajemniczości”, staje się przestrzenią nowych relacji i form komunikacji o zdrowiu, chorobie i medycynie.

Słowa kluczowe: relacja lekarz – pacjent, telemedycyna; e-pacjent; e-zdrowie

KONTEKSTY I TŁO ZMIAN W RELACJACH LEKARZ – PACJENT

Komunikacja między lekarzem a pacjentem jest kluczowa dla efektów leczenia na wszystkich poziomach funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. W latach 60. XX w. ujawniono, że sukces procesu terapeutycznego zależy nie tylko od badania i stosowania nowoczesnych technologii medycznych, lecz także od sposobu przeprowadzenia rozmowy z pacjentem. Doskonalenie umiejętności

* Zakład Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: socjomedumlodz@poczta.onet.pl

komunikacyjnych lekarza stało się przedmiotem badań i opracowań dydaktycznych [Ley 1988; Barański, Waszyński, Steciwko 2000; Gordon, Edwards 2009]. Dla opieki zdrowotnej w Polsce istotne są praktyczne wnioski, wynikające z rozważań badaczy, usprawniające komunikację i redukujące zakłócenia. Komunikacja lekarz – pacjent przebiega odmiennie w trzech podstawowych działach współczesnej medycyny: profilaktyce, leczeniu i rehabilitacji. Również trzy podstawowe piony opieki zdrowotnej: leczenie otwarte (np. przychodnie opieki podstawowej, gabinety specjalistyczne, lekarz rodzinny), leczenie zamknięte (np. kliniki, szpitale, sanatoria) oraz pomoc doraźna (pogotowie ratunkowe, ratownictwo medyczne) inaczej określają role lekarzy i pacjentów. Należy podkreślić, że relacje między lekarzami i pacjentami są końcowym etapem komunikacji różnych podmiotów wewnątrz i na zewnątrz systemu opieki zdrowotnej. Polityka zdrowotna państwa, w której ramach są inicjowane i dokonywane reformy systemów zdrowotnych, tworzy skomplikowany układ zależności, mających wpływ na relację lekarza z pacjentem [Włodarczyk, Paździoch 2001]. Dlatego ważne są wszelkie decyzje ustawowe rządu, podejmowane w sektorze zdrowia. Pakiet ustaw zdrowotnych wprowadzanych od początku 2011 r. ma doprowadzić do modernizacji systemu zdrowotnego, który – w intencji ustawodawcy – lepiej będzie zaspokajał potrzeby pacjentów [Gałuszka 2010].

Modele relacji lekarz – pacjent są przedmiotem badań w wielu dyscyplinach naukowych, a uzyskane wyniki zwracają uwagę na różne aspekty komunikowania i efektywność leczenia. Poszczególne ujęcia mają charakter procesualny, są wynikiem intelektualnego wysiłku teoretyków, nagromadzonego materiału empirycznego, panującej mody lub współistniejących paradygmatów uprawiania medycyny i innych nauk podejmujących tematy zdrowia i choroby [Tobiasz-Adamczyk 2002]. Wszystkie modele zwracają uwagę na to, że opieka zdrowotna skupia się na przekazaniu choremu tego, czego sam nie posiada – specjalistycznej wiedzy, zrozumienia problemu zdrowotnego, umiejętności terapeutycznych, podjęcia decyzji o sposobach leczenia, ordynowania leków. Jednakże informacje te mogą być komunikowane przez lekarzy i inny personel medyczny na różne sposoby, przy pomocy rozlicznych kanałów przekazu, z większym lub mniejszym udziałem i zainteresowaniem pacjentów. Sposób komunikowania się z pacjentem i umiejętności psychospołeczne wydają się kluczowe dla efektywności medycznej. Zarówno lekarz jak i pacjent wchodzi ze sobą w relację wykonując w społeczeństwie różne role społeczne i zawodowe, wnosząc багаż własnych doświadczeń socjalizacyjnych, postaw, wartości i przekonań światopoglądowych oraz problemów egzystencjalnych. Ramą wyjściową narzucającą model relacji jest stan zdrowotny pacjenta, do którego lekarz powinien dopasować procedury

medyczne i sposoby komunikowania. Według modelu biomedycznego zdrowia, który stanowi podstawę współczesnej medycyny, zasadniczy wpływ na relację między lekarzem a pacjentem wywiera rozwój nauk biomedycznych i technologii medycznych. Medycyna współczesna ukształtowała się pod wpływem mechanicznej teorii przyrody Kartezjusza, czego konsekwencją było dzielenie ciała człowieka na części, którymi zajmują się inni specjaliści. Leczenie przebiegało w ramach wąskich specjalizacji, które koncentrują się na chorobie, a nie na pacjencie traktowanym jak integralna osoba. Sformułowanie przez L. Pasteura specyficznej teorii chorób zakaźnych przyczyniło się do dalszej technologizacji oraz instrumentalizacji medycyny. Przemiany medycyny postpasteurowskiej osiągnęły kulminację w tzw. ideologii szpitalnej, której głównymi założeniami są dyrektywy: „wyleczenie choroby jest ważniejsze niż troska o ludzi; zapewnienie zdrowia jest funkcją ekspertów; śmierć jest najgorszą rzeczą, jaka człowieka może spotkać” [Szewczyk 1996: 29–30]. Scjentyście zorientowana medycyna podparła się przez długi czas kodeksami etycznymi, które odwoływały się do tradycji Hipokratesowej, chociaż w warunkach ekspansji nowoczesnych technologii medycznych formuła ta nie spełniała pragmatycznych zadań. Zapotrzebowanie na rozstrzygnięcie dylematów etycznych, wynikających z rozwoju naukowej i zdominowanej technologią medycyny było przyczyną powstania bioetyki, formułującej prawa i zasady etyczne oparte na różnych systemach aksjologicznych. Ewolucja bioetyki pokazuje, jak trudno jest formułować zasady, które powinny być przestrzegane przez lekarzy w relacjach z pacjentami [Baker i in. 1999; Szewczyk 2009]. Zasada swobody klinicznej i różne wersje relacji paternalistycznych wynikały z przyznania lekarzom instytucjonalnych uprawnień do podejmowania decyzji i budowania autorytetu opartego na wiedzy. Władza wynikająca z wiedzy daje lekarzom i instytucjom medycznym możliwość działania na kilku poziomach, np. nadzorowanie procesu terapeutycznego, narzucanie ograniczeń pacjentom poprzez definiowanie medyczne choroby, kontrolowanie roli chorego i definiowanie uprawnień do bycia chorym, charakteryzowanie relacji zależności w procesie interakcji społecznej [Stefaniak 2011]. W ujęciu biomedycznym zadania lekarza pozostają nadal na poziomie „naprawy zepsutej części organizmu”, a relacja lekarz – pacjent przybiera postać relacji lekarz – choroba. Podejmowane przez pozamedyczne środowiska dyskursy o instrumentalnym traktowaniu pacjenta w szpitalach spotykają się z zainteresowaniem lekarzy, lecz nie zmieniają zasadniczego nastawienia biomedycznego. Na poziomie lingwistycznym i praktycznym lekarze posiadają wiedzę niedostępną dla laików, odwołują się do medycyny opartej na biomedycznych dowodach naukowych (*Evidence-Based Medicine*). Z perspektywy innych dyscyplin zajmujących się

medycyną powstające modele relacji lekarz – pacjent uwzględniają szeroki kontekst moralnych, religijnych, społecznych, psychologicznych, ekonomicznych i politycznych uwarunkowań. Socjologia medycyny zakłada, że kontakt lekarza z pacjentem jest faktem społecznym, stanowi część systemu społecznego, w którym role lekarza i pacjenta są artykułowane w kontekście stosunków, wartości i norm społecznych. Fenomenologicznie zorientowana teoria A. Schutza [1984] zwróciła uwagę na „rzeczywistość życia codziennego”, w której istnieją bogate zasoby subiektywnej i intersubiektywnej wiedzy medycznej. Postulat przeniesienia badań z tzw. medyczno-obiektywnych wyznaczników zdrowia i choroby na proces subiektywnego budowania znaczenia, jakie jednostki przypisują zachowaniom w zdrowiu i chorobie, otwierał nowe możliwości dla definiowania ról chorego i lekarza. Obserwacja nadawania znaczeń i budowania strategii życia codziennego w chorobie prowadziła do uznania subiektywnej wiedzy za ważny składnik informacji paramedycznej, tworzonej w różnych warunkach kulturowych, społecznych i historycznych. Działalność zdrowotna „laików medycznych”, marginalizowanych w dyskursie biomedycznym, staje się ważnym składnikiem socjologicznej perspektywy ujmowania problematyki zdrowia i choroby. Dynamiczny rozwój tzw. medycyny niekonwencjonalnej i badań nad leczeniem niemedycznym, istniejącym poza formalnym systemem ochrony zdrowia, prowadzi do wniosku, że lekarze muszą zrewidować popularny w środowisku medycznym pogląd, że są jedynymi ekspertami od zdrowia [Piątkowski 2008]. Socjologowie prowadzą badania empiryczne zmierzające do weryfikacji założeń modeli teoretycznych. Sondáže opinii na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej pokazują, jakie są oczekiwania społeczne kierowane wobec lekarzy i innego personelu medycznego. Powtarzający się zestaw cech osobowych lekarza, niezależnie od ustroju społecznego obejmuje: poszanowanie dla życia i zdrowia człowieka, respektowanie godności i praw pacjenta, rzetelność w wykonywaniu obowiązków, sprawiedliwość, odpowiedzialność i działanie na rzecz dobra pacjenta. Wobec dynamicznych zmian rzeczywistości i powiększania się obszaru ryzyka zdrowotnego, wynikającego z przemian cywilizacyjnych, rozwoju nowoczesnych technologii medycznych oraz przemysłu farmaceutycznego kluczowe stają się, badane przez socjologów, procesy medykalizacji i wpływu inżynierii genetycznej na kondycję gatunku ludzkiego [Wieczorkowska 2008]. Rozbudowany w teorii socjologicznej projekt zaufania społecznego, stanowiącego fundament życia społecznego jest odpowiedzią na dylematy i kontrowersje, związane z ryzykiem biomedycznym wynikającym z procesów modernizacyjnych [Sztompka 2007; Gałuszka 2008]. Zmiany w postrzeganiu choroby i zdrowia, związane z syndromem przemian

postmodernistycznych w kulturze i społeczeństwie, także wpływają na nowe definiowanie ról lekarza i pacjenta.

Również psychologowie stwierdzają, że rozwiązywanie problemów zdrowotnych pacjenta odbywa się nie tylko na poziomie medycznym, lecz także na płaszczyźnie psychologicznej, uwzględniającej w procesie leczenia postawy, motywy, emocje [Salmon 2002; Heszen, Sęk 2007]. Lekarz wykorzystuje wszystkie środki psychologiczne, aby oddziaływać na pacjenta w rozwiązaniu jego problemu zdrowotnego. Zachowanie pacjenta w chorobie jest uzależnione zarówno od sposobu przekazywania informacji medycznych, jak i od umiejętności poznawczych pacjenta, a także jego stanu emocjonalnego. Badania pokazują, że sytuacje lekarz – pacjent mają charakter głównie zadaniowy i powinny być nastawione na cele zdrowotne. Jednak na poziomie relacji interpersonalnych pojawiają się również inne cele, np. komunikowanie intencji i potrzeb, ekspozycja władzy i zależności, motywacje i interesy pozamedyczne [Barański, Waszyński, Steciwko 2000]. Warto podkreślić, że na styku medycyny i psychologii pojawiają się nowe subdyscypliny, np. psychoonkologia, w których badacze odwołują się do różnych teorii i kierunków psychologicznych, zwracając uwagę na odmienne aspekty relacji lekarz – pacjent. Relacje lekarz – pacjent w psychoterapii stanowią oddzielny obszar pogłębionych refleksji, wykorzystujących określone teorie i opracowane techniki terapeutyczne.

Kontekst ekonomiczny i marketingowy opieki zdrowotnej i medycyny sprowadza relację lekarz – pacjent do przedsięwzięcia komercyjnego, w którym usługi zdrowotne traktuje się jak towar podlegający mechanizmom rynkowej konkurencji. Do opisu tradycyjnie rozumianego kontaktu lekarza z pacjentem wprowadzane są kategorie ekonomiczne: konsument, koszt, zysk, podaż, popyt, maksymalizacja użyteczności, planowanie marketingowe [Suchecka 2010; Kotler, Shalowitz, Stevens 2011]. W przypadku koordynowanej opieki zdrowotnej wyróżnia się finansowanie otwarte – na podstawie uprawnień oraz zamknięte finansowanie budżetowe, w których rząd, płatnicy, dostawcy, ubezpieczyciele przyjmują odmienne funkcje i obowiązki. W każdym z systemów finansowania pozycja lekarza i pacjenta jest różna, skłaniająca do oszczędności bądź wzmożonego korzystania z tzw. „cudzych pieniędzy” [Getzen 2000]. Zdroworozsądkowe podejście sugeruje, że lekarz jest zainteresowany maksymalizacją dochodów, a pacjent – ograniczaniem wydatków na usługi medyczne i utrzymaniem wysokiego poziomu zdrowia. Relacja lekarz – pacjent zamienia się w relację pacjent – usługodawca. Pacjent przyjmuje rolę konsumenta usług zdrowotnych bądź „zarządzającego” własnym zdrowiem, jest traktowany jak klient kupujący usługę medyczną. Ważnym składnikiem relacji lekarz – pacjent jest także przemysł

i marketing farmaceutyczny. Producentom leków chodzi o zyski i zwiększenie sprzedaży leków, do czego również angażują lekarzy, sponsorując ich na różne sposoby, budzące często wątpliwości etyczne. Tajemnicą poliszynela jest, że przemysł farmaceutyczny sponsoruje bądź, dosadniej określając, korumpuje lekarzy [Polak 2011]. Wyniki badań empirycznych ujawniają mechanizmy działalności przedstawicieli medycznych, mających bogaty zestaw manipulacyjnych narzędzi marketingowych [Makowska 2010].

Kluczowa dla zmian relacji lekarz – pacjent jest polityka zdrowotna państwa realizowana poprzez nowe ustawodawstwo. Po wprowadzeniu powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych państwo przejęło rolę płatnika finansującego system zdrowotny z podatków obywateli. Od NFZ zależą kontrakty z zakładami opieki zdrowotnej, wycena procedur medycznych, alokowanie i racjonowanie ograniczonych środków medycznych. Rząd i inne podmioty administracji państwowej tworzą zasady prawne, tworzące ramy dla systemu zdrowotnego. Obok systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych, państwo określa zasady funkcjonowania lecznictwa komercyjnego i gabinetów prywatnych. Również w tym obszarze zostały zmienione role lekarza i pacjenta, których pozycja została zarazem osłabiona i wzmocniona. Zarówno lekarz, jak i pacjent zdani są na biurokratyczne zarządzanie systemem i brak środków finansowych, od którego zależy, czy i w jakim zakresie świadczenie zostanie udzielone. Informacje medialne przedstawiają katastrofalny stan usług medycznych. Według danych Ministerstwa Zdrowia w 2010 r., w kolejkach na operacje i zabiegi czekało około 650 tys. Polaków, a jednocześnie co trzecie łóżko w szpitalach stało puste. Aby rozwiązać te problemy, rząd zaproponował pakiet ustaw, mający prowadzić do modernizacji systemu zdrowotnego [Gałuszka 2010]. Ministerstwo Zdrowia tłumaczyło ich wprowadzenie argumentem „dobra pacjenta”, którego sytuacja w kontaktach z zakładami opieki zdrowotnej nadal jest bardzo słaba. Uruchomienie sektora komercyjno-prywatnego oraz różnych form dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ma pozwolić na aktywniejsze uczestniczenie pacjenta w wyborze świadczeniodawcy i poprawę jakości usług. Trzeba podkreślić, że w Polsce mamy do czynienia z cechami systemu ochrony zdrowia, który nazywany jest publiczno-prywatnym; istnieje możliwość wykupienia dodatkowych polis zdrowotnych, a także inne formy płacenia lekarzom. Pakiet ustaw zdrowotnych z 2010 r. wprowadza nowe możliwości restrukturyzacji i komercjalizacji szpitali i zakładów świadczących usługi zdrowotne. Ewolucja systemu zdrowotnego zmierza do ustalenia minimalnego standardu usług gwarantowanych, stwarzając jednocześnie możliwość dowolności i wyboru świadczeń powyżej minimum. Łatwo wskazać, że tak konstruowany system zdrowotny jest przyczyną no-

wych nierówności społecznych, do których muszą się przygotować i lekarze, i pacjenci. Przykładem budzącym wiele negatywnych emocji społecznych było ogłoszenie listy leków refundowanych w grudniu 2011 r. oraz zmiany zasad rejestracji recept. Pominięcie w „pierwszej odsłonie” listy refundacji leków dla chorych na cukrzycę, nowotwory oraz leków przyjmowanych po transplantacjach tłumaczono błędami biurokratycznymi, media zaś otwarcie pisały o deprivacji i upokorzeniu chorych. Zasadności uporządkowania listy leków refundowanych nie kwestionowano, krytykowano zaś sposób wprowadzania ustawy refundacyjnej i brak komunikacji ze społeczeństwem. Polityka zdrowotna wraz z polityką lekową wprowadzały mechanizmy inicjujące konflikty pomiędzy pacjentem a lekarzem. Ustawa przewidywała karanie lekarzy za wypisanie recepty na lek refundowany osobie nieuprawnionej. Lekarze w obronie własnych interesów zaczęli stawiać pieczętki *Refundacja leku do decyzji NFZ*. Z kolei część farmaceutów, również broniąc własnych interesów, nie chciała takich recept realizować. Stronami tego sporu były: władza państwowa, NFZ, przemysł farmaceutyczny, lekarze i aptekarze, lecz konsekwencje tego konfliktu najtragiczniejsze były dla pacjentów, którzy często pozostawali bez leku istotnego dla podtrzymania życia. Opisana pokrótce sytuacja z tzw. ustawą refundacyjną ma cechy skandalu polityczno-medialnego i poświadcza tezę, że władza nie liczy się z obywatelami [Thompson 2010]. Przygotowane w tempie przyspieszonym zmiany ustawy nie pogodziły stron konfliktu, doprowadziły do kolejnego etapu instrumentalizacji relacji lekarz – pacjent.

Rewolucja biotechnologiczna przynosi zmiany w biomedycynie, a jej tempo zostało przyspieszone w związku z rozwojem nowych technologii informacyjnych. W pierwszym etapie zostały zmodernizowane badania naukowe w medycynie, następnie wprowadzono maszyny cyfrowe do diagnostyki i procedur klinicznych, unowocześniono zarządzanie instytucjami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Budowa społeczeństwa sieciowego staje się nowym typem przestrzeni porozumienia i społecznego działania również w dziedzinie zdrowia, choroby i medycyny. Wiedza o zdrowiu i chorobie funkcjonuje w sieci zarówno dla profesjonalistów jak i laików medycznych. Zgodnie z obserwacjami M. Castellsa [2007: 66–69] rewolucja informatyczna i rewolucja biologiczna wzajemnie wzmacniają swój potencjał i przekształcają wiedzę w narzędzie panowania nad rzeczywistością. Również W.C. Cockerham [2010: 208–216] upatruje największych zmian w relacji lekarz – pacjent w rozwoju technologii informatycznych i genetyki. Technologie życia nie mogłyby istnieć bez rewolucji w technologiach informatycznych, tworzących nowe przestrzenie społecznych relacji i komunikacji.

KLUCZOWE PROBLEMY KLASYCZNYCH MODELI RELACJI LEKARZ – PACJENT

Tworzenie modeli relacji lekarz – pacjent w zamyśle autorów ma zazwyczaj porządkować wiedzę i stan badań oraz pełnić funkcje heurystyczne i dydaktyczne. Model teoretyczny nie może w pełni odzwierciedlać różnorodności świata empirycznego, stanowi raczej próbę wskazania istotnych cech jakiegoś zjawiska oraz pozwala na analizy porównawcze. Niektórzy badacze kwestionują przydatność budowania modeli relacji lekarz – pacjent, które według nich: a) są zbyt teoretyczne i tylko w uproszczonej formie dotyczą rzeczywistych problemów klinicznych; b) koncentrują się na pacjencie wyizolowanym ze społeczności, tym samym wpływ na jego decyzje ograniczają do informacji lekarskich, pomijając zdanie rodziny, przyjaciół; c) sztywne klasyfikacje prowadzone w opozycji paternalizm – antypaternalizm ograniczają znaczenie sfery decyzyjnej pacjenta i jego preferencje w uzyskiwaniu informacji o własnym stanie zdrowia; d) podejmują kwestie fundamentalnych decyzji egzystencjalnych dotyczących tzw. stanów krytycznych, pomijając sferę codziennych dylematów związanych z mniej dramatycznymi wyborami procedur medycznych [Clarke, Hall, Rosencrance 2004]. Ewolucja klasycznych ujęć relacji lekarz – pacjent pokazywała, w jaki sposób dokonywano włączania pacjenta w proces decyzyjny i poszerzano zakres jego praw podmiotowych. Zarówno socjologia medycyny, jak i bioetyka dokonały – historycznie rzecz ujmując – przeorientowania myślenia o lekarzu i jego zadaniach wobec pacjenta. Rezygnowano z modelu biomedycznego, skupionego głównie na chorobie i relacji opartej na paternalistycznym autorytecie klinicysty na rzecz tworzenia partnerskich relacji, w których akcentuje się współuczestnictwo i odpowiedzialność obu stron w zmieniających się sytuacjach medycznych, a w przypadku ujęć socjologicznych w uwarunkowaniach społecznych, ekonomicznych i politycznych. Trzeba jednocześnie przypomnieć, że pojęcie paternalizmu jest różnie rozumiane – zazwyczaj umieszcza się je w kontekście problemu autonomii pacjenta [Łuków 2005]. W interpretacji pryncypializmu T.L. Beauchampa i J.F. Childressa [1996: 287] paternalizm jest „zamierzoną ingerencją jednej osoby w znane preferencje czy działania drugiej, uzasadnioną w mniemaniu tej pierwszej chęcią zapobieżenia krzywdzie lub wyświadczenia dobra”. Warto podkreślić, że autorzy przyjmują założenie, iż osoba wchodząca w relację paternalistyczną czyni to na podstawie wiedzy o działaniach innego oraz ze szlachetnych pobudek ochrony jego dobra. Wprowadzają także rozróżnienie na mocną i słabą wersję paternalizmu. Mocny paternalizm pomija zasadę autonomii pacjenta i nie bierze pod uwagę jego woli w celu obrony osoby przed nią

samą i realizacji dobra chorego zdefiniowanego przez lekarza reprezentującego instytucję medyczną. Równocześnie lekarz nie musi brać pod uwagę kryterium kompetencji pacjenta do podejmowania samodzielnych wyborów i decyzji. Mocny paternalizm jest krytykowany, ponieważ jednostka winna być podmiotem własnych decyzji, zwłaszcza dotyczących moralnych obszarów opieki zdrowotnej. Ponadto krytykuje się zawieranie decyzji w sprawie pacjenta państwu lub kolektywowi lekarskiemu. Z kolei słaby paternalizm postuluje przestrzeganie zasady poszanowania dla autonomii oraz zasady dobroczynności i służy obronie interesów chorego w sytuacji, gdy ten nie może, z różnych zresztą względów, świadomie i dobrowolnie podejmować decyzji. Dla T.L. Beauchampa i J.F. Childressa relacja lekarza z pacjentem zawsze powinna być oparta na szacunku dla autonomii i podmiotowości pacjenta, który ponosząc odpowiedzialność za swoje zdrowie i życie dystansuje się zarazem od nadmiernego paternalizmu ze strony służb medycznych, co winno bronić go przed wykluczeniem przez medyków ze sfery decyzyjnej. W praktykach klinicznych wybory lekarzy i intencje czynienia „dobra” nie zawsze są oczywiste, dlatego też pojawiają się różne interpretacje paternalizmu. H.R. Wulff, S.A. Petersen, R. Rosenberg [1993] wyróżniają paternalizm „prawdziwy”, „upoważniony” i „nieupoważniony”, zwracając uwagę na kontekstualny i dynamiczny charakter relacji terapeutycznej, w której może dochodzić do czasowego ograniczania autonomii pacjenta. Podstawą relacji jest zaufanie zarówno do kompetencji, jak i intencji moralnych lekarza. Bioetyk R. Gillon twierdzi, że: „Niekiedy lekarz musi w stosunku do swojego pacjenta postępować w sposób paternalistyczny, co oznacza, że działając w jego interesie musi działać wbrew jego aktualnym pragnieniom lub nie zważając na nie, być może z pewną dozą oszustwa” [Gillon 1997: 78]. Filozof wymienia kilka argumentów na rzecz paternalizmu. W pierwszym odwołuje się do tradycji Hipokratesowej etyki, zgodnie z którą wyraźnie łączy się intencję czynienia dobra dla pacjenta, prowadzącego do poprawy jego zdrowia, nawet przy założeniu popełnienia tzw. kłamstwa w dobrej wierze. W praktykach klinicznych przyjmowane jest założenie, że „pacjent nie chce wiedzieć o złym rokowaniu”. Bardziej merytoryczny wydaje się argument drugi, mówiący o tym, że pacjent nie jest zdolny do podejmowania decyzji o charakterze medycznym, bowiem w tym zakresie jest ignorantem. Trzeci argument, formułowany pośrednio, wskazuje na dynamikę postępu w technologiach medycznych, które są rozpoznawalne tylko przez fachowców, toteż oni powinni podejmować decyzje. Wreszcie czwarty argument oparty jest na przesłankach utylitarystycznych i mówi o większej kompetencji lekarzy w maksymalizowaniu szczęścia pacjenta, rodziny i społeczeństwa ujmowanego całościowo. Wiele argumentów przytoczonych w cytowanej pracy

R. Gillona świadczy o tym, że bioetyk próbuje pogodzić dwie perspektywy: tradycję Hipokratesową z wyraźną preferencją dominującej roli lekarza, niejako zagwarantowanej statusem i wiedzą, z perspektywą współczesnego otwarcia swoich poglądów na szacunek dla autonomii i obowiązki *prima facie*, wśród których czynienie „dobra” ma charakter relatywny i kontekstualny.

Jedną z najczęściej cytowanych i omawianych typologii relacji lekarz – pacjent przedstawili T. Szasz i M. H. Hollender [1956], nawiązując w swoich rozważaniach do funkcjonalnej koncepcji społecznych ról lekarza i pacjenta, jakie zaprezentował T. Parsons¹. Autorzy wyróżnili trzy typy stosunku lekarz – pacjent, oparte na kryterium stopnia aktywności obu podmiotów biorących udział w układzie: aktywność–bierność; kierownictwo–współpraca; obustronne uczestnictwo. Zarówno rola lekarza, jak i pacjenta podlegały zmianom w zależności od sytuacji medycznej i stanu chorobowego pacjenta. Zasługą badaczy było wskazanie kontekstualnego charakteru wykonywanych ról lekarza, który powinien przyjąć, odpowiednią do stanu pacjenta, aktywność. Warto w tym miejscu przypomnieć, że w roku pierwszej publikacji (1956) nie wyartykułowano jeszcze głównych tematów bioetyki, a zagrożenia cywilizacyjne i nowe epidemie, m.in. AIDS, nie były znane. Godne podkreślenia jest zwrócenie przez autorów uwagi na procesualny i dynamiczny charakter relacji między pacjentem a lekarzem. Relacja zależy od wielu składowych i okoliczności, toteż lekarz powinien uwzględniać wszystkie elementy dynamicznie kształtującego się kontaktu medycznego. Głównym brakiem tej propozycji ujęcia relacji lekarz – pacjent jest pominięcie fundamentu ontologicznego i aksjologicznego, bez których trudno rozmawiać o zasadności pewnych działań lekarskich, zwłaszcza w stanach terminalnych i krytycznych życia ludzkiego.

Spośród różnych modeli relacji lekarz – pacjent ciekawą propozycję, podsumowującą istniejące ujęcia przedstawili Ezekiel J. Emanuel i Linda L. Emanuel [1992]. Według autorów, można wyodrębnić cztery modele relacji lekarz – pacjent, które charakteryzują oni następująco:

– Model paternalistyczny polega na eksponowaniu decyzji lekarza, dotyczącej najodpowiedniejszego sposobu leczenia i nakłonieniu pacjenta do wyrażenia zgody. Wychodzi się z założenia, że pacjent nie jest w stanie, z różnych zresztą powodów, określić, co jest dla niego dobre, w związku z tym ktoś inny, lekarz, przejmując określenie dobra pacjenta.

¹ W polskiej literaturze koncepcję T. Szasza i M. H. Hollendra omawiało wielu autorów. Zob. Ostrowska [1981]; Sokołowska [1986]; Tobiasz-Adamczyk [2002].

– Model informacyjny jest oparty na wiedzy eksperckiej lekarza profesjonalisty dostarczającego niezbędnych informacji pacjentowi, który sam dokonuje wyboru metod leczenia, biorąc pod uwagę preferencje własne i koszty leczenia. W modelu tym marginalizowane są aksjologiczne konteksty podejmowanych decyzji; nie są brane pod uwagę wartości lekarza oraz nie ma potrzeby rozumienia wartości afirmowanych przez pacjenta, leżących u podstaw podejmowanych decyzji.

– Model interpretacyjny akcentuje znaczenie dostarczanych przez lekarza informacji, zarówno o stanie zdrowia pacjenta, jak i ryzyku oraz korzyściach wynikających z różnych metod leczenia. Lekarz, pełniąc rolę doradcy, powinien uwzględnić w procesie decyzyjnym rzeczywiste preferencje pacjenta i pomóc mu zrozumieć, jakie wartości leżą u podstaw jego decyzji. Ustalenie najodpowiedniejszego dla osobowości pacjenta trybu postępowania jest oparte na doświadczeniach zawodowych lekarza, jego wiedzy i znajomości regulacji etyczno-prawnych.

– Model deliberacyjny polega na wspólnym naradzaniu się i prowadzeniu dialogu, aby rozważyć pozytywne i negatywne aspekty różnych metod w celu wybrania najodpowiedniejszego sposobu leczenia. Lekarz występuje tutaj w roli nauczyciela i przyjaciela wyrażającego troskę o pacjenta, umiejętnie angażującego go do udziału w procesie leczenia.

Jak łatwo zauważyć, kolejne modele są próbą rezygnacji z dominującej roli lekarza wobec pacjenta włączanego w proces decyzyjny wraz z poszerzaniem jego autonomii, która jest rozumiana jako swoboda artykułowania potrzeb zdrowotnych, pełny dostęp do informacji na temat stosowanych terapii i własnych rokowań oraz współudział w podejmowanych decyzjach. W przekonaniu autorów, model wspólnego naradzania najlepiej oddaje sytuację pacjenta, który ma podjąć świadomą zgodę na przeprowadzenie procedury medycznej. Zgoda ma być wynikiem wcześniejszej rozmowy z lekarzem, którego obowiązkiem jest zadbać o to, aby pacjent poznał cel, spodziewane korzyści i ryzyko powikłań związane z proponowanym zabiegiem. Lekarz powinien też przedstawić inne warianty postępowania oraz możliwości rozwiązania sytuacji chorobowej pacjenta. Warto zauważyć, że przez długi czas źródłem informacji był lekarz proponujący zabieg lub inny lekarz, u którego pacjent zasięga opinii. Przejście od tzw. zasady swobody klinicznej, w której pacjent jest zdany na zaufanie do kompetencji pracowników służb medycznych i podpisuje niejako zgodę blankietową na proponowane medyczne zabiegi, do zgody świadomej, wymaga znacznego wkładu pracy lekarza podejmującego trud wyjaśniania skomplikowanych działań medycznych bez pewności, że pacjent zrozumie istotę sprawy. Pacjent podpisuje zazwyczaj ogólnikową deklarację zgody bądź bardzo szczegółową deklarację, zawierającą drobiazgowo wyliczenia wszyst-

kich aspektów procedury i zagrożeń z niej wynikających. Istnieje przekonanie, że deklaracja „świadomej zgody” w większym stopniu broni interesów lekarzy niż pacjentów, zaś przełamanie tego stereotypowego poglądu jest możliwe dopiero poprzez usprawnienie komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Z dotychczasowego wywodu wynika, że niezależnie, który model bierzemy pod uwagę, istotna jest asymetria w relacji lekarz – pacjent, wywodzona zarówno z pozycji zawodowej lekarza, jak i jego władzy profesjonalisty-eksperta posiadającego uprawnienia gwarantowane dyplomem i mającego w swojej dyspozycji środki medyczne pozwalające na podejmowania decyzji dotyczących zdrowia i życia pacjenta. Asymetria relacji lekarz – pacjent przejawia się na różnych poziomach. Za główne źródła nieprzekładalności relacji uznaje się kontrolę instytucjonalną, medyczną i psychologiczną sytuacji, wynikającą z: a) zróżnicowania wiedzy jaką dysponują lekarz i pacjent na temat choroby; b) uzależnienia pacjenta od lekarza w zakresie definicji stanu zdrowia i podejmowanych decyzji terapeutycznych; c) konieczności sytuacyjnego odsłonięcia się pacjenta przed lekarzem i dopuszczenia go do obszaru prywatności, zwłaszcza cielesnej; d) traktowania miejsca i przestrzeni kontaktu jako własności instytucji, którą reprezentuje lekarz; e) uprawnień formalnych, upoważniających lekarza do podejmowania decyzji w sprawach istotnych dla pacjenta. Lekarze w konkretnych sytuacjach kontaktu z pacjentem w różny sposób wykorzystują władzę wynikającą z asymetrii relacji. M. Foucault twierdzi, że wiedza medyczna daje władzę panowania nad innym człowiekiem. Filozof pisze: „medycyna to wiedza-władza, która dotyczy jednocześnie ciała i populacji, organizmu i procesów biologicznych, i która zatem będzie miała skutki dyscyplinarne i regularyzacyjne” [Foucault 1998: 250]. Przejawem władzy są procesy medykalityzacyjne traktowane jako medyczno-instytucjonalna kontrola jednostki i populacji. Lekarz w relacji z pacjentem jest przedstawicielem owej wiedzy-władzy i na poziomie relacji interpersonalnej buduje mechanizmy reprodukujące ową władzę. Problem władzy lekarzy rozpatrywany jest także przez E. Freidsona [1970; 2004] w ramach rozwijanej przez niego socjologii profesji, obejmującej w przypadku medycyny trzy poziomy analiz, w których socjolog: a) bada warunki mandatu społecznego uwierzytelniającego medycynę; b) analizuje treść pracy i wiedzy medycznej lekarzy; c) rozważa relację lekarz – pacjent jako proces podejmowania decyzji przez lekarzy. Wiedza medyczna i umiejętności kliniczne stanowią podstawę działania lekarskiego pod warunkiem uzyskania formalnych uprawnień. Państwo tworzy instytucjonalne ramy funkcjonowania profesji i legitymizuje jej działanie w zakresie wiedzy niezbędnej do wykonywania usług zdrowotnych, a także koniecznych kompetencji. Freidson zwraca uwagę na to, że profesjonalne działania

lekarzy mają wymiar specjalistyczny i społeczny. Działanie specjalistyczne jest także częścią relacji społecznych poprzez społeczne konsekwencje dla osób w nich uczestniczących. Konfliktowemu charakterowi relacji lekarz – pacjent sprzyjają: struktura i organizacja usług zdrowotnych, zderzenie dwóch odmiennych kultur i środowisk społecznych, perspektywa jednostkowa pacjenta wobec zbiorowej lekarza i innych pacjentów oraz odmienne postrzeganie roli lekarza przez obie strony relacji. Na relację tę wpływa też tzw. efekt oddziaływania pacjentów-laików, którzy wobec lekarzy-profesjonalistów prezentują sprzeczne z ich poglądami i obowiązującymi wzorami definicje ról społecznych. Dlatego ciągle jest aktualny wymiar normatywny relacji lekarz – pacjent, szczególnie rozważany w różnych wersjach refleksji bioetycznej. Jako przykład mogą posłużyć poglądy R. M. Veatch'a, który dochodzi do podobnych wniosków jak Freidson w sprawie kontraktów uwierzytelniających pracę lekarzy. Veatch [1983] wyróżnił następujące modele relacji lekarz – pacjent: inżynierski, kapłański, koleżeński, kontraktowy. W modelu inżynierskim medycyna traktowana jest jako nauka stosowana, której zadanie stanowi pragmatyczne rozwiązywanie problemów pacjentów, według zweryfikowanych metod i procedur. Z tych założeń wynika też podejście lekarza, pozbawione emocjonalności i odniesień aksjologicznych. Według modelu kapłańskiego relacje lekarz – pacjent mają analogie w przestrzeni sakralnej. Gabinet lekarski lub sala w szpitalu posiadają „aurę sanktuarium”, w której dokonywane jest misterium sztuki medycznej. W modelu koleżeńskim relacji lekarz – pacjent podkreślane są takie cechy jak: zaufanie, szacunek, lojalność, godność, które mają prowadzić do wspólnoty celów zdefiniowanych dobrem pacjenta. Model kontraktowy opiera się na szczególnym rodzaju umowy, w której jasno określone są prawa, wartości, obowiązki i uprawnienia kontrahentów. Z różnych względów R.M. Veatch [2010] odrzuca trzy pierwsze modele relacji lekarz – pacjent, rozważając zasadność etyczną modelu kontraktowego. Według etyka, kontrakt zawierany jest na trzech poziomach. Kontrakt pierwszego poziomu traktowany jest jako hipotetyczna umowa społeczna, w której wyartykułowane są podstawowe zasady moralności, takie jak np. sprawiedliwość, prawdomówność, dobro innych, dotrzymywanie umów i obietnic. Kontrakt drugiego poziomu dokonuje się pomiędzy grupą zawodową lekarzy a szerszą społecznością, która daje pewne uprawnienia, w zamian zobowiązując do określonych obowiązków. Kontrakt trzeciego poziomu obejmuje relację pomiędzy lekarzem lub grupą lekarzy i pozostającymi pod ich opieką medyczną pacjentami. R.M. Veatch uważa, że zmiany cywilizacyjne doprowadziły do zróżnicowania kulturowego, aksjologicznego i światopoglądowego na tyle, że lekarz coraz częściej staje się „obcym przy łóżku” chorego. Trudno w takich przypadkach o porozumienie i dialog,

bowiem pacjent i lekarz zakotwicząją swoje stanowiska w innych systemach aksjologicznych. W scenariuszach przemian wartości moralnych współczesnych społeczeństw „promocja nieograniczonej wolności i autonomii jednostki” zajmuje poczesne miejsce, co również ma wpływ na kształtowanie się kondycji moralnej medycyny [Mariański 2001: 27]. Skoro następuje rozpad wartości i dopasowanie norm do pluralistycznych wizji społeczeństwa, to te nowe tendencje widać szczególnie w obszarze relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Uzyskują one status etyk niezależnych, autonomicznych bądź utylitarnych i tworzą alternatywę dla etyki deontologicznej, będącej ostoją tradycyjnych modeli relacji lekarz – pacjent [Singer 1997].

Wszystkie powyżej zaprezentowane problemy zostają spotęgowane, kiedy relacja lekarz – pacjent dotyczy badań klinicznych prowadzonych w celu rejestracji produktów leczniczych, eksperymentów medycznych, dydaktyki uniwersyteckiej oraz innych badań naukowych. Lekarze uczestniczą w wielu projektach badawczych i marketingowych, których skutki nie są do końca dla pacjentów przewidywalne. Wprawdzie istnieją zabezpieczenia prawne i bioetyczne uczestnictwa w eksperymentach badawczych, pacjenci zaś podpisują formularz świadomej zgody na udział w badaniu klinicznym, jednak biorący w nich udział nie do końca są w stanie przewidzieć zagrożenia i oszacować ryzyko [Masełbas 2004]. Komercyjny charakter takich działań był wielokrotnie opisywany w mediach². W takich przypadkach trudno jest zastosować którykolwiek model relacji, a zwłaszcza mówić o dialogu i partnerstwie.

A. Ostrowska [2011: 20–21] zwraca uwagę na „społeczne zróżnicowanie stopnia osiąganego partnerstwa” w komunikacji pacjenta z lekarzem. Autorka, powołując się na różne badania stwierdza, że szanse pacjentów wywodzących się z poszczególnych klas społecznych na partnerską relację z lekarzem są zdeterminowane wskaźnikami socjoekonomicznymi i socjalizacyjnymi. Lepiej radzą sobie w opiece zdrowotnej osoby wywodzące się z klasy średniej, ponieważ struktura opieki zdrowotnej organizowana jest według systemu wartości i stylów życia tej klasy. Osoby takie są bardziej kompetentne językowo, posługują się kodem językowym rozwiniętym, bardziej zbliżonym do języka, jakim posługują się lekarze. Dlatego też łatwiej podejmować im z lekarzami dialog i negocjacje, artykułować swoje potrzeby i bronić swych praw. W procesie socjalizacji nabywają też wiedzę

² Bulwersującym opinię publiczną był przypadek wykorzystywania bezdomnych oraz pensionariuszy domu opieki społecznej w Grudziądzu do testowania szczepionki na ptasią grypę bez przestrzegania zasad bezpieczeństwa. Bezdomni, korzystając z możliwości zarobienia 10 zł, przyjmowali podwójną dawkę szczepionki, co bezpośrednio zagrażało ich życiu.

operacyjną jak realizować rolę pacjenta dostosowując się do złożonych procedur funkcjonowania systemu medycznego. Przenosząc te wnioski na polski system medyczny można stwierdzić, że szanse na realizację modelu partnerskiego relacji lekarz – pacjent wznoszą wraz ze wzrostem wykształcenia społeczeństwa. Bardziej wykształceni pacjenci postrzegają w większym stopniu różnice pomiędzy modelowym ujęciem relacji a rzeczywistością, mają też większe umiejętności artykułowania swoich potrzeb zdrowotnych i zadbania o stosowanie adekwatnych procedur medycznych.

W opisie relacji lekarz – pacjent większość autorów wskazuje empatię jako warunek skutecznego kontaktu, przynoszącego wymierne korzyści dla pacjenta. Lepsze umiejętności empatyczne lekarza mają gwarantować sukces procesu terapeutycznego i pozostają w związku ze stopniem satysfakcji odczuwanej przez pacjenta. Lekarze zazwyczaj odwołują się do potocznego rozumienia empatii jako wrażliwości emocjonalnej, umiejętności współodczuwania i wchodzenia w rolę innej osoby [Hebanowski, Klisz, Trzeciak, 1994; Gawroń 2001]. W sytuacjach klinicznych empatię rozumie się jako reakcję emocjonalno-poznawczą, posiadającą obok wymiaru emocjonalnego również wymiar moralny, behawioralny i kognitywny. Procedury komunikowania empatycznego zakładają wiele dodatkowych czynności i powiększone obowiązki lekarza, który przede wszystkim musiałby poświęcić więcej czasu każdemu pacjentowi. Badania światowe, jak i polskie, realizowane przy użyciu skali empatii Jeffersona (JSPE) pokazują, że wśród lekarzy empatia jest na niskim poziomie [Hojat 2001]. Autorka badań przeprowadzonych wśród lekarzy łódzkich K. Studzińska-Pasieka [2009:230–234] stwierdza, że niski poziom empatii związany jest głównie z przepracowaniem lekarzy i syndromem wypalenia zawodowego, mającymi swe źródło w źle funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej. Lekarz w ramach wykonywanej roli zawodowej musi spełniać wiele różnych ról, które mają cechy konfliktowe. Formalne oczekiwania pracodawcy, a zwłaszcza NFZ, są często nie do pogodzenia z oczekiwaniami pacjentów. Również proces edukacji i socjalizacji lekarskiej jest nastawiony na tzw. „biomedyczną rzeczywistość kliniczną”, sprzyjającą spadkowi reakcji empatycznych. Zmniejszanie się znaczenia empatii w relacji lekarz – pacjent wynika także z rozwoju nowych technik informacyjno-komunikacyjnych, które nie wymagają bezpośredniego kontaktu twarzą w twarz, a przejmują różne funkcje, także komunikacji interpersonalnej. Kryzys profesji medycznej ma, według badaczy, głębsze podłoże, ponieważ dotyczy również przewartościowania postaw moralnych lekarzy, którzy własne pryncypia etosu zawodowego muszą w większym stopniu odnosić do wielokulturowej medycyny i preferowanych aksjologii społecznych. Zmiany w etyce medycznej i rozwój instytucjonalnej

bioetyki poświadczają konieczność regulacji różnych aspektów relacji lekarz – pacjent, które nie były brane pod uwagę [Baker i in. 1999]. Zaufanie do profesji lekarskiej ma zarówno wymiar instytucjonalny, jak i indywidualny. Na zaufanie instytucjonalne pracuje wiele podmiotów gospodarczych obsługujących system zdrowotny. Zaufanie do lekarza wynika z jego bezpośrednich kontaktów interpersonalnych z pacjentem. Sondaże opinii publicznej pokazują, że społeczeństwo polskie nadal darzy zaufaniem lekarza, z którym bezpośrednio spotyka się pacjent, jednocześnie nie ufając instytucjom medycznym. W szerszej perspektywie widzi problem A. Giddens, według którego profesja lekarska we współczesnym świecie podlega procesowi kryzysu „zaufania do systemów eksperckich” [Giddens 2008: 60]. Na poziomie relacji społeczeństwo – profesja pojawiły się zjawiska, które podważyły tradycyjne poczucie bezpieczeństwa; obecnie mamy do czynienia z „kalkulacją zysku i ryzyka”. Jest wiele niekorzystnych zjawisk, które prowadzą do atrofii więzi moralnej i utraty zaufania do lekarzy w ramach ocenianego systemu opieki zdrowotnej. W Polsce mamy do czynienia ze szczególną sytuacją, ponieważ reformy zdrowotne realizowane są przez polityków oraz lekarzy, którzy stali się politykami. Reformatorom chodzi o to, aby stworzyć ramy dla funkcjonowania efektywnej i racjonalnej opieki zdrowotnej, co nie sprawdza się na poziomie człowieka chorego, myślącego kategoriami swoich interesów. Pacjent jest zainteresowany rozwiązaniem jego problemów zdrowotnych „tu i teraz”, a nie w dalekiej przyszłości. Dlatego też trzeba podkreślić, że relacja lekarz – pacjent nie jest tylko relacją medyczną uwarunkowaną cechami podmiotów biorących udział w spotkaniu oraz definicją sytuacji chorobowej, lecz także czynnikami zewnętrznymi – można rzec – przedmiotowymi uwarunkowaniami owej relacji. Do nich w pierwszej kolejności należy zaliczyć: a) priorytety i cele systemu ochrony zdrowia przedstawione w polityce zdrowotnej oraz artykułowane w dokumentach i ustawach; b) rozwój instytucjonalnej wiedzy medycznej i uprawianie medycyny w oparciu o dowody naukowe; c) system gospodarczy i uwarunkowania ekonomiczno-finansowe; d) społeczno-kulturowe determinanty zachowań zdrowotnych. Nową determinantą zmian w relacjach lekarz – pacjent jest rozwój technologii komunikowania, opartych na systemach sieci komputerowej i wykorzystaniu Internetu w naukach medycznych i opiece zdrowotnej.

TELEMEDYCYNĄ I ZMIANY W RELACJACH LEKARZ – PACJENT

We współczesnej medycynie i opiece zdrowotnej dokonują się istotne przemiany wynikające z nowych technologii komunikacji, które zmieniają tradycyjny układ relacji lekarz – pacjent. Początki tych zmian związane są z pojęciem

„telemedycyna”, służącym do opisu wykonywania czynności medycznych za pomocą narzędzi telekomunikacyjnych, takich jak telefon, telewizja, komputer, Internet. Światowa Organizacja Zdrowia na określenie wzajemnych relacji między lekarzem a pacjentem uwzględniających medyczne działania na odległość używała kolejno pojęć: telematyka medyczna, telemedycyna, telezdrowie. Definicja telemedycyny zmieniała się wraz z ekspansją nowoczesnych technologii informatycznych, a zwłaszcza wykorzystaniem sieci komputerów i powstaniem Internetu. Wszelkie wynalazki w dziedzinie technologii informacyjnych są od momentu powstania adaptowane do potrzeb medycyny, zaś postęp w naukach biomedycznych jest ściśle związany z komputeryzacją i rozwojem technologii cyfrowych. Wykorzystanie komputerów i sieci komputerów w komunikacji pomiędzy lekarzem i pacjentem oraz pomiędzy lekarzami w celach edukacyjnych wpływa na poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Kolejny przełom dokonuje się obecnie i jest związany z wykorzystaniem sieci komputerowych do wspomaganie pracy lekarzy bądź pełnej jej realizacji w postaci usług zaliczanych do *e-commerce*, co w obszarze opieki zdrowotnej spowodowało pojawienie się pojęć charakteryzujących nowe sposoby uprawiania medycyny, jak np. MedycynaOnline, e-Zdrowie, e-lekarz, e-pacjent. Pomimo tego, że pojęcia te są różnie rozumiane, znalazły zastosowanie w usługach zdrowotnych, promocji i edukacji zdrowotnej, akademickich i edukacyjnych projektach, mediach masowych. U podstaw rozwoju telemedycyny istniała konieczność poprawy jakości udzielania świadczeń medycznych na odległych terenach, gdzie dostęp do praktyki lekarskiej był utrudniony. W wielu państwach istnieją tereny, gdzie gęstość zaludnienia jest mała i nie ma możliwości szybkiego kontaktu z lekarzem. Nowoczesne środki telekomunikacji zostały wykorzystane z sukcesem w różnych dziedzinach medycznych, zarówno w diagnostyce, jak i terapii oraz promocji zdrowia. Sieci telemedyczne są szczególnie przydatne do postawienia diagnozy na odległość, przeprowadzenia wywiadu środowiskowego, nadzorowania wykonania różnych czynności medycznych, monitorowania postępów w leczeniu. Lekarz może też uczestniczyć w zabiegu medycznym i operacji, nie będąc jej fizycznym uczestnikiem. Przykłady takich działań medycznych opisywane są w literaturze tematu, np. e-konsultacje, e-wizyty, kontakt na żywo w Internecie za pomocą Web-based video lub telefonicznie. Podstawową formą kontaktów jest telekonsultacja, czyli konsultacja na odległość między dwoma osobami, najczęściej lekarzem i pacjentem bądź lekarzami, której specyfiką jest brak bezpośredniego kontaktu pomiędzy podmiotami konsultacji. Posiada ona zarówno zalety, jak i ograniczenia, niesie też określone ryzyko medyczne, organizacyjne i finansowe. Lekarze zwracają uwagę na to, że pewne choroby nie nadają się do

diagnozowania i leczenia na odległość, wśród nich np. ciężkie i zaawansowane stany kliniczne, które stanowią bezpośrednie zagrożenie życia. Zasadność wykorzystywania telemedycyny w poszczególnych działach medycyny klinicznej jest przedmiotem dyskusji i prac organizacyjno-prawnych, czego przykładem są inicjatywy podjęte przez polskich kardiologów i pulmonologów [Kasztelowicz 2010]. Konsultacje między lekarzem a pacjentem mogą odbywać się w dwóch wariantach: 1) w systemie bez weryfikacji pacjenta, np. serwisy oparte na infolinii, które nie spełniają wymogów konsultacji w sensie medyczno-prawnym; 2) w systemie z weryfikacją pacjenta, wymagającym zarejestrowanie się w systemie i posiadania hasła dostępu.

Biorąc pod uwagę kryterium wykonywania czynności medycznych, rozróżnia się telemedycynę synchroniczną oraz asynchroniczną. Implikują one zasadnicze zmiany w relacjach lekarz – pacjent. Telemedycyna synchroniczna jest oparta na kontakcie w czasie rzeczywistym lekarzy, personelu medycznego i pacjentów. Traktuje się ją jako efektywną metodę wspomagania decyzji medycznych, bardzo przydatną w konsultowaniu diagnozy i wspomaganiu konkretnej procedury medycznej, np. operacji, zabiegu. Telemedycyna asynchroniczna polega na wykorzystaniu nowoczesnych środków komunikowania do rejestracji, transmitowania i magazynowania danych medycznych i wykorzystywania ich w dogodnym czasie i miejscu. Kontakt lekarzy między sobą oraz z pacjentami może odbywać się w różnym czasie, a uczestnicy komunikacji nie muszą przebywać w tym samym miejscu. Wykorzystanie Internetu do transferu danych wspomagających proces diagnozy i leczenia chorych znacznie przyspiesza podejmowanie decyzji medycznych, a także może obniżyć koszty usługi. Interpretacja wyników badań pacjentów może być zlecona w ramach *outsourcingu* instytucjom zagranicznym, które mają do tego uprawnienia. Jest to korzystne zwłaszcza w nagłych przypadkach, ze względu na różnice czasu i konieczność udzielenia natychmiastowej pomocy. Platformy telemedyczne oferują usługi w zakresie radiologii, psychiatrii, onkologii, dermatologii. W przypadkach trudnych materiał badawczy i wyniki badań mogą być konsultowane ze specjalistami w danej dziedzinie z różnych ośrodków akademickich i specjalistycznych klinik. Usługi *outsourcingu* są wygodne również ze względu na różnice czasu i koszty usługi. Przykładowo, w przypadkach nagłych, z wykorzystaniem różnic w czasie, zdjęcia pacjenta wysyłane są z USA do Indii, gdzie są interpretowane i konsultowane przez specjalistów, którzy niejako opisują dostarczony „materiał medyczny”, na podstawie którego lekarz stawia diagnozę i wykonuje zabieg w USA. W Polsce wdrażane są różne projekty informatyzacji, zarządzania i organizacji systemu zdrowotnego oraz instytucji pracujących na rzecz zdrowia publicznego. Od kilkunastu lat funkcjo-

nuje w województwie śląskim elektroniczna karta pacjenta, którą posiada każdy ubezpieczony. Usprawnia ona proces komunikowania się między przychodniami, szpitalami i aptekami, ułatwiając pracę lekarzy i podnosząc jakość świadczonych usług medycznych. Włączanie nowoczesnych technik informatycznych do praktyk lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych i klinicznych zmienia sposób komunikowania się z pacjentami. W Polsce istnieją szanse na bardziej intensywne wykorzystanie telemonitoringu, tediagnostyki i telekonsultacji. Przeprowadzane są m.in. interaktywne wideokonferencje, przesyłanie na odległość obrazów, zdjęć rentgenowskich, echogramów, USG, EKG, MRI, tomografii komputerowej, a także możliwość wyboru przez pacjentów lekarza, który najlepiej zrealizuje ich potrzeby. Oczywiście zakres usług realizowanych kanałami telemedycyny jest różny w zależności od wyposażenia publicznej oraz komercyjnej opieki medycznej w sprzęt teleinformatyczny i włączenie go do ogólnego systemu przesyłania danych. Konieczne są również regulacje ustawowe i określone decyzje Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia w zakresie refundowania procedur medycznych realizowanych poprzez programy teleinformatyczne. Ważna jest popularyzacja telekonsultacji medycznych jako formy kontaktu zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy. Postawy Polaków wobec telemedycyny i brak informacji na temat możliwości realizacji niektórych usług za pomocą Internetu bądź sieci komórkowych stanowią poważną barierę wstrzymującą rozwój tych usług. Według badań TNS OBOP z 2007 r., aż 2/3 respondentów (65%) nigdy nie słyszało o istnieniu usług telemedycznych, a 67% nie wie o możliwości korzystania z nich w Polsce. Pomysł upowszechniania usług medycznych świadczonych za pośrednictwem telefonu lub Internetu akceptuje 42% Polaków. Obok lekarzy, entuzjastów nowych systemów opartych na technologiach komputerowych, istnieje liczna grupa lekarzy, którzy nie uznają takich metod diagnozowania i konsultacji medycznych. Według nich badanie podmiotowe musi być realizowane w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Uzasadnione obawy dotyczą zwłaszcza sprawności sprzętu na jakim przychodzi im pracować. Przykładem najnowszych, pozytywnych zmian jest budowa w Łodzi w 2012 r. Regionalnego Systemu Informacji Medycznej, który łączy w sieć szpitale podlegające urzędowi marszałkowskiemu. Lekarz będzie miał dostęp do danych o pacjencie nawet sprzed kilku lat, a w trakcie operacji chirurdzy będą mogli robić badania i wykorzystywać wyniki w procesie operacji. W informacji medialnej podano, że jest to pierwszy w Polsce system łączący kilkadziesiąt placówek zdrowia, a koszt jego wprowadzenia wynosi 40 mln zł. Wynikiem tej inwestycji np. w Szpitalu im. Kopernika w Łodzi będzie 500 nowych miejsc dostępu do sieci. Czy wobec tego dane o pacjentach będą odpowiednio chronione?

Straty wynikające z przypadkowego lub świadomego ujawnienia, modyfikacji, zniszczenia lub przetwarzania przechowywanej informacji o pacjentach byłyby niepowetowane. Identyfikacja zagrożeń systemów teleinformatycznych jest znaczna i tworzy dodatkowy typ ryzyka, na jakie narażony jest pacjent oraz same placówki ochrony zdrowia. Technologia mobilna, bezprzewodowa komunikacja i dostęp do łącza internetowego wymagają określonych parametrów technicznych, których nie posiada większość szpitali w Polsce, korzystających z Internetu do 50 Mb/s. Plany wprowadzenia centralnego systemu informatycznego z dostępnością przesyłania danych medycznych bądź centralnego rejestru ubezpieczonych wymagają technologii opartej na światłowodach o wysokiej przepustowości i niezawodnych łączach [Liderman 2008]. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że zastosowanie zabezpieczeń jest niewystarczające, a ubezpieczenie ryzyka i ochrony informacji, powoduje podrożenie usługi medycznej. Przenoszenie danych za pomocą Internetu wymaga popularyzacji i wdrożenia odpowiednich reguł zabezpieczenia, a także wypracowania standardów prawnych i etycznych broniących interesy pacjentów i personelu medycznego.

INTERNET W KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ I RELACJI LEKARZ – PACJENT

Pojęcie „społeczeństwo informacyjne” rozumiane jest m.in. jako nowa forma organizacji życia oraz fakt gospodarczy, społeczny i kulturowy, w którym występuje integracja i wykorzystanie różnych nowoczesnych technologii telekomunikacyjnych i informacyjnych [Castells 2007]. Obecnie w obszarze zdrowia indywidualnego i publicznego można mówić o społeczeństwie otwartego dostępu do wiedzy i informacji medycznej. Wpisując słowo „zdrowie” w najpopularniejszej wyszukiwarce internetowej Google.pl uzyskujemy ponad 116 000 000 wyników, a w języku angielskim, po wpisaniu słowa *health* przeglądarka wskazuje 4 410 000 000 wyników internetowych podejmujących tematy o zdrowiu.

Znaczenie technologii informatycznych wzrasta na wszystkich poziomach komunikacji medycznej poprzez ułatwienie dostępu do nieograniczonych zasobów wiedzy biomedycznej. Dotyczy to zarówno poziomu komunikacji intermedycznej, obejmującej swoim zasięgiem globalny przepływ instytucjonalnej wiedzy medycznej, udostępnianej szerokiemu gronu odbiorców oraz poziomu komunikacji intramedycznej, zawierającej transmisję specjalistycznej wiedzy profesjonalnej realizowanej w ramach organizacji i instytucji opieki zdrowotnej wszystkich szczebli administracyjnych. Internet intensyfikuje również komuni-

kację interpersonalną, wspomagając indywidualną relację lekarza z pacjentem poprzez pośrednie kanały komunikowania, a także wymianę opinii wśród pacjentów na interesujące ich tematy chorobowe. Poziom komunikacji intrapersonalnej, rozumianej jako mowa wewnętrzna podmiotu o zdrowiu i chorobie, zostaje dzięki Internetowi wzbogacona o nowe źródła do przemyśleń, konstatacji i subiektywnego zrozumienia różnych zjawisk medycznych, w związku z możliwością wymiany informacji o zdrowiu na różnych blogach i forach dyskusyjnych [Gałuszka 2003]. Globalna sieć stała się dostępnym źródłem informacji medycznej zarówno dla lekarzy, jak i dla szerokiego grona zainteresowanych, którzy zdrowie uznają za wartość nie tylko uznawaną, lecz także realizowaną. Proces demokratyzowania wiedzy medycznej poprzez Internet doprowadził do tego, że lekarze – dotychczasowi dysponenci wiedzy biomedycznej – zostali zmuszeni do jej udostępniania szerokiemu gronu odbiorców. Przetwarzanie profesjonalnej wiedzy medycznej nazwano „przekwalifikowaniem laików” (*lay reskilling*), prowadzącym do powstania „laickiej wiedzy medycznej” (*lay health knowledge*) [Williams, Calnan 1996]. Warto podkreślić zachodzącą pomiędzy wyróżnionymi poziomami komunikowana medycznego kontaminację, wpływającą zarówno na medyczne modele interpretowania choroby, jak i społeczne konstruowanie choroby. Przykładem ilustrującym kontaminację komunikowania przez Internet może być problem ekspozycji HIV/AIDS. W wyszukiwarce Google na hasło HIV/AIDS uzyskujemy prawie 54 miliony wyników. Są tam strony profesjonalne prowadzone przez takie instytucje międzynarodowe, jak WHO, UNAIDS, mające za zadanie przekazywanie wiedzy epidemiologicznej i tworzące podstawy profilaktyki zdrowia publicznego, jak również strony szpitali, urzędów zdrowia publicznego, różnych organizacji niemedycznych oraz społecznościowe, zajmujące się tym tematem. Oddzielną grupą zainteresowaną ekspozycją problemów AIDS są nosiciele wirusa HIV. Przykładem analizy stron założonych przez nich są badania J. Gillett [2004], w których wyróżniono następujące grupy tematyczne portali poświęconych HIV/AIDS: autobiografie (8), ekspertyzy (7), promocja siebie (5), odmienne zdania (3). Internet pozwala na prezentację problemów nosicieli wirusa HIV, którzy w realnym świecie spotykają się ze stygmatyzacją prowadzącą do ich marginalizowania i wyłączenia ze sfery publicznej. Internet staje się pomostem pomiędzy prywatnymi problemami zdrowotnymi chorych na AIDS, a obszarem zdrowia publicznego, które dotyczą wszystkich ludzi. Powołując się na koncepcję agory Z. Baumana stwierdza, że poprzez Internet chorzy mogą nie tylko mówić o swoich prywatnych sprawach, ale też normatywnie reintegrować się ze społeczeństwem [Gillett 2004: 105]. Już tylko powyższy przykład pokazuje, że dostęp do Internetu daje możliwość znalezienia różnych

medycznych informacji o zdrowiu i medycynie, uzyskania porad, uczestnictwa w grupach wsparcia, wgląd w ekspresje biograficzne itp. Badacze są zgodni co do tego, że Internet umożliwia pacjentom przyjmowanie większej odpowiedzialności za zdrowie poprzez lepszy dostęp do różnych informacji i łatwiejszą możliwość wyboru oferty gabinetów medycznych. Zmienia się też tradycyjna relacja lekarz – pacjent, w której autorytet lekarza poparty profesjonalną wiedzą, tworzył paternalistyczną asymetrię. Internet przywraca równowagę w relacji lekarza z pacjentem poprzez demokratyzację dostępu do wiedzy medycznej. W niektórych krajach (np. Wielkiej Brytanii, USA) pacjent posiada już możliwość bezpośredniego dostępu do informacji na temat swojego zdrowia zgromadzonych przez instytucje medyczne, dzięki czemu może konsultować wyniki badań laboratoryjnych bądź postawioną diagnozę z innymi lekarzami, a zarazem wzmocnić swoją pozycję w relacji z lekarzem i uczestniczyć bardziej świadomie w podejmowaniu decyzji w sprawie proponowanych metod terapeutycznych.

Udział ludzi zainteresowanych szukaniem informacji o zdrowiu i chorobie w Internecie dynamicznie rośnie. Badania realizowane w różnych krajach nie są do końca porównywalne ze względu na stosowaną metodologię, metodę zbierania danych, dobór próby. Warto jednak kilka z nich przytoczyć, ponieważ pokazują ogólną tendencję wzrostu zainteresowania informacjami medycznymi w Internecie. Nie ma zgody, czy Internet: a) przyczynia się do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; b) powoduje poprawę komunikacji między lekarzem i pacjentem; c) przyczynia się do tworzenia nowego typu nierówności w dostępie do zdrowia; d) tworzy nowy typ usług medycznych bez pośrednictwa lekarza; e) podważa tradycyjną rolę lekarza, ograniczając jego władzę nad pacjentem. Pytań i wątpliwości jest znacznie więcej, z czasem gromadzone dane empiryczne pozwolą na ich weryfikację. Obecny stan wiedzy na ten temat potwierdza, że powszechny dostęp do informacji medycznych nie jest równoznaczny z uzyskaniem kompetencji do samoleczenia, a przede wszystkim nie wyeliminuje profesjonalnych umiejętności lekarzy. Znaczenie lekarzy jako ekspertów od zdrowia będzie się zwiększało w związku z wykorzystywaniem nowych technologii komunikowania się z pacjentem. Konsultacje on-line, zwane też e-wizytami mogą w przypadku niektórych usług medycznych zastąpić kontakt realny. W USA ocenia się, że około 35% przypadków medycznych może być konsultowanych przez Internet. Szacuje się również, że 80 mln klientów jest zainteresowanych internetowym kontaktem z lekarzami [Rains 2007]. Progresja usług przez Internet będzie związana z tym, czy firmy ubezpieczeniowe podejmą się refinansowania takich porad. Korzyści są już wyliczane: niższe koszty usługi, wygoda dla pacjentów w przypadkach drobnych problemów medycznych, szybsza reakcja na problemy

zgłaszane przez pacjentów, prowadzenie w przypadkach chorób przewlekłych, wolne miejsca dla tych pacjentów, którzy zdecydowanie muszą osobiście udać się do lekarza. Firmy ubezpieczeniowe podejmują takie inicjatywy lecz wymagają aby e-wizyty odbywały się za pośrednictwem bezpiecznego portalu zgodnie z zasadami ochrony prywatności i bezpieczeństwa informacji zdrowotnej. W tym celu formułuje się już kodeksy etyczne e-wizyt i usług Internetowych. Badacze zwracają uwagę na to, że e-medycyna jest procesem, który będzie intensyfikował się wraz z wypracowaniem racjonalnych i korzystnych dla płatnika, lekarza i pacjenta form finansowania takich usług. Opór środowiska lekarskiego związany jest z tym, że komunikacja e-mailowa jest wpisywana w zadania podstawowej opieki zdrowotnej, co pociąga określone koszty i traktowane jest jako obciążenie czasowe bez wynagrodzenia. Wśród Amerykanów rośnie zainteresowanie informacjami o zdrowiu publikowanymi w sieci. W 2003 r. 31% respondentów szukało informacji na temat zdrowia w Internecie [Murray 2003], zaś w 2006 r. już 68% dorosłych Amerykanów korzystało z sieci, poszukując informacji o zdrowiu i medycynie [Fox 2006]. W krajach europejskich opinie na temat użyteczności Internetu w komunikacji lekarz – pacjent są podzielone. W badaniach zrealizowanych w 2002 r. wśród obywateli państw Unii Europejskiej, jako główne źródło informacji o zdrowiu podano profesjonalistów medycznych – ponad 61% (lekarzy, pielęgniarki, farmaceutów), a następnie telewizję, dyskusje w gronie rodzinnym i wśród znajomych, gazety i czasopisma. W Internecie informacji związanych ze zdrowiem szukało 23% badanych, a 41% uznało, że surfowanie w sieci jest dobrym sposobem dotarcia do informacji o zdrowiu. Rozkład respondentów poszukujących informacji o zdrowiu jest różny w poszczególnych krajach. W Danii i Holandii 40% mieszkańców szukało takich informacji, a w Grecji, Hiszpanii i Portugalii około 15% [www.europa.eu.int/comm/health]. W ostatnim badaniu z listopada 2011 r. *Global Health Survey 2011* [International Research Institutions] przeprowadzonym w 28 krajach Internet jako źródło informacji o zdrowiu i chorobach uzyskał wysoką, drugą pozycję. Polacy jako najważniejsze źródło informacji w przypadku problemów zdrowotnych wskazują lekarzy rodzinnych – 57% (na świecie 58%) oraz Internet – 51%. Powszechny dostęp do sieci powoduje, że ludzie poszukują w niej różnych informacji na tematy interesujących ich schorzeń i zdrowia. Ekspert „ARC Rynek i Opinia”, komentujący wyniki badania, jest tym zjawiskiem zaniepokojony, ponieważ w Internecie – jak stwierdza – obok informacji mających wartość merytoryczną, dostępnych jest wiele opinii umieszczanych przez laików medycznych i osoby niekompetentne, które nie mają uprawnień do udzielania porad medycznych [Czarnecki 2011]. Badania pokazują, że jakość serwisów medycznych jest różnie oceniana w zależności od przyjętych kryteriów. W dokumencie

e-Europe 2002 opracowanym przez Komisję Europejską [Bruksela 29.11.2002] przyjmuje się następujące podstawowe kryteria oceny jakości stron internetowych poświęconych zdrowiu: przejrzystość i uczciwość, jasno sformułowany cel, pełna informacja do kogo adresowana jest strona, transparentność finansowania strony, referencje, aktualizacja strony, ochrona danych osobowych, odpowiedzialność, dostępność. Wskazane kryteria traktuje się jako standard techniczny ekspozycji stron internetowych, jednak należy podkreślić, że znajdują się w nim również elementy oceny etycznej. Przyjęcie standardów jakości stron internetowych zostało włączone do strategii *eEuropa 2005. Action Plan*, której celem było udostępnienie usług publicznych przez Internet. Kolejnym etapem kontroli byłaby analiza merytoryczna odnosząca się do zgodności podawanych informacji z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz zbadanie czy autor ma instytucjonalne uprawnienia do udzielania takich informacji i porad. Instytucje zajmujące się promocją zdrowia winny przestrzegać kryteriów Komisji Europejskiej popularyzowanych przez organizację Health On the Net [www.hon.ch/HONcode/Polish]. Kryteria te sprowadzone zostały do ośmiu zagadnień obejmujących całe spektrum zasad, mających uczynić informacje o zdrowiu wiarygodnymi co do źródeł, kwalifikacji i uprawnień osób udzielających takich informacji, przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych i tajemnicy zawodowej oraz przejrzystości komunikacyjnej i możliwości weryfikacji zamieszczonych danych. Wiele problemów pojawia się właśnie z oceną stron przygotowanych przez nieprofesjonalistów, których jakość merytoryczna zazwyczaj budzi wątpliwości. Internaucie poszukującemu informacji o terapiach dotyczących własnych dolegliwości zdrowotnych trudno jest ocenić wiarygodność źródła. Wnioski z oceny jakości polskojęzycznych stron internetowych poświęconych chorobom społecznym są bardzo krytyczne. Autorka badań, E. Dobrogowska-Schlebusch [2006: 115], w podsumowaniu pisze, że są „w większości wypadków niskiej jakości”, a systemy ocen jakości stron internetowych „nie są znane polskim twórcom stron internetowych”. Poprawa jakości informacyjnej stron internetowych poświęconych zdrowiu powinno iść w kierunku poddania ich ocenie akredytacyjnej, czyli zewnętrznej kontroli jakości, wprowadzenia podstawowego standardu oceny informacji, zwiększenia udziału środowisk akademickich w ich tworzeniu.

Realizacja postulatu cyfryzacji opieki zdrowotnej i medycyny w Polsce zapewne stworzy podstawy nowego modelu biznesowego, opartego na nowoczesnych technologiach komunikacyjnych. Informatyzacja wymaga wysiłku organizacyjnego, odpowiednich regulacji prawnych, a przede wszystkim środków finansowych i konsekwentnie realizowanej przez kolejne ekipy polityczne wizji przemian systemu zdrowotnego. Niestety, w obszarze reformy systemu

opieki zdrowotnej, której częścią jest jego informatyzacja, politycy i urzędnicy mieli bardzo różne pomysły, których zazwyczaj ich następcy nie kontynuowali. Przykładem prób cyfryzacji usług zdrowotnych i obiegu informacji w Polsce są: a) komputeryzacja szpitali, finansowana ze środków banku światowego; b) Rejestr Usług Medycznych, wdrażany w kilku regionach kraju; c) system elektronicznej dokumentacji medycznej; d) Karta Pacjenta; e) Rejestr Pacjenta; f) E-recepty; g) Centralny Rejestr Ubezpieczonych. Uzasadnienia podejmowanych prób wprowadzenia nowoczesnych technik gromadzenia, przetwarzania i przesyłania informacji są za każdym razem podobne. Chodzi o poprawę komunikacji wewnątrz systemu medycznego, której efektem będzie lepsza jakościowo obsługa medyczna pacjentów, zaspokajająca ich potrzeby zdrowotne na wyższym poziomie. Równocześnie wskazuje się na poprawę warunków pracy lekarzy i personelu medyczno-administracyjnego [Romaszewski, Trąbka, Kęsek 2006]. Na rynku informatycznym i usług medycznych pojawiają się różne zintegrowane systemy obsługi sektora zdrowotnego, które oferowane są głównie przez firmy informatyczne i nastawione biznesowo. Przykładem może być projekt firmy Microsoft „Połączona Platforma Opieki Zdrowotnej” [www.microsoft.com/poland/healthcare], który dobrze opisuje strategię i znaczenie budowania kompleksowych rozwiązań na rynku zdrowotnym. Według tego projektu dojrzały model E-Zdrowia przechodzi cztery fazy: obecność, interakcja, obsługa transakcji, transformacja. Kolejne poziomy oznaczają przechodzenie od nieinteraktywnych witryn internetowych nastawionych na upowszechnianie informacji zdrowotnych do synergii różnych usług, wykorzystujących komunikację online w celu kompleksowej interakcyjnej obsługi klientów. Proponowane rozwiązania szczegółowe tego projektu obejmują zarówno kalkulację ekonomiczną projektu, jak i bezpieczeństwo systemu oraz kompleksowość rozwiązań, korzystnych dla pacjenta i lekarza.

Polska włączyła się do proponowanych przez UE procesów informatyzacji sektora usług zdrowotnych oraz popularyzacji wiedzy o zdrowiu publicznym. Z dotychczasowych rozważań wynikało, że są to próby realizacji projektów nie do końca spełniające oczekiwania świadczeniodawców usług medycznych, lekarzy i pacjentów. Podstawowe dokumenty bazowe, w których określono główne kierunki rozwoju informatyzacji w ochronie zdrowia to: *Strategia e-Zdrowie 2004–2006*; *Strategia e-Zdrowie Polska na lata 2009–2015*; *Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015*. Dokumenty te należy traktować jako kolejne uszczegółowienia tematów związanych z ochroną zdrowia, podlegających modyfikacjom wynikającym ze zmian prawnych, organizacyjnych i technologicznych. Przyjęty horyzont działania pokazuje, że w najbliższych

latach polskiego pacjenta i lekarza czekają duże zmiany w dostępie do informacji z obszaru ochrony zdrowia i realizacji usług medycznych. W ramach programów finansowanych ze środków strukturalnych będą podejmowane takie działania, jak: „realizacja Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia (PIOZ), stworzenie warunków rozwoju e-usług ochrony zdrowia – w szczególności systemów telemedycznych (telekonsultacje, telemonitoring, rejestracja on-line pacjentów przez Internet), recepty elektronicznej (e-recepty) oraz elektronicznej karty zdrowia, która będzie połączona z nowym dowodem tożsamości” [*Kierunki informatyzacji 2011–2015*].

W sprawie e-Zdrowia zabierają głos przedstawiciele różnych organizacji medycznych, zrzeszających lekarzy, pielęgniarki i inne zawody medyczne. Przykładem może być Stały Komitet Lekarzy Europejskich, będący federacją 27 europejskich narodowych najbardziej reprezentatywnych organizacji lekarskich, którego prezydentem jest Konstanty Radziwiłł. W dokumencie *e-Zdrowie – perspektywa lekarzy* w oparciu o dokumenty Unii Europejskiej prezentowane są przepisy „ułatwiający dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej”, zapewniające wysoką jakość usług i respektujące prawa pacjentów [www.cpme.eu]. We wnioskach prezentacji postuluje się współpracę i wymianę informacji różnych instytucji odpowiedzialnych za e-Zdrowie wraz z udziałem organizacji lekarskich i pacjentów. Proponowany tam model relacji lekarz – pacjent jest oparty na instytucjonalnych gwarancjach wysokiej jakości opieki zdrowotnej, która powinna kierować się m.in. bezpieczeństwem i ochroną danych pacjenta, weryfikowaniem kompetencji lekarzy, elektroniczną kartą profesjonalistów medycznych, tworzeniem europejskich sieci leczenia pacjentów z chorobami rzadkimi, uznawalnością transgraniczną recept [Radziwiłł, www.cpme.eu].

W dokumentach UE, polskich i organizacji lekarskich system e-Zdrowia można potraktować jako podstawę bazową do tworzenia globalnego rynku usług medycznych. Procesy globalizacyjne w obszarze zdrowia dotyczą różnego typu wymiany i przepływu informacji, produktów, usług, siły roboczej, technologii, kapitału i mobilności ludzi, „zachodzących w warunkach kurczenia się czasu i przestrzeni” [Klich 2010: 441]. E-zdrowie i e-opieka rozwija się synchronicznie do rozwoju nowoczesnych technologii komunikowania. Internet i mobilne systemy komunikacji oraz dostępne cenowo komputery i usługi sieciowe stworzyły możliwość transformacji i udoskonalenia systemu opieki zdrowotnej – zarówno jego segmentu publicznego, jak i komercyjnego.

RELACJA E-PACJENT – E-LEKARZ

Przedstawione wcześniej modele relacji lekarz – pacjent opierały się na komunikacji wymagającej obecności fizycznej obu uczestników. Niczym w greckiej tragedii miejsce i czas spotkania były wyznaczone, a przydzielone do wykonania role w miarę zdefiniowane i oparte na obopólnej zgodzie. Po dokonaniu różnych analiz można stwierdzić, że idealne modele relacji powinny uwzględniać następujące elementy: a) paternalizm lekarza ograniczony do sytuacji klinicznych, w których chory nie ma, z różnych powodów, możliwości samostanowienia o sobie; b) pacjent – aktywnym współuczestnikiem procesu leczenia na wszystkich jego etapach; c) decyzje co do procedur terapeutycznych podejmowane wspólnie; d) współpraca polega na współuczestniczeniu lekarza i pacjenta w dwukierunkowej komunikacji interpersonalnej; e) centralnym punktem relacji jest pacjent, a nie lekarz, którego władza jest ograniczona; f) respektowane są wszelkie prawa pacjenta i wyrażona jest jego świadoma zgoda na procedury lecznicze; g) podstawą komunikacji winien być dialog, prawdziwa rozmowa i słuchanie ze zrozumieniem partnera [Gordon, Edwards 2009].

Jak wskazywano, od pewnego czasu zmiany relacji lekarz – pacjent związane są z powstaniem i ewolucją telemedycyny, a obecnie z połączonymi w sieć komputerami obsługującymi różne obszary medycyny i opieki zdrowotnej. W wirtualnym świecie słowo „pacjent” ma wiele rozumień, występuje w wielu kontekstach i stosowane jest do opisu odmiennych sytuacji medycznych. Prześledźmy najważniejsze z nich. Pojęcie wirtualny pacjent (*electronic virtual patient*) odnoszone jest do interaktywnych programów komputerowych symulujących realnych pacjentów i rzeczywiste scenariusze kliniczne [<http://www.virtualpatients.eu>]. Wykorzystywane są one zwłaszcza w dydaktyce na studiach medycznych oraz w różnego typu szkoleniach lekarzy. Zalety kazusów wirtualnych pacjentów są bardzo doceniane w edukacji medycznej; ułatwiają studentom opanowanie podstawowych dziedzin medycznych, rozwijają zdolności wnioskowania klinicznego, pozwalają na zapoznanie się z zabiegami i operacjami podwyższonego ryzyka, pozwalają na włączenie studenta w sytuacje dramatyczne, wywołujące silne emocje, uczą sprawności i kompetencji językowych.

E-pacjent (*electronic patient record, electronic health record*) zawiera dane konkretnego pacjenta dotyczące jego choroby, leczenia, stosowanych procedur klinicznych, przepisywanych leków, które są zapisane w systemie komputerowym. Pojęcie to posiada szerokie zastosowanie, m.in. służy do ewidencjonowania pacjentów w szpitalach i przychodniach, historii choroby pacjenta, dokumentacji

wykonanych procedur, do celów naukowych, statystyki medycznej oraz edukacji medycznej [Konołowicz, Stachóń 2011].

W innym kontekście używa się pojęcia E-pacjent, gdy dokonuje się opisu osoby korzystającej z Internetu w celach poszukiwania informacji o zdrowiu, chorobie i medycynie. Ludzi takich nie powinno się nazywać pacjentami, ponieważ nie zawsze choroba jest przyczyną aktywizującą ich działania. Lepiej pasuje do nich pojęcie konsumenci zdrowia (*consumers of health*), bowiem ich aktywność może mieć charakter prozdrowotny i edukacyjny. Do nich też głównie skierowana jest oferta marketingowa firm farmaceutycznych oraz różnych subdyscyplin medycznych (np. medycyna estetyczna), które wykorzystują takie narzędzia komunikacyjne jak reklama, *public relations* celem wywołania popytu na produkty farmaceutyczne i usługi medyczne. Ludzie poszukujący różnych informacji internetowych o chorobach, zdrowiu i medycynie stają się lepiej zorientowani we własnych problemach zdrowotnych i w sytuacji choroby – dzięki wiedzy pozyskanej z sieci – przyjmują rolę pacjenta poinformowanego, a czasami eksperta własnego zdrowia. Szybka informacja internetowa na temat objawów, sposobów leczenia, dostępnych leków powoduje, że pacjent przychodzi do lekarza z większą kompetencją i zazwyczaj wypracowaną własną E-diagnozą. Zmienia to model relacji paternalistycznej na deliberytywną, ponieważ lekarz traci pozycję osoby posiadającej „wiedzę-władzę” i w rzeczywistych sytuacjach musi w większym stopniu liczyć się z oczekiwaniami i roszczeniami pacjenta. Większa kompetencja pacjenta wymusza na lekarzu inny sposób komunikowania wiedzy profesjonalnej. Chorzy, którzy otrzymali diagnozę od lekarza, szukają uzupełniających informacji w Internecie, a także poprzez Internet weryfikują uzyskane informacje z innym lekarzem. E-pacjent ma możliwość wypracowania opinii o problemie zdrowotnym również poprzez uczestniczenie w społecznościowych forach internetowych poświęconych różnym chorobom. Szczególnie osoby dotknięte chorobami rzadkimi, przewlekłymi, stygmatyzującymi szukają w Internecie wiedzy medycznej, wspólnoty przeżyć oraz emocjonalnego wsparcia. Proces dzielenia się przeżyciami jest ważnym elementem procesu terapeutycznego, ale również poszukiwaniem społecznej reprezentacji grup chorych tworzących odmienny świat rzeczywistości naznaczonej chorobą. Dlatego pacjenci szukają w Internecie ludzi, którzy mogą podzielić ich troski, szukają wsparcia informacyjnego i psychologicznego. Skoro w realnych praktykach zawodowych lekarz ma coraz mniej czasu na empatyczną relację z pacjentem, zadania te, przynajmniej częściowo, przejmują sieciowe grupy wsparcia. W komercyjnych usługach zdrowotnych e-mail pozwala pacjentom bezpośrednio skontaktować się lekarzem i przedstawić swój problem, zaplanować spotkanie i przyjęcie w gabine-

cie. W przypadku publicznej opieki zdrowotnej tego typu relacje nie są w Polsce praktykowane, ponieważ nie są uregulowane kwestie finansowania takich usług.

Wiedza medyczna z Internetu jest także nową formą społecznej kontroli lekarza i zakładów ochrony zdrowia. Rankingi szpitali, raporty konsumenckie i profile wydajności pracowników opieki zdrowotnej coraz częściej udostępniane są w mediach masowych i mają stałe miejsce w Internecie. W USA na oficjalnych stronach internetowych towarzystw lekarskich można znaleźć informacje dotyczące nawet życia prywatnego lekarzy, m.in. skłonności do nadużywania alkoholu, używaniu narkotyków, lekomanii, zdradach małżeńskich. Wydaje się, że duża konkurencja na rynku usług medycznych powoduje, że lekarze godzą się na odsłanianie prywatności i ocenę jej przez pacjentów. Może być też spełniony postulat Veatch'a, który proponował aby pacjent miał prawo również do informacji o przestrzeganiu zasad etycznych przez lekarza oraz jego poglądach na kontrowersyjne problemy bioetyczne jak eutanazja, zapłodnienie *in vitro*, klonowanie. Także polscy pacjenci mają możliwość sprawdzenia w Internecie jak oceniany jest lekarz. Istnieje problem wiarygodności tych ocen, ponieważ firmy marketingowe i prywatne osoby zarabiają na umieszczaniu panegiryków o lekarzach. W Polsce popularnością cieszą się też rankingi szpitali bądź oddziałów szpitalnych dające pacjentom możliwość podejmowania decyzji dotyczących wyboru szpitala, gdzie ma być przeprowadzony zabieg. Ustawowo gwarantowany wolny wybór lekarza oraz szpitala, w którym mają być prowadzone zabiegi jest krokiem w kierunku stworzenia wolnego rynku usług zdrowotnych, na którym pozycja pacjenta jako konsumenta jest silniej akcentowana. W pewnym sensie możliwość wyboru usługodawcy powoduje wydłużanie się kolejek na zabieg w szpitalach o wyższej pozycji rynkowej i lepszym standardzie usług. Proponowany przez ministerstwo zdrowia cyfrowy system rejestracji oczekujących na zabieg pozwoli na uzyskanie przez pacjenta dokładnych informacji gdzie i w jakim czasie będzie mógł uzyskać dane świadczenia. Równocześnie pokaże, w którym miejscu kolejki oczekujących pacjent się znajduje. Jak wskazywano, rośnie udział zainteresowanych szukaniem informacji o zdrowiu i chorobie w Internecie. Lekarzy irytują zwłaszcza pacjenci, którzy przed wizytą nabywają „kompetencji medycznych” w Internecie. Pacjenci lepiej poinformowani mają większe roszczenia wobec personelu i instytucji medycznych. Lekarz w większym stopniu musi kontrolować swoje wypowiedzi, stawianą diagnozę i zalecaną terapię, ponieważ ma do czynienia z pacjentem lepiej poinformowanym. Dlatego też e-pacjent nazywany jest przez lekarzy „przeinformowanym” i „niepokornym”. Istotą dawnych relacji lekarza z pacjentem była asymetryczność oparta na wiedzy, autorytecie, władzy lekarza, co w konsekwencji prowadziło do relacji paternalistycznych. Internet zmienił

status quo modelu paternalistycznej relacji na bardziej przystępną i udogodnioną w obszarze „tajemnej” wiedzy medycznej. Wprawdzie rozumienie medycznego przekazu internetowego nadal może stanowić barierę kompetencyjną dla pacjenta, jednak sama możliwość dostępu do takiej wiedzy oceniana jest korzystnie. Zestawienie poniższe wskazuje najczęściej omawiane w literaturze tematu zalety oraz wady związane z wykorzystaniem Internetu w opiece zdrowotnej [Hartzband, Groopman 2010; Rains 2007; Wald, Dube, Anthony 2007].

Zalety Internetu w relacji lekarz – pacjent:

– Internet ułatwia kontakt pacjenta z lekarzem zarówno na etapie zamawiania wizyty i organizowania procesu leczenia, jak i w procesie podejmowania świadomej zgody na określone procedury medyczne.

– Medyczne informacje on-line udostępniają wiedzę zarezerwowaną dla profesjonalistów, przyczyniają się do demokratyzacji opieki zdrowotnej i ograniczania władzy lekarza.

– Programy komputerowe są wykorzystywane do gromadzenia wszystkich danych o pacjentach dotyczących jego problemów zdrowotnych i stosowanych procedur medycznych oraz zastosowanych środków terapeutycznych i leków. W razie potrzeby dane takie przesyłane są przez Internet i wspomagają leczenie pacjenta.

– Internet pełni zróżnicowane funkcje w zależności od typu choroby. Większe znaczenie ma w przypadku chorób przewlekłych. Lekarz może udzielać porad poprzez Internet bez konieczności spotkania twarzą w twarz z pacjentem.

– Internet odgrywa ważną rolę w dziedzinie zdrowia publicznego poprzez promocję zdrowego stylu życia, popularyzację zachowań prozdrowotnych, edukację i informację o zagrożeniach i ryzyku zdrowotnym.

– Internet i jego zasoby mogą być wykorzystane dla różnych debat zarówno przez profesjonalistów jak i laików w dziedzinie medycyny. Wymiana informacji jest łatwiejsza, a zasoby nieograniczone.

– Internet powinien być traktowany w praktykach medycznych jako wsparcie komunikacji lekarz – pacjent, zwłaszcza na etapie konsultacji i pozyskiwania danych o chorobach. Nie należy w związku z tym traktować Internetu jako pola rywalizacji o władzę-wiedzę medyczną.

Zagrożenia internetowe w relacji lekarz – pacjent:

– Informacje internetowe mogą być interpretowane przez pacjentów jako wystarczające do samodzielnego stawiania diagnozy i leczenia. Samoprezentacja internetowa chorych o swoich przeżyciach i ich porady nie mogą stanowić podstaw do nabycia nowych kompetencji i samodzielnego leczenia.

– Elektroniczne i cyfrowe gromadzenie danych o pacjentach wymaga systemu zabezpieczenia dostępu do informacji, które nie są w stanie do końca zapewnić bezpieczeństwa.

– Naruszenie prywatności w różnej formie może wystąpić wtedy, gdy informacje o chorobach pacjenta dostaną się do obiegu publicznego i zostaną wykorzystane w celach niemedyceńskich.

– Zabezpieczenia dostępu do danych o pacjencie mogą być złamane przez różnego typu przestępców internetowych i wykorzystane przez nich w celach kryminalnych.

– Niskie poczucie odpowiedzialności za anonimowy proces komunikacyjny powoduje umieszczenie w Internecie treści nieistotnych, wprowadzających w błąd, manipulacyjnych, które mogą szkodzić pacjentom i lekarzom.

– Treści medyczne zamieszczone on-line mogą być wątpliwe; pochodzą często z niewiadomego i nieudokumentowanego źródła, wprowadzają pacjenta w błąd, dając złudzenie możliwości zastosowania w konkretnym przypadku; duża część porad umieszczana jest przez osoby nieposiadające do tego żadnych kwalifikacji i uprawnień.

– Podatność Internetu na awarie techniczne, ataki hakerów i inne zagrożenia powoduje, że lekarze nieufnie podchodzą do wykorzystania Internetu w usługach zdrowotnych.

ZAKOŃCZENIE

Kryzys w opiece zdrowotnej przełomu 2011/2012 r. związany z wprowadzeniem ustawy o refundacji leków ujawnił, na jak słabych podstawach znajomości realiów zdrowotnych społeczeństwa przygotowywana była kolejna odsłona reformy systemu zdrowotnego. Relacje pomiędzy lekarzem i pacjentem zdominowała, cytowana już w niniejszym artykule, słynna pieczętka: *Refundacja leku do decyzji NFZ*. Okazało się, że rząd musi prowadzić negocjacje z lekarzami i farmaceutami, którzy nie chcą być obciążani kosztami za nieprawidłowe wypisanie recept i wydanie leku. Próba kontroli rynku farmaceutycznego wywołała konflikty, w które zaangażowane były korporacje zawodowe medyków i farmaceutów, a stroną konfliktu było Ministerstwo Zdrowia i NFZ. W negocjacjach posłużono się argumentem „dobra pacjenta”, który kolejny raz został upokorzony i pozbawiony możliwości ochrony swojego zdrowia. Okazało się, że wprowadzone zmiany znacznie utrudniły sytuację pacjentów, a dla lekarzy i farmaceutów zwiększały zakres obowiązków służbowych i konsekwencje finansowe w przypadku pomyłek

w wypisywaniu recept. Dla niektórych grup pacjentów przewlekłe chorych stworzyły realne zagrożenie dla zdrowia i życia. Rzecznik Praw Pacjenta bezradnie zasugerowała, „że pacjent musi poszukać zyczliwego farmaceuty”, który wyda lek pomimo wspomnianej pieczętki. Omawiana sytuacja potwierdza wyjściową tezę artykułu, że relację lekarz – pacjent determinują czynniki zewnętrzne, które w znaczący sposób wpływają na kształt ich kontaktów. Rozwiązanie kryzysu w opiece zdrowotnej ministerstwo widzi m.in. w dalszej informatyzacji usług. Czy wprowadzenie karty E-pacjenta bądź centralnego rejestru ubezpieczonych rozwiąże problemy pacjentów? Ludzie wprawdzie coraz chętniej korzystają z Internetu, traktowanego jako magazynu wiedzy o zdrowiu i chorobie, jednak propozycja udzielania usług medycznych poprzez telemedycynę nie jest entuzjastycznie przyjmowana. Technicyzacja i robotyzacja medycyny od wielu lat jest procesem wpisującym się w rozwój cywilizacyjny i nie ma od niego odwrotu, bowiem ułatwia pracę lekarzom, a wymierne korzyści w postaci poprawy jakości usług mają pacjenci. Kolejny etap technicyzacji związany z zastosowaniem technologii teleinformatycznych wymaga jednak zmiany postaw społecznych, przede wszystkim pacjentów. Socjolog musi zwrócić uwagę na, wydawałoby się, oczywiste fakty: nie wszyscy pacjenci oraz lekarze i placówki medyczne mają dostęp do technologii informacyjnych, co może być przyczyną nowej formy wykluczania społecznego, część starszego pokolenia lekarzy ignoruje nowe sposoby komunikowania się z pacjentem i negatywnie wypowiada się o Internecie, ponadto większość ludzi nie jest mentalnie przygotowana do tego, aby powierzyć informacje o swoim ciele i zdrowiu tzw. „wirtualnej rzeczywistości”. Nowe scenariusze relacji lekarz – pacjent będą łatwiejsze do zaakceptowania dopiero przez pokolenie, które rosło i dojrzewało intelektualnie wraz z komputerem i Internetem. Dlatego też, pomimo wielu zmian w relacjach lekarz–pacjent wynikających z postępu cywilizacyjnego w naukach biomedycznych i rozwoju nowych narzędzi i form komunikowania, oczekiwania wielu starszych wiekiem pacjentów mieszczą się w scjentyistycznym modelu relacji, w którym bezpośredni kontakt interpersonalny z lekarzem profesjonalistą tworzy ramy dla dialogu i prawdziwej rozmowy o chorobie i rokowaniach zdrowia. Pozostaje nadal aktualny problem artykułowania wartości, norm i zasad, które powinny być fundamentem kultury zaufania w relacjach lekarza z pacjentem.

BIBLIOGRAFIA

- Akerkar S.M., Bichile L.S. [2004], *Doctor patient relationship: Changing dynamics in formation age*, "Journal of Postgraduate Medicine", Vol. 50, Issue 2, www.jpgeomonline.com/article.asp?issn=0022-3859.
- Anderson J.G., Rainey M.R., Eysenbach G. [2003], *The Impact of Cyber Healthcare on the Physician-Patient Relationship*, "Journal of Medical Systems", Vol. 27, No. 1, February.
- Balint M. [1957], *The Doctor His Patient and The Illness*, London: Pitman Medical.
- Barański J., Waszyński E., Steciwko A. [2000], *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. [1996], *Zasady etyki medycznej*, Warszawa: Książka i Wiedza.
- Castells M. [2007], *Spoleczeństwo sieci*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Clarke G., Hall R., Rosencrance G. [2004], *Physician-Patient Relations: No More Models*, "American Journal of Bioethics", No 2.
- Cockerham W.C. [2010], *Medical Sociology*, Boston: Pearson.
- Duplaga M. [2003], *Telemedycyna i e-health jako kolejne etapy rozwoju systemów telematycznych w ochronie zdrowia*, „Zdrowie i Zarządzanie”, vol. 5, nr 1.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. [1992], *Four models of physician-patient relationship*, "Journal American Medical Association", Vol. 267(16).
- Foucault M. [1998], *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w Collège de France*, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Fox S. [2006], *Online Health Search. Pew Internet & American Life Project*, Washington.
- Fox S., Raine L. [2007], *The online health care revolution: How the Web helps Americans take better care of themselves*, <http://www.pewinternet.org>
- Freidson E. [1970], *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson E. [2004], *Professionalism – the Third Logic*, Chicago: Polity Press.
- Gałuszka M. [2003], *Spoleczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*, Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego.
- Gałuszka M. [2010], *Modernizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce a problem komercjalizacji szpitali przez samorządy terytorialne*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne*, Łódź: Biuro Promocji i Wydawnictw Uniwersytetu Medycznego.
- Gałuszka M., Legiędź-Gałuszka M. [2008], *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie ryzyka*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Łódź: Biuro Promocji i Wydawnictw Uniwersytetu Medycznego.
- Getzen T.E. [2000], *Ekonomika zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Giddens A. [2008], *Konsekwencje nowoczesności*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gillett J. [2004], *Media activism and Internet use by people with HIV/AIDS*, "Health and the Media", ed. C. Seale, Oxford: Blackwell Publishing.
- Gillon R. [1997], *Etyka lekarska: problemy filozoficzne*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Gordon T., Sterling E.W. [2009], *Rozmawiać z pacjentem*, Warszawa: Academica Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej.
- Hartzband P., Groopman J. [2010], *Untangling the Web – Patients, Doctors, and the Internet*, „New England Journal of Medicine”, Vol. 362, March 25.
- Heszen I., Sęk H. [2007], *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hojat M. [2001], *The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data*, “Educational and Psychological Measurement”, Vol. 61.
- Kasztelowicz P. [2000], *Internet medyczny i telemedycyna – wpływ nowych środków komunikacji na współczesne oblicze medycyny*, www.am.torun.pl-pekasz/telemedycyna.
- Kautsch M. [2010], *Zarządzanie w opiece zdrowotnej Nowe wyzwania*, Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Polska.
- Kononowicz A., Stachoń A. [2011], *Wirtualny pacjent*, [w:] I. Roterman-Konieczna (red.), Elementy informatyki medycznej. Ścieżki kliniczne, wirtualny pacjent, telekonsultacje, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kotler P., Shalowitz J., Stevens R.J. [2011], *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Polska.
- Lasoń W. [2011], *Telekonsultacje medyczne*, [w:] I. Roterman-Konieczna (red.), Elementy informatyki medycznej. Ścieżki kliniczne, wirtualny pacjent, telekonsultacje, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ley P. [1988], *Communicating with patients; Improving communication, satisfaction and compliance*, London: Croom Helm.
- Liderman K. [2008], *Analiza ryzyka i ochrona informacji w systemach komputerowych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Łuków P. [2005], *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Mariański J. [2001], *Kryzys moralny czy transformacja wartości?*, Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Masełbas W. [2004], *Informacja dla pacjenta i formularz świadomej zgody na udział w badaniu klinicznym*, [w:] M. Walter (red.), Badania kliniczne. Organizacja, nadzór i monitorowanie, Warszawa: Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce, Oinpharma.
- Murray E. et al. [2003], “Archives of Internal Medicine”, Vol. 163, No. 14, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/12885689>
- Ostrowska A. [2009], *Modele relacji lekarz – pacjent*, [w:] A. Ostrowska (red.), Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska A. [2011], *Paternalizm i partnerstwo. Społeczny kontekst relacji lekarz – pacjent*, [w:] J. Hartman, M. Waliğóra (red.), Etyczne aspekty decyzji medycznych, Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
- Piątkowski W. [2008], *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Polak P. [2011], *Nowe formy korupcji. Analiza socjologiczna sektora farmaceutycznego w Polsce*, Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Radziwił K. [2010], *e-Zdrowie – perspektywa lekarzy*, Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME), www.cpme.eu

- Rains S.A. [2007], *Perceptions of traditional information sources and use of the world wide web to seek health information: Findings from the health information national trends survey*, "Journal of Health Communication", Vol. 12: 7, <http://dx.doi.org/10.1080/10810730701619992>.
- Romaszewski A., Trąbka W., Kęsek K. [2006], *Rejestr Usług Medycznych czy Rekord Medyczny Pacjenta – różne filozofie obiegu informacji w ochronie zdrowia*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, vol. 4, nr 2.
- Salmón P. [2002], *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Schutz A. [1984], *Potoczna i naukowa interpretacja ludzkiego działania*, [w:] E. Mokrzycki (red.), *Kryzys i schizma. Antyscjentystyczne tendencje w socjologii współczesnej*, Warszawa: PIW.
- Singer P. [1997], *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, Warszawa: PIW.
- Stefaniak K. [2011], *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz – pacjent*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Stevenson F.A. et al. [2007], *Information from the Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective – a qualitative study*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2041946/>.
- Studzińska-Pasieka K. [2009], *Paradygmat profesji w doświadczeniach zawodowych lekarzy i opiniach studentów medycyny. Analiza na przykładzie łódzkiego środowiska medycznego*, Łódź: Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny (rozprawa doktorska).
- Szasz T., Hollender M. [1956], *A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic models of the Doctor – Patient Relationship*, "Journal of the American Medical Association", Vol. 97.
- Szewczyk K. [1996], *Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu*, [w:] M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku.. Wstęp do bioetyki kulturowej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szewczyk K. [2009], *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szewczyk K. [2011], *O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz – pacjent*, materiał własny.
- Szompka P. [2007], *Zaufanie fundament społeczeństwa*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Thompson J.B. [2010], *Skandal polityczny. Władza i jawność w epoce medialnej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2002], *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Veatch R.M. [1983], *Models for ethical medicine in a revolutionary age*, [w:] S. Gorovitz, R. Macklin, A. Jameton, J. O'Connor, S. Sherwin, *Moral Problems in Medicine*, New Jersey.
- Veatch R.M., [1991], *The Patient-Physician Relation: The Patient as Partner*, Bloomington: Indiana University Press.
- Veatch R.M. [2010], *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad*, [w:] W. Galewicz, *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, Kraków: TA i WPN Universitas.
- Wald H.S., Dube C.E., Anthony D.C. [2007], *Untangling the Web – The impact of Internet use on health care the physician-patient relationship*, "Patient Education and Counseling", Vol. 68.

- Wieczorkowska M. [2008], *Świat jako klinika. Medykalizacja życia w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Łódź: Biuro Promocji i Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.
- Williams S.J., Calnan M. [1996], *The limits of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in late modernity*, "Social Science & Medicine", Vol. 42, No. 12.
- Włodarczyk C., Poździejch S. [2001], *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wulff H.R., Petersen S.A., Rosenberg R. [1993], *Filozofia medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Źródła internetowe:

- www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma.../kierunki_e_zdrowie_09022011.pdf, *Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015* [dostęp 10.11.2011].
- download.microsoft.com/download/D/; [2009] *Zdrowie zarządzane wiedzą. Połączona Platforma Opieki Zdrowotnej – opis projektowy* [dostęp 20.12.2011].
- <http://csioz.gov.pl/strategia> *Strategia e-Zdrowie Polska na lata 2009–2015* [dostęp 10.11.2011].
- http://www.flirckr.com/photos/edelman_inc/sets/7215762405896432/; *Health Barometer Stats* [dostęp 20.12.2011].
- <http://www.arc.com.pl/index.php?o>; *Global Health Survey 2011, IRIS (International Research Institutions)*, ARC Rynek i Opinia [dostęp 15.12.2011].
- www.tns-global.pl; *Postawy Polaków wobec technologii teleinformatycznych w medycynie*, TNS OBOP [dostęp 15.11.2011].
- www.europa.eu.int/comm/health; *e-Zdrowie – perspektywa lekarzy* [dostęp 25.03.2005]
- www.HON.CH/honCODE/Polish [dostęp 10.11.2011].

Mieczysław Gałuszka

NEW PHENOMENA IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICIAN AND PATIENT IN THE CONTEXT OF DEVELOPMENT OF THE INTERNET

Abstract

The article presents changes taking place in the relationship between a physician and a patient after the advent of new communication technologies, particularly the Internet. The author presents selected models, which tend to move away from paternalistic tradition of Hippocrates and resign from power of physician towards more patient's autonomy, subjectivity and responsibility. In real life situations, the relationship between physician and patient is shaped by political, economic and social conditions. The advent of telemedicine and use of the Internet in the health care system change the traditional system of dependencies based on power-knowledge. New notions that characterize new communication situations emerge, e.g. e-patient, e-health, e-doctor, which change the context of relationship between a physician and a patient. The Internet popularizes medical knowledge depriving it of "aura of mystery". It becomes the space of new relations and forms of communication about health, disease and medicine.

Key words: physician-patient relationship, telemedicine, e-patient, e-health