

**Błażej Kmiecik**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## Konflikt pomiędzy lekarzem i pacjentem: próba diagnozy, propozycje „leczenia”<sup>1</sup>

### 1. Wprowadzenie

Relacja, jaka nawiązuje się pomiędzy lekarzem a pacjentem, jest rodzajem dynamicznego spotkania. Jego cechą specyficzną jest pewien rodzaj napięcia, jakiego doświadcza zarówno lekarz, jak i pacjent. Chory często musi przekazać lekarzowi bardzo intymne informacje dotyczące swojego życia prywatnego i najczęściej nie wie, na jaką osobę trafi. Odczuwa także stałe napięcie wywołane stanem choroby, które jest wprost proporcjonalne do skomplikowania danego problemu zdrowotnego. Stan ten nie jest obcy także lekarzowi. To jego zadaniem jest rozwiązać problem, jak najszybciej zaaplikować odpowiedni lek lub przeprowadzić operację w celu uniknięcia rozprzestrzeniania się choroby. W ciągu ostatnich dziesięcioleci obserwujemy dynamiczny rozwój medycyny. Przedstawiciele profesji medycznych potrafią szybciej lokalizować określone anomalie chorobowe. Coraz częściej istnieje możliwość podania odpowiednich leków, które bądź to zlikwidują chorobę, bądź też powstrzymają jej dalszy rozwój. W ostatnich latach część informacji dotyczących medycyny odnosi się jednak nie tyle do jej postępu, ile pojawiających się coraz częściej sytuacji konfliktowych w relacji: ekspert medyczny – osoba chora. Z jednej strony pacjenci posiadają coraz większą świadomość należnych im praw, z drugiej zaś perspektywy lekarze wskazują, iż w debatach medialnych zwraca się głównie uwagę na ich obowiązki, zapominając jednocześnie o należnych im prawach. Utrwalone w podobnym stanie stereotypy, takie jak „wszyscy pacjenci są roszczeniowi” lub „wszyscy lekarze są łapówkarzami”, prowadzić mogą do pojawienia się wrogich interakcji. Podobne poglądy, wzmacniane także przez częste medialne przekazy, wprost prowadzić mogą do pojawienia się konfliktu pomiędzy pacjentem a leczącym go lekarzem.

### 2. Cel i metoda pracy

Bazując na powyższym wprowadzeniu, warto zastanowić się, jakie mogą być ogólne źródła konfliktu. Zasadne jest również wskazanie, jak w czasach obecnych najsukuteczniej rozwiązywać

---

<sup>1</sup> Artykuł został przygotowany w ramach realizacji tematu badawczego „Prawno- społeczne wyzwania ochrony zdrowia psychicznego” nr 502- 03/6- 074-06/502-64-103, finansowanego z środków Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

spory, do jakich dochodzi pomiędzy pacjentem, a lekarzem. Tym samym rodzą się pytania: czy w polskich przepisach prawnych można dostrzec propozycje, z których skorzystać może lekarz lub pacjent w sytuacji pojawiającego się pomiędzy nimi sporu? Czy w szpitalu, na terenie którego często dojdzie do różnicy zdań, zastosować można np. mediację?

Celem opracowania jest próba odpowiedzi na wyżej postawione pytania. Działanie to podjęte zostanie poprzez wykorzystanie metody analizy dokumentów formalnych, zwłaszcza ustaw, w których określono: zasady wykonywania zawodu lekarza, organizację samorządu lekarskiego oraz przysługujące pacjentom prawa<sup>2</sup>. Prezentowane poniżej analizy i wnioski opierać się będą w znacznej mierze na ocenie obecnie obowiązujących przepisów prawa medycznego. Wspomniane działania będą się odnosić do metody dogmatyczno-prawnej<sup>3</sup>. Należy w tym miejscu dodać, iż badanie zjawiska, jakim jest konflikt pomiędzy pacjentem a lekarzem, częstokroć kieruje nas w stronę konkretnych sytuacji, jakie prezentowane są przez media. W celu ukazania zarysowanego powyżej problemu oraz podjęcia próby udzielenia odpowiedzi na wyżej postawione pytania wykorzystana zostanie również metoda analizy przekazów masowych. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż celowo wykorzystane zostaną w tym miejscu treści zaczerpnięte z oficjalnych witryn internetowych konkretnych czasopism, magazynów oraz portali informacyjnych, na bieżąco informujących opinię publiczną o szczególnie ważnych wydarzeniach, w tym wydarzeniach dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia<sup>4</sup>. W pracy przedstawiony zostanie również konkretny przypadek, którego analiza pomocna będzie zwłaszcza w trakcie ukazywania znaczenia metod rozwiązywania konfliktów<sup>5</sup>.

### 3. Konflikt nie jedno ma...

Analizując zjawisko konfliktu, należy wyróżnić przedmiot, podmiot oraz cel konfliktu, a także określony sposób walki. Lewis A. Coser podkreślał, że konflikt ma na celu wywalczenie określonych dóbr lub statusu. W kontekście tej definicji można powiedzieć, że pacjent dąży do uzyskania dla siebie konkretnych korzyści, np. w postaci: wizyty u specjalisty, bezbolesnego wyrwania zęba, urodzenia dziecka w godnych warunkach itd. Celem lekarza jest z kolei utrzymanie w pewnym sensie „dominującej pozycji eksperta”, która wpisana jest w wielowiekową tradycję jego zawodu. Utrata tej pozycji, co oczywiste, wywoływać może lęk, którego podłożem jest świadomość braku odpowiednich kompetencji. Lekarz może też nie czuć się godnym bycia członkiem grupy, którą P. Starr określił mianem „korporacji dominującej”. W ocenie Starra lekarska korporacja dzięki wieloletnim staraniom doprowadziła, m.in. w Stanach Zjednoczonych, do supremacji przedstawicieli tej profesji nad innymi grupami zawodowymi, w związku z czym lekarze częstokroć wymagają, by traktowano ich w sposób wyjątkowy<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> A. Sułek, *Ogród metodologii socjologicznej*, Warszawa 2002, s. 105, oraz M. Pieniążek, M. Stefaniuk, *Socjologia prawa – zarys wykładu*, Kraków 2003, s. 138–140.

<sup>3</sup> A. Batora, *Wprowadzenie do nauk prawnych*, Warszawa 2008, s. 20 i 24.

<sup>4</sup> Zob. T. Goban-Klas, *Analiza zawartości przekazów masowych*, w: J. Wasilewski (red.), *Wybrane zagadnienia teoretyczno-metodologiczne badań socjologicznych*, Kraków 1984, s. 294–301, oraz M. Lisowska-Magdżiarz, *Dyskurs – semiotyka – wspólnota interpretacyjna. W stronę modelu zintegrowanego instrumentarium badań nad zawartością mediów*, „Global Media Journal-Polish Edition” 2006/1, s. 1–11.

<sup>5</sup> S. Juszcy, *Badania jakościowe w naukach społecznych – szkice metodologiczne*, Katowice 2013, s. 8–11 oraz B. Janusz i in., *O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii*, „Psychiatria Polska” 2010/11, s. 5–6.

<sup>6</sup> J.H. Turner, *Socjologia – koncepcje i ich zastosowania*, Warszawa 1998, s. 175. Polską perspektywę zjawiska korporacjonizmu lekarskiego ukazują w swoich badaniach Dominika Byczkowska, analizująca sposób budowania solidarności zawodowej u studentów kierunku lekarskiego. Zob. D. Byczkowska, *Solidarność zawodowa jako wynik socjalizacji wtórnej. Na przykładzie zawodu lekarza*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2006/1, s. 88–110.

Patrząc na relację terapeutyczną, warto zaznaczyć, że obie strony, tj. pacjent i lekarz, mogą podejmować ze sobą walkę. Środkami, jakimi może posłużyć się pacjent, jest kierowanie ustnych żądań, prezentowanie pozycji roszczeniowej, umniejszanie kompetencji itd. Z kolei lekarz może przekazywać informacje w sposób oschły oraz zdawkowy, podnosić głos na chorego, nierozumiejącego medycznych komunikatów. W literaturze przedmiotu najczęściej spotkać się można w poruszonym kontekście z analizami dotyczącymi agresywnych działań ze strony pacjenta<sup>7</sup>. Prowadzone jednak w powyższym zakresie badania wskazują na istniejące korelacje pomiędzy pojawieniem się zachowań agresywnych wśród osób hospitalizowanych a jakością świadczonych w placówce usług medycznych, zachowaniem personelu medycznego, złymi warunkami pobytu<sup>8</sup>. Tytułem uzupełnienia warto zwrócić uwagę, że w ciągu czterech lat działania ogólnopolskiego systemu monitoringu zachowań agresywnych w ochronie zdrowia, zanotowano 140 sytuacji, w których lekarz lub pielęgniarz padł ofiarami podobnych działań. Z kolei w 2015 r. jeden z najpopularniejszych medycznych portali internetowych opublikował 20 artykułów, dotyczących pacjenckich zachowań agresywnych<sup>9</sup>.

Konflikty społeczne mogą mieć źródła dwojako rodzaju: psychologiczne oraz społeczne. Do źródeł psychologicznych zaliczyć można: nabyte wcześniej doświadczenie, pojawiające się w związku z nim przewidywania, życzeniowe postrzeganie rzeczywistości oraz przypisywanie innym wrogich intencji. Z kolei źródła społeczne to m.in.: nierówności i dystanse społeczne, władza oraz panowanie, a także społeczne systemy wartości<sup>10</sup>. Powracając zatem do ujęcia psychologicznego, trzeba powiedzieć, iż źle potraktowanemu przez personel medyczny pacjentowi może w przyszłości towarzyszyć przekonanie, iż już zawsze zmuszony będzie domagać się należnych mu świadczeń. Takie działanie będzie prawdopodobnie wywoływać u niego zgeneralizowane negatywne nastawienie wobec pielęgniarek oraz lekarzy. Pacjent ten być może będzie wychodził z założenia, iż pewne usługi medyczne po prostu mu się należą, a zatem ich niewykonanie wynika bezpośrednio ze złych intencji personelu. Z perspektywy społecznej źródłem konfliktu na linii pacjent – lekarz będzie w tym wypadku utrwalenie dystansu pomiędzy uczestnikami interakcji oraz nierówność, jeśli chodzi o zajmowaną w ramach relacji pozycję: pacjent jest uczestnikiem interakcji niejako podległym lekarzowi. Nie mniej istotne w tym kontekście są tzw. społeczne systemy wartości, do których zaliczyć można przekonania natury etyczno-moralnej. Niezwykle trudno o konflikt pomiędzy osobami, które w swoich relacjach za wartość nadrzędną uznają szacunek dla drugiego człowieka. Trzeba jednak zaznaczyć, że w ramach omawianej relacji szacunek ów winien być obopólny. Można rzec, że na jakość usług medycznych wpływa nie tylko poszanowanie

<sup>7</sup> Na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej wprowadzono specjalną zakładkę, za pomocą której lekarz może zgłosić sytuację, w której padł ofiarą agresji ze strony pacjenta. Zob. *Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia*, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa, <http://www.agresja.hipokrates.org/>.

<sup>8</sup> Zob. więcej na ten temat: M. Sariusz-Skańska, *Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005/4, s. 88–89. Z nowszych badań poświęconych poruszonym w tym miejscu zagadnieniom wynika, iż jednym z głównych czynników mogących wpływać na ograniczenie występowania zachowań agresywnych u pacjentów jest regularne organizowanie szkoleń dotyczących umiejętności społecznych, komunikacyjnych, radzenia sobie ze stresem oraz lękiem. Zob. R. Markiewicz, *Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych*, „Current Problems of Psychiatry” 2012/13, s. 96.

<sup>9</sup> M. Sygut, *Coraz więcej agresji pacjentów wobec personelu medycznego. Winny zły system?*, „Rynek Zdrowia”, <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Coraz-wiecej-agresji-pacjentow-wobec-personelu-medycznego-Winny-zly-system,146154,2.html> oraz dane dotyczące zwrotu „agresja pacjentów” występującego na stronie czasopisma i portalu „Rynek Zdrowia”: <http://www.rynekzdrowia.pl/Listy/agresja-pacjentow,16314.html>.

<sup>10</sup> D. Walczak-Duraj, *Podstawy socjologii*, Łódź 1998, s. 224–225.

przez personel godności pacjenta, ale również poszanowanie przez chorego czy też jego rodzinę godności lekarza i/lub pielęgniarki<sup>11</sup>.

Danuta Walczak-Duraj, powołując się na analizy przeprowadzone przez J. Sztumskiego oraz J. Wodza, stwierdziła, iż konflikt może mieć charakter kompetencyjny lub organizacyjny.<sup>12</sup> W pierwszym przypadku dojść może do sytuacji, w której to lekarz oraz pacjent znajdują się będą w fazie sporu związanego z zakresem działań podejmowanych w trakcie diagnozy i terapii. Lekarz może np. dojść do wniosku, iż ograniczy pacjentowi dostęp do informacji dotyczących rozpoznania, ponieważ uzna, że chory nie posiada wiedzy fachowej, by w pełni ocenić znaczenie danych wyników. Z kolei pacjent może wejść w konflikt z ekspertem medycznym, uznając, iż *de facto* to on jest ekspertem od własnego stanu zdrowia, a lekarz jedynie mu doradza. Podobna sytuacja może mieć miejsce zwłaszcza w momentach, w których lekarz udziela świadczeń zdrowotnych pacjentowi doświadczającemu choroby przewlekłej. W podobnej sytuacji nierzadko pacjent posiada pogłębioną wiedzę dotyczącą leczenia i chce być aktywnym współuczestnikiem omawianego procesu. Organizacyjna przyczyna pojawiania się konfliktu wprost powiązana jest ze sposobem zarządzania daną placówką ochrony zdrowia. Mogą pojawić się zatem sytuacje: długotrwałego oczekiwania na wizytę lekarską, braku dostosowania budynku do potrzeb osób niepełnosprawnych, konieczności przedstawiania intymnych informacji w trakcie rejestracji itd.

Inny podział, który proponuje autorka, dotyczy formy konfliktu: może przybrać on postać agresji słownej lub fizycznej<sup>13</sup>. Analizując zjawisko pacjenckiej agresji w mediach, dostrzec można wzmianki dotyczące nie tylko naruszenia nietykalności cielesnej lekarza lub pielęgniarki. Pojawiają się również doniesienia świadczące o używaniu wulgaryzmów, kierowaniu roszczeń oraz gróźb<sup>14</sup>. Jak widać zatem, na polu organizacji usług medycznych oraz kompetencji lekarskich dochodzi pod koniec pierwszego dziesięciolecia XXI w. do eskalacji konfliktu pomiędzy pacjentami a lekarzami. W efekcie powołane zostały w Polsce m.in. instytucje takie, jak Rzecznik Praw Pacjenta oraz Rzecznik Praw Lekarza.

#### 4. Medyczni Rzecznicy Praw

Na temat „pacjenckiego ombudsmana” w ciągu ostatnich sześciu lat opublikowano liczne prace<sup>15</sup>. Jak można się dowiedzieć z podobnych analiz oraz treści ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>16</sup>, omawiana instytucja jest centralnym organem

<sup>11</sup> Więcej na temat zagadnienia godności osobistej i osobowej zob. M. Piechowiak, *Godność jako fundament powinności prawa wobec praw człowieka*, w: P. Morciniec, S. Stadniczenko (red.), *Urzeczywistnienie praw człowieka w XXI w. Prawo i etyka*, Opole 2004, s. 44.

<sup>12</sup> D. Walczak-Duraj, *Podstawy socjologii*, ...s. 225.

<sup>13</sup> M. Piechowiak, *Godność*..., s. 235 i 277.

<sup>14</sup> Zagadnienia te opisane zostały m.in. w publikacji: A. Steciwko, J. Barański, A. Mastalerz-Migas, *Agresja w opiece zdrowotnej*, Warszawa 2014.

<sup>15</sup> Zob. M. Paszkowska, *Rzecznik Praw Pacjenta jako nowa instytucja systemu ochrony zdrowia*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2010/4, s. 4–5; L. Bosek, *Opinia o projekcie ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta*, „Zmiany w systemie ochrony zdrowia w procesie legislacyjnym – druki sejmowe nr 283, 284, 286”, Biuro Analiz Sejmowych 2008, nr 4, s. 21 oraz B. Kmiecik, *Instytucje ochrony praw pacjenta w Polsce*, „Forum Prawnicze” 2013/2, s. 45–61.

<sup>16</sup> Ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 111, poz. 535 ze zm.) oraz D. Karowska, *Komentarz do ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2010, s. 18, M. Paszkowska, *Rzecznik Praw Pacjenta jako nowa instytucja systemu ochrony zdrowia*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2010/4, s. 460.

administracji państwowej, powołanym w celu podejmowania działań: interwencyjnych, analitycznych oraz edukacyjnych w dziedzinie praw pacjenta. Rzecznik posiada przede wszystkim uprawnienia kontrolne. Ma możliwości zbadania sytuacji na miejscu, może oczekiwać przedstawienia stanu danej sprawy przez określony organ państwowy bądź placówkę ochrony zdrowia, może również dokonywać kontroli dokumentacji medycznej pacjenta. Urząd ten wyposażony został również w kompetencje o charakterze egzekucyjnym, w tym możliwość nałożenia kary na podmiot świadczący usługi medyczne, w chwili stwierdzenia naruszenia zbiorowych praw pacjenta. Brak udzielenia Rzecznikowi informacji w oczekiwanym ustawowo terminie może również prowadzić do nałożenia – w trybie administracyjnym – kary. Warto dodać, że we wspomnianej instytucji funkcjonuje komisja lekarska, do której pacjent może odwołać się od decyzji lekarza. Mowa o sytuacji, w której pacjent twierdzi, iż diagnoza lekarska może naruszać lub ograniczać jego prawa bądź wolności. Choć omawiana instytucja nadal buduje swoją pozycję w społeczeństwie, należy uznać, iż w okresie siedmiu lat funkcjonowania Rzecznika Praw Pacjenta dołączył on do grona najistotniejszych polskich instytucji zajmujących się tematyką ochrony zdrowia. Zagadnienia te najczęściej poruszane są bowiem w kontekście poszanowania lub też łamania praw pacjenta<sup>17</sup>. Interesujące w tym względzie wydaje się jednak, iż od kilku lat w naszym kraju istnieje również inny „medyczny rzecznik”. Mowa o Rzeczniku Praw Lekarzy.

Jako przyczynę powołania instytucji „lekarskiego ombudsmána” medycy podają nie tylko fakt wcześniejszego powołania urzędu Rzecznika Praw Pacjenta. Wskazuje się przede wszystkim, w tym kontekście, na występowanie coraz powszechniejszych aktów agresji ze strony pacjentów oraz ich rodzin. Lekarze podkreślają, że nie chodziło tu jedynie o przejawy agresji fizycznej, np. w postaci napadu na lekarza w karetce pogotowia ratunkowego. Równie niebezpieczna, a nierzadko bardziej dolegliwa jest agresja słowna, coraz częściej występująca na forach internetowych. Urząd Rzecznika Praw Lekarzy powołany przy izbach lekarskich ma ułatwiać medykom kontakt z kancelariami prawnymi, które będą reprezentować ich w sprawach karnych oraz cywilnych. Ma ponadto przekazywać podstawowe informacje dotyczące metod walki o zachowanie dobrego imienia w obliczu pojawienia się niesłusznych oskarżeń. Ponadto przedstawiciele środowiska lekarskiego uważają, iż argumentem przemawiającym za słusznością powołania omawianej instytucji jest społeczna degradacja pozycji lekarza, za którą, ich zdaniem, znaczną winę ponoszą media, nieobiektywnie i w aurze skandalu przedstawiające zawirowania w polskim światku medycznym<sup>18</sup>. W 2009 oraz 2010 r. powołani zostali rzecznicy m.in. przy izbach lekarskich w Krakowie, Lublinie, w województwie kujawsko-pomorskim, Olsztynie, Opolu oraz przy Naczelnej Izbie Lekarskiej<sup>19</sup>. W łódzkiej izbie lekarskiej opracowano z kolei „Kartę Praw Lekarza i Lekarza Dentysty”<sup>20</sup>. Sami lekarze podkreślają, że celem nowej instytucji nie jest podejmowanie wojny z agresywnymi

<sup>17</sup> Powyżej celowo w sposób fragmentaryczny odniesiono się do omawianej instytucji „pacjenckiego ombudsmána”. Niniejsza praca odnosi się głównie do zagadnienia konfliktu na linii lekarz – pacjent. Przedstawienie rzeczników ma na celu wskazanie na zmieniający się charakter relacji pomiędzy lekarzami i pacjentami, posiadającymi swoich reprezentantów. Szerzej na temat omawianej instytucji zob. U. Drozdowska, *Rzecznik Praw Pacjenta – nowy sposób ochrony praw pacjenta?*, „Administracja publiczna. Studia krajowe i międzynarodowe” 2009/1, s. 10.

<sup>18</sup> R. Horbaczewski, S. Szparkowska, *Rzecznik obroni lekarzy*, „Rzeczpospolita” z 28.01.2010 r., <http://www.rp.pl/artukul/22,425764-Rzecznik-obraoni-lekarzy.html>.

<sup>19</sup> R. Horbaczewski, S. Szparkowska, *Rzecznik...*

<sup>20</sup> Zob. serwis Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (portal internetowy), [http://www.oil.lo\(Dz.pl/index.php?p=13](http://www.oil.lo(Dz.pl/index.php?p=13).

pacjentami lub ich rodzinami, lecz nade wszystko walka z niesłusznymi oskarżeniami, jakie w ich stronę kierują media<sup>21</sup>.

Warto również w tym miejscu dostrzec, że istnienie omawianej funkcji wprost wpisuje się w konstytucyjną gwarancję tworzenia samorządów przez przedstawicieli zawodów zaufania publicznego<sup>22</sup>. To poszczególne organy owych samorządów mogą specjalizować się w podejmowaniu konkretnych działań na rzecz ich członków: choć należy zaznaczyć, że organy te nie są powoływane w drodze ustawy, tak jak w przypadku Rzecznika Praw Pacjenta. Nie ulega jednak wątpliwości, że pozycja zawodowa lekarza posiada w tym przypadku charakter szczególny. Jak słusznie dostrzega Rafał Kubiak, wykonywanie zawodu lekarza w pełni wpisuje się w działania odnoszące się do wartości, jaką jest zaufanie publiczne. Lekarz podejmuje swoją aktywność w celu ochrony dóbr w charakterze szczególnym, takich jak życie i zdrowie człowieka. Zobligowany jest w tym względzie do wykazywania troski w stosunku do pacjenta, obowiązuje go ponadto tajemnica zawodowa. Nie można także badać znaczenia profesji lekarskiej bez ukazania jej etosu, wskazującego na szczególną troskę o dobro pacjenta<sup>23</sup>.

Co ciekawe, pomysł powołania instytucji Rzecznika Praw Lekarza podzielił środowiska reprezentujące pacjentów. Przedstawiciele organizacji takich jak Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere” oraz Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej uznali, że Rzecznik Praw Lekarza jest instytucją niepotrzebną oraz szkodzącą relacji lekarz – pacjent. Podkreślano ponadto, iż mimo wszystko znacznie częściej to pacjenci są ofiarami złego traktowania. Z kolei Krystyna Barbara Kozłowska, pełniąca urząd Rzecznika Praw Pacjenta, uznała, iż Izby mają prawo powoływać swoich rzeczników praw<sup>24</sup>. Warto dodać, że omawiana instytucja korporacyjna nie działa jedynie na terenie lokalnych izb lekarskich. Jak wskazano powyżej, w 2010 r. Naczelna Izba Lekarska (NIL) powołała do życia ogólnopolskiego, lekarskiego rzecznika. W serwisie internetowym NIL-u odnaleźć można informację, że „podstawowym zadaniem rzecznika jest występowanie w obronie godności zawodu lekarza i obrona zbiorowych interesów lekarzy. W uzasadnionych przypadkach rzecznik praw lekarza podejmuje też interwencje na rzecz indywidualnego lekarza, szczególnie, gdy naruszenie jego praw może mieć konsekwencje dla całego środowiska”<sup>25</sup>. Podobne działania wypełnia m.in. ustawowe zadania, jakie nakłada m.in. art. 5 pkt 14 ustawy o izbach lekarskich, stanowiący, że: „Zadaniem samorządu lekarzy, jest w szczególności (...) działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy”<sup>26</sup>.

## 5. Konflikt, próba diagnozy

Przedstawione powyżej niektóre aspekty teorii konfliktu oraz ogólna charakterystyka działań podejmowanych przez „medycznych rzeczników praw” mogą stać się punktem

<sup>21</sup> K. Ogiolda, *Opolscy lekarze chcą swojego rzecznika praw*, „Nowa Trybuna Opolska” z 30.01.2010 r., <http://www.nto.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20100130/REGION/645466771>.

<sup>22</sup> Art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

<sup>23</sup> R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 26–27.

<sup>24</sup> S. Szparkowska, *Skarg pacjentów ciągle przybywa*, „Rzeczpospolita” z 10.02.2010 r., [www.rp.pl/artykul/431756.html?print=tak](http://www.rp.pl/artykul/431756.html?print=tak).

<sup>25</sup> Zob. serwis Naczelnej Izby Lekarskiej (portal internetowy), <http://www.nil.org.pl/dzialalnosc/agresja-w-ochronie-zdrowia>.

<sup>26</sup> Ustawa z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708).

wyjścia dla próby odpowiedzi na pytanie, czy konflikt zawsze prowadzi do eskalacji zjawisk negatywnych, czy też czasem może być przyczyną pozytywnych sytuacji.

Zdaniem Pitirima Sorokina dzięki konfliktowi może rozpocząć się proces postępu oraz zmian. Z kolei Ralf Dahrendorf uważał, iż nie konflikt, lecz jego brak należy uznać w społecznych interakcjach za patologię<sup>27</sup>. Koniec pierwszej dekady XXI w. to czas niepokojących zmian, jeśli chodzi o relację pacjent – lekarz, nie tylko na gruncie polskim. Zawód lekarza coraz częściej zaczyna być postrzegany nie w kategoriach posługi czy misji, lecz działalności usługowej. W kontekście filozoficznym zjawisko to doskonale zdiagnozował D. Dickensom. Badacz ten zauważa, że w ostatnich czasach zobowiązanie pacjenta do podpisania oświadczenia o wyrażeniu zgody na poddanie się danej ingerencji medycznej, np. uciążliwemu leczeniu, ma na celu nade wszystko przeniesienie odpowiedzialności prawnej z lekarza na pacjenta. Innymi słowy, działanie to spełnia funkcję swoistej „kamizelki kuloodpornej”, chroniącej przed ewentualnymi roszczeniami pacjenta lub jego rodziny i ma coraz mniej wspólnego z ideą poszanowania praw pacjenta. Co ciekawe, na gruncie polskim powoli zaczyna być zauważalne podobne zjawisko.<sup>28</sup> Joanna Solska, komentując obowiązującą od stycznia 2012 r. nowelizację ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwróciła uwagę, iż w szpitalach coraz częściej przed podjęciem jakichkolwiek działań wobec pacjenta prosi się go o podpisanie oświadczenia, że posiada świadomość ewentualnych konsekwencji, jakie mogą się wiązać z podejmowaną wobec niego interwencją medyczną. Autorka dostrzega także, że zmiana przepisów, wprowadzająca do polskiego systemu prawnego tzw. komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, wiązać się będzie wprost ze zwiększeniem się liczby tzw. kancelarii odszkodowawczych, poszukujących byłych pacjentów, chcących skarżyć dany ośrodek ochrony zdrowia<sup>29</sup>.

Na gruncie literackim znakomicie podobne zjawiska pokazał amerykański pisarz John Grisham – z wykształcenia prawnik. W powieściach takich jak *Król afer* oraz *Zaklinacz deszczu* przedstawił taki oto coraz powszechniejszy w USA proceder: już za karetką pogotowia zabierającą ofiarę z miejsca wypadku podąża samochód z adwokatem, który poszukuje klienta, chcącego zaskarżyć sprawcę wypadku lub też lekarzy, którzy w nieodpowiedni sposób podejmą się jego leczenia. Grisham celnie też zauważył, że wytaczanie pozwów zbiorowych przeciwko szpitalom oraz korporacjom farmaceutyczno-medycznym stanowi cenne źródło dochodów dla coraz liczniejszej grupy amerykańskich obrońców<sup>30</sup>.

W Polsce z kolei, jak zaznaczono wyżej, coraz liczniej pojawiają się urzędy oraz funkcje rzeczników zaangażowanych w system opieki zdrowotnej. Trudno też nie odnieść wrażenia, iż początek XXI w. to w naszym kraju czas silnego zantagonizowania medycyny: wyraźnie widać, że każda ze stron – zarówno lekarze, jak i pacjenci – mają swoje, reprezentujące ich instytucje<sup>31</sup>. Postępująca antagonizacja przejawia się tutaj na poziomie wydawanych przez każdą ze stron komunikatów o wzajemnej utracie zaufania. Nie

<sup>27</sup> G. Walczak-Duraj, *Podstawy socjologii...*, s. 223.

<sup>28</sup> J. Dryden, *Mouse i traf moralny*, w: J. Henry, I. William (red.), *Dr House i filozofia – wszyscy klamią*, Gliwice 2009, s. 60.

<sup>29</sup> J. Solska, *Kto umrze, kto zarobi*, „Polityka” 2012/5, <http://archiwum.polityka.pl/art/kto - umrze - kto - zarobi,386692.html>.

<sup>30</sup> J. Grisham, *Zaklinacz deszczu*, Warszawa 2009; J. Grisham, *Król afer*, Warszawa 2003 oraz M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 98 i 107.

<sup>31</sup> B. Łoza, R. Wójcik, *Rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego: nowe doświadczenia, stare błędy*, „Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny” 2010/1, s. 38–39.

chodzi tu tylko o konflikty wywołane przez pacjentów lub ich rodziny na gruncie uchybień kompetencyjnych lub organizacyjnych, do jakich dochodzi np. w przychodniach czy szpitalach. Coraz wyraźniej widać, że pacjenci traktują leczenie jak kolejną usługę, w ramach której przysługują im określone prawa, o które coraz odważniej się upominają. Nie byłoby w tym zjawisku nic niepokojącego, gdyby nie fakt, iż roszczenia te – w opinii lekarzy – mogą godzić także w ich prawa<sup>32</sup>.

Powołanie w Polsce instytucji Rzecznika Praw Lekarza oraz opracowanie „Karty Praw Lekarzy” jest precedensem w historii polskiej medycyny, co świadczy o tym, iż przywołana grupa zawodowa w ostatnim czasie niejako stracić mogła „zaufanie do pacjentów”. Pojawienie się coraz bardziej wyspecjalizowanych instytucji broniących praw lekarzy oraz praw pacjenta budzi wątpliwości, czy prawdziwe są twierdzenia Sorokina oraz Dahrendorfa o pozytywnym oraz rozwijającym charakterze konfliktu. Przychylić się raczej należy do tezy E. Freidsona, który uważał, że konflikt na linii lekarz – pacjent jest na stałe wpisany w tę relację, ze względu na wyraźne różnice w priorytetach obu stron<sup>33</sup>.

Warto jednak także zwrócić również uwagę, iż w Stanach Zjednoczonych znacząco rozwija się ruch powrotu do tradycji medycyny opartej na wzajemnym zaufaniu lekarza oraz pacjenta. Tomas Gordon postawił w swoich analizach tezę, iż kryzys na linii pacjent – lekarz (w sposób oczywisty mający znaczenie dla poszanowania wzajemnych praw chorego oraz lekarza) paradoksalnie wiąże się z faktem, iż w medycynie dominującą rolę zaczęło odgrywać profesjonalne leczenie kosztem humanitarnej opieki. Współcześni badacze dochodzą do wniosku, że silna profesjonalizacja medycyny doprowadziła do stanu, w którym istotniejszą rolę zaczęła odgrywać choroba, zaburzenie oraz dolegliwość, a nie człowiek cierpiący na dane schorzenie. Co więcej, zdaniem Gordona zjawisko to nie dotyczy tylko lekarzy, ale również pielęgniarek. W kontekście praw pacjenta autor ten, odwołując się do badań S. Fisher, wyraża przekonanie, iż np. przekazywanie pacjentowi dokładnych i wyczerpujących informacji diagnostyczno-terapeutycznych może być działaniem sprzeciwiającym się idei poszanowania praw chorego. Nie chodzi tu o uprawnione w niektórych przypadkach ograniczanie pacjentowi dostępu do pewnych informacji (także na jego życzenie) – mowa raczej o bezrefleksyjnym przekazywaniu wiedzy, niepodbudowanym postawą troski. Gremia znaczących amerykańskich lekarzy podkreślają, że pojawienie się tego relacyjnego kryzysu związane jest z faktem zbyt silnej koncentracji w ostatnich latach na osobie lekarza. Receptą na ten stan, według F.C. Spencera, wieloletniego prezesa Amerykańskiego Stowarzyszenia Chirurgów, jest powrót do źródeł medycyny humanistycznej, dzięki czemu lekarz będzie mógł odzyskać zaufanie pacjenta. Wspomniany autor podkreśla ponadto, iż lekarz winien być „rzecznikiem humanistycznego modelu zdrowia”<sup>34</sup>.

Powracając do polskich realiów, trzeba powiedzieć, że i tutaj wyraźnie dostrzec można wzajemne antagonizowanie się pacjentów oraz lekarzy. Zdaniem lekarzy, znaczący wpływ na tę sytuację mają media, które przedstawiają ich jako jedną z niewielu grup zawodowych, która na tak dużą skalę praktykuje proceder korupcyjny, jednocześnie jakoby

<sup>32</sup> R. Horbaczewski, S. Szparkowska, *Bicz na pacjentów i media*, „Rzeczpospolita” z 18.01.2010 r., <http://www.rp.pl/artukul/425922.html> oraz A. Kaczmarek, *Krzysztof Kordel: obrona praw lekarzy nie oznacza działania przeciwko pacjentom*, „RynekZdrowia.pl” z 9.09.2010 r., <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Krzysztof-Kordel-obrona-praw-lekarzy-nie-oznacza-dzialania-przeciwko-pacjentom,101514,2.html>.

<sup>33</sup> E. Gorczycka, *Relacje lekarz – pacjent w opinii społeczności akademickiej*, „Szkoła Specjalna” 2009/5/70, s. 358.

<sup>34</sup> T. Gordon, *Pacjent jako partner*, Warszawa 1999, s. 19–23.



tuszując błędy w sztuce lekarskiej<sup>35</sup>. Nie można jednak zapominać, iż pośrednią przyczyną konfliktu może być także pogłębianie się u pacjentów świadomości własnych praw.

Warto w związku z tym, co powiedziano wyżej, zastanowić się, czy pojawienie się instytucji nowych rzeczników w systemie ochrony zdrowia jest zjawiskiem pozytywnym. W ustach K.B. Kozłowskiej – Rzecznika Praw Pacjenta – paradoksalnie może brzmieć pogląd, zgodnie z którym lekarze mają prawo do tworzenia omawianego typu instytucji. Trudno jednak nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że dopiero świadomość własnych praw daje możliwość podejmowania dialogu. Pojawienie się instytucji Rzecznika Praw Lekarza ma, zwłaszcza w kontekście teorii konfliktu, fundamentalne znaczenie – nie tylko dla idei praw pacjenta, ale również dla modelu relacji lekarz – pacjent. Powoływanie nowych rzeczników z jednej strony budzić może niepokój – wydaje się, jakby strony konfliktu powoływały do istnienia swoje armie. Z drugiej jednak strony koniec pierwszej dekady XXI w. to czas, kiedy pacjenci stają się równoprawnymi stronami w relacji z lekarzami. Wystąpienie konfliktu wyraźnie pokazało, iż tak pacjenci, jak i lekarze mają swoje prawa i obowiązki. Choć stwierdzenie to brzmi banalnie i nie jest nowe – ujawnia się już w poglądach Talcota Parsonsa,<sup>36</sup> to jednak trzeba zauważyć, że w polskiej rzeczywistości nie było to wcale oczywiste. Z jednej bowiem strony powołanie w Polsce kolejnych funkcji oraz urzędów, m.in. instytucji Rzecznika Praw Pacjenta, stanowi w pewnym sensie ukoronowanie walki o prawa osób chorych, z drugiej jednak strony ustanowienie instytucji Rzecznika Praw Lekarza zbudowane jest na założeniu, że w ramach omawianych relacji nie może już dochodzić do żadnych dysproporcji praw, zwłaszcza takiej, że pacjentowi przysługują tylko prawa, a lekarza dotyczą wyłącznie obowiązki.

Warto dodać, że zasadność powołania rzecznicych instytucji ochrony prawa lekarzy i pacjentów, może być podawana w wątpliwość, ponieważ istnieją obawy, iż ich działalność doprowadzać może do dalszej eskalacji konfliktu. Patrząc jednak z innej płaszczyzny, można sądzić, iż pełna świadomość wzajemnych praw oraz obowiązków pozwoli przepracować konflikt, którego w tak trudnej relacji z pewnością nie można uniknąć. Konkludując, należy stwierdzić, że pojawienie się w Polsce silnego konfliktu na linii lekarz – pacjent ma też swoje pozytywne konsekwencje, np. w postaci wyartykułowania wzajemnych praw i obowiązków. Co oczywiste, poszanowanie godności odnosi się w tym miejscu zarówno do pacjentów, jak i personelu medycznego. Respektowanie dobra danej strony jest zarówno prawem, jak i obowiązkiem – bez względu na to, jaką pozycję społeczną zajmuje dana osoba. Powyższe konstatacje mają fundamentalne znaczenie dla działalności rzeczników praw, ale również dla codziennych relacji, jakie zachodzą w ochronie zdrowia.

## 6. Konflikt – poszukiwanie lekarstwa

W relacji lekarza z pacjentem niemożliwe jest uniknięcie konfliktu. Powoli aspekt ten zaczął dostrzegać również polski ustawodawca, o czym świadczy fakt, iż na mocy ustawy o izbach lekarskich z 2009 r. wprowadził instytucję mediacji, będącą narzędziem

<sup>35</sup> Zob. np. M. Hamankiewicz, *List do redaktora Tomasza Lisa*, [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/83985/List-do-Tomasza-Lisa-18.04.2013-r.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0006/83985/List-do-Tomasza-Lisa-18.04.2013-r.pdf).

<sup>36</sup> T. Żółkowska *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w społeczeństwie. Koncepcje a rzeczywistość*, w: I. Ramik-Mażewska, G. Leśniewska (red.), *Aktywizacja społeczno-zawodowa osób niepełnosprawnych ruchowo*, Szczecin 2008, s. 13 oraz L. Marszałek, *Společny kontext nepełnosprawnosti*, „Seminare” 2007/24, s. 344–345.

rozwiązywania sporów na linii pacjent – lekarz. Nie można zatem w tym miejscu pominąć znaczenia stosunkowo nowej praktyki, jaką jest tzw. mediacja medyczna.

Jak podkreśla Leszek Cichobłaziński, opisując fenomen mediacji, należy wyjść od etymologii tego terminu. Autor wskazuje, że pojęcie mediacji pochodzi od łacińskiego słowa *mediamus*, oznaczającego „znajdujący się w środku, środkowy”, a zatem mediacja „polega na byciu pośrodku, pomiędzy spierającymi się stronami, na znalezieniu rozwiązania uśredniającego wyjściowe stanowiska. Mediacje polegają też na pośredniczeniu w procesie komunikacji między stronami, kiedy proces ten jest zaburzony lub nawet zablokowany przez sytuację konfliktową”<sup>37</sup>. W tym miejscu zasadne jest postawienie pytania, kim jest mediator.

W literaturze przedmiotu można się spotkać z opinią, że mediator jest „osobą pomagającą stronom we wzajemnym wysłuchaniu, przedstawieniu własnych racji i argumentów, odnalezieniu wspólnych interesów, a także wypracowaniu możliwych rozwiązań. Mediator pomaga stronom skoncentrować się na problemach, uzgodnić, na czym one polegają, a następnie wypracować satysfakcjonujące strony porozumienia”<sup>38</sup>. Mediacja jest dobrowolnym poddaniem się próbie polubownego rozwiązania konfliktu. Mediator w prowadzonych przez siebie postępowaniach zobowiązany jest do zachowania neutralności oraz bezstronności. Prowadząc do rozwiązania sporu, powinien dążyć do zniwelowania potencjalnej dysproporcji pozycji zajmowanych przez skonfliktowane strony<sup>39</sup>.

Wprowadzenie do polskiego prawa możliwości zaproponowania postępowania pojednawczego pomiędzy ww. stronami uznawane jest za decyzję bardzo słuszną. Ewa Gmurzyńska oraz Rafał Morek piszą w kontekście problemów medycznych, że: „Mediacja może i powinna odgrywać istotną rolę w znacznej części spraw dotyczących naruszeń praw pacjentów z udziałem osób wykonujących zawody medyczne oraz podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych”<sup>40</sup>. Odnosząc się z kolei do interesującej nas relacji lekarzy i pacjentów, autorzy podkreślają, że „konieczne jest nowe spojrzenie na te stosunki, uwzględniające stosowanie nowoczesnych metod rozwiązywania konfliktów, przynoszących korzyści zarówno indywidualne, jak i w wymiarze społecznym”<sup>41</sup>.

Powracając do zagadnienia mediacji medycznych, warto zwrócić uwagę na pewien znaczący problem, jaki wiąże się z obowiązującymi obecnie ustawowymi przepisami dotyczącymi tych kwestii. Otóż w ustawie o izbach lekarskich w rozdziale 6 zapisano, że: „Rada lekarska wybiera na okres jednej kadencji godnego zaufania lekarza, który pełni w izbie lekarskiej funkcję mediatora”<sup>42</sup>. Przepis ten, choć poprzedzony zastrzeżeniem, iż sprawy kierowane mogą być do mediacji m.in. na wnioski stron, w sposób wyraźny sprzeciwia się jednej z jej fundamentalnych zasad alternatywnych metod rozwiązywania konfliktów. Jak zaznaczono, mediator musi być osobą całkowicie niezależną, jednak niezwykle trudno wyobrazić sobie całkowitą niezależność lekarza od korporacji, której sam jest członkiem. Nie chodzi tutaj o formułowanie uogólniających opinii, że lekarze przedkładają ową solidarność zawodową ponad normy moralne, jednak – jak słusznie podkreśla Agata Gójska: „bezstronność i neutralność gwarantuje większe zaufanie

<sup>37</sup> L. Cichobłaziński, *Mediacje w sporach zbiorowych*, Częstochowa 2008, s. 43.

<sup>38</sup> A. Rękas (red.), *Czy tylko sąd rozstrzygnie w sporze? Mediacja i sądownictwo polubowne. Informator o alternatywnych sposobach rozwiązywania sporów*, Warszawa 2010, s. 23.

<sup>39</sup> A. Rękas (red.), *Czy tylko sąd...*

<sup>40</sup> E. Gmurzyńska, R. Morek, *O problemach dotyczących rozstrzygania spraw o błędy lekarskie i o roli mediacji rozstrzygania spraw o błędy lekarskie*, „ADR Arbitraż i Mediacja” 2011/3, s. 44.

<sup>41</sup> E. Gmurzyńska, R. Morek, *O problemach...*

<sup>42</sup> Art. 113 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich.

stron uczestniczących w mediacji”. Sytuacja, w której osoba wyznaczona do prowadzenia procesu pojednawczego jest jednocześnie, poprzez zależności instytucjonalne (wspólną przynależność do Izby Lekarskiej), powiązana z osobą podejrzaną o bycie sprawcą uszczerbku na zdrowiu, skutkuje wyraźną dysproporcją między stronami postępowania<sup>43</sup>. Ustawa o izbach lekarskich daje możliwość wyłączenia konkretnego mediatora z postępowania, przez co maleje prawdopodobieństwo prowadzenia mediacji przez osobę, która znana jest jednej ze stron<sup>44</sup>. Tym niemniej warto odnotować, że w przeważającej liczbie przypadków to pacjent będzie w trakcie debaty mediacyjnej jedynym „nie lekarzem”, a więc jako jedyny nie będzie również posiadał istotnej eksperckiej wiedzy oraz pozycji, która umożliwi sprawiedliwą walkę o własne prawa.

W tym miejscu warto jednak zwrócić uwagę na nowe możliwości wykorzystania mediacji medycznej także w sytuacjach nienależących do kompetencji określonych sądów zawodowych. Mowa tutaj o zdarzeniach, jakie od 2012 r. badają w ramach swoich kompetencji Wojewódzkie Komisje ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych<sup>45</sup>. Jak wskazuje Michał Wysocki: „mediacja medyczna (czyli prowadzona w przypadku zdarzeń medycznych) charakteryzuje się tym, że stronami zaangażowanymi w konflikt są tutaj zawsze pacjent i lekarz lub szpital, a sam konflikt dotyczy najczęściej popełnienia błędu medycznego lub zakażenia szpitalnego, a dodatkowo towarzyszą mu bardzo silne emocje”<sup>46</sup>. Należy dodać, że autor poprzez zdarzenie medyczne rozumie sytuację „zakażeń/uszkodzenia ciała rozstroju zdrowia pacjenta – na skutek błędnej diagnozy/błędów w leczeniu (zabiegu)/podania niewłaściwego leku”<sup>47</sup>. Wysocki podkreśla, że w przypadku tego typu mediacji wystąpić może obustronny dyskomfort. Poszkodowany pacjent czuje, że jego prawa zostały naruszone, pragnie zadośćuczynienia, a niekiedy tylko oficjalnych przeprosin. Z kolei lekarz w momencie, gdy pojawia się u niego obawa, iż mógł dopuścić się uchybienia, o które jest oskarżany, zaczyna odczuwać silny niepokój związany z lękiem przed odpowiedzialnością prawną oraz utratą reputacji<sup>48</sup>.

Jak widać zatem, sytuacja ta najczęściej wiąże się z wystąpieniem silnych emocji po obu stronach sporu. Bezstronność mediatora jest podstawowym wyznacznikiem bycia rzetelnym pośrednikiem. Mediator, co istotne, w trakcie spotkania „dba o wzajemny szacunek, pozwala stronom nawiązać dialog, stwarza konstruktywną atmosferę spokoju, a także zapewnia wsparcie merytoryczne”<sup>49</sup>. Może to jednak czynić wyłącznie w sytuacji, gdy jako osoba niezaangażowana bezpośrednio nie reprezentuje interesu żadnej ze stron. Co więcej, zdaniem autora postępowanie pojednawcze jest ze wszech miar pozytywną propozycją na etapie ustalania pomiędzy pacjentem a ubezpieczycielem szpitala wysokości ewentualnego odszkodowania za powstały uszczerbek na zdrowiu<sup>50</sup>.

<sup>43</sup> A. Gójska, *Mediacja w sprawach rodzinnych*, Warszawa 2009, s. 9.

<sup>44</sup> O negatywnych aspektach mediacji prowadzonej przez osobę znaną danej stronie sporu zob. A. Gójska, R. Boch, *Obligatoryjna mediacja w sprawach rodzinnych – refleksje praktyków*, „Mediator” 2006/37, s. 3.

<sup>45</sup> Komisje te są quasi-sądowym organem, którego zadaniem jest ustalenie, czy doszło do zdefiniowanego powyżej zdarzenia medycznego. Zob. rozdział 13a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

<sup>46</sup> R. Wysocki, *Mediacja dla pacjenta i lekarza, czyli mediacja w sprawach zdarzeń medycznych w pytaniach i odpowiedziach*, <http://www.mediator-wysocki.pl/docs/broszura-medyczna.pdf>, s. 4.

<sup>47</sup> R. Wysocki, *Mediacja dla pacjenta...*

<sup>48</sup> R. Wysocki, *Mediacja dla pacjenta...*

<sup>49</sup> R. Wysocki, *Mediacja dla pacjenta...*, s. 4.

<sup>50</sup> R. Wysocki, *Mediacja dla pacjenta...*, s. 4.

## 7. Propozycje praktyczne

W kontekście pozasądowego rozwiązania sporu zasadne jest wskazanie, że w praktyce klinicznej sytuacji konfliktowe posiadają często charakter incydentalny, *ergo* powiązane są z konkretnym zdarzeniem, jakie miało miejsce np. na dyżurze. W tym sensie nie są one związane z np. sytuacją ukazującą skomplikowany proces diagnostyczno-terapeutyczny, lecz odnoszą się np. do sytuacji, w której pacjent – w jego ocenie – został źle potraktowany przez lekarza. W sposób doniosły przedstawia to poniższy przykład.

Na terenie młodzieżowego oddziału psychiatrycznego lekarka pełniąca dyżur po-deszła do unieruchomionej w łóżku za pomocą pasów pacjentki (osoba ta była unieruchomiona w związku z występowaniem u niej silnych zachowań agresywnych<sup>51</sup>). W trakcie poprawiania poduszki pacjentce, lekarka została przez nią silnie ugryziona w rękę. W tym momencie osoba ta drugą ręką, dynamicznie złapała pacjentkę za włosy, co spowodowało uwolnienie uścisku szczęki. Pacjentka złożyła skargę na lekarkę, w związku z – jak twierdziła – naruszeniem jej nietykalności osobistej<sup>52</sup>.

W opisanej sytuacji obie strony zwracały uwagę na naruszenie fundamentalnych praw (lekarka podkreślała, że jej działanie było odruchowe i łączyło się z doświadczeniem silnego bólu fizycznego, ratowała jednocześnie własne zdrowie i życie). Wobec powyższej sytuacji zaproponowano mediację. Na mediatora wyznaczono Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który nie był pracownikiem szpitala, w którym znajdował się ww. oddział<sup>53</sup>. Lekarka poprosiła, by w spotkaniu uczestniczyła także, jako świadek, siostra oddziałowa. W trakcie spotkania obie strony miały zagwarantowaną możliwość swobodnej wypowiedzi. Pacjentka zwróciła uwagę, iż ugryzienie lekarki miało z jej strony charakter impulsywny i wiązało się z narastającą frustracją, jaką odczuwała w związku z kolejnym unieruchomieniem za pomocą pasów, jakiego w ostatnich dniach doświadczyła. Z kolei lekarka podkreśliła, iż nie chciała zrobić krzywdy pacjentce, ciągnąc ją za włosy. Zaznaczała, że czynność ta była odruchem, który miał na celu obronę przed atakiem, który wywołał u niej silny ból oraz którego się nie spodziewała. Pod koniec spotkania lekarka oraz pacjentka się przeprosiły. W dokumentacji medycznej odnotowano ogólny przebieg spotkania.

Powyższy przykład pokazuje specyficzną sytuację, jaka istnieje na terenie szpitali psychiatrycznych. W przywołanych placówkach od 2006 r. funkcjonują Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, którzy z mocy ustawy mają zagwarantowaną niezależność w stosunku do władz szpitala. Liczne konflikty oraz sytuacje sporne są rozwiązywane w przywołanych placówkach właśnie w drodze mediacji<sup>54</sup>. W tym miejscu należy jednak zwrócić uwagę, iż już sama nazwa omawianego rzecznika wskazuje, że stoi on przede wszystkim na straży praw pacjenta, stąd też po stronie lekarzy może pojawić się obawa dotycząca realnego obiektywizmu omawianego specjalisty. Warto zatem zaproponować inne systemowe rozwiązania, które mogłyby wesprzeć budowanie kultury mediacji w placówkach ochrony zdrowia.

<sup>51</sup> Art. 18 ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535 ze zm.).

<sup>52</sup> Opisana sytuacja zaczerpnięta została z praktyki zawodowej autora artykułu, pełniącego przez 8 lat funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

<sup>53</sup> Na temat mediacyjnej roli ww. rzeczników zob. szerzej: B. Kmiecik, *Rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego jako strażnik ładu społecznego*, w: E. Moczuk, B. Sagan (red.), *III Forum Socjologów Prawa*, Rzeszów 2010.

<sup>54</sup> J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2006, s. 51–52.

Pierwsze tego typu rozwiązanie może dotyczyć szpitali klinicznych. Przywołane placówki podlegają władzy rektora danej uczelni medycznej, który posiada władzę do wprowadzania ogólnych rozwiązań organizacyjnych odnoszących się do funkcjonowania poszczególnych klinik. Warto zatem w tym miejscu rozważyć powoływanego przez władze uczelni mediatora (kilku mediatorów). Wspomniany specjalista byłby całkowicie niezależny od władz szpitala/oddziału. Mógłby podlegać bezpośrednio rektorowi (jego zastępcy) lub setowi uczelni. Patrząc na podobne propozycje, warto rozważyć wprowadzenie ich również w placówkach, których organem założycielskim jest dany powiat, miasto lub województwo.

Alternatywą wobec podobnych działań mogłoby być podjęcie współpracy poszczególnych szpitali ze stowarzyszeniami, centrami oraz fundacjami, które świadczą usługi mediacyjne<sup>55</sup>. Mediacja, kojarzona głównie z wymiarem sprawiedliwości, w tym miejscu może nabrać nieco innego kształtu. Mediator jako tzw. trzecia siła, „wkraczająca w konflikt”, posiadałaby w tym miejscu zagwarantowaną niezależność od jakichkolwiek władz szpitala. Dzięki powyższej pozycji mógłby sprawnie podjąć próbę rozwiązania sporu, który częstokroć związany jest z problemami, jakie pojawiają się w komunikacji na linii pacjent – ekspert medyczny.

## 8. Wnioski

Udzielanie świadczeń zdrowotnych posiada szczególny charakter. Ból oraz cierpienie bardzo często wiążą się z pojawieniem się lęku. Pacjent oraz jego rodzina obawiają się o zdrowie i życie. Z kolei lekarz doświadcza lęku związanego z np. trudnym charakterem danego przypadku klinicznego. W podobnej relacji konflikt może się pojawić w sposób nieuchronny. Omawiany typ zdarzeń najczęściej związany jest z pojawieniem się konkretnych oczekiwań w związku ze szczególnie istotnymi i delikatnymi kwestiami. Warto jednak pamiętać, że dana osoba, długotrwale zmagając się z trudnościami, może odczuwać frustrację, która może bezpośrednio wpływać na wystąpienie zachowań agresywnych<sup>56</sup>. Konflikt nie musi jednak nieuchronnie prowadzić do utrwalania się negatywnych zjawisk lub praktyk. Współcześnie istnieją formy rozwiązania sporów, w sposób który z jednej strony szanuje prawa obu stron, a z drugiej perspektywy – pozwala na wypracowanie rozwiązania, które prowadzi do oczekiwanej innowacji.

Z pewnością konfliktu na linii pacjent – lekarz/pielęgniarka nie wyjaśni postępowanie pojednawcze, w trakcie którego mediatorem będzie lekarz<sup>57</sup>. W tym przypadku trafny byłby zarzut, iż mediator nie jest osobą całkowicie obiektywną. Jak już wcześniej wielokrotnie podkreślano, spory pomiędzy pacjentami a medykami zaliczyć można do szczególnie skomplikowanych konfliktów. W sytuacjach takich często proponuje się poprowadzenie tzw. konferencji sprawiedliwości naprawczej, którą „wyróżnia [...] to, że bierze w niej udział, poza stronami, szerszy krąg uczestników. Stanowią je osoby wspierające strony (rodzina bliższa oraz dalsza, [...] inne osoby dotknięte problemem [...]), przedstawiciele innych służb: policjanci, kuratorzy, pracownicy socjalni). Forma

<sup>55</sup> Podobne usługi świadczą głównie organizacje pozarządowe, zob. np. Stowarzyszenie Mediatorów PACTUS, <http://www.pactus.pl/>, Krajowe Stowarzyszenie mediatorów, <http://www.mediacje-ksm.pl/>, Stowarzyszenie Mediator Polski, <http://www.mediatorpolski.pl/>.

<sup>56</sup> A. Jaworska, *Leksykon Resocjalizacji*, Kraków 2012, s. 22.

<sup>57</sup> W podobnej sytuacji (mającej miejsce np. na terenie szpitala) błędne będzie również powierzenie roli mediatora jednemu z pacjentów.

ta nadaje się świetnie do prowadzenia spraw trudniejszych. [...] Konferencję prowadzi niezależny mediator lub facylitator”<sup>58</sup>. Obecnie wydaje się, że taka forma mediacji nadaje się najbardziej do rozstrzygania złożonych spraw dotyczących potencjalnego naruszenia praw pacjenta i mogą korzystać z niej m.in. rzecznicy praw. Przy opisanych „konferencyjnych” działaniach wysoki poziom bezpieczeństwa psychicznego zapewniłoby jest zarówno pacjentowi, jak i np. lekarzowi. Co więcej, pacjent ma możliwość przyścia na spotkanie np. z kimś bliskim. Z kolei lekarz może poprosić o wsparcie np. kolegę, z którym pracuje na oddziale. Kluczową jednak postacią, pozwalającą na poprowadzenie takiego spotkania w sposób opanowany i merytoryczny, jest postać kompetentnego mediatora. Okazuje się zatem, iż w sytuacji, gdy niemożliwe jest uniknięcie konfliktu na linii pacjent – medyk, warto korzystać z zaangażowania bezstronnych specjalistów, pomagających prowadzić spór w sposób konstruktywny.

<sup>58</sup> Cyt. za W. Klaus, *Wykorzystanie sprawiedliwości naprawczej w zapobieganiu przemocy rówieśniczej w szkole*, Instytut Nauk Prawnych, Szkoła Sprawiedliwości Naprawczej, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2009, s. 14.

## Summary

Błażej Kmiecik

The conflict between doctor and patient: an attempt to diagnosis, proposals for „treatment”

Patients’ rights have become in recent years a particular element of the discussion on health care. They refer to a special relationship. It is often associated with situations in which the medical expert must step into the intimate sphere of life of the sick person. This person also often experience physical or mental suffering. In debates on medicine appeared, however, a new element. It refers to information on conflicts between patients and doctors. These conflicts have a special character. They occur between the person needing help, and an expert who can give it. It is worth to think about: What is the source of that conflict? Does this conflict deepens? Are there systemic forms of assistance in resolving the dispute? Are the mediation procedures may be supported in similar difficult situations? The proposed text is attempt to answers to the above questions.

## BIBLIOGRAFIA / REFERENCES:

- Bator, A. (2008). *Wprowadzenie do nauk prawnych*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Bosek, L. (2008). Opinia o projekcie ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta. Zmiany w systemie ochrony zdrowia w procesie legislacyjnym – druki sejmowe nr 283, 284, 286. „*Przed Pierwszym Czytaniem*” 4, 19-27.
- Byczkowska, D. (2006). Solidarność zawodowa jako wynik socjalizacji wtórnej. Na przykładzie zawodu lekarza. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 1, 88–110.
- Cichobłaziński, L. (2008). Mediacje w sporach zbiorowych. Częstochowa: Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej.
- Drozdowska, U. (2009). Rzecznik Praw Pacjenta – nowy sposób ochrony praw pacjenta? *Administracja publiczna. Studia krajowe i międzynarodowe* 13(1), 8-15.
- Dryden, J. (2009). Mouse i traf moralny. In J. Henry, I. William (Eds.), *Dr House i filozofia – wszyscy kłamią*. Gliwice: Helion.
- Duda, J. (2006). *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Warszawa: LexisNexis.
- Gmurzyńska, E., Morek, R. (2011). O problemach dotyczących rozstrzygania spraw o błędy lekarskie i o roli mediacji. *ADR Arbitraż i Mediacja* 15(3), 43-77.
- Goban-Klas, T. (1984). Analiza zawartości przekazów masowych. In J. Wasilewski (Ed.), *Wybrane zagadnienia teoretyczno-metodologiczne badań socjologicznych*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Gorczycka, E. (2009). Relacje lekarz – pacjent w opinii społeczności akademickiej. *Szkoła Specjalna* 70(5), 358-369.
- Gordon, T. (1999). *Pacjent jako partner*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Gójska, A. (2009). *Mediacja w sprawach rodzinnych*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Ministerstwa Sprawiedliwości.
- Gójska, A., Boch R. (2006). Obligatoryjna mediacja w sprawach rodzinnych – refleksje praktyków. *Mediator* 37(6), 53-59.
- Horbaczewski, R., Szparkowska, S. (2010 January 18). Bicz na pacjentów i media. *Rzeczpospolita*. Retrieved from: <http://www.rp.pl/>
- Horbaczewski, R., Szparkowska, S. (2010 January 28). Rzecznik obroni lekarzy. *Rzeczpospolita*. Retrieved from: <http://www.rp.pl/>
- Janusz B., Bobrzyński, J., Furgal, M., de Barbaro, B., Gdowska, K. (2010). O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii. *Psychiatria Polska* 44(1), 5–11.
- Jaworska, A. (2012). *Leksykon Resocjalizacji*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Juszczy, S. (2013). *Badania jakościowe w naukach społecznych – szkice metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kaczmarek, A. (2010 September 9). Krzysztof Kordel: obrona praw lekarzy nie oznacza działania przeciwko pacjentom. *Rynek Zdrowia*. Retrieved from: <http://www.rynekzdrowia.pl/>
- Karkowska, D. (2010). *Komentarz do ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Warszawa: Wolters Kluwer.

- Kmiecik, B. (2010). Rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego jako strażnik ładu społecznego. In E. Moczuk, B. Sagan (Eds.), *III Forum Socjologów Prawa*. Rzeszów: Mitel
- Kmiecik, B. (2013). Instytucje ochrony praw pacjenta w Polsce. *Forum Prawnicze* 2, 45–60.
- Kubiak, R. (2010). *Prawo medyczne*. Warszawa: C.H. Beck.
- Lisowska-Magdziarz, M. (2006). Dyskurs – semiotyka – wspólnota interpretacyjna. W stronę modelu zintegrowanego instrumentarium badań nad zawartością mediów. *Global Media Journal-Polish Edition* 1, 1–11.
- Łoza, B., Wójcik, R. (2010). Rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego: nowe doświadczenia, stare błędy. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny* 1, 38-39.
- Markiewicz, R. (2012). Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarstwa zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. *Current Problems of Psychiatry* 13(2), 93-97.
- Marszałek, L. (2007). Społeczny kontekst niepełnosprawności. *Seminare* 24, 339-353.
- Ogiolda, K. (2010 January 30). Opolscy lekarze chcą swojego rzecznika praw. *Nowa Trybuna Opolska*. Retrieved from: <http://www.nton.pl/>
- Paszkowska, M. (2010). Rzecznik Praw Pacjenta jako nowa instytucja systemu ochrony zdrowia. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 4, 473–482.
- Piechowiak, M. (2004). Godność jako fundament powinności prawa wobec praw człowieka. In P. Morciniec, S. Stadniczeńko (Eds.), *Urzeczywistnienie praw człowieka w XXI w. Prawo i etyka*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Pieniążek, M., Stefaniuk, M. (2003). *Socjologia prawa – zarys wykładu*. Kraków: Zakamycze.
- Rękas, A. (Ed.). *Czy tylko sąd rozstrzygnie w sporze? Mediacja i sądownictwo polubowne. Informator o alternatywnych sposobach rozwiązywania sporów*. Warszawa: Ministerstwo Sprawiedliwości.
- Sariusz-Skapska, M. (2005). Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 14(2): 87-91.
- Sokołowska, M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa: PZWL.
- Solska, J. (2012). Kto umrze, kto zarobi. *Polityka*. Retrieved from: <http://archiwum.polityka.pl/>
- Steciwo, A., Barański, J., Mastalerz-Migas A. (2014). *Agresja w opiece zdrowotnej*. Warszawa: Elsevier.
- Sulek, A. (2002). *Ogród metodologii socjologicznej*. Warszawa: Scholar.
- Sygut, M. (2014 November 4). Coraz więcej agresji pacjentów wobec personelu medycznego. Winny zły system? *Rynek Zdrowia*. Retrieved from: <http://www.rynekzdrowia.pl/>
- Szparkowska, S. (2010 February 10). Skarg pacjentów ciągle przybywa. *Rzeczpospolita*. Retrieved from: <http://www.rp.pl/>
- Turner, J.H. (1998). *Socjologia – koncepcje i ich zastosowania*. Warszawa: Zysk i S-ka.
- Walczak-Duraj, D. (1998). *Podstawy socjologii*. Łódź: Instytut Socjologii UŁ.
- Wysocki, R., Mediacja dla pacjenta i lekarza, czyli mediacja w sprawach zdarzeń medycznych w pytaniach i odpowiedziach. Retrieved from: <http://www.mediator-wysocki.pl/docs/broszura-medyczna.pdf>



Żółkowska, T. (2008). Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w społeczeństwie. Koncepcje a rzeczywistość. In I. Ramik--Mażewska, G. Leśniewska (Eds.), *Aktywizacja społeczno-zawodowa osób niepełnosprawnych ruchowo*. Szczecin: Wyższa Szkoła Humanistyczna TWP w Szczecinie.