


*Jan Okoński\** <https://orcid.org/0000-0001-7015-947X>

## PRZESZKODY PRAWNE W KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

**Streszczenie.** Artykuł w swojej treści odnosi się do komunikacji medycznej jako zagadnienia istotnego z punktu widzenia funkcjonowania służby zdrowia. Zwrócono uwagę na sfery komunikacji interpersonalnej oraz instytucjonalnej, a także przedstawiono wybrane przeszkody prawne w komunikacji medycznej, przede wszystkim obecne w relacji personel medyczny – pacjent. Wzięto szczególnie pod uwagę aspekt komunikologiczny omawianego zagadnienia. W tym celu dokonano przedstawienia pojęcia komunikologii i towarzyszących tej nazwie kłopotów terminologicznych. Omawianą materię poddano próbie analizy przez pryzmat tezy o nadmiernej jurydyzacji sfery komunikacji.

**Słowa kluczowe:** prawo medyczne, komunikologia, komunikacja, model komunikacyjny prawa, komunikacja medyczna.

## LEGAL OBSTACLES IN MEDICAL COMMUNICATION

**Abstract.** This paper discusses medical communication as an issue, important from the point of view of the functioning of the health service. Attention is paid to the spheres of interpersonal and institutional communication, and selected legal obstacles in medical communication are presented, mainly in the relationship between medical personnel and the patient. The communicological aspect of the discussed issue was especially taken into account. For this purpose, the concept of communicology and the associated terminological problems have been presented. The discussed matter was analyzed through the prism of the thesis about excessive juridization of the sphere of communication.

**Keywords:** medical law, communicology, communication, communicational model of law, medical communication.

### 1. KOMUNIKACJA I KOMUNIKACJA MEDYCZNA

Na wstępie warto wskazać naukowe położenie komunikacji medycznej wśród innych, zbieżnych jej dziedzin. Komunikacja medyczna jest częścią szerszej dziedziny: komunikacji zdrowotnej (ang. *health communication*). Natomiast sama komunikacja zdrowotna jest dziedziną interdyscyplinarną nauk o zdrowiu, syntetyzującą naukę o komunikacji (komunikologię) z nauką o zdrowiu oraz praktykę społeczną w ochronie zdrowia (Goban-Klas 2014, 11).

---

\* Uniwersytet Łódzki, Wydział Prawa i Administracji, [jasiu.okonski@poczta.onet.pl](mailto:jasiu.okonski@poczta.onet.pl)

Jednym z podstawowych problemów, na jaki od razu należy zwrócić uwagę, jest próba udzielenia odpowiedzi na pytanie o definicję słowa komunikacja. Z uwagi na zawilość i obszerność zagadnienia komunikacji jako takiej, kwestia jej definicji wywołuje wiele istotnych niejasności natury terminologicznej. W związku z tym problemem niektórzy autorzy przyjmują wręcz, że z uwagi na brak zadowalających rezultatów w próbach definiowania komunikacji należy zamiast niej mówić o „rodzinie pojęć” komunikacji (Kulczycki 2012, 22). Dla przykładu komunikowanie zdaje się być pojęciem węższym niż sama komunikacja, a nauka o komunikowaniu zawiera się w nauce o komunikacji (Kulczycki 2012, 50). Podobne trudności obecne są również w wyznaczaniu linii demarkacyjnej, która rozgraniczałaby te spokrewnione dziedziny. Czym innym jest bowiem komunikacja jako dziedzina praktyczna, a czym innym interdyscyplinarna nauka o komunikacji. Co więcej, postuluje się, iż proces i teoria komunikacji nie powinny być utożsamiane z nauką o komunikacji (Kulczycki 2012, 56–57). Z uwagi na te trudności zrozumiałym jest twierdzenie, iż „komunikologia, po przeszło 70 latach od jej okrzepnięcia, nadal nie jest tak jednolitym obszarem studiów społecznych jak psychologia, socjologia czy politologia” (Dobek-Ostrowska 2012, 23).

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie przeszkód w komunikacji medycznej na tle nauki o komunikologii z uwzględnieniem próby zarysowania siatki pojęciowej nauki o komunikacji. W tym celu posłużono się metodą dogmatyczną oraz analizą aktualnej literatury przedmiotu. Biorąc pod uwagę omawianą materię, możemy postawić następujące pytania: czy język nauki o komunikacji może być użyteczny w opisie przeszkód w komunikacji medycznej? Jakie przeszkody mogą wystąpić w komunikacji medycznej? Czy przeszkody te związane są z przepisami prawa? Jak przeszkody komunikacyjne mogą wpływać na efekty terapii oraz satysfakcję pacjenta z podjętego leczenia?

W poniższym tekście przeprowadzono analizę aktów prawnych związanych pośrednio i bezpośrednio z szeroko rozumianą komunikacją i odnoszących się relatywnie do ogólnie znanych faktów i zjawisk, zachodzących we współczesnej służbie zdrowia.

Wobec „nauki o komunikowaniu”, zwanej niekiedy komunikologią, stawia się pytania dotyczące jej metodologicznych podstaw. Jest to związane z dążeniami do wyodrębnienia jej jako nauki w pełni samodzielnej, natomiast sama filozofia komunikacji jest dziedziną bardziej postulowaną, niż intensywnie rozwijaną (Wendland 2008, 1), choć w okresie obejmującym ostatnie dwie lub trzy dekady możemy zaobserwować jej intensywniejszy rozwój (Wendland 2014, 38). Związana z usamodzielnieniem się komunikologii jest też kwestia jej umiejscowienia wobec innych nauk. O ile w latach 40. dwudziestego wieku nauka o komunikacji miała silne inklinacje matematyczne i cybernetyczne, to od tego czasu nauką o komunikacji zaczęli zajmować się badacze z różnych dziedzin, przez co uległa poszerzeniu, dotykając nauk społecznych i humanistycznych (Wendland 2014, 59). Nauka o komunikacji uważana jest tradycyjnie za interdyscyplinarną, obejmującą

wiele subdyscyplin wywodzących się z wielu nauk, jak chociażby socjologia, psychologia oraz antropologia (Kulczycki 2012, 70).

Powstanie transdyscypliny nauk o zdrowiu i komunikowaniu powodowane jest zmianami cywilizacyjnymi i globalizacją, a także istotną intensyfikacją postępu nauk związanych z szeroko pojętym health communication, których rola w przyszłości będzie znacząco wzrastać (Goban-Klas 2014, 9–19). Wspomnianą transdyscyplinę należy odróżnić od komunikologii klinicznej, która stanowi subdyscyplinę komunikologii (Kulczycki 2012, 55). W Polsce komunikacja medyczna zyskuje zainteresowanie stosunkowo od niedawna.

Na potrzeby artykułu należy użyć jednej z wielu definicji komunikacji (lub szerzej: komunikowania). Słownik encyklopedyczny, w redakcji Romana Smolskiego, definiuje komunikowanie jako: „intencjonalną wymianę werbalnych i niewerbalnych znaków (symboli), podejmowaną dla poprawy współdziałania lub dzielenia znaczeń między partnerami” (Smolski 2001, 89). Emanuel Kulczycki wyróżnił dwa ujęcia komunikacji: transmisyjne oraz konstytutywne. W ujęciu transmisyjnym komunikacja jest ujmowana w sposób linearny (klasycznie mający miejsce między nadawcą a odbiorcą) jako „transmisja komunikatów/informacji/symboli/sygnatów” (Kulczycki 2014, 36). Ujęcie to jest bliższe podejściu o matematyczno-cybernetycznych inklinacjach, reprezentowanemu przez matematyków i inżynierów (przykładem jest podręcznikowy model Shannona-Weavera, który został zarysowany później). W ujęciu konstytutywnym nacisk położony jest na związany z komunikacją świat społeczno-kulturalny, a większa część komunikatów nie musi mieć charakteru intencjonalnego (Kulczycki 2014, 36). Sens nazwania tego ujęcia „konstytutywnym” można zaprezentować się w następującej słowach:

Rzeczywistość zaczyna być postrzegana nie jako istniejąca poza podmiotami, ale jako konstytuowana przez nie i postrzegana przez pryzmat kultury. Nie jawi się już jako coś, co trzeba odkryć, lecz jako coś wytwarzanego i odtwarzanego właśnie przez komunikację – postrzeganą jako interakcja społeczna. (Kulczycki 2014, 38)

Zasadniczo bliskie ujęciu konstytutywnemu są socjologia i psychologia, a także inne nauki bliższe szeroko rozumianej humanistyce. Możemy postawić pytanie, które z ujęć jest bliższe komunikacji zdrowotnej. Biorąc pod uwagę okoliczność, iż naukę o zdrowiu i komunikowaniu nazywa się transdyscypliną, ujęcie konstytutywne zdaje się być właściwe w charakteryzowaniu zjawisk komunikacyjnych, zachodzących w ramach zinstytucjonalizowanej organizacji ochrony zdrowia.

Samo transmisyjne ujęcie komunikacji, z klasycznym wyróżnieniem nadawcy i odbiorcy, jest w jasny sposób pokrewne pozytywizmowi prawnemu. Z metodologicznego punktu widzenia ujęcie to jest oczywiście w istocie modelowaniem rzeczywistości prawnej, które ma za zadanie opisać tę rzeczywistość (Bekrycht 2017, 173–174). Wskazuje się, że w polskiej nauce prawoznawstwa, pierwszą osobą, która użyła terminologii komunikologicznej był Franciszek Studnicki (Kłodawski 2012, 220).

W tym ujęciu jako nadawca komunikatu wskazywany jest prawodawca, natomiast odbiorcą jest adresat normy prawnej. Słowo adresat nie jest w tym wypadku synonimiczne dla słowa odbiorca. Podmiot, który jest adresatem normy prawnej, w praktyce niekoniecznie będzie jej odbiorcą, oczywistym przykładem takiego adresata jest dziecko (Kłodawski 2012, 217). Stąd też możemy zwrócić uwagę na istniejąca wątpliwość, czy komunikat prawodawcy-nadawcy skierowany do adresata-odbiorcy zawsze będzie komunikatem przekazanym, czy może tylko udostępnionym. U Kłodawskiego mamy raczej do czynienia z pewną fikcją „odbioru norm” (Kłodawski 2012, 218). Skierowanie przez prawodawcę komunikatu o określonej treści normatywnej do adresata teź nie implikuje, że komunikat ten do adresata dotrze i że faktycznie będzie on jego odbiorcą. Do należytego odbioru komunikatu przez odbiorcę konieczne jest, posługując się językiem komunikologii, właściwe jego dekodowanie. W omawianej problematyce często zwraca się uwagę na rolę odgrywaną przez prawników, którzy uczestniczą w omawianym procesie jako pośrednicy trudniący się poprawnym dekodowaniem komunikatów ustawodawcy kierowanych do adresata. Osoby te zawodowo, dzięki swojemu wykształceniu i wiedzy, mogą uzupełnić lukę, jaka istnieje między ustawodawcą i adresatem normy prawnej.

Proces komunikacji pełni wiele funkcji, wyróżnianie i charakterystyka poszczególnych ich rodzajów jest różne w zależności od autora. Możemy wskazać przede wszystkim na funkcję informacyjną, motywacyjną, kontrolną, regulującą odczucia i emocjonalne napięcia. Istotną rolę odgrywa również sfera komunikacji pozawerbalnej, która jest ważnym, jednakże czasami postrzeganym za mało znaczący rodzaj komunikacji (Czerw 2012, 247–253). Możemy wyróżnić dwie podstawowe formy komunikacji: bezpośrednią – interpersonalną, której warunkiem zaistnienia jest bezpośrednie uczestnictwo oraz pośrednią – masową, jako sposób przekazu komunikatu od nadawcy masowego do odbiorców za pośrednictwem mediów jako nośników tego komunikowania (Czerw 2012, 247–253). Inny podział form komunikacyjnych to podział na komunikacje ustną i pisemną, podział ze względu na kierunek – informacja jednostronna lub dwustronna. Biorąc pod uwagę komunikację grupową, można wyróżnić komunikację pionową i poziomą. Warto nadmienić, że komunikacja pionowa jest wrażliwa na zakłócenia ze względu na wstrzymywanie informacji, co jest szczególnie niebezpieczne w placówkach medycznych, gdzie niezakłócone przekazywanie jest niezbędne ze względu na bezpieczeństwo chorych i personelu (Czerw 2012, 247–253).

## 2. PRZESZKODY W KOMUNIKACJI

Na początku warto postarać się udzielić odpowiedzi na następujące pytanie: co to jest przeszkoda w komunikacji? Przeszkodę lub inaczej zakłócenia w komunikacji nazywa się „szumem”. Dobek-Ostrowska definiuje szum jako: „Zakłócenia

psychologiczne i fizyczne przekazu w drodze od nadawcy do odbiorcy” (Dobek-Ostrowska 2012, 24). Przeszkody te utrudniają uzyskanie takiej samej informacji między nadawcą a odbiorcą komunikatu.

C. Shannon oraz W. Weaver jako pierwszy użyli w tym znaczeniu nazwy „szum” (ang. *noise*) i wyróżnili trzy jego rodzaje. Są to: szum semantyczny, wewnętrzny oraz zewnętrzny (Dobek-Ostrowska 2012, 66). Szum semantyczny polega na nieprawidłowym odczytaniu słów lub zdań wypowiedzi nadawcy, może mieć charakter zamierzony lub niezamierzony; szum wewnętrzny to stany psychicznie i uczucia uczestników procesu komunikacyjnego, zmęczenie, bóle, a także stereotypy i uprzedzenia. Szum zewnętrzny to zjawiska zewnętrzne takie jak hałas, nieodpowiednia temperatura, uszkodzony nadajnik etc. (Dobek-Ostrowska 2012, 66).

C. Shannon oraz W. Weaver, w ramach swojego modelu, skonstruowanego w ujęciu transmisyjnym, wyróżnili także trzy poziomy, na których mogą występować związane z nimi przeszkody w komunikacji. Są to poziomy A, B i C, które odnoszą się kolejno do problemów (przeszkód) o charakterze technicznym, semantycznych oraz dotyczących efektywności. Zdaniem E. Kulczyckiego, „odpowiadają one poziomom semantyki, syntaktyki i pragmatyki w badaniach nad językiem” (Kulczycki 2014, 29). W praktyce na profesjonalistach, takich jak wspomniani wcześniej prawnicy, a także chociażby na lekarzach różnych dziedzin, ciąży brzemię właściwego dekodowania komunikatów prawodawcy, posługującego się nierzadko specjalistycznym językiem. Wydaje się, iż bez pracy prawników (a także, co możemy dodać, innego rodzaju pośredników) funkcjonowanie wspólnego systemu prawnego byłoby praktycznie niemożliwe, gdyż nie każdy człowiek poświęca swoje życie zawodowe, aby zostać ekspertem w jakiejś dziedzinie prawa (Voegelin 1991, 47).

Poza opisanymi wcześniej szumami, możemy wskazać także inne, typowe przeszkody komunikacyjne, które mają miejsce w różnych rodzajach komunikacji. Należą do nich: odmienność językowa (aby komunikat został dobrze zrozumiany przez odbiorcę, musi być zakodowany we właściwy sposób), blokady komunikacyjne, takie jak np. nakazy, groźby, pouczenie, ironizowanie itp., reakcje emocjonalne uczestników, zbyt duża lub zbyt mała ilość informacji, zniekształcanie informacji poprzez różnego rodzaju „filtry”, czy brak spójności w komunikacji werbalnej i niewerbalnej oraz niedostatek skutecznego słuchania (Chwieralska, Witt 2018, 11–26).

Badania empiryczne wskazują, że o ile ocena jakości komunikacji medycznej jest zadowalająca, to jednak pacjenci sygnalizują istnienie „istotnego deficytu” w zakresie aktualnego w danym momencie przekazywania informacji o procesach diagnostyczno-terapeutycznych. Dla przykładu, w badaniu, przeprowadzonym przez K. Sobczak aż 77,4% pacjentów stwierdziło, że nie zostali w sposób wystarczający poinformowani o możliwych powikłaniach i ryzyku terapeutycznym. A jest to tylko jeden z aspektów problemu związanego z komunikacją

interpersonalną oraz instytucjonalną w branży zdrowotnej (Sobczak et al. 2018, 67–73).

Jednym z zagadnień związanym z tematem przeszkód w komunikacji (w tym medycznej) jest jurydyzacja, rozumiana jako niepotrzebny nadmiar prawa stanowionego (Sut 2011, 217). Zjawisko to objawia się nie tylko w coraz większej objętości i ilości istniejących aktów prawnych, lecz także w intensywnym poszerzeniu zakresu materii normowanej przez przepisy prawa w ogóle. Jak słusznie zauważyli K. Kaleta i A. Kotowski:

[...] w dobie wysoce skomplikowanego i rozbudowanego systemu prawa, na podstawie wielu, niejednokrotnie bardzo wąskich, przedmiotów regulacji, nie jest już możliwy do utrzymania postulat (lub pozostaje on do utrzymania w wąskich zakresie), o kierowaniu aktu normatywnego do tzw. zwykłego obywatela. (Kaleta, Kotowski 2015, 409)

Dynamika zmian technologicznych i społecznych nierzadko stawia prawodawcę przed nowymi wyzwaniem legislacyjnymi. Z uwagi na nową, wąską materię normowaną przez przepisy prawa, prawodawca nierzadko używa specjalistycznego języka profesjonalistów, posiłkując się zaczerpniętymi z niego terminami o definicyjnie sprecyzowanym znaczeniu oraz używając jego reguł semantycznych i syntaktycznych. Tak zakodowany komunikat prawodawca kieruje do wąskiego grona profesjonalnych odbiorców – na przykład lekarzy jakiejś konkretnej dziedziny medycyny (Kaleta, Kotowski 2015, 410–411). Powszechnie wskazuje się, że zbędny, nadmiarowy charakter nowych aktów prawnych niesie ze sobą wiele negatywnych skutków w rzeczywistości prawnej oraz życiu społecznym. Rodzi to rosnącą niepewność wśród uczestników obrotu prawnego co do treści przyszłych rozstrzygnięć sądu – powoduje spadek pewności „decyzji stosowania prawa”, a także może prowadzić do powstania luk i niespójności w systemie prawa (Sut 2011, 215–217). Co więcej, jurydyzacji towarzyszy także nieuchronnie powiększający się rozdźwięk pomiędzy procesem legislacyjnym, w który zaangażowane są profesjonalne służby legislacyjne, a udziałem w tym procesie demokratycznego suwerena, którego rola schodzi na plan dalszy (Kaleta, Kotowski 2015, 402).

Może to prowadzić do sytuacji, w której „demokracja sprowadzona jest do głosowania oznacza w rzeczywistości, że obywatele funkcjonują głównie jako wyborcy, a nie współrządzający podmiot zbiorowy” (Sawicka 2019, 130). Oczywiście normowanie przez prawodawcę kolejnych dziedzin nie zawsze jest nadmierowe i niepotrzebne. Czasami wręcz pożądanym jest, aby akty prawne w należyły sposób służyły ochronie wolności i praw jednostek, realizując tzw. funkcję gwarancyjną prawa (Sut 2011, 213).

Warto zaznaczyć, że w polskim porządku prawnym istnieje pewien zbiór dyrektyw sporządzania tekstu aktów prawnych, zawartych w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”. Zawiera on ściśle wytyczne, dotyczące tego, w jaki sposób powinny być kodowane komunikaty zawarte w ustawach. Można uznać, że są to pewne metakomunikaty w polskim

systemie prawnym (Kłodawski 2012, 208). Tworzenie prawa, które w nie jest zgodne z rygorystycznymi wytycznymi, może w jasny sposób obniżyć „jakość” nowych aktów prawnych. Może mieć także wpływ na samą interpretację tekstu. Jak wskazuje S. Wronkowska:

W przeciwnym razie grozi mu [tj. ustawodawcy] to, że zmniejszy się stopień jego kontroli nad procesem wykładni prawa, a to grozi niebezpieczeństwem zakłócenia komunikacji między twórcą prawa, a jego odbiorcami i utratą skuteczności prawa oraz dysfunkcyjnością porządku prawnego. (Kaleta, Kotowski 2015, 418)

Wypada nadmienić, że w polskim porządku prawnym sama komunikacja jest materią, która jest normowana przez przepisy prawa już w ustawie zasadniczej. Art. 49 Konstytucji RP zapewnia wolność i ochronę tajemnicy komunikowania się. Ich ograniczenie może nastąpić jedynie w przypadkach określonych w ustawie i w sposób w niej określony. Natomiast art. 54 Konstytucji RP zapewnia każdemu wolność wyrażania swoich poglądów oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji. Ograniczenia tej wolności to m.in. chronione tajemnice (państwowa, lekarska), prawo autorskie, poszanowanie praw innych osób, np. prawa do prywatności.

Komunikacja między pacjentem a lekarzem obwarowana jest polskim porządkiem prawnym licznymi prawnymi ograniczeniami.

Jedynym z jego przykładów w kontekście przeszkód w komunikacji medycznej są, jak można przyjąć, sformalizowane ponad rzeczywistość potrzeby procesy komunikacyjne. Interpretacja takiego przepisu, przy jego nadmiernej drobiazgowości, może w efekcie prowadzić do nadinterpretacji w jego stosowaniu, co uczyni niewątpliwie znaczną przeszkodę w jego stosowaniu i wreszcie prowadzić może do opóźnienia w działaniach prozdrowotnych. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 ze zm. ) oraz Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 ze zm.), a także Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zm.) określają zasady wykonywania działalności medycznej oraz rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Polski ustawodawca uregulował materię związaną z komunikacją medyczną, a w szczególności relacje personel medyczny – pacjent w kilku ustawach. Najważniejszymi aktami prawnymi są: Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000 ze zm.; dalej: ustawa o ochronie danych osobowych), Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.; dalej: ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) – art. 9 tej ustawy przewiduje pełne prawo pacjenta do informacji na temat procesu leczenia, Ustawa o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (Dz.U. z 2001 r. Nr 112, poz. 1198 ze zm.), Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza

dentysty (Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 ze zm.; dalej: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty) – art. 31 ust. 1 określają obowiązki lekarza względem pacjenta lub przedstawiciela ustawowego w zakresie udzielania informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, rokowaniach a także wynikach leczenia. Art. 4 tej ustawy normuje ogólne obowiązki lekarza.

Obecnie rosnące znaczenie w zakresie prawnych zagadnień dotyczących komunikacji medycznej mają regulacje dotyczące ochrony danych osobowych. Obowiązująca ustawa o ochronie danych osobowych jest wynikiem implementacji unijnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych. Istnieje wiele spraw mogących rodzić konfuzję, takich jak na przykład potrzeba zapewnienia anonimowości przy wezwaniu pacjenta do gabinetu lekarza. Właściwe stosowanie przepisów przez personel medyczny zostało w klarowny sposób przedstawione przez Ministerstwo Cyfryzacji w przewodniku po RODO w służbie zdrowia. Powstaje także Kodeks postępowania w zakresie ochrony danych osobowych w sektorze medycznym, który ma pomóc we właściwym stosowaniu RODO. Jego projekt został złożony 13 listopada 2018 r. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Przykładem, kiedy zgoda jest konieczna, jest np. prowadzenie badań naukowych lub przekazanie danych do państwa trzeciego. Ograniczenie w przetwarzaniu danych osobowych np. w rozmowie przez telefon, może utrudniać udzielenie pierwszej pomocy w przypadkach nagłych, gdy dostęp do danych wrażliwych np. danych dotyczących zdrowia ma tylko jedna lub dwie osoby w placówce służby zdrowia. Przepisy ustawy w praktyce uniemożliwiają w określonych sytuacjach (np. przez telefon lub Internet) udzielenia informacji pociągających za sobą ujawnienie danych osobowych dotyczących np. ofiar wypadków.

Ochrona danych osobowych powoduje również utrudnienie identyfikacji pozostającego bez kontaktu pacjenta, mogące skutkować zagrożeniem życia. Przyjęte jest bowiem opatrzenie chorego kodem kreskowym na opasce, bez pozostawienia widocznych danych osobowych. Personel najczęściej nie jest w posiadaniu czytnika do kodów. Osoba przytomna, ale z trudnościami w artykulacji potrzeb, np. z afazją, traktowana w ten sposób może już na wstępie stracić potencjał komunikacyjny, gdyż może czuć się zdepersonalizowana, anonimowa.

Wśród instytucji prawnych nakładających obowiązki, które mają istotny wpływ na ograniczenia komunikacji między wskazanymi podmiotami, należy wskazać tzw. tajemnicę lekarską, która może ograniczyć wymianę informacji z osobami najbliższymi. Dotyczy to, między innymi, związków nieformalnych, tzw. partnerskich. Zgodnie z art. 40 ust 1. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz, poza zamkniętym katalogiem wskazanym w art. 40 tejże ustawy, ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

Kolejne ograniczenia w zakresie komunikacji medycznej wynikają z nałożonego na lekarza i lekarza dentystę obowiązku zawartego w art. 31 pkt 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty obowiązku udzielenia informacji w sposób,



który powinien być wyczerpujący i zrozumiały dla pacjenta, w tym małoletniego, który ukończył 16 rok życia lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, między innymi o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu, lub też zastosowanie innej, alternatywnej metody leczenia.

Warta w kontekście poruszanej materii jest także kwestia tzw. „przywileju terapeutycznego”. Instytucja ta umożliwia lekarzowi legalne odstępienie od udzielenia pełnej informacji medycznej na podstawie art. 31 pkt 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wpływ na komunikację między lekarzem a pacjentem ma również tzw. „świadoma zgoda pacjenta”, unormowana w art. 32 ust. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Świadoma zgoda oznacza, że pacjent został poinformowany szczegółowo o istocie zabiegu, możliwości wystąpienia powikłań, zakresu ewentualnej poprawy oraz że miał możliwość zadawania pytań. Uzyskanie zgody może jednak sprowadzać się do podpisania przez pacjenta opisu zabiegu, napisanego żargonem medycznym, którego pacjent może nie rozumieć. Potrzeba wyrażenia zgody na wszystkie, nawet najdrobniejsze zabiegi medyczne, małoinwazyjne badania diagnostyczne, wtedy kiedy czas jest ograniczony (bo od tego zależy zdrowie i życie pacjenta), ma wpływ na podstawową wymianę informacji, co może skutkować większym niepokojem pacjenta i często ma wpływ na końcowy wynik leczenia.

Zgodnie z art. 17 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta za pacjentów niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody, małoletnich oraz całkowicie ubezwłasnowolnionych zgodę albo odmowę wyraża przedstawiciel ustawowy. Szczególną trudność w komunikacji przedstawia sytuacja, gdy osoba nieletnia, której opiekun prawny nie zgadza się na leczenie, znajduje się w stanie niebezpieczeństwa utraty życia. Wówczas wydanie zgody zastępczej przez sąd opiekuńczy (art. 32 ust. 9 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty), może być przyczyną ryzykownego odroczenia w czasie działań medycznych. Ograniczenia prawne, mające na celu ochronę człowieka chorego lub korzystającego ze świadczeń placówek służby zdrowia, mogą znacznie utrudniać proces leczenia czy rehabilitacji, niekiedy sprowadzając nawet niebezpieczeństwo utraty zdrowia.

W przypadku stosowania automatycznej komunikacji z pacjentami używane są w tym celu najczęściej strony internetowe, gdzie można zamieścić ofertę medyczną, godziny przyjęć lekarzy, a także formularz rejestracji online. Można również wysłać automatyczne wiadomości SMS przez system lub wiadomości e-mail. Innym rodzajem komunikacji jest stosowanie telemedycyny: konsultacje i porady zdrowotne online, e-recepty, e-zwolnienie lekarskie (szczególnie w okresie pandemii). Zbieżne ze stosowanymi coraz szerzej środkami

teleinformatycznymi w ochronie zdrowia jest pojęcie telematyki. K. Wydro zdefiniował telematykę jako

rozwiązania telekomunikacyjne, informatyczne i informacyjne oraz rozwiązania automatycznego sterowania dostosowane do potrzeb obsługiwanych systemów fizycznych – wynikających z ich zadań, infrastruktury, organizacji, procesów utrzymania oraz zarządzania – i zintegrowane z tymi systemami. (Wydro 2005, 117)

Zastosowanie telematyki w działalności prozdrowotnej nazywa się telematyką medyczną. Autor stwierdził, że termin telematyka w praktyce używany jest zamiennie ze słowem telemedycyna, jednakże biorąc pod uwagę instytucje i rzeczy, które mieszczą się jego zdaniem w zakresie znaczenia słowa telematyka (takie jak całe środowisko e-health, infrastrukturę techniczną w aplikacjach telemedycznych; Wydro 2005, 122), zdaje się, że jest ono słowem, którego zakres znaczeniowy jest szerszy, w porównaniu do telemedycyny. Wreszcie dużym, wydaje się niedostatecznie wykorzystanym narzędziem komunikacyjnym, jest Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia umożliwiający kontrolę interakcji z pacjentami, zawiera on, między innymi, bazę leków oraz dane o pacjencie.

Wszystkie elementy automatycznej komunikacji wymienione powyżej podlegają tzw. kolizji zgód. Materia ta dotyczy następujących aktów prawnych: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1219 z późn. zm.) oraz Ustawa z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2004 r. Nr 171, poz. 1800 ze zm.). Zgoda określona przez przepisy ustawy o świadczeniu usług telekomunikacyjnych oraz Ustawy Prawo Komunikacje mają podobny zakres, a zgoda z ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną wymagana jest tylko w relacjach, gdzie strony są osobami fizycznymi. Zgoda z prawa telekomunikacyjnego obejmuje również relacje między przedsiębiorcami. Istniejący tu kłopot można zasygnalizować w następującym zdaniu:

[...] wątpliwości dotyczą okoliczności, czy za każdym razem, dla celów prowadzenia marketingu elektronicznego, konieczne jest zebranie trzech odrębnych zgód (w przypadku, gdy nie opieramy się na przesłane prawnie uzasadnionego interesu administratora na podstawie RODO), które muszą być pozyskane odrębnie i niezależnie od siebie, czy też możliwe jest ich połączenie, ponieważ zakresowo istnieją między nimi relacje powiązane. (Piper et al. 2019, 22)

Ustawa z dnia 26 kwietnia 2017 roku, tworząca tzw. sieć szpitali, wprowadziła nowe rozwiązania, które w zamyśle ustawodawcy mają usprawnić komunikację między placówkami w celu poprawy organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale oraz przychodnie przyszpitalne, a także poprawy dostępu pacjentów do leczenia specjalistycznego w szpitalach. Miała ona także zoptymalizować liczbę oddziałów specjalistycznych i zapewnić lepszą koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych, a także ułatwić także zarządzanie

szpitalami. Jednakże w zakresie komunikacji powstał szereg istotnych nieprawidłowości np. infolinia, informująca o tym, gdzie pacjenci mogą się leczyć w dni świąteczne i po godzinie 18.00, pracuje w godzinach urzędowych. Pacjent powinien przed 16.00 przewidzieć, że poczuje się źle dwie godziny później.

### 3. PODSUMOWANIE

Siatka pojęciowa nauki o komunikacji może być pomocna w przedstawianiu materii komunikacji medycznej w opisie instytucji prawnych obecnych w prawie medycznym oraz w merytorycznym właściwym opisie przeszkód w komunikacji, których obecność związana jest z dużą liczbą obwarowań prawnych w tej dziedzinie. W przedmiocie wpływu przeszkód komunikacyjnych na efekty terapii oraz satysfakcję pacjenta z podjętego leczenia możemy stwierdzić, że niedobór informacji uzyskanych przez obie strony uczestniczące w komunikacji oraz wystąpienie innych przeszkód wpływają niekorzystnie na proces terapeutyczny, a nawet mają niekiedy poważne skutki dla zdrowia pacjenta.

Związane jest to często z ważnym aspektem porozumiewania się, a mianowicie umiejętnością słuchania interlokutora. Kompetencje pracowników służby zdrowia związane są z szybką orientacją w sytuacji i podejmowaniem odpowiedzialnych decyzji, natomiast porozumiewanie się z pacjentem dotyczy, co prawda, przeprowadzenia wywiadu, ale nie jest on zwykle swobodny, tylko kierowany. Pracownicy medyczni chcą szybko uzyskać informacje, toteż czasami sugerują spodziewane przez siebie odpowiedzi. Komunikacja często polega na wydawaniu nieresponsywnych komunikatów przez strony, a nie na niewymuszonej wymianie zdań. Jest to niekiedy konieczne ze względu na gwałtowność objawów chorobowych, niemniej jednak powinien znaleźć się czas na uzupełnienie informacji, gdy sytuacja zostaje unormowana. Niewątpliwie równie ważne, co treści merytoryczne, są dla pacjenta troska i poczucie bezpieczeństwa. Regulacje prawne związane z komunikacją medyczną wydają się bardziej znacząco wpływać na stronę decyzyjną personelu, niż na niezaburzony przepływ komunikatów, skutkujący satysfakcją z dobrze wykonanej pracy i zadowoleniem pacjenta z odbytej interwencji medycznej. Ma to znaczenie szczególne w dobie epidemii, kiedy pacjent może poznać medyka, ubranego w maskę i gogle, jedynie po napisie z funkcją i nazwiskiem, znajdujących się na plecach kombinezону.

W kontekście przepisów ustaw związanych z materią komunikacji medycznej możemy przyjąć, że *de lege ferenda* powinny mieć na celu poprawę jakości świadczeń medycznych, a nie powodować utrudnienie pacjentowi skorzystania z tychże, przez konieczność spełnienia obowiązków określonych w aktach prawnych. W praktyce nierzadko pacjent zostaje sam z kartką papieru, na której niekiedy musi złożyć kilkanaście podpisów przed rozpoczęciem udzielania mu pomocy.

Do niedawna efektywność komunikacji nie była przedmiotem nauczania na studiach medycznych. Mieściła się w ramach doświadczenia lekarskiego, co jak widać z powyższych uwag, nie wydaje się być dostateczne w obecnym porządku prawnym i formalizacji relacji lekarz – pacjent. Komunikacja medyczna jest istotnym przedmiotem nauczania w toku studiów medycznych, nie tylko lekarskich, przy znacznym naświetleniu aspektów prawnych tego procesu, gdyż normatywne „rafy” powinny być skutecznie omijane z pozytywnym skutkiem dla pacjenta i placówek medycznych.

### BIBLIOGRAFIA

- Bekrycht, Tomasz. 2017. „O legitymizacji prawa (władzy) na przykładzie tzw. sporu o Trybunał Konstytucyjny”. *Principia* 64: 159–205.
- Chwieralska, Barbara, Magdalena Witt. 2018. „Podstawy komunikacji z pacjentem”. W *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*. Red. Maria Nowina-Konopka, Wojciech Feleszka, Łukasz Małecki. 11–27. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Czerw, Aleksandra, Urszula Religioni, Aneta Matuszna, Katarzyna Lesiak, Agata Olejnik, Dominika Śniadała. 2012. „Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych”. *Hygeia Public Health* 47(3): 247–253.
- DLA Piper Giziński Kycia sp. j. 2019. *Telekomunikacja, Media i Internet w Polsce*. Warszawa: Polska Agencja Inwestycji i Handlu. [https://www.paih.gov.pl/files/?id\\_plik=34125](https://www.paih.gov.pl/files/?id_plik=34125) [dostęp: 10.05.2019].
- Dobek-Ostrowska, Bogusława. 2012. *Komunikowanie polityczne i publiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goban-Klas, Tomasz. 2014. „Health communication – komunikacja zdrowotna, powstanie, problemy, ewolucja”. W *Komunikowanie w ochronie zdrowia, interpersonalne, organizacyjne i medialne*. Red. Tomasz Goban-Klas. 9–19. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kaleta, Krzysztof, Adam Kotowski. 2015. „Kodowanie a dekodowanie znaczenia prawnego – zarys dyskursywnego modelu tworzenia prawa”. W *Leges ab omnibus intel legi debent. Księga XV-lecia Rządowego Centrum Legislacji*. Red. Wojciech Brzozowski, Adam Krzywoń. 393–418. Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe.
- Kłodawski, Maciej. 2012. „Przepis prawny jako komunikat. Uwagi o refleksji nad komunikacją w polskim prawoznawstwie”. W *Komunikologia. Teoria i praktyka komunikacji*. Red. Emanuel Kulczycki, Michał Wendland. 205–222. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii UAM.
- Konopka-Nowina, Maria. 2016. *Komunikacja lekarz–pacjent teoria i praktyka*. Kraków: Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kulczycki, Emanuel. 2012. *Teoretyzowanie komunikacji*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii UAM.
- Kulczycki, Emanuel. 2015. *Dwa aspekty komunikacji. Założenia komunikologii historycznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sawicka, Jolanta. 2019. „Czy demokratyczne rządy prawa stwarzają warunki możliwości dla obywatelskiego zaangażowania?”. *Krytyka Prawa* 11: 124–149.
- Smolski, Roman. 2001. *Słownik encyklopedyczny. Edukacja obywatelska*. Warszawa: Wydawnictwo Europa.

- Sobczak, Krzysztof. Katarzyna Leoniuk. Leszek Pawłowski. Natalia Spolak. 2016. „Komunikacja kliniczna – porównanie opinii lekarzy i pacjentów”. *Pomeranian Journal of Life Sciences* 62(3): 67–73.
- Voegelin, Eric. 1991. *The Nature of Law and Related Legal Writings*. Baton Rouge: Louisiana State University Press.
- Wendland, Michał. 2008. „Pytanie o podstawy metodologiczne filozofii komunikacji i nauk o komunikowaniu”. W *Komunikacja przez sztukę, komunikacja przez język*. Red. Bartłomiej Bączkowski, Paweł Gałkowski. 20–28. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii UAM.
- Wendland, Michał. 2014. *Filozoficzne i metodologiczne podstawy historii komunikacji*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Wydro, Kornel B. 2005. „Telematyka – znaczenia i definicje terminu”. *Telekomunikacja i Techniki Informacyjne* 1–2: 116–130.

### Akty prawne

- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 ze zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 ze zm.).
- Ustawa o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (Dz.U. z 2001 r. Nr 112, poz. 1198 ze zm.).
- Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 1219 ze zm.).
- Ustawa z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2004 r. Nr 171, poz. 1800 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zm.).
- Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000 ze zm.).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych lub RODO), (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, poz. 1 z późn. zm.).

### Orzecznictwo

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 13 lipca 2011 r. (I ACa 57/11), LEX Nr 2546249.

### Strony internetowe

<https://www.osoz.pl/osoz/web/osoz-cms> [dostęp: 10.05.2019].