

AGNIESZKA J. KOWALSKA
MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA

PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI MEDYCZNEJ A MIEJSCE I ROLA RODZINY CHOREGO W PROCESIE LECZENIA

Prawo pacjenta do informacji medycznej stanowi fundament wzajemnej relacji profesjonalista medyczny–pacjent, opartej na wzajemnym szacunku i zaufaniu. Zgodnie bowiem z obowiązującymi obecnie regulacjami prawnymi wszelkie informacje medyczne (dotyczące stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanego leczenia i prognozy w chorobie) powinny być przekazywane bezpośrednio pacjentowi, o ile nie ma ku temu przeciwwskazań medycznych bądź prawnych. Lekarz może udzielić informacji medycznych „innym osobom” wyłącznie za zgodą pacjenta¹.

Profesjonalista medyczny, przekazując pacjentowi informacje dotyczące rozpoznania, proponowanych metod postępowania medycznego, oczekiwanych rezultatów leczenia, a także możliwych działań niepożądanych związanych z terapią, umożliwia choremu pełnoprawny udział w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, a w konsekwencji legalizuje udzieloną przez chorego

Mgr AGNIESZKA JOANNA KOWALSKA – doktorantka Samodzielnej Pracowni Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie; adres do korespondencji: ul. Chodźki 15, 20-093 Lublin; e-mail: agnieszka.kowalska@umlub.pl

Dr hab. MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA, kierownik Samodzielnej Pracowni Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie; adres do korespondencji: ul. Chodźki 15, 20-093 Lublin; e-mail: marta.makara-studzinska@umlub.pl

¹ M. Ś w i d e r s k a, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń: Dom Organizatora 2007, s. 115-116.

zgodę na wszelkie procedury medyczne. Pełna informacja medyczna warunkuje bowiem świadomą, poinformowaną zgodę na leczenie. Przekazywanie pacjentowi informacji na każdym etapie postępowania medycznego służy zatem w szczególności realizacji jego praw, ale nie tylko – świadomość chorego w zakresie stanu jego zdrowia oraz zasadności i planowanego przebiegu postępowania medycznego przyczynia się niejednokrotnie do obniżenia poziomu lęku związanego z niepewnością, strachem, poczuciem zagrożenia, pełnym napięciem oczekiwaniem na wyniki badań diagnostycznych i efekty leczenia.

PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI MEDYCZNEJ

Przekazywanie choremu informacji medycznych służy realizacji podmiotowego prawa do prawdy². Problematyka dotycząca informacji medycznej, jej zakresu oraz potencjalnych adresatów, do których jest kierowana, należy do najbardziej kontrowersyjnych i spornych aspektów relacji lekarz–pacjent³. Sporne jest nie tylko to, czy wyjawiać całą prawdę o poważnym rokowaniu, ale również to, kogo (pacjenta czy jego rodzinę) lekarz zobowiązany jest informować o stanie zdrowia, leczeniu i prognozie. Powszechnie wydaje się społeczne przekonanie, zwłaszcza środowiska medycznego, że kwestia informowania pacjenta (bądź jego rodziny) o stanie zdrowia, metodach terapii i postępach w leczeniu nie jest problemem nadrzędnym, biorąc pod uwagę całokształt czynności medycznych dokonywanych w celu ratowania zdrowia czy nawet życia pacjenta – prawnie jednak procedura przekazywania uprawnionemu podmiotowi informacji medycznej ma daleko idące skutki w postaci legalizacji udzielanej następnie zgody na wszelkie badania i zabiegi medyczne.

Prawa pacjenta, rozumiane w charakterze całokształtu uprawnień przysługujących choremu w trakcie procesu świadczenia usług zdrowotnych, wywodzą się z trzech głównych obszarów życia społecznego: praw człowieka, praw obywatelskich oraz praw o charakterze ekonomicznym i socjalnym⁴. Prawo pacjenta do informacji medycznej jest jednym z fundamentalnych praw

² U. D r o z d o w s k a, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa: Wyd. C. H. Beck 2007, s. 141.

³ Ś w i d e r s k a, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, s. 124.

⁴ I. B e r n a t e k - Z a g u ł a, *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek 2008, s. 203.

pacjenta, a także jednym z elementarnych praw człowieka⁵. Lekarz zobowiązany jest do przekazywania pacjentowi informacji o stanie zdrowia oraz rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach postępowania diagnostycznego i leczniczego, następstwach ich zastosowania bądź zaniechania, a także wynikach leczenia oraz rokowaniu⁶. Obowiązek informowania pacjenta o stanie zdrowia dotyczy każdego chorego, który jest ją w stanie zrozumieć. Każdy bowiem ma prawo wiedzieć, co się z nim dzieje⁷, a zatem respektowanie prawa pacjenta do informacji medycznej jest prawnym obowiązkiem i etyczną powinnością lekarza warunkującymi właściwą relację profesjonalista medyczny–pacjent, opartą na poszanowaniu podmiotowości i autonomii chorego⁸. Punktem centralnym nowoczesnego prawa medycznego jest bowiem instytucja tzw. świadomej zgody, jaką pacjent powinien wyrazić przed każdą procedurą medyczną. Zgoda, o jakiej mowa, powinna być „poinformowana”, a zatem poprzedzona wyczerpującą, dostosowaną do poziomu wiedzy pacjenta informacją medyczną⁹. Według J. Zajdel wyrażenie zgody uogólnionej (tzw. zgody blankietowej) równoznaczne jest z wyrażeniem zgody nieświadomej¹⁰ (z uwagi na brak szczegółowej informacji na temat konkretnego świadczenia zdrowotnego oraz ewentualnych konsekwencji zdrowotnych związanych z jego zastosowaniem bądź zaniechaniem)¹¹.

Postępowanie wobec osoby wykazującej zaburzenia psychiczne co do zasady powinno odbywać się za jej zgodą, chyba że istnieją uzasadnione okoliczności wskazujące na to, że osoba ta może stanowić realne zagrożenie dla siebie, innych bądź porządku publicznego albo nie jest zdolna do zaspokojenia

⁵ K. W r o ń s k i, J. C y w i ń s k i, A. D e p t a, R. B o c i a n, A. D z i k i, *Czy pacjenci są dobrze informowani o stanie swojego zdrowia przez lekarzy?*, „Współczesna Onkologia” 12(2008), nr 5, s. 234-239.

⁶ R. K u b i a k, *Prawo medyczne*, Warszawa: Wyd. C. H. Beck 2010, s. 357-362.

⁷ M. B o r a t y ń s k a, P. K o n i e c z n i a k, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner 2003, s. 57.

⁸ Ś w i d e r s k a, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, s. 97; M. M a k a r a - S t u d z i ń s k a, A. J. K o w a l s k a, *Prawo pacjenta z uszkodzeniem słuchu do informacji medycznej a kwestia świadomej zgody na podejmowanie interwencji medycznych*, „Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu” 17(2011), nr 3, s. 135.

⁹ B o r a t y ń s k a, K o n i e c z n i a k, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, s. 49-57.

¹⁰ J. Z a j d e l, *Prawo medyczne dla kardiologów*, Łódź: Wyd. Progress 2009, s. 74.

¹¹ A. J. K o w a l s k a, M. M a k a r a - S t u d z i ń s k a, *Leczenie na postawie zgody a postępowanie przymusowe wobec osób z zaburzeniami psychicznymi*, [w:] *Współczesne nauki biomedyczne*, red. A. Borzęcki, Lublin: Agencja Reklamy Ekspresja 2011, s. 152.

nia własnych potrzeb życiowych – wówczas osoba taka może zostać poddana badaniu bez jej zgody¹². Prawo do poszanowania autonomii pacjenta daje jednak każdemu choremu – bez względu na oddział szpitalny, na którym przebywa, oraz bez względu na schorzenie, na jakie cierpi – prawo domagania się od lekarza pełnej, rzetelnej informacji medycznej umożliwiającej mu świadomy udział w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji¹³.

Profesjonalista medyczny może ograniczyć zakres przekazywanych pacjentowi informacji, jeżeli uzna, że przemawia za tym dobro pacjenta; jest to tzw. przywilej terapeutyczny (art. 31 ust. 4 UoZL). Przesłankami przemawiającymi za zastosowaniem instytucji „przywileju terapeutycznego” są: niepomysłne rokowanie oraz wzgląd na dobro pacjenta. Obie przesłanki muszą wystąpić łącznie¹⁴.

Szczególne problemy w zakresie respektowania prawa pacjenta do informacji medycznej dotyczą pacjentów dotkniętych dysfunkcjami narządu słuchu oraz niesłyszących dzieci, pozostających pod opieką niesłyszących rodziców. Podkreślić należy, że pacjent niesłyszący ma pełne prawo do uzyskania rzetelnej informacji medycznej (przekazanej w sposób dla niego czytelny i zrozumiały – najlepiej z udziałem osoby posługującej się językiem migowym/miganym), bowiem, w większości przypadków, jest on zdolny do jej przyjęcia i zrozumienia, a w związku z tym wyrażenia niewadliwej (w świetle polskiego prawa) zgody na leczenie. Nieoceniona okazuje się wówczas rola tłumacza języka migowego, który ułatwi kontakt lekarza z pacjentem i jego rodziną¹⁵.

¹² M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń: Wydawnictwo Dom Organizatora 2007, s. 163.

¹³ Kowalska, Makara-Studzińska, *Leczenie na postawie zgody a postępowanie przymusowe wobec osób z zaburzeniami psychicznymi*, s. 161.

¹⁴ Świderska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, s. 153-158; Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. (t.j. zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy); Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. 1997, nr 28, poz. 152 z późn. zm.

¹⁵ Makara-Studzińska, Kowalska, *Prawo pacjenta z uszkodzeniem słuchu do informacji medycznej a kwestia świadomej zgody na podejmowanie interwencji medycznych*, s. 136-137.

ROLA CZŁONKÓW RODZINY PACJENTA W PROCESIE LECZENIA

Przy okazji omawiania problematyki prawa pacjenta do informacji medycznej warto wspomnieć również o ogromnej roli rodzin pacjentów w procesie leczenia i rekonwalescencji, zwłaszcza w warunkach szpitalnych. Niezwykle istotna jest obecność członków najbliższej rodziny pacjenta na wszystkich etapach procesu diagnostyki oraz leczenia, a następnie rekonwalescencji chorego w warunkach szpitalnych. Niewskazane jest ograniczanie kontaktu pacjenta (zwłaszcza małoletniego) z rodziną, jeśli nie ma ku temu wyraźnych wskazań medycznych, epidemiologicznych bądź organizacyjnych ze względu na przysługujące każdemu człowiekowi prawo do poszanowania sfery życia rodzinnego¹⁶. Obecność najbliższych daje choremu poczucie bezpieczeństwa i obniża poziom lęku związanego z pobytem w szpitalu.

Zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej chory podczas hospitalizacji ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół, a także do kontaktu z duchownym. Lekarz powinien z szacunkiem i zrozumieniem odnosić się do bliskich pacjenta wyrażających obawy o zdrowie i życie chorego (art. 19 KEL)¹⁷ – będących dla niego oparciem w trudnych chwilach. Każdy bowiem ma prawo do poszanowania życia rodzinnego, rozumianego jako fizyczna i psychiczna integralność osoby ludzkiej, a także więzi rodzinne faktycznie zespalające jej członków. Szczególnie ważne jest wsparcie i obecność członka/członków rodziny w przypadku choroby dziecka – odmowa rodzicom kontaktu z dzieckiem przebywającym w szpitalu stanowi naruszenie życia rodzinnego¹⁸.

Dla człowieka cierpiącego, zwłaszcza przebywającego w szpitalu, niezwykle ważne jest wsparcie i obecność bliskiej osoby. Członkowie rodzin nie zawsze jednak traktowani są przez personel i obsługę szpitala z należyтым szacunkiem i zrozumieniem, ich obecność często odbierana jest jako nadgorliwa troska bądź próba kontroli kierowana wobec pracowników medycznych. W rzeczywistości jednak w sytuacji choroby zarówno osoba chora, jak i członkowie jej najbliższego otoczenia potrzebują siebie nawzajem, aby wspólnie przejść przez traumatyczne chwile związane z walką o zdrowie bądź życie.

¹⁶ D. K a r k o w s k a, *Prawa pacjenta*, Warszawa: Wolters Kluwer 2009, s. 142-143.

¹⁷ Kodeks Etyki Lekarskiej.

¹⁸ K a r k o w s k a, *Prawa pacjenta*, s. 142-143.

ADRESACI PRAWA DO INFORMACJI

Współcześnie zauważa się ewolucję poglądów reprezentowanych przez lekarzy europejskich oraz medyków ze Stanów Zjednoczonych co do osoby adresata informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta. Europejscy lekarze bronili dotychczas stanowiska, że w przypadku poważnego rokowania pierwszeństwo do pełnej informacji medycznej ma nie sam pacjent, ale jego rodzina (w 1961 r. tego zdania było 88% lekarzy w Wielkiej Brytanii). Obecnie aż 98% brytyjskich lekarzy stoi na stanowisku, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia¹⁹. W Stanach Zjednoczonych już od dawna popularny jest model partnerski, według którego to choremu przysługuje prawo do informacji o chorobie i to sam chory podejmuje decyzje, czy rodzina będzie informowana o stanie jego zdrowia²⁰. Wydaje się jednak, iż z góry założony schemat postępowania, jednakowy wobec każdego pacjenta, nie jest w sytuacji choroby najwłaściwszym rozwiązaniem. Postępowanie lekarza wobec pacjenta powinno charakteryzować się bowiem daleko posuniętym indywidualizmem, taktem i subtelnością, nie tylko z powodu odrębności samej choroby, ale przede wszystkim wskutek osobistych oczekiwań i nadziei chorego skierowanych wobec profesjonalisty medycznego²¹. M. Świdorska jest zdania, że za taktownym, ale rzeczowym i rzetelnym informowaniem samego pacjenta o stanie jego zdrowia przemawiają dwa argumenty: chory, dysponując wiedzą o stanie swojego zdrowia, ma szansę na uporządkowanie majątkowych i rodzinnych spraw; po drugie, świadomość powagi sytuacji może chorego zmotywować do racjonalnego współdziałania z zespołem terapeutycznym, chociażby poprzez wyrażenie zgody na konieczne procedury medyczne²².

Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego „autonomia informacyjna” umożliwiająca podmiotowi samodzielne decydowanie o ujawnieniu bądź zachowaniu w tajemnicy informacji o charakterze prywatnym (w tym informacji medycz-

¹⁹ M. Ś w i d e r s k a, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, s. 127.

²⁰ L. S z c z e p a n i a k, *Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej*, Kraków 2003, s. 174.

²¹ B. K o t l i n o w s k a, M. W i l u s z, *Przekazywanie złych wieści – informacje dla lekarzy*, „Przegląd Lekarski” 67(2010), nr 3, s. 228-230.

²² Ś w i d e r s k a, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, s. 127-128.

nych obejmujących dane o stanie zdrowia, diagnozie oraz rokowaniu w chorobie) stanowi składowy element prawa do ochrony życia prywatnego²³.

Od lat osiemdziesiątych XX wieku trwa ostra krytyka paternalistycznego podejścia lekarza do chorego²⁴, którego wyrazem w kontekście prawa do informacji medycznej może być chociażby brutalne zapoznanie chorego ze wszystkimi szczegółami jego sytuacji zdrowotnej, w przypadku gdy zainteresowany nie jest zdolny do ich przyjęcia ze względu na wiek, stan zdrowia, samopoczucie, kondycję psychiczną itp.²⁵

Rozmowa z chorym, cierpiącym człowiekiem przybiera nierzadko bezosobowy charakter i zmierza wyłącznie do uzyskania niezbędnych informacji. Zdarza się również, że lekarz narzuca choremu własny punkt widzenia, traktując pacjenta instrumentalnie i bezosobowo²⁶. Dominujący przez szereg lat w medycynie paternalistyczny stosunek profesjonalisty medycznego do pacjenta, charakteryzujący się dominującą pozycją lekarza, powoli ustępuje relacji partnerskiej, której jedną z głównych cech jest większa autonomia i decyzyjność samego chorego, a także troska o podmiotowe relacje obu stron. Wydaje się jednak, że w Polsce w dalszym ciągu dominuje model paternalistyczny, w którym to lekarz odgrywa rolę nadrzędną, samodzielnie podejmując decyzje medyczne²⁷.

Powszechnie obserwowana tendencja lekarzy do informowania w pierwszej kolejności, a często wyłącznie, rodziny o stanie zdrowia pacjenta, powodowana rzekomą troską o stan psychiczny i ogólną kondycję chorego, jest zjawiskiem akceptowanym społecznie, pomimo odmiennych zgoła regulacji prawnych w tym zakresie. Zgodnie bowiem z art. 31 ust. 1 i 5 UoZL lekarz zobowiązany jest udzielać informacji medycznych pacjentowi (również małoletniemu, który ukończył 16 rok życia) lub jego ustawowemu przedstawicielowi, a informowanie osób trzecich (w tym rodziny chorego) o stanie zdrowia pacjenta jest dozwolone wyłącznie za jego zgodą lub zgodą przedstawiciela

²³ D r o z d o w s k a, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, s. 142.

²⁴ K. W r o ń s k i, R. B o c i a n, A. D e p t a, J. C y w i ń s k i, A. D z i k, *Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz–pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej*, „Nowotwory” 59(2009), nr 4, s. 266-273.

²⁵ Ś w i d e r s k a, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, s. 128.

²⁶ S z c z e p a n i a k, *Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej*, s. 138.

²⁷ K. D ą b r o w s k a, *W jakim kierunku zmierzają relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem w Polsce?*, „Pediatria i Medycyna Rodzinna” 4(2008), nr 4, s. 278-281.

ustawowego (art. 31 ust. 2 UoZL)²⁸. Nieco łagodniej kwestie informowania członków rodziny o stanie zdrowia pacjenta reguluje Kodeks Etyki Lekarskiej, który w art. 16 ust. 1 zd. 2 stanowi, że informowanie rodziny lub osób trzecich o stanie zdrowia bądź leczeniu pacjenta powinno być uprzednio uzgodnione z chorym. W przypadku pacjenta nieprzytomnego lekarz może dla jego dobra przekazać niezbędne informacje medyczne osobie, co do której jest przekonany, że działa w interesie chorego (art. 16 ust. 2 KEL). W sytuacji, gdy mamy do czynienia z chorym niepełnoletnim, lekarz zobowiązany jest do informowania jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego (art. 16 ust. 3 KEL)²⁹. Zgodnie z art. 31 ust. 6 UoZL w przypadku pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 roku życia, chorego nieprzytomnego bądź niezdolnego do zrozumienia znaczenia informacji medycznej, lekarz przekazuje wszelkie informacje osobie bliskiej. Warto przypomnieć jednak, że wobec małoletniego, który nie ukończył 16 roku życia ciąży na lekarzu obowiązek udzielenia przystępnej informacji w zakresie oraz formie niezbędnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, a także wysłuchania jego zdania (art. 31 ust. 7 UoZL)³⁰. Oznacza to, że lekarz nie tylko nie jest zwolniony z obowiązku informowania małego pacjenta, ale zobowiązany jest ponadto do wysłuchania go.

Jeśli mamy natomiast do czynienia z pacjentem 16-letnim bądź osobą całkowicie ubezwłasnowolnioną, ale będącą w stanie z wystarczającym rozeznanieniem wyrazić opinię w sprawie badania, wymagana jest tzw. informacja podwójna oraz zgoda podwójna, zwana też zgodą kumulatywną lub równoległą³¹.

Wyraźnie należy jednak zaznaczyć, że trudności w technicznym porozumieniu się lekarza z pacjentem (np. pacjent głuchy, niemy) nie zwalniają medyka z konieczności realizacji jego ustawowego obowiązku informacji³². Istotnym krokiem w kierunku zapewnienia osobom niesłyszącym poczucia bezpieczeństwa w trakcie korzystania z usług świadczonych przez instytucje

²⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. z 1997, nr 28 poz. 152 z późn. zm.

²⁹ Kodeks Etyki Lekarskiej.

³⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

³¹ B o r a t y Ń s k a, K o n i e c z n i a k, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, s. 52; J. Z a j d e l, *Prawo medyczne dla kardiologów*, Łódź: Wyd. Progress 2009, s. 82; J. Z a j d e l, *Prawo w medycynie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*, Łódź: Wyd. Progress 2007, s. 50; Ś w i d e r s k a, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, s. 122.

³² Ś w i d e r s k a, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, s. 117-118.

publiczne jest uchwalenie dnia 28 lipca 2011 r. przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej ustawy o języku migowym i innych środkach wspierania komunikowania się. Polski język migowy został po raz pierwszy zdefiniowany w akcie prawnym tak wysokiej rangi, jak ustawa. W świetle ustawy o języku migowym i innych środkach wspierania komunikowania się osoby uprawnione (głuche, głuchonieme lub głuchoniewidome) w kontaktach z jednostkami administracji publicznej (urzędy), służbami ratowniczo-interwencyjnymi (pogotowie ratunkowe, policja czy straż pożarna) oraz jednostkami ochrony zdrowia (szpitale, kliniki, przychodnie, poradnie, ośrodki zdrowia) będą miały prawo do pośrednictwa tłumacza języka migowego. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, trzeba będzie powiadomić o tym właściwą instytucję (np. mailem, faksem) z trzydniowym wyprzedzeniem (wyjątek stanowią sytuacje nagłe, wymagające bezzwłocznej pomocy bądź obsługi przez właściwą instytucję). W momencie otrzymania zgłoszenia urząd (albo inna instytucja) zobowiązany będzie do zapewnienia obsługi osoby uprawnionej, w terminie przez nią wyznaczonym. Za usługę tłumaczenia zapłaci właściwy organ administracji publicznej³³. Termin wejścia w życie ustawy ustalono na dzień 1 kwietnia 2012 r.

*

W świetle obowiązujących aktualnie regulacji prawnych wszelkie informacje medyczne powinny być przekazywane bezpośrednio pacjentowi, o ile nie ma ku temu przeciwwskazań medycznych bądź prawnych. Uchylić bezprawność działania profesjonalisty medycznego, polegającą na ujawnieniu informacji medycznych, może zgoda uprawnionego, a więc pacjenta, któremu prawo do informacji przysługuje. Samowolne ujawnienie informacji o stanie zdrowia chorego, rozpoznaniu czy prognozie stanowi bowiem naruszenie dóbr osobistych pacjenta³⁴.

Pracownicy ochrony zdrowia pozostający w nieustannym, bezpośrednim kontakcie z pacjentami oraz ich najbliższymi powinni bezwzględnie wystrzegać się błędów komunikacyjnych. Relacja profesjonalista medyczny–pacjent, nacechowana szczególnym zaufaniem i wzajemnym szacunkiem, stanowi bowiem nieodzowny element procesu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Akt

³³ <http://www.pzg.org.pl/> [dostęp: 10.08.2011 r.]; http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/4324_u.htm (19.08.2011 r.).

³⁴ Ś w i d e r s k a, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, s. 115-116.

przekazywania pacjentowi komunikatów trudnych, do których należy m.in. informacja o niepomyślnej diagnozie bądź poważnym rokowaniu w chorobie, winien stanowić szczególnie przemyślany i wyważony element relacji profesjonalista–pacjent³⁵. Postawa lekarza nacechowana empatią, taktem i należytym szacunkiem w stosunku do pacjenta jako podmiotu relacji oraz jego najbliższych ułatwia współpracę, a także motywuje chorego do współdziałania z zespołem terapeutycznym. Podjęcie rozważań nad jakością relacji profesjonalista medyczny–pacjent skłania do powzięcia intensywniejszych działań w kierunku zapewnienia przyszłym lekarzom oraz przedstawicielom innych zawodów medycznych rzetelnej edukacji w zakresie komunikacji interpersonalnej (w tym komunikacji w języku migowym/miganym) oraz medycyny behawioralnej. Prawidłowe relacje międzyludzkie, oparte na wzajemnym zaufaniu oraz umiejętności współodczuwania emocji, pozwalają bowiem na nawiązanie szczególnych więzi, będących fundamentem wszelkich kontaktów na linii profesjonalista medyczny–pacjent.

BIBLIOGRAFIA

- B e r n a t e k - Z a g u ł a I.: Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek 2008.
- B o r a t y ń s k a M., K o n i e c z n i a k P.: Standardy wykonywania zawodu lekarza, [w:] Prawo medyczne, red. L. Kubicki, Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner 2003, s. 49-57.
- D a b r o w s k a K.: W jakim kierunku zmierzają relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem w Polsce? „Pediatria i Medycyna Rodzinna” 4(2008), nr 4, s. 278-281.
- D r o z d o w s k a U.: Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta, Warszawa: Wydawnictwo C. H. Beck 2007.
- K a r k o w s k a D.: Prawa pacjenta, Warszawa: Wolters Kluwer 2009.
- K l a t k i e w i c z A.: Proces komunikacji w edukacji pacjenta i jego rodziny, „Pielęgniarstwo Polskie” 2007, nr 2-3, s. 211-216.
- Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. (t.j. zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).

³⁵ A. K l a t k i e w i c z, *Proces komunikacji w edukacji pacjenta i jego rodziny*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2007, nr 2-3, s. 211-216.

- K o t l i n o w s k a B., W i l u s z M.: Przekazywanie złych wieści – informacje dla lekarzy, „Przegląd Lekarski” 67(2010), nr 3, s. 228-230.
- K o w a l s k a A. J., M a k a r a - S t u d z i ń s k a M.: Leczenie na podstawie zgody a postępowanie przymusowe wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, [w:] Współczesne nauki biomedyczne, red. A. Borzęcki, Lublin: Agencja Reklamy Ekspresja 2011, s. 152, 161.
- K u b i a k R.: Prawo medyczne, Warszawa: Wydawnictwo C. H. Beck 2010.
- M a k a r a - S t u d z i ń s k a M., K o w a l s k a A. J.: Prawo pacjenta z uszkodzeniem słuchu do informacji medycznej a kwestia świadomej zgody na podejmowanie interwencji medycznych, „Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu” 17(2011), nr 3, s. 135-138.
- N e s t e r o w i c z M.: Prawo medyczne, Toruń: Wydawnictwo Dom Organizatora 2007.
- S z c z e p a n i a k L.: Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej, Kraków 2003.
- Ś w i d e r s k a M.: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń: Dom Organizatora 2007.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 1997, nr 28, poz. 152 z późn. zm.
- W r o ń s k i K., B o c i a n R., D e p t a A., C y w i ń s k i J., D z i k i A.: Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz–pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej, „Nowotwory” 59(2009), nr 4, s. 266-273.
- W r o ń s k i K., C y w i ń s k i J., D e p t a A., B o c i a n R., D z i k i A.: Czy pacjenci są dobrze informowani o stanie swojego zdrowia przez lekarzy? „Współczesna Onkologia” 12(2008), nr 5, s. 234-239.
- Z a j d e l J.: Prawo medyczne dla kardiologów, Łódź: Wydawnictwo Progress 2009.
- Z a j d e l J.: Prawo w medycynie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, Łódź: Wydawnictwo Progress 2007.

A PATIENT'S RIGHT TO OBTAIN MEDICAL
INFORMATION VERSUS THE ROLE OF THEIR FAMILY
IN THE COURSE OF TREATMENT

S u m m a r y

A patient's right to obtain medical information is one of patients' as well as human fundamental rights. The issue regarding medical information, its scope, and potential recipients thereof, gives rise to a great deal of controversy concerning the physician-patient relationship. It is subject to debate whether or not to reveal the whole truth about a serious prognosis, and who is to be informed – the patient or their family – of the medical condition, course of

treatment, and prognosis. According to the Medical Code of Ethics, an inpatient has a right to be helped by their family or friends, and to meet a priest, hence a physician should treat the family of a patient with respect and consideration (Art. 19).

Translated by Tomasz Palkowski

Słowa kluczowe: prawo do informacji medycznej, adresaci informacji medycznych, rodzina pacjenta.

Key words: right to obtain medical information, recipients of medical information, patient's family.