

Dr nauk prawnych, lek. Med. Iwona Wrześniewska-Wal
*Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie*

Spotkanie z chorym: dobro, prawda i piękno. Przykłady z orzecznictwa sądów lekarskich

Meeting with the sick: good, truth and beauty.

Examples from the jurisprudence of medical courts

Abstrakt:

Artykuł porusza temat spotkania lekarza w trudnej dla człowieka sytuacji choroby, niepokoju i lęku o przyszłość. Lekarz wykonuje swoje obowiązki związane z postawieniem diagnozy i leczeniem. Obowiązki te winny być oparte na poszanowaniu pewnych wartości, które chronione są przepisami prawa i normami deontologicznymi. Jednak orzeczenia sądów lekarskich wskazane w artykule, ukazują pewne nieprawidłowości, które nie powinny zaistnieć. Spotkanie lekarz – pacjent powinno być przede wszystkim spotkaniem człowieka z człowiekiem.

Słowa kluczowe: chory, lekarz, sądy lekarskie

Abstract:

The article discusses the subject of a doctor's meeting in a difficult situation for a person, anxiety and fear for the future. The doctor performs his duties related to the diagnosis and treatment. These obligations should be based on respect for certain values that are protected by law and deontological standards. However, the judgments of the medical courts indicated in the article, which show some irregularities that should not exist. Meeting a doctor - the patient should be primarily a meeting with a human being.

Key words: patient, doctor, medical courts

Wprowadzenie

Medycyna to szczególna przestrzeń, gdzie człowiek chory, oczekujący pomocy spotyka się z lekarzem. Teodor Heiman, sława etyki medycznej, podkreślał, że medycyna ma za zadanie pomagać ludziom chorym oraz potrzebującym pomocy. Jej problemem właściwym jest i pozostanie nie choroba, lecz człowiek chory” (za: Muszala, 2013). W zależności od osobowości oraz stanu zdrowia, pacjent ma różne oczekiwania wobec spotkania z lekarzem oraz formy w jakiej przekaże mu diagnozę. Jedni widzą w lekarzu osobę posiadającą szczególną wiedzę, bo odnosząca się do najważniejszych wartości jak zdrowie i życie. Lekarz jest dla nich nauczycielem, doradcą. Zazwyczaj tacy pacjenci potrzebują informacji o metodach diagnostyki i leczenia. Niewiedza i niezrozumienie, co się wokół niego dzieje, wywołuje stan

napięcia i lęku, co utrudnia terapię (Orzeszyna, 2001). Z kolei inni pacjenci mają wątpliwości, co konieczności wdrożenia leczenia i oczekują od lekarza dodatkowych badań oraz konsultacji u innych specjalistów (Wrześniewska-Wal, 2017). Wielu pacjentów oczekuje, że lekarz będzie nie tylko autorytetem, ale i powiernikiem, partnerem w rozmowie (Zaborowski, 1990). Stąd w trakcie swojej praktyki lekarze oprócz diagnozy i terapii, powinni wykazywać dużo cierpliwości i wytrwałości. Należy w chorym znaleźć partnera, który oczekuje wsparcia pociechy i troski. Nie można zapominać, że decyzji o poszukiwaniu pomocy u lekarza towarzyszy lęk i niepokój (Zaborowski, 1990). Z tego powodu powinno opierać się na takich wartościach jak: dobro, prawda i piękno.

1. Wiedza i etyka

Spotkanie z człowiekiem chorym rodzi wobec lekarza szczególne zobowiązania, szczególnie, gdy człowiek oddany jego pieczy jest poważnie zagrożony przez śmierć, chorobę lub kalectwo (Olejnik, 1995). Nie bez powodu zatem fundament zawodu lekarza stanowi zasada: „*Primum non nocere*” („Przed wszystkim nie szkodzić”). Zawód lekarza wymaga określonych kompetencji i postawy etycznej.

W zakresie kompetencji fundamentalne znaczenie ma art. 4 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W myśl tego przepisu lekarz ma wykonywać swój zawód: „zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością” (Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, 1996). Powyższe obowiązki lekarza są dla pacjenta gwarancją fachowej i kompetentnej opieki. Nie jest łatwo sprostać tym obowiązkom. Z jednej strony lekarz jest zobowiązany wykonywać swój zawód stosując reguły wynikające z aktualnej wiedzy medycznej (a nie jakiegokolwiek) (Kopeć, 2016). Z drugiej, ciągły rozwój medycyny i technologii utrudnia samodzielne poszukiwanie przez lekarza uznanych przez środowisko medyczne i skutecznych metod diagnostyczno-terapeutycznych. Oznacza to, że obecnie same studia medyczne nie wystarczą. Lekarz jest prawnie zobowiązany do ciągłego doskonalenia zawodowego (art. 18 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Wiąże się to z regularnym czytaniem odpowiedniej literatury fachowej i wdrożenia jej w praktyce. Pomagają w tym tworzone przez ekspertów wytyczne, zalecenia, wskazówki oraz schematy, które dotyczą działań zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych (Zieliński, 2016). Te zbiory rekomendacji oparte na obiektywnych dowodach (Evidence-Based Medicine -EBM) określane są mianem „standardów medycznych”. Równolegle

wprowadzone zostały standardy w formie rozporządzeń na podstawie delegacji z ustawy o działalności leczniczej (Ustawa o działalności leczniczej, 2011). Obejmują takie dziedziny jak: anestezjologia, opieka okołoporodowa, patomorfologia. Powyższe standardy określają poszczególne elementy opieki medycznej w danej dziedzinie m.in. zakres niezbędnych badań diagnostycznych, świadczeń profilaktycznych i leczniczych, a także miejsce ich udzielania (Rek, Hajdukiewicz, 2016).

Postawa etyczna lekarza winna przejawiać się w cechach i zachowaniach godnych, i zasługujących na powszechny szacunek. Ustawodawca często w sposób opisowy określa powyższe cechy jako: „nieskazitelny charakter” i „rękojmia prawidłowego wykonywania zawodu” (zakres tego pojęcia obejmuje również odpowiedni poziom kwalifikacji zawodowych), (TK, 2007).

Kompetencje do skodyfikowania zasad etyki lekarskiej zostały przyznane Krajowemu Zjazdowi Lekarzy (art. 38 ust. 1 Ustawy o izbach lekarskich, 2009). Na tej właśnie podstawie został uchwalony przez Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy obecnie obowiązujący Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL, 2004). Ponadto przepisy tej ustawy nakładają na władze samorządu lekarskiego obowiązek upowszechniania zasad etyki oraz dbałości o ich przestrzeganie (Ustawa o izbach lekarskich, 2009).

Etyka i przepisy prawa mają pewne cechy wspólne. Obie te dziedziny dotyczą zachowań człowieka. Etyka lekarska jest ściśle związana z prawem. W większości państw istnieją przepisy prawa stanowiące o tym, jak lekarz powinien odnosić się do pacjenta (Williams, 2005). Jeden z najbardziej znanych polskich lekarzy, który był przeciwnikiem kodyfikacji etyki Władysław Biegański podkreślał, iż dobrym lekarzem nigdy nie będzie ten, kto nie jest dobrym człowiekiem. Do cnót dobrego lekarza zaliczał zarówno te, które wynikają z przepisów prawa, jak i zasad etycznych: wytrwałość, samodzielność, godność, sprawiedliwość, obowiązkowość, sumienność i życzliwość (Raniszewska-Wyrwa, 2013).

2. Styl pracy lekarza (piękno)

Spotkanie z chorym wymaga od lekarza dobrego i solidnego przygotowania, czyli kompetencji. Dobre wykonanie zadań stojących przed lekarzem zależy nie tylko od zdobytej wiedzy, ale również od jego pracy (Olejnik, 1995). Każdy lekarz podczas spotkań z chorymi, tworzy swój własny styl pracy, po części obserwując swoich nauczycieli akademickich, innych lekarzy oraz pod wpływem pierwszych doświadczeń zawodowych (Zaborowski, 1990). Lekarz winien być pracowity i sumienny. Pracuje rzetelnie, bo rozumie, że jego praca ma głęboki sens: niesie ludziom dobro (Olejnik, 1995). Na konieczność solidnej pracy zwraca uwagę art. 8

Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL): „Lekarz powinien przeprowadzić wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”. Orzeczenia sądów lekarskich wielokrotnie wskazują, iż lekarze nie poświęcają pacjentom odpowiedniej ilości czasu. W jednej ze spraw pacjent został przywieziony do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) z powodu przejściowej utraty świadomości i towarzyszących zaburzeń oddechowych. Pacjent od wielu lat chorował na stwardnienie rozsiane, skutkiem czego był zaawansowany niedowład kończyn górnych i dolnych. Dyżur na SOR pełniła lekarz internista, która zdaniem Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) nie dopełniła należytej staranności podczas opieki nad pacjentem od godz. 10:23 do godz. 14:30. Pani doktor nie przeprowadziła pogłębionej diagnostyki, nie zainteresowała się wykonanymi wynikami badań, nie wezwała na konsultację specjalistów; podając płyny we wlewie dożylnym nie dopilnowała, aby został założony cewnik kontroli diurezy, nie wiedząc przy tym, czy pacjent nie cierpi na anurię (bezmocz). Ponadto, lekceważąc posiadane informacje o stanie pacjenta nie nadzorowała monitorowania pacjenta, w sposób niewłaściwy przekazała informację o stanie jego zdrowia innemu lekarzowi, co w konsekwencji doprowadziło do zgonu pacjenta. W trakcie rozprawy przed sadem lekarskim obwiniona lekarka przyznała się do popełnienia zarzucanych jej czynów. Wyjaśniła, że tego dnia brakowało jej czasu, opiekowała się wieloma pacjentami. Miała świadomość, że pacjent jest w bardzo złym stanie, lecz były również trudności organizacyjne związane z tym, że nie można było od razu przenieść pacjenta na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM). Obwiniona potwierdziła, że szybko i niestarannie przekazała informacje o pacjentach swojemu koledze, który rozpoczął dyżur. Wiązało się to z faktem, że śpieszyła się mając do załatwienia prywatne sprawy poza szpitalem. Nie umiała również wytłumaczyć, dlaczego nie podała pacjentowi w tak ciężkim stanie antybiotyku. Okręgowy Sąd Lekarski (OSL) uznał lekarkę winną zarzucanych jej czynów. Orzekając o karze OSL w Warszawie wziął pod uwagę postawę obwinionej, która przyznała się do popełnienia zarzucanych jej czynów i wyraziła skruchę, przeprosiła żonę zmarłego (OSL, 2016).

Powyższy przykład pokazuje, że została naruszona fundamentalna zasada „*Salus aegroti suprema lex esto*” („Dobro chorego powinno być najwyższym nakazem”). Logicznym wnioskiem, jaki z niej wypływa, jest to, że pacjent nie powinien być nigdy pozbawiony opieki medycznej. Dobry lekarz unika pracy gorączkowej, czyli nieuzasadnionego pośpiechu (Olejnik, 1995).

Pośpiech, szczególnie w pracy lekarza, może prowadzić do dehumanizacji i automatyzacji. Tym niemniej, w medycynie często są sytuacje, gdy pośpiech jest usprawiedliwiony (np. w sytuacji zagrożenia życia). Jednak pośpiech nie może być

regułą w zwykłym trybie działań lekarskich (Olejnik, 1995). Poświęcając pacjentowi czas lekarz buduje zaufanie. Korzyści z takiego spotkania są obopólne: lekarz może dokładnie zebrać wywiad i zbadać pacjenta przedmiotowo, pacjent uspokaja się, bo może dokładnie opowiedzieć o swoich dolegliwościach i bólu (Muszala, 2014). Spotkanie lekarza z chorym, to - z jednej strony fachowość i kompetencja zawodowa, z drugiej zaś – poświęcenie pacjentowi swojej uwagi, odpowiedniego czasu (Wrześniewska-Wal, 2016).

3. Doskonalenie zawodowe (dobro)

Na spotkanie z chorym lekarz musi być przygotowany. Im mniejsza jest jego wiedza i doświadczenie, tym mniej wprawnie nawiązuje kontakt z chorym (Zaborowski, 1990). Sumiennosc i obowiazkowość lekarza to ważny element jego pracy. Niesumienne wykonywanie obowiazków przez lekarza może doprowadzić do wyrządzenia pacjentowi szkody (Olejnik, 1995). Młodzi lekarze składają przyrzeczenie lekarskie, zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej, że będą „stałe poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić” (KEL, 2004). W ten sposób przyrzekają stałe aktualizować swoją wiedzę.

Postulat i obowiązek pogłębiania swojej wiedzy stawia przed lekarzami art. 56 „Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych (...)” (KEL, 2004). Doskonalenie wiedzy lekarskiej może odbywać się w drodze specjalizacji. Najlepiej w oparciu o relacje mistrz-uczeń. Art. 56 KEL podkreśla, że swoją wiedzę i umiejętności zawodowe lekarz powinien przekazywać współpracownikom. Ponadto art. 56 ust. 2 cytowanego Kodeksu wskazuje, że „lekarze w miarę możliwości, winni brać czynny udział w pracach towarzystw lekarskich” (KEL, 2004). W diagnozie czy leczeniu pacjentów lekarz nie może stosować metod przestarzałych i ogólnie przyjętych za nieracjonalne (KEL, art. 57). Droga pogłębiania wiedzy jest istotna z punktu widzenia art. 6 KEL, który daje lekarzowi swobodę w zakresie wyboru metod postępowania. Doktryna potwierdza, że „swoboda decyzji zawodowych podejmowanych przez lekarza nie stanowi wartości samej w sobie, ale jest podporządkowana ogólnej zasadzie troski o dobro chorego (Urbaniak, Cofta, 2015), ale również wyrazem zaufania do jego wiedzy (Olejnik, 1995). Dalsza część tego przepisu wskazuje na ograniczenia: po pierwsze lekarz powinien podejmować tylko takie czynności medyczne, które uzna za najskuteczniejsze dla chorego, po drugie są one rzeczywiście pacjentowi potrzebne zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej (Urbaniak, Cofta, 2015).

Sprawę wyboru skutecznej metody leczenia rozstrzygał sąd lekarski. We wniosku o ukaranie Okręgowy Sąd Lekarski wskazał, że lekarz bez specjalizacji z chirurgii, wybrał niewłaściwą metodę operacji żylaków odbytu przez co naraził pacjentkę na wznowę hemoroidów IV stopnia w odstępie kilku miesięcy po zabiegu. Pacjentka zgłosiła się do lekarza rodzinnego z powodu nawracających krwawień z odbytnicy. Zgodnie z zaleceniami wykonała badanie rektoskopowe, które wykazało konieczność przeprowadzenia operacji hemoroidów. Na skierowaniu na operację lekarz wykonujący badanie określił stopień zaawansowania choroby jako IV. Zabieg w znieczuleniu miejscowym, wykonał lekarz obwiniony. Podczas zabiegu nie usuwał żylaków zewnętrznych a wykonał jedynie zabieg wewnątrz bańki odbytnicy polegający na zmniejszeniu masy występującego tam splotu żylnego wewnętrzznego. Po tygodniu od zabiegu pokrzywdzona zgłosiła się do obwinionego z powodu bólu i krwawienia z odbytu. Podczas tego spotkania obwiniony zapewnił pacjentkę, że leczenie przebiega prawidłowo. Jednak po kilku dniach pacjentka została zawieziona do szpitala, gdzie z powodu dużego krwawienia z odbytu przetoczono jej krew w celu wyrównania znacznego ubytku morfologii. Kolejny krwotok z odbytnicy wymagał pilnej operacji z powodu żylaków odbytu w IV stopniu zaawansowania. W niniejszej sprawie została sporządzona opinia biegłego z której wynikało, że ponowne pojawienie się choroby hemoroidalnej IV stopnia w odstępie kilku miesięcy od operacji jest mało prawdopodobne. Oznacza to, że obwiniony wykonał zabieg o niższym stopniu radykalności niż wymagał to stan pacjentki. Zdaniem OSL (Okręgowy Sąd Lekarski) jednoznacznie udowodniono, że wybrana przez obwinionego metoda była nieskuteczna w tak dużym tj. IV stopniu zaawansowania choroby i nie powinna być zastosowana u skarżącej (OSL, 2015). Analizując powyższy przykład warto zwrócić uwagę, na fakt, że otrzymanie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu” pozwala lekarzowi na wykonywanie zawodu, bez konieczności uzyskania dodatkowych kwalifikacji np. szkolenia specjalizacyjnego. Zdanie egzaminu specjalizacyjnego i posiadanie tytułu specjalisty jest jedynie warunkiem formalnym w przypadku objęcia niektórych stanowisk (np. ordynatora) oraz pełnienia funkcji (np. konsultanta wojewódzkiego). Nie jest warunkiem wykonywania zawodu lekarza. Oznacza to, że lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu może wykonywać wszelkie czynności zgodne z art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Czy jednak we wszystkich sytuacjach takie przygotowanie do zawodu wystarczy na spotkanie a chorym? Pomocą w tych rozważaniach są zasady etyczne. Art. 10 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi, że „lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe (..)” (KEL, 2004). Oczywiście nie dotyczy to nagłych wypadków i sytuacji zagrożenia życia. Trzeba jednak podkreślić, że lekarz każdym przypadku powinien rozważyć, czy posiada w

tym zakresie potrzebne umiejętności praktyczne oraz aktualną wiedzę medyczną do udzielania tego rodzaju świadczeń. Znakomity polski pediatra Władysław Szenajch w przemówieniu do studentów medycyny z okazji otwarcia Akademii Medycznej w Gdańsku powiedział: „Dwa czynniki tworzą dobrego lekarza: wiedza i etyka” (Olejnik, 1995).

4. Tajemnica lekarska (prawda)

Lekarz z racji swojego zawodu zbierając wywiad z pacjentem, poznaje jego historię życia, niekiedy bardzo osobiste szczegóły jego stanu zdrowia. Pacjent podczas spotkania z lekarzem, oczekując od niego pomocy, przekazuje mu informacje poufne, intymne i prawdziwe. Ta prawda o pacjencie objęta jest tajemnicą lekarską. W tradycyjnym sposobie wykonywania zawodu lekarza, w kontakcie dwóch osób: lekarza i pacjenta, słowa i spostrzeżenia pozostawały między nimi. Zachowanie lub niezachowanie tajemnicy lekarskiej zależało wyłącznie od przestrzegania przez lekarza zasad etyki (Brzeziński, 2011).

Normy deontologiczne wystarczały. Jednak postęp w medycynie, szczególnie w obszarze metod diagnostycznych i terapii sprawił, że człowiek chory ma obecnie kontakt z wieloma osobami wykonującymi różne zawody medyczne. Pacjentem zajmuje się nie jeden, lecz często kilku lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym. Praktyką stało się, że jeden lekarz stawia rozpoznanie, a inny (lub inni) przeprowadza leczenie. Do procesu leczenia włączony jest też inny personel: pielęgniarz, laboranci, rehabilitanci itp. (Zielińska, 2001). Ponadto nowe zagrożenia pojawiły się w związku z używaniem w praktyce medycznej urządzeń elektronicznych do przechowywania danych (Brzeziński, 2011).

Obecnie rozwiązania technologiczne pozwalają, aby dane pacjenta były: zbierane, gromadzone, przetwarzane i przechowywane w tzw. „chmurach” danych.

W związku z tym pojawiła się konieczność uregulowania tajemnicy lekarskiej na poziomie ustawowym. Zakres tajemnicy lekarskiej oraz zwolnienie z obowiązku jej zachowania reguluje art. 40. Ustawy o zwodzie lekarza i lekarza dentystry. Tajemnicą lekarską objęte są wszelkie informacje związane z pacjentem, jakie lekarz uzyska w związku z wykonywaniem zawodu. Powyższy obowiązek obejmuje nie tylko informacje odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta (m.in. badań diagnostycznych, rozpoznania, metod leczenia czy rokowania), ale również jego sytuacji osobistej, zawodowej lub majątkowej. Szerzej definiuje tajemnicę lekarską Kodeks Etyki Lekarskiej. W art. 23. czytamy, że tajemnica ta dotyczy także otoczenia pacjenta (Sobczak, 2016). Nie ma znaczenia, w jaki sposób lekarz zdobył informacje o pacjencie (np. z dokumentacji medycznej, podczas konsultacji, podczas obchodu na

oddziale). Istotne, że w związku z realizacją określonych zadań wynikających pośrednio lub bezpośrednio z wykonywaniem zawodu lekarza, ma obowiązek dochowania tajemnicy lekarskiej (Wąsik, 2018).

Jednak zachowanie tajemnicy lekarskiej nie jest wartością bezwzględną. Niejednokrotnie lekarz stoi przed wyborem między dwiema wartościami. Z etycznego punktu widzenia jest konieczność wyboru większego lub mniejszego zła. Stąd KEL, ale i przepisy prawa przewidują sytuacje, w których tajemnica przestaje obowiązywać (Brzeziński, 2011). Powyższe sytuacje można podzielić na dwie grupy: pierwsza zawiera okoliczności, w których ujawnia się brak interesu pacjenta w dalszym zachowaniu poufności (np. wyrażenie przez pacjenta zgody na ujawnienie tajemnicy) albo w których zachowanie poufności może powodować niebezpieczeństwo dla jego zdrowia i życia; druga grupa, to okoliczności związane z istotnym interesem publicznym lub interesem osób trzecich w uchyleniu poufności (Safjan, 1998). W wymienionych przypadkach ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie (określonym przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego).

Opierając się na powyższych zasadach warto prześledzić na przykładzie orzeczenia OSL, jak nie powinien zachowywać się lekarz, odstępując od zasady bezwzględnego zachowania tajemnicy. W analizowanej sprawie zarzut OROZ (Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej) dotyczył naruszenia tajemnicy lekarskiej przez lekarzkę - dentystę, która przekazała dokumentację medyczną pacjenta (swojego męża) sądowi cywilnemu, przy czym sąd o wydanie tej dokumentacji wprost nie wnosił. Sąd cywilny jedynie zobowiązał lekarz dentystę do udzielenia odpowiedzi na pozew z podaniem wszystkich twierdzeń i dowodów pod rygorem pominięcia ich w toku postępowania. Lekarka, jako jeden z dowodów w sprawie złożyła w sądzie cywilnym dokumentację medyczną swojego pacjenta, który jednocześnie był jej mężem na okoliczność sprawowania nad nim opieki medycznej. OSL (Okręgowy Sąd Lekarski) stanął przed zadaniem rozstrzygnięcia czy zaistniały przesłanki wyłączające obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Liczne wątpliwości skłoniły sąd do zastosowania zasady *in dubio pro reo* - art. 5. § 2. k.p.k. (okoliczności niewyjaśnione sąd rozstrzyga na korzyść oskarżonego) i uniewinnił lekarzkę (OSL, 2018). Sprawa w wyniku odwołania trafiła do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), który uchylił ww. orzeczenie i przekazał lekarskiemu sądowi okręgowemu do ponownego rozpoznania.

Naczelny Sąd Lekarski zwrócił uwagę na fakt, że tajemnica lekarska obowiązuje bez względu na to czy dany pacjent jest osobą obcą, czy spokrewnioną, powiązaną rodzinnie z lekarzem (NSL, 2018). Powyższe orzeczenie dotyczy dwóch problemów. Pierwszy dotyczy zakresu podmiotowego tajemnicy lekarskiej. Nie ma

wątpliwości, że zawsze jest to pacjent, niezależnie od tego, jakie inne relacje łączą tego pacjenta z lekarzem (np. rodzinne, zawodowe, towarzyskie). Po drugie, sytuacje zwolnienia z zachowania tajemnicy są wyraźnie wymienione w art. 25. Kodeksu Etyki Lekarskiej a także precyzyjnie uregulowane w art. 40. ust. 2. Ustawy o zwodach lekarza i lekarza dentystry. Nie ma jednak przepisu, który jednoznacznie upoważniałby sąd cywilny do zwolnienia z tajemnicy lekarskiej. Jedyny przepis art. 261. § 2 k.p.c. dotyczy świadka: „Świadek może odmówić odpowiedzi na pytanie (...), jeżeli zeznanie miałoby być połączone z pogwałceniem istotnej tajemnicy zawodowej”. Natomiast w przedmiotowej sprawie lekarz dentystry, której OROZ (Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej) zarzucił naruszenie tajemnicy była w procesie cywilnym osobą pozwaną. Powstaje wówczas sytuacja, gdy lekarz zmuszony jest wyjawić tajemnicę pacjenta we własnej obronie. „Dobro pacjenta ustępuje wówczas interesowi lekarza, mającemu silniejsze uzasadnienie” (Sośniak, 1989).

Podsumowanie

Spotkanie lekarza i pacjenta jest pod pewnymi względami szczególne. Celem wizyty chorego jest chęć uzyskania pomocy a lekarz ma wolę niesienia tej pomocy (Zaborowski, 1990). Przytoczone w pracy orzeczenia sądów lekarskich wskazują na szereg uchybień, które nie powinny mieć miejsca podczas spotkania lekarz-pacjent. Przytoczone przykłady pokazują, że źródłem niezadowolenia pacjentów może być niekompetencja lekarza, naruszenie tajemnicy lekarskiej oraz rozczarowanie wynikające z niektórych postaw i zachowań lekarza. Chory potrzebuje pomocy i oparcia. Niezależnie od różnorodności tych oczekiwań, człowiek chory nie może być traktowany przedmiotowo. Spotkanie lekarza z chorym winno opierać się na trzech fundamentach: spotkanie dobrego, kompetentnego lekarza; spotkanie osoby, której mogę powiedzieć prawdę i powierzyć najskrytsze tajemnie i spotkanie osoby, która ukaże piękno tej relacji, bo będzie cierpliwa i wyrozumiała.

Bibliografia:

Brzeziński T. (2011), *Etyka lekarska*, Warszawa PZWL.

https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/ethics_manual_polish/

Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. Załącznik do obwieszczenia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 1/04/IV z dnia 2 stycznia 2004 r., Warszawa, NRL 2004.

- Kopeć M. (2016), *Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa Wolters Kluwer.
- Muszala A. (2013), *Kodeks Etyki Lekarskiej. Odcinek 9: Jaki jest cel medycyny?*, *Medycyna praktyczna dla lekarzy* z 5.11.2013 r.
https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/91334,jaki-jest-cel-medycyny-kodeks-etyki-lekarskiej-odcinek-9#1
- Muszala A., Jaranowski P. (2014), Kodeks etyki lekarskiej – odcinek 15: Z należytą starannością, poświęcając swój czas. *Medycyna Praktyczna*, nr 5, s. 1-5
- Olejniki St. (1995), *Etyka lekarska*, Katowice: Wydawnictwo Unia.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z 17 marca 2016 r., sygn. akt OSL 630. 57/2015, niepublikowane.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z 19 lutego 2015 r., sygn. akt OSL.630. 34/2014, niepublikowane.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z dnia 4 stycznia 2018 r., sygn. akt OSL.630.29/17, niepublikowane.
- Orzeszyna J. (2001), Człowiek jako pacjent [w:] *Antonii Kępiński, Sesja naukowa, 25-lecie Oddziału psychiatrycznego w Częstochowie i spotkanie Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*, Częstochowa.
- Raniszewska-Wyrwa A. (2013), Myśl etyczno-medyczna Władysława Biegańskiego (1857-1917), *Studia Philosophiae Christianae*, nr 49 (3), s. 58-59.
- Rek T, Hajdukiewicz D. (2016), *Lekarz a prawa pacjenta. Poradnik prawny*. Warszawa Wolters Kluwer.
- Rozprawa Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 28 czerwca 2018 r., sygn. akt NSL Rep. 56/OWU/18
- Safjan M. (1989), *Prawo i medycyna, Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa, Wydawnictwo Oficyna Naukowa
- Sobczak J. (2016), *Tajemnica lekarska*, *Medyczna Wokanda* nr 8, s. 66
- Sośniak M. (1989), *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
- Urbaniak M., Cofta Sz (2015), Zasady postępowania lekarzy wobec pacjenta – komentarz do art. 6 i 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej, *Medyczna Wokanda*, nr 7, s. 54.
- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009 nr 219 poz. 1708 z późn. zm.)

- Wąsik D. (2018), Tajemnica lekarska w procesie karnym, *Prokuratura i Prawo*, nr 1, s. 128.
- Williams J.R. (2005), *Podręcznik etyki lekarskiej*, Światowe Stowarzyszenie Lekarzy.
- Wrześniewska-Wal I.(2016), Wpływ Kodeksu etyki lekarskiej na wykonywanie zawodu lekarza. *Analiza orzecznictwa i praktyka sądów lekarskich* (w:) A. Białek, M. Wróblewski (red.), *Wybrane aspekty praw człowieka a bioetyka*. Monografia. Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich.
- Wrześniewska-Wal I.(2017), Troska o zdrowie w relacjach lekarz-pacjent, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, nr 4, s. 33-45.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 lipca 2007 r., sygn. K 41/05 (OTK ZU nr 7/A/2007, poz. 72)
- Zaborowski P., (1990), *Filozofia postępowania lekarskiego*, Warszawa: PZWL.
- Zielińska E., (2001) Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej, *Prawo i Medycyna*, nr 9 (vol. 3), s. 39–40.
- Zieliński P. (2016), Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego, *Medyczna Wokanda*, nr 8, s. 191-192.