

Zbigniew Czernicki

## Komunikacja medyczna a zgoda pacjenta poinformowanego

Na przestrzeni ostatnich lat stosunek lekarz – pacjent ulegał stopniowej zmianie. Przez wiele wieków lekarz był dla pacjenta niekwestionowanym autorytetem, przede wszystkim pod względem posiadanej wiedzy, ale również etyki i moralności. Choć nie wszyscy lekarze byli w stanie sprostać wysokim wymogom intelektualnym i etycznym, przez długi czas utrzymywał się stan polegający m.in. na tym, że decyzje lekarza były pacjentowi oznajmiane i nie było zwyczaju, aby o nich dyskutować. Taki stosunek określano jako paternalistyczny – ojcowski. Umacniającym go czynnikiem była różnica w poziomie wykształcenia i wiedzy ogólnej między lekarzami i pacjentami. Wiedza naukowa o zdrowiu i chorobie przez stulecia była dla przeciętnego obywatela wręcz tajemnicza, a rozpowszechniane publicznie informacje miały na celu szerzenie świadomości higienicznej bądź sensacji. Do lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku, a właściwie do momentu upowszechnienia dostępu do Internetu w latach dziewięćdziesiątych, istniała przepaść pomiędzy wiedzą medyczną personelu sprawującego opiekę nad chorym a wiedzą przeciętnego człowieka – pacjenta.

Z mojej praktyki lekarskiej pamiętam przypadek z końca lat sześćdziesiątych XX w., który dobrze obrazuje ówczesną sytuację. Zapytałem pacjentkę w wieku około 60 lat, czy w ostatnim czasie zauważyła u siebie pogorszenie wzroku. Odpowiedziała, że nie. Pytałem dalej, czy w ostatnim czasie zmieniła okulary. Pacjentka popatrzyła na mnie zaskoczona i stwierdziła: „A po cóż mi, panie doktorze, okulary, jeśli ja czytać nie umiem”. Obecnie taka sytuacja byłaby nie do pomyślenia. Wraz z rozwojem poziomu wykształcenia społeczeństwa lekarze musieli zmienić sposób komunikowania się z pacjentami. Panujący obecnie model komunikowania się personelu medycznego z pacjentami określany jest nie jako paternalistyczny, lecz jako partnerski. Takie zresztą wymogi stawiają obowiązujące przepisy, zarówno ustawa o zawodzie lekarza<sup>1</sup>, jak i Kodeks etyki lekarskiej<sup>2</sup>. Zgodnie z zapisami zawartymi

<sup>1</sup> Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996, rozdz. 5, art. 32, art. 35.

<sup>2</sup> Kodeks etyki lekarskiej. Nadzwyczajny VII Zjazd Lekarski, Warszawa 2004, art. 13.

w tych aktach prawnych lekarze są zobowiązani do uzyskania świadomej zgody pacjenta na proponowane leczenie<sup>3</sup>.

W praktyce oznacza to konieczność zindywidualizowania przekazywanej pacjentowi informacji, tj. dopasowania jej zakresu i sposobu podania do potrzeb i możliwości konkretnego pacjenta. Poza nielicznymi przypadkami, gdy pacjentami są kole-dzy lekarze, stosunek lekarz – pacjent charakteryzuje się brakiem symetrii. Lekarz wie więcej na temat budowy i funkcjonowania ludzkiego organizmu, ma ogólną i szczegółową wiedzę medyczną oraz możliwość uzyskania niezbędnych informacji w swoim środowisku i literaturze fachowej. Szczególne wyzwanie dla lekarzy stanowi kontakt z dziećmi i osobami z zaburzeniami psychicznymi<sup>4</sup>. Z pewnymi utrudnieniami w komunikacji wiąże się także kontakt z pacjentem innej narodowości, posługującym się innym językiem i mającym inne zaplecze kulturowe. Jeszcze inną sytuacją, sprawiającą nie mniejsze trudności, jest kontakt z osobą „oczarowaną” wiedzą internetową, która np. za pomocą wyszukiwarki Google przeprowadziła samodzielnie diagnozę swojego stanu zdrowia, a nawet opracowała plan leczenia.

Obecnie w zasadach leczenia przyjmuje się kierunek medycyny spersonalizowanej – zindywidualizowanej, dostosowanej do konkretnego pacjenta. Staje się to możliwe (a nawet jest konieczne) dzięki lepszej diagnostyce (w tym także genetycznej) i zmianie podejścia do chorego, które polega dziś na holistycznym, wykraczającym poza czynniki ściśle medyczne, ujęciu pacjenta w jego doświadczeniu choroby<sup>5</sup>. Owa indywidualizacja dotyczy również komunikacji. Bardzo istotne w procesie porozumiewania się z pacjentem są tryb i sposób przekazywania informacji o chorobie. Rozmowie z chorym należy poświęcić stosowny czas, nie należy się śpieszyć, rozmowa powinna odbyć się w odpowiednich warunkach lokalowych, z zachowaniem intymności i prywatności pacjenta. Powinno to być oddzielne pomieszczenie, a nie sala ogólna. W żadnym wypadku nie można takich rozmów prowadzić na korytarzu szpitalnym. Sposób przekazywania informacji powinien mieć odpowiedni „klimat”, bez charakteru urzędniczego, zimnego, suchego i obojętnego. Tak więc dobrego lekarza powinny charakteryzować empatia i charyzma.

W mojej praktyce rzecznika odpowiedzialności zawodowej spotkałem się z wieloma skargami dotyczącymi braku zapewnienia pacjentowi wyżej opisanych warunków. Były także skargi na to, że lekarz uzyskiwał zgodę na zabieg operacyjny już po podaniu pacjentowi leków uspakajających przed operacją. Lekarz musi pamiętać, że jego obowiązkiem prawnym jest uzyskanie **zgody świadomej**, a taka nie może

<sup>3</sup> D.E. Hall, A.V. Prochazka, A.S. Fink, *Informed consent for clinical treatment*, „Canadian Medical Association Journal” 2012, 184, s. 533–540.

<sup>4</sup> M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 188–217; *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2008, s. 466–553.

<sup>5</sup> Por. m.in. D.E. Hall, A.V. Prochazka, A.S. Fink, *op. cit.*

być uzyskana w sytuacji, gdy świadomość pacjenta, jego możliwość oceny sytuacji jest zmieniona wskutek podanych leków.

Przepisy prawne wskazują także, że informacja przekazywana choremu musi zawierać **uzasadnienie**: dlaczego proponuje się podjęcie określonej procedury leczniczej, czy są w kraju i zagranicą inne dostępne metody leczenia, jakie ryzyko i powikłania niesie proponowana procedura, jakie będą skutki niepodjęcia proponowanego leczenia<sup>6</sup>.

Należy pamiętać, że zadaniem lekarza jest informować, a nie odstraszać chorego. Lekarz nie musi zatem mówić o bardzo rzadko występujących powikłaniach. W orzecznictwie sądowym na ogół przyjmuje się, że rzadkie powikłania to takie, które występują rzadziej niż w 5% procedur. Jeśli jednak pacjent zapyta, czy możliwe jest jakieś rzadkie powikłanie, to lekarz musi odpowiedzieć zgodnie z prawdą. W mojej osobistej praktyce porównuję rzadkie powikłania do zdarzeń dnia codziennego, które pozwalają pacjentowi intuicyjnie wyobrazić sobie skalę możliwości. Formułuję np. takie stwierdzenie, że dane powikłanie występuje nie częściej niż ryzyko wypadku przy przejściu przez jezdnię. W rozmowie z chorym lekarz jest zobowiązany do wyrażenia swojej osobistej opinii, czasami uzupełnionej o opinię ordynatora lub konsylium.

Zgody na zabieg operacyjny przyjmują obecnie różne formy. Zwolennicy szczegółowych tekstów, pełnych drobiazgowych informacji, przedkładają pacjentom długie formularze, czasami w postaci wielostronicowych książeczek. Aby wyrazić świadomą zgodę na daną procedurę medyczną, chory musi dysponować odpowiednio długim czasem na namysł, na rozmowę z bliskimi itd. Najdłuższe teksty zgód mają miejsce w medycynie estetycznej. Jeśli zabieg operacyjny możemy wykonać planowo, a pacjent nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody (np. z powodu zaburzeń świadomości), musimy zwrócić się do sądu. We wniosku sądowym muszą się znaleźć informacje o chorobie i leczeniu, takie same jak w informacji dla chorego.

Pamiętam pacjentkę, około pięćdziesięcioletnią, u której przypadkowo zdiagnozowano tętniak tętnicy środkowej mózgu o największym wymiarze około 8 mm. Takie tętniaki kwalifikuje się do zabiegu zamykającego światło tętniaka. Pacjentka zapytała, czym grozi odstępnie od operacji. Wyjaśniłem jej, że ryzyko pęknięcia tętniaka wynosi około 1,5% rocznie<sup>7</sup>. Następstwem pęknięcia jest w około 50% przypadków śmierć na miejscu, pozostałe 50% chorych trafia do szpitala – połowa z nich (czyli 25% wszystkich przypadków) wychodzi bez szwanku, podczas gdy druga połowa, jeśli przeżyje, obarczona jest różnymi objawami ubytkowymi. Pacjentka upewniła się: „A więc w połowie przypadków śmierć następuje nagle. To piękna śmierć i będę na to czekać”. Z wywiadu dowiedziałem się, że rodzina pacjentki

<sup>6</sup> Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008, rozdz. 3, 5.

<sup>7</sup> To oznacza, że wraz z upływem lat ryzyko pęknięcia tętniaka ulega skumulowaniu. Przykładowo, jeśli pacjentka ma 50 lat i dożyje wieku 80 lat, to ryzyko wyniesie wtedy łącznie 45%.

opiekowała się nieprzytomnym chorym w bardzo ciężkim stanie i to doświadczenie wpłynęło na jej decyzję. Jako lekarze jesteśmy zobowiązani uszanować wolę pacjenta po upewnieniu się, że uzyskaliśmy jego świadomą zgodę i że nie ma on zaburzeń psychicznych.

Ogólna zasada w medycynie jest taka, że zabiegów nie wykonujemy na życzenie pacjenta (wyjątek stanowi tu medycyna estetyczna). Staramy się jednak, w miarę możliwości, spełniać życzenia pacjenta dotyczące planowanych procedur medycznych: ich typu lub przebiegu. W mojej specjalności (w neurochirurgii) może to być np. zminimalizowanie obciążenia włosów podczas wykonywania operacji. Innym przykładem, bardziej problematycznym, jest żądanie świadków Jehowy, aby nie przetaczać im krwi podczas operacji. Jako lekarze możemy stwierdzić, że spełnienie takiego warunku nie leży w naszych możliwościach. Są bowiem wypadki, np. przy rozległych operacjach kręgosłupa, kiedy występuje znaczna utrata krwi i transfuzja jest konieczna. W niektórych ośrodkach można operację wykonać przezskórnie, zmniejszając utratę krwi. Należy jednak dysponować odpowiednim sprzętem i doświadczonym personelem, ale nawet wtedy ze wskazań medycznych nie każdy pacjent kwalifikuje się do takiego typu operacji. Innym przykładem stosowania różnych sposobów leczenia, które uzgadnia się w porozumieniu z pacjentem, jest postępowanie w sytuacji wykrytego przypadkowo niepełkniętego tętniaka tętnicy mózgu. Tętniak może być zamknięty klipsem w czasie operacji z otwarciem czaszki lub wyłączony z krążenia drogą wewnątrznaczyniową, czyli bez klasycznej operacji. Istnieją zasady medyczne preferujące zastosowanie jednej lub drugiej metody; wybór zależy też od doświadczeń danego ośrodka<sup>8</sup>.

Z podobną sytuacją mamy do czynienia w wypadku pacjentów zaniepokojonych nowymi dolegliwościami, którzy zgłaszają potrzebę przeprowadzenia diagnostyki pod wpływem informacji zaczerpniętych np. z Internetu. Zawsze należy dokładnie ocenić sytuację pacjenta i zasadność jego obaw o stan zdrowia. Nie możemy spełniać nieuzasadnionych życzeń pacjentów domagających się wykonania badań. Ponieważ całość odpowiedzialności za zdrowie obywateli ponosi państwo, dolegliwości powinny być zgłaszane lekarzowi pierwszego kontaktu, który wystawia stosowne skierowanie na badania. Badania nieobciążone ryzykiem (np. badanie ostrości wzroku) lub z ryzykiem minimalnym (np. badanie krwi) mogą być wykonywane odpłatnie na życzenie pacjenta bez skierowania lekarskiego. Natomiast na odpłatne prześwietlenie rentgenowskie, które jest badaniem inwazyjnym i nie pozostaje obojętne na ludzki organizm, musi być wystawione skierowanie lekarskie, potwierdzające konieczność jego wykonania.

---

<sup>8</sup> Jako ilustrację przytoczę anegdotę. Zapytałem kiedyś najbardziej doświadczonego na świecie neurochirurga naczyniowego o to, w jakiej sytuacji w jego ośrodku stosuje się metodę wewnątrznaczyniową. Odpowiedział mi: „Wtedy kiedy jestem na urlopie”.

Po wyrażeniu zgody na daną procedurę medyczną pacjent może w każdej chwili tę zgodę wycofać. Jeśli zdecyduje się na taki krok bezpośrednio przed operacją, jest to dla zespołu medycznego duży problem. Z mojego doświadczenia wynika, że w przewidywaniu takich sytuacji pomocne bywa wsparcie rodziny chorego<sup>9</sup>.

Dużym utrudnieniem we współczesnej medycynie, wpływającym na jakość relacji z pacjentami, także w zakresie świadomej zgody, jest ekonomizacja usług medycznych. Wiadomo, że w wyborze sposobu leczenia musimy kierować się zasadami medycyny opartej na faktach (ang. *Evidence Based Medicine*, w skrócie *EBM*), ale powszechnie, nie tylko w naszym kraju, musimy uwzględniać także medycynę opartą na ekonomii (ang. *Value Based Medicine*, w skrócie *VBM*). W praktyce takie podejście sprowadza się do dokładnego liczenia kosztów procedur medycznych i ograniczenia czasu wizyty u lekarza do około 20 minut. Ekonomizacja pracy lekarza sprawia, że pacjent ma ograniczone możliwości porozmawiania z lekarzem odpowiedzialnym za jego leczenie – lekarzem prowadzącym. Może on być na dyżurze, a po dyżurze obowiązujące przepisy prawne sprawiają, że lekarz opuszcza oddział. W oddziałach zabiegowych z kolei kontakt z chorym ogranicza nieobecność lekarza z powodu jego udziału w zabiegach operacyjnych. Zwiększenie czasu przeznaczanego na kontakt z chorym, co z pewnością przełożyłoby się na poprawę jakości opieki medycznej, wymagałoby zwiększenia liczby lekarzy, a to nie jest możliwe (a przynajmniej jest bardzo trudne) ze względu na małą liczbę lekarzy i ograniczone środki finansowe. Narodowy Fundusz Zdrowia przewiduje zbyt mało czasu na jednego pacjenta. Dostęp do lekarza, który formalnie leczy i odpowiada za chorego, jest systemowo ograniczony także dlatego, że po południu na dyżurze często bywa lekarz z innego oddziału lub nawet z innego szpitala.

Współcześnie kontakty między lekarzami i pacjentami często przebiegają niewłaściwie. Dowodzą tego liczne skargi pacjentów. Lekarzom brakuje przygotowania psychologicznego i prawnego oraz czasu i odpowiednich warunków, aby po prostu być z pacjentem. Mam nadzieję, że wprowadzenie na polskich uczelniach medycznych obowiązkowych zajęć z komunikacji medycznej pomoże przyszłym lekarzom, pielęgniarkom, położnym i innym pracownikom opieki medycznej budować dobre relacje z pacjentami. W tym procesie niezwykle ważne jest także korzystanie z wzorców przekazywanych przez nauczycieli, autorytety w danej dziedzinie, a także gromadzenie własnego doświadczenia.

Jako podsumowanie tej krótkiej wypowiedzi wymieniałbym następujące, najważniejsze według mnie kwestie dotyczące komunikacji z pacjentem i jego świadomej zgody. Prawidłowa relacja lekarz – pacjent ma charakter partnerski, a nie paternalistyczny. Tak też stanowią obowiązujące przepisy prawne. Pacjent musi podjąć decyzję o leczeniu świadomie. Wiedza pacjenta na temat choroby (nawet pogłębiona przez informacje internetowe) nie może być porównywalna z wiedzą

<sup>9</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa Pacjenta*, Warszawa 2001, s. 225–317.

lekarza specjalisty. Do obowiązku lekarza należy przekazanie pacjentowi informacji o chorobie zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Informacja musi być zrozumiała dla pacjenta, czyli dopasowana do jego wykształcenia, wieku, możliwości poznawczych, środowiska, z którego pochodzi. Sposób przekazania pacjentowi informacji nie powinien być suchy i obojętny, to musi być odpowiednia narracja. Lekarz nie może odstraszyć pacjenta i zniechęcić do leczenia, opowiadając o bardzo rzadkich powikłaniach znanych z własnej praktyki albo z literatury. Przy możliwości stosowania różnych metod leczenia lekarz powinien przedstawić własne stanowisko, które pacjent zaakceptuje lub odrzuci. W przypadku braku akceptacji lekarz może nie zgodzić się z wyborem pacjenta. Wtedy warto zorganizować konsylium z udziałem ordynatora lub innych specjalistów, a w skrajnym przypadku pacjent może zostać odesłany do innego specjalisty.

Przy obecnej ekonomizacji usług medycznych lekarze mają mało czasu dla wytworzenia odpowiedniej atmosfery rozmowy z chorym. Pacjent leczony jest w szpitalu przez różnych lekarzy, gdyż jego lekarz prowadzący obciążony jest wieloma innymi obowiązkami. W czasie studiów medycznych przekazujemy studentom zbyt mało informacji o psychologii leczenia. Wynikające z czynników ekonomicznych skrócenie czasu na kontakt z pacjentem sprawia, że narracja lekarza powinna być z jednej strony oparta na wiedzy medycznej, z drugiej zaś – poszerzona o ważne elementy psychologii. Do takich warunków pracy z pacjentem trzeba przyszłych lekarzy odpowiednio przygotować. Jest to bardzo ważne i trudne zadanie dla uczelni medycznych.

## Bibliografia

- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa Pacjenta*, Warszawa 2001, s. 225–317.
- Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 188–217.
- Hall D.E., Prochazka A.V., Fink A.S., *Informed consent for clinical treatment*, „Canadian Medical Association Journal” 2012, 184, s. 533–540.
- Kodeks etyki lekarskiej. Nadzwyczajny VII Zjazd Lekarski*, Warszawa 2004, art. 13.
- Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008*, rozdz. 3, 5.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2008, s. 466–553.