

## **Komunikowanie się lekarza z pacjentem – potencjalne źródła konfliktu**

*Rafał S. Wnuk*

Czerpiąc wiadomości z tzw. publikatorów, a także śledząc przebieg całkiem poważnych dysput uznanych autorytetów niejednokrotnie można by odnieść wrażenie, że lekarz z założenia chce źle dla chorego i za wszelką cenę należy mu w tym przeszkodzić! W związku z tym dowodów na temat źródeł konfliktu ze strony lekarzy jest aż nadto. Niniejsze opracowanie nie ma za zadanie negowanie zdarzających się faktów, ani nie jest próbą oskarżania kogokolwiek. Jest jedynie próbą wskazania innych potencjalnych źródeł konfliktu niezależnych od lekarzy.

Jak powiedział jeden z gigantów medycyny z przełomu XIX i XX wieku, William Osler, „Medycyna jest nauką o niepewności i sztuką prawdopodobieństwa”. Pomimo rewolucyjnego postępu w technologii medycznej słowa te do dzisiaj nie straciły nic na aktualności. Medycyna nie jest nauką ścisłą w tym znaczeniu, że pojęcie normy, czyli zarówno stanu zdrowia prawidłowego (fizjologia), jak i nieprawidłowego (patologia) oparte są na statystycznie określonym najczęstszym występowaniu danych objawów, czy oznaczanych wyników badań. W przeciwieństwie do świata nieożywionego, gdzie prawie wszystko wydaje się możliwe do wyliczenia i przewidzenia, w organizmie żywym mogą się zdarzyć odchylenia od wyżej wymienionej normy, będące fizjologią lub patologią dla danego osobnika. A ponieważ lekarza musi zawsze interesować ten konkretny pacjent, który się do niego zgłosił po pomoc, musi on podjąć właściwą decyzję we właściwym momencie w odniesieniu do tego pacjenta. Dlatego m.in. nie można wprowadzić danych chorego do komputera licząc na sukces diagnostyczno-terapeutyczny.

Zawód lekarza też jest jednym z najstarszych zawodów świata. Począwszy od człowieka pierwotnego w każdej jaskini, szczepie czy wiosce zawsze znajdował się jeden osobnik, który zajmował się zielarstwem, opatrywaniem ran, odprawianiem czarów. Ponadto medycyna i choroby były i są jednym z najczęstszych tematów rozmów towarzyskich, a każdy uczestnik wykazuje się znawstwem tematu. Stąd wziął się słynny eksperyment Stańczyka, który w XVI wieku krążył po rynku krakowskim z obwiązaną gębą sugerującą ból zęba. Nie było ponoć osoby, która nie udzieliłaby mu stosownej porady. Tym samym udowodnił swoją rację, że spośród grup zawodowych najwięcej jest lekarzy. Pomimo rozwoju techniki niewiele się od tego czasu zmieniło, skoro tak wielką wagę przypisuje się

doradom popularnej dziś Goździkowej. Oprócz całej rzeszy uzdrowicieli czy bio-energoterapeutów przybył natomiast jeszcze jeden konkurent – Internet. Dzisiaj każdy, kto umie się posługiwać komputerem, może sobie przeczytać o swojej chorobie, objawach, leczeniu i rokowaniu. Niestety nie zawsze są to informacje rzetelne i wiarygodne.

Na szczęście nigdy nie podważano konieczności istnienia zawodu lekarza. Być może wynika to z faktu, że we współczesnym świecie, zwłaszcza tzw. cywilizowanym, prawie każdy człowiek wcześniej czy później korzysta z pomocy lekarskiej.

Próby opisanie środowiska lekarskiego jako jednolitej grupy napotykają na bardzo duże trudności. Wynika to przede wszystkim z dużego zróżnicowania specjalizacji lekarskich. Wszyscy kończą te same studia na wydziale lekarskim, jednak po uzyskaniu dyplomu lekarza drogi się rozchodzą. Wybierany jest kierunek specjalizacji. Warto w tym miejscu przytoczyć, że zgodnie z odpowiednimi ustawami mamy 37 specjalności lekarskich w podstawowych dziedzinach medycyny (np. chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, ale też diagnostyka laboratoryjna, epidemiologia, zdrowie publiczne) i 31 w dziedzinach szczegółowych (np. diabetologia, kardiologia, nefrologia, ale też balneologia i medycyna fizykalna, farmakologia kliniczna)<sup>1</sup>. Ponadto na liście umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny jest 48 pozycji (np. hepatologia, kardiologia interwencyjna, ale też anatomia kliniczna, leczenie żywieniowe, orzecznictwo lekarskie)<sup>2</sup>. Daje to obecnie w sumie 116 możliwych dróg rozwoju zawodowego, a nie są to z pewnością listy zamknięte. Już sama świadomość tak dużej różnorodności tłumaczy trudności w traktowaniu tej grupy zawodowej jako jednolitej.

W ciągu ostatnich dwóch stuleci zmieniły się radykalnie wzajemne stosunki lekarz – pacjent. Od zarania medycyny przyjmowano model paternalistyczny. To lekarz posiadał wiedzę i odpowiednie kompetencje w zakresie podejmowanych działań medycznych, a pacjent całkowicie oddawał się w jego ręce. Wieki XIX i XX przyniosły w tej kwestii radykalną zmianę. Wynikała ona z jednej strony z rozwoju nowych technik diagnostycznych i terapeutycznych, z drugiej zaś – z upowszechnienia się nowej koncepcji filozoficznej człowieka, w której coraz bardziej podkreślano jego wolność i całkowitą autonomię stanowienia o sobie i o swoim życiu. Stało to u podstawy nowego modelu – neopaternalizmu. To pacjent wyrażając świadomą zgodę lub jej nie wyrażając, decyduje o sposobie swojego leczenia. De facto sprowadza to działalność lekarską do sfery czysto usługowej. Tade-

---

<sup>1</sup> Rozporządzenie [2005].

<sup>2</sup> Rozporządzenie [2007].

usz Biesaga pisze „Lekarz funkcjonuje na podobnych zasadach jak inne usługi handlowe na wolnym rynku. Powinien proponować swoje sposoby leczenia, poinformować pacjenta o korzyściach i ryzyku, jakie ponosi, i oczywiście o kosztach. Może sformułować jakąś radę, ale nie powinien wpływać na czyjąś decyzję. To, co pacjent uzna za korzystne dla siebie jest decydujące, choćby nie było zgodne z wiedzą medyczną lekarza czy jego sumieniem. Obowiązki lekarza ograniczone są do podania fachowych informacji, do wsłuchiwania się w życzenia pacjenta i przyjęcia jego decyzji. Pacjent decyduje, co wybierze i co kupi z supermarketu medycznego”<sup>3</sup>. Wiadomo powszechnie, że główną zasadą lekarską jest „primum non nocere” – przede wszystkim nie szkodzić. Ale kto decyduje o tym, co jest, a co nie jest szkodą dla chorego? Współcześnie obowiązuje zasada neopaternalizmu: decyduje pacjent i tylko pacjent. Jak w tej sytuacji lekarz może nie szkodzić, nie mogąc decydować? Mało kto wspomina jednak o tym, że podjęcie tej decyzji pociąga za sobą współodpowiedzialność pacjenta za proces jego leczenia.

Momentem zawarcia kontraktu na usługi medyczne jest rozmowa lekarza z pacjentem. Nie jest to jednak zwykła rozmowa i ważne są wszystkie jej elementy: kto rozmawia, z kim, kiedy, gdzie, o czym, w jakich warunkach<sup>4</sup>. Jako nefrolog posłużę się przykładem chorego z przewlekłą niewydolnością nerek leczonego powtarzalnymi hemodializami.

Kto rozmawia z pacjentem? Chory, a także jego rodzina, przechodząc przez kolejne stadia choroby kontaktują się z wieloma rozmówcami. Są to w tym przypadku lekarz, pielęgniarka, salowa, technik medyczny, dietetyczka, przedstawiciel administracji, psycholog, czasami psychiatra lub inny lekarz. Ale także wspomniane już wyżej publikatory, „Goździkowa” oraz prawnik. Na bazie istniejącej atmosfery wokół służby zdrowia pojawiła się nowa grupa prawników specjalizujących się w roszczeniach chorych. W Internecie można znaleźć ogłoszenia takich kancelarii pod chwytliwymi hasłami, np.: „Zgłoś się do nas. Pomożemy uzyskać należne Tobie pieniądze”.

Wydawałoby się, że najłatwiej jest odpowiedzieć na pytanie z kim? Oczywiście rozmawiamy z pacjentem. Ale należy bardzo indywidualizować tego rozmówcę. Musimy pamiętać o szeregu czynników wpływających na niego. Przede wszystkim rodzaj choroby, jej stadium, czyli nasilenie objawów, a także ich wpływ na ośrodkowy układ nerwowy, a tym samym zdolności percepcyjne pacjenta. Do czynników tych należą w przypadku chorych z niewydolnością nerek: zatrucie mocznicowe, niedokrwistość, niedokrwienia narządowe, stany przewod-

---

<sup>3</sup> Kornas [2009] s. 145.

<sup>4</sup> Hartwell [2001] s. 578; Barański, Waszyński, Steciwko [2000].

nienia lub odwodnienia, działanie leków i diety. Dołączają się do tego cierpienia fizyczne związane z samą chorobą i jej powikłaniami, jak również schorzenia dodatkowe. U chorych dializowanych są to ponadto sam proces dializoterapii, ale także świadomość codziennego „obcowania ze śmiercią”, stałe towarzystwo innych chorych, strach i stany lękowe oraz częste w tej grupie chorych zaburzenia osobowości i choroby psychiczne. Do innych istotnych czynników należą wiek, płeć, wykształcenie, kultura osobista i religia chorego. Bardzo istotne są także cechy osobowości, środowisko domowe, sytuacja materialna i motywacja. Dlatego procesu podejmowania przez chorego wszelkich decyzji dotyczących swojego leczenia, w tym przede wszystkim wyrażania świadomej zgody, nie należy rozpatrywać w tzw. „arogancji zdrowia”. To znaczy, że z wyżej wymienionych powodów pacjent ma prawo myśleć inaczej niż jego rozmówca. Powinni o tym pamiętać przede wszystkim lekarze, ale także prawodawcy i prawnicy.

Z punktu widzenia współudziału chorego w swoim leczeniu można wyróżnić 3 grupy:

- 1) Chory współpracujący (*compliant*).
- 2) Chory bierny („*do me*”).
- 3) Chory niewspółpracujący (*noncompliant*).

Ad 1). Chory współpracujący to taki, który zdaje sobie sprawę, że wspólnie z lekarzem mają na celu jego wyleczenie. Stosuje wszystkie zalecenia farmakologiczne i nefarmakologiczne, jednocześnie informując o spostrzeżonych odchyleniach od spodziewanych efektów. Jest rzeczą oczywistą, że to postawa optymalna.

Ad 2). Chory bierny nie jest zainteresowany współudziałem w swoim leczeniu. Ogranicza się jedynie do zażywania leków lub udziału w zabiegach leczniczych.

Ad 3). Choremu niewspółpracującemu wydaje się, że wie lepiej od lekarza, co jest dla niego dobre, jakie leki i kiedy ma zażywać. Potrafi przysłowiowo „na złość mamie odmrozić sobie uszy”. W tej grupie spotykamy się również z oporem<sup>5</sup>.

Opór ze strony pacjenta jest zjawiskiem coraz częstszym. Zdaniem psychologa Jacka Santorskiego opór można rozpoznać, gdy: terapia zaczyna „kuleć”; pacjent wie, co powinien robić, ale nie potrafi; rodzina torpeduje wysiłki terapeuty; pacjent powraca do dawnych nawyków, zachowań; zapomina, spóźnia się, nie dotrzymuje umów; demonstruje pogorszenie samopoczucia; neguje terapeutę; zbyt często zajmuje się terapeutą.

---

<sup>5</sup> Lundin [1995] s. 174; Kaveh, Kimmel [2001] s. 244; Mason [1995] s. 178.

W tym samym opracowaniu Santorski podaje 5 czynników kontraktu terapeutycznego, którymi powinien się kierować pacjent. Są to: 1. Akceptuję udział w terapii. 2. Zajmuję się tym, co jest dla mnie ważne. 3. Wierzę w założony rezultat. 4. Decyduję się na przyjęcie pomocy od tej osoby, ośrodka. 5. Cel terapii jest dla mnie ważniejszy niż „motywy konkurencyjne”.

Wewnętrzne „motywy konkurencyjne” (*personality disorders*) mogą objawiać się w następujących postawach chorego: zdemaskować „złego”; wykazać winę, ukarać; udowodnić/potwierdzić „fundamentalistyczne wierzenia”; uczestniczyć w awanturze; utrzymać szczególne prawa/racje; ściągnąć maksimum uwagi; zachować kontrolę/pozycję; realizować obsesyjny program; czerpać satysfakcję z poświęcenia/roli ofiary<sup>6</sup>.

Pytanie „Kiedy?” dotyczy stadium choroby, w którym rozmowa jest prowadzona. Optymalnie chory powinien być pod opieką lekarza od początku schorzenia przewlekłego. Pozwala to na właściwe przedstawienie choremu istoty choroby, jej naturalnego przebiegu, możliwych powikłań. We właściwym momencie mogą zostać wprowadzone działania farmakologiczne i nefarmakologiczne mające na celu zatrzymanie procesu chorobowego, a jeżeli to niemożliwe – spowolnienie jego przebiegu. Może być prowadzona aktywna edukacja chorego i jego rodziny. W przypadku niewydolności nerek pozwala to na prawidłowe fizyczne i psychiczne przygotowanie chorego do leczenia nerkozastępczego. Na drugim biegunie jest chory trafiający do szpitala w terminalnym stadium choroby. W naszym żargonie określamy go „Spadochroniarz” – spada niespodziewanie z nieba i to na wrocie dla siebie terytorium. Ze względu na podstępny charakter niewydolności nerek chory nie ma poczucia choroby, uważa, że lekarze wmawiają mu chorobę, a tymczasem wyniki badań sugerują konieczność natychmiastowego rozpoczęcia dializoterapii. Całe opisane wyżej postępowanie, trwające w pierwszym przypadku latami musi się ograniczyć do co najwyżej kilku godzin. Nie można się dziwić zaskoczeniu i zdruzgotaniu chorego, któremu nagle świat się zawalił. Jednocześnie bardzo trudno jest się pogodzić z jego ewentualną odmową leczenia.

Równie ważne są pytania „Gdzie i w jakich warunkach?”. Czy jest to poradnia ogólna, specjalistyczna, nefrologiczna czy stacja dializ? W każdym z tych miejsc jest inny stopień uszczegółowienia rozmowy. Na terenie szpitala, czy jest to gabinet lekarza (na siedząco sam na sam z lekarzem), dyżurka lekarska (w towarzystwie innych lekarzy), sala dializ (przy łóżku w towarzystwie innych chorych i personelu), czy niestety na korytarzu (na stojąco, często w biegu)? Dochodzimy do

---

<sup>6</sup> Santorski [2009].

jednej z najistotniejszych kwestii: czas. Czy rozmawiamy bez ograniczeń czasowych, w ograniczonym czasie, czy w pośpiechu?

Dochodzimy do bardzo newralgicznego punktu komunikowania się lekarza z pacjentem – czasu. Lekarz powinien poświęcić maksymalną ilość czasu na rozmowę i badanie pacjenta. Rzeczywistość jest jednak inna. Po pierwsze jest coraz więcej pacjentów, coraz starszych i z coraz większą ilością schorzeń. Pacjenci ci wymagają poświęcenia im więcej czasu na badanie. Ponadto bardzo często przychodzą do lekarza nie tylko z dolegliwościami fizycznymi, ale chcieliby także zwierzyć się z kłopotów życiowych, rodzinnych itp., a nie dotyczy to tylko osób samotnych. Tymczasem z drugiej strony oprócz limitu czasowego lekarz większość czasu musi poświęcić na wypełnianie dokumentacji medycznej. Ilość coraz bardziej skomplikowanych druków do wypisania zastraszająco rośnie (np. w czasie zwykłej wizyty w poradni lekarz co najmniej 3 razy musi wpisać PESEL pacjenta, druk zwolnienia lekarskiego wymaga wypełnienia 30 pozycji, a pomyłka np. w 29 punkcie wymaga wypisywania od początku). Paradoksalnie, choć trudno w to uwierzyć, lekarz nie jest rozliczany ze skuteczności leczenia swoich chorych, a jedynie z poprawności prowadzenia dokumentacji.

Wykonywanie zawodu lekarza, jak żadnego innego, konfrontowane jest na co dzień z zagadnieniami etycznymi. Lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy służby zdrowia uczestniczą zawodowo w: świętości życia ludzkiego, nadrzędności dobra chorego, prawa jednostki do podejmowania decyzji oraz prawa do prywatności i zaufania. W warunkach codziennej praktyki problemy etyczne często przewyższają odpowiedzialność. Etyka jest nieskończenie złożonym procesem, który obejmuje: komunikację, zrozumienie i podejmowanie decyzji. Na polu opieki zdrowotnej proces ten odbywa się głównie na poziomie osobistym – często w sytuacjach kryzysowych – pomiędzy pracownikami medycznymi, chorymi i ich rodzinami<sup>7</sup>.

W warunkach polskich lekarz znajduje się między przysłowiowym młotem a kowadłem. Z jednej strony przychodzi pacjent, któremu zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej należy się za darmo każdy rodzaj świadczeń medycznych. Prawo to ciągle potwierdzane jest w wypowiedziach polityków i mediach. Z drugiej strony płatnik, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, stale ogranicza ilość dostępnych świadczeń. Posłużę się trzema przykładami. Chory przychodzi po świadczenie, którego limit NFZ w danej placówce się wyczerpał – tę informację przekazuje mu lekarz. Ze względu na limity NFZ chory musi czekać na świadczenie w wielomiesięcznej kolejce – tę decyzję przekazuje mu lekarz. Przy okazji po-

---

<sup>7</sup> O'Dell [1990].

bytu w szpitalu, np. z powodu choroby niedokrwiennej serca, chory chciałby skorzystać z konsultacji okulistycznej. NFZ wprowadził Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP), które to uniemożliwiają – tę decyzję przekazuje lekarz. W większości przypadków chory nie ma pretensji do NFZ tylko do lekarza. Przypomina to sytuację posłańca, którego zabija się za przyniesienie złej wiadomości.

To, a także stała antypropaganda prezentowana w mediach jest przyczyną nasilania się zjawiska agresji pacjentów w stosunku do lekarzy. Prof. Jacek Klawe, kierownik Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy uważa, że agresywni chorzy nie są zjawiskiem nowym, ale nowością jest postępujący brak szacunku dla personelu medycznego. Z badań przeprowadzonych przez dr Krystynę Kowalczyk z Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wynika, że najdrastyczniejsza forma agresji bezpośredniej, czyli atak lub uderzenie, dotknęła co czwartą pielęgniarkę, co dziesiątą położną i co ósmego lekarza. Dlaczego tak się dzieje? Socjolog, Krzysztof Łęcki, twierdzi, że po tak wielu medialnych doniesieniach o łapówkach czy błędach i zaniedbaniach lekarskich, wizerunek lekarzy ucierpiał na pewno, a to przekłada się na reakcje pacjentów. Wg profesora Klawe, pacjent nie nadąża za zmianami, które przynosi reorganizacja. Nie wie, np. gdzie się zgłosić z dolegliwościami. Zamiast do lekarza pierwszego kontaktu lub całodobowej opieki, trafia na izbę przyjęć. Zespół jest zajęty pilnymi przypadkami, więc pacjent musi czekać. Czeka i rośnie w nim agresja, a wtedy w ruch idą pięści, narzędzia medyczne, które akurat są pod ręką, a nawet broń palna<sup>8</sup>.

Bardzo istotnym elementem procesu leczenia, leżącym w gestii wyłącznie pacjenta, są zachowania prozdrowotne. Dotyczy to leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego. W badaniach grupy NatPol z 2002 r. tylko 62% chorych na nadciśnienie tętnicze systematycznie zażywało leki. Pozostali stosowali je od czasu do czasu lub wcale. Leczenie niefarmakologiczne to przede wszystkim dieta i styl życia (aktywność fizyczna, używki). Z własnego doświadczenia pamiętam chorą, która odmówiła przyjęcia recepty, bo nie stać jej na wykupienie leków. Ta sama pacjentka paliła 40 papierosów dziennie. Czyli na 60 paczek miesięcznie było ją stać! Z wielu relacji farmaceutów wiemy o przypadkach rezygnacji przez pacjentów z kupna wszystkich leków z recepty, przy jednoczesnym zakupie za większą cenę parafarmaceutyków, „suplementów diety” czy innych środków reklamowanych w mediach.

---

<sup>8</sup> Mokrzyzewski, Wenzel, Krajewski [2008] s. 6-7, Wróbel [2006] s. 28-31; Rożko [2009].

W ten sposób doszliśmy do kosztów leczenia. Należy tutaj uwzględnić dwa aspekty: kosztów rzeczywistych i poczucia przez chorego wartości leczenia. Każdy postęp technologiczny pociąga za sobą obniżenie kosztów za wyjątkiem postępu technologicznego w medycynie. Wprowadzane są coraz nowsze rodzaje aparatury medycznej, zarówno diagnostycznej, jak terapeutycznej. Dzięki dostępowi do Internetu i mediów chorzy są tego świadomi i zgodnie z ww. prawem konstytucyjnym domagają się ich zastosowania u siebie, niezależnie od rzeczywistych potrzeb. Jeszcze do niedawna np. zapalenie korzonków nerwowych diagnozowano przy pomocy badania lekarskiego z użyciem młoteczka neurologicznego. Dzisiaj podstawą tego rozpoznania staje się rezonans magnetyczny (cena ponad 600 złotych!). Niestety dla zaspokojenia oczekiwań pacjenta, a także dla własnej asekuracji lekarze zlecają zbyt dużo tych badań. To z kolei zwiększa kolejki i utrudnia dostępność dla chorych bardziej potrzebujących tego badania, nie mówiąc o niepotrzebnie wydanych pieniądzach, których przecież ciągle brak.

Drugim aspektem kosztów leczenia jest poczucie jego wartości. Niestety w ułomnej naturze ludzkiej czegoś, co dostaje się za darmo, nie ceni się. Noblista, profesor Albert Schweitzer, założyciel szpitala w Lambarene w Gabonie, opisał przykład buszmenów, którzy szli przez kilka dni przez dżunglę niosąc swojego chorego. Kiedy profesor dał im za darmo leki, odeszli na bok polany, naradzili się i wrócili do niego. Zaofiarowali się, że przyniosą mu zwierzynę i owoce, ale żeby dał im lek, który ma jakąkolwiek wartość. Czy dzisiaj jesteśmy daleko od takiej postawy? Czy pacjenci doceniają wartość zaordynowanych im leków? Czy doceniają wartość pracy lekarza? Podam tu przykład mojego kolegi, który podczas dyżuru w stacji pogotowia ratunkowego został wezwany o 5 rano do ambulatorium, bo pan, który wyszedł z pieskiem na spacer postanowił przy okazji zmierzyć sobie ciśnienie. Czy minimalne choćby współpłacenie przez pacjenta, tak ostro torpedowane przez polityków, nie skłoniłoby go do zastanowienia się?

Oczywiście po obu stronach kontraktu pacjent – lekarz są ludzie i jak w każdej populacji, zgodnie z krzywą rozkładu naturalnego Gaussa, obok „normalnej większości” są ekstrema pozytywne i negatywne. Tragicznie jest, gdy niewspółpracujący pacjent trafi do złego lekarza, optymalnie gdy współpracujący do dobrego. Szkoda tylko, że dziennikarzy interesuje jedynie wąska grupa złych lekarzy, stawiająca całą służbę zdrowia w złym świetle.

Sytuacja lekarza staje się coraz bardziej skomplikowana. Pojawia się niepewność epistemologiczna – jesteśmy zasypywani coraz nowymi akronimami i skrótami (EBM, GCP). Wkrada się niepewność moralna – coraz liczniejsze kodeksy, komisje etyczne. Każdy problem kliniczny staje się problemem moralnym. Zaczynamy być sprowadzani do sytuacji, w której lekarz przestaje leczyć pacjenta, a



wykonuje procedury wybrane przez pacjenta. Najważniejszym celem postępowania lekarskiego (i najbezpieczniejszym dla lekarza) staje się prawidłowe i kompletne wypełnianie dokumentacji medycznej. Skuteczność leczenia i dobro chorego schodzi niejako na plan dalszy. Zostajemy znowu sam na sam ze swoim rozsądkiem i sumieniem!

\*\*\*

Podsumowanie:

- Celem i powołaniem lekarza jest niesienie pomocy choremu.
- W tym celu kształci się przez całe swoje zawodowe życie.
- Tylko współpraca chorego z lekarzem w procesie własnego leczenia może dać pozytywne efekty.
- Wraz z decyzją o sposobie swojego leczenia pacjent przyjmuje na siebie współodpowiedzialność za jego efekt końcowy.

## Bibliografia

- Barański, Waszyński, Steciwko [2000] – Barański J., Waszyński E., Steciwko A., *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Astrum, Wrocław 2000.
- Hartwell [2001] – Hartwell L., *Communication prescription for the renal care professional*, "Dialysis & Transplantation" 2001, 30, 578.
- Kaveh, Kimmel [2001] – Kaveh K., Kimmel P.L., *Compliance in hemodialysis patients: Multi-dimensional Measures in search of a gold standard*, "American Journal of Kidney Diseases" 2001, 37, 244.
- Kornas [2009] – Kornas S., *Czy w polskich szpitalach potrzebne są komitety etyczne?* „Medycyna Praktyczna” 2009, 2, s. 145.
- Lundin [1995] – Lundin.A.P., *Causes of noncompliance in dialysis patients*, "Dialysis & Transplantation" 1995, 24, 174.
- Mason [1995] – Mason S.J., *The role of the staff in managing problem patients*, "Dialysis & Transplantation" 1995; 24/4, 178.
- Mokrzyszewski, Wenzel, Krajewski [2008] – Mokrzyszewski A., Wenzel M., Krajewski R., *Agresja wobec lekarzy*, „Gazeta Lekarska” 2008; 4, 6-7.
- O'Dell [1990] – O'Dell K., *Ethical issues with ESRD patients*, "Dialysis & Transplantation" 1990, 19, 18.
- Rozporządzenie [2005] – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków. Dziennik Ustaw nr 226 z dnia 28.10.2005 r., poz. 1779.

Rozporządzenie [2007] – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2007 r. w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych. Dziennik Ustaw nr 124 z dnia 11 lipca 2007 r., poz. 867.

Rożko [2009] – Rożko K., *Uwaga! W szpitalach pacjenci biją lekarzy*, Newsletter „Rynku Zdrowia” 21.10.2009 r.

Santorski [2009] – Santorski J., *Opór czy współpraca? Wyzwania relacji terapeutycznej lekarz – pacjent*, Wykład, Warszawa 16.01.2009 r.

Wróbel [2006] – Wróbel P., *Pacjenci biją lekarzy*, „Rynek Zdrowia” 2006, 9, 28-31.