

PRAWO MEDYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Dorota Karkowska

z wprowadzeniem
Włodzimierza Cezarego Włodarczyka

MONOGRAFIE LEX



LEX

a Wolters Kluwer business

PRAWO MEDYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Dorota Karkowska

z wprowadzeniem

Włodzimierza Cezarego Włodarczyka



LEX

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2013

Stan prawny na 1 stycznia 2013 r.

Recenzent

Prof. nadzw. dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka

Prof. nadzw. dr hab. Mirosław Włodarczyk

Wydawca

Izabella Małecka

Redaktor prowadzący

Joanna Cybulska

Łamanie

Kamila Tomecka

Układ typograficzny

Marta Baranowska

Poszczególne części napisali:

Dorota Karkowska: część II, III

Włodzimierz Cezary Włodarczyk: część I

© Copyright by

Wolters Kluwer Polska SA, 2013

ISBN 978-83-264-4166-0

ISSN 1897-4392

Wydane przez:

Wolters Kluwer Polska SA

Redakcja Książek

01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a

tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35

e-mail: ksiazki@wolterskluger.pl

www.wolterskluger.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Pamięci Sławka Małeckiego

Spis treści

Wykaz skrótów / 13

Przedmowa / 21

Część I

Wprowadzenie – pielęgniarstwo jako profesja / 23

1. Profesjonalizm lekarski / 26
 - 1.1. Wizja heroiczna / 27
 - 1.2. Krytyka profesjonalizmu / 30
 - 1.3. Położenie pacjentów / 35
 - 1.4. Reformy systemów zdrowotnych / 36
 - 1.5. Konsumeryzm medyczny / 40
 - 1.6. Podsumowanie / 41
2. Profesjonalizm pielęgniarek / 42
 - 2.1. Profesjonalizm w polskim podręczniku pielęgniarstwa / 43
 - 2.2. Ku profesjonalizmowi / 44
 - 2.3. Autonomia pielęgniarek / 50
 - 2.3. Wobec dominacji profesjonalnej / 52
 - 2.4. Kodeksy etyczne / 55
 - 2.5. Problemy gender / 58
 - 2.6. Podsumowanie / 62
3. Szanse na przyszłość / 63
 - 3.1. Wspólne wartości / 63
 - 3.2. Poszerzanie uprawnień / 65
 - 3.3. Wspólne kodeksy / 69
 - 3.4. Nowy profesjonalizm / 72
 - 3.5. Zgodność poglądów / 74
 - 3.6. Podsumowanie / 77

Część II

Wykonywanie zawodu pielęgniarstwa / 79

Rozdział 1

Definicja oraz status prawny zawodu pielęgniarstwa / 81

1. Uwagi ogólne / 81
2. Zakres pojęcia wykonywania zawodu pielęgniarstwa / 82
 - 2.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych / 83
 - 2.2. Inne składniki wykonywania zawodu pielęgniarstwa / 88
3. Zawód pielęgniarstwa jako zawód regulowany / 90
4. Zawód pielęgniarstwa jako wolny zawód / 92
5. Zawód pielęgniarstwa jako zawód zaufania publicznego / 96
6. Zawód pielęgniarstwa jako zawód samodzielny / 102
7. Podsumowanie / 113

Rozdział 2

Zasady wykonywania zawodu pielęgniarstwa / 115

1. Zasady w prawie medycznym / 115
2. Postępowanie zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej / 116
3. Postępowanie zgodne z posiadanymi kwalifikacjami / 120
4. Postępowanie z dochowaniem należytej staranności i reguł ostrożności / 123
5. Postępowanie zgodne z zasadami etyki zawodowej / 127
6. Zasięganie opinii innej pielęgniarki / 128
 - 6.1. Zwołanie narady pielęgniarskiej / 128
 - 6.2. Żądanie pacjenta zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki / 130
7. Obowiązek udzielania pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego / 132
8. Zlecenie lekarskie / 133
 - 8.1. Uwagi ogólne / 133
 - 8.2. Charakter prawny zlecenia lekarskiego / 134
 - 8.3. Realizacja zlecenia lekarskiego / 136
9. Odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego / 138
 - 9.1. Odmowa świadczeń zdrowotnych udzielanych bez zlecenia lekarskiego / 139
 - 9.2. Odmowa realizacji zlecenia lekarskiego / 140

- 9.3. Wskazanie możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego podmiotu / **143**
- 9.4. Akcja protestacyjna, strajk jako szczególne okoliczności nieudzielania świadczeń pielęgniarских / **144**
- 10. Informowanie pacjenta / **148**
 - 10.1. Zakres przedmiotowy przekazywanych informacji / **149**
 - 10.2. Zakres podmiotowy osób uprawnionych / **156**
 - 10.3. Informowanie w sposób przystępny / **159**
 - 10.4. Prawo pacjenta do żądania nieudzielania informacji / **162**
 - 10.5. Przywilej terapeutyczny a obowiązek informowania przez pielęgniarkę / **164**
 - 10.6. Ciężar dowodu o poinformowaniu pacjenta / **166**
- 11. Wyrażanie zgody na udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych / **166**
 - 11.1. Uwagi ogólne / **166**
 - 11.2. Przedmiot zgody / **168**
 - 11.3. Zakres podmiotowy osób upoważnionych do wyrażania zgody / **172**
 - 11.4. Zatrzymanie pacjenta w podmiocie leczniczym / **179**
 - 11.5. Formy wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne / **179**
 - 11.6. Okoliczności podejmowania przez pielęgniarkę działań wbrew woli pacjenta / **184**
 - 11.7. Wykonywanie szczepień ochronnych przez pielęgniarkę / **191**
- 12. Tajemnica pielęgniarська / **193**
 - 12.1. Podstawy zachowania tajemnicy / **193**
 - 12.2. Charakterystyka i zakres przedmiotowy tajemnicy / **194**
 - 12.3. Okoliczności uchylające obowiązek zachowania tajemnicy pielęgniarської / **201**
- 13. Pielęgniarska dokumentacja medyczna / **212**
 - 13.1. Uwagi ogólne / **212**
 - 13.2. Dokumentacja medyczna (definicja, rodzaj, zawartość) / **213**
 - 13.3. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej / **214**
 - 13.4. Formy prowadzenia dokumentacji medycznej / **220**
 - 13.5. Prowadzenie dokumentacji medycznej i odnotowywanie czynności pielęgniarских / **222**
 - 13.6. Przetwarzanie danych zawartych w dokumentacji medycznej / **223**

- 13.7. Przechowywanie i ochrona dokumentacji medycznej / 226
- 13.8. Udostępnianie dokumentacji medycznej / 228
- 13.9. Znaczenie dowodowe dokumentacji medycznej / 235
- 13.10. Kontrola pielęgniarskiej dokumentacji medycznej / 236
- 14. Udział pielęgniarki w eksperymencie medycznym / 239
- 15. Poszanowanie godności i intymności pacjenta / 240
 - 15.1. Poszanowanie intymności / 241
 - 15.2. Poszanowanie godności pacjenta / 249
- 16. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna / 252
 - 16.1. Miejsce udzielania „dodatkowej opieki pielęgnacyjnej” / 252
 - 16.2. Zakres terminu „dodatkowa opieka pielęgnacyjna” / 254
 - 16.3. Krytyczne uwagi / 255
 - 16.4. Wnioski / 259
- 17. Podsumowanie / 261

Rozdział 3

Prawne przesłanki wykonywania zawodu pielęgniarki i konsekwencje ich niespełnienia / 263

- 1. Warunki wykonywania zawodu pielęgniarki / 263
 - 1.1. Uwagi ogólne / 263
 - 1.2. Obywatelstwo polskie lub innego kraju członkowskiego UE / 264
 - 1.3. Znajomość języka / 271
 - 1.4. Dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji / 273
 - 1.5. Zdolność do czynności prawnych / 283
 - 1.6. Stan zdrowia / 287
 - 1.6.1. Uzasadnione podejrzenie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia / 290
 - 1.7. Wykazanie nienagannej postawy etycznej / 294
- 2. Prawo wykonywania zawodu / 301
 - 2.1. Stwierdzanie „prawa wykonywania zawodu” / 301
 - 2.2. Prawo wykonywania zawodu a sposób wykonywania zawodu na terytorium RP / 305
 - 2.3. Dokumenty konieczne dla potwierdzenia prawa wykonywania zawodu / 311
 - 2.4. Ślubowanie i rejestr osób wykonujących zawód pielęgniarki / 316
- 3. Tytuł zawodowy / 319

4. Przerwa w wykonywaniu zawodu / 319
5. Obowiązek i prawo doskonalenia zawodowego / 323
 - 5.1. Uwagi ogólne / 323
 - 5.2. Ustawiczne kształcenie w prawie międzynarodowym i europejskim / 325
 - 5.3. Obowiązek ustawicznego kształcenia w etyce i prawie polskim / 327
 - 5.4. Formy kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek / 330
 - 5.5. Odbywanie kształcenia podyplomowego na podstawie skierowania / 335
 - 5.6. Niedostateczne przygotowanie zawodowe / 337
6. Podsumowanie / 339

Część III

Prawne formy wykonywania zawodu pielęgniarki / 341

Rozdział 1

Pielęgniarska praktyka zawodowa / 343

1. Istota praktyk zawodowych / 344
2. Indywidualna praktyka pielęgniarki / 349
3. Grupowa praktyka pielęgniarek / 351
4. Zatrudnianie innych osób w praktyce pielęgniarskiej / 356
5. Grupowe praktyki lekarsko-pielęgniarskie (uwagi *de lege ferenda*) / 357
6. Podsumowanie / 360

Rozdział 2

Charakterystyka zatrudnienia pracowniczego / 362

1. Cechy zatrudnienia pracowniczego / 362
2. Podporządkowanie pracownicze / 365
 - 2.1. Podporządkowanie autonomiczne / 368
 - 2.2. Polecenie pracownicze / 372
 - 2.3. Polecenie pracownicze a zlecenie lekarskie / 375
3. Ryzyko pracodawcy / 377
4. Świadczenie pracy określonej w umowie / 380
5. Wyznaczenie miejsca i czas pracy / 390
 - 5.1. Wydłużenie dobowego wymiaru czasu pracy – tzw. klauzula *opt-out* / 396
 - 5.2. Praca w godzinach nadliczbowych / 398

- 5.3. Dyżur medyczny / 400
- 5.4. Limit czasu pracy / 407
- 5.5. Gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych / 408
- 5.6. Praca w niedziele i święta / 409
- 6. Wynagrodzenie za pracę / 410
- 7. Podsumowanie / 417

Rozdział 3

Charakterystyka zatrudnienia cywilnoprawnego na tzw. kontrakcie / 418

- 1. Uwagi ogólne / 418
- 2. Charakter prawny umowy o świadczenie
usług pielęgniarских / 419
- 3. Cechy zatrudnienia cywilnoprawnego / 423
- 4. Klasyfikowanie zatrudnienia cywilnoprawnego jako
zatrudnienia pracowniczego / 430
- 5. Podsumowanie / 433

Rozdział 4

Forma wykonywania zawodu a odpowiedzialność prawna / 436

- 1. Odpowiedzialność cywilna / 437
 - 1.1. Uwagi ogólne / 437
 - 1.2. Źródła i przesłanki odpowiedzialności cywilnej / 437
 - 1.3. Odpowiedzialność cywilna pielęgniarki
a formy wykonywania zawodu / 444
 - 1.4. Odszkodowanie / 447
 - 1.5. Przyczynienie się poszkodowanego / 449
 - 1.6. Przedawnienie roszczeń / 449
- 2. Odpowiedzialność karna / 450
- 3. Odpowiedzialność zawodowa / 452
- 4. Odpowiedzialność pracownicza / 459
 - 4.1. Odpowiedzialność porządkowa / 459
 - 4.2. Odpowiedzialność materialna / 462
- 5. Podsumowanie / 465

Bibliografia / 467

Wykaz podstawowych polskich aktów prawnych / 481

Podstawowe regulacje prawa międzynarodowego i europejskiego / 489

Wykaz skrótów

Akty prawne

dyrektywa 2005/36/WE	dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005 z późn. zm., s. 22–142)
EKB, Europejska konwencja bioetyczna	Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny z dnia 4 kwietnia 1997 r.
EKPC	Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.)
k.c.	ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)
KEL	Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.
KEPP, Kodeks etyki pielęgniarek i położnych	Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej, załącznik do uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r.
klasyfikacja zawodów i specjalności z 1995 r.	rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 20 kwietnia 1995 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 48, poz. 253)

klasyfikacja zawodów i specjalności z 2002 r.	rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 grudnia 2002 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 222, poz. 1868)
klasyfikacja zawodów i specjalności z 2004 r.	rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 265, poz. 2644)
klasyfikacja zawo- dów szkolnictwa zawodowego z 2007 r.	rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 124, poz. 860 z późn. zm.)
klasyfikacja zawodów i specjalności z 2010 r.	rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 82, poz. 537)
k.k.	ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)
Konstytucja RP	Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
k.p.	ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.)
k.p.a.	ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 z późn. zm.)
k.p.c.	ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.)
k.r.o.	ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 788)

k.s.h.	ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2000 r. Nr 94, poz. 1037 z późn. zm.)
MPPOiP	Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167)
p.r.d.	ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 1137 z późn. zm.)
r.r.d.	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)
u.ch.z.	ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.)
u.d.l.	ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529 z późn. zm.)
u.dz.l.	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)
u.dz.u.	ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.)
u.i.a.	ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856 z późn. zm.)
u.i.l.	ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.)
u.k.o.z.	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 z późn. zm.)
u.o.d.o.	ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926)

u.o.z.p.	ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)
u.p.p.	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.)
u.p.r.m.	ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.)
u.p.z.i.r.p.	ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.)
u.r.s.z.	ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych (Dz. U. Nr 55, poz. 236 z późn. zm.)
u.s.d.g.	ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 z późn. zm.)
u.s.p.p. z 1991 r.	ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.)
u.s.p.p.	ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038)
ustawa o PIS	ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.)
ustawa o VAT	ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054 z późn. zm.)
u.s.u.s.	ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn.: Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 z późn. zm.)
u.ś.o.z.	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

u.t.	ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.)
u.z.f.	ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 1133 z późn. zm.)
u.z.l., ustawa lekarska	ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.)
u.z.o.z.	ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.)
u.z.p.p. z 1996 r.	ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 z późn. zm.)
u.z.p.p., ustawa pielęgniarska	ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)

Czasopisma i wydawnictwa promulgacyjne

Biul. Inf. SLiROZ	Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Biul. SN	Biuletyn Sądu Najwyższego
GL	Gazeta Lekarska
Mon. Praw.	Monitor Prawniczy
NP	Nowe Prawo
ONSA	Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego
ONSAiWSA	Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego i Wojewódzkich Sądów Administracyjnych
OSNAP	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych

OSNAPIUS	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
OSNC	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSP	Orzecznictwo Sądów Polskich
OSPIKA	Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych
OTK	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
OTK-A	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego; zbiór urzędowy, Seria A
PiP	Państwo i Prawo
PiM	Prawo i Medycyna
PiZS	Praca i Zabezpieczenie Społeczne
PPiPS	Prawo Pracy i Prawo Socjalne. Przegląd Orzecznictwa
Prok. i Pr.	Prokuratura i Prawo
PS	Polityka Społeczna
PUG	Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego
PUSiG	Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych
RPEiS	Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny
ZNUJ	Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego

Organy orzekające i inne

ETPC	Europejski Trybunał Praw Człowieka
EWG	Europejska Wspólnota Gospodarcza
GIODO	Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
MOP	Międzynarodowa Organizacja Pracy
NFZ, Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIL	Naczelna Izba Lekarska
RE	Rada Europy
SA	Sąd Apelacyjny
SN	Sąd Najwyższy

spzoz	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
TK	Trybunał Konstytucyjny
TSUE (ETS)	Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej
WHO	World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
WSA	Wojewódzki Sąd Administracyjny

Przedmowa

Wydanie tej książki zostało zainspirowane problemami, z jakimi autorzy spotykali się podczas wieloletniego zajmowania się różnymi aspektami funkcjonowania systemów zdrowotnych. Problemy te wynikały często z analizy utrwalonych, zmienianych lub wprowadzanych w życie rozwiązań instytucjonalnych i prawnych, ale co najmniej równie często uczestnicy, czy raczej uczestniczki, prowadzonych przez nas zajęć zadawali nam różne pytania. Nie zawsze byliśmy w stanie szybko i precyzyjnie odpowiedzieć, ponieważ sprawy z reguły nie były proste, my zaś mieliśmy świadomość, że od naszych reakcji wiele może zależeć.

W ostatnich latach, po okresie stabilnego rozwoju, w systemach zdrowotnych wszystkich krajów zachodzą bardzo duże zmiany. Społeczeństwa starzeją się, zmienia się sytuacja epidemiologiczna, rozwijają się technologie, rosną oczekiwania i nadzieje pacjentów, a świadczeniodawcy spodziewają się satysfakcji. W reformach opieki zdrowotnej wykorzystuje się nowe koncepcje, które tworzą odmienne, niż w przeszłości, relacje między systemem i pacjentami, czy klientami, ale także na nowo definiują więzi między świadczeniodawcami. Dynamiczny rozwój źródeł prawnych zarówno prawnomiędzynarodowych, jak i krajowych, dotyczących szeroko rozumianej relacji, jaka zachodzi między pacjentem a całą złożoną infrastrukturą instytucjonalną oraz różnymi kręgami osobowymi, które udzielają wszelkiego rodzaju „świadczeń zdrowotnych”¹, doprowadziły do wypracowania istotnej kategorii prawa medycznego – zawodu pielęgniarki. Jej pozycję zawodową określa przede wszystkim ustawa pielęgniarska, choć nie wyłącznie. Stąd też

¹ L. Kubicki, *Prawo medyczne i jego zakres* (w:) *Prawo medyczne*, L. Kubicki (red.), Wrocław 2003, s. 2.

szczególnie ważną część prawa medycznego stanowi ustawowa definicja wykonywania zawodu pielęgniarki oraz zagadnienie relacji, jaka zachodzi między pielęgniarką a pacjentem, lekarzem i innymi zawodami medycznymi i paramedycznymi oraz formy wykonywania zawodu i pielęgniarska odpowiedzialność zawodowa. Przedstawione tu zagadnienia stanowią próbę – podjętą po raz pierwszy w Polsce – ustalenia zakresu przedmiotowego prawa medycznego dla pielęgniarek, sytuując problemy w ramach koncepcji pielęgniarstwa jako profesji. Jeśli bowiem uznać, że kluczowym zagadnieniem profesji jest jej swoboda, to w treści przepisów zasada swobody (samodzielności) powinna być traktowana jako najważniejsza reguła interpretacyjna.

Prof. dr hab. Włodzimierz C. Włodarczyk²

Dr n. praw. Dorota Karkowska³

² Katedra Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej, Uniwersytet Łódzki, 90-214 Łódź, ul. Kopcińskiego 8–18; Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

³ Katedra Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej, Uniwersytet Łódzki, 90-214 Łódź, ul. Kopcińskiego 8–18.

Część I

Wprowadzenie – pielęgniarstwo jako profesja

Jedno z najważniejszych pytań stawianych w polityce zdrowotnej dotyczy poszukiwania grupy społecznej mającej najbardziej znaczący wpływ na to, co dzieje się w sektorze zdrowotnym. Z jednej strony może chodzić o wpływ na decyzje i kształtowanie różnorodnych koncepcji wdrażanych w procesie formowania systemu zdrowotnego. Może to się realizować poprzez pisanie ustaw, czy też sposób przyjmowania przepisów, jeśli zorganizowany sprzeciw może doprowadzić do zarzucenia tego, co przy pomocy normy prawnej starano się wdrożyć. Może się odbywać także przez praktykę i tworzenie faktów dokonanych. Materią polityki zdrowotnej stają się wtedy fakty dokonane, rozwiązania, których cele i funkcje mogły nigdy nie być jasno zwerbalizowane, ale które – jak się okazuje – służą interesom i korzyściom określonej grupy. Narzędziem oddziaływania jest wtedy konsekwentnie realizowana praktyka, której podmioty zarządzające, zwłaszcza te działające na wysokim ministerialnym szczeblu, nie są w stanie rozpoznać, kontrolować i korygować. Korzyści, o których mowa, mogą polegać na ubieganiu się o prestiż, niekiedy sławę i poklask, ale najczęściej chodzi o kwestie znacznie bardziej przyziemne: dobrą pracę i pieniądze. Pozycję silnej grupy w sektorze zdrowotnym osiągają ci, którzy mają korzystne warunki zatrudnienia i wysokie wynagrodzenie.

W analizie struktury władzy i wpływów w sektorze zdrowotnym tradycyjnie wskazywano jedną grupę dominującą – profesjonalistów medycznych. Konsekwencją traktowania lekarzy w taki sposób było uznawanie ich za grupę dominującą, to jest tę, której opinii najbardziej wpływały na wszystko, co działo się ze zdrowiem. Opinie lekarzy zawsze miały przewagę nad często odmiennymi poglądami przedstawicieli innych grup zawodowych wewnątrz systemu zdrowotnego, ale także polityków, oraz zawsze miały przemożny wpływ na postępowanie i wybory pacjentów.

Lekarze od dawna byli traktowani jako jedna z najbardziej typowych grup profesjonalnych, nikt nie miał wątpliwości, że stanowią grupę profesjonalistów i ich pozycja była wielokrotnie traktowana

jako punkt odniesienia dla innych grup, na przykład dla pielęgniarek. W przeszłości grupa ta była całkowicie zależna od decyzji podejmowanych przez lekarzy i przez nich kontrolowana. Pielęgniarka była traktowana jako pomocnik lekarza, organizującego jej pracę. Z czasem jednak pielęgniarki stopniowo zyskiwały coraz większą niezależność i coraz szerszy zakres wyłącznych, samodzielnie realizowanych kompetencji, ale mimo to ich pozycja profesjonalna nie jest powszechnie i jednoznacznie akceptowana.

W tym tekście rozwijam problem: na ile prawdziwe jest twierdzenie, że pielęgniarki – czy szerzej pielęgniarstwo – jest grupą zawodową spełniającą warunki bycia profesją, a zatem w jakim sensie i zakresie można twierdzić, że wykonują pracę samodzielnie, także niezależnie od decyzji podejmowanych przez lekarzy. Stawiam tezę, że samo-określanie się grupy zawodowej pielęgniarek w stosunku do lekarzy, świadome postrzeganie własnej submisji, jest podstawową kwestią, jaką należy rozważać podejmując temat profesjonalizmu pielęgniarek. W moich rozważaniach podejmuję zatem problematykę warunków powstawania konfliktu między lekarzami i pielęgniarkami, ale także możliwości jego przewyżczania i nawiązywania satysfakcjonującej współpracy – dla zdrowia pacjenta i jego dobra.

1. Profesjonalizm lekarski

W rozważaniach na temat społeczeństw idea podziału pracy jest obecna od zawsze, to jest od czasów, kiedy obciążeni grzechem pierwotnym ludzie zaczęli pracować. Już wśród potomków pierwszych rodziców istniał choćby podział na pracę rolnika i pracę pasterza. Potem funkcje stały się bardziej zróżnicowane i pojawiła się grupa filozofów, którym – dość nierozważnie – chciano powierzyć rządzenie państwem. Z czasem jednak podział pracy pogłębiał się, rewolucja przemysłowa wyraźnie temu sprzyjała, i badacze uświadomili sobie, że wśród grup wykonujących różnorodne funkcje są grupy, czy zawody szczególne, niepodobne do innych. Ich wyjątkowość miała polegać na tym, że oddawano im pieczę nad dobrami szczególnie dla ludzi cennymi – nad duszą ludzką, majątkiem i nad zdrowiem. Grupy te nazwano profesjami (ang. *profession*). Jednej z tych grup – lekarzom – będzie poświęcona ta część.

1.1. Wizja heroiczna

Na początku XX wieku Abraham Flexner w raporcie na temat nauczania medycyny zidentyfikował profesjonalistów, jako osoby ukierunkowane na szczególnego rodzaju karierę, znacznie wykraczającą poza podstawową edukację. Jednostki te wykazują wysoki poziom intelektualnego działania, bardzo duże poczucie odpowiedzialności, posługują się naukowo ugruntowanymi podstawami działania, ponadto charakteryzuje je dążność do pogłębiania nauki i edukacji, zdolność samodzielnego regulowania swojej pracy oraz poczucie altruizmu⁴. Wnioski Flexnera stały się podstawą zmian instytucjonalnych, które stworzyły organizacyjne ramy uprawiania zawodu lekarza – czy szerzej: medycyny – w USA. Jednak przełomowe znaczenie w rozwijaniu teoretycznych koncepcji profesjonalizmu odegrał Talcott Parsons, który pod koniec lat trzydziestych opublikował artykuł na ten temat⁵. Autor zwrócił uwagę, że w nowoczesnych społeczeństwach, pewne ważne zadania związane z wykorzystywaniem wiedzy naukowej, także z uczeniem, są wykonywane przez specyficzne grupy zawodowe – profesje. Ich odrębność w stosunku do innych zawodów polega także na tym, że o ile większość kieruje się dążeniami ekonomicznymi, nastawionymi na zysk, profesjonalistów charakteryzuje bezinteresowność. Profesjonalista nie dąży do osobistych korzyści, ale świadczy usługi swojemu klientowi czy pacjentowi, albo służy wyższym wartościom. Wiedza i techniczna biegłość w jakiejś dziedzinie stanowią bazę, na której tworzy się konstrukcja profesji. Ponieważ podstawą działania profesjonalnego są ustalenia naukowe, stąd racjonalność jest naturalnym atrybutem ich postępowania. Zakorzenie ustaleń profesjonalisty w nauce daje im bezwzględną przewagę: nikt chcący postępować racjonalnie nie może się z nimi nie zgadzać. Jest to podstawa budowania autorytetu, odmowa jego uznania byłaby zachowaniem bezsensownym. Jednak autorytet profesjonalisty dotyczy jednej tylko dziedziny, poza jej granicami opinia profesjonalisty waży tyle samo, co wszelkich innych. Kiedy problem

⁴ A. Flexner, *Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, Boston: Marymount Press 1910.

⁵ T. Parsons, *Professions and social structure*, Social Forces Vol. 17 No. 4, pp. 457–467, May 1939; warto odnotować, że polska wersja tego tekstu nosi tytuł *Wolne zawody a struktura społeczna*, por.: *Szkice z teorii socjologicznej*, Biblioteka socjologiczna, Warszawa, PWN 1972.

pacjenta wymaga przekroczenia granic intymności, przez dotyk czy pytanie, profesjonalista jest do tego upoważniony, ale tylko w granicach uzasadnionych rodzajem problemu. Konstruuąc rolę społeczną chorego – społeczne znaczenie chorowania wykraczało poza zjawiska biologiczne – Parsons uznawał, że szukanie pomocy profesjonalisty, a następnie rzetelne podporządkowywanie się jego zaleceniom jest najbardziej racjonalnym zachowaniem we współczesnym społeczeństwie⁶. Chyba wręcz nie wyobrażał sobie, że ktoś nie chce wyzdrowieć i może lekceważyć udzielane mu prowadzące do zdrowia rady. W obrazie sytuacji wywodzonej z koncepcji Parsonsa ludzie dzielą się na dwie zasadniczo odmienne grupy: wtajemniczonych profesjonalistów i wszystkich pozostałych. Różni je nieprzekraczalna granica wiedzy. Osoby kompetentne, profesjonalisci, wiedzą jak postępować w sprawach dotyczących zdrowia, i to zarówno w ogólnym wymiarze społecznym, jak i indywidualnie, one więc powinny mieć zagwarantowany monopol wypowiedzania się w tych sprawach. Uzasadnienie – intencjonalnie – nie jest ideologiczne, a jego fundamentem jest postulat poddania się naukowej racjonalności.

Niekiedy badacze posługiwali się metaforą, że między grupą profesjonalną i społeczeństwem zawierana jest swoista umowa, w której określone są zobowiązania i uprawnienia każdej ze stron⁷. Społeczeństwo chce profesjonalistów, którzy są technicznie kompetentni w tej dziedzinie, do znajomości której pretendują. Chce medycznych profesjonalistów, którzy mogą być obdarzani pełnym zaufaniem, że będą używać swojej wiedzy i umiejętności dla dobra i korzyści swoich pacjentów. Jednocześnie społeczeństwo oczekuje, by medyczni profesjonalisci ucieleśniali w stopniu najwyższym takie cechy, jak w pełni altruistyczne traktowanie potrzeby ludzi chorych i znajdujących się w trudnym położeniu.

W socjologicznych analizach postawiono wyraźnie problem stopniowego osiągnięcia przez grupę zawodową cech niezbędnych do uzna-

⁶ R.C. Fox, *Essays in Medical Sociology: Journeys Into the Field*, John Wiley & Sons, New Brunswick 1988, http://books.google.pl/books?id=afLm1MB7d5AC&pg=PA499&lpq=PA499&dq=parsons++professions+and+social+structure&source=bl&ots=nBc6Zu39iZ&sig=9zZH3j2W18w-BnzUdNzs9bTr8c&sa=X&ei=HcgzUJv2L4_Gswb2sYCwDw&ved=0CDUQ6AEwCQ#v=onepage&q=parsons%20%20professions%20and%20social%20structure&f=false

⁷ S. Packer and M. Pearse Burke, *Professionalism: Questions, Old and New*, American journal of ophthalmology, November 2003, s. 921–924.

nia ją za profesję – procesu profesjonalizacji. W jednej z koncepcji tego procesu wyróżniono następujące etapy⁸:

- wyodrębnienie się zespołu umiejętności i czynności,
- powołanie do życia odpowiednich instytucji kształcących,
- utworzenie stowarzyszenia reprezentującego profesjonalistów,
- sformułowanie i wprowadzenie w życie kodeksu etycznego.

W długotrwałym procesie profesjonalizacji, ale także w działaniach socjalizujących nowych profesjonalistów, dochodziło do wytworzenia zespołu specyficznych cech postawy profesjonalnej. Richard Hall przedstawił rozwinięty profesjonalny model i zidentyfikował pięć cech tej postawy, jakie można przypisać najdojrzalszym profesjom, takim jak m.in. medycyna⁹. Były to cechy następujące:

- przekonanie, że organizacja profesjonalna jest głównym punktem odniesienia w relacjach zawodowych, tak w sensie formalnej reprezentacji i obrony wspólnych interesów, nieformalnych źródeł idei i wartości oraz towarzyskich powiązań;
- wiara w sens służby na rzecz społeczeństwa, przekonanie o znaczeniu i wartości świadczeń dla innych, ich postrzeganie jako źródło satysfakcji tak dla ludzi, jak i dla profesjonalisty;
- idea samoregulacji jako najlepsza metoda ustalania reguł wykonywania zawodu i funkcjonowania grupy. Zgoda i docenianie wewnętrznej kontroli przez kolegów, przy odrzuceniu jakiegokolwiek ingerencji z zewnątrz;
- traktowanie pracy jako powołania zawodowego i przekonanie, że jego realizacja jest ważniejsza niż ewentualne korzyści materialne;
- zasada maksymalnej autonomii, a więc odrzucenie możliwości ulegania wpływom wywieranym tak przez pacjenta, przez jakąkolwiek osobę niebędącą profesjonalistą, jak i przez instytucję zatrudniającą lekarza.

W różnych krajach i w różnych czasach poszczególne charakterystyki postaw stawały się podstawą regulacji formalnych, ale – jak się wydaje – największy wpływ na rzeczywistość wywarł postulat autonomii. Niech o tym – symbolicznie – świadczy fakt, że Światowe

⁸ H.L. Wilensky, *The Professionalization of Everyone?*, American Journal of Sociology, Vol. LXX, September 1964, s. 137–158.

⁹ R. Hall, *Professionalism and bureaucratization*, American Sociological Review, Vol. 33, No. 1 (Feb. 1968), s. 92–104.

Stowarzyszenie Lekarzy (World Medical Association – WMA) zostało powołane do życia w 1947 r., aby „zapewnić lekarzom niezależność” (*to ensure the independence of physicians*)¹⁰. Wprawdzie mówi się tam także o trosce o najwyższe standardy etyczne i opieki, sprawowanej przez lekarzy, ale prymat autonomii wydaje się oczywisty.

1.2. Krytyka profesjonalizmu

W koncepcji Parsonsa wyidealizowany obraz profesji, zwłaszcza grupy lekarzy, został przedstawiony jako opis rzeczywistości, tego co faktycznie we współczesnym systemie ma miejsce¹¹. Motywowany altruistycznie świadczeniodawca, zachowujący się zgodnie z najbardziej wymagającymi normami kodeksów etycznych, był traktowany jako realistyczna rekonstrukcja aktywnych zawodowo lekarzy. Można twierdzić, że pozytywny wizerunek lekarza odzwierciedlał wiele ze społecznych opinii, jakie przeważały w tamtych czasach. Zupełnie inną pozycję oceniającą można zauważyć w analizie Eliota Freidsona. Jego dwie książki opublikowane w 1970 r. można potraktować jako przełom w stawianiu problemu profesjonalizmu, a tytuł jednej z nich – dominacja profesjonalna – stał się składnikiem powszechnie stosowanej terminologii¹². Jego analiza powstawała w czasie, kiedy dochodziło do stopniowej erozji zaufania, jakim wcześniej darzono ekspertów i profesjonalistów. W samym pojęciu „profesjonalnej dominacji” zawarta jest krytyka sytuacji i zwolnienie poszczególnych osób za ten stan rzeczy – dominuje grupa jako środowisko, a nie jednost-

¹⁰ World Medical Association – WMA, What is WMA, <http://www.wma.net/en/60about/index.html>. Należy jednak odnotować, że w oficjalnych dokumentach przedstawiane są deklarowane wartości, które przyświecają – powinny przyświecać – powinnościom lekarskim. W Deklaracji Helsińskiej przytoczone jest sformułowanie, z Deklaracji Genewskiej oraz Międzynarodowego Kodeksu Etyki Lekarskiej, że zdrowie pacjenta jest nadrzędną troską lekarza, który będzie postępować mając zawsze na względzie jego najlepszy interes. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

¹¹ D. Light and S. Levine, *The Changing Character of the Medical Profession: A Theoretical Overview*, The Milbank Quarterly, Vol. 66, Supplement 2: *The Changing Character of the Medical Profession* (1988), s. 10–32.

¹² E. Freidson, *Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge*, New York: Dodd, Mead 1970; E. Freidson, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, New York: Atherton Press 1970.

ki – nie łagodzi opinii. Dominacja jednej grupy jest równoznaczna z upośledzeniem innej, co w wielu przypadkach – przy akceptacji zasad egalitaryzmu – musi być oceniane negatywnie. Podkreślić należy, że przedmiotem krytyki była zarówno dominacja wobec pacjentów i otoczenia zewnętrznego, jak i innych grup zawodowych wewnątrz sektora zdrowotnego. W dążeniu do dominacji opisywanie własnej grupy zawodowej w kategoriach profesjonalizmu może być niekiedy postrzegane jako zabieg autopromocyjny.

Warto wyróżnić dwie fazy zdobywania autonomii. Pierwsza faza polega zwykle na manifestowaniu poglądu, że zawód wykonuje godną zaufania i wartościową dla społeczeństwa pracę. W tej fazie wprowadza się i formalizuje wymogi edukacyjne, reguły dopuszczania do zawodu i prawa jego wykonywania, uchwała się kodeks etyki zawodowej, tworzy profesjonalne stowarzyszenie i elementy samodzielnej kontroli przez środowisko zawodowe. Zdaniem Freidsona ta faza rozwoju jest – była u progu lat siedemdziesiątych – udziałem między innymi pielęgniarek. Druga faza procesu polega na przyznawaniu niezależności. Dzieje się to w procesie politycznym, pod naciskiem wzrastającego znaczenia ekonomicznego grupy zawodowej, ale jest także skutkiem siły politycznej zawodowej reprezentacji grupy profesjonalnej. Choć to może zostać ułatwione przez instytucje i działania edukacyjne oraz inne siły, które ujawniły się w pierwszej fazie procesu, ale kluczowym elementem zmian jest przyznanie niezależności przez decyzję prawną. Bez prawnego ukoronowania procesu grupa zawodowa, nawet posiadając wiele atrybutów profesji, ale bez decyzji prawnej, zwykle na poziomie ustawy, pozostaje nadal para-profesją. Oznacza to, że o ile w pierwszej fazie działań prowadzących do samodzielności wiele decyzji i przedsięwzięć może wynikać z samodzielnych inicjatyw grupy zawodowej, o tyle w drugiej – decydującej – fazie zasadnicze rozstrzygnięcia są w dyspozycji ciał zewnętrznych. To zewnętrzne uznanie, społeczna opinia wyrażona w postaci decyzji prawnej, przesądza ostatecznie o nadaniu grupie zawodowej pozycji profesji. Podstawą uznania grupy za profesję jest zaufanie do wysoce moralnych postaw profesjonalistów. Freidson stał na stanowisku, że rzeczywiste zachowania czy rzeczywiste postawy odgrywają w opisywanym procesie mniejszą rolę, niż opinia społeczna znajdującą materializację w podjętej decyzji. Jeżeli grupie zawodowej udaje się przekonać społeczeństwo, że grupa jest moralnie motywowana, decyzja o uznaniu za profesję może być podjęta i uznanie niezależności profesji może się dokonać.

Odwołując się do szerszego spojrzenia można twierdzić, że o szerokim poparciu tezy o konieczności przyznania lekarzom szczególnej pozycji przesądzał typ dominującej wówczas kultury, w której ranga autorytetu naukowego była bardzo wysoka. Przez długie lata w krajach rozwiniętych panowało przekonanie, że stosowanie naukowej wiedzy stanowi najbardziej skuteczne narzędzie rozwiązywania problemów i zadanie to powinno być powierzane specjalistom-profesjonalistom. Istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że autonomia grupy będzie uszanowana i zewnętrzne czynniki będą się powstrzymywać od podejmowania interwencji w wewnętrzne sprawy profesji, łącznie z zasadnością i jakością działań podejmowanych przez jej członków. Przyznanie autonomii, brak zewnętrznej kontroli i rozwój samodzielnych instytucji zawiera w sobie potencjał destrukcji. Środowisko lekarskie tworzy i utrzymuje wizję opartą na samooszustwie, w której przeważa obraz troski o pełen obiektywizm i bezstronność, naukowo ufundowane podstawy działania, solidności w postępowaniu i cnót jego członków. Grupa przyswaja sobie przekonanie o wyjątkowości (*insularity*) swojej pracy i arogancji w pełnieniu swojej misji w świecie. Samodzielny i z konieczności żywiołowy rozwój opieki zdrowotnej musiał prowadzić do nierównomiernego kształcenia różnych grup specjalistów i niezależnego od potrzeb rozbudowywania infrastruktury. Freidson podkreślał jednak, że negatywne zjawiska widoczne w funkcjonowaniu systemów zdrowotnych w żadnym razie nie powinny być przypisywane indywidualnym słabościom członków profesji, ale wynikały ze strukturalnych cech sytuacji, w jakich profesja działała.

Jest przydatne myśleć o profesji jako zawodzie, który znalazł się w dominującej pozycji w podziale pracy, co pozwoliło przejąć kontrolę nad procesem decydowania o sensie i treści (*substance*) własnej pracy¹³. W przeciwieństwie do większości zawodów, grupa profesjonalna jest autonomiczna i sama decyduje o swoim losie (*self-directing*). Grupa zawodowa podtrzymuje ten specjalny status przekonując otoczenie o nadzwyczajnej solidności (*trustworthiness*) jej członków. Solidność jest powiązana z walorami etycznymi, ale także z umiejętnościami merytorycznymi. Profesja przedstawia pogląd, że jest najbardziej godnym zaufania autorytetem w tym zakresie rzeczywistości, gdzie deklaruje

¹³ F.D. Wolinsky, *The Professional Dominance Perspective*, Revisited The Milbank Quarterly, Vol. 66, Supplement 2: *The Changing Character of the Medical Profession* (1988), s. 33–47.

swoje kompetencje. Grupa lekarzy jest jedyną grupą zawodową, która jest w pełni samodzielna. Jako grupa ma władzę, by kierować i oceniać pracę innych, nie stając się jednocześnie przedmiotem decyzji i kontroli sprawowanej przez innych. Niezależność jest podtrzymana przez dominującą pozycję ich wiedzy specjalistycznej w podziale pracy.

Zwykle uważa się, że członkowie wszystkich zawodów w opiece zdrowotnej są oddani swojej pracy, wykonują ją z poświęceniem, bardzo często mają solidne, specjalistyczne wykształcenie, ale grupa lekarzy znajduje się w sytuacji szczególnej i wyjątkowej. Będąc członkami profesji dominującej są w całkowicie innej strukturalnej relacji w układzie podziału pracy, niż jest to udziałem profesji podporządkowanych. Pominięcie tej cechy prowadziło do zignorowania cechy o fundamentalnym znaczeniu.

Podstawą wyjątkowej, dominującej pozycji środowiska lekarskiego była wyjątkowa, rozbudowana wiedza. Wyjątkowość wiedzy była oczywista w przeszłości, ale jej uprzywilejowane cechy stawały się mniej widoczne z czasem, kiedy ogólny poziom wykształcenia stale się podnosił, a w sektorze zdrowotnym pojawiły się nowe grupy zawodowe, coraz lepiej wykształcone i przygotowane do podejmowania działań służących zdrowiu. Ponadto wszyscy, niezależnie od rodzaju wykształcenia uzyskiwali dostęp do informacji medycznej za pomocą Internetu. Wiedza zdobywana w przeszłości przez lata studiów pojawiała się na ekranie bez wysiłku. Freidson zdawał sobie z tego sprawę, ale uważał, że procesy te nie osłabiają jego tezy o dominującej pozycji lekarzy. Posługiwał się pojęciem „luki wiedzy” (*knowledge gap*), która pozostawała dostatecznie duża, by uzasadniać tezę o wyjątkowej pozycji lekarzy. Trwająca i nieredukowana luka w wiedzy pozwalała twierdzić, że względna pozycja lekarzy – względna w relacji do innych grup zawodowych w sektorze zdrowotnym oraz w relacji do pacjentów – nie uległa osłabieniu ani w hierarchii prestiżu, ani wiedzy, ani monopolistycznej pozycji w operowaniu tą wiedzą.

Pozycja lekarzy, zwłaszcza dominująca, była osłabiana także z powodu zmian zachodzących w funkcjonowaniu systemów zdrowotnych¹⁴. Były to: (1) szybko postępująca instytucjonalizacja (*competitive corporatization*) działań medycznych, (2) wzrastające użycie medycznych technologii i (3) coraz szersze stosowanie technologii

¹⁴ J.D. Stoeckle, *Reflections on Modern Doctoring*, The Milbank Quarterly, Vol. 66, Supplement 2: *The Changing Character of the Medical Profession* (1988), s. 76–91.

informacyjnej. Po pierwsze, praktyka odbywa się w instytucjach, w większości krajów jednoosobowe praktyki stają się rzadkością, i w konsekwencji warunki jej wykonywania są bardziej biurokratyczne lub przypominają przemysłowy styl organizacji, lekarz staje się pracownikiem, a relacje między lekarzem i pacjentem są kształtowane tak, by odpowiadały oczekiwaniom i interesom instytucji. Po drugie, w działaniach medycznych wykorzystuje się coraz więcej medycznej technologii, co jest w pełni widoczne w wyposażeniu szpitala, ale coraz więcej urządzeń, zwłaszcza diagnostycznych, trafia także do opieki ambulatoryjnej. W efekcie treść pracy lekarzy, zresztą także innych grup zawodowych, staje się bardziej techniczna i specjalistyczna, ale jednocześnie bardziej fragmentaryczna i niewymagająca całościowej wiedzy, której stosowanie w tradycyjnym obrazie profesjonalisty odgrywało bardzo dużą rolę. Po trzecie, ponieważ systemy informacyjne znajdowały coraz więcej zastosowań, dostarczały informacji, służyły ich utrwalaniu i przekazywaniu, ale znajdowały zastosowanie także w monitorowaniu pracy lekarzy – ich decyzji i postępowania. W rezultacie możliwe stawało się tworzenie i przekazywanie do obligatoryjnego wykorzystywania bardziej rozbudowanych standardów i algorytmów postępowania, wraz z szansą stosowania kontroli i oceny działań lekarskich.

Jak ważny był to proces niech świadczy fakt, że blisko dwadzieścia lat później w Klinice Mayo zespoły pielęgniarek, lekarzy i farmaceutów posługiwały się standaryzowanymi algorytmami postępowania i protokołami, które są oparte na najnowszych dowodach naukowych¹⁵. Dla przykładu przy operacjach biodra postępowanie jest zwykle bardzo podobne u poszczególnych pacjentów i prawdopodobieństwo zmian wprowadzanych od przypadku do przypadku nie jest duże, pod warunkiem jednak, że podstawowy szablon jest właściwie przygotowany. Z tego punktu widzenia stosowanie standardów, wraz ze skomputeryzowanymi systemami przypominania o poszczególnych elementach zalecanej procedury, pozwalają lekarzom na to, by poświęcić więcej czasu na uprawianie sztuki medycyny, bardziej niż zajmując się prozaicznymi szczegółami.

¹⁵ S.D. Smith, *Physician Autonomy in the Age of Accountability*, Medicine, October 2007, <http://www.minnesotamedicine.com/PastIssues/PastIssues2007/October2007/QualityRoundsOctober2007.aspx>

1.3. Położenie pacjentów

Odrębnym nurtem kwestionowania pozycji profesjonalistów był problem dominacji wobec pacjentów, choć zauważmy, że skłonność do podporządkowywania sobie pacjenta mogły przejawiać bardzo różne grupy zaangażowane w udzielanie świadczeń zdrowotnych. W analizach tych używane były dwie, dzisiaj już klasyczne kategorie: medykalizacja oraz specyficznie interpretowane pojęcie jatrogenyzy.

Autorstwo pojęcia medykalizacji jest przypisywane Irvingowi Zoli, który w roku 1972 podjął analizę problemu granic społecznej kontroli sprawowanej przez instytucje medyczne¹⁶. Przez medykalizację rozumie się proces rozszerzania zakresu problemów objętych „jurysdykcją” medyczną¹⁷. Konsekwencje tego procesu były takie, że coraz więcej spraw i problemów traktowano jako należące do kompetencji medycznych, co sprawiało, że do ich opisu coraz częściej stosowano terminologię medyczną i coraz więcej z nich postrzegano jako chorobę, a więc sytuację w której racjonalne działanie polega na podjęciu interwencji lekarskiej. Mogło to dotyczyć indywidualnego pacjenta, a decyzje całej grupy zawodowej, w postaci uznawania nowych jednostek chorobowych albo reinterpretowania starych, zgodnie z profesjonalną perspektywą definiowania zdrowia, wyznaczają formalne granice przypadków, za które medycyna chce się czuć odpowiedzialna¹⁸.

Jatrogeniza, której tradycyjne znaczenie ograniczone było do ubocznych, niekorzystnych następstw zastosowania procedur medycznych u indywidualnego pacjenta, została przeniesiona przez Iwana Illicha na ogół negatywnych następstw wszelkich działań podejmowanych przez systemy medyczne. Wywoływane przez te działania następstwa przejawiały się zarówno na poziomie skutków klinicznych, jak i w układzie instytucji społecznych, a nawet na poziomie świata wartości¹⁹. Stosując to pojęcie autor twierdził, że im lepsza, lepiej wyposażona i aktywniej działająca opieka medyczna, tym bardziej

¹⁶ I.K. Zola, *Medicine as an Institution of Social Control*, Sociological Review, Vol. 20, 1972, s. 487–504.

¹⁷ *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, opr. Z. Słońska i M. Miśsiuna, Instytut Kardiologii, Warszawa, bez daty, s. 21.

¹⁸ S.A. Halpern, *Medicalization as Professional Process: Postwar Trends in Pediatrics*, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 31, March 1990, s. 28–42.

¹⁹ I. Illich, *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Random House, New York 1976.

rozległe stają się objawy jatrogeny i, w konsekwencji, tym gorszy stan zdrowia. W warstwie mentalnej jatrogena polega na wytworzeniu zależności ludzi od instytucji opieki medycznej. Instytucje te oferują techniczną pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, tworząc zarazem przekonanie, że jest to najlepszy – bo kompetentny – sposób radzenia sobie ze sprawami zdrowia i choroby. Im szersze kompetencje medycyny, w wyniku procesu medykalizacji, tym więcej problemów życiowych jest definiowanych jako leżące w tych kompetencjach, a im lepsza opieka, tym chętniej i tym częściej odwołują się ludzie do świadczeń udzielanych przez służbę zdrowia. Powstaje błędne koło uzależnienia od zewnętrznego systemu, dzięki czemu człowiek zostaje wywłaszczony z własnego zdrowia.

1.4. Reformy systemów zdrowotnych

Jednym z argumentów, przy pomocy którego uzasadniano autonomię lekarzy, była kwestia niepewności i złożoności problemów zdrowotnych²⁰. Niepewność jest związana z istnieniem, czy pojawianiem się wielości zróżnicowanych problemów zdrowotnych. O ile na poziomie dużych liczb można szacować prawdopodobieństwo wystąpienia przypadków określonego rodzaju, o tyle w sprawach jednostkowych rzecz staje się nieprzewidywalna. Tak więc pojawienie się problemu jest niepewne, podobnie jak jego szczegółowe cechy. W konsekwencji treść i rodzaj zadań stających przed profesjonalistą jest zawsze niepewna. Profesjonalista musi je w każdym indywidualnym przypadku na nowo definiować, do czego niezbędna jest pogłębiona, solidna wiedza. Nikt poza profesjonalistą nie ma wystarczającej wiedzy, aby rozwiązywać tego rodzaju problemy.

Złożoność problemów, wielość i niejednoznaczność objawów, wielowątkowość łańcuchów przyczynowych są ważnym atrybutem problemów, z którymi mają do czynienia profesjonalści zajmujący się zdrowiem. W tradycyjnej wersji obrazu profesjonalisty przyjmowano, że jest on w stanie opanować znaczną część informacji niezbędnych do opisu i zinterpretowania każdego przypadku, współcześnie jest oczywiste, że jest to niemożliwe. Odpowiedzią na uświadomienie

²⁰ G. Southon, J. Braithwaite, *The end of professionalism?*, Social Science and Medicine 1998, Vol. 46, No. 1, s. 23–28.

sobie poznawczych ograniczeń jednostek jest postulat specjalizacji i współpracy. Specjalizacja pozwala ograniczać zakres niezbędnych kompetencji, współpraca pozwala na kumulowanie wiedzy poprzez wspólny wysiłek. W efekcie to nie każdy profesjonalista jest traktowany jako w pełni kompetentny, ale profesja jako grupa uzyskuje rangę wtajemniczonych.

Łączne występowanie nieprzewidywalności i złożoności problemów zdrowotnych może być – i było – skutecznie wykorzystywane do uzasadniania wielu postulatów odnoszących się do organizowania pracy profesji. Przede wszystkim przydatność tradycyjnych narzędzi zarządzania z podziałem zadań, sformalizowaną kontrolą, planowaniem zadań i detaliczną kontrolą wydają się całkowicie nieprzydatne. Jedyne możliwy sposób ich zastąpienia może prowadzić przez samoorganizację i samokontrolę. Jeśli aktywność menadżerska ma być obecna, to jedynie w postaci wspierającej aktywności profesjonalistów. Uznawano, że w przypadku konfliktu racji zarządczych i racji profesjonalnych te pierwsze zawsze powinny ustępować. Jedną z konsekwencji takiego stanowiska była długa nieobecność jawnie stosowanych bodźców finansowych, mimo że w praktyce w zdecydowanej większości krajów liczne – choć nie wszystkie – grupy profesjonalne bardzo skutecznie zabiegały o swoją pozycję materialną.

Rozwiązania typu opieki zarządzanej (*managed care*) opierały się na przesłance, że w procesach planowania i finansowania stosowano standardy postępowania medycznego. Zakładano, że standardy te mają pierwszeństwo przed indywidualnie konstruowanymi metodami diagnozowania i leczenia. Odstępstwo od standardów wymagało odrębnego uzasadnienia.

Wprowadzanie idei instytucjonalnego rozdziału świadczeniodawcy i płatnika (*purchaser-provider split*) wymagało wykorzystywania rozbudowanego aparatu biurokratycznego w procesie kontraktowania świadczeń. Jeśli dążono do tego, by płatnik kontraktował świadczenia potrzebne, z punktu widzenia potrzeb ludzi, to potrzeby te musiały być uprzednio rozpoznane. Wykluczało to możliwość traktowania każdego problemu zdrowotnego jako unikalnego.

Powierzanie lekarzom pierwszego kontaktu budżetu pozwalającego na opłacanie badań i wielu procedur specjalistycznych opierało się na przekonaniu, że ktoś spoza bezpośredniej relacji pacjent–lekarz leczący jest w stanie rozpoznać i oszacować działania niezbędne dla rozwiązania problemu zdrowotnego. Rozpoznanie to obejmowało

także rozstrzygnięcie możliwych dylematów etycznych związanych z możliwością udzielenia jakiegoś świadczenia, jeśli lekarz pierwszego kontaktu uznawał je za nieuzasadnione.

Akcentowanie odpowiedzialności osób zarządzających – menadżerów, a nie lekarzy – za funkcjonowanie instytucji zdrowotnych, szpitali, opieki ambulatoryjnej, w tym także za efekty zdrowotne, zdejmowało część odpowiedzialności z profesjonalistów medycznych. Oznaczało to zgodę na uznanie, że wiedza z dziedziny zarządzania jest wystarczająca dla formułowania i egzekwowania reguł postępowania także w sprawach medycznych.

Zakres odpowiedzialności profesjonalistów został przededefiniowany w taki sposób, aby obejmować konsekwencje decyzji o charakterze menadżerskim. Typowa sytuacja to wybór pacjentów mających dostęp do określonych procedur – w skrajnych przypadkach ratujących życie – kiedy zasoby są ograniczone i nie wszyscy potrzebujący pacjenci mogą z nich skorzystać. Także strategiczne decyzje o rozwoju niektórych rodzajów świadczeń wchodziły w zakres tak definiowanej odpowiedzialności.

Wprowadzanie reguł zarządzania opartego na wyniku (*outcomes-based management*), co może dotyczyć różnych ocen, ale także sposobu wynagradzania, musi się opierać na przekonaniu, że wkład profesjonalistów, ich udział w przyczynieniu się do rozwiązania problemu medycznego – wyleczenia pacjenta, ale także stopień przyczynienia się do porażki w leczeniu, może być oceniony przez zewnętrznego obserwatora. Podkreślić należy, że jest to obserwacja rutynowa, wykorzystywana w bieżącym zarządzaniu, a nie specjalnie przygotowana analiza podejmowana w celach badawczych.

Konkurencja, która miała być stymulatorem efektywności, miała zwykle być stosowana w ramach wewnętrznego, regulowanego rynku (*managed market*), gdzie świadczeniodawcy mieli ubiegać się o publiczne pieniądze. Wybór lepszego oferenta wymagał uprzedniej oceny jakości tego, co zostało zaproponowane przez świadczeniodawcę ubiegającego się o kontrakt. W ocenie wartości propozycji należało brać pod uwagę zarówno trafność merytoryczną (dopasowanie do struktury potrzeb), ale także przewidywaną efektywność zaproponowanych procedur i stan posiadania oferenta (personel, sprzęt itd.).

Stosowanie niekiedy narzędzi zarządzania, w których brano pod uwagę ocenę działań – a nie efektów – opierało się na przesłance, że dla działań profesjonalistów medycznych jest możliwe przygotowywanie

czynnościowych algorytmów postępowania na zasadzie: określony problem zdrowotny – określona procedura. Możliwie daleko posunięta dekompozycja procedur na czynności tworzyła podstawę tego rodzaju narzędzi.

W zarządzaniu skoncentrowanym na pacjencie (*patient-focused management*) skupiano się na kategoriach pacjentów – płeć, wiek, typ problemu zdrowotnego – i na tej podstawie określano optymalne metody postępowania. W niektórych sytuacjach było to korzystne, badania przeglądowe organizowane według tej zasady mogły być skuteczne, ale w innych przypadkach mogło prowadzić do ograniczania swobody w rozpoznawaniu problemów.

W uzasadnieniach przedsięwzięć reformatorskich nie było bezpośrednich ataków na profesjonalizm medyczny, ale wdrażane mechanizmy nieuchronnie musiały opierać się na ideach sprzecznych z przekonaniami o bezwzględnej przewadze wiedzy profesjonalistów nad kompetencjami wszystkich innych. Interesujące jednak, że odmowa uznania roszczeń profesjonalnych nie odbywała się w otwartej polemice i przedstawieniu dowodu, w którym wykazywano by ich bezzasadność, ale na tworzeniu faktów dokonanych, zorientowanych przede wszystkim na oszczędność i kontrolę wydatków. Atrakcyjność konkurencji i innych mechanizmów rynkowych była akceptowana poprzez proste przenoszenie doświadczeń uzyskiwanych w innych dziedzinach gospodarki. Autorzy rozmaitych propozycji reformatorskich przyjmowali bez dowodu, że rozwiązanie sprawdzone z powodzeniem w wielu różnych sytuacjach okaże się przydatne także w sektorze zdrowotnym. Dominujący w tamtym czasie klimat wiary w rynek i pewien przesyt regulacyjnymi działaniami rządów sprzyjał akceptacji przedstawianych propozycji. Jednak ofiarą padała stara koncepcja profesjonalizmu, która aspirowała do moralnej wyższości ze względu na – rzekomy – brak zainteresowania korzyściami materialnymi.

Złożoność i niepowtarzalność problemów zdrowotnych to cechy stopniowalne. Z pewnością są przypadki bardzo do siebie podobne i wtedy stosowanie standardowych metod postępowania może przynosić znaczne korzyści – także zdrowotne. Z pewnością jednak są także przypadki wyjątkowe, w których wielość nietypowych objawów występuje w unikalnych konfiguracjach, które są na tyle rzadkie, że nie znalazły żadnego z góry przewidywanego rozwiązania. Pytanie, jakie są proporcje między liczebnościami tych dwóch rodzajów problemów

zdrowotnych, ma postać empiryczną i tam, gdzie standard jest zasadny, powinien być stosowany. Doświadczenia reformatorskie potwierdziły natomiast istnienie trwałego konfliktu między postawą profesjonalną, w której zdrowie indywidualnego pacjenta ma wartość jednoznacznie nadrzędną, a postawą zarządczą, czy biurokratyczną, w której takie parametry jako korzyści społeczne oraz wielkość wydatków muszą być brane pod uwagę.

1.5. Konsumeryzm medyczny

Postawy profesjonalne, a zwłaszcza ich społeczne i instytucjonalne konsekwencje w postaci odmowy uznawania kompetencji świadczeniobiorcom mogą znaleźć się w konflikcie z dążeniami wyrażanymi przez ruchy konsumenckie²¹. Już sama zmiana terminu „pacjent” na termin „konsument” lub „klient” była sygnałem zupełnie innego podejścia do problemu świadczeń zdrowotnych, niż to miało miejsce w przeszłości, kiedy pozycja profesjonalistów nie była podważana²². W miejsce osoby biernie czekającej na opiekę pojawia się aktywny decydujący o sobie nabywca. Powstające i aktywne w wielu krajach ruchy konsumentów opierały się na założeniu, że nabywcy różnych dóbr i usług mają wszelkie niezbędne kwalifikacje by zachowywać się jako kompetentni nabywcy. Polega to na zdolności rozeznania cech produktu przesądzających o jego nabyciu, a także o umiejętności oceny jego jakości i przydatności. W ramach medycznego konsumeryzmu wspierano ideę samodzielnego wyboru lekarza, aktywnego udziału w przedstawianiu problemu zdrowotnego, zdobywania wiedzy o lekach i ich działaniu²³. Jednocześnie zachęcano do świadomego wyboru stylu życia sprzyjającego zdrowiu. Świadome wybory klientów miały być ułatwione przez przygotowywane przez organizacje konsumenckie rankingi, w których oceniane są różne parametry funkcjonowania szpitali, także takie jak odsetek powikłań, reoperacje czy infekcje we-

²¹ I. Yiuchi, *Professionalism and Consumerism: Can They Grow Together?*, Editorial, International Journal for Quality in Health Care 1997, Vol. 9, No. 6, s. 395–397.

²² A.W. Frank, *All the Things Which Do Not Fit: Baudrillard and Medical Consumerism*, Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare, 10917527, Summer 2000, Vol. 18, Issue 2.

²³ J. Owens, *Supporting Medical Consumerism*, <http://www.prevent.org/data/files/initiatives/jimowens.pdf>

wnątrzzszpitalne²⁴. Oczywiście, nie we wszystkich krajach ruchy konsumenckie są na tyle silne, by być wyzwaniem dla profesjonalistów, ale niezgodność punktów widzenia i interesów wydaje się być znaczna. Niektórzy autorzy stoją na stanowisku, że perspektywa jej złagodzenia jest uzależniona od stopnia akceptacji przez środowiska profesjonalne postulatów uwzględniania kryteriów efektywności ekonomicznej i społecznej. Jeśli pojawi się aproba, by brać pod uwagę wielkość korzyści zdrowotnej, także ponadjednostkowej, w konfrontacji z wydatkami ponoszonymi na jej uzyskanie, napięcie nie musi prowadzić do eskalacji konfliktu.

1.6. Podsumowanie

Współcześnie wiedza o konflikcie między zdolnością i skłonnością profesji do dbania o własne interesy i jej obowiązkiem bezinteresownej służby całemu społeczeństwu, a przede wszystkim wiedza o tym, że konflikt ten jest często rozstrzygany na korzyść racji egoistycznych, przedostały się do opinii publicznej²⁵. Stał się jej utrwalonym elementem. Świadomość, że profesjonaliści stosunkowo często rezygnują z altruistycznej i bezinteresownej służby ludziom, stała się trwałą i dramatyczną (*fatal*) skazą w społecznej umowie między profesjonalistami i społeczeństwem. Dawny, odtwarzany przez Parsonsa heroiczny ideał profesji należy do bezpowrotnej przeszłości.

Sprawie pozycji profesjonalistów zaszkodził też znacznie jednostkowy przypadek Harolda Shipmana, brytyjskiego lekarza rodzinnego, który pozbawił życia około 250 pacjentów²⁶. Wyrządzona prestiżowi szkoda była jednak zwiększona postępowaniem samodzielnych władz medycznych. Dopiero po ujawnieniu afery Brytyjska Rada Medyczna (General Medical Council – GMC) przypominała, że pierwszym obowiązkiem lekarzy, znanym już od czasów Hipokratesa, jest troska o dobro pacjenta (*you must make the care of your patient your first*

²⁴ *How safe is your hospital? Our new Ratings find that some are riskier than others*, Consumer Reports magazine: August 2012, <http://www.consumerreports.org/cro/magazine/2012/08/how-safe-is-your-hospital/index.htm>

²⁵ R.L. Cruess, S.R. Cruess, S.E. Johnston, *Professionalism: an ideal to be sustained*, Lancet 2000, 356: 156–159.

²⁶ R. Baker, *Placing principle before expediency: the Shipman Inquiry*, www.thelancet.com, Vol. 365, March 12, 2005.

concern). Jednak w czasie wyjaśniania sprawy Shipmana ujawniono, że GMC rzadko zajmowała się ocenianiem postępowania lekarzy z punktu widzenia spełniania tego obowiązku. Obserwując jej różne działania można było raczej odnieść wrażenie, że jako ważniejszą traktowała obronę interesów lekarzy. W reprezentowanych stanowiskach istniała nierównowaga między gotowością do występowania w imieniu pacjentów i przyjmowanym jako oczywiste przekonaniem o przywiązaniu lekarzy do idei rzetelności (*fairness*) w postępowaniu zawodowym.

2. Profesjonalizm pielęgniarek

Wydaje się, że problem profesjonalizmu pielęgniarek był stawiany od samego początku jego istnienia w nowoczesnej postaci. Florence Nightingale chciała, by pielęgniarstwo „było profesją, pełną dyscypliny i równocześnie bezinteresownym poświęceniem na rzecz efektywnej opieki nad pacjentem”²⁷. Profesjonalizm w pielęgniarstwie obejmuje szeroki zasięg idei i pomysłów, i ważne jest, by traktować go jako czynnik pozwalający na określanie tożsamości (*brand identity*) profesji pielęgniarstwa. Elementami składowymi są zbiory norm, etyki pracy, ideologii, zasad pracy i poświęcenia na rzecz dobra wspólnoty. Troska o pacjentów jest najważniejszą wartością, niezależnie od okoliczności, w jakich pielęgniarka wykonuje swoje działania. Pielęgniarki są zobowiązane do stałego pozyskiwania i uzupełniania specjalistycznej wiedzy i umiejętności przez studiowanie nauk biologicznych, fizycznych i behawioralnych oraz używania tej wiedzy w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów. Zapobieganie chorobom i prowadzenie chorych (*management of illnesses*), doglądanie zranień i innych dolegliwości również należą do głównych zadań, które powinny być realizowane przez pielęgniarki. Ale problem samodzielnej pracy pielęgniarki nie był stawiany: pacjenci powinni znajdować się pod opieką lekarzy, a pielęgniarka powinna postępować zgodnie ze wskazaniami lekarza (*the nurse must be equally directed by the expert medical practitioner*).

²⁷ K. Pandey, *Professionalism in Nursing*, Buzzle Published: 5/27/2010, <http://www.buzzle.com/articles/professionalism-in-nursing.html>

2.1. Profesjonalizm w polskim podręczniku pielęgniarstwa

W polskim piśmiennictwie dotyczącym pielęgniarstwa pojęcie profesji jest dobrze utrwalone. W podręczniku *Podstawy pielęgniarstwa* znajduje się fragment zatytułowany „Pielęgniarstwo jako profesja”²⁸. Szukając cech charakteryzujących profesjonalistów autorka powołuje wysoki poziom ich sprawności, głównie umysłowych, znaczny zakres specjalistycznej wiedzy oraz doświadczenie. Jest mowa także o tym, że działania profesjonalistów służą ochronie największych wartości społecznych, do których zalicza się zdrowie, i działania te są spełnianiem misji. W tradycyjnym postrzeganiu problemu tylko trzy grupy zawodowe były postrzegane jako profesjonalści – kapłani, lekarze i prawnicy. Przyznawano im najwyższą rangę społeczną, a oni sami cieszyli się najwyższym prestiżem. Z czasem jednak zakres pojęcia profesji i profesjonalisty ulegał rozszerzaniu i obejmował coraz więcej grup zawodowych, wśród nich znalazło się także pielęgniarstwo. Proces pozyskiwania atrybutów prowadzący do wchodzenia w krąg profesji odbywał się stopniowo i dla pielęgniarek znaczące były następujące etapy²⁹:

- opracowanie wielkiego modelu pielęgniarstwa,
- narodziny pielęgniarstwa jako służby społecznej o istotnym znaczeniu w opiece nad zdrowiem człowieka,
- zwiększanie liczby i podwyższanie poziomu przygotowania zawodowego pielęgniarek, z równoczesnym przejmowaniem przez nie wielu kompetencji lekarza,
- podwyższanie kompetencji specyficznie pielęgniarских i rozszerzanie autonomii profesjonalnej pielęgniarek,
- osiągnięcie poziomu profesji i jej utrzymywanie na wysokim poziomie.

Z dalszych wywodów wnioskować można, że „wielki model” to koncepcja Florence Nightingale, rozwijana w drugiej połowie XIX wieku, która stała się inspiracją nowoczesnego, świeckiego pielęgniarstwa. Jednocześnie w przytoczonych sformułowaniach dostrzec moż-

²⁸ S. Poznańska, *Pielęgniarstwo i jego istota* (w:) *Podstawy pielęgniarstwa*, t. I, pod red. B. Ślusarskiej, D. Zarzyckiej, K. Zahradniczek, Lublin 2004, s. 21–36.

²⁹ *Ibidem*, s. 27.

na przesłankę, że proces pozyskiwania statusu profesji jest procesem gradacyjnym, w trakcie którego grupa zawodowa stopniowo zdobywa nowe atrybuty, które kumulując się pozwalają na osiągnięcie takiego poziomu rozwoju czy doskonałości, kiedy grupę tę można uznać za profesję. Chociaż w analizach mających ambicje naukowe nie ma *explicite* postawionej tezy, że grupa zawodowa będąca profesją jest w jakimś sensie „lepszą” od takiego zawodu, który profesją nie jest, w ideologicznej interpretacji profesji – tej krytykowanej przez Fredsona – myśl taka z pewnością jest obecna. Co więcej, można sądzić, że odwołanie się do idei etapów, które są z czasem pokonywane i przybliżają do stanu „bycia profesją”, wyraźnie wskazują na operowanie tego rodzaju wizją nawet, jeśli nie jest otwarcie sformułowana. Nie byłoby to w najmniejszym stopniu niespodziewane, bo obraz rozwoju, swoistego „dojrzewania” grup zawodowych chcących uzyskać rangę profesji jest w rozważaniach na ten temat bardzo częsty. I jeśli uważa się, że jednym ze zjawisk typowych dla nowoczesnego rozwoju jest wzrost liczby zawodów traktowanych jako profesje, to jest to w znacznym stopniu postrzegane jako awans tych grup zawodowych. Z tego punktu widzenia pielęgniarstwo byłoby jedną ze wstępujących, awansujących grup profesjonalnych.

2.2. Ku profesjonalizmowi

Podstawowym czynnikiem umożliwiającym profesjonalizację grupy zawodowej jest wystarczający poziom wykształcenia. Następująca z czasem fundamentalna poprawa w tej dziedzinie jest widoczna we wszystkich krajach rozwiniętych. Nie tylko liczne szkoły kształcą pielęgniarstwo, ale pielęgniarstwo jest również przedmiotem studiów na poziomie uniwersyteckim. Jednak nie wszystkie pielęgniarstwo osiągały równie wysokie wykształcenie i wewnętrzne zróżnicowanie jest pod tym względem bardzo duże³⁰. W wielu krajach wprowadza się – niekiedy liczne – tytuły zawodowe pozwalające wprowadzać wewnątrz zawodową stratyfikację. Jeśli zatem stawiam tezę, że pielęgniarstwo osiąga status profesji, to z pewnością dotyczy to tylko niektórych spo-

³⁰ W.M. Daly, R. Carnwell, *Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice*, *Journal of Clinical Nursing* 2003, 12, s. 158–167.

śród nich. Problem, jak prowadzić granicę oddzielającą tych, którzy są wewnątrz profesji, od tych pozostających poza jej zakresem, jest odrębną kwestią.

Postęp w kierunku pełnej profesjonalizacji pielęgniarstwa jest widoczny w związku ze zmianami, jakie pojawiają się w zasadach i warunkach wykonywania zawodu³¹. Pielęgniarki są z reguły kształcone poprzez złożony system edukacji, stosują w pracy ustanowione standardy, które upodabniają je do innych rozpoznawalnych profesji i poparcie tych dążeń jest zyskiwane w kręgach politycznych. Dzięki temu zwiększa się udział pielęgniarek w decyzjach kształtujących systemy opieki zdrowotnej. Uznawanie kwalifikacji i związane z tym przyznawanie prawa wykonywania zawodu także jest dokonywane samodzielnie. Wyżej wykształcone i wykwalifikowane pielęgniarki, pielęgniarki-specjalistki w szpitalach, pielęgniarki zabiegowe, pielęgniarki anestezyjologiczne, położne i wiele innych podgrup wśród pielęgniarek zyskują społeczne uznanie jako dostawcy efektywnej pod względem kosztu i dobrej jakości opieki zdrowotnej. Społeczeństwo zaczyna cenić pielęgniarstwo jako formę świadczeń, zaś pielęgniarki jako autonomicznie działające podmioty podejmujące decyzje w opiece zdrowotnej. Ponadto pielęgniarki podejmujące pracę naukową zapewniają rozwój bazy dla pracy pielęgniarek. W ten sposób nauka pielęgniarstwa staje się samodzielną dziedziną wiedzy.

Pierwsza cecha postawy to bardzo duże znaczenie przypisywane roli profesjonalnej organizacji jako głównej grupy odniesienia. Pod adresem profesjonalistów kieruje się apel o poparcie profesjonalnych stowarzyszeń poprzez branie udziału w spotkaniach, uczestniczenie i aktywność w profesjonalnych komitetach, czytanie profesjonalnych czasopism.

Druga cecha wiąże się z wiarą w sens służby społecznej (użyteczności publicznej), przekonanie, że działania profesji są korzystne i wręcz niezbędne dla społeczeństwa.

Trzecia cecha wiąże się z postulatem niezależności. Autonomia pozwala profesjonalistom na podejmowania własnych decyzji i ustaleń na temat udzielanych świadczeń (swojej pracy) z minimalnym udziałem podmiotów zewnętrznych – pracodawców, ustawodawców, instytu-

³¹ C.A. Wynd, *Current Factors Contributing to Professionalism in Nursing*, Journal of Professional Nursing 2003, Vol. 19, No 5 (September–October), s. 251–261.

cji administracyjnych, innych profesjonalistów i nieprofesjonalistów. Niezależna praktyka często jest wiązana z postulatem niezależności.

Czwarta cecha to wiara w samoregulację – zasada, że kontrola pracy i ocena pracy profesjonalistów może być wykonywana jedynie przez kolegów, którzy są przedstawicielami tej samej profesji, z wykluczeniem innych.

Piąta cecha to przekonanie o powołaniu jako głównej sile motywującej działania profesjonalistów, spychając bodźce finansowe czy prestiżowe na daleki plan. Oddanie profesji ma znacznie większą siłę niż ekonomiczne motywacje. Profesjoniści są oddani (*dedicated*) i poświęceni (*devoted*) swojej pracy i swoim klientom z bardzo wysokim poziomem idealizmu.

Przegląd istniejących publikacji wskazuje, że pielęgniarce jako profesji przypisuje się zwykle kilka cech³²: (1) przyswojenie sobie spójnego zakresu określonej wiedzy, pozyskanej w procesie formalnej edukacji, (2) wysoki poziom umiejętności w określonej dziedzinie, (3) określone i egzekwowane zasady wejścia do grupy zawodowej, (4) określone i egzekwowane zasady certyfikacji upoważniającej do wykonywania czynności wchodzących w zakres profesjonalnych kompetencji, (5) zbiór norm regulujących zachowania oraz zestaw wartości i przekonań traktowanych jako niezbywalny składnik profesjonalizmu. Te cechy często są klasyfikowane jako strukturalne lub odnoszące się do postaw, podczas gdy cechy strukturalne mogą być postrzegane jako efekt procesu kształtowania profesjonalisty. Zwykle określają wymogi dotyczące wejścia do profesji, reguły formalnej edukacji, schemat obowiązkowego rozwoju umiejętności i ich dokumentowania. Z drugiej strony, profesjonalizm jest komponentem postaw lub wymiarem zachowań i w tej perspektywie odnosi się do poglądów i przekonań opisujących warunki działania jednostki w ramach profesji. Pojawia się tam zwykle określenie zadań jako powołania, samodzielność w wykonywaniu zadań i głęboka lojalność w stosunku do profesji i profesjonalnego stowarzyszenia.

Współcześnie pielęgniarka lub pielęgniarza-położna jest dobrze wykształconym i przeszkolonym świadczeniodawcą medycznym. Jest zawodowo zaawansowanym pracownikiem medycznym, który jest w stanie udzielać silnego wsparcia matkom i ich rodzinom, który wi-

³² G.M. Hampton, D.L. Hampton, *Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals. The case of Certified Nurse-Midwives*, Journal of Business Research 57 (2004), s. 1042–1053.

dzi narodziny jako naturalny proces. Jest w pełni kompetentna dzięki edukacji i treningowi, cieszy się poważaniem ze strony współpracowników i ma zdolności przywództwa. Przyswojone i reprezentowane przez nią wartości, postawy i umiejętności pozwalają jej pracować i działać skutecznie i niezależnie w każdej strukturze organizacyjnej opieki zdrowotnej.

W gruncie rzeczy, zarówno profesjonalizm, jak i orientacja rynkowa koncentrują się na zewnątrz instytucji – na konsumencie, pacjencie lub kliencie z intencją dostarczania wartościowych usług, które prowadzą do satysfakcji. Te dwa podejścia do roli zawodowej nie są przeciwstawne, ale mogą funkcjonować w relacjach partnerskiego współdziałania w procesie obsługiwanie świadczeniobiorców czy konsumentów. Współczesne instytucje medyczne mogą być postrzegane jako organizacje, w których dokonują się ważne zmiany strukturalne i gdzie dawne podporządkowanie hierarchiczne jest przekształcane w struktury wsparcia. W nowych strukturach obsługa administracyjna wspiera profesjonalistów przez usuwanie barier, mobilizując zasoby, prowadząc badania służące rozpoznaniu sytuacji i pozyskując doradców. W powstającej sytuacji profesjonalści zdrowotni nadal dysponują znacząco większą częścią zasobów wiedzy będących w dyspozycji instytucji. Profesjonaliści postępują zgodnie z ich własną wiedzą i decyzjami, stosując kryterium dobra osób korzystających. Ich wiedza i umiejętności kształtują się i są wzbogacone dzięki kontaktom z pacjentami i klientami. W instytucjach, o których mowa, silna pozycja profesjonalistów jest głównie pochodną posiadanej przez nich wiedzy i dostępu do informacji. Duża część dostępnej profesjonalistom informacji dotyczyła pacjentów lub klientów, a informacja pochodziła z organizacji kierującej się – w tej jej części – orientacją rynkową. Wspomniane wcześniej zmiany strukturalne zniosły bariery w przekazywaniu informacji, dzięki czemu profesjonalści mieli do niej nieograniczony dostęp, mogąc ją następnie rozszerzyć i wzbogacić. W takich okolicznościach, nie powinno zaskakiwać, że znaleziona została pozytywna i znacząca relacja między profesjonalizmem i orientacją rynkową.

W literaturze jako główne cechy profesjonalizmu w pielęgniarstwie przyjmuje się zwykle³³: edukację na poziomie uniwersyteckim

³³ F. Hisar, A. Karadağ, A. Kan, *Development of an instrument to measure professional attitudes in nursing students in Turkey*, *Nurse Education Today* 30 (2010), s. 726–730.

i solidne podstawy naukowe w zakresie pielęgniarstwa, możliwości podejmowania przez grupę działań regulacyjnych w sprawach zawodowych; niezależność wykonywania pracy, udział w organizacji profesjonalnej, zawodowe publikacje i system komunikacji, postępowanie zgodne z kodeksem etyki zawodowej, dysponowanie teoretycznym uzasadnieniem działań zawodowych; dążenie do rozwoju; praktyczne wykorzystywanie swoich kompetencji i poddawanie ich ocenie, orientacja na wartości związane ze służbą na rzecz wspólnoty; stałe kontynuowanie edukacji.

Długotrwały trening, jaki przebywają pielęgniarki w drodze do zawodu, prowadzi zwykle do ukształtowania wzorcowych zachowań traktowanych jako profesjonalne. Na liście tego, co jest postulowane pod adresem pielęgniarki, znaleźć można pozycje przedstawione w tabeli³⁴.

Tabela. Zasady i reguły postępowania profesjonalnego

Zasady	Reguły postępowania
Bądź uprzejma (<i>civil</i>)	Traktuj ludzi z poważaniem. Nie musisz ich lubić lub zgadzać się z nimi, by traktować ich tak, jak sama chciałabyś zostać potraktowana.
Bądź etyczna	Broń własnych i profesjonalnych standardów. Rób to, co jest słuszne, a nie to co jest oczekiwane.
Bądź uczciwa	Bądź prostolinijna. Nie powtarzaj plotek i nie rozpuszczaj pogłosek.
Bądź najlepsza	Próbuj postępować lepiej niż dobrze.
Bądź konsekwentna	Twoje zachowania powinny być zgodne z twoimi wartościami i przekonaniami.
Bądź komunikatywna	Zachęcaj tak pacjentów, jak i współpracowników do przedstawiania ich pomysłów, opinii i reakcji na różne problemy.
Bądź odpowiedzialna	Jeśli zadeklarowałaś, że coś zrobisz, zrób to. Bierz odpowiedzialność za twoje własne działania.
Bądź otwarta na współpracę	Zacieśniaj współpracę z profesjonalistami związanymi z innymi dyscyplinami dla korzyści pacjentów.
Bądź wyrozumiała	Każdy popełnia błędy. Daj każdemu drugą, uczciwą szansę.
Bądź na bieżąco	Aktualizuj zdobytą wiedzę i umiejętności. Bądź nowoczesna.

³⁴ D.G. Nativio, *Professionalism revisited*, Nursing outlook March/April 2001, 49, s. 71–72.

Zasady	Reguły postępowania
Bądź zaangażowana w życie profesji	Działaj aktywnie w organizacjach twojej profesji na wszystkich poziomach instytucjonalnych.
Postępuj wzorcowo (bądź wzorem)	To, co osoba mówi i rzeczywiście robi, kształtuje jego lub jej profesję (<i>reflects on his or her profession</i>).

Źródło: D.G. Nativio, 2001.

Warto zauważyć, że osoba postępująca jako wzorcowy profesjonalista wcale nie musi być pielęgniarką, czyli wykonywać czynności, które w jakimkolwiek stopniu były typowe dla pielęgniarstwa. Przedstawiony katalog pozytywnych zachowań charakteryzuje raczej porządnego człowieka, a wcale nie znanego fachowca.

Warto dostrzegać wspomnianą już różnicę między profesjonalizmem rozumianym jako postawa, charakteryzowana zbiorem pewnych wartości traktowanych jako czynniki motywujące, od profesjonalizmu rozumianego jako zespół zachowań interpretowanych jako typowe dla profesjonalizmu. Rozróżnienie to prowadzi do odmiennych strategii poznawania, czy identyfikowania faktów związanych z profesjonalizmem³⁵. W pierwszym rozumieniu mamy do czynienia z treściami psychicznych przeżyć, które można rozpoznawać pytając o deklaracje na temat wartości. W wielu przypadkach pozwala to na głębszy wgląd w intencje i przekonania profesjonalisty, ale obserwator jest bezradny wobec odpowiedzi nieszczerých albo świadomie zniekształcających rzeczywiste motywy postępowania. W drugim rozumieniu obserwator może dysponować wiedzą o rzeczywistym zdarzeniu – zachowaniu, które klasyfikuje do działań charakterystycznych dla profesjonalizmu. Nie wie jednak nic na temat intencji i motywów. Dla przykładu: kiedy pielęgniarka trzyma za rękę cierpiącego pacjenta, to może być to gest szczerego altruizmu, wywołanego ludzkim współczuciem albo religijnie, może być to element zachowania wyuczonego w trakcie studiów lub praktyki, może to być także rytualny odruch ulżenia osobie, której nie można pomóc w inny sposób. W moich rozważaniach nie chodzi jednak o interpretację szczególnego przypadku, ale o problem interpretacji pojęcia profesjonalizmu, który może być rozumiany już to jako postawa, już to jako zachowanie.

³⁵ Walther N.K.A. van Mook, S.J. van Luijk, H. O'Sullivan, V. Wass, J. Harm Zwaveling, L.W. Schuwirth, Cees P.M. van der Vleuten, *The concepts of professionalism and professional behaviour: Conflicts in both definition and learning outcomes*, European Journal of Internal Medicine 20 (2009), s. 85–89.