

**WSPÓŁPRACA PRAWNIKA Z LEKARZEM**  
**DOŚWIADCZENIA KLINIKI PRAWNO - MEDYCZNEJ**  
**DZIAŁAJĄCEJ PRZY**  
**HELŚIŃSKIEJ FUNDACJI PRAW CZŁOWIEKA**



## Spis treści

Maria Ejchart, Katarzyna Wiśniewska

Czy możliwa jest współpraca prawnika z lekarzem?

Doświadczenia Kliniki Prawno-Medycznej działającej przy Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka 1

PERSPEKTYWA STUDENTÓW PRAWA 4

Dominika Gmerek

Między diagnozą a paragrafem – refleksje dotyczące kontaktów lekarzy z prawnikami 4

PERSPEKTYWA STUDENTÓW MEDYCYNY 7

Agnieszka Kijanka

Więzień jako pacjent 7

Magdalena Guziewska

Trudności diagnostyczne 8

Agata Djaczenko

Na czym polega współpraca studentów medycyny i studentów prawa? 9

redakcja i korekta Ewa Kościelska – Koszur

opracowanie graficzne Anna Maria Burchard [www.burchardstudio.pl](http://www.burchardstudio.pl)

## Czy możliwa jest współpraca prawnika z lekarzem? Doświadczenia Kliniki Prawno-Medycznej działającej przy Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka

### Idea powstania programu „Opieka zdrowotna w polskich więzieniach – dążenie do zgodności ze standardami praw człowieka”

Program „Opieka zdrowotna w polskich więzieniach dążenie do zgodności ze standardami praw człowieka” zainicjował działalność we wrześniu 2010 r. i trwał dwa lata. Program powstał w związku ze wzrostem liczby skarg od osób pozbawionych wolności na niewłaściwą opiekę zdrowotną w zakładach karnych i aresztach śledczych. Skargi takie trafiały do Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka regularnie. Dlatego też uznaliśmy, że warto w sposób kompleksowy zająć się tym zagadnieniem i przez dwa lata koncentrować nasze działania na problemie opieki medycznej w jednostkach penitencjarnych.

Przed powstaniem Kliniki i nawiązaniem współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, dział prawny Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka nie miał możliwości pełnej weryfikacji tego typu skarg. Nie dysponowaliśmy bowiem narzędziami, aby je właściwie analizować, a w konsekwencji stwierdzić, czy pacjent jest leczony prawidłowo, czy są mu podawane odpowiednie leki. Potrzebowaliśmy kolejnego instrumentu.

### Przyczyny powstania Programu

Szczególnym impulsem do powstania Programu był wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie Dzieciak przeciwko Polsce (skarga nr 77766/01), który zapadł 9 grudnia 2008 r. Helsińska Fundacja Praw Człowieka reprezentowała przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka żonę pana Zbigniewa Dzieciaka. Pełnomocnikiem skarżącej był prof. Andrzej Rzepliński. W skardze do ETPC podniesiono zarzut naruszenia art. 3. Konwencji, czyli zakazu niehumanitarnego i poniżającego traktowania. W wyroku Trybunał poszedł jednak o krok dalej i uznał, że w sprawie tej Polska naruszyła

prawo do życia osoby przebywającej w areszcie śledczym, m.in. poprzez niezapewnienie w odpowiednim czasie właściwej i adekwatnej pomocy medycznej, w wyniku czego Z. Dzieciak zmarł. Europejski Trybunał Praw Człowieka uznał, że niezapewnienie Z. Dzieciakowi, podczas jego 4-letniego tymczasowego aresztowania, należytej opieki medycznej w odpowiednim czasie, stworzyło zagrożenie dla jego zdrowia i życia. Naruszenie przez państwo obowiązku ochrony życia osób aresztowanych było spowodowane w szczególności: brakiem współpracy różnych organów państwa, niedowiedzeniem skarżącego do szpitala na dwie zaplanowane operacje, niedostarczenie sądowi w odpowiednim czasie pełnej informacji o stanie zdrowia skarżącego, niezapewnienie mu pomocy lekarskiej w ostatnich dniach życia oraz niebranie pod uwagę stanu jego zdrowia przy automatycznym przedłużaniu tymczasowego aresztowania.

Ponadto, zdaniem Trybunału, organy państwa nie przeprowadziły skutecznego śledztwa w związku z zarzutem, że skarżący zmarł wskutek nieefektywnej pomocy medycznej podczas jego 4-letniego tymczasowego aresztowania. Potwierdza to, zdaniem Trybunału, zwłaszcza brak ustalenia faktów dotyczących wydarzeń bezpośrednio poprzedzających śmierć skarżącego. W konsekwencji Trybunał orzekł, że zostało naruszone prawo do życia poprzez zaniebdania prowadzące do utraty życia przez skarżącego (jednogłośnie) oraz poprzez brak przeprowadzenia skutecznego postępowania wyjaśniającego w związku ze śmiercią skarżącego (stosunkiem głosów pięć do dwóch, przy zdaniu odrębnym sędziego L. Garlickiego oraz sędziego D. Thór Björgvinssona).

Trybunał orzekł, że nie ma potrzeby stwierdzania naruszeń pozostałych artykułów powołanych w skardze, ponieważ zawarte w nich prawa składają się na prawo do życia. Skoro bowiem doszło do naruszenia prawa do życia, doszło także do naruszenia tamtych praw. Jedynie skargę w odniesieniu do art. 6. Konwencji, Trybunał uznał za niedopuszczalną, ponieważ została wniesiona po

terminie, czyli po upływie 6. miesięcy. Trybunał zasądził na rzecz żony skarżącego 20.000 euro tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

W styczniu 2008 r. mieliśmy także do czynienia z tragiczną śmiercią Claudio Crulica w Areszcie Śledczym w Krakowie. Z kolei 3 lutego 2009 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka stwierdził naruszenie art. 3. Konwencji w sprawie Kaprykowski przeciwko Polsce (skarga nr 23052/05). Poniżające traktowanie przez władze krajowe polegało na niezapewnieniu przez wiele lat odpowiedniej opieki zdrowotnej więźniowi cierpiącemu na epilepsję i inne problemy neurologiczne.

Sprawy te pokazały cały szereg błędów i zaniedbań w procedurze i w praktyce świadczenia opieki zdrowotnej w polskich zakładach karnych i aresztach śledczych. Skargi od osadzonych, które każdego dnia wpływały do Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, wskazywały, że problemy z funkcjonowaniem służby zdrowia w zakładach karnych oraz aresztach śledczych stanowią jedno z najpoważniejszych naruszeń praw człowieka w Polsce.

Po sprawie Dzieciak przeciwko Polsce zdecydowaliśmy się na zainicjowanie programu – Opieka zdrowotna w polskich więzieniach. Został on podzielony na trzy filary. Pierwszym była Klinika Prawno-Medyczna. Drugi skupiał się na litygacji strategicznej spraw, które do nas trafiały, i które były przedmiotem wspólnej analizy studentów prawa i medycyny. Działania w ramach tego filaru polegały na przygotowywaniu pism procesowych, obserwacji posiedzeń, interwencjach w jednostkach penitencjarnych, przygotowywaniu opinii prawnych dla sądów polskich, jak również dla Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Ostatnią częścią były działania wspierające, a więc te które podejmowaliśmy na polu medialnym i naukowym, i w których poruszaliśmy zagadnienia więziennej opieki medycznej.

### **Innowacyjny charakter Kliniki Prawno-Medycznej**

Idea Kliniki Prawno-Medycznej, opierająca się na współpracy studentów medycyny oraz studentów prawa, była całkowicie nowa. Według naszej wiedzy nie było wcześniej kliniki prawa która byłaby w ten sposób zorganizowana. W pracach naszej Kliniki wzięło udział 10 studentów prawa i 10 studentów medycyny. Nad ich wspólnymi działaniami nadzór merytoryczny sprawowali koordynatorzy – Maria Ejchart, prawnik z ramienia Helsińskiej Fundacji Praw

Człowieka oraz dr hab. Piotr Myrcha, lekarz z ramienia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Praca przyszłych prawników i lekarzy polegała na wspólnej analizie skarg więźniów dotyczących niewłaściwej opieki medycznej gwarantowanej im podczas odbywania kary, bądź tymczasowego aresztowania. Zorganizowanie takiej współpracy studentów okazało się dla nas niemałym wyzwaniem. Różnice w definiowaniu niektórych pojęć z medycznego i prawnego punktu widzenia były początkowo źródłem wielu trudności we wspólnej analizie spraw. Studenci musieli w pierwszej kolejności nauczyć się od siebie terminologii, jak również nauczyć się w przystępny sposób przedstawiać swoje opinie. Musieli też nawzajem zrozumieć swoje sprzeczne niekiedy oceny konkretnych przypadków.

W ramach Kliniki podejmowaliśmy działania na różnych płaszczyznach. W pierwszej kolejności identyfikowaliśmy te sprawy, w których mogło dojść do naruszenia prawa więźnia do odpowiedniej opieki medycznej. Do fundacji każdego dnia trafia kilkadziesiąt spraw, wybieraliśmy te, w których pojawiały się zagadnienia związane z opieką medyczną zapewnianą osobom pozbawionym wolności. Nie zawsze nasza pierwsza ocena konkretnego przypadku korespondowała z tym, co znajdowało się w dokumentacji medycznej. Zdarzało się tak, że my – prawnicy wyolbrzymiliśmy problem albo wręcz przeciwnie – minimalizowaliśmy go. W takich chwilach z pomocą przychodzili nam przyszli lekarze, którzy oceniali pod kątem medycznym problemy opisywane przez więźniów. Taka wspólna, niekiedy wielomiesięczna, analiza spraw pozwalała nam na wybranie tych, które w istocie wymagały naszej interwencji ze względu na podejrzenie niezapewnienia właściwej opieki medycznej.

Następnie opracowywaliśmy prawno-medyczne opinie dotyczące każdej analizowanej sprawy. Do dokumentacji w każdej naszej sprawie dołączana była taka opinia. W sprawach, w których doszukaliśmy się największych uchybień wysyłaliśmy pisma interwencyjne do jednostek penitencjarnych i sądów.

Na podstawie spraw, które do nas trafiły identyfikowaliśmy również problemy o charakterze systemowym – problem więźniów niepełnosprawnych, opieki medycznej dla kobiet w ciąży, czy zapewnienia specjalistycznej opieki medycznej.

Podczas działania naszego programu zetknęliśmy się również z innymi trudnościami.

Pierwszą z nich był sceptycyzm lekarzy w podejściu do problemów więziennej służby zdrowia. Niejednokrotnie spotykaliśmy się z ich przekonaniem, że więźniowie symulują choroby. Drugą – solidarność zawodowa, która dotyczyła zarówno przedstawicieli zawodów prawniczych, jak i lekarskich. Bardzo trudnym zagadnieniem była również złożoność spraw pod względem medycznym i prawnym. Dostrzegliśmy, że nie zawsze to co z punktu widzenia prawnego wydaje się proste, można tak ocenić z punktu widzenia medycyny. Skomplikowanym zagadnieniem były wreszcie kwestie organizacyjne związane z analizą medyczną spraw. Sporo czasu upływało od chwili otrzymania przez nas sprawy, do rzetelnego przeanalizowania jej pod kątem medycznym. Niejednokrotnie powodem było długie oczekiwanie na dokumentację medyczną z jednostek penitencjarnych.

## Wnioski

Niewątpliwie jednak program okazał się sukcesem.

- ✓ Udało nam się bowiem zorganizować współpracę z kilkudziesięcioosobową grupą przyszłych prawników i lekarzy, którzy zdobyli specjalistyczną wiedzę na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w jednostkach penitencjarnych oraz szczególną wrażliwość na problemy osób pozbawionych wolności.
- ✓ Przez dwa lata funkcjonowania naszego programu udało nam się również udzielić pomocy prawnej kilkudziesięciu więźniom, w sprawach w których uznawaliśmy, że mogą otrzymywać niewłaściwe leczenie.
- ✓ Mamy nadzieję, że poprzez informowanie o naszych działaniach, liczne dyskusje, spotkania i komentarze, przyczyniliśmy się do zwiększenia świadomości i wrażliwości społecznej na problemy związane z opieką medyczną w jednostkach penitencjarnych.
- ✓ Za długoterminowe efekty naszych działań uważamy zainicjowanie kompleksowej dyskusji na temat jakości opieki medycznej w jednostkach penitencjarnych. Nasze spostrzeżenia przekazywaliśmy zarówno ministrowi sprawiedliwości, jak i przedstawicielom Służby Więziennej.
- ✓ Powyższe rezultaty oraz formalne zakończenie funkcjonowania programu nie mogą jednak prowadzić do zakończenia naszej misji na rzecz poprawy więziennej opieki medycznej. Wrażliwość na problemy opieki

medycznej gwarantowanej więźniom, dopinguje nas do dalszej aktywności na rzecz poprawy w tym obszarze więziennej rzeczywistości. Będziemy podejmować działania dotyczące tego typu spraw w ramach innych programów Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

- ✓ Podsumowując, z perspektywy tych dwóch lat możemy stwierdzić, że wykształcenie oraz umiejętność wspólnej pracy przyszłych prawników i lekarzy na rzecz pomocy osobom pozbawionym wolności jest niewątpliwie naszym największym sukcesem. Sukcesem ważnym, bo dydaktycznym. Wymiernym efektem naszej ciężkiej pracy jest zaufanie klientów, którym udało nam się pomóc.



*Dominika Gmerek*

## **Między diagnozą a paragrafem – refleksje dotyczące kontaktów lekarzy z prawnikami**

Klinika Prawno-Medyczna prowadzona w ramach programu „Opieka zdrowotna w polskich więzieniach” stwarzała niezwykłą okazję nawiązania współpracy między studentami prawa i medycyny – odpowiednio studentami Uniwersytetu Warszawskiego oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Możliwość nawiązania współpracy między przedstawicielami obydwu jednostek była unikalna, a jednocześnie wiązała się z określonymi wyzwaniem. W artykule tym pragnę przedstawić refleksje dotyczące kontaktów studentów medycyny oraz prawa. Należy jednak zastrzec, że artykuł ten pisany jest z perspektywy studentki prawa i nie był konsultowany z pozostałymi uczestnikami. W związku z tym możliwe jest, że nie wszystkie opisane przez mnie zagadnienia znajdą odzwierciedlenie w opiniach pozostałych uczestników Kliniki, w tym przede wszystkim studentów medycyny.

### **Organizacja pracy**

W trakcie pierwszych zajęć studenci podzieleni zostali na czteroosobowe grupy, składające się z dwóch studentów prawa i dwóch medycyny. Bardzo istotne w tym kontekście wydaje się podkreślenie, że studenci tych kierunków mają na co dzień ograniczone możliwości kontaktu – nie tylko z racji studiowania

na różnych uczelniach wyższych, lecz również z uwagi na odmienny charakter studiów. W rezultacie kontakty studentów miały, zwłaszcza w początkowej fazie trwania projektu, jedynie charakter zawodowy i nie przekładały się na życie prywatne, czy też towarzyskie. Z uwagi na specyfikę działania Kliniki uznać to należy za dużą zaletę – uczestnicy nie mieli obaw przed przyznaniem się do swojej niewiedzy, a ponadto mogli swobodnie dzielić się wątpliwościami i uwagami. Dzięki temu, że grupy miały stały skład osobowy, możliwe było wypracowanie wspólnego języka grupy oraz trybu pracy.

### **Problemy studentów prawa**

Zgodnie z systemem pracy przyjętym w ramach Kliniki, student prawa był pierwszą osobą, która analizowała daną sprawę. Dopiero w przypadku ustalenia, że Helsińska Fundacja Praw Człowieka będzie miała w przedmiotowej sprawie możliwość podjęcia skutecznych działań, sprawa analizowana była pod kątem medycznym. Należy podkreślić, że w toku analizy student prawa zapoznawał się z całością dokumentów przesłanych przez klienta, w tym z dokumentacją medyczną. Częstym problemem okazywała się przedwczesna diagnoza stawiana przez studenta prawa, który mimowolnie, analizując stan faktyczny, wyrabiał sobie opinię dotyczącą prawdziwości zarzutów medycznych podnoszonych przez osobę zwracającą się o pomoc. Prowadziło to nierzadko do sytuacji, w których studenci prawa oczekiwali od swoich partnerów wydania natychmiastowej diagnozy, analogicznej do tej, jaką postawił student prawa.

Wiązał się z tym również kolejny problem, jakim był brak zrozumienia specyfiki pracy lekarza. Ze względu na fakt, że student prawa był w stanie, w oparciu o dokumenty przesłane przez klienta, przygotować opracowanie sprawy pod kątem prawniczym, oczekiwał on podobnego działania ze strony studenta medycyny. Należy jednak podkreślić, że brak wiedzy fachowej, przede wszystkim zaś badań, których wyniki były niezbędne, aby ustosunkować się do stwierdzeń przedstawionych przez klienta w liście, takie działanie uniemożliwiały. Nierzadko klienci przesyłali do Kliniki nieaktualną bądź niekompletną dokumentację medyczną, w oparciu o którą nie było możliwe wypowiedzenie się co do prawdziwości przedstawianych przez klientów zarzutów. Rodziło to jednak pewne nieporozumienia, gdyż, jak już zostało wspomniane powyżej, studenci prawa mieli tendencje do wyrabiania sobie podczas analizowania sprawy, również opinii medycznej. Było to niezwykle cenne doświadczenie, które zmusiło nas do wypracowania umiejętności zwracania się do ekspertów z prośbą o opinie.

Jednym z podstawowych problemów, które pojawiały się podczas kontaktów studentów prawa ze studentami medycyny był brak wiedzy medycznej. Przy czym zasadniczą kwestią nie był brak wiedzy specjalistycznej, lecz przede wszystkim podstawowej. Podczas analizowania spraw i omawiania poszczególnych przypadków studenci prawa wykazywali podstawowe braki w wiedzy z zakresu m.in. anatomii.

Niezwykle istotną barierą we wzajemnych kontaktach, w szczególności na początku wspólnej pracy, okazał się również brak znajomości słownictwa fachowego. Studenci medycyny na początkowym etapie prac Kliniki mieli skłonność do korzystania z żargonu lekarskiego w rozmowach ze studentami prawa, co znacząco utrudniało komunikację. Dlatego też, w celu zapewnienia skutecznej współpracy w ramach grup, pojawiła się konieczność wypracowania terminologii/języka zrozumiałych dla całej grupy.

### **Problemy studentów medycyny**

Studenci medycyny na wczesnym etapie prac mieli problemy z wyjaśnianiem w sposób prosty i przystępny zagadnień medycznych. Dotyczyło to nie tylko języka, jakim posługiwali się oni do opisu konkretnych schorzeń, również

poziomu wiedzy medycznej którą studenci prawa powinni w ich założeniu mieć. Jednak, studenci prawa nierzadko wykazywali się zasadniczym brakiem wiedzy z zakresu medycyny, co wiązało się z koniecznością dostosowania poziomu szczegółowości opisu do stanu wiedzy prawników. Na szczęście studenci medycyny nie mieli większych problemów ze zmianą poziomu dyskusji. Należy mieć nadzieję, że doświadczenie to okaże się przydatne w ich przyszłej pracy i kontaktach z pacjentami.

Analogicznie jak w przypadku studentów prawa, również studenci medycyny mieli problemy ze zrozumieniem języka fachowego oraz poszczególnych konstrukcji prawnych, a co za tym idzie, trudności ze zrozumieniem specyfiki danej sprawy. Jak wynika z moich obserwacji, studenci medycyny nie mieli wcześniej kontaktu z prawem. W związku z tym studenci prawa zostali postawieni przed koniecznością tłumaczenia podstawowych zagadnień. Doświadczenie to było niezwykle cenne dla studentów prawa, którzy znaleźli się, nierzadko po raz pierwszy w życiu, w relacji prawnik – klient, dzięki czemu mogli ćwiczyć umiejętność mówienia o prawie w sposób prosty.

### **Praca nad konkretnymi sprawami**

Ze względu na specyfikę działania tego rodzaju programów, studenci co do zasady rzadko mają okazję kompleksowo zajmować się daną sprawą przez dłuższy okres. W związku z tym za szczególnie cenne doświadczenie uznać należy możliwość prowadzenia określonej sprawy od początku – tj. od momentu wpłynięcia do Kliniki, aż do jej zakończenia. Pozwalało to na zebranie specjalistycznej wiedzy z bardzo wąskiego zakresu. Ponadto, z punktu widzenia przyszłej pracy prawniczej, niezwykle istotna wydaje się możliwość śledzenia działań wszystkich uczestników procesu, czy też opracowywania strategii prowadzenia sprawy.

### **Korzyści dla studentów**

Zajęcia w ramach Kliniki odbywały się zazwyczaj oddzielnie dla studentów medycyny oraz prawa. Jednakże, zorganizowane zostało również kilka seminariów, w trakcie których studenci wspólnie analizowali określone zagadnienia z punktu widzenia medycznego oraz prawniczego. Jednym z przykładów takiego wspólnego seminarium była analiza problematyki wirusowego zapalenia wątroby typu C. Dzięki temu, że w grupie przygotowującej prezentację

znajdował się zarówno student prawa, jak i medycyny, możliwe było kompleksowe omówienie nie tylko wąskiego zagadnienia, lecz również tematów pokrewnych, jak choćby odpowiedzialność personelu medycznego za zakażenie pacjenta lub analiza orzecznictwa w tym zakresie. Dzięki temu, że w seminariach brały udział obie grupy, studenci mogli również poznać punkt widzenia specjalisty z innej dziedziny, a także w trakcie dyskusji wymienić się swoimi uwagami i spostrzeżeniami.

Kolejnym ważnym wydarzeniem podczas prac Kliniki była wizyta w Areszcie Śledczym Warszawa – Mokotów przy ulicy Rakowieckiej. Wizyta ta odbyła się dopiero po kilku miesiącach działania Kliniki, dzięki czemu studenci znali już specyfikę spraw związanych z ochroną zdrowia osadzonych. W trakcie wizytacji mieliśmy okazję odwiedzić m.in. szpital więzienny. Wydaje się, że wizyta ta była zdecydowanie większym przeżyciem dla studentów medycyny, którzy nie mieli dotychczas możliwości bezpośredniego zapoznania się z warunkami panującymi w polskich jednostkach penitencjarnych. Wyraźnie widać było, że nawet jeżeli studenci prawa nie mieli podobnych doświadczeń i nie uczestniczyli w organizowanych przez wydział wizytach w zakładzie karnym, ich nastawienie i świadomość, czego mogą się spodziewać była zdecydowanie większa.

Doświadczenie to było cenne również z zawodowego punktu widzenia. Po raz pierwszy, jako przyszli profesjonalni pełnomocnicy mieliśmy okazję skonfrontować nasze wyobrażenia i oczekiwania z obserwacjami studentów medycyny, co może okazać się istotne z punktu widzenia przyszłej praktyki zawodowej. Dzięki możliwości obserwowania aspektów, na które zwracali uwagę nasi koledzy, coraz wyraźniej uświadamialiśmy sobie konieczność zasięgnięcia opinii ekspertów.

Niezwykle pozytywnie ocenić należy fakt, że podczas wizyty mieliśmy również możliwość spotkania się z przedstawicielami Służby Więziennej, dzięki czemu mogliśmy poznać argumenty drugiej strony. Było to szczególnie istotne w kontekście naszego zainteresowania zagadnieniem dostępnych dróg skargowych przysługujących więźniom w ramach polskiego systemu penitencjarnego.

## Wnioski

Klinika Prawno-Medyczna była niezwykle cenną inicjatywą. Dzięki zaangażowaniu się w jej prace miałam okazję w sposób zasadniczy poszerzyć swoją wiedzę z zakresu problematyki ochrony zdrowia w ramach systemu penitencjarnego. Bez wątplenia istotne było dla mnie, jako studentki prawa, uświadomienie sobie, jak ważne w trakcie pracy nad sprawą jest konsultowanie się z ekspertami z różnych dziedzin i nieopieranie się jedynie na czystej analizie prawnej danej sprawy. Zebrane doświadczenia i umiejętności z pewnością wykorzystam w swojej pracy.





*Agnieszka Kijanka*

## Więzień jako pacjent

Pacjent, zgodnie z definicją WHO, to osoba korzystająca ze świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od tego czy jest zdrowa, czy chora. Status społeczny nie powinien odgrywać żadnej roli w relacji lekarza z pacjentem.

Początkowo dominował paternalistyczny sposób porozumiewania się z pacjentem (autorytarne podejście lekarza do chorego). Aktualnie, relacja ta powinna opierać się na wzajemnym szacunku, zaufaniu, współodczuwaniu i współodpowiedzialności. Dla młodego lekarza najtrudniejszą częścią kontaktu z pacjentem jest uzyskanie wzajemnego zaufania i szacunku.

Więźniowie to specyficzna grupa społeczna. Niestety stereotypowy sposób myślenia ogranicza również lekarza w podejściu do więźnia jako do pacjenta. Najważniejsze to odnaleźć człowieka w człowieku, a celem nadrzędnym powinno być zdrowie chorego. Ale lekarz też człowiek i ma swoje słabości, dlatego tak ważny był projekt zajmujący się penitencjarną służbą zdrowia.

Empatia, czyli zdolność odczuwania stanów psychicznych innych osób, jest również bardzo ważna w kontakcie z pacjentem. Więzień piszący listy bardzo często próbuje bazować na współodczuwaniu lekarza czytającego list. Niezwykle trudną sztuką jest dostrzeżenie opisów prawdziwych dolegliwości, bez możliwości ich weryfikacji oraz pozbycie się przekonania, że więzień

wyolbrzymia i ubarwia opisy symptomów dla wymiernych korzyści. Jednakże z takimi sytuacjami spotykamy się również na wolności.

Współodpowiedzialność pacjenta i jego autonomia jest ostatnio bardzo często poruszaną kwestią. Pacjent może nie wyrazić zgody na proponowany sposób leczenia, powinno mu się wówczas zaproponować drogę alternatywną, jeżeli istnieje. Odmowę leczenia musimy uszanować.

Klinika Prawno-Medyczna pozwoliła mi zapoznać się z warunkami panującymi w polskich więzieniach i przywięziennych szpitalach. Przybliżyła mi również przekrój problemów zdrowotnych więźniów i komplikacji związanych z leczeniem, zarówno ambulatoryjnym jak i szpitalnym. Ważną kwestią była również praca w zespole z prawnikami. Nie musiałam znać przepisów prawnych, a jedynie dawałam „narzędzie”, dzięki któremu mogliśmy pomóc człowiekowi oczekującemu pomocy.

Dodatkowo nauczyłam się komunikacji z ludźmi niezwiązanymi z medycyną, co wymagało ode mnie zmiany języka na bardziej zrozumiały.

Doświadczenia te zamierzam wykorzystać w moim przyszłym życiu zawodowym i prywatnym.

## Trudności diagnostyczne

Prawidłowy tok diagnostyczny, stanowiący podstawę procesu terapeutycznego, zawiera kolejno: badanie podmiotowe i przedmiotowe, wstępną diagnozę, różnicowanie, przeprowadzenie badań dodatkowych, ostateczną diagnozę oraz wdrożenie leczenia. Każdy z tych elementów powinien zaistnieć i zachować kolejność chronologiczną.

Badanie podmiotowe, czyli wywiad lekarski ma na celu zdobycie następujących informacji: główne dolegliwości, ich przebieg w czasie, obecność chorób towarzyszących, choroby w rodzinie oraz status socjoekonomiczny chorego. Każdy wywiad wymaga indywidualnego podejścia do pacjenta. Jest uzależniony od jego stanu ogólnego, świadomości na temat własnego zdrowia, zależy też od specjalności medycznej, która zajmuje się daną jednostką chorobową.

Badanie przedmiotowe przeprowadzane jest już od chwili gdy pacjent wchodzi do gabinetu lekarskiego. Składa się z czterech elementów (oglądanie - obductio, omacywanie - palpato, opukiwanie - percussio, osłuchiwanie - auscultio) i powinien dotyczyć każdej okolicy ciała. Informacje otrzymane z dotychczasowego postępowania pozwalają na postawienie wstępnej diagnozy oraz nakierowują na badania dodatkowe, które pozwalają potwierdzić lub wykluczyć kolejne jednostki chorobowe. Badania fragmentów tkanek, wydzielin i wydaliny, badania obrazowe oraz badania oparte na technikach endoskopowych pozwalają na postawienie ostatecznej diagnozy oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia. Postępowanie terapeutyczne może mieć charakter zachowawczy lub inwazyjny (często operacyjny).

Trudności diagnostyczne w leczeniu cywilnym pojawiają się na każdym etapie. Wywiad jest utrudniony, gdy pacjent ma zaburzenia świadomości lub inne zaburzenia neurologiczne (np. afazja, mutyzm). Chory jest również świadomy swoich praw oraz czerpie wiedzę z różnych źródeł (np. internetu) co utrudnia kontakt poprzez „roszczeniową” postawę pacjenta. Podczas badania przedmiotowego nie jesteśmy w stanie zapewnić odpowiednich warunków poprzez narzucony zbyt krótki czas wizyty, brak intymności, ból, ciężki stan pacjenta.

Brak funduszy, niski compliance pacjenta, niejasne wskazania oraz zbyt niska czułość lub swoistość badań dodatkowych, sprawiają kolejne trudności w całym toku. Podobnie jest podczas wprowadzania postępowania terapeutycznego.

W warunkach penitencjarnych istnieją podobne problemy, które dodatkowo utrudniają ograniczony kontakt z pacjentem osadzonym. Wywiad lekarski zastępuje nam list, czasami rozmowa telefoniczna. Badanie przedmiotowe to dane z kart leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego. Badania dodatkowe stanowią największe źródło wiedzy na temat stanu zdrowia osadzonego, ale często są niekompletne, co nie pozwala nam na obserwację dynamiki zmian zdrowia oraz konfrontację wyników badań ze stanem rzeczywistym pacjenta. Monitorowanie leczenia ma formę pośrednią i jest obarczone znacznym opóźnieniem.

Podsumowując, leczenie na wolności i w zakładach penitencjarnych ma wiele wspólnych punktów, zwłaszcza jeżeli chodzi o zasadę prowadzenia toku diagnostycznego. Natomiast forma jest znacząco różna. Biorąc udział w projekcie Kliniki Medyczno-Prawnej spotykałam się ciągle z retrospektywną formą analizowania chorób pacjenta. Osadzony zgłaszając skargę do Fundacji, ma rozpoznaną jednostkę chorobową, natomiast głównym problemem jest sposób jego diagnozowania. Pojawiają się skargi również na warunki sanitarne, niewłaściwe traktowanie osadzonych przez personel więzienny, brak leków, sprzętu rehabilitacyjnego. Często problemem jest ustalenie czy stan pacjenta wymaga leczenia osadzonego w cywilnej służbie zdrowia.

Dzięki Klinice poznaliśmy aspekty pracy, o której student wydziału lekarskiego nie myśli podczas swojej edukacji. Duże znaczenie miała współpraca z prawnikami, dzięki której nauczyliśmy się interdyscyplinarnego podejścia do chorego. Wymaga ono czasu, ale pozwala na stworzenie najbardziej czytelnego obrazu sytuacji. To było cenne doświadczenie, które będzie miało duży wpływ na nasze przyszłe życie zawodowe.

## Na czym polega współpraca studentów medycyny i studentów prawa?

Chciałabym Państwu przedstawić obraz naszych relacji ze studentami prawa. Na początku naszej pracy w Klinice Prawno-Medycznej zostaliśmy podzieleni na zespoły, w każdym z nich znajdowało się około 3 studentów prawa i 2-3 studentów medycyny. W tych zespołach mieliśmy nawiązać współpracę i rozpatrywać sprawy trafiające do Kliniki.

Gdy skarga trafia do Fundacji Helsińskiej, aby była rozpatrywana przez nas, musi zostać najpierw zakwalifikowana do Kliniki Prawno-Medycznej. Klinika zajmuje się wszystkim co dotyczy szeroko pojętego zdrowia. Są to m. in. skargi na złą opiekę medyczną w więzieniu, na złe leczenie choroby, bądź lekceważenie dolegliwości pacjenta, a także prośby o pomoc w uzyskaniu przezwyciężenia w karze z powodu problemów zdrowotnych.

Następnie sprawa jest rozpatrywana przez studentów prawa, analizowane są dołączone dokumenty, studenci sprawdzają czy sprawa jest zasadna, kompletują dokumenty prosząc o ich ewentualne uzupełnienie. Są pierwszą linią kontaktu ze sprawą.

Gdy dokumentacja medyczna jest zebrana (oczywiście tylko ta, którą był w stanie dostarczyć osadzony), sprawa jest przydzielana studentowi medycyny. Ja zaczynam od dokładnego przeczytania skargi pacjenta, staram się wyłuskać wszystkie problemy i dolegliwości, które pacjent zgłasza i głównie na tej podstawie analizuję dokumenty medyczne. Są to np. historie chorób, karty wypisowe ze szpitala, wyniki badań. Ponieważ jesteśmy studentami i uczymy się cały czas, to jesteśmy zobligowani każdą sprawę skonsultować z koordynatorami. Naszym koordynatorem jest prof. Piotr Myrcha, chirurg. Jeżeli pojawią się jakiegokolwiek wątpliwości z innych dziedzin medycyny, mamy możliwość konsultacji z lekarzem każdej innej specjalności. W czasie takich rozmów przedstawiamy pacjenta, obrazujemy jego problemy, proponujemy schemat pomocy i wyjaśniamy ewentualne wątpliwości.

Po skończonej analizie przedstawiamy swoje wnioski i odniesienia do skargi pacjenta. Dla mnie bardzo ważne jest, by każda skarga i dolegliwość, którą

pacjent opisał w liście była przeze mnie zweryfikowana, weryfikuję każdą z nich, nawet błahą. Często zdarza się tak, że pacjent ma swój pomysł na leczenie i kwestionuje decyzje lekarzy więziennych. Analizowałam sprawę pani X, która cierpiała z powodu m.in. kamicy pęcherzyka żółciowego. W czasie gdy przebywała w zakładzie karnym została zakwalifikowana do operacji usunięcia kamieni metodą otwartą tzw. klasyczną. Pani X na taką operację się nie zgodziła, chciała by zastosowano metodą laparoskopową. Po zapoznaniu się z dokumentacją, skonsultowałam się ze specjalistą chirurgiem. Doszliśmy do wniosku, że pani X nie ma wskazań do operacji metodą laparoskopową, co więcej byłoby to dla niej zbyt niebezpieczne. Nie zakwalifikowano jej do zabiegu tą metodą z powodu rozległej operacji w jamie brzusznej w przeszłości.

Przeprowadzono wówczas usunięcie narządów rodnych z powodu nowotworu. W takich sytuacjach nie wykonuje się operacji metodą laparoskopową, ponieważ jest duże ryzyko niepowodzenia zabiegu.

Pani X skarżyła się też na bóle kręgosłupa. Ponieważ jednak sprawa z kamicą żółciową była dla niej priorytetowa, o innych dolegliwościach tylko wspomniała. Przeanalizowanie dokumentacji pozwoliło mi stwierdzić, że Pani X ma rozległą dyskopatię zlokalizowaną w kilku odcinkach kręgosłupa, niektóre dyski uciskają worek oponowy co może dawać dolegliwości bólowe. Sporządziłam notatkę, w której zaproponowałam konkretną pomoc dla Pani X: konsultacje u ortopedy, neurochirurga i ewentualną rehabilitację. Czasami pacjenci trzymają się kurczowo swoich opinii na temat leczenia, niekoniecznie zgodnych ze standardami postępowania i dobrych dla nich. Naszą rolą jest przekonać ich, że mogą być w błędzie, zachowując przy tym rzetelność i empatię w stosunku do pacjent

Jak nadmieniałam wyżej, nasza praca odbywała się w zespołach. Do zespołów zostaliśmy dobrani losowo na pierwszym naszym wspólnym spotkaniu. Jesteśmy młodzi i niedoświadczeni, dlatego praca układała się raz lepiej raz gorzej, w zależności od chęci i dopasowania się ludzi w zespołach.

Metody pracy każda grupa opracowała sobie indywidualnie. Jedna spotykała się cyklicznie i rozmawiała o sprawie, inna działała przez e-maile.

Nie obyło się bez pewnych problemów we wzajemnej współpracy. Głównym problemem były trudności interpretacyjne. Niestety, zarówno język medyczny jak i prawniczy są bardzo specyficzne, każdy z nas orientuje się tylko w swojej dziedzinie co powodowało niekiedy nieporozumienia. Wszyscy musieliśmy nauczyć się mówić do siebie podstawowymi zwrotami, zrozumiale, tłumacząc zawile nazwy. Trudno mi było rozszyfrować niektóre zwroty prawnicze. Początkowo, żeby zrozumieć, sprawę i list od osadzonego musiałam czytać kilka razy. Współpraca wymagała od nas wszystkich cierpliwości i wyrozumiałości.

Zalety takiego działania w zespołach są niewątpliwe. Ja nie wyobrażam sobie rozwiązywania sprawy bez pomocy drugiej strony. Chociażby dokumenty medyczne są tak zawile, skarżący próbują czasami wytknąć lekarzom najmniejsze błędy, lekarze używają tak specjalistycznego języka, że z pewnością człowiek specjalizujący się w innej dziedzinie sobie nie poradzi. Nie wystarczy też znaleźć informacje w internecie czy przypadkowych książkach. Trzeba mieć wiedzę teoretyczną połączoną z doświadczeniem i praktyką. Zaletą jest też kompleksowe podejście do problemu osadzonego. Taka sprawa jest konsultowana przez kilku specjalistów, każdy z nich spogląda na nią pod innym kątem, zespół może zauważyć więcej nieprawidłowości niż jedna osoba. Współpraca zapobiega też niedostatkowi kompetencji. Gdy lekarz próbuje rozwikłać zagadnienia prawnicze będzie w tym laikiem i brak mu będzie wiedzy i kompetencji. To samo będzie w odwrotnej sytuacji.

Podsumowując, Fundacja Helsińska powstała po to, by pomagać ludziom pozbawionym wolności. Dla ich dobra powinniśmy nawiązywać współpracę, dzielić się wiedzą i doświadczeniem, i wspólnie dążyć do udzielania rzetelnej pomocy drugiemu człowiekowi.

# HR HELSIŃSKA FUNDACJA PRAW CZŁOWIEKA

Helsińska Fundacja Praw Człowieka  
ul. Zgoda 11, 00-018 Warszawa  
tel.: (48 22) 556 44 40  
fax: (48 22) 556 44 50  
e-mail: hfhr@hfhr.org.pl



## OPIEKA ZDROWOTNA W POLSKICH WIĘZIENIACH

Publikacja została przygotowana w ramach programu  
„Opieka zdrowotna w polskich więzieniach – dążenie do zgodności ze standardami praw człowieka” finansowanego ze  
środków Open Society Institute, Human Rights and Governance Grants Program.