

# Sesja – ETYKA, ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA, EMIGRACJA – W ZAWODACH MEDYCZNYCH ETHICS, PROFESSIONAL RESPONSIBILITY, EMIGRATION – IN MEDICAL PROFESSIONS

## Bioetyka w poszukiwaniu zasad

### Bioethics in quest for rules

ZOFIA ZGODA

Wydział Zarządzania, Katedra Nauk Humanistycznych i Społecznych, Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy im. J. i J. Śniadeckich w Bydgoszczy, ul. Ks. A. Kordeckiego 20, 85-225 Bydgoszcz, bud. B.

Wprowadzenie. W dyskusji o etyce medycznej zasadniczo ważny jest spór o człowieka, toczony na gruncie filozofii. Jednakże niezależnie od jego wyników dla przyjmowania często skrajnie odmiennych systemów wartości, niezmiennie istotna jest próba znalezienia uniwersalnego jej fundamentu, który mógłby stanowić płaszczyznę porozumienia w wyznaczaniu standardów moralnych w bioetyce.

Cel. Przedstawienie i analiza konfliktowych stanowisk i kategorii określających owe standardy obowiązujące w obszarze bioetyki oraz wskazanie – na ile to możliwe – zasady o znaczeniu uniwersalnym, której przyjęcie ułatwiłoby consensus.

Wyniki. Najsilniej w literaturze przedmiotu akcentowane są dwa odmienne ujęcia filozoficzne w sposobie ustalania kryterium dobra moralnego: 1) uтиlitarystyczno-liberalne i 2) pryncypialistyczno-personalistyczne. Etyka medyczna jest etyką kompromisu na poziomie praktycznych zasad postępowania, gdy ustala reguły, które mają być zaakceptowane i przestrzegane przez wszystkich, mimo dzielących różnic w stanowiskach filozoficznych, aksjologicznych i etycznych. Dlatego wydaje się, że siatka wartości, na których można się wesprzeć, powinna być zbudowana na holistycznym obrazie człowieka eksponującym kategorię jego godności. Z poszanowania godności człowieka wyrastają jego prawa, których siłę zobowiązania potwierdza i wzmacnia zasada Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka głosząca, że wszystkie istoty ludzkie rodzą się wolne i równe w godności i prawach. Ponieważ prawa człowieka formułowane w Deklaracji mają charakter międzynarodowy i są powszechnie przyjmowane na terenie prawa międzynarodowego, mogą być fundamentem w konstruowaniu granic i zasad dobrej moralnie praktyki medycznej. Ich przyjęcie pozwala złagodzić ogromną siłę sporów światopoglądowych i chronić podmiotowość ontyczną, antropologiczną i etyczną pacjenta.

**Słowa kluczowe:** zasady w bioetyce, godność człowieka, prawa człowieka, uтиlitaryzm, personalizizm

Introduction. The dispute about human beings, going on in philosophy, is fundamentally important for the discussion about medical ethics, but despite its results, for adopting often a completely different system of values, an attempt to find its universal base is extremely important, as this could be a common ground of agreement for determining moral standards in bioethics.

Aim. Presentation and analysis of conflictual positions and categories determining those standards that are applied in the field of bioethics as well as pointing out (as far as possible) a rule of universal importance, which would facilitate reaching a consensus.

Results. Two different philosophical perspectives in determining the moral good are emphasized most in literature: 1) utilitarian-liberal and 2) principal-personalistic. Medical ethic is a compromise ethic on the level of practical rules because it sets rules that might be accepted and observed by everybody, despite differences in philosophical, axiological and ethical points of view. Therefore it seems that the values on which we could rely should be built on a holistic picture of the human being, emphasizing the category of his dignity. Human rights arise from human dignity, their power of commitment being confirmed and reinforced by the rule of the Human Rights Declaration stating that all human beings are born free and equal in law and dignity. As human rights expressed in the

Declaration are international in their nature and they are accepted around the world universally, they may be the foundations for setting up the limits and rules for a morally good medical practice. Their acceptance enables to appease the huge power of disputes about the world and protect the patients' anthropological and ethical subjectivity.

**Key words:** rules in bioethics, human dignity, human rights, utilitarianism, individualism

## Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej przez lekarzy

### Obligation to maintain doctor-patient confidentiality

TERESA B. KULIK, JOLANTA PACIAN, ANNA PACIAN, AGATA STEFANOWICZ, HANNA SKÓRZYŃSKA

Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin

Cel. Przedstawienie unormowań prawnych dotyczących tajemnicy lekarskiej, obowiązku jej zachowania oraz przestrzegania.

Podsumowanie i wnioski. Każdy lekarz zobowiązany jest do zachowania tajemnicy zawodowej. Obowiązek ten wynika zarówno ze składanej przez lekarzy przysięgi Hipokratesa, jak i z regulacji prawnych zawartych w Ustawie z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz w Ustawie z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Powyższe akty prawne traktują również o sytuacjach, w których lekarz zwolniony jest z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Te sytuacje należą do wyjątków, które po części usprawiedliwiają odstępianie od obowiązku nałożonego przez ustawy.

Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej nakłada na lekarzy składana przysięga Hipokratesa. Zgodnie z jej brzmieniem: „cokolwiek bym podczas leczenia, czy poza nim usłyszał, czego nie należy na zewnątrz rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy”. O tym obowiązku traktuje również art. 40 Ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wg którego „lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu” oraz art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej; „lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej”. Również Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej opracowany przez Światową Organizację Medyczną traktuje, iż „lekarz powinien zachować absolutną dyskrecję we wszystkim, co wie na temat pacjenta, ponieważ informacje te zostały mu powierzone w zaufaniu”.

Tajemnicą objęte są wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Tajemnica lekarska obejmuje swoim zakresem także wszystkie materiały związane z postawieniem diagnozy lub leczeniem, takie między innymi jak notatki, kartoteki oraz dane osobowe osób trzecich. Każdy lekarz musi zachować w tajemnicy informacje, które uzyska podczas leczenia pacjenta lub w związku z leczeniem. Do informacji uzyskanych w związku z leczeniem należą wszelkie wiadomości dotyczące sytuacji rodzinnej, majątkowej czy związanej z wykonywaną pracą, a także informacje dotyczące schorzeń nie będących przedmiotem zabiegów leczniczych.

**Słowa kluczowe:** tajemnica lekarska, tajemnica zawodowa, przysięga Hipokratesa, obowiązek zachowania tajemnicy, Kodeks Etyki Lekarskiej

Aim. Presentation of legal regulations relating to keeping and ensuring the doctor-patient confidentiality.

Conclusions. Every physician is obliged to maintain the doctor-patient confidentiality. This obligation results from the physicians' Hippocratic Oath as well as from legal regulations included in the act of 05.12.1996 on the profession of physicians and dentists and the act of 30.08.1991 on public health facilities. The above-mentioned legal acts also relate to situations in which a physician is absolved from the obligation to keep the doctor-patient confidentiality. These situations are only exceptions which partly justify absolving from the obligation imposed on physicians by the acts.

The obligation of keeping the doctor-patient confidentiality results from the Hippocratic Oath. According to it: "all that may come to my knowledge in the exercise of my profession or in daily commerce with men, which ought not to be spread abroad, I will keep secret and will never reveal". This obligation is also mentioned in Art. 40 of the Act of 5.12.1996 on the profession of physicians and dentists, according to which "a physician is obliged to keep secret all the information relating to a patient and gathered during the exercise of his profession" and in Art. 23 of the Code of Medical Ethics: "a physician is obliged to keep the doctor-patient confidentiality". Also the International Code of Medical Ethics which was created by the World Medical Association states that "A doctor shall preserve absolute secrecy on all he knows about his patient because of the confidence entrusted in him."

All the information concerning a patient and his background, gathered by a physician in connection with the exercise of his profession, is secret. The doctor-patient confidentiality concerns all the materials connected with the diagnosis and treatment, including notes, files and third party data. Each physician has to keep secret the information, which he gathers during the patients' treatment and in relation to the treatment. The information gathered during treatment includes: all the information concerning family, material and work situation and also information on diseases which are not subject to treatment.

**Key words:** *doctor-patient confidentiality, physician, obligation to maintain the doctor-patient confidentiality*

## Respektowanie prawa pacjenta do informacji medycznej jako element profesjonalnej relacji lekarz-pacjent

### Respecting patients' rights to medical information as an element of the professional physician-patient relationship

TERESA B. KULIK<sup>1/</sup>, ANNA PACIAN<sup>1/</sup>,  
AGNIESZKA J. KOWALSKA<sup>2/</sup>, JOLANTA PACIAN<sup>1/</sup>,  
MIROSLAW J. JAROSZ<sup>2/</sup>, JAROSLAW J. SAK<sup>3/</sup>

<sup>1/</sup> Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin

<sup>2/</sup> Zakład Metod Informatycznych i Epidemiologicznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Szkolna 18, 20-124 Lublin

<sup>3/</sup> Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Szkolna 18, 20-124 Lublin

Wprowadzenie. Przekazywanie pacjentowi informacji medycznej na każdym etapie procesu diagnostyki oraz leczenia służy realizacji jego podmiotowego prawa do prawdy. Pozbawienie pacjenta prawa do wiedzy o stanie zdrowia, możliwych oraz stosowanych metodach terapii stanowić może pole do nadużyć. Zasadą jest, iż pacjent ma prawo do prawdziwej i rzetelnej informacji medycznej zanim podejmie decyzję w odniesieniu do własnego zdrowia czy życia.

Cel. Poznanie zapotrzebowania pacjentek z nowotworem piersi na informację medyczną oraz ocena respektowania tego prawa przez pracowników ochrony zdrowia.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 120 kobiet z rozpoznaniem nowotworem piersi w Klinice Chirurgii Onkologicznej SPSK Nr 1 w Lublinie, Poradni Onkologicznej SPSK Nr 1 w Lublinie oraz Ośrodku Rehabilitacji z Poradnią i Gabinetem Rehabilitacyjnym przy Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. W badaniach uczestniczyły kobiety zrzeszone w lubelskim Klubie Kobiół po Mastektomii „Amazonki”, Klubie Amazonki Zespół Poradni Specjalistycznych w Ostrowcu Świętokrzyskim oraz Klubie „Amazonki” w Radomiu. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, techniką badawczą kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz standaryzowany kwestionariusz Listy Oczekiwań Pacjenta (PRF) autorstwa Peter'a Salmona i Johna Quine adaptowany przez Z. Juczyńskiego. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem testu  $\chi^2$  na niezależność. Istotność różnic pomiędzy wynikami badań stwierdzano przy poziomie  $p \leq 0,05$ .

Wyniki i wnioski. Badania wykazały, że respondenci w większości (62%) zostały wyczerpująco poinformowane o możliwości wystąpienia skutków ubocznych stosowanych leków oraz charakterze działań niepożądanych. Spośród ogólnej liczby respondentek biorących udział w badaniu aż 75% było w przebiegu leczenia informowanych o efektach stosowanej terapii. Analiza wyników badań wykazała, że kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi oczekują od lekarza rzetelnej i prawdziwej informacji medycznej. Pacjentki chcą, aby lekarz przedstawił im prawdopodobny dalszy przebieg choroby nowotworowej (85%) oraz możliwe skutki uboczne z nią związane (89%).

**Słowa kluczowe:** *prawa pacjenta, informacja medyczna, prawo do informacji medycznej, rak piersi, relacja lekarz-pacjent*

Introduction. Providing the patient with medical information at every stage of the diagnosis and treatment is his/her subjective right to the truth. Depriving the patient of the right to information on his/her health condition and information on possible and used methods of therapy may be a field for abuse. The rule is that the patient has the right to real and reliable medical information before he/she makes a decision in relation to his/her health or life.

Aim. To identify the demand of patients with breast cancer for medical information and to find out if this right is respected by health care workers.

Material and methods. The research was conducted among 120 women with diagnosed breast cancer in the Oncological Surgery Clinic of the Independent Public Research Hospital No. 1 in Lublin, the Oncological Clinic of the Independent Public Research Hospital No. 1 in Lublin and the Rehabilitation Centre with the Rehabilitation Clinic at the Lublin Oncology Centre. The research covered women from the Club of Women after Mastectomy - "Amazons", the "Amazons" Club at the Complex of Specialist Clinics in Ostrowiec Świętokrzyski and the "Amazons" Club in Radom. The research method was the diagnostic survey, the research technique was the author's questionnaire and the standardised questionnaire of the Patient's List of Expectations - PRF created by Peter Salmon and John Quine and adapted by Z. Juczyński. Results from the research were subject to statistical analysis with the use of  $\chi^2$  test for independence. Significant differences among the research results were found at the level of  $p \leq 0.05$ .

Results and conclusions. The research showed that the respondents were in majority (62%) informed at length about the possibility of side effects of using particular medicaments and about the character of adverse effects. 75% of the overall number of respondents who took part in the research were informed during the treatment about effects of the applied therapy. The research analysis showed that women with diagnosed breast cancer expected reliable and real medical information from the doctor. The patients want the doctor to present the probable further course of the cancer (85%) and all possible side effects connected with it (89%).

**Key words:** *right to medical information, unfavourable diagnosis, breast cancer, the physician-patient relationship*



## Różnice dotyczące odpowiedzialności zawodowej poszczególnych zawodów medycznych w ochronie zdrowia – regulacje prawne

### Differences in professional liability of medical professions in health care – legal regulations

DOROTA HUZARSKA <sup>1/</sup>, JACEK A. PIĄTKIEWICZ <sup>1/</sup>,  
PIOTR NOWACKI <sup>1/</sup>, JOANNA HUZARSKA <sup>2/</sup>, ANDRZEJ SZPAK <sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. I Armii Wojska polskiego 2/2, 15-103 Białystok

<sup>2/</sup> Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku, ul. Mickiewicza 1, 15-213 Białystok

Osoby wykonujące zawody medyczne, w tym zwłaszcza: lekarz, pielęgniarka, położna, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny pełnią szczególną rolę w społeczeństwie z uwagi na fakt, że powierza się im najważniejsze dobro, takie jak zdrowie i życie człowieka. Wykonywanie tych zawodów wymaga wysokich kwalifikacji i wiąże się z dużą odpowiedzialnością społeczną. Pieczę nad prawidłowym wykonywaniem zawodów sprawują właściwe samorządy zawodowe, w szczególności poprzez prowadzenie postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Treść niniejszego artykułu stanowi analiza oraz porównanie regulacji prawnych dotyczących odpowiedzialności zawodowej w ochronie zdrowia w szczególności, w związku z wejściem w życie z dniem 01.01.2010 r. nowej Ustawy o izbach lekarskich.

Przepisy prawne w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w ochronie zdrowia zawarte zostały w różnych aktach prawnych dotyczących poszczególnych zawodów medycznych, w sposób odmienny określając zasady tej odpowiedzialności. Różnice dotyczą w szczególności zakresu odpowiedzialności zawodowej, kar, które mogą być nałożone w przypadku popełnienia przewinienia zawodowego oraz zasad postępowania. Naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem zawodu oraz zasad etyki zawodowej przez osoby wykonujące zawody medyczne nie powoduje jednakowych konsekwencji.

Regulacje prawne dotyczące odpowiedzialności zawodowej w ochronie zdrowia wzbudzają szereg zastrzeżeń i wskazane byłoby ich ujednolicenie.

**Słowa kluczowe:** odpowiedzialność zawodowa, ochrona zdrowia, samorządy zawodowe, prawo

Health care professionals, in particular physicians, nurses, pharmacists and laboratory diagnosticians play a special role in the society, because they are responsible for the most important humane values, i.e. human life and health. Practising of these professions demands from health care professionals high qualifications and high social responsibility. A surveillance over the proper practising of health care professions rests with appropriate self-governmental organisations which, among other, conduct professional-liability related proceedings.

This article contains an analysis and comparison of legal regulations on the professional liability in health care professions, especially in view of the new act on medical chambers which was enacted on 1 January 2010.

Legal regulations on professional liability in the health care are contained in different legal acts related to particular health care professions. The regulations determine – not always consistently – the principles of liability in different health care professions. The differences concern in particular the scope of professional liability, the kinds of punishments and the procedures to be applied. Infringement of legal regulations and ethical principles within practising of health care professions by representatives of different medical entails different consequences.

Legal regulations on professional liability in the health care arouse some objections and should be unified.

**Key words:** professional liability, health care, professional self-governments, legal regulations

## Główne religie w Polsce w aspekcie procedur medycznych

### The main religions in Poland in the aspect of medical procedures

KRZYSZTOF DOBOSZ <sup>1,2/</sup>, WENANCJUSZ ŻMUDA <sup>3/</sup>,  
RAFAŁ GRABOWSKI <sup>4,5/</sup>, WIOLETTA DOBOSZ <sup>6/</sup>,  
KATARZYNA DOMAŃSKA <sup>6/</sup>, ZDZISŁAWA KALISZ <sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Poradnia Ogólna, Przychodnia Rejonowa „Ogrody”, ul. Ogrody 21, 85-870 Bydgoszcz

<sup>2/</sup> Wydział Zdrowia Publicznego, Bydgoska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy, ul. Unii Lubelskiej 4C, 85-059 Bydgoszcz

<sup>3/</sup> Wydział Duszpasterstwa Ogólnego, Bydgoska Kuria Diecezjalna, ul. Ks. T. Malczewskiego 1, 85-104 Bydgoszcz

<sup>4/</sup> Prymasowski Instytut Kultury Chrześcijańskiej im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Bydgoszczy, ul. Farna 10, 85-101 Bydgoszcz

<sup>5/</sup> Wydział Teologiczny – Sekcja w Bydgoszczy, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, ul. Farna 10, 85-101 Bydgoszcz

<sup>6/</sup> Katedra Informacji Naukowej i Bibliologii, Wydział Administracji i Nauk Społecznych, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, ul. Ogińskiego 16, 85-601 Bydgoszcz

Religia jest immanentną częścią ludzkiego istnienia. Religia określa jako duchowość towarzyszy człowiekowi, zwłaszcza w chwilach krytycznych i stresowych. W sposób szczególny dotyka to narodzin, diety i śmierci oraz różnych procedur medycznych, jak aborcja, amputacja, autopsja, biopsja czy przetaczanie krwi. Zapobieganie ciąży, sterylizacja, aborcja z przyczyn leczniczych, czy też na żądanie są bardzo delikatnymi zagadnieniami, w których niewłaściwe postępowanie może zranić drugą osobę. Bardzo często wewnętrzna wiara wpływa na przebieg choroby u danego pacjenta, jak również na to, jak dana osoba akceptuje chorobę, terapię i różne procedury medyczne. Kiedy pacjent jest ciężko lub terminalnie chory, lub jeżeli z medycznego punktu widzenia powinien odbyć się zabieg operacyjny, to niektóre zagadnienia moralno-religijne są dla pacjenta najważniejsze i dobrze byłoby, gdyby przedstawiciel zawodu medycznego umiał pomóc nie tylko samym leczeniem. Niektórzy poszukują w religii odpowiedzi, dlaczego są chorzy, inni uważają chorobę za próbę ich wiary, jeszcze inni sądzą, że to cierpienie jest karą za grzechy, a niektórzy, że dolegliwości zostały spowodowane przez siły zewnętrzne.

W artykule przedstawiono informacje o trzynastu najważniejszych monoteistycznych religiach w Polsce w aspekcie procedur medycznych.

**Słowa kluczowe:** aborcja, dieta, narodziny, śmierć, procedury medyczne, religia, terapia, umieranie

Religion is an inherent part of human existence. Religion, defined as spirituality, accompanies people especially in critical and stressful moments. It is specifically intermingled with birth, diet, death, and various medical procedures, such as abortions, amputations, autopsies, biopsies and blood transfusions. Especially birth control, sterilization and therapeutic abortion or abortion on demand are very sensitive issues, where improper attitude can easily hurt the person. Religious beliefs can often affect the course of an illness and how a person accepts the illness, therapy and other medical procedures. When patients are severely or terminally ill or need an operation, some religious issues are more important for the patients and it would be advisable if medical professionals could help not only through medical therapy. Some people search in religion for an answer why they are ill, others perceive their illness as a test of their faith, and yet others treat their illness as a punishment for sins or think that their ailments arise from an external power. The article presents some information about the main thirteen monotheistic religions in Poland in respect of medical procedures.

**Key words:** abortion, diet, birth, death, medical procedures, religion, therapy, dying

## Sytuacje konfliktowe

### Conflict situations

VIOLETTA TOEPLITZ

Nadmorskie Centrum Medyczne – Gdańsk, ul. Majewskich 26,  
80-457 Gdańsk

W pracy przedstawiono etymologię kategorii konflikt.

Mimo niezwykle ważnej dla środowiska medycznego, problematyka sytuacji konfliktowych jest w Polsce właściwie pomijana. W obszernej literaturze zachodniej zagadnienie to określane jest mianem kazuistyki.

Wyróżnia się dwa typy sytuacji konfliktowych; jeden z nich dotyczy etyki medycznej, kiedy normy w jednym systemie są logicznie spójne, czyli kiedy nie ma między nimi formalno-logicznej sprzeczności, a zastosowanie jednej z nich w odniesieniu do konkretnej sytuacji z konieczności powoduje przekroczenie (złamanie) drugiej.

Jest wiele sposobów rozstrzygania sytuacji konfliktowych, z których skrótoowo przedstawiono jedynie osiem. Z etycznego punktu widzenia nie ma rozstrzygnięć jednoznacznych; wszystkie są dyskusyjne co oznacza, że za każdym rozwiązaniem przemawiają określone racje, podobnie jak przeciwko nim. Stąd też każde rozstrzygnięcie sytuacji konfliktowej jest usprawiedliwione, jak i naganne.

**Słowa kluczowe:** konflikt, sytuacje konfliktowe, etyka medyczna

The paper presents the etymology of the conflict category.

Although extremely important in medical circles, the issue of conflict situations in Poland is actually overlooked. In the vast western literature this issue is referred to as casuistry.

There are two types of conflict situations; one of them relates to medical ethics, where the standards in one system are logically consistent, that is, when there is no formal and logical contradiction between them, and the application of one standard in a specific situation of necessity causes breach of the other.

There are many ways of resolving conflict situations, of which only eight are presented briefly. From the ethical point of view there is no clear-cut solution, all decisions are debatable which means that every solution has specific reasons behind it as well as against it. Hence, any settlement of a conflict situation is both justified and reprehensible.

**Key words:** conflict, conflict situations, medical ethics

## Etyczny wymiar zawodu medycznego w odniesieniu do problematyki śmierci pacjenta. Odwaga stawiania trudnych pytań

### The ethical dimension of the medical profession as related to the problems of the patient's death. The courage of asking difficult questions

AGNIESZKA KOWALSKA-BARTNIK, SYLWIA DAHMS,  
KRZYSZTOF ROSZKOWSKI

Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy,  
ul. dr I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz

W przekonaniu Schopenhauera, śmierć jest „właściwym geniuszem inspirującym filozofię, lub jej drogowskazem”. Niepodważalny jest fakt, że etyka i filozofia medycyny powinny stanowić pomost łączący medycynę z naukami humanistycznymi. Istotną, choć często pomijaną i przemilczaną kwestią, wpisaną w wykonywanie zawodu medycznego w szpitalach onkologicznych jest problematyka śmierci

pacjenta. W świadomości współczesnego człowieka spychana jest niejednokrotnie poza margines rzeczywistości – w szpitalu onkologicznym nie pozwala o sobie zapomnieć. Nasuwa się w tym momencie pytanie: czy personel medyczny dostrzega potrzebę refleksji i ma odwagę stawiania trudnych pytań dotyczących śmierci pacjenta? Dokąd zmierzamy, jakie zjawisko obserwujemy w naszych szpitalach: humanistyczny renesans medycyny, czy też raczej coraz większe zbiurokratyzowanie nastawionej na zysk medycyny? I wreszcie inne, ważne dzisiaj pytanie wobec obserwowanego zjawiska instytucjonalizacji i medykalizacji umierania i śmierci: gdzie powinien umierać człowiek zmagający się z bólem fizycznym i egzystencjalnym: w domu, gdzie czuje się najlepiej, ale nie zawsze rodzina potrafi się nim właściwie zaopiekować, czy też w szpitalu, który wyposażony w nowoczesny sprzęt – nie zawsze jest odpowiednio przygotowany do zmierzenia się z tym problemem. Wydaje się więc koniecznym przewartościowanie myślenia o śmierci i skłonienie do propozycji prof. Zbigniewa Szawarskiego o wprowadzeniu do naszych szpitali eutanatologii – nauki o dobrym umieraniu.

Współczesność wymusza od medycyny holistycznego podejścia do pacjenta. Sytuacja wymaga czasem wejrzenia w jego psychikę oraz uruchomienia przez personel medyczny uczucia empatii. Tutaj pojawia się następny dylemat: gdzie znajduje się granica współodczuwania, by nie doprowadzić do wypalenia zawodowego? Kiedy i – istotniejsze – w jaki sposób mówić prawdę o nadchodzącej śmierci pacjentowi, który i tak domyśla się faktu, że jego życie dobiega końca?

**Słowa kluczowe:** opieka terminalna, zawód medyczny, śmierć, etyka, medycyna holistyczna

The conviction of Arthur Schopenhauer was that death is like a genius inspiring the development of philosophy or it even serves the role of its sign-post. The fact that the ethics and philosophy of medicine should be a link between medicine and the humanities seems unquestionable. The problem frequently avoided on oncological wards in many hospitals is the one that is often essential: the problem of the patients' death. This problem seems to be enlisted in the medical profession particularly in oncological hospitals. Whereas the death aspect often seems to be avoided in the consciousness of the contemporary man, in oncological hospitals it is impossible. A question arises whether or not the medical staff notice the need for reflection and whether or not they have enough courage to ask difficult questions concerning the patients' death. Where are we heading for? What attitude do we observe in our hospitals: the humanistic renaissance of medicine or rather more bureaucracy in the profit-directed health service units? And yet another vital question in the face of the observation of the phenomenon of the highly institutionalized and medicalised process of passing away: where should a man suffering both from existential and physical pain die? Perhaps at home where the patient feels best, but the family might find it problematic to look after him or her properly? Or in hospital, the place which is fully equipped with the newest technological devices but not always prepared to face the problem of dying? Needless to say it is necessary to revalue our thinking about death and the process of dying and in consequence consider positively prof. Zbigniew Szawarski's proposal to introduce to hospitals eutanatology, the science of good dying. The contemporary world puts a pressure on medicine to treat the patient in a holistic way. Such attitude frequently requires looking into the patient's psyche and from the medical staff it demands activating the feeling of empathy. However, a dilemma arises then: where is the border of empathy so that it does not lead to the process of professional burn-out? When and more essentially how should the truth about death be revealed to the patient, who usually suspects that his life approaches the end anyway?

**Key words:** terminal care, medical profession, death, ethics, holistic medicine

## Emigracja w opiniach lekarzy z Polski pracujących w Szwecji

### Emigration in the opinions of doctors from Poland working in Sweden

ANNA EDBOM-KOLARZ <sup>1/</sup>, JERZY T. MARCINKOWSKI <sup>2/</sup>,  
ANETA KLIMBERG <sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Vrinnevisjukhus, Ögonkliniken Syncentralen, Norrköping (Sweden)

<sup>2/</sup> Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Rokietnicka 5c, 60-806 Poznań

Wprowadzenie i cel. Emigracja – to choroba dręcząca nasz naród od wieków. Różne były jej przyczyny i bardzo zróżnicowane grupy ludzi opuszczały Polskę na przestrzeni lat. W ostatnim okresie podłoże polityczne zastąpione zostało ekonomicznym czy też ekonomiczno-społecznym. W ostatnich latach zaniepokojenie wywołuje wyjazd z Polski dużej liczby młodych lekarzy, z których wielu trafiło do Szwecji. Ponieważ brakuje badań z tego obszaru tematycznego, obrano je za cel niniejszej pracy.

Materiał i metody. Wysłano ankiety do 200 lekarzy, którzy wyemigrowali z Polski do Szwecji i pracują w rejonie Östergötland; większość jako lekarze rodzinni. Ich adresy uzyskano z wewnętrznej listy komputerowej szwedzkiej służby zdrowia znajdującej się na stronie [www.lio.se](http://www.lio.se), do której dostęp mają pracownicy tej służby. W kwestionariuszu ankiety, specjalnie skonstruowanym dla tych badań, umieszczono pytania dotyczące okoliczności emigracji i pracy lekarza w Szwecji. Pomimo wielkiej delikatności w zadawaniu pytań i zapewnienia anonimowych warunków w odsyłaniu wypełnionego kwestionariusza ankiety uzyskano odpowiedzi zaledwie od 12 lekarzy. W tej sytuacji dalsze badania prowadzono w ten sposób, że rozmawiano z tymi lekarzami nt. emigracji w trakcie odbywania przez nich praktyk lekarza rodzinnego w Klinice Okulistycznej w Norrköping. Mimo tego bardzo dobrego kontaktu osobistego napotkano na bardzo duże trudności w namówieniu ich do wypełnienia ankiety. Ta sytuacja pozwoliła jedynie na przedstawienie wyników badań w sposób opisowy.

Wyniki. Lekarze, którzy wyemigrowali z Polski, są doceniani i szanowani w Szwecji za dobrą pracę – nie tylko przez swoich przełożonych, ale przede wszystkim przez pacjentów. Ostatnia grupa, którzy przyjeżdżała w latach 2002-2010, to młodzi, którzy bardzo mało zarabiali w Polsce a mieli dużo godzin pracy – od 40 do 80 tygodniowo; w Szwecji pracują poniżej 40 godzin i mają jeden etat. Po przyjeździe do Szwecji dostawali wyprawkę – pieniądze na zagospodarowanie i pensje ok. 15-20 tys. zł (po przeliczeniu). Po przyjeździe do Szwecji byli w euforii – zorganizowana praca, dobrze płatna. Ta opinia ulega z czasem zmianie, zaczynają tęsknić, brakuje im socjalnych powiązań, wszystkiego co polskie, np. jedzenia. Dzieci tych lekarzy szybko aklimatyzują, dobrze się uczą. Te dzieci w pierwszej fazie emigracji nie chcą mieć nic wspólnego z Polską; później ich opinia zaczyna się zmieniać. Rodziny lekarskie od strony materialnej mają wszystko od razu, szybko budują domy, bo dostają na nie pożyczki z banku. Większość mówi, że nie chce wrócić do Polski, ale zaczynają dostrzegać inność społeczeństwa szwedzkiego, inne stosunki – i to

im doskwiera. Język zawsze jest inny niż ojczysty. To jest choroba emigranta, idealizuje się kraj ojczysty, tęskni się za wszystkim co polskie. Mimo wszystko niewielu mówi, że chce wrócić do Polski; wraca niewielki procent.

Wniosek. Emigracja lekarska stanowi trudny i złożony przedmiot badań.

**Słowa kluczowe:** *emigracja, emigracja lekarzy, lekarze, Szwecja, zarobki*

Introduction and aim. Emigration – a disease tormenting our nation for centuries. Its causes differed over the years, as did the groups of people leaving Poland. In recent years the political reasons have been replaced by economic or socio-economic reasons. Much anxiety has arisen because of the departure of many doctors from Poland, many of whom went to Sweden. As the research on this subject is scarce, we have chosen it as the objective of this article.

Material and methods. We sent questionnaires to 200 physicians who emigrated from Poland to Sweden and work in the region of Östergötland, most of them as family doctors. Their addresses were obtained from a computer inside the Swedish health service located at [www.lio.se](http://www.lio.se), with access to its services. The questionnaire, specifically designed for these tests, contained questions about the circumstances of emigration and work in Sweden. In spite of a great delicacy in asking questions and anonymous conditions in returning the completed questionnaire, responses were obtained only from 12 physicians. In this situation, further research was carried out by speaking with the doctors about emigration while they were undergoing practical traineeships as family doctors at the Department of Ophthalmology in Norrköping. Despite that good personal contact they were reluctant to fill in the questionnaire. Therefore, we could only present the research results in a descriptive way.

Results. Doctors who emigrated from Poland are appreciated and respected in Sweden for their good work – not only by their superiors, but first of all by their patients. The last group which arrived during 2002-2010 consisted of young people who earned very little in Poland and had to work a lot of hours – from 40 to 80 hours per week. In Sweden they work fewer than 40 hours a week. Upon arrival in Sweden they were given some money for adaptation and earned salaries around 15-20 thousand PLN (after conversion). They were extremely pleased with the well organized and well-paid work. However, with time this opinion changes, they start to miss everything that is Polish, social bonds and Polish food. Children of these doctors easily adjust to the new life and have good grades at school. Those children in the first phase of emigration do not want to have anything to do with Poland but gradually their opinion is beginning to change. The doctors' families have everything at once, they soon have houses built, because they get loans from the bank. Most of them say they do not want to go back to Poland, yet they start recognizing the otherness of the Swedish society and different relationships – and this bothers them. They miss the Polish language. It is like the emigrants' disease, they idealize their country of origin and miss all that is Polish. Yet, very few of them mention their wish to return to Poland, and actually only a low percentage go back.

**Key words:** *emigration, the emigration of doctors, physicians, Sweden, earnings*