

Mediacja kliniczna jako element skutecznego rozwiązania konfliktu w placówkach medycznych²

Wprowadzenie

Pod koniec grudnia 2009 r. polski parlament uchwalił ustawę o izbach lekarskich (dalej jako u.i.l.)³. Jak wskazano na początku przywołanego w tym miejscu dokumentu: „Ustawa określa zadania, zasady działania i organizacji izb lekarskich oraz prawa i obowiązki członków izb lekarskich”⁴. Prezentowana ustawa posiada szczególne znaczenie dla osób wykonujących na terenie Polski zawód lekarza lub lekarza dentystry. W sposób dokładny tworzy ona struktury, w ramach których możliwe jest wykonywanie działań lekarskich. Szczególne znaczenie ma tutaj ukazanie zadań samorządu lekarskiego, w tym zadań jego kluczowych organów, do których zaliczyć należy sądy lekarskie. Przywołane sądy zarówno na poziomie poszczególnych izb lokalnych, Wojskowej Izby Lekarskiej, jak i Naczelnej Izby Lekarskiej analizują oraz oceniają postępowanie lekarza podejrzanego o podejmowanie działań niezgodnych z etyką zawodową bądź też z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Zapoznając się jednak dokładniej z przepisami u.i.l. z 1989 r., dostrzec można również unikalny obszar sądowno-lekarskich aktywności. Mowa tutaj o opisanym w rozdziale 6 tejże ustawy postępowaniu mediacyjnym.

Mediacja stanowi szczególną formę działań pojawiających się w trakcie trwania sytuacji konfliktowej. Mediator, w odróżnieniu od sądu, nie stara się rozstrzygnąć sporu. Jego działanie nakierowane jest natomiast na jego rozwiązanie. Podobne założenie ma kluczowe znaczenie w praktyce medycznej. Spory oraz konflikty na linii personel medyczny – pacjent są nieuniknione. Zdrowie i życie pacjenta posiadają szczególnie istotne społecznie znaczenie. Sytuacje, z jakimi stykają się lekarz bądź pielęgniarka, niejednokrotnie

¹ Dr hab. Błażej Kmieciak, prof. ucz., Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ORCID: 0000-0002-6347-1796.

² W artykule autor wykorzystał materiały zgromadzone w trakcie przygotowywania rozprawy doktorskiej, ostatecznie opublikowanej w formie monografii pt. *Prawa pacjenta i ich ochrona. Studium socjologiczne*, Lublin 2015. Poniższe analizy oraz refleksje wykorzystują w kilku miejscach materiały wcześniej publikowane przez autora. Zostały one na nowo opracowane redaktorsko, uzupełnione oraz zmodyfikowane.

³ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342).

⁴ *Ibidem*.

powiązane są z współwystępowaniem silnych emocji ze strony np. osoby umierającej lub też jej rodziny. Pojawienie się zatem w u.i.l. z 1989 r. odrębnej procedury opisującej możliwość przeprowadzenia postępowania mediacyjnego uznać należy za zjawisko pozytywne. Dekada funkcjonowania wskazanego tutaj aktu prawnego zmusza jednak do dokonania pogłębionej refleksji odnoszącej się wprost do praktycznego znaczenia mediacji w sprawach medycznych. Polski ustawodawca – wbrew standardom przyjętym w tego typu postępowaniach – zdecydował się, by mediatorem w sprawach medycznych był lekarz. Działanie to wprowadza wyraźną dysproporcję skonfliktowanych stron (w rozwiązaniu sporu udział bierze pacjent, oskarżony lekarz oraz mediator, również lekarz). W tym aspekcie warto także dodać, że zaproponowana w omawianej ustawie mediacja jest przewidziana jako swoista alternatywa dla postępowania sądowego (lekarskiego, cywilnego, karnego). Nie odnosi się ona do szczególnej rzeczywistości, jaką jest codzienne, wzajemne funkcjonowanie w placówkach systemu ochrony zdrowia pacjentów (ich rodzin) oraz pracowników medycznych. Dalsza refleksja w sposób szczególny odnosić się będzie właśnie do wskazanej płaszczyzny. Analizując bowiem m.in. głośne sprawy medialne dotyczące np. sposobu leczenia dzieci na terenie szpitala bądź też zasad odłączania pacjentów w stanie śmierci mózgowej od aparatury podtrzymującej funkcje życiowe, dojść można do przekonania, że licznych konfliktów mających finał na sali sądowej można by uniknąć w momencie rozpoczęcia procesu pojednania na terenie szpitala. Okazuje się, iż wskazane działania – o czym szerzej poniżej – podejmowane są z sukcesami nie tylko za granicą, ale również na terenie Polski. Wyłania się w tym ujęciu subdyscyplina mediacji medycznej, którą staje się mediacja kliniczna. Jaka jest jej specyfika? Czy istnieje możliwość jej trwałego wprowadzenia na terenie placówek ochrony zdrowia? Czy standardy opisane w u.i.l. z 1989 r. spełniają swoje zadanie? Być może winny ulec one modyfikacji?

Poniżej podjęta zostanie próba udzielenia odpowiedzi na zaproponowane pytania. Działania te opierać się będą przede wszystkim na wyjaśnieniu takich pojęć, jak mediacja i mediacja medyczna. W dalszej części, analizując m.in. polską oraz zagraniczną literaturę przedmiotu, ukazane zostanie znaczenie mediacji podejmowanej w sprawach klinicznych. Zaprezentowane zostaną w tym aspekcie przykłady, które posłużą jako wsparcie w trakcie analizy pozasądowej formy rozwiązywania sporów medycznych.

1. Mediacja – ogólna charakterystyka

Jak zaznacza Leszek Cichobłaziński, odnosząc się do zjawiska, jakim jest mediacja, należy zatrzymać się na etymologii tego terminu. Przywołany autor zaznacza, że pojęcie to pochodzi od łacińskiego słowa *mediatio*. Oznacza ono „znajdujący się w środku, środkowy”. Mediacja zatem „polega na byciu pośrednikiem, pomiędzy spierającymi się

stronami, na znalezieniu rozwiązania uśredniającego wyjściowe stanowiska. Mediacje polegają też na pośredniczeniu w procesie komunikacji między stronami, kiedy proces ten jest zaburzony lub nawet zablokowany przez sytuację konfliktową⁵. W tym miejscu kluczowym wydaje się wyjaśnienie: kim jest mediator?

W literaturze przedmiotu zaznacza się, że jest on „osobą pomagającą stronom we wzajemnym wysłuchaniu, przedstawieniu własnych racji i argumentów, odnalezieniu wspólnych interesów, a także wypracowaniu możliwych rozwiązań. Mediator pomaga stronom skoncentrować się na problemach, uzgodnić, na czym one polegają, a następnie wypracować satysfakcjonujące strony porozumienia⁶. Mediacja jest więc dobrowolnym poddaniem się działaniom mającym na celu polubowne rozwiązanie określonego konfliktu. Sam mediator w postępowaniach, w których bierze udział, jest zobowiązany do zachowania poufności, neutralności oraz bezstronności. Podejmując profesjonalną aktywność dążącą do rozwiązania sporu, winien on mieć jednocześnie na celu zniwelowanie potencjalnej dysproporcji w zajmowanych przez skłócone strony pozycji⁷.

Zatrzymując się nad omawianym tematem mediacji, trzeba przypomnieć, iż jest ona jedną z form tzw. alternatywnego rozwiązywania sporów (ADR – *Alternative Dispute Resolution*)⁸. Dynamiczny rozwój podobnego podejścia przypada na lata 70. XX w. Jako przyczynę pojawienia się w rzeczywistości społecznej pozasądowych form rozwiązywania sporów podaje się przeciążenie wymiaru sprawiedliwości. Drugą przyczyną dynamicznego rozwoju ADR było pojawiające się zwłaszcza na terenie USA przeświadczenie o konieczności dopuszczenia do sądów obywateli, współuczestniczących w podejmowaniu kluczowych dla danych spraw decyzji. W ten sposób zaczęli oni czynnie uczestniczyć w działaniach mających na celu rozwiązanie konkretnych konfliktów. Warto tutaj powtórnie zatrzymać się nad fenomenem mediacji, pokazując, iż jej unikalność wpływa na pojawienie się różnych podejść definicyjnych, mających także znaczenie dla medycznej/klinicznej rzeczywistości.

Jak podkreśla Sylwester Pieckowski, „Mediację najlepiej można zrozumieć jako wspomnienie negocjacji, zaś negocjacje stanowią najbardziej powszechne postępowanie stosowane w budowaniu relacji prawnych i rozwiązywaniu sporów⁹. Z kolei Magdalena Grudniecka dostrzega, że „Mediacja to dobrowolne i poufne rozwiązywanie sporów przy pomocy bezstronnego i neutralnego mediatora”. Autorka ta – uzupełniając przedstawione podejście – zwraca ponadto uwagę, że mediacja ma na celu rozwiązanie, a nie

⁵ L. Cichobłaziński, *Mediacje w sporach zbiorowych*, Częstochowa 2008, s. 43.

⁶ A. Rękas (red.), *Czy tylko sąd rozstrzygnie w sporze? Mediacja i sądownictwo polubowne. Informator o alternatywnych sposobach rozwiązywania sporów*, Warszawa 2010, s. 23.

⁷ *Ibidem*.

⁸ J. Jodłowski (et al.), *Postępowanie cywilne*, Warszawa 2005, s. 370.

⁹ S. Pieckowski, *Mediacja w sprawach cywilnych*, Warszawa 2006, s. 11-12.

rozstrzygnięcie konfliktu. Rozwiązanie jest tutaj ukazane jako akceptacja pewnej wspólnej płaszczyzny, przyjęcie wspólnego porozumienia. Umożliwia to obu stronom realizację swoich ważnych interesów. Mediator nie jest zatem rozstrzygającym sędzią/arbitrem. Jest on bezstronnym doradcą pomagającym osiągnąć spodziewany kompromis¹⁰.

Bez względu na miejsce podejmowania aktywności mediacyjnych działanie to zawsze opiera się na kilku istotnych zasadach. Zaliczamy do nich: profesjonalizm, dobrowolność, bezstronność, poufność, neutralność, akceptowalność, szacunek, bezinteresowność¹¹. Osoby przystępujące do mediacji nie mogą być do niej w żadnej mierze przymuszane. Brak zaakceptowania osoby mediatora skutkuje brakiem możliwości realizacji omawianej procedury. Konieczne jest również dostrzeżenie, że mediator zobowiązany jest do wykonywania swoich zadań w sposób profesjonalny. Musi on posiadać wiedzę oraz umiejętności w zakresie szeroko rozumianej komunikacji interpersonalnej oraz interwencji kryzysowej¹².

2. Mediacja medyczna – rzeczywistość i wizja

Pojawienie się w polskim prawie możliwości uaktywnienia pojednawczego postępowania między zważnionymi stronami uznawane jest za bardzo słuszne działanie. Jak się okazuje, podobne formy interwencji coraz częściej wskazywane są jako modelowe metody działań w praktyce medycznej, której nieobce są konflikty. Ewa Gmurzyńska wraz z Rafałem Morkiem stwierdzają w tym kontekście: „Mediacja może i powinna odgrywać istotną rolę w znacznej części spraw dotyczących naruszeń praw pacjentów z udziałem osób wykonujących zawody medyczne oraz podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych”¹³. Odnosząc się z kolei do interesującej nas relacji, autorzy podkreślają, że „konieczne jest nowe spojrzenie na te stosunki, uwzględniające stosowanie nowoczesnych metod rozwiązywania konfliktów, przynoszących korzyści zarówno indywidualne, jak i w wymiarze społecznym”¹⁴.

Czym jednak jest mediacja medyczna? Zdaniem Michała Wysockiego „mediacja medyczna (czyli prowadzona w przypadku zdarzeń medycznych) charakteryzuje się tym, że stronami zaangażowanymi w konflikt są tutaj zawsze pacjent i lekarz lub szpital, a sam konflikt dotyczy najczęściej popełnienia błędu medycznego lub zakażenia szpitalnego,

¹⁰ M. Grudniecka, *Mediacja – rozwiązywanie konfliktów*, Warszawa 2005, s. 17-18.

¹¹ *Ibidem*.

¹² Zobacz szerzej na ten temat: M. Trela, *Święta Rita zamiast Temidy – kilka uwag o mediacji i koncyliacji w sprawach rodzinnych*, „Kultura Prawna” 2018, nr 1, s. 149-163.

¹³ E. Gmurzyńska, R. Morek, *O problemach dotyczących rozstrzygania spraw o błędy lekarskie i o roli mediacji rozstrzygania spraw o błędy lekarskie*, „ADR Arbitraż i Mediacja” 2011, nr 3(15), s. 44.

¹⁴ *Ibidem*.

a dodatkowo towarzyszą mu bardzo silne emocje¹⁵. Autor ten poprzez zdarzenie medyczne rozumie wystąpienie „zakażeń/uszkodzenia ciała rozstroju zdrowia pacjenta – na skutek: błędnej diagnozy/błędów w leczeniu (zabiegu)/podania niewłaściwego leku”¹⁶. Wysocki, odnosząc się do własnych, praktycznych doświadczeń, zwraca uwagę na istotne zjawisko. Jego zdaniem w przypadku mediacji między pacjentem a np. lekarzem wystąpić może obustronny dyskomfort. Na przykład pacjent, pragnąc zadośćuczynienia lub przeprosin, podkreślać może, że jego zła sytuacja wynika z błędu członka personelu medycznego. Lekarz natomiast w tej sytuacji doświadczać może obaw. Mogą być one związane z m.in. potencjalnymi uchybieniami z jego strony. Odczuwać może silny niepokój powiązany z obawą przed utratą reputacji lub odpowiedzialnością prawną¹⁷.

Postępowanie mediacyjne w sprawach medycznych wiąże się z możliwym pojawieniem się silnych emocji po obu stronach sporu. Bezstronność mediatora pozwala mu na rzetelną analizę obserwowanej sytuacji konfliktowej. W sprawach medycznych niejednokrotnie określone szczegóły sytuacji mogą posiadać istotne dla całości znaczenie. Mediator zatem: „dba o wzajemny szacunek, pozwala stronom nawiązać dialog, stwarza konstruktywną atmosferę spokoju, a także zapewnia wsparcie merytoryczne”¹⁸. Podobne interwencje mogą być podjęte wyłącznie w sytuacji braku bezpośredniego zaangażowania w obronę interesów określonej strony. Michał Wysocki dodaje, że do mediacji medycznej mogą być kierowane m.in. sprawy dotyczące zdarzeń medycznych. Rozpatrywane są one od stycznia 2012 r. przez Wojewódzkie Komisje do Spraw Zdarzeń Medycznych. Zdaniem tego autora postępowanie pojednawcze może mieć szczególne, praktyczne w znaczenie pewnym konkretnym momencie działań podejmowanych przed wskazanym organem. Mowa tutaj o etapie ustalania między pacjentem a ubezpieczycielem szpitala wysokości odszkodowania za powstały uszczerbek na zdrowiu¹⁹.

Pozostając w tym miejscu w obszarze mediacji medycznych, warto dostrzec istotny problem, jaki wiąże się z obowiązującymi aktualnie w Polsce ustawowymi przepisami dotyczącymi analizowanej formy rozwiązywania sporów. W u.i.l. w rozdziale 6 wskazano, że: „Rada lekarska wybiera na okres jednej kadencji godnego zaufania lekarza, który pełni w izbie lekarskiej funkcję mediatora”²⁰. Unormowanie to – poprzedzone zastrzeżeniem, iż sprawy kierowane mogą być do mediacji m.in. na wniosek stron – wyraźnie jest niezgodne z fundamentalną zasadą mediacyjnego sposobu rozwiązywania

¹⁵ R. Wysocki, *Mediacja dla pacjenta i lekarza, czyli mediacja w sprawach zdarzeń medycznych w pytaniach i odpowiedziach*, s. 4, <http://www.mediator-wysocki.pl/docs/broszura-medyczna.pdf> [dostęp: 24.04.2019].

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ Art. 113 ust. 2 u.i.l.

konfliktów. Ustawodawca wskazał bowiem, że mediator winien być osobą całkowicie niezależną. Trudno jednakże wyobrazić sobie całkowitą niezależność lekarza-mediatora od korporacji, której sam jest członkiem. Jak trafnie podkreśla Agata Gójska: „bezstronność i neutralność gwarantuje większe zaufanie stron uczestniczących w mediacji”. Stan, w którym osoba wyznaczona do prowadzenia pojednawczego procesu jest jednocześnie samorządowo powiązana z osobą podejrzaną o bycie sprawcą uszczerbku na zdrowiu, skutkować może pojawieniem się istotnej dysproporcji zajmowanych pozycji między stronami postępowania²¹. U.i.l. daje możliwość wyłączenia mediatora z postępowania. Maleje przez to prawdopodobieństwo prowadzenia mediacji przez osobę, która znana jest jednej ze stron²². Warto jednakże dostrzec, że w przeważającej liczbie przypadków to pacjent w trakcie postępowania mediacyjnego będzie jedynym „nie-lekarzem”. Jako jedyny nie będzie posiadał istotnej medycznej wiedzy, umożliwiającej realną i skuteczną walkę o własne prawa. Katarzyna Joanna Luty trafnie konkluduje: „W związku z taką sytuacją nie można mówić o zachowaniu równowagi stron, ponieważ już przez sam fakt, że mediator jest lekarzem, tak jak obwiniony, a pokrzywdzonym jest pacjent, nawet przy największych staraniach mediatora pokrzywdzony może mieć poczucie sojuszu, solidarności obwinionego z mediatorem”²³. Nie można bagatelizować również okoliczności, że szeroko rozumiana solidarność zawodowa nie sprzyja zachowaniu bezstronności i neutralności lekarza-mediatora w postępowaniu mediacyjnym, gdy po jednej stronie konfliktu stoi obwiniony-lekarz, zazwyczaj z tej samej izby lekarskiej. Owa solidarność budowana jest już na etapie kształcenia, gdzie lekarze, składając przyrzeczenie lekarskie, ślubują m.in. „«strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych»”²⁴. Odnosząc się do kwestii równowagi stron, warto także dostrzec, iż bezstronność mediatora posiadać może również kluczowe znaczenie dla samego lekarza. Jak dostrzegają R. Morek i E. Gmurzyńska, bezstronny i niezależny ekspert nie wkracza w obszar oceny zachowania lekarza oskarżonego np. o nieetyczne postępowanie. Jak wskazują przywołani autorzy: „Stworzenie bezpiecznej atmosfery ma na celu skłonienie stron do szczerych rozmów i otwartości w kierunku zawarcia ugody. W tym kontekście istotne znaczenie ma również zapewnienie równowagi między stronami. Służą do tego różne techniki mediacyjne mające na celu niwelowanie dysproporcji między stronami tak, aby żadna z nich nie czuła się

²¹ A. Gójska, *Mediacja w sprawach rodzinnych*, Warszawa 2009, s. 9.

²² O negatywnych aspektach mediacji prowadzonej przez osobę znaną danej stronie sporu zob. A. Gójska, R. Boch, *Obligatoryjna mediacja w sprawach rodzinnych – refleksje praktyków*, „Mediator” 2006, nr 37, s. 3.

²³ Cyt. za: K.J. Luty, *Zasady mediacji w oparciu o ustawę o izbach lekarskich*, „Studia Iuridica Lublensia” 2018, vol. 27, no. 3, s. 5, <https://tiny.pl/tr77w> [dostęp: 24.04.2019].

²⁴ *Ibidem*.

gorsza, zastraszana czy zmuszana do porozumienia. Niwelowanie tych różnic, które są dość typowe w sporach na linii lekarz–pacjent, chociażby ze względu na różnice w wykształceniu czy wiedzy medycznej, następuje przez stosowanie technik efektywnej komunikacji, takich jak pytania otwarte, parafrazy czy przeformułowania, a także równoważenia czasu wypowiedzi stron oraz dowartościowania strony słabszej”²⁵.

W trakcie analizowania przepisów u.i.l. z 1989 r. wyłaniają się również inne istotne dla praktyki problemy. Krzysztof Bielecki wskazuje m.in. na wadliwy charakter procedury mediacyjnej, której kształt nadaje art. 113 omawianej tutaj ustawy. Zdaniem wskazanego mediatora OIL w Warszawie obecnie nie ma możliwości rozpoczęcia postępowania pojednawczego na wstępnym etapie sprawy prowadzonej przez sąd lekarski. Możliwość taka pojawia się dopiero po postawieniu lekarzowi określonych zarzutów. Bielecki, komentując treść art. 63 u.i.l. z 1989 r., dostrzega ponadto, iż Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej nie może umorzyć postępowania w przypadku zawarcia umowy między stronami. Więcej okazuje się, iż w praktyce pojawia się problem w uznawaniu przez sądy powszechne umowy zawartej przed mediatorem w omawianym typie spraw mediator – lekarz nie jest bowiem specjalistą wskazanym przez ww. sąd powszechny²⁶. Także Iwona Wrześniewska-Wal, zwracając uwagę na istotny charakter działań mediacyjnych w sprawach dotyczących błędu lekarskiego, wskazuje na istnienie niepokojących, nadal nierozstrzygniętych, spornych elementów. Przywołana badaczka zaznacza, że medyczny charakter problemu niejednokrotnie uniemożliwiać może przeprowadzenie skutecznej mediacji np. w sprawach karnych bądź cywilnych. Trzeba bowiem pamiętać, iż szkoda zdrowotna lub wyraźny uszczerbek na zdrowiu mogą być spowodowane aktywnością lub brakiem aktywności nie jednego, ale kilku lekarzy. Trudno w tym przypadku wskazać skuteczną formę mediacji. Podobny problem pojawić się może również w postępowaniach przed sądem lekarskim. Nie wiadomo, jak w takiej sytuacji stworzyć przestrzeń, w której pacjent będzie mieć zagwarantowaną odpowiednią pozycję do negocjacji, mając po drugiej stronie *de facto* grupę lekarzy. Wrześniewska-Wal w zbliżonym kontekście dostrzega: „Niekiedy strony mogą chcieć poddać się mediacji, nie życzą sobie jednak spotkania twarzą w twarz, lecz korzystają z pośrednictwa mediatora przekazującego im stanowisko drugiej strony. Taka mediacja pośrednia jest też czasochłonna, z czego organ procesowy powinien sobie zdawać sprawę określając czas trwania mediacji”²⁷.

Przechodząc do konkluzji tej części rozważań, warto zwrócić uwagę, że proponowane aktualnie obowiązujące rozwiązania ustawowe w żaden sposób nie dają gwarancji

²⁵ Cyt. za: E. Gmurzyńska, R. Morek, *O problemach...*, s. 68.

²⁶ K. Bielecki, *Sprawozdanie mediatora Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie za 2016 r.*, <https://izba-lekarska.pl/wp-content/uploads/2017/02/Sprawozdanie-Mediatora-za-2016-r.pdf> [dostęp: 24.04.2019].

²⁷ Cyt. za I. Wrześniewska-Wal, *Mediacja lekarz–pacjent – alternatywna forma rozwiązywania sporu*, „Fides et Ratio” 2016, nr 2, s. 143.

bezstronności procesu mediacji medycznej. Uzasadnione wydaje się zaproponowanie alternatywnego rozwiązania. Pozwoli ono, by sytuacje konfliktowe nie ulegały pogłębieniu. Jak już wcześniej podkreślano, spory między pacjentami a medykami zaliczyć trzeba do szczególnie skomplikowanych i złożonych konfliktów. W takich sytuacjach skuteczną alternatywą w stosunku do klasycznej mediacji może być zorganizowanie tzw. konferencji sprawiedliwości naprawczej, którą „wyróżnia [...] to, że bierze w niej udział, poza stronami, szerszy krąg uczestników. Stanowią je osoby wspierające strony (rodzina bliższa oraz dalsza, [...]) inne osoby dotknięte problemem [...], przedstawiciele innych służb: policjanci, kuratorzy, pracownicy socjalni). Forma ta nadaje się świetnie do prowadzenia spraw trudniejszych. [...] Konferencję prowadzi niezależny mediator lub facylitator”²⁸. Dojść można do wniosku, że taka forma mediacji nadaje się najbardziej do rozstrzygnięcia wielowątkowych spraw dotyczących potencjalnego naruszenia praw pacjenta. W trakcie tego typu konferencji zapewniony jest wysoki poziom bezpieczeństwa psychicznego. Pacjent ma możliwość przybycia na spotkanie np. z kimś bliskim. Lekarz może poprosić o wsparcie np. kolegę, z którym pracuje w danym oddziale. Nie można jednakże zapomnieć, że kluczową postacią, pozwalającą na poprowadzenie pojednawczego spotkania w sposób opanowany i merytoryczny, jest bezstronny mediator. W sytuacji, w której niemożliwe jest uniknięcie konfliktu na linii pacjent–medyk, niezbędne jest zaangażowanie w rozwiązanie sporów bezstronnych specjalistów niepowiązanych z żadną ze stron.

3. Mediacja kliniczna – perspektywa międzynarodowa

W ostatnich latach opinia publiczna regularnie informowana jest o – niejednokrotnie – złożonych sytuacjach konfliktowych, które zaistniały między lekarzem oraz pacjentem lub jego rodziną. Do szczególnych spraw zaliczyć należy z całą pewnością sytuacje, które w sposób bezpośredni dotyczą sytuacji dzieci poddawanych diagnozie lub też terapii. W 2018 r. międzynarodowa opinia publiczna żyła sprawą Alfiego Evansa – brytyjskiego chłopca doświadczającego poważnej choroby o (prawdopodobnie) mitochondrialnym podłożu. U wskazanego, niespełna dwuletniego chłopca zaobserwowano bardzo szybkie pogorszenie się stanu zdrowia. Przestał on samodzielnie oddychać. Zdaniem brytyjskich lekarzy poprawa jego stanu była z medycznego punktu widzenia niemożliwa. Postulowali oni odłączenie Alfiego od respiratora²⁹. Propozycja ta spotkała się ze stanowczym sprzeciwem rodziców wspomnianego pacjenta, którzy na podobne działania nie

²⁸ Cyt. za W. Klaus, *Wykorzystanie sprawiedliwości naprawczej w zapobieganiu przemocy rówieśniczej w szkole*, Warszawa 2009, s. 14.

²⁹ B. Kmiecik *Lekcja Alfiego*, „Rzeczpospolita” 26.04.2018, <https://www.rp.pl/Komentarze/180429579-Blazej-Kmiecik-Lekcja-Alfiego.html> [dostęp 26.04.2019].

wyrazili zgody. Ostatecznie sprawa ta trafiła do sądu, który po kolejnych, zleconych uprzednio lekarskich badaniach wyraził zgodę na odłączenie chłopca od aparatury podtrzymującej życie. Alfie zmarł po kilku dniach od tego momentu. Opisany przypadek był wielokrotnie komentowany zarówno przez lekarzy, jak i prawników oraz etyków. Zastanawiano się przede wszystkim nad metodyką działania lekarzy. Rozważano, czy upór medyków w zakresie odłączenia – ostatecznie niezdiagnozowanego – chłopca był uzasadniony (przy jednoczesnym braku zgody na przetransportowanie pacjenta do szpitala we Włoszech, którego otrzymał obywatelstwo). Przedstawiciele nauki prawa oraz etycy analizowali z kolei, jaka jest relacja między władzą rodzicielską, prawami dziecka jako pacjenta, a uprawnieniami lekarzy oraz kompetencją sądu do podejmowania ostatecznych, wiążących decyzji³⁰. Powracając do tej sytuacji z perspektywy czasu, dostrzec można, że zabrakło w niej na etapie interwencji szpitalnych skutecznego działania informacyjnego. Kolejne komunikaty przedstawiane przez rodziców młodego pacjenta wskazywały na wyraźny konflikt i podział, jaki pojawił się między rodziną a lekarzami. Brak było działań pojednawczych w tym zakresie³¹. Co ciekawe, po zbliżonej w swym przebiegu sytuacji dotyczącej Charliego Gardy (stan zbliżony do sytuacji Alfiego Evansa) jego rodzice podjęli działania mające na celu stworzenie na terenie Wielkiej Brytanii mediacyjnej platformy pomagającej rodzinom i pracownikom szpitala zawrzeć wzajemne porozumienie³².

Co istotne, na terenie Polski do tej pory nie podjęto podobnych inicjatyw. Niestety negatywne konsekwencje luki w tym zakresie mogliśmy dostrzec w tzw. „sprawie z Białogardu”. Dotyczyła ona również konfliktu rodziców z personelem szpitala. Nie zgodzili się oni na podjęcie interwencji pielęgnacyjnych wobec ich nowo narodzonego dziecka. Nie wyrazili m.in. zgody na zaszczepienie noworodka oraz jego umycie. Wbrew decyzji sądu opiekuńczego rodzice zabrali dziecko ze szpitala, ukrywając się z nim. Sąd drugiej instancji przyznał rację rodzicom, wskazując, że brak zgody na podjęcie przez personel medyczny działań profilaktyczno-pielęgnacyjnych mieści się w granicach realizacji władzy rodzicielskiej. Co jednak ciekawe, także przedstawiciele środowiska medycznego podkreślali, że powiadomienie sądu opiekuńczego byłoby niekonieczne, gdyby lekarze podjęli większe starania oparte przede wszystkim na przeznaczeniu czasu na rozmowę z rodzicami. Tutaj jednak zauważyć należy, że rozmowa taka okazać się może w sytuacjach tych niemożliwa. Poziom emocji, jakie towarzyszą z jednej strony

³⁰ A. Baruch, M. Kamecki, *Między prawdą a fałszem. Sprawa Alfiego Evansa*, „Kultura Prawna” 2018, nr 2, s. 184-194.

³¹ Zob. w tym kontekście: B. Kmieciak, *Notifying family court about the matters of threatened underage patient's life: ethical and social context*, „World Scientific News” 2017, no. 89, s. 104-110; *idem*, *Nikt nie wygrał tej sprawy*, „Gość Niedzielny” 2018, nr 19, <https://www.gosc.pl/doc/4710316.Nikt-nie-wygral-tej-sprawy> [dostęp 23.04.2019].

³² Por. B. Kmieciak, *Brak zgody rodziców na leczenie dziecka formą przemocy w rodzinie?*, „Niebieska Linia” 2017, nr 6, s. 10-15.

zatroskanym o los dziecka rodzicom, a z drugiej lekarzom obawiającym się o stan zdrowia małego pacjenta, powoduje, że trudno osiągnąć zdolności dialogowe. Bezcenna w tego typu momentach wydaje się mediacja o *stricte* klinicznym charakterze³³.

To m.in. podobne sytuacje stały się impulsem do rozpoczęcia w USA działań przez Medical Mediation Foundation (MMF). Organizacja ta „oferuje mediację i wsparcie decyzyjne pracownikom służby zdrowia i rodzinom”³⁴. Jak zaznaczono na stronach internetowych przywołanej organizacji, mediacja w warunkach klinicznych ma na celu:

- udzielenie pomocy w rozwiązaniu konfliktów dotyczących opieki medycznej nad dzieckiem,
- „przywrócenie zaufania i dobrej komunikacji między wszystkimi zaangażowanymi stronami”,
- rozwiązywanie konfliktu bez konieczności angażowania sądu.

Eksperti wskazanej w tym miejscu organizacji podkreślają, iż podstawą działania w warunkach szpitalnych jest niezależność mediatora od władz danej placówki. To dlatego staje się możliwe podejmowanie interwencji w momencie, w którym np. rodzina nie zgadza się z proponowanymi przez lekarzy działaniami. Mediatorzy służą także jako osoby wspierające skonfliktowane na terenie szpitala rodziny (dziecko ma inne zdanie niż rodzice). Przedstawiciele MMF podkreślają, iż konflikt na terenie szpitala pojawia się najczęściej w chwili, w której strony sporu są w sposób wyraźny przekonane o słuszności swoich poglądów. Rodzice mogą opierać się na np. utrwalonych przekonaniach religijnych. Personel natomiast skupiać się może na standardach medycznych lub opiniach naukowych autorytetów. Rozstrzygnięcie w sądzie sporu o podobnym podłożu nieuchronnie prowadzi do pojawienia się „wygranych” oraz „przegranych”. Zastosowanie mediacji medycznej w warunkach klinicznych pozwala uzyskać porozumienie dzięki wcześniejszemu zdiagnozowaniu przyczyny odmienności poglądów i zdań. Procedura w podobnych przypadkach rozpoczęta zostaje na wniosek konkretnej strony lub też stron. MMF zwraca uwagę w sposób szczególny na poufność postępowania. Rozpoczęcie działań mediacyjnych możliwe jest jedynie w momencie uzyskania zgody każdej ze stron sporu. Istnieje w tym aspekcie możliwość odbycia wcześniejszych indywidualnych spotkań³⁵.

³³ G. Galant, *Urowadzenie noworodka w Białogardzie. Trwa oblawa*, „Polska The Times” 15.09.2017, <http://www.polskatimes.pl/fakty/kraj/a/uprowadzenie-noworodka-w-bialogardzie-trwa-oblawa,12487187/> [dostęp 23.04.2019]; *Rodzice porwali noworodka ze szpitala. Trwają ich poszukiwania*, Polskie Radio 16.09.2017 <http://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/1855324,Rodzice-porwali-noworodka-ze-szpitala-Trwaja-ich-poszukiwania> [dostęp 23.04.2019]; B. Kmiecik, *Odpowiedzialność terapeutyczna obrońców praw pacjenta*, „Władza Sądzenia” 2017, nr 12, s. 42-45.

³⁴ Cyt. za: Medical Mediation Foundation, <https://www.medicalmediation.org.uk/resources/> [dostęp 23.04.2019].

³⁵ *Ibidem*.

W zagranicznej literaturze przedmiotu mediacja kliniczna pojawia się często jako forma działań w sytuacjach o charakterze terminalnym (związanych z okresem/momentem umierania pacjenta). To w ostatnim okresie życia pacjenta pojawić się mogą problemy mające szczególne znaczenie nie tylko dla niego, ale również dla rodziny. Mowa tutaj m.in. o chwilach, w których należy podjąć decyzję dotyczącą dalszego karmienia osoby umierającej. Z jednej strony podejmowane są interwencje mające na celu uniknięcie zgłodzenia pacjenta. Z drugiej natomiast perspektywy mogą pojawić się sytuacje kliniczne, w których to podawanie pokarmu pacjentowi w ostatnich chwilach jego życia powodować będzie jego cierpienie. To właśnie w tego typu momentach ważne jest kształtowanie kultury komunikacyjnej między lekarzem i zatroskaną rodziną pacjenta. Wskazuje się, że pułapką w podobnych sytuacjach jest przede wszystkim nawiązywanie przez medyka kontaktu w momencie, w którym jest on wzburzony. W sposób naturalny pojawiają się reakcje obronne uczestników dyskusji. Dialog winien prowadzić do dostrzeżenia wspólnej płaszczyzny, jaką może być np. dobre samopoczucie umierającego pacjenta, unikanie jego cierpienia, doprowadzenie do najmniejszej uciążliwości pobytu. W literaturze spotkać się można z poglądem, że poziom nasilenia konfliktu zmniejsza się w sytuacji, w której to budowane jest zaufanie do lekarza. Dzieje się tak w momencie, w którym to lekarz w sposób czynny „uczestniczy w sytuacji pacjenta”. Z jednej strony podejmuje on próby leczenia, a z drugiej zwraca uwagę na konieczność zmniejszenia niepożądanych objawów, jakich doświadcza pacjent. Taka strategia działania w sposób automatyczny ułatwia prowadzenie negocjacji na temat często złożonych i trudnych decyzji dotyczących pacjenta. Jak wskazuje się, w tym aspekcie bezcenna jest tzw. „etyka konsultacji”. To właśnie poszukiwanie informacji ze strony innych specjalistów przez lekarza prowadzącego podwyższa poziom zaufania, jakim obdarzają go pacjenci i ich rodziny³⁶.

Danny Lee i Paul Lai, autorzy artykułu *The practice of mediation to resolve clinical, bioethical, and medical malpractice disputes. Introduction*, zwracają uwagę na kilka istotnych elementów ważnych w trakcie wskazywania roli mediacji klinicznej. Po pierwsze, szczególnie istotne jest zachowanie poufności, gwarantującej stronom możliwość swobodnego wypowiedzenia się na temat zdarzenia, które wywołało konflikt. Jak wskazano, mediacja podejmowana na poziomie klinicznym jest w stanie nie tylko rozwiązać określoną, złożoną sytuację sporną (wywołać ją może nie tylko niewłaściwe, zdaniem pacjenta, zachowanie lekarza, ale również diagnoza, której nie akceptuje chory). Stanowi ona również wsparcie w szczególnie trudnych sytuacjach bioetycznych, jakie spotykają uczestników działań szpitalnych. Autorzy, opisując znaczenie mediacji dla praktyki klinicznej, podkreślają jednocześnie, że istotne w omawianym kontekście są

³⁶ A.L. Back, R.M. Arnold, *Dealing with Conflict in Caring for the Seriously Ill: "It Was Just Out of the Question"*, "Journal of American Medical Association" 2005, no. 11, s. 1375-1377.

dwa działania strategiczne, jakie muszą podjąć osoby odpowiadające za funkcjonowanie placówek. Zdaniem wskazanych lekarzy niezbędne jest, by dyrektorzy szpitali nawiązali współpracę z niezależnymi mediatorami, posiadającymi stosowne uprawnienia do prowadzenia postępowań pojedynczych. Drugi element odnosi się do tzw. miękkich umiejętności samego personelu medycznego. Zdolność do aktywnego słuchania oraz diagnozowania samopoczucia pacjenta stają się szczególnie istotnymi umiejętnościami w czasach, w których pacjent posiada informacje dotyczące własnych uprawnień. Autorzy podkreślają, że wypracowane na poziomie klinicznym porozumienie może w sposób istotny wpływać na dalsze losy terapii pacjenta. Po pierwsze, pacjent ma możliwość wypowiedzenia się. Po drugie, ma okazję, by usłyszeć, jakich dylematów doświadcza lekarz. Po trzecie, pacjent i lekarz mogą wspólnie, przy pomocy mediatora, wypracować strategię działania, w tym działania leczniczego. Między innymi dlatego mediacja staje się atrakcyjnym dla lekarza sposobem rozwiązywania sporów. Unika bowiem stawiania medyka w sytuacji, w której w sposób wyraźny podważane są jego kompetencje. Zapoznając się z uwagami, jakie przedstawiają Lee i Lai, dostrzec można, że powielają oni niestety wyraźnie błędny sposób myślenia o mediacji medycznej, nieobcy również polskiemu ustawodawcy. Zdaniem bowiem tych autorów mediatorami w szpitalach winni być pracownicy owych placówek. Uniemożliwia to postulowany przez nich stan neutralności oraz bezstronności procesu mediacji³⁷.

Na kontekst ten – z perspektywy zjawisk dostrzeganych na terenie USA – zwraca uwagę Florence Yee, zaznaczając, że popularność mediacji medycznej, w tym mediacji klinicznej, łączy się w sposób bezpośredni z wyraźnym społecznym konfliktem, jaki zaczął narastać między pacjentami i lekarzami. Na początku XXI w. ci ostatni (m.in. na terenie stanu Teksas) zaczęli w sposób istotny ograniczać liczbę podejmowanych interwencji o podwyższonym ryzyku. Zdarzały się przypadki zamykania praktyk ginekologicznych przez lekarzy obawiających się pozwu ze strony pacjentów. Zwracano również uwagę na coraz droższe ubezpieczenia, jakie muszą wykupywać lekarze³⁸.

Liz Forbat zaznacza, że podejmowanie działań mediacyjnych w sytuacjach medycznych jest jednak niezbędne. Konflikt powoduje bowiem zmniejszenie produktywności personelu, wzrost jego rotacji, obniża morale pracowników systemu ochrony zdrowia. Specyficzne problemy o takim charakterze pojawiają się w ośrodkach medycznego wsparcia dzieci. Tutaj spór wynikać może z trudnej sytuacji zdrowotnej bądź też nierealistycznych wyobrażeń dotyczących możliwości udzielenia pomocy. Autorka zwraca uwagę, że wdrożenie działań mediacyjnych w szpitalu możliwe jest pod warunkiem

³⁷ D.W.H. Lee, P.B.S. Lai, *The practice of mediation to resolve clinical, bioethical, and medical malpractice disputes Introduction*, „Hong Kong Medical Journal” 2015, no. 6, s. 560-563.

³⁸ F. Yee, *Mandatory mediation: the extra dose needed to cure the medical malpractice crisis*, “The Cardozo Journal of Conflict Resolution” 2006, no. 393, s. 415-420.

przeszkolenia personelu medycznego w zakresie komunikacji z pacjentem. W ramach wspomnianych zajęć cenne jest uczestnictwo w spotkaniach praktycznych ukazujących, w jaki sposób np. lekarz bądź pielęgniarka odbierają konflikt z pacjentem lub jego rodziną. Kolejny wskazywany etap działań szkoleniowych odnosi się do kształtowania u personelu umiejętności empatycznych (zdolność wejścia w sytuację pacjenta). Liz Forbat wraz ze swoim zespołem przeanalizowała wypowiedzi pracowników medycznych, którzy ukończyli szkolenia z zakresu komunikacji z pacjentem oraz jego rodziną. Wskazywano, że kluczowe jest:

- stworzenie w szpitalu miejsca pozwalającego na nawiązanie spokojnej rozmowy z rodzicem,
- kształtowanie umiejętności słuchania oraz przeproszenia pacjenta,
- unikanie sytuacji zwarcia, działań mających na celu ożywną konfrontację oraz eskalację konfliktu,
- kształtowanie umiejętności analizowania problematycznej sytuacji, w jakiej jest dziecko z perspektywy jego rodzica³⁹.

Jak się okazuje, podobne szkolenia są coraz częściej organizowane m.in. przez Royal College of Physicians. W materiałach promocyjnych wskazuje się, że kurs pt. „Zamknięcie luki: pośredniczenie w konflikcie i poprawa komunikacji między pacjentami, rodzinami i pracownikami służby zdrowia” ma na celu:

- przekazywanie informacji dotyczącej źródeł konfliktu między pacjentami a pracownikami służby zdrowia,
- kształtowanie umiejętności mediacji, pozwalającej na współpracę lekarzy z pacjentami i rodzinami,
- metody przygotowania do trudnej rozmowy,
- umiejętności zarządzania konfliktem z pacjentami i rodzinami⁴⁰.

Zapoznając się z możliwościami wykorzystania mediacji w sytuacjach medycznych konfliktów, warto zwrócić uwagę na działania, jakie ponad dziesięć lat temu podjęte zostały na terenie Rumunii. Jak wskazują wyniki analiz, także o międzynarodowym charakterze, w kraju tym nadal poważnym problemem jest dostęp do opieki zdrowotnej dla osób romskiego pochodzenia (stanowią one 3,2% całej rumuńskiej populacji). Mediatorzy w wspomnianym kraju podejmują działania w szczególnym kontekście. Jest tutaj dostrzegana wyraźna specyfika interwencji. Po pierwsze, celem działań podejmowanych przez wskazanych specjalistów jest ułatwienie komunikacji między medycznymi pracownikami

³⁹ L. Forbat, I.J. Simons, Ch. Sayer, M. Davies, S. Barclay, *Training paediatric healthcare staff in recognising, understanding and managing conflict with patients and families: findings from a survey on immediate and 6-month impact*, „Archives of Diseases in Childhood” 2017, no. 102, s. 250-254.

⁴⁰ *Closing the Gap: mediating //conflict and improving communication between patients, families and health professionals*, Royal College of Physicians, London 2017, s. 1-2.

a romskimi społecznościami. Władze w podobny sposób dążą do podwyższenia poziomu skuteczności działań z zakresu publicznego wsparcia zdrowotnego. Po drugie, warto dodać, że mediatorami medycznymi przeznaczonymi do tego typu interwencji są przede wszystkim kobiety romskiego pochodzenia. Muszą mieć one zgodę władz lokalnych na działanie. Konieczne jest również stosowne przeszkolenie oraz akceptacja interwencji ze strony lokalnych, romskich grup. Do obowiązków mediatorów należy:

- „– zbieranie danych na temat sytuacji zdrowotnej w społeczności;
- służenie jako łącznik między społecznościami i lekarzami;
- ułatwienie Romom dostępu do opieki zdrowotnej;
- zapewnienie edukacji zdrowotnej; i
- wspieranie interwencji w zakresie zdrowia publicznego w społecznościach romskich”⁴¹.

4. Mediacja kliniczna – perspektywa polska

Obserwując społeczne zjawiska ukazujące sytuację w polskim systemie ochrony zdrowia, bez trudu dostrzec można, że konflikty na linii pracownik medyczny–pacjent posiadają trudne do przecenienia znaczenie. To bowiem spory w sposób bezpośredni wpływają na sytuację pacjenta oraz poziom pracy lekarza, pielęgniarki lub innego eksperta. Z całą pewnością to podobne przyczyny wpływały na pojawienie się w naszym kraju zapisanej w u.i.l. z 1989 r. procedury mediacyjnej. Warto jednakże w tym kontekście zwrócić uwagę na przypadki mediacji podejmowanej nie w trakcie postępowania sędowo-lekarskiego, ale wprost na terenie danego oddziału/szpitala/kliniki.

W pierwszym rzędzie trzeba zwrócić uwagę na działania inicjowane przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (RPPSzP). Mowa tutaj o niezależnych od władz szpitala urzędnikach zatrudnionych przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie. Wskazani eksperci wykonują swoje zadania bezpośrednio na terenie szpitala, na co dzień rozmawiając zarówno z pacjentami i ich bliskimi, jak i członkami zespołu terapeutycznego oraz administracyjnego danej placówki. Warto zaznaczyć, że rzecznicy mają zagwarantowaną niezależną pozycję w stosunku do władz szpitala⁴². Zapoznając się z treścią sprawozdań przedstawianych corocznie przez Rzecznika Praw Pacjenta, dostrzec można, że interwencje mediacyjne wielokrotnie podejmowane były przez wskazanych urzędników. W sprawozdaniu z działań realizowanych przez wskazany urząd w 2009 r.

⁴¹ *Roma health mediation in Romania: case study*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013, s. 7-13.

⁴² B. Łoza, R. Wójcik, *Rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego: nowe doświadczenia, stare błędy* „Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny” 2010, nr 1, s. 38.

zwrócona została uwaga, że psychiatryczni rzecznicy podejmują podobne pojednawcze inicjatywy w ramach tzw. miękkiej formy działań interwencyjnych⁴³. W opublikowanym następnie podsumowaniu działań za 2010 r. zaznaczono, że „Przedmiotowa działalność polegała na podejmowaniu interwencji o charakterze: «miękkim» – sprawy załatwiane w drodze ugody, mediacji, łagodzenia sporów, wyjaśniania nieporozumień powstałych między pacjentem a personelem medycznym”⁴⁴. W opublikowanym rok później sprawozdaniu wskazano, że „pacjenci w osobie Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego upatrywali reprezentanta ich praw, mediatora i negocjatora, przede wszystkim w rozwiązywaniu spraw związanych z pobytem w szpitalu”⁴⁵. Podobne spostrzeżenie dostrzegamy w sprawozdaniu z 2012 r.⁴⁶ Co ciekawe, w dwóch ostatnich dokumentach o wskazanym charakterze nie pojawia się już podobna forma działania. Być może dlatego m.in. ze strony organizacji eksperckich pojawiają się inicjatywy zmierzające do wprowadzenia podobnej formy rozwiązywania sporów bezpośrednio na terenie szpitala. Przykładem podobnej formy aktywności może być inicjatywa Centrum Bioetyki Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris, które pod koniec 2018 r. skierowało do ministerstwa zdrowia pismo wskazujące na konieczność modyfikacji polskich przepisów w zakresie możliwości stosowania mediacji o klinicznym charakterze. Wskazano, że podobne interwencje można wprowadzić w pierwszym rzędzie na terenie szpitali klinicznych, dla których organem założycielskim jest rektor danej uczelni medycznej. To on mógłby powoływać niezależnych specjalistów pomagających na terenie danej placówki rozwiązać konflikt w sposób niezależny od władz oddziału/szpitala. W drugim rzędzie podkreślano, że obecne rozwiązania ustawowe są dalekie od powszechnie przyjętych standardów w zakresie sposobu poradzenia mediacji pomiędzy skonfliktowanymi stronami.

5. Konkluzja

Analizując zapisane w u.i.l. z 1989 r. standardy postępowania mediacyjnego, należy z całą mocą zaznaczyć, iż nie spełniają one kluczowych standardów tego typu

⁴³ K. Kozłowska, *Sprawozdanie z realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2020.849 t.j.) oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2009, s. 117.

⁴⁴ K. Kozłowska, *Sprawozdanie z realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2010, s. 62.

⁴⁵ K. Kozłowska, *Sprawozdanie z realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2011, s. 81.

⁴⁶ K. Kozłowska, *Sprawozdanie z realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2012, s. 147.

postępowań pojednawczych. Brak zagwarantowanej bezstronności mediatora (lekarz jako mediator) uniemożliwiać może w wielu przypadkach dogłębne i skuteczne rozwiązanie danego sporu. Pojawia się również inny element szczególnie ważny w omawianej sytuacji. W obecnym stanie prawnym nie ma możliwości przeprowadzenia mediacji w szerszej formule, uwzględniającej udział np. kilku pracowników medycznych oraz bliskich osoby pokrzywdzonej. Postępowanie o tego typu charakterze prowadzone jest ponadto przez izbę lekarską, co powoduje, że pacjent nieustannie może odczuwać, iż znajduje się na straconej pozycji.

Nie ulega wątpliwości, że wskazana formuła może być ulepszona poprzez zaangażowanie do omawianych postępowań bezstronnych, specjalnie wyszkolonych mediatorów potrafiących budować dialog w trakcie przywołanych spotkań. Warto jest bowiem przypomnienia, że zagadnienia medyczne od dłuższego czasu towarzyszą np. konfliktom okołorozwodowym, w których udział czynny biorą coraz częściej mediatorzy pomagający stronom w ustaleniu podziału obowiązków w kwestiach takich, jak:

- „– wybór lekarzy i placówek medycznych,
- rutynowe badania, szczepienia,
- specjalne potrzeby,
- zasady podawania leków i leczenia w warunkach domowych,
- wymiana informacji w kwestiach zdrowotnych i dostęp do dokumentacji medycznej,
- opieka nad dzieckiem w czasie choroby (kto, kiedy?),
- kto powinien być zawiadomiony w razie wypadku, zagrożenia⁴⁷.

Coraz bardziej uzasadnione wydaje się zaangażowanie bezstronnych ekspertów w poszczególnych szpitalach, przy okazji konkretnego sporu. Podjęcie przez nie współpracy z mediatorami pozwoliłoby na uniknięcia eskalacji konfliktów na linii personel medyczny–pacjent. Obie strony w tej sytuacji znajdowałyby się na zbliżonej pozycji. Zagwarantowana byłaby bezstronność przygotowanego eksperta, która umożliwiłaby uniknięcie kontynuowania sporu na terenie sądu. Podobne modyfikacje – których pozytywne efekty widać w polskich oraz zagranicznych inicjatywach – wymagają jednakże podjęcia modyfikacyjnych działań legislacyjnych, w których udział winny brać nie tylko władze, ale również przedstawiciele środowisk medycznych oraz przede wszystkim pacjentów i ich rodzin.

⁴⁷ A. Rękas (red.), *Czy tylko sąd rozstrzygnie w sporze?*, s. 35.