

Wykład dedykowany Prof. Tadeuszowi Koszarowskiemu

Etyka w chirurgii onkologicznej

Krzysztof Herman

Temat etyki w chirurgii onkologicznej nie był jeszcze poruszany ani w polskim piśmiennictwie lekarskim, ani na zjazdach naukowych. W oparciu o niektóre zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej, wzbogacone o własne przemyślenia i przykłady, omówiono obecnie występujące problemy etyczne w tej dziedzinie. Poruszono wiele etycznych aspektów dotyczących lekarza – chirurga onkologa, zarządzającego ośrodkiem onkologicznym oraz pewne etyczne aspekty zawodowe i naukowe. Zwrócono uwagę m.in. na problem jakości świadczonych usług, kształcenia podyplomowego, ekonomii czy stosunków między lekarzami.

Ethics in surgical oncology

The subject of ethics in surgical oncology has not yet been discussed either in Polish medical literature, or at scientific conferences. Basing on some regulations of the Code of Medical Ethics, enriched with own considerations and examples, the current ethical problems appearing in this field have been dealt with. Numerous ethical aspects concerning a physician – an oncological surgeon, or physician managing a cancer centre, as well as some ethical aspects of profession and science were touched. Attention was also called to the issue of quality of services, postgraduate education, economics and interpersonal relation.

Słowa kluczowe: etyka lekarska, chirurgia onkologiczna

Key words: medical ethics, surgical oncology

Niestety, nie można zebrać literatury na temat etyki w chirurgii onkologicznej w internecie i na podstawie takiego przeglądu przygotować niniejszy wykład. Nie wystarczy przeczytać kodeksu etyki lekarskiej [1], książkę na temat etyki w medycynie [2, 3] czy też porozmawiać ze starszymi i doświadczonymi kolegami. Przygotowanie takiego wykładu wymaga także wielu osobistych przemyśleń i autentycznej pracy autorskiej. Dlatego jestem przekonany, że wielu z Was może mieć własne spojrzenie na ten temat i wielu z Was przygotowałoby to lepiej i ciekawiej.

Zastanawiając się przez kilka miesięcy nad różnymi elementami dzisiejszego wykładu w coraz większym stopniu uświadamiałem sobie, jak trudnego zadania się podjąłem. Na szczęście zorientowałem się, że etyka w chirurgii onkologicznej, to tak naprawdę, przede wszystkim jakość. Ale jakość w znacznie szerszym znaczeniu, niż zaprezentowany na inauguracyjnym wykładzie VII Zjazdu naszego towarzystwa przed rokiem w Warszawie.

Etyka w chirurgii onkologicznej może dotyczyć wszystkich praktycznych i teoretycznych elementów tej

specjalności. Może przede wszystkim dotyczyć lekarza – chirurga onkologa, ale można też mówić o etyce ośrodka medycznego, zajmującego się chirurgią onkologiczną, o etyce zarządzającego oddziałem czy szpitalem, o etyce naukowej i zawodowej, czy w końcu etyce chorego na raka. Tę ostatnią etykę pozostawiam filozofom.

Wiele elementów ogólnej etyki lekarskiej znajduje swoje przykłady w chirurgii onkologicznej, ale są też takie, które są specyficzne dla naszego działu medycyny. Dlatego myślę, że przypomnienie niektórych punktów kodeksu etyki lekarskiej (KEL), wzbogacone o podanie przykładów i własnych przemyśleń, zwróci uwagę na niektóre, aktualne aspekty i wątpliwości, związane z etycznym postępowaniem w chirurgii onkologicznej.

„Lekarz ma swobodę w wyborze postępowania, które uzna za najskuteczniejsze” (art. 6 KEL), oraz „Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swojej wiedzy...” (art. 56 KEL). Po pierwsze więc, chirurg onkolog musi obiektywnie wiedzieć, która metoda postępowania jest najlepsza. Po drugie musi potrafić i mieć materialne możliwości tę metodę zastosować, lub wiedzieć, chcieć i mieć możliwości skierować chorego do innego lekarza, który to potrafi. Jak często spotykamy się z taką idealną sytuacją w praktyce? Po pierwsze, brak jest w miarę jednolitych standardów, a wiedza na temat *Evidence Base Medicine* w chirurgii onkologicznej jest, delikatnie mówiąc, umiarkowana. Zróznicowanie tej wiedzy

jest jedną z głównych przyczyn bardzo zróżnicowanej jakości udzielanych świadczeń. W trakcie egzaminów specjalizacyjnych mam możliwość zaobserwować, że nawet tak podstawowe pytania, jak np. „Jakie są bezwzględne przeciwwskazania do pierwotnego leczenia operacyjnego raka piersi?” budzą olbrzymie wątpliwości u egzaminowanych. Założmy jednak, że wiedza teoretyczna jest na maksymalnym poziomie. Co zrobi chirurg w sytuacji, gdy wie, że lepiej byłoby wykonać np. weryfikację węzła wartowniczego w 3 mm grubości czerniaku, lub napromienić przedoperacyjnie raka odbytnicy w stopniu T3, położonego na wysokości 6 cm, a nie ma takich możliwości technicznych w swoim ośrodku. Na ile względy ekonomiczne (jego osobiste, lub ośrodka), administracyjne czy wręcz ambiciozne, będą odgrywały w tym wyborze istotną rolę? Czy taka decyzja zawsze jest świadoma i przemyślana, czy też w nawale pracy jest wynikiem dotychczasowego przyzwyczajenia? Tylko częściową odpowiedź na to pytanie daje art. 10 KEL, który mówi, że „lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe” i dalej „winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi”. Niestety, żyjemy w dziwnych czasach, gdy patologiczna konkurencja, wytworzona przez Kasy Chorych, połączona z niemerytorycznym, centralnym zarządzaniem, wytworzyła sytuację w której „wszyscy umieją wszystko”, a tak naprawdę to często „nikt nie umie prawie nic”. Medycyna oparta na przesłankach naukowych winna stanowić bazę naszych działań. Jednak z drugiej strony czysto naukowe podejście do chorego może zniszczyć naszą intuicję, doświadczenie, czy po prostu niezbędną wrażliwość wobec chorego. Szczegółowe dane diagnostyczne dotyczące guza nowotworowego, jego stopień zaawansowania są obiektywnymi parametrami, które znać musimy. Będziemy jednak operować konkretnego chorego o specyficznych uwarunkowaniach psychospołecznych, które również winniśmy poznać. Wiemy już wszyscy, że nie tylko przedłużenie życia, ale jego jakość trzeba wziąć na szalę argumentów niezbędnych do przedyskutowania z chorym.

W jaki sposób chirurg onkolog może wypełnić art. 11 KEL, mówiący o tym, że „lekarz winien zabiegać o wykonywanie swojego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki zdrowotnej”. Największą odpowiedzialność, czego często są nie do końca świadomi, ponoszą w tym zakresie wszyscy zarządzający, począwszy od kolegów będących ordynatorami oddziałów, poprzez kolegów będących dyrektorami jednostek, a skończywszy na specjalistach wojewódzkich, krajowych, jak i kierujących towarzystwami naukowymi również. Przyjęcie na siebie tych funkcji wiąże się z oczywistym prestiżem zawodowym, czasem również materialnym, ale pamiętajmy, że jest w pełni dobrowolne. Na ile objęcie takiej funkcji daje prawo do konformistycznych zachowań i wyrażania biernej zgody na brak materialnych warunków do udzielania świadczeń na odpowiednim jakościowo poziomie? Czy brak pieniędzy na antybiotyki, staplery, zakupy czasem podstawowego sprzętu czy też szkolenie personelu nie powinny być czasem przyczyną rezygnacji z zajmowanego stanowiska w imię tegoż, cytowanego art. 11 KEL, oraz art. 53 KEL, który mówi, że „lekarze pełniący funk-

cje kierownicze mają obowiązek dbać o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podlegających im kolegów”. Nieliczne, na szczęście, nieprawidłowości i ograniczenia w tym zakresie są spowodowane chęcią ograniczenia konkurencji zawodowej, wykorzystywaniem „taniej siły roboczej” czy też stosowaniem zasady „kija i pietruszki”.

Z innej strony, patrząc na problem warunków, w jakich lekarz wykonuje swoją pracę, należy zauważyć narastającą w ostatnich latach tendencję do maksymalizowania stawianych chirurgom zadań. W pogoni za pieniędzmi wielu zarządzających jakby nie wiedziało, że chirurg, oprócz operowania, musi zajmować się chorym w sposób podobny do lekarza specjalności niezabiegowej, musi mieć czas na samokształcenie, nauczanie innych, analizę własnych wyników i w końcu na odpoczynek i regenerację sił fizycznych i psychicznych.

„Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów” (art. 12 KEL). Zdecydowana większość chirurgów to robi. Dodatkowo zmiany systemowe dokonane w latach 90. i tzw. „walka o pacjenta” spowodowała, że nawet ci, którzy nadal traktują chorych przedmiotowo, zdają sobie sprawę z faktu, iż chory na raka, jeśli ma wybór, a tak się dzieje coraz częściej, to odda się w ręce nie tylko polecone, ale także kulturalne. Zróżnicowanie w zakresie podejścia do chorego jest w naszej dziedzinie bardzo duże. Występują dysproporcje zarówno pomiędzy ośrodkami klinicznymi i regionalnymi, jak i związane z różnym zachowaniem naszych głównych nauczycieli w tym zakresie, a więc ordynatorów i kierowników klinik.

W naszym środowisku najwięcej etycznych kontrowersji budzi problem tzw. dowodów wdzięczności, wręczanych chirurgowi. Art. 66 KEL mówi wprawdzie, że „lekarz ma prawo umawiać się o wysokość honorarium przed rozpoczęciem leczenia”, to jednak nie dotyczy sytuacji w ośrodku, w którym chory z racji swojego ubezpieczenia (lub innego prawa) jest leczony bezpłatnie (tj. bez bezpośredniego wręczania lekarzowi zapłaty) – art. 68 KEL. Należy więc w sposób wyraźny napiętnować warunkowanie przyjęcia do szpitala, czy wykonania zabiegu, od otrzymania korzyści (łapówki). Z drugiej strony, mimo, że wdzięczność zoperowanego chorego przybiera czasem różne dozwolone prawem formy, nie wolno pozwolić, aby oczekiwanie na dowody wdzięczności stało się naszą drugą naturą, a niestety czasem to się zdarza. Z drugiej strony, czy jest jednak etyczne zachowanie kolegi lekarza, będącego dyrektorem ośrodka, który proponuje chirurgowi z 20-letnim stażem pensję w wysokości 1500 zł i żąda rezygnacji z innego dodatkowego zatrudnienia?

Przypomnienia natomiast w naszym środowisku wymaga art. 67 KEL, który mówi, że „dobrym zwyczajem jest leczenie bezpłatne innych lekarzy...”. Ciekaw byłbym wyników ankiety na ten temat przeprowadzonej w naszym środowisku. Czy jesteśmy w tym względzie podobni do innych specjalności, np. do kolegów stomatologów? Ilu z nas nie bierze honorarium od innych, nieznanych lekarzy w swoim prywatnym gabinecie? Jakie różnice w tym względzie są pomiędzy profesorami, ordynatorami, doktorami medycyny, pracującymi w Klinikach, a „zwykłymi” lekarzami specjalistami?

Art. 52 KEL mówi, że „Lekarz nie powinien wpywać wobec chorego i jego otoczenia, a także wobec personelu asystującego, lub publicznie, niekorzystnej oceny działalności zawodowej innego lekarza, lub dyskredytować go w jakikolwiek sposób. Wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przede wszystkim przekazać zainteresowanemu lekarzowi. Poinformowanie organu Izby Lekarskiej..... nie godzi w zasady solidarności zawodowej”. Ten piękny zapis niestety jest prawie martwy. Martwy, gdyż z jednej strony mamy do czynienia z olbrzymim zróżnicowaniem wiedzy i jakości, a z drugiej strony z bezpardonową konkurencją. Jak choremu na raka wytłumaczyć, zgodnie z zaleceniami etycznymi, że kilkumiesięczna zwłoka spowodowana zaniechaniem lub nieprawidłową diagnostyką, prowadzoną przez innego lekarza, mieści się w granicach cytowanego wyżej art. 6 KEL? Zwyczaj informowania o nieprawidłowościach organów Izby, jest niestety bardzo mało rozpowszechniony, gdyż taka forma jest często odbierana jako działanie o charakterze „personalnym” i ograniczającym konkurencję. Trzeba jednak o tym problemie mówić w naszym środowisku często, gdyż problem ten znacznie narasta w ostatnich latach. Pamiętać należy, że relacje pomiędzy lekarzami muszą być podporządkowane dobru chorego.

Art. 61 KEL mówi m.in., że „...lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy, sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej”. W naszej dziedzinie problem taki pojawia się przede wszystkim na styku ekonomii i medycyny. Jeżeli Kasa Chorych płaci 3000 zł za 4-dniową hospitalizację chorej, u której wykonano usunięcie guza piersi, to dlaczego wykonać ten zabieg ambulatoryjnie za 500 zł? Może lepiej jeszcze poczekać na ostateczne potwierdzenie raka w badaniu histopatologicznym, wówczas wyznaczyć jej kolejny termin przyjęcia i zainkasować kolejne 3000 zł za radykalne odjęcie piersi? Od naszego własnego sumienia zależy, w jaki sposób czynniki materialno-organizacyjne będą wpływać na decyzje kliniczne. Polityk, minister zdrowia czy konsultant muszą mieć inną perspektywę spojrzenia na te sprawy, ale klinicysta nie powinien zasłaniać się ich stanowiskiem i nie ulegać pozamedycznym wpływom. Jest to czasem bardzo trudne.

Budowanie autorytetu lekarza to proces wielopłaszczyznowy. Jednym z jego elementów jest bycie przez lekarza wzorem tzw. prozdrowotnych postaw społecznych, o czym mówi art. 71 KEL. Palenie papierosów przez chirurga onkologa jest dla jego środowiska i pacjentów jednoznacznym dowodem na jego całkowity brak wiary w wiedzę i postęp w onkologii. Może on w przyszłości liczyć więc tylko na bardzo nisko świadomych i palących pacjentów, a tych na całe szczęście ubywa. Publiczne i prywatne poddawanie w wątpliwość innych prozdrowotnych zachowań dietetycznych i fizycznych przez niektórych naszych kolegów jest także dowodem na ich brak kompetencji w tej dziedzinie.

Bardzo ważnym i wielowymiarowym problemem etycznym, który nabiera szczególnego znaczenia w ostatnim czasie jest sprawa przekazywania informacji medycznej w massmediach. Czy jest etycznym wykorzystywanie

prywatnych układów z dziennikarzami w celu zrealizowania reportażu na temat rewelacyjnej, całkowicie nowej procedury chirurgicznej, która po raz pierwszy jest wykonana w danym ośrodku? Czy tego typu „kryptoreklama” służy czemuś innemu, niż pseudopoprawie społecznego obrazu tego ośrodka w rejonie, czy Polsce. Czy w podobny sposób i w podobnym celu tworzy się różnego typu pseudorankingi, które powstają bez żadnych obiektywnych kryteriów.

Inna grupa problemów etycznych jest związana ze sprawami kształcenia i rozwijania nauki.

„Nie można nauczyć się grać na fortepianie jedynie chodząc na koncerty chopinowskie”. Czyli z drugiej strony, patrząc, jak ma się „krzywa nauczania” (*learning curve*), a dobro chorego. Czy chory może zaufać chirurgowi, który daną operację ma wykonać po raz pierwszy w swoim życiu właśnie na nim? Ciekaw jestem, kto z nas tego typu informację podał „naszym” pierwszym chorym operowanym z powodu przepukliny, raka piersi czy raka trzustki? Takie przykłady rzadziej wykonywanych operacji są szczególnie trudne, gdyż w innych sytuacjach można użyć magicznego wytłumaczenia, że operuje zespół. Ale co robić w sytuacji, gdy cały zespół nigdy jeszcze takiej operacji nie robił? Czy mamy etyczne prawo tego choremu nie powiedzieć?

Olbrzymi postęp naukowy w onkologii, który dokonuje się na naszych oczach, przynosi także nowe wyzwania etyczne z tym związane. Większość z nich dotyczy informacji z zakresu genetyki lub profilaktyki, ale niektóre z nich są związane już dziś z chirurgią onkologiczną. Coraz częściej przychodzi nam odpowiadać na pytania pacjentów z jednej strony o testy genetyczne, a z drugiej o profilaktyczne leczenie (np. mastektomię).

Wiele z tych pytań ma także wymiar etyczny. Mimo, że chory ma naturalną, choć trudno wytłumaczalną racjonalnie tendencję do myślenia życzeniowego, nie powinniśmy jej nadużywać. W nową eksperymentalną metodę leczenia człowiek zagrożony uwierzy w zależności od sposobu, w jaki mu ją zaprezentujemy. W prowadzonych kontrolowanych badaniach klinicznych przedstawiona choremu nasza opinia nie powinna mieć cech tendencyjnych, winna być propozycją zespołową, a działania tzw. Komisji Etycznych nie powinny mieć charakteru wyłącznie aprobaty założeń teoretycznych.

Globalizacja nauk medycznych, także w chirurgii onkologicznej jest faktem. Coraz trudniej mniejszym ośrodkom znaleźć się na tym rynku. Szkoda, niestety, że wiele z nich nie wykonuje żadnej pracy poznawczej, nawet na miarę własnych możliwości. Taką formą są przecież lokalne spotkania naukowe, z wymianą doświadczeń na temat własnych wyników leczenia chorych. Niestety, wiedza na temat własnych wyników jest bardzo szczątkowa w naszym kraju, chociaż w części uwarunkowane jest to obiektywnymi czynnikami ekonomicznymi i przepracowaniem lekarzy. Czy nie jest jednak nieetycznym fakt nieznania śmiertelności okołoperacyjnej na własnym oddziale, częstości powikłań bliskich, odsetka nawrotów po resekcji nowotworu, wyników przeżyć odległych. Jak wówczas potrafimy powiedzieć choremu, że trafił w dobre rę-

ce, do dobrego ośrodka? Na podstawie jakich danych uważamy się za dobrych? Kazuistycznych obserwacji, intuicji, czy tylko myślenia życzeniowego? A może tylko chęci materialnych?

Na koniec kilka mniej ważnych punktów, w których także ciągle daleko nam do doskonałości, a które warto przypomnieć, choć może bez komentarza.

Lekarz w miarę swoich możliwości winien brać czynny udział w pracach towarzystw lekarskich, oraz „Należy ściśle przestrzegać praw autorskich w publikacjach naukowych. Dopisywanie swojego nazwiska do prac zespołu, w którym się nie uczestniczyło, lub pomijanie osób, które brały w nim udział, jest naruszeniem zasad etyki” mówi art. 56 i 49 KEL.

Społeczeństwo oczekuje od chirurga onkologa samych cnót. Oczekuje nie tylko chirurgicznej i onkologicznej kompetencji zawodowej oraz doskonałych umiejętności manualnych, ale również odpowiedzialności, zaangażowania, wrażliwości i wzorowej postawy społecznej.

Wszyscy mamy sobie coś do zarzucenia. Dlatego lepiej będzie, żebyśmy samooceny dokonali wcześniej, niż zrobią to za nas pacjenci. Choć każdy z nas ma sumienie, nie zawsze wskazuje ono wszystkim co jest białe, co czarne, a co szare. Niestety nie ma elementów etycznych w szkoleniu chirurgicznym, a kryzys autorytetów moralnych w naszym środowisku jest wprost proporcjonalny do postępów medycznych.

A dobrego chirurga-onkologa trzy czynniki tworzą: wiedza, ręce i etyka.

Doc. dr hab. med. Krzysztof Herman

Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej
ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków
e-mail: hermank@polbox.com

Piśmiennictwo

1. *Kodeks etyki lekarskiej*. Warszawa: Naczelna Izba Lekarska; 1994.
2. E. Rużyłło. *Etyka i medycyna*. Łomża: Oficyna Wydawnicza „Stopka”; 1999.
3. S. Olejnik. *Etyka lekarska*. Katowice: Wydawnictwo Unia; 1995.