

Sesja 10. Neurolog w obliczu zagadnień etycznych i prawnych

Przewodniczą: prof. Urszula Fiszer, prof. Grzegorz Opala

Prawne i etyczne problemy neurologii

Jerzy Pobochoa 66

Terapia w stanach terminalnych – uwagi etyczne

Jerzy Umiastowski 66

Często spotykane dylematy etyczno-prawne w praktyce neurologa

Urszula Fiszer 67

Prawne i etyczne problemy neurologii

Jerzy Pobocho

Polskie Towarzystwo Psychiatrii Sądowej

W piśmiennictwie światowym termin „neurologia sądowa” jest rzadko używany. W bazie danych *MedLine*, zawierającej 19 milionów prac, pod hasłem „neurologia sądowa” znajduje się 130 rekordów, podczas gdy pod hasłem „psychiatria sądowa” zarejestrowano 30 452 prace. Omówiono przykłady błędów medycznego w neurologii i neurochirurgii, znaczenie algorytmów postępowania diagnostycznego i leczniczego np. w urazie głowy, bólu głowy itd. i skutków prawnych przy ich niestosowaniu, w przypadku lekarza neurologa pociągniętego do odpowiedzialności karnej lub zawodowej. Przeanalizowano niektóre dylematy i konflikty etyczne, jakie występują przy wykonywaniu zawodu neurologa w Polsce (konflikt interesów finansowych NFZ i lekarza planującego pełniejszą diagnostykę — np. z zastosowaniem badań obrazowych). Omówiono również konflikt zasady: „dobro pacjenta najwyższym prawem”, ze sformułowaniami art. 52 kodeksu etyki lekarskiej (KEL), przedkładającym „dobro lekarza”, nad „dobro pacjenta”, co wynika z wyroku Trybunału Konstytucyjnego oraz sformułowania Kodeksu Etyki Światowego Towarzystwa Lekarskiego w tej kwestii. Przedstawiono „prawo pacjenta do kłamstwa”, w celu uzyskiwania nienależnych świadczeń (zwolnień od pracy, renty, odszkodowania), w kontekście odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej lekarza neurologa. W referacie przedstawiono także problemy kompetencyjne biegłego neurologa i psychiatry w związku ze zmianą w 2007 roku kodeksu postępowania cywilnego (kpc). W art. 553 §1 kpc w sprawach o ubezwłasnowolnienie dopuszczono możliwość wydawania opinii przez neurologa, a w art. 547 §1 kpc możliwość uczestnictwa w „wysłuchaniu” osoby, która ma być ubezwłasnowolniona. To rozstrzygnięcie kodeksowe wymaga oceny kompetencji neurologa i psychiatry w tym zakresie, ze wskazaniem na celowość wydawania wspólnych opinii przez tych specjalistów, często również z udziałem psychologa [1]. W referacie omówiono znaczenie biegłych dla prawidłowego funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości w Polsce. Przedstawiono definicje kompetencji w prawie i naukach sądowych, takie jak: „zdolność rozumienia istotnych informacji, racjonalnego ich wykorzystania, oceny stopnia ryzyka zysków i strat, oceny sytuacji i ich skutków oraz zdolność do podejmowania prawidłowych decyzji poprzez wybór alternatywnych działań” (Campbell, 2004, 138). Zasada opiniowania lekarskiego w granicach swoich kompetencji wynika zarówno z przepisów prawa, jak i z art. 10 KEL. Podano kryteria i wzór kwestionariusza oceny kompetencji biegłego z uwzględnieniem wielu danych (m.in. dotyczących: wykształcenia, specjalizacji, staży specjalistycznych, publikacji, opinii, wyników testów kompetencji opiniowania, znajomości metodologii badań i opiniowania w neurologii sądowej, liczby wydanych opinii, czy jakości opinii). Przedstawiono także kryteria oceny kompetencji w zakresie neurologii sądowej. Podkreślono znaczenie badań neuropsychologicznych, jak i specjalnych testów do wykry-

wania agrowacji i symulacji w orzecznictwie neurologicznym i psychiatrycznym. Potrzeby metodologiczne neurologii sądowej, podobnie jak i psychiatrii sądowej, wymagają dalszych badań empiryczno-klinicznych dla precyzyjnego ustalenia faktycznych kompetencji pacjentów z różnymi chorobami neuropsychiatrycznymi. Działania te mają na celu podniesienie poziomu opinii z intuicyjnoszacunkowego na oparty na przesłankach doświadczalno-klinicznych. Przykładem takich badań w neurologii są prace prof. Daniela C. Marsona. Opiniodawstwo w sprawach ważności testamentu wymaga oceny granic kompetencji psychiatry i neurologa, ale wskazuje też na celowość wydawania kompleksowych opinii w tych sprawach. Omówiono kryteria kompetencyjne stosowane w innych krajach oraz w naukach sądowych w Polsce. Wprowadzenie zaleceń dla biegłych neurologów, wzorowanych na wskazówkach dla ekspertów *American Academy of Neurology*, certyfikatu z neurologii sądowej, zasady dołączenia CV biegłego do opinii, kontrola jakości opinii przez korporację zawodową i wymiar sprawiedliwości spowodują, zgodnie z tendencjami światowymi, stopniową poprawę kompetencji biegłych neurologów i psychiatrów w Polsce. Poinformowano o prowadzonych przygotowaniach do I Kongresu Nauk Sądowych, który odbędzie się w listopadzie 2010 roku w Warszawie. Podczas Kongresu zostaną omówione między innymi problemy statusu biegłego sądowego w Polsce i na świecie, ustawy o biegłych, zagadnienia dotyczące podatku VAT dla biegłych, przymusu pracy biegłego w aspekcie konstytucyjnej wolności człowieka, a także wynagrodzeń dla biegłych. Szacuje się, że w Polsce ponad 20 tysięcy osób jest powoływanych jako biegli sądowi. Autor referatu jest Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego tego Kongresu.

Piśmiennictwo

1. Hajdukiewicz D. Zmienione unormowania powoływania biegłych lekarzy w postępowaniu o ubezwłasnowolnienie. *Psychiatria Pol.* 2009; 5: 611–617.
2. American Academy of Neurology. Qualifications and guidelines for the physician expert fitness. *Neurology* 2006; 66, 1: 13–14.
3. Fiszer U. Dylematy etyczne w praktyce neurologa. www.neuroedu.pl: 153–157.
4. Pobocho J. Jaki kodeks etyczny biegłego psychiatry? *Postępy Psych. Neurol.* 1997; 6 (supl. 1): 143–148.
5. Pobocho J. Metodyka opiniowania w sprawach testamentowych. *Postępy Psych. Neurol.* 2000; 9 (supl. 1): 51–59.
6. Pobocho J. Prawne aspekty otępienia. W: *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*. Leszek J. (red.). Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2003; 513–528.
7. Zemann A., Emanuel L. *Ethical dilemmas in neurology*. Bailliere Tindall, 1999.

Terapia w stanach terminalnych — uwagi etyczne

Jerzy Umiastowski

Były wieloletni przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej
Przedstawiciel Polski w Komitecie Sterującym ds. Bioetyki (CDBI) Rady Europy

Każdy człowiek jest niepowtarzalny — niepowtarzalny genetycznie, ale także niepowtarzalny w świadomości swego istnienia; każdy z nas jest niepowtarzalną osobą. Życie każdego człowieka kończy się śmiercią. Życie każdego z nas, trwające w czasie, ma swój biologiczny początek i koniec. Sądzę, że umierania człowieka nie można

wprost utożsamiać z chorobą — choroba może być przyczyną umierania. Umieranie, kiedy staje się nieodwracalnym procesem biologicznym, jest w gruncie rzeczy naturalnym elementem naszego istnienia. Stwierdzenie zgonu człowieka należy do lekarza. Stwierdzenie śmierci mózgowej pozwala lekarzowi uznać człowieka za zmarłego. Koncepcja śmierci mózgowej jest akceptowana przez ogromną większość lekarzy. Istnieją jednak lekarze (choć jest ich bardzo niewiele), którzy odrzucają pojęcie śmierci mózgowej i twierdzą, że człowiek żyje, kiedy żyją jego komórki, tkanki i narządy. Według mojej oceny odrzucenie koncepcji śmierci mózgowej prowadzi do absurdu, ponieważ wtedy nie możemy uznać za zmarłego człowieka, który oddał krew w stacji krwiodawstwa, a następnego dnia zginął w wypadku samochodowym. Musielibyśmy twierdzić, że człowiek ten żyje nadal, bo żyją jego krwinki. Życie komórek, tkanek i narządów niekoordynowane przez centralny układ nerwowy nie jest życiem człowieka. Życie człowieka to więcej niż życie fragmentów jego ciała. Koncepcja śmierci mózgowej pozwala pobierać ze zwłok komórki, tkanki i narządy do transplantacji. Pobranie materiału do przeszczepu wymaga zgody dawcy. Zgoda ta oczywiście musi być wydana *a priori* przez dawcę. Istnieją dwie akceptowalne etycznie formy zgody: zgoda świadoma i zgoda domniemana. Zgoda świadoma to wyrażenie na piśmie za życia zgody dawcy, zgoda domniemana to brak wyrażenia za życia sprzeciwu. Oczywiście lepszą formą zgody jest zgoda świadoma, ale zgoda domniemana jest także akceptowalna etycznie. W Polsce obowiązuje zgoda domniemana (patrz polski kodeks etyki lekarskiej i stosowne przepisy prawne). Zgodę wydaje sam zmarły, a nie jego rodzina. W przypadku kiedy zmarły kwalifikuje się medycznie do pobrania materiału do przeszczepu oraz nie wyraził sprzeciwu, należy po śmierci mózgowej podtrzymywać życie jego narządów. Powinniśmy więc w takiej sytuacji zastosować respirator i podtrzymywać czynność mięśnia sercowego. Jednak kiedy nastąpiła śmierć mózgowa, a zmarły nie jest dawcą materiału do przeszczepu, dalsze podtrzymywanie biologicznego życia komórek, tkanek i narządów jest nieuzasadnione i powinno być przerwane. Na marginesie nadmieniam, że problem ten był przedmiotem medialnego i politycznego sporu w Polsce — sporu, który spowodował ograniczenie terapii transplantacyjnej. W schyłkowym okresie życia człowieka przychodzi moment, kiedy umieranie staje się procesem biologicznie nieodwracalnym. W takiej sytuacji nie jesteśmy już w stanie odwrócić umierania. Wówczas niektóre formy terapii stają się terapią uporczywą, a więc nieuzasadnioną. Nie zakłócajmy procesu nieodwracalnego umierania przez uporczywą terapię. Uszanujmy ten niepowtarzalny okres życia człowieka — jego umieranie, stosujmy wtedy terapię proporcjonalną. Polski kodeks etyki lekarskiej stanowi: „Art. 30. Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”. Jeżeli zatem stosowana w stanie terminalnym terapia uporczywa zakłóca jakość kończącego się życia, to należy jej zaniechać. Powyższe twierdzenie nie ma nic wspólnego

z eutanazją. Eutanazja jest podjęciem działania lub zaniechaniem działania w celu pozbawienia chorego życia. Motywacją zwolenników eutanazji jest „likwidacja” cierpienia. Eutanazja jest więc zabijaniem człowieka, a nie akceptacją nieodwracalnego umierania. Obecnie lekarz jest w stanie w znacznym stopniu ograniczyć dolegliwości bólowe. Art. 31 polskiego kodeksu etyki lekarskiej stanowi: „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa”. Zwolennicy eutanazji przyjmują różne formy tej procedury, tak aby skomplikować problem i proponować akceptację niektórych form tego działania. Spór trwa i może prowadzić do działań niebezpiecznych dla osoby ludzkiej. Natomiast rezygnacja z uporczywej terapii i reanimacji w uzasadnionych przypadkach, w odróżnieniu od eutanazji, jest działaniem niebudzącym zastrzeżeń etycznych. Cytuję art. 32 polskiego „Kodeksu etyki lekarskiej”: „1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”. Tak więc rezygnacja z reanimacji jest ewidentnie uzasadniona w przypadku terminalnego okresu rozsianej choroby nowotworowej, u nieprzytomnego chorego w stanie krańcowego wyniszczenia. Natomiast rezygnacja z reanimacji jest nieuzasadniona np. u uprzednio zdrowego młodego człowieka, u którego w wyniku urazu mechanicznego doszło do zatrzymania czynności serca i oddechu. Istnieją niestety próby precyzyjnego określenia prawnego przypadków i stanów klinicznych, kiedy lekarz może zrezygnować z reanimacji. Uważam, że uszczegółowienie prawne problemu jest *de facto* niewykonalne i może przynieść więcej szkody niż pożytku. Powinna obowiązywać prosta zasada etyczna: w przypadkach, w których nie jesteśmy pewni, czy możemy zrezygnować z reanimacji, powinniśmy ją stosować.

W konkluzji powyższych uwag o stanach terminalnych przedstawiam moją osobistą opinię o zawodzie lekarza: pojęcie „**wolnego zawodu lekarza**” musi powrócić. Działalność lekarza opiera się na multidyscyplinarnej wiedzy, ale jest także **sztuką lekarską**. Nakazem czasu jest powrót do **medycyny personalistycznej**.

Często spotykane dylematy etyczno-prawne w praktyce neurologa

Urszula Fiszer

Klinika Neurologii i Epileptologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Neurologia jest szczególną dziedziną medycyny, obejmuje opieką chorych z zagrożeniami życia (udary mózgu, stany padaczkowe) oraz z przewlekłymi schorzeniami o niekorzystnym rokowaniu. Szybki postęp naukowy niesie ze sobą niewątpliwe korzyści naukowo-techniczne oraz ekonomiczne i społeczne, ale należy dążyć do zachowania humanistycznego kierunku rozwoju biotechnologii i medycyny. Analiza tych zagadnień jest obecnie szczególnie ważna, gdyż w Polsce zachodzą głębokie przemiany

ekonomiczno-społeczne, także w zakresie ochrony zdrowia oraz istnieje presja wolnego rynku na funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Znajomość zasad etyki może pomóc w podejmowaniu decyzji w różnych trudnych sytuacjach w pracy lekarza klinicysty [1–4].

Dokumenty źródłowe etyki lekarskiej obejmują wiele pozycji [2]. Uważa się, że podstawowym źródłem jest przysięga Hipokratesa (ok. 460–370 r. przed Chrystusem). W 1991 roku powstał „Kodeks etyki lekarskiej”, znowelizowany w 1993 roku, a zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 roku przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy zostały opublikowane 2 stycznia 2004 roku [3]. W „Kodeksie etyki lekarskiej” zaznaczono wzmocnienie podmiotowości chorego, zakaz pomocy w samobójstwie, całkowity zakaz klonowania człowieka, nakaz daleko idącej ostrożności w relacjach z przemysłem farmaceutycznym i sprzętu medycznego w celu zachowania obiektywizmu i godności zawodowej, zakaz praktykowania fałszywej solidarności wśród lekarzy i lekarzy stomatologów, zwłaszcza przy podejrzeniu popełnienia przez kolegę błędu lekarskiego. Ustawa o zawodzie lekarza mówi, że: lekarz ma wykonywać swoje czynności zawodowe „zgodnie z zasadami etyki zawodowej”. Obecnie etyka lekarska ma charakter normatywny, odnoszący się do strefy działalności zawodowej lekarza, norma deontologiczna silniej niż norma etyczna podkreśla obowiązek określonego zachowania się. Uchwalone przez Krajowe Zjazdy Lekarzy zasady etyki i deontologii zawodowej obowiązują wszystkich lekarzy (tj. obowiązek etyczny i ustawowy) [3–5].

Neurologicy często napotykają problemy etyczno-prawne w swej praktyce. Obejmują one zagadnienia wymienione poniżej.

Zasady postępowania lekarza

Nie budzi wątpliwości zasada, że „Najwyższym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego — zasada *salus aegroti suprema lex esto*. Pojawiające się mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady” (art. 2). „Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, profil genetyczny, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania” (art. 3), a „Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną” (art. 4).

Relacje lekarz–pacjent

Najczęstszą kwestią w praktyce ambulatoryjnej jest kwestia równowagi pomiędzy wolnym wyborem dokonywanym przez pacjenta i paternalistycznym kierowaniem go przez lekarza, w celu podjęcia „właściwej” decyzji. Sprawa jest delikatna, idealne usytuowanie punktu równowagi jest różne u pacjentów; niektórzy chcą zachować swobodę co do wyboru własnej terapii; inni żądają porady lekarza i stosują ją. Mądry lekarz wyczuwa oczekiwania każdego pacjenta i dostosowuje odpowiednio swoje podejście, lecz jak ma postąpić mądry lekarz, gdy pacjent podejmuje błędną decyzję? Sugerowany jest model relacji lekarz–pacjent, określanej jako „dobroczynność w zaufa-

niu”, a nie całkowita autonomia pacjenta i lekarza [2]. Do zasad etyki lekarskiej wprowadzona została klauzula sumienia — lekarz może powstrzymać się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem.

Wybór metod leczenia

Kwestie etyczne dotyczą decyzji lekarza o przeprowadzeniu badań, w tym samym czasie co próba postawienia trudnej diagnozy. Niektórzy lekarze stawiają diagnozę, opierając się w dużym stopniu na swoim doświadczeniu, i sądzą, że wykonywanie wielu badań, aby wykluczyć rzadkie schorzenia, jest niepotrzebne i oznacza marnotrawstwo środków. Inni lekarze uważają, że ich zawodowym obowiązkiem jest potwierdzenie diagnozy ponad wszelką wątpliwość, a przekonanie to jest świadomie lub poświadczenie umocniane przez czynniki finansowe oraz przez praktykę tzw. medycyny obronnej, zapobiegającej pozwom sądowym. Kwestią etyki jest zakres obowiązku lekarza do prawidłowego wykorzystania ograniczonych środków społecznych. Nie budzi żadnych wątpliwości, że „Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy” (art. 6). Dużym problemem jest zabezpieczenie odpowiedniej jakości opieki medycznej, a zasadą jest: „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas” (art. 8).

Odmowa leczenia

„Kodeks etyki lekarskiej” sugeruje, że: „W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia, lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej” (art. 7).

Zgoda pacjenta na leczenie

Niewątpliwie „Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem. Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób” (art. 15). „W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić dla dobra chorego niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego” (art. 16).

Informowanie chorego

Informowanie chorego w ciężkich przewlekłych schorzeniach neurologicznych o złym rokowaniu jest bardzo trudną sprawą. „W razie niepomyślnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować chorego o niej z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, że jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub

inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji” (art. 17).

Ciągłość opieki i ustalanie kolejności pacjentów

Optymalną sytuacją jest możliwość zapewnienia ciągłości opieki. „Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy” (art. 20). Ustawicznym problemem placówek opieki zdrowia jest brak możliwości zapewnienia wszystkim zgłaszającym się chorym właściwej opieki medycznej. „W przypadkach wymagających szczególnych form diagnostyki, terapii lub działań zapobiegawczych, które nie mogą być zastosowane równocześnie u wszystkich potrzebujących, lekarz ustalający kolejność pacjentów powinien opierać się na kryteriach medycznych” (art. 22).

Stany terminalne i uporczywa terapia

Uprzednie planowanie opieki w okresie schyłku życia jest szczególnie istotne w przypadku pacjentów z chorobami neurologicznymi o złym rokowaniu. Klinicysta musi znać i respektować wybór każdego pacjenta, co do zastosowania odżywiania przez sondę (gastrostomia), wentylacji i innych sposobów terapii podtrzymujących funkcje życiowe. Wcześniejsze planowanie opieki obejmuje zachęcenia do wydania (we wczesnej fazie choroby) zaleceń co do zastosowania określonych środków. Kwestie etyczne w opiece paliatywnej umierających pacjentów obejmują sprawy właściwego stosowania środków paliatywnych.

Czy stosować przeciągającą się intensywną terapię u pacjentów nieuleczalnie, śmiertelnie chorych i umierających? „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia” (art. 30). „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa” (art. 31). Jednakże należy pamiętać, że: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych (...). Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych” (art. 32). „Kodeks etyki lekarskiej” stanowi także, że: „Lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu” (art. 33). „Lekarz, po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione” (art. 34).

Ekspertyzy medyczne i udział pacjenta w zajęciach dydaktycznych

„Ekspertyzy medyczne z udziałem człowieka mogą być przeprowadzane przez lekarza, o ile służą poprawie zdrowia pacjenta biorącego udział w doświadczeniu lub wnoszą istotne dane poszerzające zakres wiedzy i umiejętności lekarskich. Lekarz przeprowadzający eksperyment leczniczy powinien być przeświadczony, że spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w istotny sposób nad

nieuniknionym ryzykiem” (art. 42). „Lekarz przeprowadzając eksperyment leczniczy nie może narażać pacjenta na ryzyko w istotnym stopniu większe niż to, które grozi osobie nie poddanej temu eksperymentowi (...). Lekarz przeprowadzając eksperyment badawczy z udziałem człowieka może podejmować wyłącznie ryzyko minimalne” (art. 42a). Na zajęciach z udziałem chorych lub przy przedstawianiu materiałów audiowizualnych należy pamiętać, że: „Wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udział w demonstracjach naukowych lub dydaktycznych (...). Należy starać się o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej” (art. 51).

Relacje lekarza z przemysłem

„Lekarz nie powinien przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu medycznego, jeżeli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub podważyć zaufanie do zawodu lekarza (...). Lekarz może przyjąć zapłatę od producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) za wykonaną pracę, prowadzenie szkoleń i badań, które pogłębiają wiedzę medyczną lub zawodową, jeżeli ta zapłata jest współmierna do wkładu pracy lekarza” (art. 51a). „Lekarz powinien ujawniać słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji wszelkie związki z firmami lub subwencje z ich strony oraz inne korzyści mogące być przyczyną konfliktu interesów” (art. 51c).

Badania genetyczne

Obecnie zwiększają się możliwości prowadzenia badań diagnostycznych z zastosowaniem testów genetycznych (choroby nerwowo-mięśniowe, zaburzenia ruchowe), podlegają one jednak ścisłym regułom etycznym [6]. „Lekarzowi nie wolno dyskryminować osób ze względu na dziedzictwo genetyczne (...). Lekarz uczestniczący w badaniach, których celem jest identyfikacja nosicielstwa genu choroby lub genetycznej podatności na zachorowania, może je przeprowadzać jedynie dla celów zdrowotnych lub badań naukowych z nimi związanych, po uzyskaniu zgody pacjenta oraz umożliwieniu mu konsultacji genetycznej” (art. 51h).

Relacje między lekarzami

„Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób (...). Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej” (art. 52). Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 23 kwietnia 2008 roku jednoznacznie określiło, że termin „dyskredytowanie”, nie jest tożsamy z terminem „krytyka”.

Obowiązek szkolenia

Pozytywnym faktem jest umieszczenie w „Kodeksie etyki lekarskiej” fragmentu związanego ze szkoleniem. „Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie

i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom” (art. 56). Nakłada to obowiązek na lekarza, ale także na jego przełożonych, aby zapewnić możliwości stałego szkolenia.

Decyzje ekonomiczne

„Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty. Lekarz nie powinien dokonywać wyboru i rekomendacji ośrodka leczniczego oraz metody diagnostyki i terapii ze względu na własne korzyści” (art. 57). „Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiegokolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej” (art. 61). „Lekarz ma prawo umawiać się o wysokość honorarium przed rozpoczęciem leczenia (...). Wyjątkiem od tej zasady jest pomoc w nagłych wypadkach. W razie braku stosownych cenników lekarz powinien brać pod uwagę wartość oddanej usługi, poniesione koszty własne, swoje kwalifikacje, a także w miarę możliwości, sytuację materialną pacjenta” (art. 66). Jeżeli z zatrudnienia lekarza wynika, że winien on spełniać swe obowiązki wobec powierzonych jego opiece chorych bez świadczeń finansowych z ich strony, to nie może żądać od tych chorych wynagrodzenia w jakiegokolwiek formie, ani też uzależniać leczenia od uzyskania materialnych korzyści” (art. 68).

Strajki lekarskie

„Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy” (art. 69). „Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nieudzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia” (art. 73).

W procesie terapeutycznym bardzo istotne z punktu etycznego jest uwzględnianie potrzeb i poglądów chorych, co powinno być także uwzględnione w standardach postępowania medycznego [7, 8]. Rozwiązanie problemów etyki medycznej wymaga podejścia systemowego, łączącego analizę moralną i dokładne ustalenie odpowiednich faktów klinicznych. Dyskusje dotyczące powyżej przedstawionych zagadnień także powinny być prowadzone w ramach szkolenia podyplomowego.

Piśmiennictwo

1. Bernat J.L. Ethical issues in neurology. Lippincott Williams & Wilkins, London 2008.
2. Biesaga T. Elementy etyki lekarskiej. Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
3. Kodeks etyki lekarskiej. Naczelna Rada Lekarska, Warszawa 2004.
4. Fiszer U. Dylematy etyczne w praktyce neurologa. Pol. Przegl. Neurol. 2008; 4 (3): 51–55.
5. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Dom Organizatora, Toruń 2004.
6. Paulson H.L. Diagnostic testing in neurogenetics. Principles, limitations and ethical considerations. Neurol. Clin. 2002; 20 (3): 627–643.
7. Cohen P.D., Herman L., Jedlinski S. i wsp. Ethical issues in clinical neuroscience research: a patient's perspective. Neurotherapeutics 2007; 4 (3): 537–544.
8. Snyder R.D. Teaching ethics to trainees. Semin. Pediatr. Neurol. 2002; 9 (1): 62–66.