

**ŚWIATOWE STOWARZYSZENIE LEKARSKIE
(WORLD MEDICAL ASSOCIATION)**

PODREČZNIK

ETYKI

LEKARSKIEJ

© Copyright by World Medical Association, Inc 2005.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej publikacji nie może być reprodukowana, przechowywana w systemie archiwizacji i wyszukiwania danych lub przekazywana w jakiegokolwiek formie bądź za pomocą jakichkolwiek urządzeń elektronicznych, kopiujących, nagrywających lub innych, bez uprzedniej, pisemnej zgody Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego – World Medical Association, Inc.

Niniejsza wersja jest przekładem z języka angielskiego.

Światowe Stowarzyszenie Lekarskie nie ponosi odpowiedzialności za żadne błędy wynikające z tłumaczenia.

Podręcznik jest publikacją Działu Etyki Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA). Został napisany przez Johna R. Willamsa, dyrektora Działu Etyki WMA. Treść niekoniecznie odzwierciedla stanowisko WMA, chyba że jest to wyraźnie i jednoznacznie wskazane.

Przekład na język polski został dokonany na zlecenie Naczelnej Izby Lekarskiej.

Przełożył Marek Szewczyński.

SPIS TREŚCI

Podziękowania

Przedmowa

Wprowadzenie

- Co to jest etyka lekarska?
- Po co studiować etykę lekarską?
- Etyka lekarska, profesjonalizm lekarski, prawa człowieka i prawo
- Konkluzja

Rozdział I - Podstawowe cechy etyki lekarskiej

- Cele
- Co szczególnego jest w medycynie?
- Co szczególnego jest w etyce lekarskiej?
- Kto decyduje, co jest etyczne?
- Czy etyka lekarska zmienia się?
- Czy etyka lekarska jest różna w poszczególnych państwach?
- Rola WMA
- Jak WMA decyduje, co jest etyczne?
- Jak jednostki decydują, co jest etyczne?
- Konkluzja

Rozdział II – Lekarze a pacjenci

- Cele
- Analiza wybranego przypadku
- Co szczególnego jest w relacji lekarz – pacjent?
- Szacunek i równe traktowanie
- Komunikowanie się i zgoda pacjenta
- Decydowanie za pacjentów niezdolnych do podjęcia świadomej decyzji
- Tajemnica lekarska
- Kwestie związane z początkiem życia
- Kwestie związane z końcem życia
- Powrót do analizy wybranego przypadku

Rozdział III – Lekarze a społeczeństwo

- Cele
- Analiza wybranego przypadku
- Co szczególnego jest w relacji lekarz – społeczeństwo?
- Podwójna lojalność
- Alokacja środków
- Zdrowie publiczne
- Zdrowie globalne
- Powrót do analizy wybranego przypadku

Rozdział IV – Lekarze a inni lekarze

- Cele
- Analiza wybranego przypadku
- Wyzwania dla autorytetu lekarskiego
- Stosunki z kolegami lekarzami, nauczycielami oraz studentami
- Zgłaszanie niebezpiecznego lub nieetycznego postępowania
- Stosunki z przedstawicielami innych zawodów medycznych
- Współpraca
- Rozwiązywanie konfliktów
- Powrót do analizy wybranego przypadku

Rozdział V – Badania naukowe w medycynie

- Cele
- Analiza wybranego przypadku
- Znaczenie badań naukowych w medycynie
- Badania naukowe w praktyce lekarskiej
- Wymogi etyczne
 - Zgoda Komisji Etycznej
 - Wartość naukowa
 - Wartość społeczna
 - Ryzyka i korzyści
 - Świadoma zgoda
 - Poufność
 - Konflikt ról

- Rzetelne przedstawianie rezultatów
- Ujawnianie nieprawidłowości
- Nerozwiazane kwestie
- Powrót do analizy wybranego przypadku

Rozdział VI – Konkluzja

Obowiazki i prawa lekarzy

Obowiazki wzgledem samego siebie

Przyszlosc etyki lekarskiej

Zalacznik A – Glosariusz

(obejmuje slowa wystepujace w tekście wyróżnione kursywą)

Zalacznik B – Materialy z zakresu etyki lekarskiej w Internecie

Zalacznik C – Swiatowe Stowarzyszenie Lekarskie (WMA):

Rezolucja w sprawie wlaczenia etyki lekarskiej i praw czlowieka do programów nauczania uczelni medycznych na swiecie, oraz

Swiatowa Federacja do spraw Kształcenia Medycznego:

Globalne standardy podniesienia jakosci – podstawowe kształcenie medyczne

Zalacznik D – Wzmocnienie nauczania etyki na uczelniach medycznych

Zalacznik E – Dodatkowe analizy wybranych przypadków

Podziękowania

Dział Etyki WMA jest głęboko wdzięczny następującym osobom za przedstawienie obszernych i przemyślanych uwag do wcześniejszych projektów niniejszego Podręcznika:

Prof. Solly Benatar, Uniwersytet w Kapsztadzie, RPA

Prof. Kenneth Boyd, Uniwersytet w Edynburgu, Szkocja

Dr Anntte J. Braunach-Mayer, Uniwersytet w Adelajdzie, Australia

Dr Robert Carlson, Uniwersytet w Edynburgu, Szkocja

Pan Sev Fluss, WMA i CIOMS, Genewa, Szwajcaria

Prof. Eugenijus Gefenas, Uniwersytet w Wilnie, Litwa

Dr Delon Human, WMA, Ferney-Voltaire, Szwajcaria

Dr Girish Bobby Kapur, Uniwersytet Jerzego Waszyngtona, Waszyngton, USA

Prof. Nuala Kenny, Uniwersytet Dalhousie, Halifax, Kanada

Prof. Cheryl Cox Macpherson, Uniwersytet św. Jerzego, Grenada

Pani Mareike Moeller, Wyższa Szkoła Medyczna w Hanowerze, Niemcy

Prof. Ferenc Oberfrank, Węgierska Akademia Nauk, Budapeszt, Węgry

Pan Atif Rahman, College Medyczny Khyber, Peszawar, Pakistan

Pan Mohammed Swailem, Wydział Medycyny, Banha, Egipt, oraz jego 10 studentów, którzy wskazali słownictwo, z którym nie są obeznane osoby, dla których angielski nie jest językiem ojczystym.

*Dział Etyki WMA jest częściowo wspierany
poprzez grant edukacyjny firmy Johnson & Johnson.*

Przedmowa

Dr Delon Human

Sekretarz Generalny

Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA)

Nie do pomyślenia jest, że pomimo iż twórcy etyki lekarskiej, tacy jak Hipokrates, publikowali swe dzieła ponad 2000 lat temu, zawód lekarski jak dotychczas nie miał podstawowego, powszechnie stosowanego programu do nauki etyki lekarskiej. Niniejszy, pierwszy Podręcznik Etyki WMA ma na celu wypełnienie tej luki. Jak wielkim zaszczytem jest go Państwu przedstawić!

Początki Podręcznika sięgają 51. Światowego Zjazdu Lekarzy w 1999 roku. Zgromadzeni wtedy lekarze, reprezentujący organizacje lekarskie z całego świata, zdecydowali, aby „stanowczo rekomendować Szkołom Medycznym na całym świecie włączenie do programu nauczania etyki lekarskiej i praw człowieka jako obowiązkowego przedmiotu”. Zgodnie z tą decyzją rozpoczęto proces przygotowania podstawowej pomocy do nauczania etyki lekarskiej dla lekarzy i studentów medycyny, która byłaby oparta o stanowiska WMA, ale sama nie byłaby formalnym dokumentem WMA. W związku z tym, niniejszy Podręcznik jest efektem procesu konsultacyjnego na szeroką, światową skalę, prowadzonego i koordynowanego przez Dział Etyki WMA.

Współczesna ochrona zdrowia stała się źródłem bardzo złożonych i wieloaspektowych dylematów etycznych. Nazbyt często lekarze są nieprzygotowani do rozwiązywania ich w kompetentny sposób. Niniejsza publikacja jest skonstruowana w taki sposób, aby wesprzeć lekarzy w zakresie etyki teoretycznie i praktycznie oraz stanowić narzędzia odnajdowania etycznych rozwiązań tego rodzaju dylematów. Nie jest wykazem tego, co dobre, a co złe, lecz próbą wyostrenia świadomości lekarza, która jest podstawą podejmowania wszelkich rozsądnych i etycznych decyzji. W tym celu, znajdziecie Państwo w książce szereg analiz konkretnych sytuacji, które mają sprzyjać indywidualnym refleksjom nad zagadnieniami etyki, jak też dyskusjom grupowym.

Jako lekarze, wiemy jakim przywilejem jest być zaangażowanym w stosunek między lekarzem a pacjentem, wyjątkowy stosunek umożliwiający wymianę wiedzy naukowej oraz opieki w ramach etyki i zaufania. Podręcznik zajmuje się zagadnieniami dotyczącymi różnych stosunków, w jakie lekarz jest zaangażowany, jednak rdzeniem rozważań jest zawsze stosunek między lekarzem a pacjentem. W niedawnych czasach, ten stosunek był poddawany naciskom ze względu na ograniczenia środków i inne czynniki. Niniejszy Podręcznik wskazuje konieczność wzmocnienia tego związku poprzez etyczne postępowanie.

Na koniec słowo na temat kluczowej pozycji, jaką we wszelkich dyskusjach o etyce lekarskiej zajmuje pacjent. Większość organizacji lekarskich potwierdza w swych podstawowych zasadach, że dobro poszczególnych pacjentów zawsze powinno być na względzie przy podejmowaniu decyzji w opiece zdrowotnej. Niniejszy Podręcznik Etyki WMA spełni swą rolę, jeżeli pomoże przygotować studentów i lekarzy do lepszego poruszania się wśród wielu wyzwań etycznych, przed którymi stoimy w trakcie codziennej praktyki, i odkrywania skutecznych dróg do tego, aby NA PIERWSZYM MIEJSCU STAWIAĆ PACJENTA.

Wprowadzenie

Co to jest etyka lekarska?

Proszę się zastanowić nad następującymi przypadkami, które mogłyby mieć miejsce prawie w każdym państwie:

1. Dr P., doświadczony, wykwalifikowany chirurg, jest tuż przed końcem nocnego dyżuru w średniej wielkości szpitalu. Młoda kobieta zostaje przyprowadzona przez matkę, która pozostawia ją, poinformowawszy pielęgniarkę na izbie przyjęć, że musi wracać, by zaopiekować się swymi pozostałymi dziećmi. Pacjentka ma krwawienie pochwowe i silne bóle. Dr P. bada ją i stwierdza, że przyczyną jest poronienie samoistne lub wywołane przez pacjentkę. Szybko wykonuje łyżeczkowanie i prosi pielęgniarkę, aby spytała pacjentkę, czy może pozostać w szpitalu do czasu, gdy można będzie ją bezpiecznie wypisać. Dr Q zastępuje dr. P., który wraca do domu, nie przeprowadzając rozmowy z pacjentką.
2. Dr S. coraz bardziej denerwują pacjenci przychodzący do niej przed lub po konsultacji w tej samej sprawie u innego lekarza. Uważa, że takie postępowanie jest marnotrawieniem zasobów w ochronie zdrowia oraz ma zły wpływ na zdrowie pacjentów. Podejmuje decyzję, aby poinformować swych pacjentów, że przestanie ich leczyć, jeśli w tej samej sprawie nadal będą zasięgać porad u innych lekarzy. Ma także zamiar zwrócić się do krajowej organizacji lekarskiej, aby interweniowała w kręgach rządowych w celu przeciwdziałania takiej formie złego dysponowania zasobami ochrony zdrowia.
3. Dr C., nowo mianowany anestezjolog w szpitalu miejskim, jest zaniepokojony zachowaniem na sali operacyjnej starszego chirurga. Stosuje on przestarzałe techniki, wydłużające zabieg i skutkujące bardziej dolegliwymi bólami pooperacyjnymi oraz dłuższym okresem powrotu do zdrowia. Ponadto, lekarz ten często, w grubiański sposób, żartuje z pacjentów, co ewidentnie przeszkadza asystującym pielęgniarkom. Będąc młodszym lekarzem, dr C. ociaga się przed osobistą krytyką chirurga lub zgłoszeniem jego zachowania

kierownictwu. Jednakże czuje, że musi podjąć jakieś działanie, aby poprawić sytuację.

4. Dr R., lekarz rodzinny w małej miejscowości na wsi, otrzymuje od ośrodka prowadzącego badania ofertę wzięcia udziału w badaniu klinicznym nowego niesterydowego leku przeciwzapalnego na chorobę zwyrodnieniową stawów. Będzie otrzymywał określoną kwotę pieniężną od każdego pacjenta, którego zaangażuje do udziału w badaniu. Przedstawiciel ośrodka zapewnił dr R., że badanie uzyskało wszelkie wymagane zezwolenia, w tym opinię komisji etycznej. Dr R. nigdy wcześniej nie uczestniczyła w badaniu klinicznym i jest zadowolona z tej możliwości, zwłaszcza wzięwszy pod uwagę dodatkowe pieniądze. Przyjmuje ofertę bez dalszych pytań o naukowe i etyczne aspekty badania.

Każdy z powyższych przypadków skłania do refleksji o charakterze etycznym, rodząc pytania dotyczące postępowania lekarza i podejmowania przez niego decyzji – nie są to kwestie natury naukowej lub technicznej, na przykład jak leczyć chorych na cukrzycę lub jak wykonać podwójny by-pass, ale zagadnienia odnoszące się do wartości, praw i obowiązków. Lekarze stają w obliczu tego rodzaju problemów równie często jak przed problemami naukowymi lub technicznymi.

W praktyce lekarskiej, bez względu na specjalizację lub okoliczności danej sprawy, na niektóre pytania dużo łatwiej udzielić odpowiedzi niż na inne. Nastawienie nieskomplikowanego złamania lub zszycie prostej rany nie jest specjalnym wyzwaniem dla lekarzy często wykonujących takie zabiegi. Z drugiej zaś strony, pojawiać się może niepewność lub niezgoda co do sposobu leczenia pewnych chorób, nawet tych powszechnie spotykanych, jak gruźlica czy nadciśnienie. Podobnie, problemy etyczne także są w różnym stopniu skomplikowane. W niektórych sprawach względnie łatwo jest podjąć decyzję, głównie dlatego że wykształcił się już *consensus* co do właściwego sposobu postępowania w danej sytuacji (przykładowo, lekarz powinien zawsze uzyskać zgodę pacjenta na udział w badaniach naukowych). Inne sprawy są znacznie trudniejsze, zwłaszcza sytuacje, co do których nie ma *consensusu* lub wszystkie alternatywy mają wady (np. racjonowanie znikomych zasobów w ochronie zdrowia).

Czym więc dokładnie jest etyka i w jaki sposób pomaga lekarzom radzić sobie w tego rodzaju sytuacjach? Mówiąc prosto, etyka to studium moralności – dokładne i systematyczne rozważenie i analiza decyzji moralnych i postępowania, czy to przeszłych, obecnych, czy przyszłych. Moralność jest tym wymiarem ludzkiego postępowania i decydowania, który opiera się na wartościach. Język moralności zawiera takie rzeczowniki jak „prawa”, „obowiązki” i „cnoty” oraz przymiotniki, takie jak „dobry” i „zły”, „słuszny” i „niesłuszny”, „sprawiedliwy” i „niesprawiedliwy”. Zgodnie z powyższymi definicjami, etyka jest głównie kwestią **teorii**, a moralność kwestią **praktyki**. Ich ścisły związek polega na tym, że zadaniem etyki jest dostarczenie ludziom racjonalnych podstaw do podejmowania decyzji lub zachowania się w taki, a nie inny, sposób.

Jako że etyka zajmuje się wszelkimi aspektami ludzkiego zachowania i podejmowania decyzji, jest to obszerna i złożona dziedzina nauki, posiadająca szereg gałęzi i działów. Niniejszy Podręcznik skupia się na etyce lekarskiej, będącej tą gałęzią etyki, która odnosi się do zagadnień moralnych w praktyce lekarskiej. Etyka lekarska ściśle wiąże się z *bioetyką (etyką biomedyczną)*, choć nie jest z nią identyczna. Podczas gdy głównym przedmiotem zainteresowaniem etyki lekarskiej są kwestie wynikające z praktykowania medycyny, bioetyka jest szerokim przedmiotem, odnoszącym się do kwestii moralnych wynikających z rozwoju nauk biologicznych w bardziej ogólnym ujęciu. Bioetyka różni się także od etyki lekarskiej w ten sposób, że nie wymaga zaakceptowania pewnych tradycyjnych wartości, które - jak zobaczymy w Rozdziale II - są fundamentem etyki lekarskiej.

Jako dyscyplina akademicka, etyka lekarska wykształciła własne, specjalistyczne słownictwo obejmujące wiele terminów zapożyczonych z filozofii. Niniejszy Podręcznik nie zakłada znajomości filozofii u Czytelników, w związku z czym, definicje kluczowych pojęć są przedstawione albo w miejscu, w którym dane pojęcie pojawia się w tekście, albo w glosariuszu na końcu Podręcznika.

Po co studiować etykę lekarską?

„Jeżeli tylko lekarz jest wykształcony i posiada odpowiednie umiejętności, etyka nie ma znaczenia.”

„Etyki człowiek uczy się w rodzinie, a nie w szkole medycznej.”

„Etykę lekarską poznaje się, obserwując zachowanie starszych lekarzy, a nie z książek lub na wykładach.”

„Etyka jest ważna, ale nasz program i tak już jest przeładowany i nie ma w nim miejsca na jej nauczanie.”

To niektóre z powszechnie przedstawianych powodów, dla których na uczelniach medycznych nie poświęca się etyce zbyt wielkiej uwagi w programie kształcenia. Każdy z nich jest częściowo, ale tylko częściowo, uzasadniony. Uczelnie medyczne na świecie w coraz większym stopniu zdają sobie sprawę, że należy zapewnić studentom odpowiedni czas i materiały do nauki etyki. Silne zachęty, aby podążać w tym kierunku, uczelnie uzyskały od takich organizacji, jak Światowe Stowarzyszenie Lekarskie (WMA) i Światowa Federacja do spraw Kształcenia Medycznego (p. Załącznik C).

Znaczenie etyki w kształceniu medycznym będzie widoczne w całym niniejszym Podręczniku. Reasumując, etyka jest i zawsze była istotnym składnikiem praktyki lekarskiej. Zasady etyczne, takie jak szacunek dla ludzi, świadoma zgoda oraz dochowywanie tajemnicy lekarskiej, stanowią podstawę stosunku między lekarzem a pacjentem. Stosowanie tych zasad w poszczególnych sytuacjach bywa jednak problemem, ponieważ lekarze, pacjenci, ich rodziny i przedstawiciele innych zawodów medycznych mogą się nie zgadzać w ocenie tego, co jest słuszne w danej sytuacji. Kurs etyki przygotowuje studentów medycyny do rozpoznawania trudnych sytuacji i postępowania w nich w rozsądny sposób, zgodny z zasadami. Etyka jest również istotna we wzajemnych stosunkach lekarzy ze społeczeństwem, kolegami oraz w prowadzeniu badań naukowych.

Etyka lekarska, profesjonalizm lekarski, prawa człowieka i prawo

Etyka była integralną częścią medycyny przynajmniej od czasów Hipokratesa, greckiego lekarza z V wieku p.n.e., którego uważa się za twórcę etyki lekarskiej. Od Hipokratesa pochodzi koncepcja medycyny jako profesji, w której lekarze składają publiczną przysięgę, że dobro swoich pacjentów stawiać będą ponad swoje własne (szersze wyjaśnienia w Rozdziale III). W niniejszym Podręczniku jasno zostanie przedstawiony ścisły związek pomiędzy etyką a profesjonalizmem.

W ostatnich czasach duży wpływ na etykę lekarską miał postęp w dziedzinie praw człowieka. W pluralistycznym i wielokulturowym świecie z różnymi tradycjami moralnymi najbardziej istotne umowy międzynarodowe dotyczące praw człowieka mogą stanowić dla etyki lekarskiej podstawę, która zostanie zaakceptowana ponad granicami narodowymi i kulturowymi. Poza tym, lekarze niejednokrotnie mają do czynienia z przypadkami wynikającymi z naruszania praw człowieka, takimi jak wymuszona migracja czy stosowanie tortur. Lekarze są też żywo zainteresowani dyskusją, czy ochrona zdrowia jest prawem człowieka, ponieważ odpowiedź na to pytanie w dużym stopniu determinuje we wszystkich krajach krąg osób mających dostęp do opieki medycznej. Niniejszy Podręcznik szczegółowo zajmie się kwestiami praw człowieka, jako że mają one wpływ na praktykę lekarską.

Etyka lekarska jest także ściśle związana z prawem. W większości państw istnieją przepisy prawne, określające w jaki sposób lekarze powinni się odnosić do kwestii etycznych dotyczących opieki nad pacjentem oraz badań naukowych. Ponadto, władze przyznające uprawnienie do wykonywania zawodu oraz sprawujące nad nim nadzór mogą karać, i czynią to, za naruszenia zasad etycznych. Etyka i prawo nie są jednak jednym i tym samym. Stosunkowo często etyka określa wyższe standardy postępowania niż wymaga tego prawo, czasem zaś etyka wymaga, aby lekarz nie stosował się do prawa nakazującego nieetyczne zachowanie. Co więcej, prawo znacznie się różni w poszczególnych krajach, podczas gdy etyka jest stosowana ponad granicami państwowymi. Z tego względu, Podręcznik niniejszy będzie się raczej skupiał na etyce niż na prawie.

Konkluzja

Medycyna jest zarówno nauką, jak i sztuką. Przedmiotem nauki jest to, co można zaobserwować i zmierzyć, a kompetentny lekarz rozpoznaje objawy choroby i wie, jak przywrócić dobry stan zdrowia. Medycyna naukowa ma jednak swe ograniczenia, szczególnie w odniesieniu do osobowości człowieka, kultury, religii, wolności, praw i obowiązków. Sztuka medyczna polega na zastosowaniu nauk medycznych i technologii do indywidualnych pacjentów, rodzin, społeczności, z których żadne dwie nie są identyczne. Zdecydowanie największa część różnic pomiędzy jednostkami, rodzinami czy społecznościami ma charakter нефизjologiczny, i właśnie w rozpoznawaniu i zajmowaniu się tymi różnicami nauki artystyczne, humanistyczne i społeczne odgrywają istotną rolę. Etyka jest w rzeczywistości wzbogacana przez elementy pozostałych dyscyplin naukowych; przykładowo, teatralne przedstawienie pewnego dylematu może być znacznie silniejszym bodźcem do analizy i refleksji etycznej niż prosty opis sprawy.

Niniejszy Podręcznik może być jedynie podstawowym wprowadzeniem do etyki lekarskiej i niektórych z jej głównych zagadnień. Jego celem jest, aby zrozumieli Państwo potrzebę ciągłej refleksji nad etycznym wymiarem medycyny, a w szczególności nad sposobem postępowania z zagadnieniami natury etycznej, które napotkają Państwo podczas swej własnej praktyki. Załącznik B zawiera wykaz materiałów, które pomogą Państwu pogłębić wiedzę w tej dziedzinie.

Rozdział I.

Podstawowe cechy etyki lekarskiej.

CELE

Po przepracowaniu niniejszego rozdziału powinni Państwo być w stanie:

- wyjaśnić, dlaczego etyka jest ważna w medycynie
- ustalić najistotniejsze źródła etyki lekarskiej
- rozpoznawać różne metody podejmowania decyzji etycznych, w tym swoje własne.

Co szczególnego jest w medycynie?

Przez całą prawie historię i w każdej właściwie części świata bycie lekarzem oznaczało coś szczególnego. Ludzie zwracają się do lekarzy o pomoc w najbardziej nagłych potrzebach – złagodzenia bólu i cierpienia oraz przywrócenia zdrowia i dobrego samopoczucia. Pozwalają lekarzom oglądać i dotykać wszystkie części swego ciała, nawet te najbardziej intymne. Robią tak, ponieważ ufają, że lekarze działają w ich najlepszym interesie.

Status lekarzy jest różny w poszczególnych państwach. Rożni się nawet w ramach jednego państwa. Generalnie jednak, wydaje się, że się pogarsza. Wielu lekarzy czuje, że nie są już tak szanowani, jak kiedyś. W niektórych państwach kontrola nad opieką zdrowotną przesunęła się stopniowo od lekarzy do zawodowych menedżerów i biurokratów, którzy mają tendencje do postrzegania lekarzy raczej jako przeszkody niż partnerów w reformowaniu opieki zdrowotnej. Pacjenci, którzy dotychczas bez zastrzeżeń respektowali zalecenia lekarzy, proszą czasem, aby lekarze uzasadniali swe rekomendacje, jeżeli różnią się one od porad udzielonych przez przedstawicieli innych zawodów medycznych lub przedstawionych w Internecie. Niektóre procedury, które wcześniej wykonywać mogli jedynie lekarze, są obecnie wykonywane przez techników medycznych, pielęgniarki lub przedstawicieli zawodów paramedycznych.

Pomimo tych zmian, obniżających status lekarzy, medycyna nadal jest profesją wysoko cenioną przez ludzi chorych, potrzebujących pomocy. Nadal też przyciąga rzesze utalentowanych, ciężko pracujących, zdolnych do poświęceń studentów. Aby sprostać oczekiwaniom zarówno lekarzy, jak i pacjentów, ważne jest, żeby lekarze

znali podstawowe wartości medycyny, szczególnie takie jak współczucie, fachowość i autonomia, oraz dawali ich przykład. Te wartości, wraz z poszanowaniem fundamentalnych praw człowieka, stanowią podstawę etyki lekarskiej.

Co szczególnego jest w etyce lekarskiej?

Współczucie, fachowość i autonomia nie są wyłącznie cechami medycyny. Jednakże od lekarzy oczekuje się, aby dawali im przykład w większym stopniu niż inni ludzie, włącznie z przedstawicielami szeregu innych zawodów.

Współczucie, określane jako zrozumienie niedoli drugiego człowieka i troska o nią, ma zasadnicze znaczenia dla praktykowania medycyny. Aby zajmować się problemami pacjenta, lekarz musi określić symptomy i ich podłoże i musi chcieć pomóc pacjentowi. Pacjenci lepiej reagują na leczenie, jeśli czują, że lekarz docenia ich troski i w większym stopniu zajmuje się nimi samymi niż ich chorobami.

Od lekarzy oczekuje się i wymaga bardzo wysokiego poziomu **fachowości**. Brak kompetencji może skutkować śmiercią lub poważną chorobą pacjenta. Lekarze odbywają długie szkolenie zapewniające nabycie kompetencji, ale, biorąc pod uwagę szybki rozwój wiedzy medycznej, stałym wyzwaniem stojącym przed lekarzami jest utrzymywanie swych kompetencji. Co więcej, muszą oni utrzymywać nie tylko wiedzę naukową i umiejętności techniczne, lecz również wiedzę i postawę etyczną, jako że wraz ze zmianami w medycynie oraz otoczeniu społecznym i politycznym pojawiają się nowe zagadnienia etyczne.

Autonomia, lub samostanowienie, jest tą podstawową cechą medycyny, która najbardziej się zmieniła przez lata. Pojedynczy lekarze tradycyjnie cieszyli się dużym stopniem niezależności klinicznej przy podejmowaniu decyzji o metodzie leczenia swych pacjentów. Lekarze jako ogół (zawód lekarski) mieli swobodę w określaniu standardów kształcenia i praktyki medycznej. Jak będzie widoczne w niniejszym Podręczniku, oba powyższe sposoby realizacji lekarskiej autonomii były w wielu państwach ograniczane przez rządy i inne organy władzy wprowadzające nadzór nad lekarzami. Pomimo tych wyzwań, lekarze wciąż cenią swoją kliniczną i zawodową autonomię i starają się ją zachować w jak największym stopniu. Jednocześnie,

lekarze na całym świecie szeroko zaakceptowali autonomię pacjenta, co oznacza, że pacjenci powinni podejmować ostateczne decyzje w sprawach ich dotyczących. Niniejszy Podręcznik zajmie się przykładami potencjalnych konfliktów pomiędzy autonomią lekarza a poszanowaniem autonomii pacjenta.

Deklaracja Genewska Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego

W chwili przyjęcia mnie do grona członków zawodu lekarskiego:

Ślubuję uroczyście, że poświęcę moje życie służbie ludzkości;
Będę otaczał moich nauczycieli należną im wdzięcznością i szacunkiem;
Będę wykonywał swój zawód sumiennie i z godnością;
Zdrowie mojego pacjenta będzie moją główną troską;
Będę zachowywał powierzone mi tajemnice, nawet po śmierci pacjenta;
Wedle wszelkich moich możliwości będę dbał o honor i szlachetne tradycje zawodu lekarskiego;
Moje koleżanki i koledzy będą moimi siostrami i braćmi;
Nie dopuszczę, aby względy wieku, choroby lub inwalidztwa, wyznania, pochodzenia etnicznego, płci, narodowości, poglądów politycznych, rasy, orientacji seksualnej lub pozycji społecznej wpływały na spełnianie mojego obowiązku wobec pacjenta;
Zachowam najwyższy respekt dla życia ludzkiego od chwili jego rozpoczęcia, nawet pod wpływem groźby nie użyję mojej wiedzy lekarskiej przeciwko prawom ludzkości;
Przyrzekam to na swój honor, uroczyście i bez przymusu.

Oprócz przywiązania do powyższych trzech podstawowych wartości, etyka lekarska różni się od etyki powszechnej tym, że jest publicznie wyznawana w przyrzeczeniu, takim jak Deklaracja Genewska Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego, lub wyrażana w kodeksie. Przyrzeczenia oraz kodeksy są różne w poszczególnych krajach, ale mają wiele wspólnych cech, takich jak zapewnienie, że lekarze będą cenić interesy swych pacjentów wyżej niż swoje, nie będą dyskryminować pacjentów ze względu na rasę, religię lub inne podstawy, będą chronić tajemnicę lekarską i udzielać pomocy każdemu, kto znajduje się w nagłej potrzebie.

Kto decyduje, co jest etyczne?

Etyka jest *pluralistyczna*. Poszczególne osoby mają różne zdanie na temat tego, co jest słuszne, a co niewłaściwe, a nawet, jeżeli się ze sobą zgadzają, to nierzadko z

odmiennych powodów. W niektórych społeczeństwach taka różnica zdań jest uważana za normalną rzecz, a jednostki cieszą się daleko idącą swobodą działania według własnego uznania, o ile ich postępowanie nie narusza uprawnień innych osób. Jednak w bardziej tradycyjnych społeczeństwach obserwuje się szersze porozumienie w sprawach etyki i zwiększony nacisk społeczny, czasem poparty przepisami prawnymi, aby postępować w taki, a nie inny sposób. W tego rodzaju społeczeństwach względy kulturowe i religijne odgrywają często dominującą rolę w określaniu etycznego postępowania.

W związku z tym odpowiedź na pytanie „kto decyduje, co jest ogólnie etyczne dla ludzi?” jest odmienna w zależności od społeczeństwa, a nawet różni się w ramach tego samego społeczeństwa. Społeczeństwa liberalne pozwalają jednostkom zachować swobodę decydowania, co uważają za etyczne, chociaż niewątpliwie wpływ na poszczególne osoby ma rodzina, przyjaciele, media i inne źródła zewnętrzne. W bardziej tradycyjnych społeczeństwach starsi członkowie rodziny czy klanu, autorytety religijne i przywódcy polityczni mają zazwyczaj większy wpływ na rozstrzygnięcie, co jest etyczne.

Pomimo tych odmienności, wydaje się, że większość ludzi skłonna jest zaakceptować pewne fundamentalne zasady etyczne, a mianowicie podstawowe prawa człowieka proklamowane w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka Organizacji Narodów Zjednoczonych i w pozostałych ogólnie uzgodnionych i oficjalnie zaaprobowanych dokumentach. Prawa człowieka szczególnie istotne dla etyki lekarskiej obejmują prawo do życia, zakaz dyskryminacji, tortur oraz okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania, wolność wyrażania opinii, równy dostęp do usług publicznych oraz do opieki medycznej.

Dla lekarzy odpowiedź na pytanie „kto decyduje, co jest etyczne?” była do niedawna nieco inna niż dla ogółu ludzi. Przez wieki zawód lekarski wypracował własne standardy zachowania wyrażone w kodeksach etyki i związanych z tym zagadnieniem dokumentach. Na poziomie globalnym WMA przyjęło szereg stanowisk szczegółowo określających, jakiego postępowania oczekuje się od lekarzy, bez względu na to, gdzie żyją i praktykują. W wielu, jeśli nie we wszystkich, państwach organizacje lekarskie miały prawo stanowienia standardów etycznych i

ich egzekwowania. W zależności od stosunku krajowego systemu prawnego do prawa medycznego, takie standardy mogły uzyskiwać moc prawną.

Przywilej zawodu lekarskiego możliwości określania własnych standardów etycznych nigdy jednak nie był absolutny, nieograniczony. Przykładowo:

- Lekarze zawsze podlegali powszechnym krajowym przepisom prawa i bywali karani za działania niezgodne z tymi przepisami.
- Niektóre organizacje lekarskie znajdują się pod silnym wpływem nauk religijnych, nakładających na członków dodatkowe zobowiązania w stosunku do ogółu lekarzy.
- W wielu państwach organizacje określające standardy postępowania lekarzy i nadzorujące je mają obecnie znaczny odsetek członków nie będących lekarzami.

Wytyczne stowarzyszeń lekarskich dotyczące etyki mają charakter ogólny; nie mogą się odnosić do wszelkich sytuacji, w jakich może się znaleźć lekarz w trakcie swej praktyki. W większości sytuacji lekarze zmuszeni są samemu decydować, jak postąpić we właściwy sposób, lecz przy podejmowaniu takich decyzji pomocna jest wiedza, co w danej sytuacji uczyniliby inni lekarze. Kodeksy etyki lekarskiej i inne uchwały lub stanowiska odzwierciedlają ogólny consensus co do sposobu postępowania lekarzy i należy działać zgodnie z ich postanowieniami, chyba że istnieją słuszne powody, aby postąpić inaczej.

Czy etyka lekarska zmienia się?

Nie można mieć dużych wątpliwości, że na przestrzeni lat niektóre aspekty etyki lekarskiej uległy zmianie. Do niedawna lekarze mieli prawo i obowiązek decydowania, jak należy leczyć pacjentów, i nie wymagano uzyskania świadomej zgody pacjenta. **Deklaracja w sprawie Praw Pacjenta** WMA z 1995 roku rozpoczyna się natomiast następującym stwierdzeniem: „Stosunek pomiędzy lekarzami, ich pacjentami a, w szerszym ujęciu, społeczeństwem podlegał w ostatnich latach znaczącym zmianom. Pamiętając, że lekarz powinien zawsze działać zgodnie ze swym sumieniem i w najlepszym interesie pacjenta, należy z

równym wysiłkiem dążyć do zagwarantowania autonomii pacjenta”. Wiele osób uważa obecnie, że same podejmują podstawowe decyzje dotyczące ich zdrowia, a działalność lekarzy sprowadza się do roli konsultantów lub instruktorów. Chociaż taki nacisk na samoopiekę nie jest powszechny, wydaje się jednak, że się rozszerza i jest symptomem ogólnej ewolucji stosunku pomiędzy lekarzem a pacjentem, stanowiącej źródło odmiennych niż dotychczas obowiązków etycznych lekarzy.

Do niedawna lekarze uważali zazwyczaj, że są *odpowiedzialni* jedynie przed samym sobą, przed kolegami lekarzami i, w przypadku wierzących, przed bogiem. W dzisiejszych czasach mają dodatkową odpowiedzialność – w stosunku do pacjentów, osób trzecich, jak szpitale czy organizacje zarządzające opieką zdrowotną, organów regulujących wykonywanie zawodu lekarskiego, i często sądów powszechnych. Odpowiedzialność przed różnymi stronami może prowadzić do konfliktów, czym bliżej zajmie się Rozdział III w dyskusji o podwójnej lojalności.

Etyka lekarska zmieniła się w wielu sprawach. Do niedawna kodeksy etyki lekarskiej zabraniały udziału w dokonywaniu aborcji, jednak obecnie w wielu krajach zawód lekarski dopuszcza to, przy spełnieniu określonych warunków. Podczas gdy zgodnie z tradycyjną etyką lekarską lekarz odpowiadał wyłącznie przed swym pacjentem, teraz powszechnie uważa się, że lekarze powinni mieć również wzgląd na potrzeby społeczne, np. przy alokacji znikomych zasobów ochrony zdrowia (p. Rozdział III).

Postęp nauki i technologii medycznej jest źródłem nowych problemów etycznych, których nie da się rozwiązać poprzez tradycyjną etykę lekarską. Medycznie wspomagana prokreacja, genetyka, informatyka zdrowotna, technologie przedłużające i wspomagające życie - wszystkie będące procedurami wymagającymi udziału lekarza - mogą mieć potencjalnie zarówno korzystny skutek dla pacjenta, jak i stanowić dla niego zagrożenie, w zależności od tego, w jaki sposób się je stosuje. Aby pomóc lekarzom w decyzji czy i pod jakimi warunkami uczestniczyć w takich przedsięwzięciach, stowarzyszenia lekarskie, zamiast po prostu opierać się na obowiązujących kodeksach etyki, powinny posługiwać się różnymi metodami analitycznymi.

Pomimo tych oczywistych przemian w etyce lekarskiej, istnieje szeroka zgoda wśród lekarzy, że podstawowe wartości i zasady etyczne w medycynie nie podlegają, a przynajmniej nie powinny podlegać, zmianom. Jako że ludzie nieuchronnie zawsze będą narażeni na choroby, nadal potrzebować będą opieki wykazujących współczucie, kompetentnych i niezależnych lekarzy.

Czy etyka lekarska jest różna w poszczególnych państwach?

Tak jak etyka lekarska może się zmieniać, i faktycznie zmienia się, z biegiem czasu w związku z rozwojem nauki i technologii medycznej oraz przemianami wartości społecznych, tak też w oparciu o te same czynniki występują w etyce różnice pomiędzy państwami. Wśród krajowych organizacji lekarskich istnieje na przykład poważna rozbieżność opinii w kwestii eutanazji. Niektóre organizacje potępiają ją, inne mają nastawienie neutralne, zaś przynajmniej jedna – Holenderskie Królewskie Stowarzyszenie Lekarskie – dopuszcza ją pod pewnymi warunkami. Podobnie rzecz ma się odnośnie dostępu do opieki zdrowotnej – część organizacji krajowych popiera równość wszystkich obywateli, podczas gdy inne są skłonne tolerować nierówności. W pewnych krajach istotne znaczenie mają kwestie etyczne wynikające z zaawansowania technologii medycznej, podczas gdy w innych krajach, nie mających dostępu do takiej technologii, tego rodzaju problemy nie występują. W niektórych państwach lekarze są pewni, że władze nie będą ich zmuszać do nieetycznego postępowania, natomiast w innych lekarze mogą mieć problem z dochowaniem zobowiązań moralnych, np. utrzymaniem tajemnicy lekarskiej w obliczu wymogu ze strony policji lub sił zbrojnych raportowania „podejrzanych” przypadków.

Chociaż tego rodzaju różnice mogą się wydawać znaczące, podobieństwa są jednak zdecydowanie większe. Lekarze z całego świata mają ze sobą wiele wspólnego i gdy zrzeszają się w takich organizacjach jak WMA zazwyczaj osiągają porozumienie w kontrowersyjnych kwestiach etycznych, mimo że wymaga to przeważnie długotrwałej debaty. Fundamentalne wartości etyki lekarskiej, takie jak współczucie, fachowość i autonomia, wraz z doświadczeniem i umiejętnościami lekarzy, stanowią dobrą podstawę dla analizy kwestii etycznych w medycynie i znajdowania rozwiązań będących w interesie poszczególnych pacjentów oraz ogółu obywateli.

Rola WMA

Jako jedyna organizacja międzynarodowa starająca się reprezentować wszystkich lekarzy, bez względu na narodowość czy specjalizację, WMA podjęło się ustalić ogólne, stosowane na całym świecie, standardy etyki lekarskiej. Od swego powstania w 1947 roku WMA działało, ażeby zapobiec powtórzeniu się nieetycznych zachowań, którym dali przykład lekarze w nazistowskich Niemczech i gdzie indziej. Pierwszym zadaniem WMA było unowocześnienie Przysięgi Hipokratesa tak, aby dostosować ją do użytku w XX wieku; w rezultacie opracowano **Deklarację Genewską**, którą przyjęto na II Światowym Zjeździe Lekarzy w 1948 roku. Od tego czasu była wielokrotnie zmieniana, ostatnio w roku 1994. Drugim zadaniem było przygotowanie **Międzynarodowego Kodeksu Etyki Lekarskiej**, który został przyjęty na III Światowym Zjeździe Lekarzy w 1949 roku i uzupełniony w roku 1968 oraz 1983. Obecnie kodeks poddawany jest dalszym zmianom. Kolejnym zadaniem było opracowanie wskazówek etycznych odnośnie badań naukowych na ludziach. Te prace trwały o wiele dłużej niż przygotowanie poprzednich dwóch dokumentów; dopiero w 1964 roku wskazówki przyjęto jako **Deklarację Helsińską**. Również ten dokument poddawano okresowym nowelizacjom, ostatnio w roku 2000.

Oprócz tych fundamentalnych stanowisk dotyczących etyki, WMA przyjęła stanowiska odnoszące się do ponad 100 szczegółowych kwestii, z których większość miała charakter etyczny, a pozostałe wiązały się z tematami społeczno-medycznymi, obejmującymi kształcenie medyczne i systemy ochrony zdrowia. Co roku Światowy Zjazd Lekarzy dokonuje przeglądu obowiązujących stanowisk lub przyjmuje nowe.

Jak WMA decyduje, co jest etyczne?

Osiągnięcie międzynarodowego porozumienia w kontrowersyjnych kwestiach etycznych nie jest łatwym zadaniem, nawet w ramach stosunkowo zwartej grupy jak lekarze. WMA zapewnia, że stanowiska w kwestiach etycznych odzwierciedlają consensus, wymagając 75 % głosów popierających nowe lub zmienione stanowisko, przyjmowane na corocznych Zjazdach. Warunkiem wstępnym osiągnięcia tak daleko idącego porozumienia jest przeprowadzenie szerokich konsultacji w sprawie

projektu, dokładne rozważenie zgłoszonych uwag przez Komisję Etyki Lekarskiej WMA lub grupę roboczą utworzoną specjalnie do danego zagadnienia, wprowadzenie zmian do projektu i nierzadko prowadzenie dalszych konsultacji. Taki proces może być bardzo czasochłonny, zależnie od tego jak skomplikowana lub na ile nowatorska jest dana sprawa. Przykładowo, prace nad ostatnimi zmianami Deklaracji Helsińskiej podjęto na początku 1997 roku i ukończono dopiero w październiku roku 2000. Jednak nawet wtedy nie udało się ostatecznie rozstrzygnąć pewnych kwestii i nadal są one przedmiotem zainteresowania Komisji Etyki Lekarskiej i kolejnych grup roboczych.

Odpowiednia procedura ma zasadnicze znaczenie, lecz sama w sobie nie gwarantuje osiągnięcia dobrego rezultatu. Decydując, co jest etyczne, WMA opiera się na długiej tradycji etyki lekarskiej odzwierciedlonej w swych poprzednich stanowiskach w sprawie etyki. Bierze także pod uwagę inne wypowiedzi w tym temacie, zarówno krajowych jak i międzynarodowych organizacji oraz osób biegłych w dziedzinie etyki. W niektórych sprawach, takich jak świadoma zgoda, stanowisko WMA jest zgodne z opinią większości. W innych sprawach, np. odnośnie poufności informacji medycznej, zdanie lekarzy trzeba na siłę promować wbrew władzom, organom zarządzającym ochroną zdrowia lub przedsiębiorstwom komercyjnym. Charakterystyczną cechą stosunku WMA do etyki jest priorytetowe znaczenie nadawane indywidualnemu pacjentowi lub uczestnikowi badań naukowych. Deklarując **Deklarację Genewską**, lekarz przyrzeka, że „Zdrowie mojego pacjenta będzie moją główną troską”. Natomiast **Deklaracja Helsińska** stanowi, że „W badaniach naukowych na ludziach względy odnoszące się do dobra osoby, którą poddaje się badaniom, powinny mieć pierwszeństwo przed interesem nauki i społeczeństwa.”

Jak jednostki decydują, co jest etyczne?

Dla poszczególnych lekarzy i studentów medycyny etyka lekarska nie polega na prostym naśladowaniu zaleceń WMA lub innych organizacji lekarskich, gdyż mają one zwykle charakter ogólny, a w konkretnej sytuacji samemu trzeba orzec, czy mają do niej zastosowanie. Ponadto, w praktyce lekarskiej pojawia się wiele takich

problemów etycznych, co do których organizacje lekarskie nie przedstawiły żadnych wskazówek zachowania. W związku z tym to lekarz jest ostatecznie odpowiedzialny za podjęcie właściwej decyzji i postąpienie zgodnie z nią.

Istnieje szereg sposobów podchodzenia do problemów etycznych, m.in. takich jakie przedstawiono na początku niniejszego Podręcznika. Można je z grubsza podzielić na dwie kategorie: metody nieracjonalne oraz racjonalne. Ważne przy tym, by podkreślić, że nieracjonalny nie oznacza tu irracjonalny, lecz po prostu ma to na celu odróżnienie od systematycznego, przemyślanego posługiwania się rozumowaniem przy podejmowaniu decyzji.

Metody nieracjonalne:

- **Posłuszeństwo** jest powszechnym sposobem podejmowania decyzji etycznych, zwłaszcza wśród dzieci oraz osób pracujących w strukturach autorytarnych (np. siły zbrojne, policja, niektóre organizacje religijne, wiele przedsiębiorstw). Moralność polega na naśladowaniu reguł lub instrukcji przełożonych, bez względu na to, czy uważa się je za słuszne czy nie.
- **Naśladowanie** jest o tyle podobne do posłuszeństwa, że podporządkowuje czyjąś ocenę tego, co słuszne, a co nie, od oceny innej osoby, będącej w tym przypadku modelem. Moralność polega na naśladowaniu przykładu danego przez model. To był prawdopodobnie najpowszechniejszy sposób nauki etyki lekarskiej przez lekarzy zaczynających karierę zawodową, dla których modelem byli starsi lekarze, a sposobem nauki moralnej była obserwacja i asymilacja reprezentowanych przez nich wartości.
- **Odczucie** lub **pragnienie** jest subiektywnym podejściem do podejmowania decyzji moralnych i zachowania się. Słuszne jest to, co wydaje się słuszne lub odpowiada czyjemuś pragnieniu; niewłaściwe jest to, co takim się wydaje lub jest wbrew czyjemuś pragnieniu. Miarę moralności odnajduje się u każdego pojedynczego człowieka i, co oczywiste, może być bardzo różna u poszczególnych osób, a nawet zmieniać się na przestrzeni czasu u tej samej osoby.
- **Intuicja** jest natychmiastowym postrzeganiem, jak słusznie postąpić w danej sytuacji. Jej podobieństwo do pragnienia polega na tym, że jest całkowicie subiektywna; jednak różnica polega na jej umiejscowieniu raczej w umyśle niż w

woli. Pod tym względem jest bliższa racjonalnym metodom podejmowania decyzji etycznych niż posłuszeństwo, naśladowanie, odczucie i pragnienie. Nie jest jednakże ani systematycznym, ani przemyślanym podejmowaniem decyzji, lecz opiera się na zwykłym przebiegu świadomości.

- **Przyzwyczajanie** jest bardzo wydajną metodą podejmowania decyzji moralnych, ponieważ nie wymaga powtarzania metodycznego procesu decyzyjnego za każdym razem, gdy powstaje kwestia moralna podobna do już rozstrzygniętej. Są jednak tak samo złe przyzwyczajenia (np. kłamanie), jak i dobre (np. mówienie prawdy); co więcej, sytuacje, które wydają się podobne, mogą wymagać znacząco odmiennych decyzji. Tak więc, jak by nie było użyteczne, nie można w przyzwyczajeniu pokładać całego zaufania.

Metody racjonalne:

Jako studium moralności, etyka uznaje przewagę nieracjonalnych metod podejmowania decyzji i zachowania się. Podstawowym przedmiotem jej zainteresowania są jednak metody racjonalne. Cztery tego rodzaju metody to deontologizm, konsekwencjalizm, pryncypializm i etyka cnót.

- **Deontologizm** jest poszukiwaniem ugruntowanych reguł mogących służyć za podstawę decyzji moralnych. Przykładem takiej reguły jest „Traktuj ludzi jak równych sobie”. Może się ona wywodzić z religii (np. wiara, że wszyscy ludzie stworzeni przez boga są sobie równi) lub spoza religii (np. ludzie posiadają prawie wszystkie takie same geny). Ustaliwszy reguły, należy je stosować w określonych sytuacjach – i tu pojawia się przestrzeń na dyskusję, czego dana reguła wymaga (np. czy reguła zabraniająca zabijania innych ludzi dopuszcza stosowanie aborcji lub kary śmierci).
- **Konsekwencjalizm** za podstawę podejmowania decyzji etycznych przyjmuje analizę prawdopodobnych konsekwencji lub rezultatów różnorodnych działań. Właściwym postępowaniem jest takie, które prowadzi do najlepszych rezultatów. Można oczywiście dyskutować, co uznać za dobry rezultat. Jedną z najbardziej znanych form konsekwencjalizmu, mianowicie utylitaryzm, za miarę przyjmuje korzyść określaną jako „największe dobro dla największej liczby ludzi”. Inne sposoby oceny rezultatu przy podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia to ocena stosunku kosztów do skuteczności oraz ocena jakości życia. Zwolennicy

konsekwencjalizmu generalnie uważają, że zasady nie są zbyt przydatne; są one zbyt trudne do określenia, ustalenia ich hierarchii i stosowania, a tak czy inaczej nie uwzględniają tego, co w opinii tych osób jest najważniejsze w podejmowaniu decyzji moralnych, tj. rezultatów. Takie odejście od zasad naraża jednak konsekwencjalizm na zarzut, że akceptuje, iż „cel uświęca środki”, np. że prawa jednostki można poświęcać, aby osiągnąć jakiś cel społeczny.

- **Pryncypializm**, jak nazwa wskazuje, bierze za podstawę podejmowania decyzji moralnych zasady etyki. Zastosowuje te zasady w konkretnych przypadkach, aby stwierdzić, jak słusznie postąpić, biorąc pod uwagę zarówno reguły, jak i konsekwencje. Pryncypializm miał ogromne znaczenie w niedawnych debatach etycznych, zwłaszcza w USA. Szczególnie cztery zasady – poszanowanie autonomii, *dobroczynność*, *nie czynienie zła*, *sprawiedliwość* – uznano za najważniejsze w odniesieniu do etycznych decyzji w praktyce lekarskiej. Zasady faktycznie odgrywają istotną rolę w racjonalnym podejmowaniu decyzji. Jednak wybór akurat tych czterech zasad, a przede wszystkim ich hierarchizacja i postawienie na pierwszym miejscu poszanowania autonomii, jest odzwierciedleniem liberalnej kultury Zachodu i niekoniecznie ma uniwersalny zasięg. Co więcej, te cztery zasady często stoją ze sobą w sprzeczności w konkretnych sytuacjach i zachodzi potrzeba określenia kryteriów lub sposobów rozwiązywania takich konfliktów.
- **Etyka cnót** w mniejszym stopniu skupia się na podejmowaniu decyzji, a w większym na charakterze osoby podejmującej decyzję, przejawiającym się w jej postępowaniu. Cnota jest rodzajem moralnej doskonałości. Jak zauważono wcześniej, cnotą szczególnie istotną dla lekarzy jest współczucie. Inne ważne cnoty to uczciwość, rozwaga i poświęcenie. Jest bardziej prawdopodobne, że lekarze posiadający te cnoty podejmą dobre decyzje i w odpowiedni sposób wcielą je w życie. Jednak nawet osoba pełna cnót jest często niepewna, jak postąpić w danej sytuacji, i nie jest odporna na podejmowanie niesłusznych decyzji.

Żadna z czterech powyższych metod, ani innych jakie proponowano, nie zdołała uzyskać powszechnej akceptacji. Ludzie mają odmienne preferencje odnośnie metod racjonalnych, tak samo zresztą jak różne są ich preferencje co do metod nieracjonalnych. Można to po części wyjaśnić faktem, że każda z metod ma zarówno

zalety, jak i wady. Być może najlepszym sposobem podejmowania racjonalnych decyzji etycznych jest kombinacja wszystkich czterech metod, łącząca najlepsze cechy każdej. Ustalenie najistotniejszych cech, pasujących do danej sytuacji, i próba zastosowania ich w możliwie największym stopniu wymagałoby gruntownego rozważenia obowiązujących reguł i zasad. Należałoby również zastanowić się nad prawdopodobnymi konsekwencjami decyzji alternatywnych i stwierdzić, które z nich są korzystniejsze. Trzeba by, wreszcie, podjąć wysiłki, by zapewnić, że postępowanie podejmującego decyzję, zarówno podczas etapu decyzyjnego, jak i wprowadzania decyzji w życie, jest godne podziwu. Taki proces mógłby składać się z następujących kroków:

1. Stwierdzenie, czy dana kwestia ma charakter etyczny.
2. Konsultacja u miarodajnych źródeł, jak kodeksy etyki i inne stanowiska organizacji lekarskich oraz cieszący się szacunkiem koledzy, w celu dowiedzenia się, jak lekarze zazwyczaj postępują w sytuacjach danego rodzaju.
3. Zastanowienie się nad rozwiązaniami alternatywnymi w świetle przyświecających im zasad i wartości oraz nad ich konsekwencjami.
4. Przedyskutowanie proponowanego rozwiązania z tymi, na których będzie ono oddziaływało.
5. Podjęcie decyzji i działanie zgodnie z nią, zachowując wrażliwość w stosunku do innych, na których ma to wpływ.
6. Ocena własnej decyzji i bycie gotowym do podjęcia innego działania w przyszłości.

KONKLUZJA

Niniejszy Rozdział stanowi wstęp do dalszych części. Mając do czynienia z konkretnymi problemami z zakresu etyki lekarskiej, warto pamiętać, że lekarze stawali w przeszłości w obliczu wielu tych samych zagadnień i zgromadzone przez nich doświadczenie i mądrość mogą być bardzo przydatne w dniu dzisiejszym. WMA i inne organizacje lekarskie dbają o te tradycje i przedstawiają lekarzom szereg pomocnych wskazówek etycznych. Jednak pomimo istnienia wśród lekarzy szerokiego consensusu w kwestiach etyki, poszczególni lekarze mogą mieć, i mają, odmienne zdanie co do tego, jak zachować się w danym przypadku. Co więcej, poglądy lekarzy mogą się znacznie różnić od poglądów pacjentów i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Istotne dla lekarzy jest, jako pierwszy krok w rozwiązywaniu konfliktów etycznych, zrozumienie różnych metod podejmowania decyzji etycznych, również swoich własnych metod oraz metod innych ludzi, z którymi mają do czynienia. To pomoże lekarzom określać najlepszą drogę postępowania i wyjaśniać swe decyzje innym.

Rozdział II.

Lekarze a pacjenci.

CELE

Po przepracowaniu niniejszego rozdziału powinni Państwo być w stanie:

- wyjaśnić, dlaczego wszyscy pacjenci zasługują na szacunek i równe traktowanie
- ustalić najistotniejsze elementy świadomej zgody
- wyjaśnić, jak należy podejmować decyzje medyczne za pacjentów, którzy są niezdolni do ich podjęcia
- uzasadnić zagadnienie tajemnicy lekarskiej i rozpoznać prawnie uzasadnione wyjątki od tej zasady
- rozpoznawać podstawowe problemy etyczne pojawiające się w związku z początkiem i końcem życia
- streścić argumenty za i przeciw stosowania eutanazji / wspomaganego samobójstwa oraz różnice pomiędzy nimi a *opieką paliatywną* lub nie podejmowaniem bądź wstrzymaniem leczenia

Analiza przypadku nr 1

Dr P., doświadczony, wykwalifikowany chirurg, jest tuż przed końcem nocnego dyżuru w średniej wielkości szpitalu. Młoda kobieta zostaje przyprowadzona przez matkę, która pozostawia ją, poinformowawszy pielęgniarkę na izbie przyjęć, że musi wracać, by zaopiekować się swymi pozostałymi dziećmi. Pacjentka ma krwawienie pochwowe i silne bóle. Dr P. bada ją i stwierdza, że przyczyną jest poronienie samoistne lub wywołane przez pacjentkę. Szybko wykonuje łyżeczkowanie i prosi pielęgniarkę, aby spytała pacjentkę, czy może pozostać w szpitalu do czasu, gdy można będzie ją bezpiecznie wypisać. Dr Q zastępuje dr. P., który wraca do domu, nie przeprowadzając rozmowy z pacjentką.

Co szczególnego jest w relacji lekarz – pacjent?

Stosunek między lekarzem a pacjentem jest kamieniem węgielnym praktyki lekarskiej i, co za tym idzie, etyki lekarskiej. Jak już wspomniano, **Deklaracja Genewska** wymaga od lekarza, aby „Zdrowie mojego pacjenta było moją główną troską”, a **Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej** stanowi, że „Lekarz będzie służył pacjentowi z całkowitą lojalnością i zgodnie z całą swą wiedzą i

umiejętnościami”. Jak było omawiane w Rozdziale I, tradycyjne postrzeganie stosunku między lekarzem a pacjentem jako stosunku paternalistycznego, w którym lekarz podejmował decyzje, a pacjent się im podporządkowywał, zostało w ostatnich latach odrzucone, zarówno w etyce, jak i w prawie. Autonomia pacjenta jest jednak często problematyczna, ponieważ spora część pacjentów nie chce lub nie jest w stanie podejmować decyzji dotyczących opieki lekarskiej. Równie problematyczne są inne aspekty tego stosunku, jak obowiązek dochowania tajemnicy lekarskiej w erze komputeryzacji danych medycznych i zarządzanej opieki zdrowotnej oraz obowiązek podtrzymywania życia w obliczu prośby o przyspieszenie zgonu.

Przedmiotem niniejszej części będzie sześć tematów przedstawiających szczególnie dokuczliwe problemy, jakie napotykają lekarze w trakcie praktyki: szacunek i równe traktowanie, komunikowanie się i zgoda, decydowanie za pacjentów niezdolnych do podjęcia świadomej decyzji, tajemnica lekarska, kwestie związane z początkiem życia oraz kwestie związane z końcem życia.

Szacunek i równe traktowanie

Przekonanie, że każda istota ludzka zasługuje na szacunek i równe traktowanie, jest stosunkowo świeżej daty. W większości społeczeństw akceptowano i uważano za normalne nierówne traktowanie osób i grup ludzi oraz brak szacunku dla nich. Tego rodzaju praktyką było niewolnictwo, które nie zostało wykorzenione w koloniach europejskich oraz Stanach Zjednoczonych aż do XIX wieku, a w niektórych częściach świata istnieje do dziś. Jeszcze mniej odległe w czasie jest zniesienie, w takich państwach jak RPA, instytucjonalnej dyskryminacji osób nie będących przedstawicielami białej rasy. W większości państw kobiety nadal doświadczają braku szacunku i nierównego traktowania. Szeroko rozpowszechniona jest dyskryminacja ze względu na wiek, inwalidztwo lub orientację seksualną. Gołym okiem widać, że nadal istnieje poważny opór przeciwko idei, że wszyscy ludzie powinni być traktowani jako równi sobie.

Stopniowe, wciąż trwające, nawrócenie ludzkości do wiary w równość człowieka miało swój początek w XVII i XVIII w. w Europie i Ameryce Północnej. Przewodzący

mu dwie przeciwstawne ideologie: nowa interpretacja wiary chrześcijańskiej i antychrześcijański racjonalizm. Pierwsza z nich zainspirowała Rewolucję Amerykańską i Kodeks Praw Obywatelskich; druga – Rewolucję Francuską i związane z nią wydarzenia polityczne. Pod takimi wpływami demokracja zaczęła się bardzo stopniowo zakorzeniać i rozprzestrzeniać po świecie. Była ona oparta na wierze w polityczną równość wszystkich mężczyzn (i, dużo później, kobiet) oraz wynikające z tego prawo głosu przy wybieraniu tych, którzy mają rządzić.

W XX w. szczegółowo opracowano koncepcję równości ludzi w kategorii praw człowieka. Jednym z pierwszych aktów nowo powstałej Organizacji Narodów Zjednoczonych była **Powszechna Deklaracja Praw Człowieka** (1948 r.), stanowiąca w art. 1, że „Wszystkie istoty ludzkie rodzą się wolne i równe w godności i prawach”. Wiele innych ciał międzynarodowych i krajowych ogłosiło deklaracje praw odnoszące się do wszystkich istot ludzkich, wszystkich obywateli danego państwa lub określonych grup ludzi (np. prawa dziecka, prawa pacjenta, prawa konsumenta itp.). Utworzono szereg organizacji, których zadaniem jest promowanie działań wynikających z tego rodzaju deklaracji. Niestety jednak w wielu państwach nadal nie przestrzega się praw człowieka.

Zawód lekarski miał przez lata trochę sprzeczne poglądy w sprawie równości pacjentów i ich praw. Z jednej strony, od lekarzy żądano, ażeby „nie dopuszczali, aby względy wieku, choroby lub inwalidztwa, wyznania, pochodzenia etnicznego, płci, narodowości, poglądów politycznych, rasy, orientacji seksualnej lub pozycji społecznej wpływały na spełnianie ich obowiązku wobec pacjenta” (**Deklaracja Genewska**). Jednocześnie zaś lekarze domagali się prawa odmowy przyjęcia pacjenta, za wyjątkiem stanu nagłej potrzeby. Chociaż do uzasadnionych podstaw takiej odmowy zalicza się brak odpowiednich kwalifikacji i specjalizacji, to jeżeli lekarze nie muszą podawać żadnych powodów odmówienia pacjentowi, z łatwością mogą stosować dyskryminację bez żadnej odpowiedzialności. Jedynym środkiem przeciwdziałania nadużyciom praw człowieka w tym zakresie może być, zamiast prawa lub organów dyscyplinarnych, sumienie lekarza.

Nawet jeżeli lekarze nie naruszają zasady szacunku i równości ludzi przy wyborze pacjentów, mogą to czynić poprzez sposób, w jaki ich leczą i odnoszą się do nich.

Problem ten ilustruje przypadek opisany na wstępie niniejszego Rozdziału. Jak stwierdzono w Rozdziale I, współczucie jest jedną z kluczowych wartości medycyny i stanowi niezbędny element właściwego stosunku terapeutycznego. Współczucie oparte jest na respektowaniu godności pacjenta i wyznawanych przez niego wartości, ale idzie jeszcze dalej w rozpoznawaniu i reagowaniu na słabość pacjenta w obliczu choroby lub kalectwa. Jeżeli pacjenci wyczuwają współczucie lekarza, będą prawdopodobnie w większym stopniu ufać, że działa on w ich najlepiej pojętym interesie, a to zaufanie może przyczynić się do polepszenia procesu powrotu do zdrowia.

Zaufanie, mające podstawowe znaczenie w stosunku pomiędzy lekarzem a pacjentem, według powszechnej interpretacji oznacza, że lekarz nie powinien odstępować od leczenia pacjenta, nad którym podjął się opieki. **Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej** WMA sugeruje, że jedynym powodem zakończenia relacji między pacjentem a lekarzem może być fakt, że pacjent wymaga opieki drugiego lekarza o innych kompetencjach: „Lekarz będzie służył pacjentowi z całkowitą lojalnością i zgodnie z całą swą wiedzą i umiejętnościami. Ilekroć badanie lub leczenie przekracza możliwości danego lekarza, powinien on zwrócić się do innego lekarza posiadającego wymagane umiejętności”. Istnieje jednak szereg innych powodów, z których lekarz może mieć ochotę na zakończenie swej relacji z pacjentem, np. zaprzestanie lub przeniesienie praktyki lekarskiej, odmowa lub niemożność opłacenia przez pacjenta honorarium lekarskiego, wzajemna niechęć pomiędzy pacjentem a lekarzem, nie stosowanie się przez pacjenta do zaleceń lekarza itd. Powody te mogą być w pełni uzasadnione – mogą też być nieetyczne. Zastanawiając się nad tym, jak postąpić, lekarze powinni przeanalizować obowiązujący ich kodeks etyki i inne wytyczne oraz dokładnie przemyśleć kierujące nimi motywy. Lekarze powinni być przygotowani do uzasadnienia swych decyzji – sobie samym, pacjentowi, a w razie potrzeby osobom trzecim. Jeżeli powód jest słuszny, lekarz powinien pomóc pacjentowi w znalezieniu innego, odpowiedniego lekarza, a jeśli nie jest to możliwe, poinformować go o swej decyzji z odpowiednim wyprzedzeniem, tak aby pacjent mógł uzyskać alternatywną opiekę medyczną. Jeżeli natomiast powód nie jest uzasadniony, na przykład uprzedzenia rasowe, lekarz powinien podjąć kroki przeciwdziałające tej ułomności.

Wielu lekarzy, szczególnie z sektora publicznej służby zdrowia, zwykle nie ma możliwości wyboru pacjentów, których leczą. Niektórzy pacjenci są agresywni i stanowią zagrożenie dla bezpieczeństwa lekarza. Innych można określić jako osoby nieprzyjemne z powodu ich antyspołecznej postawy i zachowania. Czy tacy ludzie zrzekli się prawa do szacunku i równego traktowania? Czy też od lekarzy oczekuje się zwiększonych, czasem wręcz heroicznych, wysiłków, aby nawiązać i utrzymywać z nimi stosunek terapeutyczny? W przypadku tego rodzaju osób lekarze muszą balansować pomiędzy odpowiedzialnością za bezpieczeństwo własne oraz swego personelu a obowiązkiem dbania o dobro pacjentów. Powinni szukać rozwiązania, które zaspokoi obydwie powyższe zobowiązania. Gdy nie jest to możliwe, powinni podjąć próbę zapewnienia im opieki w inny sposób.

Kolejną przeszkodą w stosowaniu zasady szacunku i równego traktowania odnośnie wszystkich pacjentów pojawia się w przypadku opieki nad pacjentami chorymi zakaźnie. Uwaga skupia się tu przeważnie na nosicielach wirusa HIV lub chorych na AIDS, nie tylko ze względu, iż jest to choroba zagrażająca życiu, lecz również dlatego, że często wiąże się z uprzedzeniami społecznymi. Istnieje jednak wiele innych poważnych chorób, a niektórymi z nich pracownicy służby mogą się zarazić dużo łatwiej niż HIV / AIDS. Część lekarzy ma opory przed wykonywaniem procedur inwazyjnych w przypadku takich pacjentów z obawy na możliwość zarażenia się. Kodeksy etyki lekarskiej nie przewidują jednak ze względu na choroby zakaźne żadnych wyjątków od obowiązku równego traktowania przez lekarza wszystkich pacjentów. **Stanowisko WMA w sprawie Zawodowej Odpowiedzialności Lekarzy przy Leczeniu Pacjentów Chorych na AIDS** określa to w ten sposób:

Pacjenci chorzy na AIDS mają prawo do fachowej opieki medycznej udzielanej ze współczuciem i szacunkiem dla godności ludzkiej.

Lekarz nie może w sposób etyczny odmówić leczenia pacjenta, którego stan znajduje się w zakresie aktualnych kompetencji lekarza, jedynie na tej podstawie, że pacjent jest seropozytywny.

Etyka lekarska nie dopuszcza dyskryminacji pacjenta opartej wyłącznie na jego seropozytywności. Osoby cierpiące na AIDS wymagają fachowego, troskliwego leczenia. Lekarz, który nie jest w stanie zapewnić opieki wymaganej przez takie osoby, powinien skierować je do dysponującego odpowiednim wyposażeniem lekarza lub zakładu opieki. Do czasu, gdy realizacja skierowania będzie możliwa, lekarz musi zaopiekować się pacjentem zgodnie z pełnią swoich możliwości.

Intymny charakter stosunku pomiędzy lekarzem a pacjentem może prowadzić do pociągu seksualnego. Podstawowa reguła tradycyjnej etyki lekarskiej mówi, że takiemu pociągowi należy się oprzeć. Przysięga Hipokratesa zawiera następujące przyrzeczenie: „Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę doń dla pożytku chorych, nie po to, żeby świadomie wyrządzać krzywdę lub szkodzić w inny sposób, wolny od pożądań zmysłowych tak wobec niewiast jak i mężczyzn (...)”. W ostatnich latach wiele stowarzyszeń lekarskich potwierdziło zakaz relacji seksualnych między lekarzami a ich pacjentami. Powody tego są takie same jak 2500 lat temu, w czasach Hipokratesa. Pacjenci znajdują się w potrzebie i ufają, że lekarze będą ich dobrze leczyć. Mogą nie być w stanie opierać się awansom seksualnym ze strony lekarza z obawy, że zagroziłoby to ich leczeniu. Poza tym, zaangażowanie emocjonalne może mieć szkodliwy wpływ na lekarza przy dokonywaniu oceny klinicznej.

Ten drugi powód odnosi się także do lekarza leczącego członków własnej rodziny, przed czym przestrzega wiele kodeksów etyki lekarskiej. Jednakże - tak jak i w przypadku innych postanowień kodeksów etyki - może to mieć różne zastosowanie w zależności od sytuacji. Przykładowo, indywidualni lekarze, praktykujący w odległych okolicach, mogą być zmuszeni do udzielania świadczeń członkom swej rodziny, zwłaszcza w nagłych przypadkach.

Komunikowanie się i zgoda pacjenta

Świadoma zgoda stanowi jedno z centralnych pojęć dzisiejszej etyki lekarskiej. Prawo pacjentów do osobistego podejmowania decyzji dotyczących ich zdrowia zostało wyrażone w wielu aktach z zakresu prawa oraz etyki. **Deklaracja WMA w sprawie Praw Pacjenta** stanowi, że:

Pacjent ma prawo samostanowienia, podejmowania własnych decyzji dotyczących siebie samego. Lekarz informuje pacjenta o konsekwencjach jego decyzji. Dorosły, umysłowo sprawny pacjent ma prawo zgodzić się lub odmówić zgody na jakąkolwiek procedurę diagnostyczną bądź terapię. Pacjent ma prawo uzyskać informacje konieczne do podjęcia takiej decyzji. Pacjent powinien w pełni rozumieć, jaki jest cel danego badania lub leczenia, jakie pociąga za sobą rezultaty i jakie byłyby konsekwencje nie wyrażenia zgody.

Koniecznym warunkiem świadomej zgody jest dobra komunikacja między lekarzem a pacjentem. Gdy normalnym zjawiskiem był paternalizm medyczny, komunikacja była stosunkowo prosta; polegała na tym, że lekarz wydawał pacjentowi polecenia poddania się takiemu lub innemu leczeniu. Obecnie od lekarzy wymaga się w tym zakresie dużo więcej. Muszą przedstawiać pacjentowi wszystkie informacje potrzebne do podjęcia decyzji. Obejmuje to wyjaśnianie prostym językiem złożonych zagadnień dotyczących diagnoz medycznych, rokowań i sposobów leczenia tak, aby pacjenci zrozumieli możliwe opcje z ich zaletami i wadami, udzielanie odpowiedzi na różnorodne pytania ze strony pacjentów oraz zrozumienie decyzji pacjenta, jaka by ona nie była, i, o ile to możliwe, jej podstaw. Umiejętność dobrego komunikowania się nie jest dla większości ludzi sprawą nabytą; konieczne jest świadome nauczanie się jej i ciągłe udoskonalanie.

Dwie podstawowe przeszkody dla dobrej komunikacji lekarza z pacjentem to bariery językowe i kulturowe. Jeżeli lekarz i pacjent nie mówią tym samym językiem, konieczny będzie tłumacz. Niestety w wielu miejscach brak jest wykwalifikowanych tłumaczy i lekarz zmuszony jest odnaleźć osobę najbardziej się do tego nadającą. Kultura, obejmująca język, ale szersza od niego, powoduje dodatkowe problemy w tym zakresie. Z powodu różnego kulturowego pojmowania charakteru i powodów choroby pacjenci mogą nie zrozumieć przedstawionej przez lekarza diagnozy i metod leczenia. W takiej sytuacji lekarze powinni podjąć wszelkie racjonalne próby sprawdzenia, czy pacjent rozumie kwestie związane ze zdrowiem i leczeniem, oraz w najlepszy sposób w jaki potrafią, poinformować pacjenta o swych zaleceniach.

Gdy lekarz we właściwy sposób przedstawi pacjentowi wszystkie potrzebne mu informacje o rozpoznaniu, rokowaniach oraz możliwych metodach leczenia, pacjent jest w stanie podjąć świadomą decyzję co do dalszego postępowania. Chociaż określenie „zgoda” sugeruje akceptację leczenia, koncepcja świadomej zgody ma takie samo zastosowanie do odmowy poddania się leczeniu lub dokonania wyboru spośród alternatywnych metod leczenia. Pacjenci zdolni do podejmowania świadomych decyzji mają prawo odmowy poddania się leczeniu, nawet jeżeli skutkować to będzie kalectwem lub śmiercią.

Zgoda może mieć formę wyraźną lub dorozumianą. W sposób wyraźny zgodę wyraża się ustnie lub na piśmie. Natomiast zgoda dorozumiana występuje, gdy pacjent poprzez swoje zachowanie daje do zrozumienia, że ma ochotę poddać się określonemu leczeniu lub zabiegowi. Fakt wyrażenia zgody na pobranie krwi można na przykład domniemywać na tej podstawie, że pacjent wystawia ramię. W przypadku leczenia stwarzającego podwyższone ryzyko lub wiążącego się ze znaczną dolegliwością dla pacjenta zaleca się uzyskanie zgody udzielonej w sposób wyraźny.

Istnieją dwa wyjątki od wymogu uzyskania świadomej zgody od pacjentów zdolnych do podejmowania świadomych decyzji:

- W przypadku, gdy pacjent z własnej nieprzymuszonej woli upoważnia lekarza lub osobę trzecią do podjęcia decyzji w jego imieniu. Z uwagi na to, że sprawa jest bardzo skomplikowana lub dlatego że pacjent ma pełne zaufanie do lekarza, może on powiedzieć lekarzowi, aby czynił to, co uważa za najlepsze. Lekarze powinni być ostrożni w takich sytuacjach i przedstawić pacjentowi podstawowe informacje o możliwych metodach leczeniach i zachęcać go do podjęcia decyzji osobiście. Jeżeli jednak pacjent nadal chce, aby to lekarz decydował, lekarz powinien tak zrobić zgodnie z najlepszym interesem pacjenta.
- W przypadku, gdy ujawnienie informacji byłoby szkodliwe dla pacjenta. W takiej sytuacji ma zastosowanie tradycyjna koncepcja „przywileju terapeutycznego”, pozwalającego lekarzom zataić informacje medyczne, jeżeli ich ujawnienie mogłoby spowodować dla pacjenta poważną szkodę fizyczną, psychiczną lub emocjonalną, na przykład istniałoby duże prawdopodobieństwo, że pacjent popełni samobójstwo, gdy rozpoznana została choroba terminalna. Przywilej ten jest narażony na spore nadużycia i lekarze powinni korzystać z niego jedynie w wyjątkowych, skrajnych okolicznościach. Powinni oczekiwać, że wszyscy pacjenci są w stanie poradzić sobie z faktami, i korzystać z prawa do nie wyjawiania informacji tylko w przypadkach, kiedy są głęboko przekonani, że więcej szkody wyniknie z powiedzenia pacjentowi prawdy.

W niektórych kręgach kulturowych powszechnie uważa się, że zobowiązanie lekarza do udzielania pacjentowi informacji nie dotyczy przypadków, gdy diagnoza wskazuje na chorobę terminalną. Panuje odczucie, że tego rodzaju informacja doprowadziłaby pacjenta do rozpacz, a pozostałe mu dni życia uczyniłaby znacznie bardziej nieszczęśliwe niż w sytuacji, gdy pacjent miałby nadzieję na wyzdrowienie. Nierzadko spotyka się na świecie przypadki, gdy bliscy pacjentów błagają lekarzy, aby nie informowali ich, że umierają. Lekarze przekazujący złe wieści, zwłaszcza o zagrożeniu życia, muszą być wrażliwi na czynniki kulturowe i osobiste. Niemniej jednak, prawo pacjenta do świadomego wyrażania zgody jest w coraz większym stopniu akceptowane, a podstawowym obowiązkiem lekarza jest pomaganie pacjentom w korzystaniu z tego prawa.

Podążając za rosnącą tendencją do postrzegania opieki zdrowotnej jako produkt a pacjentów jako konsumentów, pacjenci i ich rodziny żądają nierzadko dostępu do takich świadczeń medycznych, które według uzasadnionej opinii lekarzy, nie są właściwe. Przykłady takich świadczeń obejmują od antybiotyków przeciwko stanom wirusowym poprzez intensywną opiekę nad pacjentami w stanie śmierci mózgowej do obiecujących, lecz nie sprawdzonych, leków lub procedur chirurgicznych. Niektórzy pacjenci roszczą sobie „prawo” do wszelkich świadczeń medycznych, które, ich zdaniem, mogą być dla nich korzystne, a lekarze czasem zbyt skwapliwie się do tego przychylają, nawet jeśli są przekonani, że świadczenie nie ma żadnej korzyści medycznej dla stanu pacjenta. Problem ten jest szczególnie poważny w przypadku ograniczonych zasobów, gdy kontynuowanie „bezczelowego” lub „nie przedstawiającego korzyści” leczenia niektórych pacjentów oznacza pozostawienie bez opieki innych.

Bezczelowy i nie przedstawiający korzyści może być rozumiane w następujący sposób. W pewnych sytuacjach lekarz może traktować dane leczenie jako „medycznie” bezcelowe lub nie przedstawiające korzyści, ponieważ nie daje racjonalnej nadziei na wyleczenie lub poprawienie stanu zdrowia lub dlatego że pacjent jest trwale niezdolny do odczucia korzyści. W innych przypadkach celowość leczenia można określić jedynie odnosząc się do subiektywnej oceny przez pacjenta swojego samopoczucia. Ogólną regułą jest, że pacjent powinien brać udział w rozstrzygnięciu tego, co w jego przypadku jest bezcelowe. W wyjątkowych

okolicznościach takie rozważania mogą nie leżeć w interesie pacjenta. Lekarz nie ma obowiązku proponować pacjentowi bezcelowego leczenia.

Zasada świadomej zgody zakłada, że pacjent ma prawo wyboru metody leczenia spośród tych, które przedstawia mu lekarz. Istotnym tematem, wzbudzającym kontrowersje w etyce, prawie i polityce, staje się pytanie, w jakim stopniu pacjenci i ich rodziny są uprawnieni do świadczeń nie zalecanych przez lekarzy. Do czasu, gdy kwestia ta nie zostanie uregulowana przez władze, ubezpieczycieli oraz organizacje zawodowe, poszczególni lekarze sami będą musieli decydować, czy powinni przystawać na prośby o niewłaściwe leczenie. Powinni odmówić takim prośbom, jeżeli są przekonani, że leczenie przyniesie więcej szkody niż korzyści. Mogą się także nie podejmować leczenia, nawet jeżeli nie spowoduje szkody, ale prawdopodobnie nie przyniesie korzyści. Jednakże efekt placebo nie powinien być całkowicie pomijany. Kiedy w grę wchodzi ograniczone zasoby, lekarze powinni zwracać na to uwagę temu, kto odpowiada za alokację środków.

Decydowanie za pacjentów niezdolnych do podjęcia świadomej decyzji

Wielu pacjentów nie jest w stanie podejmować za siebie decyzji. Przykładem tego są małe dzieci, osoby dotknięte schorzeniami psychicznymi lub neurologicznymi oraz osoby, które utraciły przytomność lub znajdują się w śpiączce. W stosunku do takich pacjentów wymaga się decyzji zastępczej podjętej przez lekarza lub inną osobę. Problemy etyczne pojawiają się przy określaniu, kto jest właściwy do podjęcia decyzji zastępczej oraz jakie powinny być kryteria podejmowania decyzji na rzecz pacjentów do tego niezdolnych.

W czasach, gdy dominował paternalizm medyczny, lekarza uważano za właściwą osobę do podejmowania decyzji za niezdolnych do tego pacjentów. Lekarze mogli się konsultować z rodziną, ale ostateczne decyzje podejmowali sami. W wielu państwach lekarze stopniowo tracili to prawo, gdyż pacjentom przyznawano uprawnienie do wskazania, kto może za nich podejmować decyzję, jeżeli zajdzie taka potrzeba. Ponadto, w niektórych ustawodawstwach określa się hierarchiczny porządek osób mogących podejmować decyzje zastępcze (np. małżonek, dorosłe

dzieci, rodzeństwo itd.). W takich przypadkach lekarze sami podejmują decyzję za pacjenta tylko wtedy, kiedy nie można odszukać wyznaczonej osoby, co dosyć często zdarza się w sytuacjach nagłych. **Deklaracja WMA w sprawie Praw Pacjenta** określa obowiązki lekarza w następujący sposób:

Jeżeli pacjent jest nieprzytomny lub z innego powodu niezdolny do wyrażenia swej woli, świadomą zgodę należy uzyskać, o ile to możliwe, od jego przedstawiciela ustawowego. Jeżeli nie można się porozumieć z przedstawicielem ustawowym, a podjęcie czynności medycznych jest niezwłocznie konieczne, można domniemywać, że pacjent udzielił zgody, chyba że na podstawie wcześniej wyrażonej przez niego woli lub jego przekonań nie budzi wątpliwości, że nie wyraziłby w danej sytuacji zgody na zabieg.

Problemy pojawiają się, gdy osoby twierdzące, że mają prawo do podejmowania decyzji, na przykład członkowie rodziny, nie zgadzają się ze sobą lub zgadzają się, lecz ich decyzja nie leży, zdaniem lekarza, w interesie pacjenta. W pierwszym przypadku lekarz może podjąć się roli mediatora, ale jeżeli spór się przeciąga, można go rozwiązać w inny sposób, na przykład przekazując decyzję najstarszemu członkowi rodziny lub poprzez głosowanie. W przypadku poważnej różnicy zdań między lekarzem a osobą uprawnioną do podjęcia decyzji **Deklaracja w sprawie Praw Pacjenta** przedstawia następującą radę: „Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba przez niego upoważniona nie wyraża zgody na podjęcie leczenia, które, zdaniem lekarza, leży w najlepszym interesie pacjenta, lekarz powinien zwrócić się o podjęcie decyzji do odpowiedniego organu prawnego”.

Omówiona w poprzedniej części zasada świadomej zgody i związane z nią procedury mają takie samo zastosowanie do podejmowania decyzji zastępczych przez uprawnione osoby, jak do podejmowania decyzji osobiście przez pacjenta. Lekarze są tak samo zobowiązani do przedstawienia uprawnionej osobie wszystkich informacji potrzebnych do podjęcia decyzji. Obejmuje to wyjaśnianie prostym językiem złożonych zagadnień dotyczących diagnoz medycznych, rokowań i sposobów leczenia tak, aby osoba podejmująca decyzję zrozumiała możliwe opcje z ich zaletami i wadami, udzielanie odpowiedzi na różnorodne pytania ze strony tych osób oraz zrozumienie podjętej decyzji, jaka by ona nie była, i, o ile to możliwe, jej podstaw.

Podstawowymi kryteriami przy podejmowaniu za pacjenta decyzji o leczeniu są jego preferencje, o ile są znane. Preferencje te mogą wynikać z *uprzednich deklaracji* pacjenta bądź też mogły być przekazane wyznaczonym osobom, lekarzowi lub innym pracownikom służby zdrowia. Gdy preferencje pacjenta nie są znane, decyzje w sprawie leczenia powinny mieć na względzie dobro pacjenta, biorąc pod uwagę: (a) diagnozę i rokowania; (b) wartości wyznawane przez pacjenta; (c) informacje przedstawione przez osoby bliskie pacjentowi i mogące pomóc w określeniu jego interesów; (d) aspekty kulturowe i religijne dotyczące pacjenta, które mogłyby mieć wpływ na decyzje w sprawie leczenia. Takie podejście jest mniej niezawodne od sytuacji, w której pacjent pozostawił wyraźne wskazówki odnośnie swego leczenia, niemniej jednak pozwala osobie podejmującej decyzje wywnioskować, w świetle wcześniejszych decyzji podejmowanych przez pacjenta i jego ogólnego nastawienia do życia, jaka byłaby jego decyzja w zaistniałej sytuacji.

Ocena zdolności do podejmowania decyzji medycznych może przedstawiać trudności, szczególnie w odniesieniu do osób młodych oraz osób, u których zdolność rozumowania została ograniczona w wyniku nagłej lub przewlekłej choroby. Dana osoba może być zdolna do podejmowania decyzji dotyczących niektórych aspektów życia, a innych nie; jej zdolność może być także okresowa – w określonych porach dniach osoba taka może być przytomna i zorientowana, a w innych nie. Pomimo że tacy pacjenci mogą nie posiadać zdolności do czynności prawnych, ich preferencje powinny być brane pod uwagę przy podejmowaniu za nich decyzji. **Deklaracja w sprawie Praw Pacjenta** tak podchodzi do tej kwestii: „Jeżeli pacjent jest małoletni lub z innego względu prawnie ubezwłasnowolniony, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego. Pacjent musi, jednakże, być zaangażowany w proces podejmowania decyzji w największym stopniu, na jaki pozwala jego stan”.

Niejednokrotnie, pacjenci nie są zdolni podjąć rozsądnej, dobrze przemyślanej decyzji dotyczącej możliwych wariantów leczenia z powodu dolegliwości wywołanych chorobą. Pomimo tego mogą oni jednak być w stanie wyrazić swój brak akceptacji dla konkretnej interwencji, np. odżywiania dożylnego. W takich przypadkach należy potraktować takie oznaki niezgody bardzo poważnie, lecz należy je rozważyć w świetle ogólnych celów planowanego leczenia.

Szczególnie skomplikowane kwestie etyczne dotyczą pacjentów cierpiących na zaburzenia psychologiczne lub neurologiczne. Ważne jest, aby w największym możliwym stopniu respektować ich prawa, zwłaszcza prawo do wolności. Mimo to, może zachodzić konieczność ograniczania ich swobody lub leczenia wbrew ich woli w celu uniknięcia szkód, jakie mogliby uczynić sobie lub innym. Można wprowadzić rozróżnienie między ograniczeniem czyjejś swobody bez zgody zainteresowanego, a leczeniem bez takiej zgody. Część zwolenników praw pacjentów broni prawa takich osób do odmowy poddania się leczeniu, nawet jeżeli skutkować to będzie koniecznością ograniczenia ich swobody. Zasadnym powodem odmowy mogłyby być bolesne doświadczenia związane z leczeniem w przeszłości, na przykład poważne skutki uboczne kuracji lekami psychotropowymi. Działając jako osoba podejmująca decyzję za takich pacjentów, lekarze powinni się upewnić, że pacjenci ci faktycznie stanowią dla siebie lub innych zagrożenie, a nie są jedynie uciążliwi. Lekarze powinni próbować określić preferencje pacjentów co do metod leczenia oraz powody tych preferencji, nawet jeżeli nie można uczynić im w ostateczności zadość.

Tajemnica lekarska

Obowiązek zachowania przez lekarza w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta był kamieniem węgielnym etyki lekarskiej już od czasów Hipokratesa. Przysięga Hipokratesa stanowi, że: „Cokolwiek bym podczas leczenia, czy poza nim, z życia ludzkiego ujrzał, czy usłyszał, czego nie należy na zewnątrz rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy”. Przysięga - oraz jej nowsze wersje – nie dopuszcza żadnych wyjątków od zasady tajemnicy lekarskiej. **Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej** WMA stawia następujący wymóg: „Lekarz zachowa w całkowitej tajemnicy wszystko, co wie o swoim pacjencie, nawet po jego śmierci”. Inne kodeksy nie podzielają jednak tak rygorystycznego stosunku do tajemnicy lekarskiej. Możliwość tego, aby złamanie zasady tajemnicy lekarskiej było czasem uzasadnione, wymaga wyjaśnienia samej idei tajemnicy lekarskiej.

Duże znaczenie jakie nadaje się tajemnicy lekarskiej ma trzy źródła: autonomię, szacunek dla innych i zaufanie. Autonomia wiąże się z tajemnicą lekarską w ten

sposób, że dane osobowe należą do zainteresowanego i nie powinny być bez jego zgody podawane do wiadomości innych. Kiedy człowiek przekazuje informację na swój temat innej osobie, na przykład lekarzowi lub pielęgniarce, lub kiedy informacja wychodzi na jaw w wyniku badania medycznego, ci którzy weszli w jej posiadanie są zobowiązani zachować ją w tajemnicy, chyba że zainteresowany upoważni ich, aby ją rozpowszechnili.

Tajemnica lekarska jest istotna również dlatego, że ludzie zasługują na szacunek. Ważnym sposobem okazywania im szacunku jest ochranianie ich prywatności. W warunkach leczenia prywatność jest często znacznie ograniczona – tym bardziej jest to powodem, aby zapobiegać dalszemu, niepotrzebnemu wnikaniu w prywatne życie pacjenta. Ze względu na to, że poszczególni ludzie różnią się w swoim dążeniu do prywatności, nie możemy zakładać, że każdy chce być traktowany tak samo jak my. Należy dołożyć starań, ażeby ustalić, które informacje pacjent chce zachować w tajemnicy, a które jest skłonny ujawnić innym.

Zaufanie jest podstawowym elementem relacji lekarz-pacjent. Aby uzyskać opiekę lekarską, pacjenci muszą ujawniać informacje o sobie lekarzom i innym ludziom, którzy mogą być dla nich całkowicie obcy – takie informacje, które chcieliby zachować tylko dla siebie. Pacjenci muszą mieć dobre powody, aby ufać, że opiekujące się nimi osoby nie rozpowszechnią tych informacji. Podstawą tego zaufania jest etyczna i prawna zasada zachowania tajemnicy, dotrzymania której oczekuje się od pracowników ochrony zdrowia. Nie mając pewności, że to co ujawnią będzie traktowane jako poufne, pacjenci mogą zatrzymywać dla siebie pewne informacje osobiste. To może zaś przeszkadzać lekarzom w ich wysiłkach w prowadzeniu skutecznego leczenia lub osiągnięcia określonych celów z zakresu zdrowia publicznego.

Deklaracja w sprawie Praw Pacjenta następująco podsumowuje prawo pacjenta do zachowania przez lekarza tajemnicy:

- Wszystkie informacje, które mogą identyfikować tożsamość pacjenta, dotyczące stanu jego zdrowia, rozpoznania, rokowań i leczenia, oraz inne informacje o charakterze osobistym muszą być zachowywane w tajemnicy, nawet po śmierci

pacjenta. Krewni pacjenta mają wyjątkowo prawo dostępu do informacji wskazującej na ryzyko związane z ich zdrowiem.

- Poufne informacje mogą być ujawniane pod warunkiem, że pacjent udzieli wyraźnej zgody lub wyraźnie przewidują to przepisy prawa. Innym świadczeniodawcom można przekazywać jedynie informacje niezbędne dla kontynuacji leczenia, chyba że pacjent udzielił wyraźnej zgody.
- Wszelkie dane mogące identyfikować tożsamość pacjenta muszą być pod ochroną. Dane muszą być przechowywane w sposób zapewniający ich ochronę. Należy także ochraniać osoby, mogące być źródłem tego rodzaju informacji.

Jak stwierdza powyższa Deklaracja, istnieją wyjątki od wymogu zachowania tajemnicy lekarskiej. Niektóre wyjątki są stosunkowo bezproblemowe, inne zaś są dla lekarzy źródłem bardzo trudnych problemów etycznych.

Rutynowe łamanie tajemnicy ma często miejsce w większości zakładów opieki zdrowotnej. W celu udzielenia odpowiedniej opieki pacjentowi dostęp do jego dokumentacji medycznej należy zapewnić wielu osobom – lekarzom, pielęgniarkom, technikom laboratoryjnym itd. Dotyczy to także studentów w celu odpowiedniej nauki zawodu lekarskiego. W sytuacji, gdy pacjent posługuje się innym językiem niż personel medyczny, występuje potrzeba skorzystania z usług tłumacza. W przypadku pacjentów niezdolnych do podejmowania za siebie decyzji inne osoby muszą uzyskać informacje o pacjencie, aby móc w jego imieniu podjąć decyzję i zająć się jego opieką. Lekarze rutynowo informują członków rodziny zmarłego o przyczynach zgonu. Tego rodzaju przypadki łamania obowiązku tajemnicy lekarskiej są zazwyczaj usprawiedliwione. Powinny jednak być ograniczane do minimum, a osoby, które uzyskują informacje objęte tajemnicą, należy pouczyć, aby nie ujawniały tych informacji, o ile nie wymaga tego dobro pacjenta. Gdy tylko to możliwe, powinno się informować pacjenta o przypadkach nie zachowania tajemnicy lekarskiej.

Innym, powszechnie akceptowanym, powodem nie dochowywania tajemnicy, jest przestrzeganie wymogów prawnych. Wiele ustawodawstw zobowiązuje na przykład do informowania właściwych władz o pacjentach, którzy cierpią na określone choroby, są podejrzewani o maltretowanie dzieci lub nie są zdolni do kierowania pojazdami. Lekarze powinni znać wymogi prawne dotyczące ujawniania informacji o

pacjentach, które obowiązują w miejscu ich praktyki. Przepisy prawa nie mogą jednak stać w sprzeczności z zasadą respektowania praw człowieka, która tkwi u podstaw etyki lekarskiej. Lekarze powinni więc krytycznie przyglądać się przepisom wymagającym od nich łamania zasady tajemnicy lekarskiej i, zanim się do nich zastosują, upewnić się, że określony wymóg jest uzasadniony.

Jeżeli lekarz zostanie już przekonany, aby postąpić zgodnie z prawnymi wymogami ujawnienia informacji na temat swych pacjentów, zasadnym jest, aby przedtem przedyskutował konieczność ujawnienia informacji z pacjentem i nakłonił go do współdziałania. Lepiej jest na przykład, gdy pacjent podejrzany o czyny niedozwolone w stosunku do dzieci sam, w obecności lekarza, zgłosi ten fakt właściwym organom ochrony praw dziecka lub gdy lekarz uzyska jego zgodę na poinformowanie władz. Takie podejście ułatwi dalsze działania. Jeżeli jednak brak jest tego rodzaju współpracy, a lekarz ma powody przypuszczać, że jakakolwiek zwłoka może grozić dziecku poważną szkodą, powinien natychmiast zgłosić to odpowiednim władzom, a następnie poinformować o tym fakcie pacjenta.

Oprócz sytuacji, w których złamanie zasady tajemnicy lekarskiej jest wymagane przez prawo, lekarze mogą mieć obowiązek etyczny przekazania poufnych informacji innym osobom, dla których pacjent może być źródłem ryzyka. Dwa przypadki, będące przykładem tego rodzaju sytuacji, zachodzą, gdy pacjent mówi swemu psychiatrze, że zamierza skrzywdzić inną osobę, oraz gdy lekarz jest przekonany, że pacjent będący nosicielem wirusa HIV ma zamiar kontynuować stosunki seksualne ze współmałżonkiem lub innym partnerem bez zabezpieczenia.

Warunkiem nie dochowania tajemnicy lekarskiej w przypadkach, gdy nie wymaga tego przepis prawa, jest, aby spodziewana szkoda była bezpośrednia, poważna (i nieodwracalna), nie do uniknięcia w inny sposób niż ujawnienie informacji bez zgody pacjenta oraz większa od prawdopodobnej szkody, jaka wyniknie z nie dochowania tajemnicy. Przy określaniu stosunku powyższych szkód lekarz powinien ocenić i porównać stopień możliwych szkód oraz prawdopodobieństwo ich wystąpienia. W przypadku wątpliwości zasadne byłoby, aby lekarz zwrócił się o poradę do odpowiedniego eksperta.

Gdy lekarz stwierdzi, że obowiązek ostrzeżenia innej osoby uzasadnia złamanie tajemnicy lekarskiej, należy podjąć dwie dalsze decyzje. Komu lekarz powinien wyjawiać posiadane informacje i jak dużo należy ujawnić? Ogólnie mówiąc, ujawniać powinno się tylko informacje niezbędne do uniknięcia przewidywanej szkody oraz jedynie osobom, dla których jest to konieczne, aby szkody uniknąć. Należy podjąć racjonalne kroki w celu minimalizacji niedogodności, jakie mogą wyniknąć dla pacjenta w związku z ujawnieniem informacji na jego temat. Zaleca się, ażeby lekarz poinformował pacjenta, że dla jego dobra lub dobra innych osób może zająć konieczność złamania zasady tajemnicy lekarskiej. O ile to możliwe, powinno się nakłonić pacjenta do współpracy.

W przypadku pacjenta, będącego nosicielem wirusa HIV, ujawnienie tego faktu małżonkowi lub obecnemu partnerowi seksualnemu może nie być nieetyczne, a właściwie może być uzasadnione, jeżeli pacjent sam nie zamierza poinformować drugiej osoby o ryzyku na jakie jest narażona. Tego rodzaju ujawnienie może nastąpić przy spełnieniu wszystkich następujących warunków: partner jest narażony na infekcję HIV i nie ma żadnych innych racjonalnych środków, aby się o tym dowiedział; pacjent odmówił poinformowania swego partnera seksualnego; pacjent nie przyjął propozycji pomocy, polegającej na poinformowaniu partnera przez lekarza w imieniu pacjenta; lekarz zawiadomił pacjenta, że ma zamiar ujawnić informację jego partnerowi.

Szczególne trudności w odniesieniu do tajemnicy lekarskiej przedstawia opieka nad osobami skazanymi lub podejrzanymi o popełnienie przestępstwa. Chociaż lekarze udzielający opieki osobom przebywającym w zakładach karnych mają ograniczoną niezależność, powinni jednak czynić wszystko co w ich mocy, aby traktować takich pacjentów tak samo jak innych. W szczególności, powinni chronić tajemnicę lekarską poprzez nie ujawnianie władzom penitencjarnym szczegółów o stanie zdrowia pacjenta bez uprzedniego uzyskania od niego zgody.

Kwestie związane z początkiem życia

Wiele spośród istotnych zagadnień etyki lekarskiej wiąże się z początkiem ludzkiego życia. Ograniczony zakres niniejszego Podręcznika nie pozwala na szczegółowe zajęcie się tymi sprawami. Warto je jednak przynajmniej wymienić, ażeby mieć świadomość, że mają charakter etyczny, i odpowiednio z nimi postępować. Każda z poniższych kwestii była przedmiotem obszernych analiz ze strony stowarzyszeń lekarskich, etyków oraz rządowych organów doradczych, a w wielu państwach obowiązują przepisy prawne i inne akty określające sposób postępowania w takich sytuacjach.

ANTYKONCEPCJA – pomimo rosnącego międzynarodowego uznania prawa kobiety do kontrolowania swej płodności, włącznie z przeciwdziałaniem niechcianej ciąży, lekarze nadal mają do czynienia ze skomplikowanymi problemami, takimi jak prośby nieletnich o środki antykoncepcyjne oraz wyjaśnienie zagrożeń wynikających ze stosowania różnych metod antykoncepcji.

WSPOMAGANA PROKREACJA – dla osób lub par, które nie mogą począć dziecka w sposób naturalny, istnieją rozmaite techniki wspomaganej prokreacji, takie jak sztuczna inseminacja, zapłodnienie in vitro oraz wszczepienie embrionu, szeroko dostępne w większych ośrodkach medycznych. Inną możliwością jest *zastępcze macierzyństwo*. O żadnej z tych metod nie można powiedzieć, że nie przedstawia sobą żadnych problemów, czy to w przypadkach indywidualnych, czy ze względu na politykę społeczną.

PRENATALNE BADANIA GENETYCZNE – dostępne są obecnie testy genetyczne pozwalające stwierdzić, czy embrión lub płód nie jest dotknięty jakimiś wadami genetycznymi, oraz określić płeć dziecka. W oparciu o rezultat badań można podjąć decyzję o kontynuacji lub przerwaniu ciąży. Lekarze powinni stwierdzić, kiedy proponować takie badania i w jaki sposób wyjaśniać pacjentkom ich wyniki.

PRZERYWANIE CIAŻY – od dawna jest to jedno z zagadnień etyki lekarskiej, które najbardziej dzieli zarówno lekarzy jak i przedstawicieli władz publicznych.

Stanowisko WMA w sprawie Terapeutycznego Przerywania Ciąży potwierdza istniejącą rozbieżność poglądów i konkluduje, że „Jest to kwestia indywidualnego przekonania i sumienia, które należy respektować”.

CIEŻKO UPOŚLEDZONE NOWORODKI – z powodu skrajnego wcześniactwa lub wad wrodzonych niektóre noworodki mają bardzo małe szanse na przeżycie. Często trzeba podejmować trudne decyzje co do tego, czy próbować przedłużyć ich życie, czy też pozwolić im umrzeć.

KWESTIE ZWIĄZANE Z BADANIAMI NAUKOWYMI – dotyczą wytwarzania nowych embrionów lub stosowania embrionów „zapasowych” (tych, które nie są potrzebne do celów prokreacyjnych) do uzyskania komórek macierzystych dla ewentualnego zastosowania terapeutycznego, testowania nowych technik wspomaganej prokreacji oraz eksperymentowania na płodach ludzkich.

Kwestie związane z końcem życia

Zagadnienia wiążące się z końcem życia ludzkiego obejmują szereg kwestii, począwszy od prób przedłużenia życia umierających pacjentów, poprzez eksperymentalne technologie, takie jak transplantacja organów pochodzących od zwierząt, do działań mających na celu przedwczesne zakończenie życia, takich jak eutanazja i medycznie wspomagane samobójstwo.

Szczegółnej uwagi wymagają dwie kwestie: eutanazja i pomoc w samobójstwie.

- **EUTANAZJA** oznacza świadome i celowe dokonanie aktu, którego wyraźną intencją jest pozbawienie innej osoby życia i który zawiera następujące elementy: osoba pozbawiana życia jest osobą świadomą, o pełnej zdolności do czynności prawnych, cierpiącą na nieuleczalną chorobę, która dobrowolnie poprosiła o pozbawienie jej życia; osoba dokonująca aktu zna stan chorego oraz jego chęć śmierci i dokonuje aktu w celu pozbawienia go życia; akt dokonany jest ze współczuciem i bez korzyści osobistych.

- **POMOC W SAMOBÓJSTWIE** oznacza świadome i celowe przekazanie komuś wiedzy lub środków potrzebnych do popełnienia samobójstwa, włącznie z udzieleniem porady na temat śmiertelnych dawek leków, przepisaniem takich leków lub ich dostarczeniem.

Eutanazja i wspomagane samobójstwo traktuje się często jako moralnie równoważne, chociaż istnieje między nimi wyraźna różnica praktyczna, a w niektórych ustawodawstwach prawna.

Zgodnie z powyższymi definicjami eutanazję i wspomagane samobójstwo należy odróżnić od nie podejmowania lub wstrzymania nieodpowiedniego, bezcelowego bądź niechcianego leczenia lub udzielania opieki paliatywnej, nawet jeżeli prowadzi to do skrócenia życia.

Prośby o zastosowanie eutanazji lub pomoc w samobójstwie są wynikiem bólu lub cierpienia, którego pacjent nie może dłużej znosić. Woli raczej umrzeć niż nadal żyć w takich warunkach. Co więcej, wielu pacjentów uważa, że mają prawo umrzeć, jeżeli podejmą taką decyzję, a nawet, że mają prawo do uzyskania pomocy w samobójstwie. Za najlepsze „narzędzie” śmierci uważa się lekarzy, jako że posiadają oni wiedzę medyczną oraz dostęp do odpowiednich leków, zapewniających szybką, bezbolesną śmierć.

Lekarze, co zrozumiałe, niechętnie przyjmują prośby o zastosowanie eutanazji lub udzielenie pomocy w samobójstwie, ponieważ akty te są nielegalne w większości państw i zabronione przez większość kodeksów etyki lekarskiej. Zakaz taki był częścią Przysięgi Hipokratesa i został stanowczo potwierdzony przez WMA w **Deklaracji w sprawie Eutanazji**:

Eutanazja, czyli akt celowego pozbawienia pacjenta życia, nawet na prośbę samego pacjenta lub jego bliskich krewnych, jest nieetyczna. Nie uniemożliwia to lekarzowi uszanowania życzenia pacjenta, aby nie przeciwdziałać naturalnemu procesowi umierania w terminalnych fazach choroby.

Brak zgody na eutanazję i wspomagane samobójstwo nie oznacza, że lekarz nic nie może zrobić dla pacjenta cierpiącego na chorobę zagrażającą życiu, która jest w zaawansowanym stadium lub dla której brak jest odpowiednich środków leczniczych. W ostatnich latach nastąpił znaczny postęp w zakresie opieki paliatywnej mającej na celu złagodzenie bólu i cierpienia oraz podniesienia jakości życia. Opieka paliatywna może być odpowiednia dla człowieka w każdym wieku, od dziecka chorego na raka do osoby starszej zbliżającej się do schyłku swego życia. Aspektem opieki paliatywnej wymagającym zwiększonej uwagi jest kontrola bólu. Wszyscy lekarze, którzy opiekują się umierającymi pacjentami, powinni posiadać odpowiednie umiejętności w tym zakresie, jak również, tam gdzie to możliwe, dostęp do konsultacji ze strony specjalistów z dziedziny opieki paliatywnej. Przede wszystkim zaś, lekarze nie mogą opuszczać umierających pacjentów, lecz powinni nadal udzielać pełnej współczucia opieki, nawet gdy nie jest już możliwe wyleczenie.

Stosunek do śmierci jest powodem wielu innych problemów etycznych dla pacjentów, osób podejmujących decyzje zastępcze i lekarzy. Możliwość przedłużenia życia za pomocą leków, zabiegów reanimacyjnych, procedur radiologicznych i intensywnej opieki wymaga decydowania, kiedy podjąć stosowanie tych metod i kiedy od nich odstąpić, jeżeli nie przynoszą efektu.

Jak omawiano powyżej w odniesieniu do komunikowania się i zgody, pacjenci mają prawo odmówić poddania się leczeniu nawet, jeżeli odmowa skutkuje ich śmiercią. Ludzie znacznie się różnią w swym stosunku do śmierci; niektórzy robią wszystko, aby przedłużyć życie, bez względu na to, ile bólu i cierpienia to za sobą pociągnie, podczas gdy inni tak wyczekują śmierci, że odmawiają nawet prostych środków, które prawdopodobnie utrzymają ich przy życiu, jak na przykład antybiotyki na bakteryjne zapalenie płuc. Podjąwszy wszelkie możliwe próby udzielenia pacjentom informacji o dostępnych metodach leczenia i ich prawdopodobnych efektach, lekarze muszą respektować decyzje pacjentów dotyczące podjęcia lub kontynuowania leczenia.

Duże trudności wiążą się z podejmowaniem decyzji dotyczących zakończenia życia w przypadku pacjentów niezdolnych do samodzielnego podejmowania decyzji. Decyzja będzie łatwiejsza, jeżeli pacjent zawczasu, na przykład w formie uprzedniej

deklaracji, jasno wyraził swoje życzenia, chociaż takie deklaracje są zazwyczaj bardzo ogólnikowe i trzeba je interpretować w odniesieniu do aktualnego stanu pacjenta. Jeżeli pacjenci nie wyrazili w odpowiedni sposób swej woli, osoba podejmująca decyzję musi skorzystać z innego kryterium, mianowicie najlepszego interesu pacjenta.

POWRÓT DO ANALIZY WYBRANEGO PRZYPADKU

Wedle przedstawionej w niniejszym Rozdziale analizy stosunku między lekarzem a pacjentem, postępowanie dr. P. było niewłaściwe w wielu aspektach: (1) **KOMUNIKACJA** – nie podjął on żadnych prób porozumienia się z pacjentką odnośnie przyczyn jej stanu, możliwych metod leczenia lub ustalenia, czy pacjentkę stać na pozostanie w szpitalu; (2) **ZGODA** – nie uzyskał on od pacjentki świadomej zgody na leczenie; (3) **WSPÓŁCZUCIE** – jego postępowanie z pacjentką wykazało małe współczucie dla jej problemów. Zabieg chirurgiczny mógł być wykonany bardzo fachowo, a lekarz mógł już być zmęczony pod koniec długiego dyżuru, lecz to nie usprawiedliwia naruszeń etyki lekarskiej.

Rozdział III.

Lekarze a społeczeństwo.

CELE

Po przepracowaniu niniejszego rozdziału powinni Państwo być w stanie:

- rozpoznawać konflikty zachodzące pomiędzy zobowiązaniami lekarzy wobec pacjentów a zobowiązaniami wobec społeczeństwa oraz rozpoznawać przyczyny tych konfliktów
- ustalać oraz radzić sobie z problemami etycznymi związanymi z alokacją niewystarczających zasobów w medycynie
- rozpoznawać obowiązki lekarza odnośnie zdrowia publicznego

Analiza przypadku nr 2

Dr S. coraz bardziej denerwują pacjenci przychodzący do niej przed lub po konsultacji w tej samej sprawie u innego lekarza. Uważa, że takie postępowanie jest marnotrawieniem zasobów w ochronie zdrowia oraz ma zły wpływ na zdrowie pacjentów. Podejmuje decyzję, aby poinformować swych pacjentów, że przestanie ich leczyć, jeśli w tej samej sprawie nadal będą zasięgać porad u innych lekarzy. Ma także zamiar zwrócić się do krajowej organizacji lekarskiej, aby interweniowała w kręgach rządowych w celu przeciwdziałania takiej formie złego dysponowania zasobami ochrony zdrowia.

Co szczególnego jest w relacji lekarz – społeczeństwo?

Medycyna jest zawodem. Pojęcie „zawód” ma dwa odrębne, choć bardzo do siebie zbliżone znaczenia: (1) zajęcie charakteryzujące się poświęceniem dla dobra innych, wysokimi standardami moralnymi, szeroką wiedzą i umiejętnościami oraz wysokim poziomem autonomii; (2) grupa obejmująca wszystkich ludzi wykonujących to zajęcie. „Zawód lekarski” może oznaczać zarówno praktykowanie medycyny, jak i ogół lekarzy.

Profesjonalizm lekarski obejmuje nie tylko stosunek pomiędzy lekarzem a pacjentem, co było przedmiotem Rozdziału II, oraz stosunki z kolegami oraz przedstawicielami innych zawodów medycznych, czym zajmie się Rozdział IV. Obejmuje także relację ze społeczeństwem, którą można scharakteryzować jako „umowę społeczną”, na

podstawie której społeczeństwo przyznaje zawodowi lekarskiemu przywileje, takie jak wyłączne lub główne uprawnienie do udzielania określonych świadczeń oraz wysoki stopień samorządności zawodowej, a w zamian zawód lekarski zgadza się na korzystanie z tych przywilejów przede wszystkim na korzyść innych, a dopiero w drugim rzędzie na własną korzyść.

Dzisiaj, bardziej niż kiedykolwiek wcześniej, medycyna jest raczej działalnością społeczną niż ściśle indywidualną. Odbywa się i jest finansowana w ramach zorganizowanej struktury publicznej i prywatnej. Opiera się na badaniach naukowych oraz pracach nad nowymi produktami prowadzonymi przez organizacje publiczne oraz przedsiębiorstwa prywatne. Dla wielu procedur wymagane jest funkcjonowanie kompleksowych instytucji opieki zdrowotnej. Zajmuje się schorzeniami, których przyczyny mają w takim samym stopniu charakter społeczny jak biologiczny.

Etyka lekarska w tradycyjnym ujęciu hipokratesowskim nie zawiera zbyt wielu wskazówek w odniesieniu do stosunków ze społeczeństwem. Aby to uzupełnić, dzisiejsza etyka lekarska zwraca uwagę na zagadnienia wykraczające poza osobisty stosunek między lekarzem a pacjentem i określa kryteria oraz środki postępowania w takich przypadkach.

Mówienie o „społecznym” charakterze medycyny natychmiast wywołuje pytanie – co to jest społeczeństwo? W niniejszym Podręczniku termin ten odnosi się do zbiorowości lokalnej lub narodu. Nie jest synonimem władz państwowych; władza powinna, choć nie zawsze to czyni, reprezentować interesy społeczeństwa, ale nawet kiedy to czyni działa **za** społeczeństwo, lecz nie **jako** społeczeństwo.

Lekarze mają rozmaite relacje ze społeczeństwem. Ze względu na fakt, że społeczeństwo, oraz jego fizyczne otoczenie, jest ważnym czynnikiem oddziałującym na zdrowie pacjentów, zarówno zawód lekarski w ogóle, jak i poszczególni lekarze, odgrywają istotne role w dziedzinie zdrowia publicznego, edukacji zdrowotnej, ochrony środowiska, przepisów wpływających na zdrowie społeczności oraz składania zeznań w postępowaniach sądowych. Jak stanowi **Deklaracja WMA w sprawie Praw Pacjenta** „Ileokroć władza ustawodawcza lub wykonawcza bądź inna instytucja pozbawia pacjentów ich praw, lekarze powinni

podjąć odpowiednie środki, aby zapewnić lub przywrócić te prawa”. Na lekarzach spoczywa także ważna rola w zakresie alokacji niewystarczających społecznych zasobów w służbie zdrowia i czasami są oni zobowiązani pozbawiać pacjentów dostępu do świadczeń, do których nie są uprawnieni. Realizowanie tych zadań może powodować konflikty o charakterze etycznym, zwłaszcza gdy interes społeczny wydaje się być sprzeczny z interesem poszczególnych pacjentów.

Podwójna lojalność

Kiedy lekarze mają zobowiązania i odpowiadają zarówno przed swymi pacjentami, jak i przed stroną trzecią, a zobowiązania te są wzajemnie sprzeczne, znajdują się oni w sytuacji „podwójnej lojalności”. Stroną trzecią wymagającą lojalności lekarza mogą być organy władzy wykonawczej, pracodawcy (np. szpitale lub instytucje zarządzające ochroną zdrowia), ubezpieczyciele, przedstawiciele wojska, policji, służb penitencjarnych oraz członkowie rodziny. Pomimo że **Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej** WMA stanowi, że „Lekarz będzie w pełni lojalny wobec swych pacjentów”, powszechnie akceptuje się, że lekarz może w wyjątkowych okolicznościach traktować interesy innych osób wyżej niż interes pacjenta. Problemem etycznym z tym związanym jest decydowanie, kiedy i jak chronić pacjenta w obliczu nacisków strony trzeciej.

Sytuacje podwójnej lojalności obejmują spektrum rozciągające się od przypadków, w których przeważać powinien interes społeczny, do przypadków, w których interes pacjenta jest wyraźnie ważniejszy. Pomiędzy nimi istnieje olbrzymia szara strefa, w której właściwe działanie wymaga niemałej rozwagi.

Z jednej strony spektrum stoją wymogi obowiązkowego informowania właściwych władz o pacjentach, którzy cierpią na określone choroby, są podejrzewani o stosowanie przemocy wobec dzieci lub nie są zdolni do kierowania pojazdami. Lekarze powinni bezzwłocznie spełniać te obowiązki, choć należałoby informować pacjentów o tych faktach.

Z drugiej strony pojawiają się polecenia policji lub wojska, aby uczestniczyć w czynnościach naruszających podstawowe prawa człowieka, takich jak tortury. W swojej **Rezolucji z roku 2003 w sprawie Obowiązku Lekarzy Zgłaszania Przypadków Tortur lub Okrutnego, Nieludzkiego bądź Poniżającego Traktowania, o których wiedzą**, WMA przedstawia specjalne wskazówki postępowania dla lekarzy znajdujących się w takiej sytuacji. Lekarze powinni w szczególności stać na straży swej niezależności zawodowej w określaniu najlepszego interesu pacjenta oraz w największym możliwym stopniu przestrzegać etycznych wymogów świadomej zgody i tajemnicy lekarskiej. Jakiegokolwiek przypadki złamania tych wymogów muszą być uzasadnione i należy je ujawnić pacjentowi. Lekarze powinni zgłaszać właściwym władzom wszelkie nieuzasadnione ingerencje w opiekę nad ich pacjentami, zwłaszcza gdy naruszane są podstawowe prawa człowieka. Jeżeli władze nie podejmują żadnych kroków, pomocy można szukać w krajowej organizacji lekarskiej, w WMA lub w organizacjach ochrony praw człowieka.

Mniej więcej pośrodku spektrum występują niektóre programy zarządzanej opieki zdrowotnej, ograniczające autonomię kliniczną lekarzy przy dokonywaniu oceny, jak należy leczyć pacjentów. Choć tego rodzaju praktyki niekoniecznie są sprzeczne z interesem pacjentów, jednakże mogą takimi być, i lekarze powinni dokładnie rozważyć, czy uczestniczyć w takich programach. Jeżeli nie mają pod tym względem wyboru, na przykład, gdy brak jest programów alternatywnych, powinni energicznie bronić praw swoich własnych pacjentów oraz, poprzez stowarzyszenia lekarskie, praw wszystkich pacjentów dotkniętych tak restrykcyjną polityką.

Szczególnym rodzajem kwestii podwójnej lojalności, przed jaką stają lekarze, jest potencjalny lub rzeczywisty konflikt interesów pomiędzy przedsiębiorstwami komercyjnymi a pacjentami lub społeczeństwem. Firmy farmaceutyczne, producenci urządzeń medycznych i inne organizacje komercyjne często oferują lekarzom prezenty i inne korzyści, począwszy od bezpłatnych próbek produktów, poprzez podróż i zakwaterowanie w trakcie różnych przedsięwzięć edukacyjnych, na nadmiernych wynagrodzeniach za badania naukowe kończąc (p. Rozdział V). Wspólnym motywem leżącym u podłoża takiej hojności firm jest przekonywanie lekarza do przepisywania bądź stosowania wyrobów przedsiębiorstwa, które mogą nie być najkorzystniejsze dla pacjentów lekarza lub mogą bezpodstawnie zwiększać

społeczne koszty ochrony zdrowia. **Stanowisko** WMA z 2004 roku **dotyczące Stosunku między Lekarzami a Przedsiębiorstwami Komercyjnymi** zawiera wytyczne dla lekarzy znajdujących się w takich sytuacjach, a wiele krajowych organizacji lekarskich opracowało własne wytyczne w tej dziedzinie. Zgodnie z główną zasadą etyczną leżącą u podstaw tych wytycznych, lekarze powinni rozwiązywać konflikty pomiędzy własnymi interesami a interesami swych pacjentów na korzyść pacjentów.

Alokacja środków

We wszystkich krajach świata, nie wyłączając tych najbogatszych, istnieje już teraz szeroka i stale rosnąca luka pomiędzy potrzebami i oczekiwaniami odnośnie świadczeń zdrowotnych a dostępnością środków umożliwiających udzielanie tych świadczeń. Istnienie tej luki wymaga racjonowania dostępnych zasobów w taki czy inny sposób. Racjonowanie opieki zdrowotnej, lub jak się to często określa „alokacja środków”, odbywa się na trzech poziomach:

- Na najwyższym poziomie (makro), rząd decyduje, jaka część budżetu państwa powinna zostać przeznaczona na zdrowie, które świadczenia zdrowotne będą udzielane nieodpłatnie, a za które pobierane będą opłaty bezpośrednio od pacjentów lub od instytucji ubezpieczenia zdrowotnego; w ramach budżetu przeznaczonego na zdrowie określa się, ile zostanie wydane na wynagrodzenia lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia, na funkcjonowanie szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej, na badania naukowe, na edukację medyczną, na leczenie określonych chorób, jak gruźlica, AIDS, itd.
- Na instytucjonalnym poziomie (meso), obejmującym szpitale, kliniki, zakłady opieki zdrowotnej, itd., kierownictwo decyduje jak alokować posiadane środki: których świadczeń udzielać, ile przeznaczyć na wynagrodzenia dla personelu, na sprzęt, ochronę, inne wydatki bieżące, remonty, rozbudowę itd.

- Na poziomie indywidualnego pacjenta (mikro), świadczeniodawcy, zwłaszcza lekarze, decydują, jakie badania należy zalecić, czy potrzebne jest skierowanie do innego lekarza, czy pacjent powinien być hospitalizowany, czy potrzebny jest lek oryginalny, czy też można zastosować lek generyczny, itp. Szacuje się, że lekarze inicjują 80% wydatków ochrony zdrowia i, pomimo rosnącej ekspansji zarządzanej opieki zdrowotnej, nadal mają spory zakres swobody w decydowaniu, do jakich zasobów będą mieli dostęp ich pacjenci.

Wybory dokonywane na każdym z poziomów mają w dużej części charakter etyczny, jako że oparte są na wartościach i pociągają za sobą istotne konsekwencje odnośnie zdrowia i samopoczucia jednostek oraz społeczności. Pomimo że na poszczególnych lekarzy oddziałują decyzje podejmowane na wszystkich poziomach, najbardziej są oni zaangażowani na poziomie mikro. Wobec tego, na tym skoncentruje się dalsza część rozważań.

Jak stwierdzono powyżej, od lekarzy tradycyjnie oczekiwano, aby działali wyłącznie w interesie swoich własnych pacjentów, nie bacząc na potrzeby innych. Podstawowe lekarskie wartości etyczne współczucia, fachowości i autonomii były nastawione na służeńie potrzebom własnych pacjentów. Taki indywidualistyczny stosunek do etyki lekarskiej przetrwał okres przechodzenia od paternalizmu lekarskiego do autonomii pacjenta, kiedy to wola pacjenta stała się głównym kryterium decydowania, co pacjent powinien uzyskać. Po jakimś czasie jednak inna wartość, sprawiedliwość, stała się ważną okolicznością przy podejmowaniu decyzji medycznych. Pociąga za sobą bardziej społeczne podejście do dystrybucji środków, biorące pod uwagę potrzeby innych pacjentów. Wedle tego, lekarze odpowiadają nie tylko za swoich własnych pacjentów, ale do pewnego stopnia także za innych.

To nowe pojmowanie roli lekarza w alokacji zasobów wyrażone jest w kodeksach etyki szeregu krajowych stowarzyszeń lekarskich, jak również w **Deklaracji WMA w sprawie Praw Pacjenta**, która stwierdza, że „W sytuacji, gdy trzeba dokonywać wyboru, który z potencjalnych pacjentów powinien uzyskać określone świadczenie, dostęp do którego jest ograniczony, wszyscy pacjenci zasługują na uczciwą procedurę selekcji. Wybór taki musi opierać się na kryteriach medycznych i należy go dokonać bez dyskryminacji”.

Jednym ze sposobów, w jaki lekarze mogą wypełniać swe obowiązki związane z alokacją środków, jest unikanie marnotrawnych i nieskutecznych procedur, nawet jeżeli proszą o nie pacjenci. Nadmierne stosowanie antybiotyków jest tylko jednym z przykładów postępowania, które jest zarówno marnotrawne, jak i szkodliwe. Wyrwykowe badania kliniczne wykazały, że wiele innych powszechnych metod leczenia jest nieskutecznych w odniesieniu do chorób, do których się je stosuje. Opracowano wytyczne postępowania klinicznego dotyczące wielu przypadków medycznych, które pomagają odróżniać skuteczne i nieskuteczne sposoby leczenia. Lekarze powinni się zaznajomić z tymi wytycznymi zarówno po to, aby ochraniać zasoby, jak i po to, żeby zapewniać swym pacjentom optymalne leczenie.

Rodzajem decyzji alokacyjnej, którą wielu lekarzy musi podejmować, jest wybór spośród dwóch lub więcej pacjentów potrzebujących świadczeń, których ilość nie jest wystarczająca, takich jak opieka medyczna w nagłych przypadkach, ostatnie wolne łóżko na oddziale intensywnej opieki, organy do transplantacji, zaawansowane technicznie badania radiologiczne oraz niektóre bardzo kosztowne leki. Lekarze sprawujący kontrolę nad tymi zasobami muszą decydować, którzy pacjenci będą mieli do nich dostęp, a którzy nie, dobrze przy tym wiedząc, że ci ostatni mogą z tego powodu cierpieć, a nawet umrzeć.

Niektórzy lekarze stoją w obliczu dodatkowych problemów wiążących się z alokacją środków z tego względu, że mają udział w określaniu ogólnej strategii działania, która dotyczy także ich własnych pacjentów. Takie konflikty pojawiają się w szpitalach i innych instytucjach, w których lekarze zajmują kierownicze stanowiska lub są członkami komisji rekomendujących lub określających linie postępowania. Chociaż wielu lekarzy próbuje odcinać się od problemów swoich własnych pacjentów, inni mogą starać się wykorzystać swą pozycję do przedkładania spraw swych pacjentów nad sprawami innych osób, mających większe potrzeby.

Zajmując się kwestiami alokacji, lekarze nie tylko muszą wyważać zasady współczucia i sprawiedliwości, ale, czyniąc to, muszą decydować, która koncepcja sprawiedliwości jest bardziej wskazana. Istnieje wiele takich koncepcji, włącznie z następującymi:

- **LIBERTARIAŃSKA** – dystrybucja środków powinna następować według zasad rynkowych (indywidualny wybór uwarunkowany możliwością i chęcią zapłacenia, przy ograniczonej darmowej opiece dla osób pozbawionych środków do życia);
- **UTYLITARNA** – dystrybucja środków powinna następować według zasady maksymalnej korzyści dla wszystkich;
- **EGALITARNA** – dystrybucja środków powinna następować ściśle według potrzeby;
- **RESTORATYWNA** – dystrybucja środków powinna następować tak, aby była korzystna dla tych, którzy z powodów historycznych są w niekorzystnej sytuacji.

Jak wyżej zauważono, lekarze stopniowo odchodzili od tradycyjnego indywidualizmu etyki lekarskiej, który faworyzował stosunek libertariański, w kierunku bardziej socjalnego pojmowania swojej roli. Jednak nawet jeżeli koncepcja libertariańska nie jest powszechnie akceptowana, etycy nie osiągnęli consensusu w określeniu, który z trzech pozostałych stosunków jest najważniejszy. Każdy z nich wyraźnie prowadzi do innych rezultatów przy zastosowaniu do przedstawionych wyżej kwestii, tj. decydowania, jakie badania należy zalecić, czy potrzebne jest skierowanie do innego lekarza, czy pacjent powinien być hospitalizowany, czy potrzebny jest lek oryginalny, czy też można zastosować lek generyczny, komu przyznać organ do transplantacji, itp. Koncepcja utilitarna jest prawdopodobnie najtrudniejsza w zastosowaniu przez pojedynczego lekarza, ponieważ wymaga dostępu do znacznej ilości danych na temat możliwych rezultatów określonych zabiegów, nie tylko dla pacjentów konkretnego lekarza, ale i dla wszystkich innych. Wybór spośród pozostałych dwóch koncepcji (lub trzech, jeżeli nie wyłącza się libertarianizmu) zależeć będzie od osobistej moralności lekarza oraz społeczno-politycznego otoczenia, w jakim wykonuje swą praktykę. Niektóre państwa, jak Stany Zjednoczone, popierają koncepcję libertariańską; inne, np. Szwecja, znane są ze swego egalitaryzmu; podczas gdy jeszcze inne, jak Republika Południowej Afryki, próbują stosować

koncepcję restoratywną. Wielu planistów opieki zdrowotnej promuje utylitaryzm. Pomimo zachodzących różnic, dwie lub więcej koncepcji sprawiedliwości często współistnieją w krajowych systemach opieki zdrowotnej i w takich państwach lekarze mogą mieć możliwość wybrania takiego rodzaju praktyki (np. publicznej lub prywatnej), która odpowiada koncepcji przez nich wyznawanej.

Oprócz wszelkich ról, jakie lekarze mogą odgrywać w dziedzinie alokacji już dostępnych zasobów ochrony zdrowia, są oni także zobowiązani orędować wzrost tych środków, jeżeli nie wystarczają do spełniania potrzeb pacjentów. To zwykle wymaga wspólnego działania lekarzy w ramach organizacji zawodowych w celu przekonywania decydentów w rządzie i na innych szczeblach administracji o fakcie istnienia tych potrzeb oraz o najlepszych sposobach sprostania im, zarówno na poziomie krajowym, jak i w wymiarze globalnym.

Zdrowie publiczne

W XX wieku medycyna była świadkiem pojawienia się niefortunnego rozdziału pomiędzy „zdrowiem publicznym” a innym rodzajem opieki zdrowotnej (przypuszczalnie zdrowiem „prywatnym” lub „indywidualnym”). Jest to zjawisko niefortunne, ponieważ, jak wyżej podkreślono, społeczeństwo składa się z jednostek, a środki podejmowane w celu ochrony i poprawy zdrowia ogółu skutkują korzyściami zdrowotnymi dla jednostek.

Zamieszanie powstaje także, gdy „zdrowie publiczne” rozumie się jako „opiekę zdrowotną finansowaną ze środków publicznych” (tj. ze środków pochodzących z państwowego systemu podatkowego lub z powszechnego, obowiązkowego ubezpieczenia) i przeciwstawia się jej „opiecz zdrowotnej finansowanej ze środków prywatnych” (tj. opłacanej osobiście przez pacjenta lub poprzez prywatne ubezpieczenia zdrowotne, przeważnie nie będące powszechnie dostępnymi).

Pojęcie „zdrowie publiczne”, tak jak jest tutaj rozumiane, odnosi się zarówno do zdrowia ogółu społeczeństwa, jak też do specjalizacji lekarskiej zajmującej się zdrowiem bardziej z punktu widzenia populacji niż jednostki. W każdym państwie

istnieje duże zapotrzebowanie na specjalistów z tej dziedziny, aby doradzali i zalecali działania publiczne promujące dobre zdrowie oraz aby angażowali się w działania mające na celu chronienie społeczeństwa przed chorobami zakaźnymi oraz innymi ryzykami zdrowotnymi. Praktyka zdrowia publicznego, w zakresie swej podstawy naukowej, opiera się mocno na epidemiologii, która jest nauką o rozmieszczeniu i czynnikach wpływających na choroby w populacjach. W istocie rzeczy, niektórzy lekarze podejmują dodatkowe szkolenie i zostają specjalistami z epidemiologii. Wszyscy lekarze muszą sobie jednak zdawać sprawę ze społecznych i środowiskowych czynników wpływających na stan zdrowia ich pacjentów. Jak stwierdza **Stanowisko WMA w sprawie Promocji Zdrowia**: „Lekarze i ich organizacje zawodowe mają obowiązek etyczny i zawodowy, aby w każdym czasie działać w najlepszym interesie swych pacjentów oraz łączyć ten obowiązek z szerszą troską i zaangażowanie w promowanie zdrowia publicznego”.

Działania z zakresu zdrowia publicznego, jak programy szczepień ochronnych oraz reakcje na wybuchy chorób zakaźnych, są ważnymi czynnikami wpływającymi na zdrowie jednostek, ale czynniki społeczne, jak warunki mieszkaniowe, odżywianie i zatrudnienie, są równie, o ile nie bardziej, istotne. Lekarze rzadko są w stanie leczyć społeczne przyczyny chorób swych pacjentów, chociaż powinni kierować pacjentów do wszelkich dostępnych świadczeń socjalnych. Lekarze mogą się jednak przyczyniać, nawet jeśli nie bezpośrednio, do długofalowego rozwiązywania tych problemów poprzez uczestniczenie w publicznych działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej, kontrolowanie i zgłaszanie zagrożeń zdrowotnych, rozpoznawanie i podawanie do publicznej wiadomości szkodliwych dla zdrowia skutków problemów społecznych typu przemoc i molestowanie oraz zalecanie poprawy świadczeń z zakresu zdrowia publicznego.

Czasami jednak to, co korzystne pod kątem zdrowia publicznego, może stać w sprzeczności z tym, co korzystne dla poszczególnych pacjentów, na przykład, kiedy szczepienie niosące za sobą ryzyko niepożądanego reakcji uniemożliwi pacjentowi przenoszenie choroby, lecz nie zapobiegnie jego zachorowaniu, lub gdy istnieje obowiązek zgłaszania przypadków określonych chorób zakaźnych, przypadków maltretowania dzieci bądź okoliczności mogących sprawić, że pewne czynności, jak prowadzenie pojazdu lub pilotowanie samolotu, będą niebezpieczne dla samego

pacjenta lub innych osób. Są to przykłady opisanych już sytuacji podwójnej lojalności. Sposoby postępowania w takich i innych sytuacjach omówiono w Rozdziale II, w części dotyczącej tajemnicy lekarskiej. Ogólnie mówiąc, lekarze powinni starać się znajdować rozwiązania minimalizujące wszelkie szkody, jakie mogą być wyrządzone poszczególnym pacjentom w wyniku spełniania wymogów stawianych przez zdrowie publiczne. Kiedy na przykład wymagane jest zgłaszanie określonych zdarzeń, to spełniając takie wymogi prawne, informacje o pacjencie należy zachowywać w tajemnicy w największym możliwym stopniu.

Inny rodzaj konfliktów pomiędzy interesami poszczególnych pacjentów a interesami społecznymi powstaje, gdy lekarze proszeni są o udzielanie pacjentom pomocy w uzyskaniu świadczeń, do których nie są uprawnieni, np. świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia. Lekarzom powierzono prawo do orzekania, czy pacjent znajduje się w stanie, który go kwalifikuje do takich świadczeń. Mimo że niektórzy lekarze nie są chętni do odmawiania prośbom pacjentów o zaświadczenia, które im nie przysługują, powinni raczej pomagać pacjentom w uzyskaniu innych środków wsparcia, nie wymagających nieetycznego postępowania.

Zdrowie globalne

Przekonanie, że lekarze mają zobowiązania w stosunku do społeczności, w której żyją, zostało w ostatnich latach rozciągnięte na zobowiązania odnoszące się do zdrowia globalnego. Pojęcie to zdefiniowano jako problemy i kwestie zdrowotne, które przekraczają granice państwowe, na które mogą mieć wpływ okoliczności lub doświadczenia z innych państw oraz które najlepiej rozwiązywać poprzez wspólne działania. Zdrowie globalne jest częścią o wiele szerszego ruchu globalizacyjnego, który obejmuje wymianę informacji, handel, politykę, turystykę i szereg innych form ludzkiej działalności.

Podstawę globalizacji stanowi przekonanie, że jednostki i społeczeństwa są coraz bardziej wzajemnie od siebie zależne. Jest to wyraźnie widoczne w odniesieniu do zdrowia ludzkiego, co wykazało szybkie rozprzestrzenianie się chorób, takich jak grypa lub SARS. Kontrola nad takimi epidemiami wymaga międzynarodowych

działań. Fakt nie wykrycia i leczenia wysokozakaźnych chorób przez lekarza w jednym kraju może mieć druzgocące skutki dla pacjentów w innych krajach. Z tego powodu etyczne zobowiązania lekarzy wykraczają daleko poza ich własnych pacjentów, a nawet poza ich społeczności lub narody.

Rozwój globalnego spojrzenia na zdrowie spowodował zwiększenie świadomości istniejących na świecie nierówności w zakresie zdrowia. Pomimo prowadzonych na szeroką skalę kampanii zwalczających przedwczesną śmiertelność oraz obniżających poziom zachorowalności w najbiedniejszych krajach, co pozwoliło uzyskać pewne sukcesy, takie jak wyeliminowanie ospy i (miejmy nadzieję) paraliżu dziecięcego, różnice w stanie zdrowia pomiędzy państwami o dużych i niskich przychodach nadal się powiększają. Częściowo jest to skutkiem HIV / AIDS, które najbardziej dotknęło biedne państwa, ale częściowo także z tego powodu, że państwa o niskich przychodach nie skorzystały ze zwiększonego bogactwa, jakie świat wypracował przez ostatnie dekady. Chociaż przyczyny biedy są w większości natury politycznej lub ekonomicznej, a co za tym idzie znajdują się daleko poza kontrolą lekarzy i ich organizacji, lekarze są zmuszeni zajmować się negatywnymi skutkami zdrowotnymi wynikającymi z ubóstwa. W biednych państwach lekarze mają do dyspozycji skromne środki i stale stoją w obliczu wyzwań związanych z alokacją tych środków w jak najbardziej sprawiedliwy sposób. Nawet jednak w krajach średnio lub bardzo zamożnych lekarze spotykają pacjentów bezpośrednio dotkniętych globalizacją - jak uchodźcy - czasami nie mających dostępu do opieki medycznej przysługującej obywatelom tych krajów.

Inną cechą globalizacji jest międzynarodowa mobilność przedstawicieli zawodów medycznych, w tym lekarzy. Odpływ lekarzy z krajów rozwijających się do krajów wysoko uprzemysłowionych był korzystny zarówno dla samych lekarzy, jak i przyjmujących ich państw, lecz niezbyt korzystny dla państw, z których wyjeżdżali. WMA w swych **Wskazówkach Etycznych odnośnie Międzynarodowej Rekrutacji Lekarzy** stwierdza, że nie powinno się uniemożliwiać lekarzom opuszczania swojego kraju, aby kontynuować karierę w innym kraju. WMA wzywa jednak każde państwo do czynienia wszystkiego, co w jego mocy, aby wykształcić odpowiednią liczbę lekarzy, z uwzględnieniem krajowych potrzeb i środków, a nie opierać się na imigrantach z innych państw przy uzupełnianiu kadry lekarskiej.

Lekarze z państw uprzemysłowionych mają długą tradycję wspomagania krajów rozwijających się swym doświadczeniem i umiejętnościami. Przejawia się to w wielu formach: pomoc medyczna w stanach nagłej konieczności koordynowana przez organizacje typu Czerwony Krzyż i Czerwony Półksiężyc oraz Lekarze bez Granic, krótkoterminowe akcje zabiegowe przeciwko takim stanom chorobowym jak zaćma czy rozszczepienie podniebienia, stanowiska nauczycieli wizytujących na uczelniach medycznych, krótko lub długoterminowe projekty badawcze, dostarczanie leków i sprzętu medycznego, itd. Takie programy stanowią przykład pozytywnej strony globalizacji i służą przynajmniej częściowemu rekompensowaniu przemieszczania się lekarzy z biedniejszych krajów do bogatszych.

POWRÓT DO ANALIZY WYBRANEGO PRZYPADKU

Wedle przedstawionej w niniejszym Rozdziale analizy stosunku między lekarzem a społeczeństwem, dr P. ma rację, zastanawiając się nad społecznymi skutkami postępowania swojego pacjenta. Nawet jeżeli pacjent zasięga dodatkowych porad poza systemem zdrowotnym, w którym pracuje dr S., a więc nie pociąga to za sobą żadnych kosztów finansowych dla społeczeństwa, pacjent zajmuje czas dr S., który mogłaby poświęcić innym pacjentom, potrzebującym jej pomocy. Lekarze tacy jak dr S. muszą jednak ostrożnie podchodzić do tego rodzaju sytuacji. Z wielu różnych powodów pacjenci nie są często w stanie podejmować w pełni racjonalnych decyzji i mogą potrzebować czasu i edukacji zdrowotnej, aby pojąć, co leży w najlepszym interesie ich i innych. Dr S. ma także rację zwracając się do swojego stowarzyszenia lekarskiego, aby poszukiwało ogólnospołecznego rozwiązania tego problemu, ponieważ dotyczy on nie tylko jej i tego konkretnego pacjenta, lecz również innych lekarzy i ich pacjentów.

Rozdział IV.

Lekarze a inni lekarze.

CELE

Po przepracowaniu niniejszego rozdziału powinni Państwo być w stanie:

- opisać, jak lekarze powinni się zachowywać w stosunku do siebie
- uzasadnić obowiązek zgłaszania nieetycznego postępowania kolegów
- określić główne zasady etyczne dotyczące współpracy z innymi osobami przy sprawowaniu opieki nad pacjentami
- wyjaśnić, w jaki sposób rozwiązywać konflikty z innymi świadczeniodawcami

Analiza przypadku nr 3

Dr C., nowo mianowany anestezjolog w szpitalu miejskim, jest zaniepokojony zachowaniem na sali operacyjnej starszego chirurga. Stosuje on przestarzałe techniki, wydłużające zabieg i skutkujące bardziej dolegliwymi bólami pooperacyjnymi oraz dłuższym okresem powrotu do zdrowia. Ponadto, lekarz ten często, w grubiański sposób, żartuje z pacjentów, co ewidentnie przeszkadza asystującym pielęgniarkom. Będąc młodszym lekarzem, dr C. ociaga się przed osobistą krytyką chirurga lub zgłoszeniem jego zachowania kierownictwu. Jednakże czuje, że musi podjąć jakieś działanie, aby poprawić sytuację.

Wyzwania dla autorytetu lekarskiego

Lekarze należą do grupy zawodowej tradycyjnie funkcjonującej w bardzo *zhierarchizowany* sposób, zarówno w wymiarze wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Wewnętrznie, istnieją trzy nachodzące na siebie *hierarchie*: pierwsza opiera się na rozróżnieniu pomiędzy specjalizacjami – niektóre z nich uważa się za bardziej prestiżowe i lepiej się je wynagradza; druga występuje w ramach specjalizacji – nauczyciele akademicki są bardziej wpływowi niż lekarze zajmujący się prywatną lub publiczną praktyką; trzecia wiąże się z opieką nad określonymi pacjentami – główny świadczeniodawca znajduje się u góry hierarchii, a inni lekarze, nawet o większych kwalifikacjach lub umiejętnościach, działają jedynie jako konsultanci, chyba że pacjent zostaje przekazany pod ich opiekę. Zewnętrznie, lekarze tradycyjnie

znajdowali się u góry hierarchii świadczeniodawców, ponad pielęgniarkami i przedstawicielami innych zawodów medycznych.

Niniejszy Rozdział zajmie się problemami etycznymi powstającymi zarówno w hierarchiach wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Niektóre zagadnienia są wspólne dla obu rodzajów hierarchii; inne zaś można znaleźć tylko w jednych lub drugich. Wiele poruszanych zagadnień jest stosunkowo nowych, gdyż wynikają z niedawnych zmian w medycynie i opiece zdrowotnej. Zwięzły opis tych zmian jest tutaj na miejscu, jako że stanowią one poważne wyzwania dla utrzymywania autorytetu lekarskiego.

Wraz z szybkim wzrostem wiedzy naukowej i jej zastosowań klinicznych medycyna stała się coraz bardziej skomplikowana. Pojedynczy lekarze nie są raczej w stanie być ekspertami odnośnie wszystkich chorób swych pacjentów i możliwych metod leczenia. Potrzebują więc pomocy ze strony innych lekarzy specjalistów oraz wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia, jak pielęgniarki, farmaceuci, fizjoterapeuci, technicy laboratoryjni, pracownicy opieki społecznej i wielu innych. Lekarze powinni wiedzieć, jak uzyskać dostęp do odpowiednich umiejętności, których potrzebują ich pacjenci, a których sami nie posiadają.

Jak omawiano w Rozdziale II, paternalizm medyczny był stopniowo wypierany przez wzrastające uznanie prawa pacjentów do podejmowania własnych decyzji medycznych. W rezultacie, kooperatywny model podejmowania decyzji zajął miejsce modelu autorytarnego, który był charakterystyczny dla paternalizmu medycznego. To samo zachodzi w stosunkach pomiędzy lekarzami a przedstawicielami innych zawodów medycznych. Ci drudzy w coraz większym stopniu nie są skłonni stosować się do zaleceń lekarza bez poznania podstaw tych zaleceń. Uważają się za profesjonalistów posiadających szczególne zobowiązania etyczne wobec pacjentów; jeżeli ich postrzeganie tych zobowiązań koliduje z zaleceniami lekarskim, czują, że muszą zgłaszać swe wątpliwości, a nawet zakwestionować te zalecenia. Podczas gdy w ramach modelu hierarchicznego nigdy nie istniały wątpliwości co do tego, kto ma pozycję nadrzędną i czyje zdanie powinno przeważać w razie konfliktu, model kooperatywny może być podstawą sporów dotyczących właściwej opieki nad pacjentem.

Tego rodzaju przemiany zmieniają „reguły gry” odnoszące się do relacji lekarzy z innymi lekarzami oraz z przedstawicielami innych zawodów medycznych. Dalsza część tego Rozdziału określi pewne aspekty tych stosunków, które mogą być przyczyną problemów, i zaproponuje sposoby radzenia sobie z nimi.

Stosunki z kolegami lekarzami, nauczycielami oraz studentami

Od lekarzy, jako członków zawodu lekarskiego, tradycyjnie oczekiwano, że będą się wzajemnie traktowali bardziej jak członkowie rodziny niż jak obcy, czy nawet przyjaciele. **Deklaracja Genewska** WMA zawiera przyrzeczenie, że „Moje koleżanki i koledzy będą moimi siostrami i braćmi”. Interpretacja tego wymogu była różna w różnych krajach i na przestrzeni czasu. Tam gdzie na przykład jedyną lub zasadniczą formą wynagradzania lekarzy była opłata za konkretne świadczenie, istniała silna tradycja „uprzejmości zawodowej”, zgodnie z którą lekarze nie pobierali od innych lekarzy opłat za leczenie. Taka praktyka zaniknęła w państwach, w których dostępna jest refundacja ze strony trzeciej.

Obok wymogów pozytywnych, aby traktować swych kolegów z szacunkiem i współpracować w celu maksymalizacji opieki nad pacjentem, **Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej** WMA zawiera dwa zakazy dotyczące wzajemnych stosunków między lekarzami: (1) płacenia lub otrzymywania zapłaty bądź innych korzyści wyłącznie w celu wystawienia skierowania pacjenta; (2) „podkradania” pacjentów innym lekarzom. Trzeci obowiązek – informowania o nieetycznym lub niekompetentnym postępowaniu kolegów, jest omówiony poniżej.

Wedle hipokratesowskiej tradycji etyki lekarskiej, lekarze winni okazywać szczególny szacunek swym nauczycielom. **Deklaracja Genewska** określa to w ten sposób: „Będę otaczał moich nauczycieli należną im wdzięcznością i szacunkiem”. Chociaż dzisiejsza edukacja medyczna wymaga wielorakich relacji między studentem a nauczycielami, w odróżnieniu od pojedynczej relacji z jednym mentorem charakterystycznej w latach ubiegłych, nadal uzależniona jest od dobrej woli i poświęcenia lekarzy praktyków, którzy często nie otrzymują żadnego wynagrodzenia za swą działalność pedagogiczną. Studenci oraz szkolący się lekarze mają dług

wdzięczności w stosunku do swych nauczycieli, bez których edukacja medyczna sprowadzałaby się do samouctwa.

Ze swojej strony, nauczyciele są zobowiązani traktować swych studentów z szacunkiem i służyć im dobrym przykładem w zakresie stosunku do pacjenta. Tzw. „ukryty program” kształcenia medycznego, czyli standardy postępowania, których przykładem jest zachowanie praktykujących lekarzy, ma znacznie większy wpływ niż jasno określony program nauczania etyki lekarskiej, a w przypadku, gdy pojawia się sprzeczność pomiędzy wymogami etycznymi a postawą i zachowaniem nauczycieli, studenci medycyny z większym prawdopodobieństwem postąpią za przykładem swych nauczycieli.

Nauczyciele są szczególnie zobowiązani, ażeby nie wymagać od studentów nieetycznego postępowania. Przykładami takich działań, opisywanymi w prasie medycznej, są sytuacje, gdy studenci uzyskują zgodę pacjenta na przeprowadzenie zabiegu wtedy, kiedy powinien on zostać wykonany przez osobę w pełni wykwalifikowaną, lub gdy bez zgody dokonują badań miednicy u pacjentów będących pod narkozą bądź niedawno zmarłych oraz gdy bez nadzoru dokonują zabiegów, które (nawet jeśli są to mniejsze zabiegi, jak np. wprowadzenie dożylnie) niektórzy studenci uważają za przekraczające ich kompetencje. Z uwagi na nierówny układ sił pomiędzy studentami a nauczycielami i wynikający z tego opór studentów przed kwestionowaniem lub nie stosowaniem się do tego rodzaju poleceń, nauczyciele powinni upewniać się, że nie wymagają od studentów, aby działali w sposób nieetyczny. Na wielu uczelniach medycznych funkcjonują przedstawiciele klasowi lub stowarzyszenia studenckie, które, oprócz innych uprawnień, mogą zgłaszać problemy związane z kwestiami etycznymi w kształceniu medycznym. Studenci interesujący się etycznymi aspektami swojego kształcenia powinni mieć możliwość zgłaszania swych problemów bez ryzyka automatycznego nadania im etykiety donosicieli, jak również dostęp do odpowiedniej pomocy, jeżeli zajdzie konieczność nadania sprawie bardziej formalnego charakteru.

Od studentów oczekuje się zaś, aby wykazywali się wysokimi standardami etycznego postępowania właściwymi dla przyszłych lekarzy. Powinni traktować innych studentów jak kolegów i w razie potrzeby być gotowi do zaoferowania pomocy, także

doradzenia w przypadku nieetycznego zachowania. Powinni również w pełni angażować się we wspólne projekty i obowiązki, takie jak zadania wyznaczone przez nauczycieli oraz pełnienie dyżurów.

Zgłaszanie niebezpiecznego lub nieetycznego postępowania

Medycyna tradycyjnie była dumna ze swego statusu zawodu samorządnego. W zamian za przyznane przez społeczeństwo przywileje i zaufanie pacjentów pokładane w jego przedstawicielach, zawód lekarski wypracował wysokie standardy postępowania, obowiązujące jego członków, a także procedury dyscyplinarne, pozwalające badać zarzuty niewłaściwego zachowania oraz, jeżeli to konieczne, karać sprawców. Taki system samoregulacji często zawodził i w ostatnich latach podjęto kroki, aby poddać zawód większej odpowiedzialności, na przykład poprzez wprowadzenie do organów nadzorujących osób spoza zawodu. Głównym wymogiem samorządności jest jednak pełne poparcie jej zasad przez lekarzy i ich chęć do ujawniania i reagowania na przypadki niebezpiecznego i nieetycznego postępowania.

Ten obowiązek informowania o niekompetencji, niezdolności do wykonywania zawodu lub niewłaściwym zachowaniu innych lekarzy podkreślają kodeksy etyki lekarskiej. **Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej** WMA stanowi na przykład, że „Lekarz będzie (...) dokładał starań, aby ujawniać lekarzy wykazujących niedostatki w charakterze lub kompetencjach bądź biorących udział w oszustwie lub wyłudzeniu”. Stosowanie tej zasady rzadko jest jednak sprawą łatwą. Z jednej strony, lekarz może się pokusić o zaatakowanie reputacji innego lekarza z niegodnych powodów osobistych, takich jak zazdrość, lub w odwecie za zniewagę doznaną ze strony tego lekarza. Lekarz może być także niechętny informowaniu o niewłaściwym zachowaniu innego lekarza z powodu przyjaźni lub sympatii. Konsekwencje dokonania zgłoszenia mogą być bardzo szkodliwe dla czyniącej to osoby, włącznie z niemal pewną wrogością ze strony obwinionego, a być może również innych lekarzy.

Pomimo przedstawionych niedogodności, zgłaszanie niewłaściwego postępowania jest zawodowym obowiązkiem lekarzy. Są oni odpowiedzialni nie tylko za

utrzymywanie dobrej reputacji zawodu, ale nierzadko są jedynymi osobami dostrzegającymi przypadki niekompetencji, niezdolności do wykonywania zawodu lub niewłaściwego zachowania. Informowanie organów dyscyplinarnych o zachowaniu kolegów powinno mieć jednak miejsce w ostateczności, po wypróbowaniu innych alternatyw, które nie przyniosły rezultatu. Pierwszym krokiem może być nawiązanie kontaktu z lekarzem, o którego chodzi, i poinformowanie go, że uważa się jego zachowanie za niebezpieczne lub nieetyczne. Jeżeli sprawę da się rozwiązać na tym poziomie, może nie być potrzeby dalszych działań. Jeżeli nie, kolejnym krokiem może być przedyskutowanie sprawy ze swoim lub sprawcy przełożonym i pozostawienie mu decyzji o dalszym postępowaniu. Jeżeli tego rodzaju metody są niepraktyczne lub nie przynoszą efektów, konieczne może być podjęcie ostatecznego kroku, którym jest poinformowanie o sprawie organów dyscyplinarnych.

Stosunki z przedstawicielami innych zawodów medycznych

Na początku Rozdziału II, poświęconego stosunkom z pacjentami omówiono olbrzymie znaczenie, jakie w relacji lekarz-pacjent ma szacunek i równe traktowanie. Przedstawione tam zasady w takim samym stopniu tyczą się stosunków ze współpracownikami. W szczególności, do kontaktów z wszystkimi osobami, z którymi lekarz współdziała podczas opieki nad pacjentem oraz przy wykonywaniu innych czynności zawodowych, ma zastosowanie zakaz dyskryminacji z takich względów jak „wiek, choroba lub inwalidztwo, wyznanie, pochodzenie etniczne, płeć, narodowość, poglądy polityczne, rasa, orientacja seksualna lub pozycja społeczna” (**Deklaracja Genewska WMA**).

Niedyskryminacja jest bierną cechą stosunku. Szacunek jest czymś bardziej aktywnym i pozytywnym. W odniesieniu do innych świadczeniodawców - lekarzy, pielęgniarek, personelu pomocniczego itd. - pociąga za sobą wymóg doceniania ich umiejętności i doświadczenia w takim stopniu, w jakim mogą mieć wkład w zapewnianie opieki pacjentom. Co prawda, świadczeniodawcy nie są sobie równi pod względem posiadanego wykształcenia, ale są równi jako ludzie i wspólnie wykazują podobną troskę o dobro pacjentów.

Istnieją jednakże – tak jak w stosunku do pacjentów – uzasadnione powody odmowy nawiązania lub zakończenia współpracy z innym świadczeniodawcą. Obejmują one brak zaufania co do zdolności i rzetelności drugiej osoby oraz poważne nieporozumienia osobiste. Odróżnienie ich od motywów mniej godnych może wymagać od lekarza wykazywania się znaczną wrażliwością etyczną.

Współpraca

Zawód lekarski jest zawodem cechującym się zarazem wysokim indywidualizmem, jak i znaczną kooperatywnością. Z jednej strony, lekarze są dosyć zaborczy w stosunku do „swoich” pacjentów. Nie bez powodu twierdzi się, że pojedynczy stosunek między lekarzem a pacjentem jest najlepszym środkiem do nabywania wiedzy o pacjencie i kontynuowania opieki, co stanowi optymalny sposób zapobiegania chorobom i leczenia ich. Utrzymywanie pacjentów przy sobie jest korzystne także dla lekarza, przynajmniej pod względem finansowym. Jednocześnie, jak już podkreślono, medycyna jest bardzo złożona i wyspecjalizowana, przez co wymaga ścisłej współpracy lekarzy o różnej, lecz uzupełniającej się wiedzy i umiejętnościach. Napięcia między indywidualizmem a kooperatywnością były stale powracającym tematem w etyce lekarskiej.

Oslabianiu paternalizmu medycznego towarzyszyło zanikanie poglądu, że pacjenci „należą” do swoich lekarzy. Tradycyjne prawo pacjentów do uzyskania dodatkowej opinii lekarskiej zostało rozszerzone poprzez włączenie do niego dostępu do innych świadczeniodawców, mogących w lepszy sposób odpowiadać ich potrzebom. Zgodnie z **Deklaracją w sprawie Praw Pacjenta** „Lekarz ma obowiązek współpracować przy koordynowaniu medycznie wskazanej opieki z innymi świadczeniodawcami zajmującymi się pacjentem”. Jak zauważono powyżej, lekarze nie powinni jednak uzyskiwać korzyści z tej współpracy poprzez podział opłat.

Przeciw wagą restrykcji wiążących się z „przynależnością” pacjentów do lekarza powinny być inne środki mające na celu ochronę prymatu relacji pacjent-lekarz. Na przykład pacjent leczony przez więcej niż jednego lekarza, co zwykle ma miejsce w szpitalu, powinien, tam gdzie to tylko możliwe, mieć jednego lekarza koordynującego

opiekę, który może go informować o ogólnych postępach leczenia i pomagać mu w podejmowaniu decyzji.

Podczas gdy stosunki między lekarzami rządzą się generalnie dobrze sformułowanymi i zrozumiałymi regułami, stosunki między lekarzami a przedstawicielami innych zawodów medycznych są w stanie ciągłych zmian i występuje duża różnica zdań na temat roli, jaką każdy z nich powinien pełnić. Jak już stwierdzono, wiele pielęgniarek, farmaceutów, fizjoterapeutów i innych pracowników ochrony zdrowia uważa się – w swojej dziedzinie działalności – za osoby bardziej kompetentne od lekarzy i nie widzi powodu, aby nie być traktowanym na równi z lekarzami. Popierają zespołowy model opieki nad pacjentem, w ramach którego opinie wszystkich są w równym stopniu brane pod uwagę, i uważają, że odpowiadają przed pacjentem, a nie przed lekarzem. Z drugiej strony, wielu lekarzy jest zdania, że nawet przyjąwszy zespołowy model opieki, ktoś musi mieć rolę wiodącą, a najbardziej nadają się do tego lekarze z uwagi na ich wykształcenie i doświadczenie.

Chociaż niektórzy lekarze mogą stawiać opór sprzeciwom wobec ich tradycyjnego, prawie absolutnego autorytetu, wydaje się pewne, że ich rola będzie się zmieniać w reakcji na żądania większego udziału w podejmowaniu decyzji medycznych zarówno ze strony pacjentów, jak i innych świadczeniodawców. Lekarze będą musieli umieć uzasadniać swoje rekomendacje i przekonywać innych do ich zaakceptowania. Oprócz umiejętności komunikowania się lekarze będą musieli potrafić rozwiązywać konflikty powstające między poszczególnymi osobami udzielającymi opieki pacjentowi.

Szczególne wyzwanie dla współpracy podejmowanej w najlepszym interesie pacjentów wynika ze zwracania się przez nich do osób udzielających świadczeń z zakresu medycyny zwanej tradycyjną lub alternatywną („uzdrowicieli”). Z ich usług korzysta duża część populacji w Afryce i Azji oraz coraz więcej osób w Europie i obu Amerykach. Chociaż niektórzy mogą uważać obie metody leczenia za komplementarne, w wielu sytuacjach mogą one stać ze sobą w sprzeczności. Ze względu na to, że przynajmniej część zabiegów tradycyjnych i alternatywnych przynosi efekty terapeutyczne, a pacjenci chcą z nich korzystać, lekarze powinni poszukiwać sposobów współpracy z takimi osobami. Rodzaj współpracy będzie się

różnił w poszczególnych państwach oraz w zależności od osób zajmujących się medycyną alternatywną. W każdym tego rodzaju współdziałaniu dobro pacjentów powinno być nadrzędną wartością.

Rozwiązywanie konfliktów

Pomimo że lekarze mogą stawać w obliczu wielu różnych konfliktów z innymi lekarzami oraz innego rodzaju świadczeniodawcami, na przykład odnośnie procedur administracyjno-biurowych lub wynagrodzenia, w tym miejscu uwaga zostanie poświęcona konfliktom dotyczącym opieki nad pacjentem. W idealnym stanie rzeczy decyzje z zakresu opieki zdrowotnej odzwierciedlają to, co zostało uzgodnione pomiędzy pacjentem, lekarzami i wszystkimi pozostałymi osobami zaangażowanymi w opiekę. Niepewność i rozbieżne punkty widzenia mogą jednak prowadzić do nieporozumień co do celów leczenia lub sposobów prowadzących do ich osiągnięcia. Ograniczone środki w opiece zdrowotnej oraz kwestie organizacyjne również mogą utrudniać osiągnięcie consensusu.

Nieporozumienia między członkami zespołu medycznego odnośnie celów leczenia oraz metod ich osiągnięcia powinny być przez nich wyjaśniane tak, aby nie pogorszyło to ich stosunków z pacjentem. Nieporozumienia między personelem medycznym a kadrą zarządzającą dotyczące alokacji środków powinny być rozwiązywane w ramach zakładu opieki zdrowotnej, a nie być roztrząsane w obecności pacjenta. Ponieważ oba rodzaje konfliktów są natury etycznej, przy ich rozwiązywaniu można skorzystać z opinii komisji etyki klinicznej lub eksperta ds. etyki, o ile możliwy jest dostęp do takiej porady.

Dla rozwiązywania takich konfliktów przydatne mogą być następujące wskazówki:

- Konflikty należy rozwiązywać w sposób jak najbardziej nieformalny, na przykład w drodze bezpośrednich negocjacji między nie zgadzającymi się ze sobą osobami, do bardziej formalnych procedur przystępując tylko, jeżeli środki nieformalne zawiodą.
- Opinie wszystkich bezpośrednio zaangażowanych osób powinny być przedstawione i należyście rozważone.

- Podstawowym argumentem branym pod uwagę przy rozwiązywaniu sporów powinien być świadomy wybór dotyczący leczenia dokonany przez pacjenta lub w jego imieniu przez inną uprawnioną do tego osobę.
- Jeżeli przedmiotem sporu jest to, jakie opcje leczenia powinny być zaproponowane pacjentowi, przeważnie bardziej wskazany jest szerszy zakres opcji. Jeśli preferowane leczenie nie jest dostępne z powodu ograniczonych środków, pacjent powinien z reguły zostać o tym poinformowany.
- Jeżeli, podjąwszy odpowiednie ku temu wysiłki, nie można osiągnąć porozumienia lub kompromisu w drodze dialogu, zaakceptować należy decyzję osoby uprawnionej lub odpowiedzialnej za jej podjęcie. Gdy nie jest jasne lub brak jest porozumienia co do tego, kto ma prawo lub obowiązek podjąć decyzję, należy poddać tę kwestię mediacji, arbitrażowi lub rozstrzygnięciu sądowemu.

Jeżeli udzielający opieki nie może pogodzić się z podjętą decyzją z powodu oceny zawodowej lub przekonań osobistych, powinien mieć możliwość odstąpienia od udziału w jej realizacji po upewnieniu się, że pacjentowi nie grozi szkoda lub pozostanie bez opieki.

POWRÓT DO ANALIZY WYBRANEGO PRZYPADKU

Dr C. ma rację, że niepokoi go zachowanie starszego chirurga na sali operacyjnej. Stanowi on bowiem nie tylko zagrożenie dla zdrowia pacjenta, ale nie wykazuje także szacunku zarówno dla pacjenta, jak i współpracowników. Obowiązkiem etycznym dr. C. jest nie zignorowanie takiego zachowania i podjęcie jakiegoś działania. Po pierwsze, nie powinien okazywać jakiegokolwiek akceptacji tego nieprzyzwoitego zachowania, na przykład śmiejąc się z opowiadanych żartów. Jeżeli sądzi, że skutek może odnieść przedyskutowanie problemu z chirurgiem, powinien tak postąpić. W przeciwnym razie potrzebne może być skontaktowanie się bezpośrednio z przełożonymi w szpitalu. Jeżeli nie zechcą się oni zająć sytuacją, dr C. może się zwrócić do właściwego organu nadzorującego wykonywanie zawodu przez lekarzy z prośbą o zainteresowanie się sprawą.

Rozdział V.

Badania naukowe w medycynie

CELE

Po przepracowaniu niniejszego rozdziału powinni Państwo być w stanie:

- określić podstawowe zasady etyki badań naukowych
- wyważać proporcje pomiędzy badaniami naukowymi a opieką kliniczną
- spełniać wymogi stawiane przez komisje etyczne

Analiza przypadku nr 4

Dr R., lekarz rodzinny w małej miejscowości na wsi, otrzymuje od ośrodka prowadzącego badania ofertę wzięcia udziału w badaniu klinicznym nowego niesterydowego leku przeciwzapalnego na chorobę zwyrodnieniową stawów. Będzie otrzymywać określoną kwotę pieniężną od każdego pacjenta, którego zaangażuje do udziału w badaniu. Przedstawiciel ośrodka zapewnił dr R., że badanie uzyskało wszelkie wymagane zezwolenia, w tym opinię komisji etycznej. Dr R. nigdy wcześniej nie uczestniczyła w badaniu klinicznym i jest zadowolona z tej możliwości, zwłaszcza wzięwszy pod uwagę dodatkowe pieniądze. Przyjmuje ofertę bez dalszych pytań o naukowe i etyczne aspekty badania.

Znaczenie badań naukowych w medycynie

Medycyna nie jest nauką ścisłą jak matematyka i fizyka. Istnieje w niej wiele ogólnych zasad, które obowiązują w większości przypadków, jednakże każdy pacjent jest inny i to, co stanowi skuteczną formę leczenia dla 90% populacji, może nie zadziałać w stosunku do pozostałych 10%. Tak więc medycyna jest z natury rzeczy eksperymentalna. Kontrolować i oceniać trzeba jednak najpowszechniej nawet akceptowane metody leczenia, aby stwierdzić czy są skuteczne dla określonych pacjentów oraz, w danym zakresie, dla ogółu pacjentów. Jest to jedna z funkcji badań naukowych w medycynie.

Inną, być może lepiej znaną, funkcją jest rozwijanie nowych form terapii, szczególnie leków, urządzeń medycznych i technik operacyjnych. W ostatnich 50 latach nastąpił olbrzymi postęp w tej dziedzinie i obecnie prowadzi się dużo więcej badań niż

kiedykolwiek wcześniej. Mimo wszystko, nadal bez odpowiedzi pozostaje szereg pytań dotyczących funkcjonowania ludzkiego organizmu, przyczyn chorób (zarówno tych już znanych, jak i nowych) oraz najlepszych sposobów zapobiegania im lub ich leczenia. Jedynym środkiem na udzielenie odpowiedzi na te pytania są badania naukowe.

Obok dążeń do lepszego poznania fizjologii człowieka medyczne badania naukowe zajmują się całym wachlarzem innych czynników wpływających na ludzkie zdrowie, obejmujących występowanie chorób (epidemiologia), organizację, finansowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych (badania poświęcone systemom zdrowotnym), społeczne i kulturowe aspekty zdrowia (socjologia i antropologia medyczna), prawo medyczne oraz etykę medyczną. Znaczenie tego rodzaju badań jest coraz bardziej doceniane przez jednostki finansujące – liczne z nich prowadzą specjalne programy badań naukowych, których przedmiotem nie jest fizjologia.

Badania naukowe w praktyce lekarskiej

Wszyscy lekarze korzystają w swojej praktyce klinicznej z wyników badań naukowych. Aby zachowywać swe kompetencje, lekarze muszą być na bieżąco z badaniami prowadzonymi aktualnie w dziedzinie, w której praktykują, poprzez udział w programach doskonalenia zawodowego, czytanie czasopism medycznych oraz kontakty z kolegami posiadającymi wiedzę na ten temat. Lekarze, nawet jeżeli sami nie angażują się w prowadzenie badań, muszą wiedzieć, jak interpretować ich wyniki i jak je stosować w leczeniu swych pacjentów. Oznacza to, że dla fachowej praktyki medycznej niezbędna jest przynajmniej podstawowa znajomość metod badawczych. Najlepszą drogą nabycia takiej wiedzy jest udział w projektach badawczych – czy to podczas studiów medycznych, czy po ich ukończeniu.

Dla praktykujących lekarzy najbardziej powszechną metodą badań naukowych jest badanie kliniczne. Zanim nowy lek może zostać zarejestrowany przez odpowiednie urzędy państwowe, musi zostać poddany dokładnym badaniom określającym jego bezpieczeństwo i skuteczność. Proces taki rozpoczyna się próbami laboratoryjnymi

oraz testowaniem na zwierzętach. Jeżeli rezultaty okażą się zachęcające, następują cztery kolejne fazy badań:

- Pierwsza faza badania, zwykle przeprowadzana na stosunkowo małej liczbie zdrowych ochotników, biorących przeważnie udział za wynagrodzeniem, ma na celu określenie, jaka dawka leku jest potrzebna do spowodowania reakcji organizmu ludzkiego, jak organizm przyjmuje lek i czy lek ma toksyczne lub szkodliwe skutki.
- Druga faza badania przeprowadzana jest na grupie pacjentów cierpiących na chorobę, do której lek ma być stosowany, w celu stwierdzenia, czy lek w jakiś sposób skutecznie działa na daną chorobę i czy ma szkodliwe skutki uboczne.
- Trzecia faza badania jest badaniem klinicznym, w ramach którego lek podaje się dużej grupie pacjentów i porównuje do innego leku, o ile taki istnieje w odniesieniu do danej choroby, lub do placebo. Gdy to możliwe, badanie przeprowadza się metodą podwójnie ślepej próby, polegającej na tym, że ani osoby poddawane badaniu, ani ich lekarze nie wiedzą, kto przyjmuje placebo, a kto przyjmuje badany lek.
- Czwarta faza badania odbywa się po zarejestrowaniu leku i dopuszczeniu go do obrotu. Przez kilka początkowych lat nowy lek jest kontrolowany pod kątem skutków ubocznych, których nie ujawniono w poprzednich fazach. Ponadto, firma farmaceutyczna przeważnie interesuje się, jak lek jest odbierany przez ordynujących go lekarzy oraz stosujących go pacjentów.

Szybki wzrost w ostatnich latach liczby prowadzonych badań stworzył potrzebę wyszukiwania i werbowania coraz to większej liczby pacjentów tak, ażeby sprostać statystycznym wymogom tego rodzaju badań. Kierujący badaniami, czy to niezależni lekarze, czy firmy farmaceutyczne, zdają się obecnie na innych lekarzy, często z różnych krajów, aby nakłaniali pacjentów do brania udziału w badaniach.

Chociaż uczestnictwo w badaniach jest dla lekarzy cennym doświadczeniem, istnieją potencjalne problemy, z których należy sobie zdawać sprawę i ich unikać. Przede wszystkim, rola lekarza w stosunkach lekarz-pacjent jest odmienna od roli badacza w stosunkach z osobą poddawaną badaniom nawet, jeżeli lekarz i badacz to ten sam człowiek. Podstawowym obowiązkiem lekarza jest dbanie o zdrowie i dobre

samopoczucie pacjenta, podczas gdy głównym zadaniem badacza jest gromadzenie wiedzy, która może, ale nie musi, mieć korzystny wpływ na zdrowie i samopoczucie osoby poddawanej badaniom. Może tu więc wystąpić ewentualny konflikt między tymi dwoma rolami. W takim przypadku rola lekarza przeważać musi nad rolą badacza. Co to oznacza w praktyce, zostanie wykazane poniżej.

Innym potencjalnym problemem przy łączeniu tych dwóch ról jest konflikt interesów. Badania w medycynie są dobrze finansowanym przedsięwzięciem, a lekarzom proponuje się czasem znaczące wynagrodzenie za wzięcie w nich udziału. Może ono przyjmować postać pieniężną w formie opłat za werbowanie pacjentów, może to być np. sprzęt komputerowy do przekazywania danych dotyczących badań, zaproszenia na konferencje, na których omawia się wyniki badań, oraz współautorstwo publikacji poświęconych rezultatom badań. Chęć lekarza do uzyskania tych korzyści może czasami stawać w sprzeczności z jego obowiązkiem udzielania pacjentowi najlepszej możliwej opieki. Może to też kolidować z prawem pacjenta do uzyskania informacji, koniecznej do podjęcia w pełni świadomej decyzji o udziale lub odmowie udziału w badaniach.

Takie ewentualne problemy można przezwyciężyć. Wartości etyczne wyznawane przez lekarza – współczucie, fachowość, autonomia – dotyczą także badacza. Nie ma więc naturalnego konfliktu między obiema rolami. Jeśli tylko lekarze rozumieją i stosują się do podstawowych etycznych reguł badań naukowych, nie powinni mieć trudności, uczestnicząc w badaniach, stanowiących integralną część ich praktyki klinicznej.

Wymogi etyczne

Podstawowe zasady etyki badawczej są dobrze ugruntowane. Nie zawsze tak jednak było. Wielu prominentnych badaczy prowadziło w XIX i XX wieku eksperymenty na pacjentach bez ich zgody, poświęcając mało, o ile w ogóle, uwagi ich samopoczuciu. Pomimo że od wczesnych lat XX wieku ukazywały się opracowania na temat etyki badań naukowych, nie przeszkodziło to lekarzom w nazistowskich Niemczech, i nie tylko, w przeprowadzaniu eksperymentów na ludziach w sposób jaskrawo

naruszający podstawowe prawa człowieka. Po II Wojnie Światowej niektórych spośród tych lekarzy osądził i uznał za winnych specjalny trybunał w Norymberdze. Podstawy tego orzeczenia znane są jako Kodeks Norymberski, który stał się jednym z dokumentów będących podwaliną współczesnej etyki badań naukowych. Wśród dziesięciu zasad tego Kodeksu znajduje się obowiązek uzyskania dobrowolnej zgody, jeżeli pacjent ma być obiektem badań.

Światowe Stowarzyszenie Lekarskie zostało utworzone w roku 1947 – tym samym, w którym sporządzono Kodeks Norymberski. Świadomi naruszeń etyki lekarskiej, do jakich dochodziło przed i w czasie II Wojny Światowej, założyciele WMA bezzwłocznie podjęli kroki, aby zapewnić, że lekarze przynajmniej zapoznają się ze swoimi zobowiązaniami etycznymi. W 1954 roku, po wieloletnich pracach, WMA przyjęło zbiór **Zasad dla Prowadzących Badania lub Eksperymenty**. Dokument ten poprawiano na przestrzeni kolejnych 10 lat i ostatecznie uchwalono w 1964 r. jako **Deklarację Helsińską (DH)**, zmienianą następnie w latach 1975, 1983, 1989, 1996 oraz 2000. DH jest zwięzłym streszczeniem etyki badań naukowych. W ostatnich latach opracowano inne, dużo bardziej szczegółowe, dokumenty dotyczące etyki badań naukowych – o charakterze ogólnym (np. Rada ds. Międzynarodowych Organizacji Naukowo-Medycznych, **Międzynarodowe Wskazówki Etyczne w zakresie Badań Biomedycznych z Udziałem Ludzi**, 1993 r., zmienione w 2003 r.) oraz na temat zagadnień szczegółowych (np. Rada Bioetyczna w Nuffield [Wielka Brytania], **Etyka Badań Naukowych Związanych z Ochroną Zdrowia w Krajach Rozwijających Się**, 2002 r.).

Pomimo różnic w tematyce, długości oraz autorstwie tych dokumentów, w bardzo dużym stopniu są one zgodne w kwestii podstawowych zasad etyki badawczej. Zasady te zostały inkorporowane do ustaw lub innych regulacji przez wiele państw oraz organizacji międzynarodowych, włącznie z tymi, których zadaniem jest dopuszczanie do obrotu leków i urządzeń medycznych. Poniżej, zasady te zostaną krótko zaprezentowane, głównie w oparciu o DH:

Zgoda Komisji Etycznej

Par. 13 i 14 DH stanowią, że każdy projekt badań medycznych na ludziach, zanim będzie można go rozpocząć, musi zostać zaopiniowany i zaaprobowany przez

niezależną komisję etyczną. Aby uzyskać zgodę, prowadzący badania muszą przedstawić cele i metodologię projektu; wyjaśnić, w jaki sposób przebiegać będzie nabór uczestników, jak uzyskiwana będzie ich zgoda i jak będzie chroniona ich prywatność; określić źródła finansowania projektu; ujawnić wszelkie potencjalne konflikty interesu po stronie badaczy. Komisja może zatwierdzić projekt zgodnie z wnioskiem, zażądać wprowadzenia przed jego rozpoczęciem określonych zmian lub całkowicie odmówić zgody. Zadaniem wielu komisji jest także dalsza kontrola realizowanych projektów w celu upewnienia się, że prowadzący wypełniają swe zobowiązania. W razie konieczności komisja może powstrzymać kontynuację projektu z powodu poważnych, nieoczekiwanych zdarzeń o szkodliwych skutkach.

Wymóg uzyskania zgody komisji etycznej podyktowany jest tym, że ani prowadzący badanie, ani osoby poddawane badaniu nie zawsze posiadają wystarczającą wiedzę i obiektywizm, aby rozstrzygnąć, czy projekt jest właściwy pod względem naukowym i etycznym. Badacze muszą wykazać komisji składających się z bezstronnych ekspertów, że projekt jest wartościowy, że mają kompetencje do jego przeprowadzenia i że osobom, które będą poddane badaniom, zapewni się bezpieczeństwo w największym możliwym stopniu.

Nierozwiązaną kwestią dotyczącą komisji etycznych jest wątpliwość, czy w sytuacji, gdy projekt ma być prowadzony w różnych ośrodkach, wymagać należy zgody komisji właściwej dla każdego ośrodka, czy też wystarczy zgoda jednej komisji. Jeżeli ośrodki znajdują się w różnych państwach, z reguły konieczna jest opinia i akceptacja w każdym z tych państw.

Wartość naukowa

Zgodnie z par. 11 DH badania medyczne z udziałem ludzi muszą być uzasadnione naukowo. Ma to na celu wyeliminowanie projektów o niskim prawdopodobieństwie powodzenia – np. dlatego, że są niewłaściwe metodologicznie – lub projektów, które nawet w razie powodzenia przyniosą prawdopodobnie błahe efekty. Gdy zamierza się angażować pacjentów do projektu badawczego, nawet niosącego minimalne ryzyko szkody, powinno się oczekiwać, że wynikiem będzie uzyskanie istotnej wiedzy naukowej.

Dla zagwarantowania wartości naukowej par. 11 wymaga, aby projekt był oparty na solidnej znajomości literatury poświęconej danemu zagadnieniu oraz na wcześniejszych próbach laboratoryjnych i, gdy to stosowne, badaniach na zwierzętach, które są dobrą podstawą do przypuszczenia, że proponowane działanie będzie skuteczne wobec istot ludzkich. Wszelkie badania na zwierzętach muszą odpowiadać wskazówkom etycznym, które ograniczają liczbę zwierząt poddawanych badaniom i zapobiegają zadawaniu niepotrzebnego bólu. Par. 15 stanowi ponadto, że badania na ludziach prowadzić mogą wyłącznie osoby o odpowiednich kwalifikacjach naukowych. Przed zatwierdzeniem projektu komisja etyczna powinna być przekonana, że powyższe warunki są spełnione.

Wartość społeczna

Jednym z bardziej kontrowersyjnych wymogów stawianych projektom badawczym jest, aby wносиły swój wkład w ogólny dobrobyt społeczny. W przeszłości powszechnie zgadzano się, że rozwój wiedzy naukowej jest wartością samą w sobie i nie wymaga dalszych uzasadnień. Jednak w związku z tym, że środki przeznaczane na badania są coraz bardziej niewystarczające, wartość społeczna stała się ważnym kryterium przy decydowaniu, czy należy finansować dany projekt.

Par. 18 i 19 DH w jasny sposób popierają uwzględnianie wartości społecznej w trakcie oceniania projektów badań naukowych. Znaczenie celów projektu, rozumiane jako znaczenie naukowe i społeczne, powinno przeważać nad ryzykiem grożącym osobom, na których badania będą prowadzone. Co więcej, populacja, w której prowadzone będą badania, powinna osiągnąć korzyści z ich rezultatów. Jest to szczególnie istotne w państwach, w których istnieje obawa nieuczciwego traktowania uczestników badań, którzy ponoszą ryzyko oraz niedogodności wynikające z badań, podczas gdy leki wytwarzane w wyniku badań służyć będą wyłącznie pacjentom w innych częściach świata.

Choć wartość społeczną projektu trudniej jest określić niż jego wartość naukową, nie jest do właściwy powód, aby ją pomijać. Prowadzący badania oraz komisje etyczne muszą się upewnić, że pacjenci nie są poddawani badaniom, które prawdopodobnie nie przysłużą się żadnemu celowi społecznemu. Oznaczałoby to bowiem marnotrawienie cennych środków oraz osłabianie dobrej opinii na temat badań

naukowych jako istotnego czynnika wpływającego na poprawę ludzkiego zdrowia i samopoczucia.

Ryzyka i korzyści

Ustaliwszy naukową oraz społeczną wartość projektu, prowadzący badania muszą wykazać, że ryzyko grożące uczestnikom jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do oczekiwanych rezultatów badań. Ryzyko jest to możliwość wystąpienia szkodliwych rezultatów. Składają się na nie dwa elementy: (1) prawdopodobieństwo wystąpienia szkody (od niskiego do bardzo wysokiego) oraz (2) dotkliwość szkody (od drobnych dolegliwości do trwałego inwalidztwa lub śmierci). Mało prawdopodobne ryzyko wystąpienia drobnych dolegliwości nie stanowiłoby specjalnego problemu dla dobrego projektu badawczego. Z drugiej strony, wysokie ryzyko poważnej szkody byłoby niedopuszczalne, chyba że projekt przedstawiałby jedyną nadzieję na skuteczne leczenie w przypadku pacjentów, którym w niedługim czasie grozi śmierć. W innych, mniej jaskrawych przypadkach prowadzący badania są, zgodnie z par. 17 DH, zobowiązani należycie ocenić ryzyko i upewnić się, że można je kontrolować. Jeżeli ryzyko jest zupełnie nieznane, nie należy kontynuować projektu do czasu uzyskania wiarygodnych danych, na przykład w wyniku prób laboratoryjnych lub eksperymentów na zwierzętach.

Świadoma zgoda

Pierwsza zasada **Kodeksu Norymberskiego** brzmi następująco: „Dobrowolna zgoda uczestnika badań jest absolutnie niezbędna”. Załączone do tej zasady wyjaśnienie stanowi m.in., że osoba, która ma być poddana badaniom, „powinna wystarczająco poznać i zrozumieć przedmiot badań w sposób umożliwiający jej podjęcie rozumnej i światłej decyzji”.

Bardziej szczegółowo kwestię świadomej zgody traktuje DH. Par. 22 określa, co potencjalny uczestnik badań powinien wiedzieć, aby podjąć świadomą decyzję w sprawie swojego udziału. Przepis par. 23 ostrzega przed wywieraniem nacisku na osoby mające brać udział w badaniach, ponieważ zgoda udzielona w takich okolicznościach może nie być w pełni dobrowolna. Postanowienia par. 24-26 dotyczą osób niezdolnych do wyrażania zgody (nieletnich, niepełnosprawnych umysłowo,

nieprzytomnych). Takie osoby mogą być poddawane badaniom, ale tylko po spełnieniu ściśle określonych warunków.

DH, podobnie jak inne dokumenty z zakresu etyki badań naukowych, zaleca w par. 22, ażeby fakt udzielenia świadomej zgody potwierdzany był poprzez podpisanie przez uczestnika odpowiednio przygotowanego formularza. Szereg komisji etycznych żąda od prowadzących badania przedstawienia wzoru formularza, który zamierzają stosować. W niektórych państwach formularze te stały się tak obszerne i szczegółowe, że przestały służyć swojemu celowi, jakim jest udzielenie uczestnikom informacji o projekcie. Tak czy inaczej, proces uzyskania świadomej zgody nie rozpoczyna się i nie kończy się z chwilą podpisania formularza, lecz musi obejmować dokładne ustne objaśnienie projektu oraz wszystkiego z czym wiązać się będzie udział w nim. Ponadto, uczestnicy powinni zostać poinformowani, że w każdej chwili mają prawo wycofać swą zgodę na udział w badaniach bez ryzyka jakichkolwiek negatywnych działań ze strony prowadzących badania lub innych lekarzy oraz bez ujemnych skutków dla udzielanej im w przyszłości opieki zdrowotnej.

Poufność

Tak jak pacjenci będący pod opieką kliniczną, uczestnicy badań naukowych także mają prawo do prywatności w zakresie personalnych informacji na temat ich zdrowia. W odróżnieniu od opieki klinicznej badania wymagają jednak ujawniania niektórych informacji innym osobom, w tym szerokiemu środowisku naukowemu a czasem opinii publicznej. W celu ochrony prywatności prowadzący badania muszą uzyskać świadomą zgodę osób poddawanych badaniom na wykorzystanie dla celów badawczych informacji o stanie ich zdrowia. Należy więc z góry uprzedzić uczestników badań, w jaki sposób zostaną wykorzystane informacje o nich. Generalnie rzecz biorąc, ujawniane informacje należy pozbawiać elementów identyfikujących i trzeba zapewnić bezpieczeństwo ich przechowywania i przekazywania. Dalsze wskazówki w tym zakresie zawiera **Deklaracja WMA o Względach Etycznych Dotyczących Baz Danych o Zdrowiu**.

Konflikt ról

W początkowej części tego Rozdziału zauważono, że rola lekarza w stosunkach lekarz-pacjent jest odmienna od roli badacza w stosunkach z osobą poddaną

badaniom nawet, jeżeli lekarz i badacz to ten sam człowiek. Par. 28 DH określa, że w takich przypadkach rola lekarza przeważać musi nad rolą badacza. Oznacza to m.in., że lekarz musi być gotowy na to, aby odradzić pacjentowi wzięcie udziału w projekcie badawczym, jeżeli wydaje się, że aktualne leczenie, któremu jest poddawany pacjent, przynosi dla niego korzystne skutki, a projekt zakłada losowy dobór pacjentów do różnych form leczenia lub do stosowania placebo. Lekarz powinien namawiać pacjenta do uczestniczenia w projekcie badawczym tylko wtedy, gdy faktycznie nie jest pewny, w oparciu o solidne podstawy naukowe, czy obecna metoda leczenia pacjenta jest równie właściwa jak proponowana terapia bądź nawet placebo.

Rzetelne przedstawianie rezultatów

Mogłoby się wydawać, że stawianie wymogu rzetelnego przedstawiania wyników badań naukowych nie jest konieczne. Niestety jednak, wielokrotnie dochodziło ostatnio do nieuczciwych praktyk w zakresie publikowania rezultatów badań. Dotyczy to takich problemów jak plagiaty, fabrykowanie danych, podwójne publikacje oraz podawanie jako współautorów osób, które nie brały udziału w badaniach. Takie postępowanie może być korzystne dla prowadzących badania – przynajmniej do czasu ujawnienia sprawy – może jednak okazać się źródłem poważnego zagrożenia dla pacjentów poddanych niewłaściwemu leczeniu opartemu na niedokładnych bądź sfalszowanych wynikach badań, a także zaszkodzić innym badaczom, tracącym mnóstwo czasu i środków na próbę kontynuacji badań w danej dziedzinie.

Ujawnianie nieprawidłowości

W celu przeciwdziałania przypadkom nieetycznego prowadzenia badań lub w celu ich ujawniania już po fakcie, każdy, kto dowiaduje się o takich działaniach, jest zobowiązany powiadomić o tym właściwe władze. Niestety, takie postępowanie nie zawsze jest należycie doceniane, a osoby ujawniające takie informacje bywają za to karane lub są unikane przez innych. Wydaje się, że takie podejście ulega jednak zmianie, jako że zarówno naukowcy jak i organy administracji, dostrzegając potrzebę wykrywania nieetycznych badań i karania odpowiedzialnych za nie, zaczynają doceniać rolę osób ujawniających tego rodzaju nieprawidłowości.

Szczególne trudności przy podejmowaniu działań w związku z podejrzeniem nieetycznych metod badań mogą napotkać młodszy członkowie zespołu badawczego, tacy jak studenci medycyny. Mogą oni uważać, że nie posiadają odpowiednich kwalifikacji do oceny postępowania starszych badaczy, a także obawiać się prawdopodobnej kary, jeżeli odważą się o tym mówić publicznie. Powinni jednak przynajmniej odmówić udziału w działaniach, które uważają za wyraźnie nieetyczne, np. w oszukiwaniu osób poddawanych badaniom lub fałszowaniu danych. Jeżeli zaś zaobserwują takie postępowanie u innych, powinni podjąć wszelkie stosowne kroki, aby powiadomić odpowiednie organy – bezpośrednio lub w sposób anonimowy.

Nierozwiązane kwestie

Nie we wszystkich aspektach badań naukowych istnieje ogólna jednomyślność. Wraz z postępem nauk medycznych w takich dziedzinach jak genetyka, nauki neurofizjologiczne oraz transplantologia pojawiają się nowe problemy dotyczące etycznej dopuszczalności technik, procedur i metod leczenia, w stosunku do których brak jest jednoznacznych, gotowych rozwiązań. Poza tym, niektóre starsze zagadnienia nadal są przedmiotem kontrowersji etycznych, na przykład na jakich warunkach można w badaniu klinicznym stosować placebo i jaką opiekę należy zapewnić uczestnikom badań. Na poziomie globalnym oczywistą, nierozwiązaną kwestią etyczną jest tzw. problem 10/90 (jedynie 10% ogólnych światowych wydatków na badania naukowe przeznacza się na problemy zdrowotne dotyczące 90% światowej populacji). A w sytuacji, gdy badacze poświęcają się problemom istniejącym w biednych regionach świata, często napotykają trudności wynikające z rozbieżności pomiędzy własnymi wartościami etycznymi a wartościami społeczności, w których pracują. Kwestie te wymagają będą dalszych analiz i debat, zanim można będzie dojść do powszechnego porozumienia.

Pomimo tych wszystkich problemów medyczne badania naukowe są wartościową i satysfakcjonującą działalnością dla lekarzy oraz studentów medycyny, jak również dla osób, na których te badania są prowadzone. Lekarze i studenci powinni też sami zastanowić się nad wzięciem udziałem w badaniach w roli osób poddawanych tym badaniom, tak aby móc poznać punkt widzenia drugiej strony stosunku między prowadzącym badania a osobą, na której badanie są prowadzone.

POWRÓT DO ANALIZY WYBRANEGO PRZYPADKU

Dr R. nie powinna była się tak szybko zgodzić. Wcześniej powinna się więcej dowiedzieć o projekcie i upewnić się, że spełnia on wszystkie warunki etyczne stawiane badaniom naukowym. W szczególności, powinna poprosić o pokazanie protokołu przedstawionego komisji etycznej oraz wszelkich uwag lub zastrzeżeń zgłoszonych przez komisję. Powinna brać udział wyłącznie w projekcie z dziedziny, w której praktykuje, i powinna upewnić się co do jego wartości naukowej i społecznej. Jeżeli nie ma pewności, czy jest w stanie samemu ocenić projekt, powinna poprosić o radę kolegów z większych ośrodków. Powinna uzyskać pewność, że postępuje w najlepszym interesie swych pacjentów, a do udziału w projekcie namawia tylko tych, dla których zmiana aktualnej metody leczenia na metodę eksperymentalną lub na placebo nie będzie groźna. Dr R. musi umieć wyjaśnić pacjentom możliwe alternatywy tak, aby mogli podjąć w pełni świadomą decyzję w sprawie swego udziału w badaniach. Nie powinna się godzić na warunek, że namówi do udziału z góry określoną liczbę pacjentów, ponieważ stwarza to ryzyko wywierania przez nią nacisków na pacjentów, być może wbrew ich dobru. Powinna dokładnie śledzić stan pacjentów w trakcie badań i być przygotowana na szybką reakcję w razie nieoczekiwanych, szkodliwych zdarzeń. Na koniec, powinna poinformować pacjentów o wynikach badań, gdy tylko zostaną przedstawione.

Rozdział VI.

Konkluzja.

Obowiązki i prawa lekarzy

Niniejszy Podręcznik koncentrował się na obowiązkach lekarzy i faktycznie stanowią one podstawową treść etyki lekarskiej. Jak wszyscy ludzie, lekarze mają jednak zarówno obowiązki, jak też prawa, a etyka lekarska byłaby niekompletna, gdyby nie odnosiła się do tego, w jaki sposób lekarze powinni być traktowani przez innych, czy to przez pacjentów, czy przez społeczeństwo, czy przez innych lekarzy. Takie spojrzenie na etykę lekarską zyskuje coraz większe znaczenie, jako że w wielu państwach lekarze napotykają szereg problemów podczas wykonywania zawodu, powodowanych niewystarczającymi zasobami w ochronie zdrowia, publicznym lub prywatnym systemem zarządzania opieką zdrowotną, goniącymi za sensacją mediami donoszącymi o błędach medycznych i nieetycznym postępowaniu lekarzy, czy też podważaniem wiedzy i umiejętności lekarzy przez pacjentów lub innych świadczeniodawców.

W przeszłości etyka lekarska zajmowała się zarówno obowiązkami lekarzy, jak i ich prawami. Starsze kodeksy etyki, tak jak kodeks Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarskiego w wersji z 1847 roku, zawierały rozdziały dotyczące obowiązków pacjentów oraz społeczeństwa wobec zawodu lekarskiego. Większość z tych zobowiązań jest już przestarzałych, na przykład: „Pacjent powinien się podporządkować zaleceniom swojego lekarza niezwłocznie i bezwarunkowo. Pacjent nigdy nie powinien dopuścić, aby jego własne niefachowe opinie na temat zaleceń lekarskich wpływały na stosowanie się do nich”. Jednakże stwierdzenie, że: „Społeczeństwo powinno (...) w należyty sposób doceniać kwalifikacje medyczne (...) i dawać wszelkie zachęty oraz zapewniać wszelkie udogodnienia do nabywania wiedzy medycznej (...)” jest wciąż aktualne. Zamiast jednak poprawiać i uaktualniać te przepisy Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne ostatecznie usunęło je ze swego Kodeksu Etyki.

W minionych latach WMA przyjęło szereg stanowisk w sprawie praw przysługujących lekarzom i odpowiadających im zobowiązań innych osób, zwłaszcza władz państwowych, do przestrzegania tych praw:

- **Stanowisko w sprawie Swobody Uczestniczenia w Spotkaniach Medycznych** z roku 1984 zakłada, że „nie powinny istnieć żadne przeszkody dla lekarzy w uczestniczeniu w spotkaniach WMA lub innych spotkaniach medycznych, bez względu na to, gdzie się odbywają”.
- **Deklaracja w sprawie Niezależności Lekarzy i Wolności Zawodowej** z roku 1968 stanowi, że „Lekarze muszą mieć swobodę zawodową, aby opiekować się swoimi pacjentami bez żadnych ingerencji” oraz że „Lekarze muszą mieć swobodę zawodową, aby reprezentować i bronić potrzeby zdrowotne pacjentów przed każdym, kto zamierzałby pozbawić chorych potrzebnej im opieki lub ograniczyć ją”.
- **Stanowisko w sprawie Zawodowej Odpowiedzialności za Standardy Opieki Medycznej** z roku 1995 stwierdza, że „wszelka ocena zawodowej działalności lekarza musi uwzględniać opinię ekspertów również będących lekarzami, którzy dzięki swojemu wykształceniu oraz doświadczeniu rozumieją skomplikowane kwestie medyczne związane z daną sprawą”. To samo stanowisko potępia „wszelkie procedury rozpatrywania skarg ze strony pacjentów lub ich roszczeń o odszkodowanie, które nie są oparte o ocenę dobrej wiary lekarza dokonaną przez innych lekarzy”.
- **Deklaracja z roku 1997 dotycząca Wspierania Lekarzy Odmawiających Uczestnictwa w Stosowaniu lub Akceptowania Tortur lub Innych Form Okrutnego, Nieludzkiego bądź Poniżającego Traktowania** zobowiązuje WMA, aby „wspierało i ochraniało - i wzywało do takiego działania krajowe organizacje należące do WMA - lekarzy, którzy sprzeciwiają się udziałowi w takich nieludzkich działaniach i którzy leczą ofiary takich działań, oraz aby zapewniało prawo stosowania się do najważniejszych zasad etyki, włącznie z zachowaniem tajemnicy lekarskiej (...)”.

- **Stanowisko w sprawie Wskazówek Etycznych odnośnie Międzynarodowej Rekrutacji Lekarzy** z roku 2003 apeluje do wszystkich państw, aby „czyniły wszystko, co w ich mocy, ażeby lekarze nie odchodzili od zawodu oraz nie opuszczali swego kraju, zapewniając im wsparcie, którego potrzebują do osiągnięcia swych celów osobistych i zawodowych, przy uwzględnieniu krajowych potrzeb oraz środków” oraz aby zapewniły, że „lekarze pracujący czasowo lub na stałe w innym państwie niż państwo ich pochodzenia (...) są sprawiedliwie traktowani w stosunku do innych lekarzy w tym państwie (na przykład pod względem możliwości rozwoju kariery oraz równej płacy za taką samą pracę)”.

Mimo że tego rodzaju wspieranie lekarzy jest konieczne, biorąc pod uwagę wyżej wymienione zagrożenia, czasami lekarzom należy również przypominać o przywilejach, jakim się cieszą. Badania opinii publicznej w wielu krajach stale wykazują, że lekarze znajdują się wśród najbardziej poważanych i obdarzonych największym zaufaniem grup zawodowych. Przeważnie otrzymują wynagrodzenie wyższe niż przeciętne (w niektórych państwach dużo wyższe). Nadal posiadają sporą niezależność kliniczną, choć nie tak dużą jak wcześniej. Wielu lekarzy jest zaangażowanych w bardzo interesujące odkrywanie nowej wiedzy poprzez uczestnictwo w badaniach naukowych. Co najistotniejsze, lekarze świadczą usługi, które są bezcenne dla poszczególnych pacjentów, zwłaszcza tych najbardziej potrzebujących, oraz dla ogółu społeczeństwa. Niewiele jest zawodów, które mogą przynosić większą satysfakcję niż medycyna, biorąc pod uwagę korzyści płynące z pracy lekarzy – łagodzenie bólu i cierpienia, leczenie chorób oraz dodawanie otuchy umierającym. Wypełnianie zobowiązań etycznych może się okazywać niską ceną za te wszystkie przywileje.

Obowiązki względem samego siebie

Niniejszy Podręcznik dokonał klasyfikacji etycznych obowiązków lekarzy według ich beneficjentów: pacjentów, społeczeństwa i innych lekarzy (włącznie z przedstawicielami innych zawodów medycznych). Lekarze niejednokrotnie zapominają, że mają też obowiązki wobec samych siebie oraz swych rodzin. W wielu

częściach świata wykonywanie zawodu lekarza wymagało pełnego poświęcenia się medycynie i zwracania niewielkiej uwagi na własne zdrowie i samopoczucie. 60-80 godzinny tydzień pracy nie jest rzadkością, a urlop uznaje się za niepotrzebny luksus. Mimo że wydaje się, iż wielu lekarzy dobrze sobie radzi w takich warunkach, ich rodziny mogą być poszkodowane. Inni lekarze wyraźnie cierpią z powodu takiego natężenia aktywności zawodowej, co prowadzi do przewlekłego zmęczenia, nadużywania leków, a nawet samobójstwa. Lekarze znajdujący się w złym stanie fizycznym lub psychicznym stanowią zagrożenie dla swych pacjentów, a zmęczenie jest istotnym czynnikiem wpływającym na nieszczęśliwe wypadki w medycynie.

Potrzeba zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa, jak też promowania zdrowego stylu życia wśród lekarzy, przejawia się w niektórych państwach ograniczeniami godzin pracy oraz długości dyżurów lekarskich. Niektóre jednostki edukacji medycznej ułatwiają kobietom przerwanie procesu szkolenia ze względów rodzinnych. Chociaż tego rodzaju środki mogą przyczynić się do poprawy zdrowia i samopoczucia lekarzy, podstawowy obowiązek dbania o siebie spoczywa na poszczególnych lekarzach. Oprócz unikania tak oczywistych zagrożeń dla zdrowia jak palenie, nadużywanie leków oraz przepracowanie, lekarze powinni chronić i poprawiać swe zdrowie i samopoczucie, identyfikując czynniki stresujące w ich pracy zawodowej oraz życiu prywatnym i opracowując oraz stosując odpowiednie metody radzenia sobie z nimi. Gdy te zawodzą, powinni zwrócić się do innych lekarzy lub innych odpowiednio wykwalifikowanych osób o pomoc w rozwiązaniu problemów osobistych, które mogą szkodliwie wpływać na ich stosunki z pacjentami, społeczeństwem lub kolegami lekarzami.

Przyszłość etyki lekarskiej

Niniejszy Podręcznik koncentrował się na aktualnym stanie etyki lekarskiej, chociaż zawierał też wiele odniesień do jej przeszłości. Teraźniejszość stale się jednak posuwa do przodu i aby nie być ciągle w tyle konieczne jest wybieganie myślą w przyszłość. Przyszłość etyki lekarskiej w dużym stopniu zależy zaś będzie od przyszłości medycyny. W pierwszej dekadzie XXI wieku medycyna ewoluuje w bardzo szybkim tempie i trudno jest przewidzieć, w jaki sposób będzie praktykowana,

gdy dzisiejsi studenci pierwszego roku medycyny zakończą kształcenie, a niemożliwe jest stwierdzenie, jakie dalsze zmiany zajdą, gdy przechodzić oni już będą na emeryturę. Przyszłość niekoniecznie musi być lepsza od teraźniejszości, zważywszy daleko posunięto niestabilność polityczną i ekonomiczną, zanieczyszczenie środowiska naturalnego, ciągłe rozprzestrzenianie się HIV i AIDS oraz inne możliwe epidemie. Możemy mieć co prawda nadzieję, że korzyści z postępu medycyny dotrą ostatecznie do wszystkich krajów, a problemy etyczne, przed jakimi te kraje staną, będą podobne do tych, które są obecnie przedmiotem dyskusji w bogatych państwach. Zdarzyć się też może jednak na odwrót – sytuacja w państwach, które obecnie są bogate, może się pogorszyć do takiego stopnia, że lekarze w tych państwach będą mieli do czynienia z epidemiami chorób tropikalnych oraz poważnymi brakami środków medycznych.

Z uwagi na właściwą przyszłości nieprzewidywalność etyka lekarska powinna być elastyczna i otwarta na zmiany, tak jak to faktycznie ma miejsce od jakiegoś czasu. Możemy mieć jednak nadzieję, że główne zasady etyki pozostaną niezmiennie, zwłaszcza takie wartości jak współczucie i autonomia, jak również przywiązanie do podstawowych praw człowieka oraz dbałość o profesjonalizm. Jakie by jednak nie zaszły zmiany w medycynie na skutek rozwoju nauki oraz czynników społecznych, politycznych i ekonomicznych, zawsze istnieć będą chorzy ludzie bezwzględnie potrzebujący opieki oraz, jeśli to tylko możliwe, skutecznego leczenia. Lekarze tradycyjnie udzielali takie świadczenia oraz szereg innych z zakresu promocji zdrowia, zapobiegania chorobom oraz zarządzania systemem ochrony zdrowia. Chociaż proporcje pomiędzy tymi formami aktywności mogą się w przyszłości zmieniać, we wszystkich lekarze prawdopodobnie nadal będą odgrywać istotną rolę. Ponieważ każda sfera działalności wiąże się z wieloma problemami etycznymi, lekarze nadal będą musieli dbać o to, aby być zaznajomionym ze zmianami zachodzącymi w etyce lekarskiej, tak jak czynią to odnośnie innych aspektów medycyny.

Na tym kończy się Podręcznik, lecz dla Czytelnika powinien to być tylko jeden z etapów wdrażania się w etykę lekarską, które trwa całe życie. Powtarzając stwierdzenie przedstawione we Wprowadzeniu, niniejszy Podręcznik stanowi jedynie podstawowy wstęp do etyki lekarskiej i niektórych z jej głównych zagadnień. Jego

intencją jest, aby docenili Państwo potrzebę nieustannej refleksji nad etycznym wymiarem medycyny, a szczególnie nad tym, w jaki sposób podchodzić do problemów etycznych, które napotkają Państwo podczas swej praktyki. Wykaz materiałów zawarty w Załączniku B może pomóc Państwu w pogłębieniu swej wiedzy w tej dziedzinie.

ZAŁĄCZNIK A – GLOSARIUSZ

Odpowiedzialny – odpowiadający przed kimś za coś (np. pracownicy odpowiadają przed pracodawcą za wykonywaną pracę). *Odpowiedzialność* wymaga, aby być przygotowanym do udzielania wyjaśnień odnośnie podjętych przez siebie działań lub zaniechań.

Uprzednia deklaracja – oświadczenie, zwykle pisemne, wskazujące, jak dana osoba chciałaby być leczona – lub nie leczona – gdyby w przyszłości znalazła się w stanie wykluczającym podejmowanie świadomych decyzji (np. w stanie utraty przytomności lub demencji). Jest to jedna z metod planowania opieki medycznej na przyszłość; inną metodą jest wskazanie osoby, która w takich przypadkach podejmie decyzję zastępczą. W niektórych państwach obowiązują przepisy prawne regulujące kwestię uprzednich deklaracji.

Orędownik – osoba zabierająca głos lub podejmująca działania na rzecz innych osób. Lekarze są orędownikami swych pacjentów, gdy wzywają władze publiczne do zapewnienia świadczeń, które pacjenci potrzebują, lecz nie mogą ich uzyskać sami.

Dobroczynność – od lekarzy oczekuje się, że będą działać w najlepszym interesie swych pacjentów.

Bioetyka / etyka biomedyczna – dwa równorzędne pojęcia określające studium zagadnień moralnych występujących w medycynie, opiece zdrowotnej i naukach biologicznych. Wyróżnia się cztery podstawowe dziedziny: **etyka kliniczna**, zajmująca się kwestiami związanymi z opieką nad pacjentem (p. Rozdział II Podręcznika); **etyka badań naukowych**, zajmująca się ochroną człowieka w procesie badań naukowych w medycynie (p. rozdział V Podręcznika); **etyka zawodowa**, zajmująca się szczególnymi obowiązkami, jakie nakładane są na lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych (**etyka lekarska** jest jednym z rodzajów etyki zawodowej) oraz **etyka polityki publicznej**, która zajmuje się tworzeniem i wykładnią przepisów prawnych dotyczących kwestii bioetycznych.

Consensus – ogólne, choć niekoniecznie jednomyślne, porozumienie.

Hierarchia – uporządkowane zorganizowanie ludzi według różnych poziomów ich znaczenia, od najwyższego do najniższego. *Hierarchiczny* jest przymiotnikiem określającym taką organizację. Pojęcie „hierarchia” stosowane jest też do określenia głównych przywódców organizacji.

Sprawiedliwość – uczciwe traktowanie jednostek i grup ludzi. Jak wskazuje Rozdział III, różnie można rozumieć, co stanowi uczciwe traktowanie w opiece zdrowotnej.

Zarządzana opieka zdrowotna – organizacyjne podejście do opieki zdrowotnej, w którym władze publiczne, przedsiębiorstwa lub instytucje ubezpieczeniowe podejmują decyzje, jakie świadczenia będą udzielane, przez kogo (lekarze specjaliści, lekarze ogólni, pielęgniarki, przedstawiciele innych zawodów medycznych itd.), gdzie (kliniki, szpitale, dom pacjenta itd.) oraz odnośnie innych związanych z tym kwestii.

Nie czynienie zła – lekarze oraz osoby prowadzące badania naukowe w medycynie mają unikać wyrządzania szkody pacjentom i osobom, na których prowadzone są badania.

Opieka paliatywna – metoda opieki nad pacjentami, szczególnie tymi, którzy prawdopodobnie umrą w niedalekiej przyszłości ze względu na poważną, nieuleczalną chorobę, koncentrująca się na jakości życia pacjenta, zwłaszcza na kontroli bólu. Można jej udzielać w szpitalach, specjalnych instytucjach dla umierających pacjentów (potocznie zwanymi hospicjami) lub w domu pacjenta.

Lekarz – osoba posiadająca kwalifikacje do praktykowania medycyny. W niektórych krajach lekarzy odróżnia się od chirurgów, a stosunku do jednych i drugich używa się pojęcia „doktor”. Jednakże termin „doktor” używany jest również przez przedstawicieli innych zawodów medycznych, jak dentyści i weterynarze, oraz wszystkich, którzy uzyskali stopień doktorski. Pojęcie „doktor medycyny” jest bardziej dokładne, lecz niezbyt powszechnie stosowane. WMA posługuje się pojęciem „lekarz” w odniesieniu do wszystkich, którzy posiadają kwalifikacje w zakresie medycyny, bez względu na specjalizację, i tak samo czyni to niniejszy Podręcznik.

Plagiat – forma nieuczciwego zachowania polegającego na tym, że ktoś kopiuje pracę innej osoby, na przykład całość lub część opublikowanego artykułu, i przedstawia ją tak, jak gdyby była jego własną pracą (tj. nie wskazując źródła).

Pluralistyczny – posiadający wiele odrębnych cech lub możliwych poglądów; przeciwieństwo jednolitego.

Racjonalny – oparty na ludzkiej zdolności rozumowania, tj. możliwości rozważania argumentów za i przeciw określonej czynności i podejmowania decyzji o tym, która alternatywa jest lepsza.

Zastępcze macierzyństwo – forma ciąży polegająca na tym, że kobieta zgadza się urodzić dziecko innej kobiecie lub parze, która zazwyczaj dostarczyła nasienie (poprzez sztuczną inseminację) lub embrion (poprzez zapłodnienie in vitro lub wszczepienie embrionu).

Wartość – coś, co uważane jest za bardzo ważne.

Cnota – pozytywna cecha u ludzi, zwłaszcza w ich charakterze i zachowaniu. Niektóre cnoty są szczególnie istotne dla określonych grup ludzi, np. współczucie dla lekarzy, odwaga dla strażaków, prawdomówność dla świadków, itd.

ZAŁĄCZNIK B – MATERIAŁY Z ZAKRESU ETYKI LEKARSKIEJ W INTERNECIE

Ogólne

Zbiór deklaracji, uchwał i stanowisk Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (www.wma.net/e/policy/handbook.htm) – zawiera pełny tekst wszystkich dokumentów przyjętych przez WMA (w języku angielskim, francuskim i hiszpańskim)

Dział Etyki WMA (ww.wma.net) – obejmuje następujące sekcje, co miesiąc uaktualniane:

- Temat miesiąca
- Działalność WMA w dziedzinie etyki
- Dokumenty z zakresu etyki przyjęte przez WMA, włącznie z dokumentami, które są w trakcie opracowywania lub uaktualniania
- Deklaracja Helsińska, historia i stan obecny
- Materiały WMA z zakresu etyki
- Organizacje lekarskie zajmujące się etyką oraz ich kodeksy etyki
- Ogłoszenia o konferencjach
- Edukacja w zakresie etyki lekarskiej
- Etyka a prawa człowieka
- Etyka a profesjonalizm lekarski

Kwestie związane z początkiem życia

Klonowanie ludzi – www.who.int/ethics/topics/cloning/en

Wspomagana prokreacja – www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm

Kwestie związane z końcem życia

Materiały – www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html

Edukacja w zakresie opieki terminalnej – www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html

Opieka paliatywna – www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm

Sprzeciw wobec eutanazji – www.euthanasia.com/

HIV / AIDS

Materiały – www.wits.ac.za/bioethics/

UNAIDS – www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/unaid+activities+hr.asp

Stosunki z przedsiębiorstwami komercyjnymi

Materiały edukacyjne - www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html

Materiały – www.nofreelunch.org/

Eksperymenty badawcze na ludziach

Wytyczne i materiały – www.who.int/ethics/research/en/

Harwardzka Szkoła Zdrowia Publicznego, zagadnienia etyczne w międzynarodowych badaniach naukowych – www.hsph.harvard.edu/bioethics/

ZAŁĄCZNIK C

ŚWIATOWE STOWARZYSZENIE LEKARSKIE

Rezolucja w sprawie włączenia etyki lekarskiej i praw człowieka do programów nauczania uczelni medycznych na świecie

(Przyjęta na LI Światowym Zjeździe Lekarzy, Tel Awiw, Izrael, październik 1999 r.)

1. Zważywszy, że etyka lekarska i prawa człowieka stanowią integralną część wykonywania zawodu lekarskiego i jego kultury, oraz
2. Zważywszy, że etyka lekarska i prawa człowieka stanowią integralną część historii, struktury i celów Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego,
3. Postanawia się niniejszym stanowczo zarekomendować uczelniom medycznym na świecie, ażeby włączyły etykę lekarską i prawa człowieka do swoich programów nauczania jako przedmiot obowiązkowy.

ŚWIATOWA FEDERACJA DO SPRAW KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO

Globalne standardy podniesienia jakości – podstawowe kształcenie medyczne

(www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translations%20of%20Standard%20Documents/WFME%20Standard.pdf)

Standardy, które powinny być spełniane przez wszystkie uczelnie medyczne, obejmują następujące odniesienia do etyki lekarskiej:

1.4 Rezultat edukacyjny

Uczelnia medyczna **musi** określić kompetencje (włącznie ze znajomością i rozumieniem etyki lekarskiej), którymi student powinien się wykazywać w chwili ukończenia studiów w odniesieniu do dalszego kształcenia oraz przyszłej roli w systemie zdrowotnym.

4.4 Program edukacyjny – Etyka lekarska

Uczelnia medyczna **musi** określić i włączyć do swojego programu nauczania elementy etyki lekarskiej umożliwiające skuteczne komunikowanie się, podejmowanie decyzji klinicznych oraz etyczne postępowanie.

4.5 Program edukacyjny – Nauki i umiejętności kliniczne

Umiejętności kliniczne obejmują sporządzanie historii choroby, komunikowanie się i przewożenie zespołowi. Zapewnianie opieki zdrowotnej obejmowałoby pracę zespołową z przedstawicielami innych zawodów medycznych.

4.4 Materiały edukacyjne – badania

Wzajemne oddziaływanie na siebie działalności edukacyjnej i badawczej **powinno** zachęcać i przygotowywać studentów do angażowania się w badania naukowe i rozwój medycyny.

ZAŁĄCZNIK D – WZMOCNIENIE NAUCZANIA ETYKI NA UCZELNIACH MEDYCZNYCH

Niektóre uczelnie medyczne nauczają etyki w bardzo małym zakresie, podczas gdy inne oferują szeroko rozwinięte programy w tym zakresie. Jednak nawet w tym drugim przypadku zawsze można znaleźć miejsce na udoskonalenia. Poniżej przedstawione jest postępowanie, jakie może zainicjować każdy, czy to osoba studiująca medycynę, czy też pracownik naukowy uczelni, kto chce poprawić nauczanie etyki lekarskiej w swojej instytucji.

1. Zapoznanie się z procesem decyzyjnym w instytucji
 - Dziekan
 - Komisja Programowa
 - Rada Wydziału
 - Wpływowi Pracownicy Naukowi
2. Poszukiwanie poparcia u innych
 - Studenci
 - Kadra dydaktyczna
 - Kluczowi pracownicy administracyjni
 - Krajowe stowarzyszenie lekarskie
 - Krajowa jednostka regulująca wykonywanie zawodu lekarskiego
3. Przygotowanie argumentacji
 - Rezolucja WMA w sprawie włączenia etyki lekarskiej i praw człowieka do programów nauczania uczelni medycznych na świecie
 - Globalne standardy podniesienia jakości – podstawowe kształcenie medyczne Światowej Federacji do spraw Kształcenia Medycznego:
 - Przykłady z innych uczelni medycznych
 - Wymogi etyczne dotyczące badań naukowych
 - Przewidywanie argumentów przeciwnych (np. przeładowanie programu nauczania)
4. Zaoferowanie pomocy
 - Przedstawienie sugestii dotyczących struktury, treści, materiałów dla studentów i kadry dydaktycznej (p. strona internetowa Działu Etyki WMA: www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm)
 - Odwołanie się do innych programów etyki lekarskiej, skontaktowanie się z WMA, itd.
5. Zapewnienie kontynuacji
 - Forsowanie idei powołania stałej komisji ds. etyki lekarskiej
 - Zachęcanie młodszych studentów
 - Zachęcanie pozostałych członków kadry dydaktycznej
 - Angażowanie pozostałych pracowników uczelni

ZAŁĄCZNIK E – DODATKOWE ANALIZY WYBRANYCH PRZYPADKÓW

PORADA DLA NASTOLATKI ODNOŚNIE ŚRODKÓW ANTYKONCEPCYJNYCH

Sara ma 15 lat. Mieszka w miejscowości, w której coraz częstsze stają się napaści na tle seksualnym. Sara pojawia się w Państwa klinice, prosząc o przepisanie doustnych środków antykoncepcyjnych, które będą ją chronić przed zajściem w ciążę na wypadek, gdyby stała się ofiarą napadu o charakterze seksualnym. Ciąża oznaczałaby dla niej koniec edukacji oraz spore problemy z wyjściem za mąż. Sara informuje, że nie chce, aby jej rodzice dowiedzieli się, że będzie stosować środki antykoncepcyjne, ponieważ dojdą do wniosku, że zamierza podjąć współżycie seksualne ze swym chłopakiem. Mają Państwo podejrzenia co do prawdziwych motywów, którymi Sara się kieruje, lecz podziwiają Państwo jej determinację, aby uniknąć ciąży. Proponują jej Państwo, aby przyszła do kliniki w towarzystwie rodziców w celu wspólnego przedyskutowania tego zagadnienia. Parę dni później Sara wraca, twierdząc, że próbowała porozmawiać z rodzicami, lecz odmówili oni wszelkiej dyskusji na ten temat. Co powinni Państwo w tej sytuacji uczynić?

WCZEŚNIAK*

Max urodził się w 23 tygodniu ciąży. Jest sztucznie wentylowany, ponieważ ma bardzo nierozwinięte płuca. Poza tym cierpi na krwawienie mózgowe, gdyż jego tkanka naczyniowa jest nadal niestabilna. Prawdopodobnie nie przeżyje najbliższych kilku tygodni. Jeżeli zaś przeżyje, będzie prawdopodobnie w znacznym stopniu niepełnosprawny fizycznie i umysłowo. Stan Maxa pogarsza się, gdy nabawia się poważnego zakażenia jelita. Możliwe byłoby operacyjne usunięcie części jelita będącej w stanie zapalnym, co zachowałoby jego nikłe szanse przeżycia. Rodzice Maxa nie wyrażają na to zgody, gdyż nie chcą, aby cierpiał z powodu operacji i czują, że jakość jego życia nigdy nie będzie odpowiednia. Jako lekarz prowadzący, uważają Państwo, że należy przeprowadzić operację i zastanawiają się Państwo, jak postąpić z odmową rodziców.

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV*

Pan S. jest żonaty i ma dwoje dzieci w wieku szkolnym. Jest leczony w Państwa klinice na rzadką odmianę zapalenia płuc, często powiązaną z AIDS. Badanie wykazuje, że faktycznie jest nosicielem wirusa HIV. Pan S. stwierdza, że sam chce zdecydować, czy i kiedy poinformować żonę o zarażeniu. Podkreślają Państwo, że ochrona przed zakażeniem może uratować żonie życie. Poza tym ważne jest, aby sama poddała się testowi HIV. W przypadku pozytywnego wyniku miałyby możliwość przyjmowania leków, które spowolniłyby wybuch choroby, przedłużając w ten sposób jej życie. Sześć tygodni później pan S. zjawia się w klinice w celu badania kontrolnego. Odpowiadając na Państwa pytanie, mówi, że jeszcze nie poinformował żony. Nie chce, aby dowiedziała się o jego kontaktach homoseksualnych, gdyż obawia się, że go opuści i rodzina się rozpadnie. Aby ją chronić, odbywał z nią jedynie „bezpieczniejsze” stosunki seksualne. Jako lekarz prowadzący, zastanawiają się Państwo, czy nie powinni poinformować pani S. o zakażeniu męża wbrew jego woli, aby sama mogła rozpocząć leczenie, jeśli okaże się to potrzebne.

* Zaproponowane przez dr. Geralda Neitzke i panią Mareike Moeller z Medycznej Szkoły Wyższej w Hanowerze, Niemcy.

LECZENIE WIĘŹNIA

W ramach swych obowiązków zawodowych, co dwa tygodnie spędzają Państwo jeden dzień w pobliskim zakładzie karnym, lecząc więźniów. W dniu wczorajszym zajmowali się Państwo więźniem, który miał wiele zadrapań na twarzy oraz tułowi. Na pytanie, co było tego przyczyną, pacjent odpowiedział, że podczas przesłuchania został zaatakowany przez służbę więzienną, gdy odmówił odpowiedzi na postawione pytania. Chociaż jest to pierwszy tego rodzaju przypadek, z jakim mają Państwo do czynienia, słyszeli już Państwo od innych lekarzy o podobnych zdarzeniach. Są Państwo przekonani, że należy coś w związku z tym zrobić, lecz pacjent odmawia upoważnienia Państwa do ujawnienia informacji na jego temat z obawy przed odwetem ze strony władz więziennych. Co więcej, nie są Państwo pewni, czy więzień powiedział prawdę; strażnik, który go przyprowadził, stwierdził, że wdał się on w bójkę z innym więźniem. Mają Państwo dobre stosunki z pracownikami służby więziennej i nie chcieliby Państwo działać na ich szkodę, przedstawiając nieuzasadnione oskarżenia o złe traktowanie więźniów. Jak powinni Państwo w tej sytuacji postąpić?

DECYZJA ZWIĄZANA Z ZAKOŃCZENIEM ŻYCIA

Do Państwa szpitala zostaje przyjęta z domu opieki 80-letnia kobieta na leczenie zapalenia płuc. Jest słaba i ma lekką demencję. Skutecznie leczą Państwo zapalenie płuc, lecz tuż przed wypisaniem kobiety z powrotem do domu opieki doznaje ona udaru, w wyniku którego jest sparaliżowana z prawej strony i nie może się sama odżywiać. Pacjentka jest sztucznie odżywiana, co najwyraźniej stanowi dla niej dyskomfort, i po wielu próbach wyrwania lewą ręką zgłębnika, jej ramię zostaje unieruchomione. Pacjentka nie jest w stanie wyrazić swej woli w inny sposób. Poszukiwanie dzieci lub innych krewnych, którzy mogliby podjąć decyzje o jej leczeniu, nie przynosi rezultatów. Po paru dniach dochodzą Państwo do wniosku, że stan pacjentki prawdopodobnie się już nie polepszy, a jedynym sposobem ulżenia jej cierpieniu jest podawanie jej środków uspokajających albo odłączenie sztucznego odżywiania i pozwolenie jej umrzeć. Co powinni Państwo w tej sytuacji uczynić?

ZBIORY PRZYPADKÓW DO ANALIZOWANIA

UNESCO – przypadki z zakresu świadomej zgody –
<http://research.haifa.ac.il/~medlaw/>

www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm

Szkoła Zdrowia Publicznego w Harvardzie - przypadki z zakresu międzynarodowych badań naukowych – www.hsph.harvard.edu/bioethics/

www.commat.org/

Światowe Stowarzyszenie Lekarskie (WMA) jest globalnym przedstawicielem lekarzy, bez względu na ich specjalizację, miejsce zamieszkania lub praktykowania. Misją WMA jest służenie ludzkości poprzez dążenie do osiągnięcia najwyższych możliwych standardów opieki medycznej, etyki, nauki, edukacji oraz praw człowieka, wiążących się ze zdrowiem, dla wszystkich ludzi. Dział Etyki WMA został utworzony w 2003 roku w celu koordynowania i opracowywania stanowisk oraz rozszerzania działalności WMA w zakresie etyki w trzech płaszczyznach: kontaktów z innymi organizacjami międzynarodowymi aktywnymi w dziedzinie etyki; propagowania wiedzy za pomocą konferencji oraz strony internetowej WMA; opracowywania nowych materiałów edukacyjnych z zakresu etyki, takich jak niniejszy Podręcznik.



Światowe Stowarzyszenie Lekarskie
B.P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedet, Francja
e-mail: wma@wma.net • fax: (+33) 450 40 59 37
www.wma.net

Naczelna Izba Lekarska jest jednostką organizacyjną samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce działającego na podstawie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Pozostałymi jednostkami samorządu lekarskiego są 23 okręgowe izby lekarskie oraz Wojskowa Izba Lekarska.

Samorząd lekarski reprezentuje osoby wykonujące zawody lekarza i lekarza dentysty i sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów.