Image not found or type unknown

Sprostowanie do artykułu Pulsu Medycyny z 17.12.2024 r. „Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej – dlaczego podzielił środowisko lekarskie?”

U PROGU WEJŚCIA W ŻYCIE ZNOWELIZOWANEGO KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ

Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej po przyjęciu znowelizowanego KEL na Krajowym Zjeździe Lekarzy 18 maja 2024 r. w Łodzi niezwłocznie przystąpiła do prac nad tworzeniem komentarzy do wybranych artykułów KEL, zwłaszcza tych, które niosą za sobą największe zmiany.

Od początku prac nad Kodeksem działamy transparentnie, a i efekty prac Komisji są na bieżąco publikowane. Na stronie NIL, w mediach społecznościowych i na wszelkich spotkaniach, w których braliśmy udział, namawialiśmy do dyskusji nad kształtem Kodeksu. W październiku 2022 roku w akcji „Zadaj pytanie” zapytaliśmy o kierunek zmian jakim powinien podlegać KEL. Publikowaliśmy propozycje komentarzy do artykułów Kodeksu wskazując na oczekiwania i proponowane zmiany, by wreszcie w styczniu i marcu 2024 roku przedstawić i społecznie skonsultować projekty KEL. Spotykaliśmy się i korespondowaliśmy z przedstawicielami różnych środowisk (w tym organizacjami pacjentów) i specjalistami w różnych dziedzinach nauki, po to, by w krótkim, 2-letnim okresie przygotować KEL najbardziej odpowiadający środowisku lekarskiemu. Nasza prośba o kontakt z Komisją Etyki Lekarskiej nie pozostała bez odzewu. Otrzymaliśmy ogromną liczbę wskazówek, zapytań, sugestii i wątpliwości - dokonaliśmy ich szczegółowej analizy. Niektóre z nich stały się częścią KEL, były też takie, które skrajnie się wykluczały, z innych korzystamy nadal wydając komentarze do KEL. Niestety wiele osób się spóźniło i dziś, kiedy prosimy o wspólną pracę nad komentarzami nadal otrzymujemy wskazówki sugerujące korekty w brzmieniu konkretnych artykułów. Jednak nie ma już możliwości ingerowania w treść znowelizowanego KEL. Kodeks został przyjęty w brzmieniu jakie zostało wypracowane na Krajowym Zjeździe Lekarzy (KZL), po szerokiej zjazdowej dyskusji i analizie ponad 50 poprawek wniesionych przez Delegatów. Na tym etapie, wszelkie niejasności staramy się tłumaczyć w komentarzach i dziękujemy wszystkim tym, którzy współpracują z nami nad ich kształtem.

KEL ma zwartą, krótką formę i w swoim założeniu nigdy nie będzie wprost odnosił się do każdej możliwej sytuacji w życiu zawodowym lekarza. Istotną wskazówkę do interpretacji KEL stanowią komentarze. Na całym świecie kodeksom etycznym towarzyszą podobne omówienia ich treści.

Czytamy rozmaite teksty na temat znowelizowanego KEL, po lekturze których mamy niekiedy poczucie zupełnego niezrozumienia i nieuzasadnionej krytyki. Wynika to często w naszej ocenie z wybiórczej interpretacji poszczególnych artykułów Kodeksu oraz próbą porównywania KEL do zbioru przepisów zbliżonego do kodeksu karnego. Tymczasem **KEL ma wskazywać moralne uzasadnienia określonego postępowania** w sensie ogólnym, a nie ma być zbiorem jednoznacznych „nakazów i zakazów”.

Niechlubnym przykładem takiego tekstu jest artykuł w Pulsie Medycyny z 17.12.2024 r. autorstwa mec. Krzysztofa Dzięgielewskiego „Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej – dlaczego podzielił środowisko lekarskie?”. Jak wskazuje już sam tytuł, zdaniem autora artykułu uchwalenie nowelizacji KEL podzieliło środowisko lekarskie. Śledząc wpływającą do Komisji korespondencję dostrzegamy raczej chęć współpracy środowiska lekarskiego, nawet jeśli wpływające do nas uwagi były krytyczne. Na KZL 86% Delegatów zagłosowała ZA przyjęciem znowelizowanego KEL. Czy zatem rozkład głosów 86/14% to rzeczywiście podział naszego środowiska?

Odnosząc się kolejnego zastrzeżenia autora artykułu, że w KEL wprowadzono „niewiele zmian”, w naszej ocenie jest to krzywdzące. Stojąc na straży tradycji oraz z poszanowaniem tego, że jak stanowi art. 1 KEL „zasady etyki wynikają z ogólnych norm etycznych”, znowelizowany KEL nie mógł stanowić nowego wymiaru etyki lekarskiej. Został on natomiast istotnie dostosowany do współczesnych realiów, tak aby był kodeksem nowoczesnym. Patrząc np. na art. 12 KEL dotyczący sztucznej inteligencji, jest jednym z najnowocześniejszych kodeksów etycznych na świecie.

Nie sposób również zgodzić się z interpretacją autora artykułu dotyczącą art. 9 KEL. Postrzeganie nowego artykułu 9 jako „usunięcie zakazu podejmowania leczenia bez uprzedniego zbadania pacjenta” jest absolutnym uproszczeniem. Taka interpretacja pomija całokształt prac Komisji nad usankcjonowaniem teleporady, metody powszechnie stosowanej na świecie i która tak wiele pomogła nam w opiece nad pacjentami w okresie pandemii. Pozostawienie w art. 9 słowa „badanie” uniemożliwiłoby stosowanie teleporady. Z kolei określenie „ocena stanu pacjenta” jest pojęciem szerszym: obejmującym wywiad, ocenę badań laboratoryjnych lub obrazowych i obserwację pacjenta jaką umożliwiają warunki teleporady, a ocena czy zachodzi konieczność wizyty osobistej należy do lekarza. Warto zapoznać się z publikowanymi co środę komentarzami do poszczególnych artykułów KEL, w których w odniesieniu do art. 9 KEL piszemy „Co do zasady osobisty kontakt lekarza z pacjentem jest najwłaściwszą formą relacji lekarz – pacjent, chyba że przy rozwiązywaniu konkretnego problemu zdrowotnego na danym etapie procesu opieki korzystniejsze jest zastosowanie telemedycyny.”.

W dalszej kolejności, chcemy zaznaczyć, że artykuł 62 KEL regulujący stosunki wzajemne między lekarzami wcale nie został „nieco” zmodyfikowany. Artykuł zachęca lekarzy do wzajemnego szacunku, zawiera wskazówki dotyczące uzasadnionej krytyki postępowania innych członków grupy zawodowej i rozróżnia „dyskredytację” i „krytykę”.

Cieszy, że zwrócono w tekście Pulsu Medycyny uwagę na art. 78 KEL - na to, że lekarz powinien być przykładem właściwych postaw zdrowotnych i dbać o własne zdrowie i dobrostan oraz na kolejną nowelizację dotyczącą wypowiedzi lekarzy na forum publicznym, w tym w mediach, Internecie oraz serwisach społecznościowych.

Nie wiadomo skąd wiedza (może raczej tylko przekonanie?), że „największe kontrowersje” wzbudziło wśród lekarzy i prawników (może raczej tych drugich) podejście do reklamy. Prace nad art. 71 KEL wymagały ze strony Komisji analizy dostępnego piśmiennictwa, orzecznictwa sądów lekarskich, badania ankietowego w środowisku lekarskim i wśród pacjentów by dostosowaćkwestie reklamy do obowiązujących przepisów UE. Nie można było utrzymać dotychczasowegobrzmienia zakazującego wszelkiego reklamowania się, a jednocześnie nie można było dopuścićreklamy bez ograniczeń. Art. 71 KEL wskazuje więc pod jakimi warunkami można przekazywaćinformacje o oferowanych usługach. Wprowadzono niezwykle ważny punkt zakazującywykorzystywania autorytetu lekarza do promowania usług niezwiązanych z zawodem, któryjednoznacznie wyklucza reklamę cytowanych w tekście przez mec. Dzięgielewskiego „przedmiotówcodziennego użytku, AGD i materiałów budowlanych”. Komentarz do art. 71 KEL ukazał się napoczątku 2025 roku.

Szkoda, że art. 12 KEL stanowiący o sztucznej inteligencji w medycynie, tak nowoczesny i przenoszący KEL w przyszłość znalazł w tekście Pulsu Medycyny tylko wzmiankę, że jest. Bo to właśnie ten artykuł (a nie 71!) przyniósł w środowisku lekarskim najwięcej zapytań, próśb o komentarz i dyskusji. Ale na pewno nie podziałów! To właśnie dlatego najpierw wydaliśmy projekt komentarza do art. 12 KEL, a dopiero po konsultacjach z ekspertami stosującymi AI w medycynie, po uzyskaniu odpowiedzi z komisji etyki Okręgowych Izb Lekarskich opublikowaliśmy gotowy tekst komentarza.

Sformułowanie, że „zmarnowano okazję unikając choćby uregulowania w nowym KEL” wymienionych w tekście mec. Dzięgielewskiego kwestii uderza w dobre imię Samorządu Lekarskiego. Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej jest narzędziem naszego środowiska, które wskazało kierunek nowelizacji i na bieżąco konsultowało jej prace, czego ostatecznym efektem jest znowelizowany KEL. Wyniki prac Komisji były publicznie dostępne, można więc zadać pytanie: gdzie byli autorzy propozycji, których ujęcie w KEL „zmarnowano” kiedy pracowaliśmy nad jego treścią?

Kodeks Etyki Lekarskiej należy czytać i rozumieć jako całość.

W odniesieniu do kwestii nieporuszonych w KEL (w ocenie autora tekstu Pulsu Medycyny) Komisja uprzejmie wyjaśnia lub wskazuje odnośniki w KEL, gdzie należy poszukiwać odpowiedzi:

- wpływ nieludzkiego wymiaru czasu pracy na bezpieczeństwo lekarzy i pacjentów – art. 78 ust. 2 KEL (nie wolno propagować postaw antyzdrowotnych. Lekarz powinien być przykładem właściwych postaw zdrowotnych i dbać o własne zdrowie i dobrostan.);
- podpisywanie kontraktów z młodymi lekarzami jako przedsiębiorcami, prowadzącymi jednoosobową działalność gospodarczą na skrajnie nieuczciwych warunkach – art. 63 ust. 3 KEL (Lekarze pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób.);
- wykonywanie zabiegów u osób bliskich (postępowanie takie nie jest nieetyczne, tym niemniej lekarze stosują zasadę przekazywania pod opiekę osób bliskich innym lekarzom);
- obowiązki lekarzy związane z profesjonalnym wydawaniem opinii i

udział lekarza w funkcjonowaniu wymiaru sprawiedliwości np. w charakterze biegłego sądowego – art. 42 KEL (treść dokumentu musi być zgodna z wiedzą i kompetencjami lekarza oraz powinna zawierać rzetelne informacje o stanie zdrowia pacjenta. Nie może być ona formułowana przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści.);

- przeciwdziałanie współczesnym problemom społecznym, takim jak dyskryminacja, molestowanie czy mobbing (zwłaszcza wobec młodych lekarzy) – art. 63 ust. 2 KEL (Lekarze pełniący funkcje kierownicze mają obowiązek traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki.).

Nastał czas stosowania znowelizowanego Kodeku Etyki Lekarskiej w życiu zawodowym lekarza i lekarza dentysty. Niech będzie on dla Państwa moralną wskazówką postępowania i źródłem dumy z wykonywanego zawodu. Namawiamy do kontaktu z Komisją i do czynnego udziału w pracach nad komentarzami, bo my lekarze i lekarze dentyści potrafimy dyskutować, wnioskujemy ze sprawdzonych faktów, jak krytykujemy to merytorycznie i okazujemy sobie wzajemny szacunek.

w imieniu Komisji Etyki Lekarskiej NRL
Artur de Rosier
Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL