

## artykuł 6

### *1) Obecne brzmienie artykułu*

Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

### *2) propozycje zmian obecnego kształtu artykułu*

W treści artykułów KEL używane są dwa pojęcia dotyczące wiedzy medycznej - „współczesna” w art.4 i „aktualna” w art. 6. Zasadne byłoby ujednoczenie tego określenia ze wskazaniem na „aktualną”.

Rozdział I KEL zawiera przepisy dotyczące postępowania lekarza wobec pacjenta. Przywołany art. 6 ustanawia zasadę swobodnego wyboru metod postępowania, najskuteczniejszych, potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. W rozdziale IV KEL traktującym o zasadach postępowania w praktyce lekarskiej art. 57 punkt 1 „Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo” i punkt 2 „Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty” wyraźnie koresponduje z przepisami rozdziału II. Do rozważenia przeniesienie przepisu w tym brzmieniu do Rozdziału I.

### *3) Istota tego, co podlega regulacji i dlaczego (dlaczego określona wartość, praktyka itp. jest w pracy lekarza ważna; jak należy rozumieć przepis kodeksu)*

Art. 6 stanowi rozwinięcie zasady swobody działań zawodowych lekarza unormowanej w części ogólnej KEL w art. 4 KEL wskazującym, że w zakresie tej swobody mieści się decyzja lekarza dotycząca wyboru metod postępowania. Postępowanie lekarza wobec chorego należy rozumieć jako podejmowanie czynności wchodzących w skład zawodu lekarza takich jak czynności podejmowane w celu ochrony zdrowia i życia, czynności diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, związane z zapobieganiem chorobom, niesieniem ulgi w cierpieniu oraz czynności orzecznicze.

W zakresie, w jakim art.6 odnosi się do działań diagnostycznych i leczniczych, swoboda wyboru metod postępowania lekarza służy realizacji podstawowej normy zawodu lekarza, jaką jest dbanie o dobro chorego. Podleganie przez lekarza nadmiernym ograniczeniom o charakterze finansowym, administracyjnym lub presji otoczenia może skutkować mniej niż optymalną dbałością o dobro pacjenta. Temu samemu celowi podporządkowany jest wymóg postępowania zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Wiedza ta stanowi najbardziej wiarygodną podstawę decyzji lekarskich i pozwala uzyskiwać najlepsze z osiągalnych w danym czasie wyników opieki nad pacjentem.

#### *4) Kontekst (w tym objaśnienie wyjątków i rozszerzeń)*

Swoboda decyzji zawodowych, wyboru metod postępowania lekarza podlega ograniczeniom. Jest podporządkowana ogólnej zasadzie troski o dobro chorego, postępowania zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz wdrażaniu procesu diagnostyczno-leczniczego w sposób celowy, niezbędny i wystarczający. Swoboda wyboru działań diagnostycznych i terapeutycznych realizuje się w ramach tego, na co pacjent wyraził świadomą zgodę.

Wybór metody uznanej za najskuteczniejszą lekarz winien opierać na ugruntowanej aktualnej wiedzy medycznej uzyskanej w toku kształcenia przed- i podyplomowego, studiowaniu piśmiennictwa naukowego, szkoleniach, konferencjach, warsztatach i doświadczeniu zawodowym, a także dostosowaniu do indywidualnego pacjenta, jego sytuacji i potrzeb.

Termin „aktualny stan wiedzy” wobec braku ustawowej definicji „wiedzy medycznej” należy rozumieć jako wiedzę z zakresu nauk medycznych, która została wygenerowana i zweryfikowana w procesie badawczym zgodnym z najbardziej godnymi polegania metodami naukowymi, dzięki czemu opiera się ona na wiarygodnych dowodach. W terminologii występują określenia „współczesna” (charakterystyczna dla dzisiejszej epoki) i „aktualna wiedza medyczna” (obowiązująca w danej chwili). Współczesna wiedza medyczna może, ale nie musi być aktualna. Dynamiczny postęp wiedzy i technologiach medycznych, istnienie nowych równoważnych i uznanych metod wymaga od lekarza niejednokrotnie dokonania wyboru postępowania. Swoboda wyboru metod diagnostycznych i leczniczych umożliwia lekarzowi dokonanie tego wyboru w odniesieniu do konkretnego pacjenta. Postępowanie zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej może odbywać się w ramach właściwie ukształtowanych relacji lekarz-pacjent, w której aktualna wiedza medyczna i zdobycze medycyny stanowią podstawę troski o dobro pacjenta i niesienia ulgi w cierpieniu. Relacje lekarz-pacjent powinny opierać się na konsensusie etycznym wynikającym z wzajemnego poszanowania autonomii pacjenta i autonomii profesjonalnej lekarza w trosce o życie i zdrowie

pacjenta. Odejście od paternalizmu (nieliczenia się z opinią pacjenta) i dowartościowanie jego podmiotowości i autonomii stanowi pozytywny zwrot we współczesnej etyce medycznej. Autonomia jest najczęściej definiowana jako zdolność do świadomego i wolnego kierowania swoim postępowaniem a także jako prawo do formułowania i przyjmowania własnych zasad i kryteriów moralnych.<sup>1</sup> Naczelnym instrumentem poszanowania autonomii pacjenta jest etyczna i prawna instytucja świadomej zgody, która umożliwia pacjentowi zaakceptowanie proponowanego mu postępowania medycznego lub odmowę poddania się mu. Poszanowanie autonomii pacjenta nie pociąga za sobą realizowania jego życzeń, które byłyby nieuzasadnione troską o jego dobro, niezgodne z aktualną wiedzą medyczną lub lekarskimi standardami etycznymi. W całkowitej zgodności z poszanowaniem autonomii pacjenta i swobody wyboru postępowania medycznego przez lekarza pozostaje niesprzeciwianie się zasięgnięciu opinii u innego lekarza o stanie zdrowia i postępowaniu lekarskim. Wzajemne zrozumienie, poszanowanie drugiej strony i jej praw pozwalają zbudować właściwe relacje oparte na zaufaniu.

#### *5) Powiązane artykuły KEL*

art. 4.

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

art. 10.

1. Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich
2. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego.

art. 57.

- 1 Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem a nie posiadającym do tego uprawnień
- 2 Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty

art. 13

---

<sup>1</sup> Encyklopedia of Ethics, t. 1, wyd. II . Routledge, New York/ London 2001.

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia
2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały
3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego

## **artykuł 10**

### *1) Obecne brzmienie artykułu*

1. Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich.
2. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego.

### *2) Propozycje zmian obecnego kształtu artykułu*

1. Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje kompetencje zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich.
2. Jeżeli lekarz nie potrafi ocenić czy w określonej sytuacji nie wykracza poza swoje kompetencje, powinien zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego.

### *3) Istota tego, co podlega regulacji i dlaczego (dlaczego określona wartość, praktyka itp. jest w pracy lekarza ważna; jak należy rozumieć przepis kodeksu)*

Artykuł 10 określa jeden z kluczowych elementów profesjonalizmu lekarskiego, jakim jest postępowanie zgodne z posiadanymi kompetencjami zawodowymi. Podejmowanie czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych lub orzecznich, które wykraczają poza kompetencje zawodowe lekarza pozostaje w konflikcie z obowiązkiem dbania o dobro pacjenta, ponieważ może spowodować dodatkowy uszczerbek na zdrowiu pacjenta.

Ustęp 2 artykułu dopuszcza odstępstwo od tej zasady w nagłych sytuacjach zagrożenia życia chorego wtedy, gdy udzielenie pacjentowi nawet mniej niż optymalnej pomocy lekarskiej jest uzasadnione zagrożeniem życia pacjenta i pilnością uzyskania tej pomocy. W takich

przypadkach pomoc lekarza, która wykracza poza jego kompetencje jest jedyną alternatywą wobec pozostawienia pacjenta bez jakiegokolwiek pomocy medycznej.

#### *4) Kontekst (w tym objaśnienie wyjątków i rozszerzeń)*

Umiejętności wraz z wiedzą, cechami charakteru oraz innymi zdolnościami psychospołecznymi składają się na kompetencje zawodowe, które umożliwiają realizowanie zadań w danym zawodzie. Kwalifikacje natomiast to weryfikowalne kompetencje poświadczone odpowiednimi dokumentami (np. prawem wykonywania zawodu, dyplomem specjalizacji, zaświadczeniem, certyfikatem). Kompetencje zawodowe lekarza podlegają zmianie w czasie, m. in. w wyniku doświadczenia zawodowego oraz ustawicznego kształcenia się, dzięki którym lekarz aktualizuje swoje kompetencje stosownie do postępów wiedzy i rozwoju technologii medycznych. Stąd m.in. art 56 stanowi, że powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie swojej wiedzy i doskonalenie umiejętności, co można czynić w ramach kursów doskonalących lub poprzez nabywanie doświadczenia.

Ponieważ na całokształt kompetencji lekarza składają się wiedza i umiejętności, poświadczone dyplomami oraz nabyte w innym trybie, przystępując do czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych lub orzecznich lekarz powinien krytycznie ocenić, czy ma odpowiednie kompetencje i czy podejmując się opieki nad pacjentem w określonej sytuacji nie wykracza poza nie.

Powyższe nie dotyczy nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu pacjenta. Udzielenie pomocy w takim przypadku, przez lekarza, który ma wątpliwości co do swoich kompetencji (por. art. 64) jest mniejszym złem w porównaniu z pomocą medyczną udzielaną przez osobę przypadkową nie mającą żadnego wykształcenia medycznego. Należy też uwzględnić, że udzielenie pomocy w sytuacjach, w których zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego, zwykle wymaga kompetencji z zakresu podstawowej pomocy medycznej. Kształcenie w tym zakresie należy do programu studiów medycznych, wobec czego można założyć, że praktycznie każdy lekarz jest kompetentny w zakresie udzielania podstawowej pomocy medycznej.

#### *5) Powiązane artykuły KEL*

art. 54.

W razie wątpliwości diagnostycznych i leczniczych lekarz powinien, w miarę możliwości, zapewnić choremu konsultację innego lekarza. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie.

art. 64.

W czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających.  
art. 69.

Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.

## **Artykuł 19**

### *1) Obecne brzmienie artykułu*

Chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół a także do kontaktów z duchownym. Lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich choremu wyrażających wobec lekarza obawy o zdrowie i życie chorego.

### *2) Propozycje zmian obecnego kształtu artykułu*

Nie proponuje się zmian.

### *3) Istota tego, co podlega regulacji i dlaczego (dlaczego określona wartość, praktyka itp. jest w pracy lekarza ważna; jak należy rozumieć przepis kodeksu)*

Co do zasady opiekę nad pacjentem sprawuje personel medyczny oddziału posiadający wymagane do tego kompetencje i odpowiadający za skutki niewłaściwej albo braku należytej opieki. Uprawnienie pacjenta do korzystania z opieki rodziny lub innych osób bliskich oraz z opieki duszpasterskiej wynika z praw człowieka, a także z potrzeby zapewnienia pacjentowi jak najmniej uciążliwych warunków hospitalizacji lub minimalizowania ciężarów związanych z doświadczeniem choroby. Zapewnienie pacjentowi możliwości korzystania z tych praw może zatem mieć istotny wpływ na proces diagnostyczno-terapeutyczny. Wsparcie rodziny oraz przyjaciół należy traktować jako działanie dodatkowe, uzupełniające zaspokajanie potrzeb pacjenta (np. dostęp do określonych periodyków czy książek czy, za wiedzą i akceptacją personelu medycznego,- dodatków do podstawowej diety szpitalnej). Opieka rodziny w postaci przekazywania informacji o wydarzeniach czy nowinkach z kręgu społecznego pacjenta może osłabiać separację spowodowaną pobytem w szpitalu.

Ze względu na więzi społeczne i emocjonalne osób bliskich z chorym, niezbędne jest również uwzględnienie ich potrzeb w zakresie, w jakim nie narusza ono innych powinności lekarza (np.

zapewnienia najlepszej dostępnej opieki, poszanowania tajemnicy lekarskiej czy prywatności pacjenta). Znajomość ich obaw lub przemyśleń może wspomagać proces decyzyjny lekarza i tym samym pozytywnie przyczynić się do jakości opieki nad pacjentem.

W zakresie, w jakim przekonania religijne stanowią istotny składnik życia pacjentów, umożliwienie im kontaktów z duchownym stanowi element szerokiego zaplecza społecznego ułatwiającego pobyt w szpitalu i mogącego mieć pozytywny wpływ na proces opieki nad chorym oraz powrotu do zdrowia. Istotne jest również wsparcie duchownych w okresach kryzysu lub w terminalnej fazie choroby. Naturalnie, opieka duszpasterska winna być odpowiednia do wyznania chorego i zapewniana wyłącznie tym pacjentom, którzy sobie takiego wsparcia życzą. Ważne jest przy tym uwzględnienie potrzeb innych pacjentów przebywających w tej samej sali chorych, którzy należą do innych wspólnot religijnych lub są bezwyznaniowci.

#### *4) Kontekst (w tym objaśnienie wyjątków i rozszerzeń)*

Zrozumienie przez lekarza dla wyrażania przez osoby bliskie choremu obaw o jego zdrowie i życie nie dopuszcza dyskusowania z tymi osobami o zawiłościach diagnostycznych i terapeutycznych pacjenta. Lekarz jest zobowiązany do zachowania tajemnicy lekarskiej co znajduje wyraz w art. 23 w powiązaniu z art. 25. Z tego też względu i zgodnie z postanowieniem pkt 1 art 16 informowanie rodziny bądź innych osób o stanie zdrowia pacjenta powinno być wcześniej uzgodnione z chorym.

#### *5) Powiązane artykuły KEL*

art. 13

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.
2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.
3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

**artykuły 23 – 29**

### *1) Obecne brzmienie artykułów*

Art. 23. Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.

Art. 24. Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.

Art. 25. Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:

- gdy pacjent wyrazi na to zgodę,
- jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz
- jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.

Art. 26. Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej, jeśli po przeprowadzeniu badania lekarskiego na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu wynik badania zostanie przekazany zleceniodawcy; nieodzownym warunkiem jest jednak, aby lekarz przed rozpoczęciem badania poinformował o tym osobę, która ma być zbadana. Wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia wniosków wynikających z badania, powinny być nadal objęte tajemnicą lekarską.

Art. 27. Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

Art. 28. Lekarz powinien czuwać nad tym, by osoby asystujące lub pomagające mu w pracy przestrzegały tajemnicy zawodowej. Dopuszczenie ich do tajemnicy powinno obejmować wyłącznie informacje w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania ich czynności zawodowych. Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne do postępowania lekarskiego.

Art. 29. Lekarz i współpracujące z nim osoby są obowiązane do zabezpieczenia poufności informacji zawartych w materiale genetycznym pacjentów i ich rodzin.

### *2) Propozycje zmian obecnego kształtu normy (w omawianym artykule i w powiązanych)*



art. 23. Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte informacje związane z pacjentem, uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.

Uzasadnieniem zmiany jest dostosowanie artykułu do brzmienia art. 40.1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 05.12.1996 r.

*3) Istota tego, co podlega regulacji i dlaczego (dlaczego określona wartość, praktyka itp. jest w pracy lekarza ważna; jak należy rozumieć przepis kodeksu)*

Tajemnica lekarska jest jedną z najbardziej istotnych powinności związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry i jej waga była rozpoznawana przez lekarzy już u zarania medycyny. Tajemnica zajmuje poczesne miejsce w pismach Hipokratesa, a także w tradycjach medycznych innych części świata.

Ochrona informacji związanych z pacjentem zapobiega wykorzystaniu ich przez osoby postronne wbrew dobru i uprawnionym oczekiwaniom pacjenta związanym m.in. z ochroną jego własności, prywatności, dobrego imienia, wolności, zdrowia, a nawet życia. Tajemnica lekarska pozwala ponadto na zbudowanie z lekarzem prawdziwej więzi opartej na zaufaniu. Wykluczenie z dostępu do informacji osób postronnych i nieuprawnionych pozwala na szczerą komunikację lekarza z pacjentem, która zmniejsza prawdopodobieństwo błędów diagnostycznych i terapeutycznych. Wartość poufności wykracza też poza ochronę dóbr i poprawę jakości poszczególnych relacji lekarzy i pacjentów. Zaufanie dla lekarzy, które opiera się na dochowywaniu tajemnicy lekarskiej, sprzyja również budowaniu zaufania dla grupy zawodowej lekarzy.

*4) Kontekst (w tym objaśnienie wyjątków i rozszerzeń)*

Artykuł 23 mówi o obowiązku lekarza zachowania tajemnicy lekarskiej, wskazuje na jej zakres (tu propozycja zmiany „wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu” na „informacje związane z pacjentem” – brzmienie zgodne z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry, dające lekarzowi większą ochronę) i okoliczności ich uzyskania („w związku z wykonywaniem przez niego czynności zawodowych”). Pamiętać również należy, że tajemnicą objęte są nie tylko informacje nam powierzone przez pacjenta, ale też te, które lekarz samodzielnie ustali np. w toku badania przedmiotowego.

Artykuł 23 mówi też o tym, że śmierć chorego nie zwalnia z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej. Postanowienie to jest zgodne z przyrzeczeniem lekarskim składanym przez adeptów medycyny – „dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego”, a równocześnie jest

bardziej restrykcyjne od wprowadzonych w 2016 r. i 2019 r. nowelizacji ustaw o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, które mówią, że „lekarz jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska”. Rozwiązanie to zostało skrytykowane przez środowiska prawnicze i lekarskie uznając, że czyni ono tajemnicę lekarską iluzoryczną. Aby zapobiec takim sytuacjom pacjent może zgłosić sprzeciw na ujawnienie tajemnicy lekarskiej, a sprzeciw ten należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta. Tym samym ważną rolą lekarza w kontekście zapewnienia pośmiertnej tajemnicy lekarskiej i nienarażania się na utratę zaufania pacjentów jest ich rzetelne informowanie o obowiązującym prawie w tym zakresie i o możliwości złożenia za życia sprzeciwu na ujawnienie tajemnicy lekarskiej po śmierci celem ochrony pośmiertnej ochrony informacji związanych z pacjentem.

Artykuły 24 – 27 wskazują, kiedy dopuszczalne jest przekazanie informacji związanej z pacjentem innej osobie lub instytucji. Lekarz może przekazać informacje związane z pacjentem innemu lekarzowi przejmującemu opiekę nad nim lub też innym pracownikom ochrony zdrowia, których zaangażowanie jest niezbędne do prawidłowego przebiegu opieki nad pacjentem. Należy podkreślić, że informacje związane z pacjentem przekazywane innym osobom mogą być przekazywane tylko w zakresie niezbędnym do realizacji celu, w jakim zostają przekazane. Ponadto, sam pacjent może wyrazić zgodę na ujawnienie informacji objętych tajemnicą lekarską, przy czym zgoda pacjenta nie oznacza obowiązku udzielenia informacji przez lekarza.

Na jeden z wyjątków od tajemnicy lekarskiej wskazuje postanowienie art. 25 „jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa”, co bezpośrednio odnosi się np. do kwestii tajemnicy pośmiertnej omówionej powyżej. W orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego z 30.07.2014 (sygn. akt K 23/11) dotyczącym ochrony tajemnicy lekarskiej Trybunał podkreślił jej szczególną wagę i wskazał, że ograniczenie tajemnicy lekarskiej w drodze postanowień ustawowych może naruszać konstytucyjne prawo do prywatności, wolność komunikacji i autonomię informacyjną jednostki.

Lekarz ma prawo zgodnie z artykułem 27 do ujawniania faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

Artykuł 28 wskazuje rolę lekarza jako osoby czuwającej nad tym, by osoby mu asystujące w pracy i mające dostęp do informacji objętych tajemnicą lekarską przestrzegały jej dochowania. Dotyczy to m.in. studentów w trakcie nauki zawodu, personelu pomocniczego, personelu administracyjnego, a także innych zawodów medycznych asystujących lekarzowi. Pośrednio wiąże się z wymogiem ograniczenia zakresu udzielanych informacji do tego, który jest

uzasadniony celem jej przekazywania. Artykuł 28 wskazuje też na to, że tajemnica lekarska pociąga za sobą obowiązek ochrony dokumentacji medycznej.

Artykuł 29 nakłada na lekarza i współpracujące z nim osoby obowiązek zabezpieczenia poufności informacji zwartych w materiale genetycznym.

#### *5) Powiązane artykuły KEL*

art. 12

1. Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.
2. Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.

art. 16

1. Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym.
2. W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić dla dobra chorego, niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego.
3. W przypadku pacjenta niepełnoletniego lekarz ma obowiązek informowania jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

art. 17

W razie niepomyślnej dla chorego prognozy, lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji.

### **artykuł 32**

#### *1) Obecne brzmienie artykułu*

1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.
2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji, należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

#### *2) Propozycje zmian obecnego kształtu artykułu*

1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji. Nie powinien też kontynuować terapii daremnej.

2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji, terapii daremnej, należy do lekarza lub zespołu lekarzy i jest związana z definitywną, negatywną oceną szans leczniczych. Z poszanowaniem wymogów tajemnicy lekarskiej, lekarz powinien przekazać osobom najbliższym chorego wszelkie informacje uzasadniające taką decyzję i umożliwiające takim osobom jej zrozumienie i pogodzenie się z perspektywą kończącego się życia chorego.
3. W miarę możliwości lekarz powinien zapewnić choremu oraz jego najbliższym informacje dotyczące dostępnej dla chorego opieki paliatywnej.

*3) Istota tego, co podlega regulacji i dlaczego (dlaczego określona wartość, praktyka itp. jest w pracy lekarza ważna; jak należy rozumieć przepis kodeksu)*

Artykuł dotyczy kluczowej decyzji o podjęciu lub niepodjęciu reanimacji bądź kontynuacji terapii daremnej u pacjentów w stanach terminalnych. Wskazuje on, że w takiej sytuacji lekarz nie jest zobowiązany wszczynać reanimacji. Powinien też zaprzestać terapii daremnej.

Proces podejmowania decyzji powinien się opierać zarówno na rzetelnej i ciągłej ocenie stanu klinicznego pacjenta dokonywanej przez lekarza, przebiegu dotychczasowego postępowania oraz możliwości terapeutycznych, jak i na poznawaniu i uszanowaniu priorytetów pacjenta. Jest to proces decyzyjny szczególnie ważny u schyłku życia, kiedy możliwości leczenia przyczynowego się wyczerpują, choroba postępuje, a śmierć staje się coraz bliższa i nieunikniona. Podejmowanie lub kontynuacja reanimacji w takich okolicznościach oznaczałyby postępowanie nieuzasadnione aktualną wiedzą medyczną oraz potencjalnie wystawianie pacjenta na nieuzasadnione cierpienie. W tym okresie istnieje też ryzyko, że wdrożone już postępowanie medyczne może się stać daremne. Tak określa się działania medyczne, których podjęcie było uzasadnione oceną stanu pacjenta oraz z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej (ich wdrożenie było uzasadnione), a które w toku opieki nad pacjentem okazały się nieskuteczne i nie przynoszą choremu korzyści. Kontynuacja takich działań może ponadto być źródłem cierpienia dla pacjenta lub jego bliskich.

Obok pojęcia daremności w komentarzach etycznych pojawia się zbliżone pojęcie uporczywości. Za terapię uporczywą uważa się „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych u nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta.”<sup>2</sup> Słowo daremność odnosi się do braku realizacji celu działania, które było uzasadnione w chwili jego podjęcia, a

---

<sup>2</sup> Bołoz W. Krajnik M. Adamczyk A i WSP. : Consensus Polskiej Grupy Roboczej de. Problemów Etycznych Końca Życia. Med. Paliat. Prakt. 2008; 2: 77

uporczywość akcentuje (pejoratywnie) postawę osoby kontynuującej stosowanie interwencji medycznych, które okazały się nieskuteczne.

Ograniczenie terapii daremnej może przybrać formę niepodjęcia (czyli niewdrażania leczenia lub niezwiększania intensywności leczenia już wdrożonego) lub formę odstąpienia od kontynuowania metody już wdrożonej.

#### *4) Kontekst (w tym objaśnienie wyjątków i rozszerzeń)*

Wstępna decyzja dotycząca ograniczenia terapii powinna zostać podjęta nie tylko zgodnie z dobrą praktyką kliniczną i aktualną wiedzą medyczną, ale także z uwzględnieniem wartości i preferencji chorego. Jeśli lekarz opiekujący się chorym wcześniej nie rozmawiał z nim o jego priorytetach, to w sytuacji braku kontaktu logicznego z pacjentem źródłem takich informacji są zwykle jego bliscy. Stąd bardzo istotne jest odpowiednio przeprowadzone spotkanie zespołu terapeutycznego z rodziną chorego lub innymi osobami uznanymi przez niego za bliskie, z wyjątkiem sytuacji, gdy chory wcześniej wyraźnie taką opcję wykluczył. Ze względu na zmiany w wiedzy i technologiach medycznych niezbędne jest uwzględnianie w procesie decyzyjnym aktualnych rekomendacji odpowiednich towarzystw medycznych. W sytuacjach szczególnie trudnych lub gdy zespołowi terapeutycznemu trudno jest wypracować wspólne stanowisko wskazane jest skorzystanie z klinicznej konsultacji etycznej.

#### *5) Powiązane artykuły KEL*

art. 6.

Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

art. 12.

Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.

art. 30.

Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

art. 31.

Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa

## **artykuł 52**

### *1) Obecne brzmienie artykułu*

1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom.
2. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób.
3. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej
4. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki.
5. Jeżeli dostrzeżony błąd, popełniony przez innego lekarza, ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków.

### *2) Propozycje zmian obecnego kształtu artykułu*

1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i wdzięczność należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom.
2. Lekarz powinien zachować ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza. Lekarz nie powinien w jakikolwiek sposób publicznie dyskredytować innego lekarza. Nie wyklucza to merytorycznej krytyki w środowisku lekarskim.
3. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad kodeksu etyki lekarskiej powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie właściwego organu izby lekarskiej.
4. Poinformowanie właściwego organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad kodeksu etyki lekarskiej lub niekompetencji zawodowej lekarza, a także merytoryczna krytyka dokonana w środowisku lekarskim nie stanowią naruszenia zasad etyki.
5. Jeżeli błąd popełniony przez innego lekarza ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków.

*3) Istota tego, co podlega regulacji i dlaczego (dlaczego określona wartość, praktyka itp. jest w pracy lekarza ważna; jak należy rozumieć przepis kodeksu)*

Art. 52 stoi na straży trudnego zadania, jakim w obliczu pogłębiającego się różnicowania poglądów i opinii oraz zauważalnej dehumanizacji medycyny jest dbałość o właściwe relacje w grupie zawodowej lekarzy polegające na wzajemnym szacunku, poczuciu wspólnoty i koleżeństwie. Równocześnie, artykuł zawiera wskazówki dotyczące uzasadnionej krytyki postępowania innych członków grupy zawodowej.

Przynależność do profesji lekarskiej wymaga od wszystkich jej członków zarówno posiadania odpowiednich kompetencji, jak i respektowania norm etycznych niezależnie od stopnia wykształcenia, pełnionej funkcji czy stażu pracy. Właściwe relacje między lekarzami służą budowaniu zaufania społecznego do grupy zawodowej lekarzy, a tym samym mogą mieć pozytywny wpływ na relacje pomiędzy poszczególnymi lekarzami a ich pacjentami.

Dbałość o właściwe relacje w grupie zawodowej nie oznacza bezkrytycznej lojalności wobec tej grupy i braku reakcji na błędy koleżanek i kolegów. Reakcje te podlegają określonym standardom etycznym. Zasadnicze znaczenie ma rozróżnienie „dyskredytacji” i „krytyki”. Dyskredytowanie to rodzaj krytyki, która nie dotyczy meritum sprawy, w odniesieniu do której zgłaszane są zastrzeżenia, ale służy umniejszeniu autorytetu lub kompromitacji osoby, której sprawa dotyczy. Natomiast krytyka to merytoryczna analiza, której celem jest rzetelna ocena prawidłowości danego zachowania. Dozwolone jest zatem krytyczne odniesienie się do działań zawodowych innego lekarza, pod warunkiem, że krytyka nie będzie miała charakteru dyskredytacji. Interpretację taką potwierdził Trybunał Konstytucyjny w wyroku 23.04.2008 r. (sygn. akt Sk 16/07).

Zasadnicze znaczenie w ocenie postępowania innych osób mają źródła, na których opiera się merytoryczna krytyka. Lekarz powinien wykazać daleko idącą ostrożność w formułowaniu sądów na temat wiedzy i umiejętności innego lekarza szczególnie jeśli informacje te pochodzą wyłącznie od pacjentów lub od osób nieposiadających profesjonalnej wiedzy medycznej bądź mogących wносить element emocjonalny, pozamerytoryczny i nieobiektywny. W przypadku uzyskania informacji o niewłaściwym postępowaniu innego lekarza z wiarygodnego źródła, pierwszym krokiem powinna być rozmowa z lekarzem, którego sprawa dotyczy. Celem tej rozmowy winno być wyjaśnienie sprawy i rozwiązanie trudności. Jeśli nie można rozwiązać sprawy w ten sposób, niezbędna jest rozmowa z przełożonym lekarza, którego dotyczy sprawa. Jeśli i te działania nie odniosą zamierzonego skutku, koniecznym będzie skierowanie sprawy do właściwego organu izby lekarskiej tj. do rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

*4) Kontekst (w tym objaśnienie wyjątków i rozszerzeń)*

5) Powiązane artykuły KEL

art. 53

1. Doświadczeni lekarze winni służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych.
2. Lekarze pełniący funkcje kierownicze powinni traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki.
3. Lekarze pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób.

art. 55

Lekarz kontrolujący pracę innych lekarzy powinien, w miarę możliwości, zawiadomić ich wcześniej, aby umożliwić im obecność w czasie kontroli i bezpośrednie przekazanie uwag o jej wynikach.

art.77

Lekarze nauczający studentów powinni zaznajamiać ich z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Studenci medycyny powinni zarówno przyswajać sobie jak i respektować zasady zawarte w niniejszym Kodeksie.

art. 78

Lekarze, którzy nauczają studentów lub szkolą lekarzy powinni swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania dla studentów i młodych lekarzy będących pod ich opieką.