

GRANICE ETYKI LEKARSKIEJ. PROTEST LEKARZY. RYZYKO MORALNE

prof. dr hab. P. Łuków

1

Granice etyki lekarskiej

P. Łuków

Granice etyki lekarskiej

2

- Groźne mity na temat zawodu lekarza:
 - „zawodowy bohater”
 - „zawód jak każdy inny”
- Pytania o granice etyki lekarskiej
 - Jak wiele powinien lekarz poświęcić dla dobra pacjenta?
 - Kiedy lekarzowi wolno troszczyć się o siebie?
 - Czego wolno od lekarza wymagać?
 - Co lekarzowi wolno zrobić?
 - Jakie ryzyko wolno lekarzowi podjąć?

P. Łuków

Nieusuwalny konflikt

3

- W naturę zawodu lekarza wbudowany jest konflikt interesu własnego (środki utrzymania, wygoda itp.) z interesem pacjenta:
 - zawód to zespół czynności systematycznie wykonywanych w celu uzyskania środków utrzymania.
 - zawód lekarza jest szczególny, ponieważ lekarzowi powierza się dobra cenne dla każdego, bez względu na zapatrywania moralne, polityczne i religijne: życie, zdrowie, ale także zadowolenie z życia, kształtowanie go zgodnie z własnym wyobrażeniem o dobrym życiu.
- W sytuacji konfliktu tych dobra lekarza i dobra pacjenta lekarz powinien wybierać dobro pacjenta.

P. Łuków

Potrzeba etyki lekarskiej

4

- Główne źródła problematyki moralnej w medycynie:
 - Lekarzom powierza się dobro elementarne, tj. dobro niezbędne każdemu człowiekowi niezależnie od jego planów życiowych;
 - Nie ma możliwości sprawowania
 - bieżącej i
 - zewnętrznej
- kontroli społecznej nad działaniami lekarzy zapewniającej ich właściwą troskę o dobro powierzone ich opiece, ponieważ bieżąca i zewnętrzna kontrola
 - szkodziłaby efektywności działań podejmowanych w trosce o powierzone dobro (np. przez ich spowolnienie) lub
 - zagrażałaby ważnym wartościom moralnym (np. naruszałaby prywatność pacjentów)
- Normy etyki lekarskiej to jedyny praktycznie dostępny środek kontroli społecznej nad działaniami lekarzy, tj. najmniej zagrażający efektywności działań lekarzy i wartościom moralnym.

P. Łuków

Profesjonalizm i problematyczność granic etyki lekarskiej

5

- Profesjonalista to człowiek nie tylko sprawny w osiąganiu określonych celów, ale też przywiązany do ideałów o charakterze etycznym i głoszący (łac. *professio* – publiczne głoszenie, oświadczenie) je słowami oraz realizujący swoimi czynami.
- Specyfiką ideałów profesjonalizmu jest to, że kształtują całe życie profesjonalisty, a nie tylko jego aktywności w pracy, oraz całą jego aktywność zawodową, a nie tylko wykonywanie czynności nastawionych na skuteczność.
- Przywiązanie do ideałów profesjonalnych stanowi ważne źródło poczucia wartości własnej pracy oraz funduje tożsamość osobistą i zawodową.

P. Łuków

Główne źródła nowych problemów etycznych we współczesnej medycynie

6

- Pluralizm światopoglądowy społeczeństw – rozbieżność opinii obywateli (w tym lekarzy i pacjentów) odnośnie do tego, o co warto zabiegać w życiu.
- Zaawansowanie technologiczne medycyny – brak ustabilizowanej opinii obywateli (w tym i lekarzy) o moralnej ocenie wielu nowych procedur i możliwych zastosowań wiedzy medycznej.
- Rozwój ruchów konsumenckich – rozbieżność oczekiwań lekarzy i pacjentów.
- Systemy ochrony zdrowia jako systemy dzielenia się ryzykiem i kosztami zachorowania.
- Publiczne systemy opieki zdrowotnej – nasilenie się nieodłącznego od zawodowego charakteru uprawiania medycyny napięcia między interesem własnym lekarza a interesem pacjenta.
- Zatrudnienie lekarza jako pracownika najemnego, a nie samozatrudniającego się przedstawiciela „wolnego zawodu”

P. Łuków

Integralność sfery moralnej

7

- Podstawą etyki lekarskiej są postawy i cechy charakteru lekarzy.
- Zalety i wady i moralne składają się na charakter moralny i profesjonalny lekarza.
- Nabywanie jednych zalet moralnych pociąga za sobą nabywanie innych. Wady nabywa się wraz z innymi wadami.
- Nie można selektywnie kształtować swego charakteru moralnego.
- Zalety i wady charakteru ujawniane w życiu prywatnym przenikają do życia zawodowego.
- Protesty lekarzy mogą zagrażać ich tożsamości profesjonalnej, a przez to i moralnej.

P. Łuków

8

Protesty lekarzy

P. Łuków

Protest

9

- Protestują ci, którzy
 - dążą do uzyskanie uwzględnienia ich postulatów przez znacznie silniejszego adversarza
 - chcą uniknąć otwartego konfliktu, a ich dotychczasowe działania w odniesieniu do adversarza nie przyniosły efektu
 - są przekonani, że adversarz nie chce uwzględnić ich postulatów, nie docenia ich wagi, lub nie uznaje ich za uzasadnione
- Mechanizmem protestu jest stworzenie dla adversarza ryzyka strat lub szkód na tym, za co odpowiada. Mogą to być ryzyka lub straty
 - materialne
 - wizerunkowe

P. Łuków

Strajki lekarzy – co wiemy?

10

- Przyczyny strajków lekarzy*:
 - Ciągłe zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia.
 - Niedotrzymywanie przez pracodawców porozumień w sprawie zarobków i warunków pracy.
 - Poczucie niemożności zapewnienia pacjentom dobrej opieki z powodu niewłaściwego wyposażenia placówek ochrony zdrowia, braków w dostępie do leków i braku wsparcia przez podmioty odpowiedzialne za organizację ochrony zdrowia, zwłaszcza urzędników rządowych.
- Prawo do strajku uważa się za podstawowe prawo pracownicze. Bez niego praca nie różni się od niewolnictwa.
- ILO umieszcza na liście *essential services* szpitale, których pracownicy nie mają prawa strajkować.

* Chima, S. C. 2013. Global medicine: is it ethical or morally justifiable for doctors and other healthcare workers to go on strike? *BMC Med Ethics* 14 Suppl 1:S5.

P. Łuków

Strajki lekarzy – co wiemy?

11

Strajk	Działanie	Zgonów ogółem
Kalifornia, 1976	25%-50% lekarzy nie przyjmowało pacjentów pilnych przez 5 tygodni	spadek
Jerozolima, 1983	73% lekarzy nie leczyło pacjentów szpitalnych przez 4 miesiące	bez zmian
Hiszpania, 1999	Młodzi lekarze nie pracowali przez 9 dni pod rząd	bez zmian
Jerozolima, 2000	Lekarze nie udzielali wszelkich planowanych świadczeń	spadek liczby pogrzebów
Chorwacja, 2003	Większość lekarzy leczyła w trybie weekendowym i w przypadkach nagłych przez 4 tygodnie	bez zmian
Prow. Limpopo, RPA, 2010	Brak jakichkolwiek świadczeń; jeden szpital działający w populacji 5,5 mln ludzi	wzrost
W. Brytania, 2012	8% młodszych lekarzy nie leczyło w przypadkach planowych	bez zmian

na podst.: Metcalfe, D., Chowdhury, R., Salim, A., 2015. What are the consequences when doctors strike? *BMJ* 351.

P. Łuków

Strajki lekarzy – wnioski

12

- Strajki nie zwiększają śmiertelności wśród pacjentów jeżeli:
 - uczestniczy w nich część lekarzy
 - lekarze odmawiają tylko leczenia planowego, a wykonują w przypadkach nagłych
- Skutki dla lekarzy – bez względu na to, czy lekarzom udało się uzyskać to, czego żądali, czy nie, lekarze, którzy brali udział w strajkach byli potem rozczarowani i zniechęceni.
- Skutki dla systemu – na Malcie, w Nowej Zelandii i w Izraelu doszło do znacznej emigracji lekarzy
- Skutki dla pacjentów – pacjenci z niższych klas społeczno-ekonomicznych gorzej reagowali na wieści o strajku i częściej twierdzili, że strajki negatywnie wpłynęły na ich zdrowie niż pacjenci z wyższych klas społeczno-ekonomicznych.
- Brak wiedzy o wpływie strajków na jakość życia pacjentów i na zaufanie do grupy zawodowej

P. Łuków

Granica protestu lekarzy

13

- Protesty lekarzy zawsze wystawiają ich na ryzyka:
 - zakwestionowania ich przywiązania do głoszonych ideałów etycznych, a przez to ich integralność moralną
 - czynienia z lekarzy „zakładników” etyki zawodowej
 - podważenia zaufania dla grupy zawodowej przez przypisywanie im niskich motywacji
 - rozczarowania i utraty motywacji do wykonywania swoich obowiązków
 - sprzeniewierzenia się normom i ideałom swojego zawodu
- Aby te ryzyka zmniejszyć
 - protest musi być ograniczony, aby nie przysparzać pacjentom istotnie większych ciężarów niż przed protestem
 - pacjenci muszą być poinformowani o celach protestu i muszą te cele akceptować jeszcze zanim dojdzie do protestu

P. Łuków

14

Ryzyko moralne

P. Łuków

Ryzyko w pracy lekarza

15

- Ryzyko kliniczne, tj. ryzyko niepowodzenia leczniczego – wynika z tego, że wiedza medyczna opiera się na prawdopodobieństwach:
 - ▣ zawodność i zmienność wiedzy naukowej
 - ▣ trudność w przekładaniu wiedzy naukowej (statystycznej) na poszczególne przypadki
- Ryzyko prawne, tj. ryzyko ponoszenia odpowiedzialności prawnej – niezależnie od tego, czy lekarz popełnił błąd lub zaniedbanie, czy nie, istnieje prawdopodobieństwo dochodzenia względem niego roszczeń przez pacjenta; zależy ono m.in. od:
 - ▣ jakości relacji lekarz-pacjent, a zwłaszcza szczerości lekarza wobec pacjenta
 - ▣ zaufania społecznego dla grupy zawodowej lekarzy
 - ▣ kultury prawnej ogółu społeczeństwa
- Ryzyko moralne, tj. ryzyko popełnienia błędu moralnego

P. Łuków

Ryzyko prawne

16

Dane z wiodącej amerykańskiej firmy ubezpieczającej lekarzy w latach 1991-2005 objęły 40.916 lekarzy 25 specjalności*

- 7.4% lekarzy pozwanych
- 1.6% lekarzy wypłaciło rekompensaty (tj. 78% pozwów nie zakończyło się wypłatą)
- każdego roku proces ma
 - 19.1% neurochirurgów
 - 18.9% torako-kardiochirurgów
 - 15.3% chirurgów ogólnych
 - 5.2% in lekarzy rodzinnych
 - 3.1% pediatrów
 - 2.6% psychiatrów
- średnia wypłata wyniosła \$274,887
- mediana wypłaty \$111,749
- najniższa średnia wypłata \$117,832 w dermatologii
- najwyższa średnia wypłata \$520,923 w pediatrii

* Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., Chandra, A. 2011. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med* 365 (7):629-636.

P. Łuków

Ryzyko prawne

17

Specjalność	Dowolny pozew		Pozew z żądaniem odszkodowania lub zadośćuczynienia	
	lat 45	lat 65	lat 45	lat 65
Interna i jej podspecjalności	54.9	88.5	12.1	34.4
Chirurgia ogólna i jej podspecjalności	79.7	98.4	26.3	63.3
Położnictwo i ginekologia	74.1	97.2	30.0	71.2
Anestezjologia	56.7	90.3	16.6	53.2
Medycyna rodzinna	42.3	76.7	10.8	31.2
Patologia	37.5	80.8	5.6	28.7

na podst.: Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., Chandra, A. 2011. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med* 365 (7):629-636.

P. Łuków

Ryzyko prawne - Polska

18

- W 2016 r.
 - prokuratura prowadziła 4963 postępowań (wzrost o 45% w porównaniu z 2015 r) w sprawie błędów lekarskich
 - decyzjami zakończyła 1767 spraw, w tym 113 aktem oskarżenia (6,39%), a 4 wnioskiem o dobrowolne poddanie się karze
- Rzeczpospolita, 13.07.2017
- W 2015 r. 942 sprawy o błąd lekarski toczące się w sądach
- W latach 2009–2015
 - 25 proc. spraw o odszkodowania wyrządzone przez służbę zdrowia zakończyło się uwzględnieniem powództwa w całości lub części
 - w 1,6 proc. spraw zawarto ugodę
 - 16 proc. postępowań przed komisjami wojewódzkimi kończy się wydaniem orzeczenia o zdarzeniu medycznym.

Rzeczpospolita, 24.03.2016

P. Łuków

Błąd moralny a ryzyko moralne

19

- Błąd moralny to podjęcie decyzji, która w sposób nieuzasadniony narusza kluczowe normy etyczne.
- Błąd moralny można popełnić
 - rozmyślnie, tj. ze świadomością nieusprawiedliwionego naruszenia normy (występek) lub
 - nierozmyślnie, tj. bez takiej świadomości, np. w wyniku niewiedzy, nieznajomości normy, lub braku staranności (pomyłka)
- Rozmyślność lub nierozmyślność błędu moralnego nie rozstrzyga o tym, czy ponosi się za niego winę; pewne rodzaje niewiedzy lub nieświadomości tego, co się robi są zaniedbaniem moralnym lub jego skutkiem
- Ryzyko moralne to prawdopodobieństwo popełnienia błędu błędu moralnego

P. Łuków

Dwa rodzaje ryzyka moralnego

20

- Ryzyko, którego można uniknąć lub mu zapobiec, np. za pomocą
 - doksztalcania w zakresie etyki zawodowej
 - uzyskania dodatkowych informacji
 - wysłuchania opinii innych
 - przestrzegania norm etyki zawodowej i budowania zaufania pacjentów
- Ryzyko moralne nie do uniknięcia
 - traf zewnętrzny – nieprzewidywalne okoliczności, od których zależy wartość postępowania niezależnie od tego, czy było zgodne z normami etycznymi, czy nie
 - traf wewnętrzny – nieprzewidywalna nieznanomość czynników decydujących o trafności przewidywań działającego dotyczących jego samego, jak np. jego reakcji na skutki jego działań lub jego zdolności do działania

P. Łuków

Wybrana literatura

21

- Chima, S. C. 2013. Global medicine: is it ethical or morally justifiable for doctors and other healthcare workers to go on strike? *BMC Med Ethics* 14 Suppl 1:S5.
- P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar” 2005
- P. Łuków, *Moralność medycyny*, Wyd. Semper 2012.
- Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., Chandra, A. 2011. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med* 365 (7):629-636.
- Metcalfe, D., Chowdhury, R., Salim, A., 2015. What are the consequences when doctors strike? *BMJ* 351.
- Williams, Bernard. 1999. Traf moralny. W: *Ile wolności powinna mieć wola? i inne eseje z filozofii moralnej*. Warszawa: Aletheia

P. Łuków