

## **Nowelizacja czy liberalizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej ?**

Składanie przez lekarza przyrzeczenia lekarskiego sięga czasów Hipokratesa z V wieku p.n.e. Lekarz już w tamtych czasach przyrzekał między innymi, że nie będzie dawał niewieście środka poronnego, że będzie miał szacunek dla swoich nauczycieli. Przysięga Hipokratesa dotrwała do naszych czasów. Jednak treść obecnie składanego przyrzeczenia z tekstem hipokratesowym ma już niewiele wspólnego. Pierwszy zbiór zasad deontologii lekarskiej opublikowano w wolnej Polsce w 1921 roku. Obecnie obowiązujący tekst Kodeksu Etyki Lekarskiej powstał podczas VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbył się w Toruniu w 2003 roku, 14 lat po reaktywacji Izb Lekarskich.

Obowiązkiem każdego lekarza i lekarza dentysty jest stosowanie zasad zawartych w Kodeksie. Za ich nieprzestrzeganie grozi odpowiedzialność zawodowa. Konstany Radziwiłł ówczesny prezes Naczelnej Rady Lekarskiej powiedział wówczas, że „przywiązanie do zasad zawartych w Kodeksie uczyni z polskiego środowiska lekarskiego prawdziwą elitę, przygotowaną nie tylko do wypełniania swojego powołania zawodowego, ale także przyczyniającą się do budowania obywatelskiego społeczeństwa...”.

Obecna Naczelna Rada Lekarska postanowiła przedstawić do konsultacji samorządowych i społecznych projekt nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) przygotowany przez Komisję Etyki lekarskiej NIL. O zamiarze zmiany treści Kodeksu w kierunku liberalizacji niektórych jego artykułów słyszało się już od dawna, prowadzono w tej sprawie konsultacje. Jednak dopiero w dniu 26 stycznia 2024 roku Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę Nr 3/24/IX zawierającą konkretny projekt zmian treści Kodeksu, którego nowelizacja „ma na celu zapewnienie wysokich standardów etycznego postępowania w zawodzie lekarza oraz dostosowanie się do nowych wyzwań i oczekiwań w obszarze medycyny...”. I sprawy nabrały niebywałego przyśpieszenia, bowiem na przygotowanie i składanie uwag dotyczących projektu i wzięcie udziału w „konstruktywnej dyskusji” wyznaczono czas do 15 lutego 2024 roku a więc 22 dni. Treść niektórych artykułów projektu nie została jeszcze ustalona. Trudno więc nad nimi dyskutować. Ostateczny projekt zostanie przyjęty na kolejnym posiedzeniu NIL 8 marca 2024 roku. Po tym terminie tekst będzie mógł podlegać zmianom zgłoszonym wyłącznie przez delegatów na Krajowy Zjazd Izb Lekarskich. Końcowa wersja będzie głosowana podczas Zjazdu w maju tego roku.

Wydawałoby się, że przed przyjęciem tak ważnego dla środowiska lekarskiego a także dla pacjentów dokumentu Autorzy zadbają o rzetelne przygotowanie jego ostatecznego brzmienia. Wszyscy jesteśmy lub będziemy pacjentami, chcielibyśmy w poradni, w szpitalu spotkać lekarza, który nas właściwie potraktuje, będzie przestrzegał etycznych zasad wykonywania swojego zawodu społecznego zaufania, będzie postępował zgodnie z powinnością moralną, którą wskaże mu dobrze uformowane sumienie. Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich złożyło w przewidzianym terminie 13 stron uwag do proponowanej treści przyrzeczenia lekarskiego i niektórych spośród 83 artykułów. Można przypuszczać, że inne organizacje i osoby zgłosiły je również. Jak znaleźć czas na przedyskutowanie z członkami Komisji Etyki i „wspólne zaktualizowanie” treści KEL ? Wydaje się

to w zaplanowanym czasie niemożliwe. Bardzo ważną sprawę kodyfikacji zasad etycznych obowiązujących lekarza potraktowano w lekarskim środowisku, również naszych korporacyjnych mediach w sposób powierzchowny. Źle się stało, że zaproszono „zawodowe organizacje medyczne, pacjentów oraz społeczność medyczną” do zaledwie trzytygodniowej współpracy nad ostatecznym projektem zmian KEL.

Przyjrzyjmy się kolejno proponowanym zmianom. W porównaniu z tekstem z roku 2003 język zawiera więcej obcych wyrazów, miejscami styl narracji jest dość chropawy. Zwykle zastosowany język dokumentu oddaje intencje jego autorów. Słowo „powołanie” które dobrze oddaje istotę związku lekarza z jego zawodem znalazłem w tekście KEL jeden raz, podobnie jak inne kluczowe dla etyki lekarskiej słowo „sumienie”. Tak rzadkie odnoszenie się do sumienia lekarskiego w tekście na temat etyki lekarskiej wywołuje sprzeciw a u obecnych i przyszłych pacjentów powinno budzić trwogę. Takie podejście do lekarskiego powołania zawodowego, wolności sumienia jest widoczne wśród bioetyków na Zachodzie. Mówi się tam głośno o konieczności usunięcia klauzuli sumienia lekarzy. Nasza Pani Minister Zdrowia proponuje szpitale bez sumienia ale to na jedno wychodzi. Nie dostrzega się w dokumencie problemu autonomii lekarza, a przecież jest on człowiekiem mającym, tak, jak inni, swój system wartości, których w sumieniu jest zobowiązany przestrzegać. Obowiązany jest również respektować autonomię pacjenta, jej czy jego godność oraz sumienie i wyznawane wartości. O tym nie ma nawet wzmianki w projekcie nowej wersji KEL.

Od razu w pierwszym artykule zobowiązuje się lekarza do przestrzegania praw człowieka. Byłoby to bardzo ważne zobowiązanie, gdyby w naszej rzeczywistości rzeczywiście uważało się prawa człowieka, a wśród nich prawo najważniejsze – do życia od poczęcia do naturalnej śmierci, za obowiązujące. Tak ujęte prawo do życia jako największego moralnego obowiązku lekarza nie zostało w projekcie KEL uwzględnione. Niesłusznie, życiem i zdrowiem człowieka przed jego urodzeniem zajmuje się przecież położnictwo. Rozumiem, że powstaje pewien problem. Jak wpisać do KEL obowiązek troski o ludzkie życie od momentu poczęcia, skoro słychać dookoła żądania uznania prawa do aborcji jako prawa człowieka ? Konieczność poszanowania godności człowieka bez względu na płeć obecna w poprzedniej wersji KEL nie wystarczała, dodano jeszcze orientację seksualną. *Signum temporis*. Lekarz ma więc kierować się w swojej pracy i akceptować subiektywne sposoby definiowania własnej tożsamości przez pacjenta. Mogą powstać praktyczne problemy w realizacji tej zasady, kiedy lekarz w oddziale ginekologii będzie musiał zajmować się leczeniem raka prostaty.

Niepokój budzi również inna sprawa, związana z sumieniem lekarza. Otóż napisano w projekcie, że nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz wskazuje choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. W treści artykułu 7 nie znalazła się informacja, że lekarz odstępując od leczenia, na przykład odmawiając od uczestniczenia w procedurze z ważnych powodów moralnych, wcale nie musi wskazać innej możliwości „uzyskania pomocy lekarskiej” jeżeli nie ma zagrożenia dla życia pacjenta i skorzystać z klauzuli sumienia. W liberalnych kołach bioetyków forsuje się pogląd, że lekarz nie powinien mieć możliwości korzystania z tej klauzuli. W Polsce taka możliwość nadal istnieje, ale Autorzy projektu KEL o niej nie wspominają. Nie wiadomo dlaczego chcą od ochrony wolności sumienia lekarza być jak najdalej.

Z czasów pandemii Covid – 19 pamiętamy trudności z uzyskaniem porady lekarskiej. Wtedy rozpoczął się zwyczaj zastępowania normalnego badania przez lekarza rozmową telefoniczną. W sytuacji braku lekarzy, ich wyjeżdżania za miasto z obawy przed zakażeniem się, miało to jakieś

uzasadnienie, ale ta moda trwa nadal. Zwolnienia lekarskie są masowo wystawiane od ręki na podstawie oświadczenia że ktoś źle się czuje. A przecież ich koszty ponosimy wszyscy. Autorzy nowej wersji KEL uznają, (art.9), że „teleporada” nie jest niczym wyjątkowym, ale wręcz zalecaną, standardową formą pomocy lekarskiej a do normalnej wizyty u lekarza musi być jakaś dodatkowa „konieczność”. Wydaje się jednak, że wyjątek powinna stanowić teleporada, a nie normalna wizyta, która zapewnia najwyższą jakość opieki medycznej. W dodatku lekarz ma wybierać formę konsultacji sam, nie konsultując tego z pacjentem.

Z tego samego okresu pandemii Covid pamiętamy, że chorzy ludzie umierali bez możliwości kontaktu z osobami bliskimi, były trudności z zapewnieniem im opieki duchowej. Wydawałoby się, że te doświadczenia skłonią autorów nowego brzmienia KEL do tego, by artykuł 30 na temat opieki terminalnej zawierał sformułowania, które uchronią ciężko chorych przed umieraniem w samotności, Niestety tak się nie stało. Szkoda.

Rola rodziny chorego została zminimalizowana także w następnym artykule. O zaprzestaniu reanimacji i terapii daremnej ma decydować wyłącznie lekarz. Rodzina, osoby bliskie nie będą mieli nic do powiedzenia, lekarz nawet nie będzie miał obowiązku ich wysłuchania (art. 32).

W bardzo ważnej części KEL poświęconej przekazywaniu życia, wykreślono zdanie obecne w poprzedniej wersji dokumentu, mówiące o tym że obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia kobiety w ciąży oraz jej dziecka również przed jego urodzeniem. W zdaniu, które umieszczono w nowej wersji usunięto słowo „obowiązek” osłabiając stopień odpowiedzialności lekarza za poczęte dziecko. Użycie słowa „reprodukcja” zamiast „prokreacja” może świadczyć o tendencji do koncentrowania się głównie na biologicznym, żeby nie powiedzieć weterynaryjnym aspekcie przekazywania życia ludzkiego.

Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej ma służyć następnym pokoleniom lekarzy, jego właściwym przekazem zainteresowane są następne pokolenia pacjentów, całe społeczeństwo. Czy będzie dobrze wypełniał swoją rolę jako wskazania wynikające z prawa naturalnego, obowiązku ochrony godności i świętości ludzkiego życia, powszechnego wyczucia dobra i zła ? Czy będzie dobrym drogowskazem dla lekarzy, jak wykonywać piękny zawód otoczony społecznym szacunkiem, jak realizować lekarskie powołanie ? Dużo trzeba poprawić. A czas goni.

20 lutego 2024 r.