

PREDLOZI ZA PRINCIPE POSTUPANJA LEKARA KOJI BI TREBALO DA BUDU SASTAVNI DEO PROFESIONALNOG ETIČKOG KODEKSA

1. Svaki lekar dužan je da nosi jasno istaknut bedž na kojem je vidljivo njegovo ime, prezime i funkcija – specijalnost, ukoliko se radi o lekaru – specijalisti.
2. I pored toga što je jasno obeležen bedžom, lekar je dužan da se pri prvom susretu s pacijentom i lično predstavi pacijentu imenom, prezimenom, funkcijom i zvanjem.
3. Tradicionalno je prihvaćeno u Srbiji da lekar radi u belom lekarskom mantilu ili uniformi, ali ovo nije nužno; lekar, posebno u ambulantnoj praksi, može raditi i u svom civilnom odelu, koje onda mora biti uredno i čisto.
4. Ukoliko lekar osim konsultacije vrši i fizički pregled pacijenta, bilo ambulantno ili u hospitalnim uslovima, bilo da ima ili nema beli mantil, ruke do lakata moraju biti ogoljene (podvijeni rukavi), a muškarci moraju kravatu uvući u košulju (ispitivanja su pokazala da vrh kravate, koji dodiruje pacijenta, ima veliki epidemiološki značaj). Ukoliko nosi beli mantil, on se mora nositi zakopčan, jer to nije statusni simbol, nego zaštitna odeća. Pre i posle pregleda pacijenta lekar je dužan da opere ruke, a u izvesnim slučajevima i da nosi zaštitnu masku i rukavice (preporuka WHO).
5. Lekar je dužan da se sa svakim pacijentom odnosi sa punim poštovanjem, bez obzira na starost, pol, rasu, veroispovest, stepen obrazovanja i socijalno poreklo, ili bilo koju drugu ličnu osobinu pacijenta, i da se svakom pacijentu obraća sa “Vi”, osim ukoliko pacijent izričito ne zatraži suprotno. Jedino maloletnim pacijentima (deci) dozvoljeno je obraćati se sa “ti”, što se odnosi na osobe do 18 godina starosti.
6. Pri pregledu pacijenta lekar je dužan da poštuje u potpunosti ličnost pacijenta i njegovu privatnost. Ovo znači da se bezrazložno ne može tražiti od pacijenta skidanje i otkrivanje intimnih delova tela, osim ako za to ne postoji jasna medicinska indikacija, kao i da se tokom uzimanja anamneze ne smeju postavljati pitanja lične prirode koja nisu u vezi sa bolešću ili medicinskim problemom radi kojih je lekar konsultovan.
7. Sve što sazna tokom uzimanja anamneze i kliničkog pregleda **lekar je dužan da jasno pismeno dokumentuje.**
8. Po završenom ambulantnom pregledu lekar je dužan da jasno i za pacijenta razumljivim jezikom saopšti pacijentu svoj zaključak i predloge o daljem dijagnostičkom i/ili terapijskom postupku i da to pismeno dokumentuje.

9. Poseban slučaj je kada lekar **nesumnjivo** utvrdi postojanje maligne ili neke druge bolesti sa infaustnom prognozom. Profesionalna praksa se u takvim slučajevima razlikuje, ali je preporučljivo da lekar, birajući pri tome optimalnu formu i način koji pacijent može da razume i prihvati, saopšti pacijentu svoj zaključak. **Bilo da je lekar nedvosmislen u saopštavanju prognoze ili ne, nedozvoljivo je davati pacijentu lažne podatke i govoriti očigledne neistine.**
10. Preporučljivo je u takvim situacijama pacijentu jasno izneti statistički očekivan period preživljavanja (*life expectancy*) da bi se pacijentu dalo vreme da završi poslove i obaveze koje može imati.
11. U slučaju i najmanje sumnje u ispravnost ovakve dijagnoze, preporučljivo je da lekar zatraži i “drugo mišljenje” kolege iste specijalnosti ili lekarskog konzilijuma.
12. Osim u slučajevima maloletnog bolesnika, bolesnika kome je sudski određen staratelj ili mentalno oštećenog bolesnika, lekar ni pod kojim uslovima ne sme čak ni članovima najuže porodice i najbližim prijateljima saopštiti dijagnozu i prognozu, bez izričite saglasnosti pacijenta.
13. Po završenom pregledu lekar je dužan da pacijentu razumljivim jezikom objasni svoj nalaz, dijagnozu i da upozna pacijenta sa svim mogućim **naučno** prihvatljivim oblicima lečenja, ali odluku o lečenju i obliku lečenja donosi pacijent u dogovoru sa lekarom. Pacijent u svakom pojedinačnom slučaju **ima pravo da odbije predloženo lečenje**, ali je lekar dužan da to pismeno dokumentuje u medicinskoj dokumentaciji.
14. Pacijent može da zatraži, pre donošenja konačne odluke, “drugo mišljenje” (*second opinion*) ili konzilijarni pregled i lekar je dužan da mu to obezbedi (konzilijarni pregled).
15. Ukoliko se radi o hospitalizovanom bolesniku, lekar zadužen za njegovo lečenje dužan je da pacijenta dnevno obaveštava o toku napredovanja lečenja i o planiranju budućih dijagnostičkih ili terapijskih procedura, a u slučaju bilo kakve sumnje, moralna je dužnost lekara da sam zatraži mišljenje drugog kolege, najmanje istog stepena stručnosti kao i on sam.
16. Po završenom pregledu i/ili hospitalnom lečenju, lekar je dužan da izda pismeno završno mišljenje, sa osnovnim podacima iz anamneze, kliničkog nalaza i sa opisom i rezultatima preduzetih dijagnostičkih i terapijskih procedura.
17. Lekarsko mišljenje (ili otpusna lista) obavezno se završavaju preporukama za dalje lečenje (ukoliko je potrebno), preporukama o higijensko-dijetetskom režimu i kontrolama (vreme i mesto) ukoliko su potrebne.

18. U slučaju naglog i neočekivanog pogoršanja zdravstvenog stanja, pacijent može da zatraži i raniju i neplaniranu kontrolu, koju je lekar dužan da mu obezbedi u najkraćem razumnom roku.
19. Tokom celokupnog profesionalnog kontakta lekar je dužan da iskazuje empatiju i razumevanje za pacijenta, da odgovori na sva njegova pitanja u vezi sa bolešću/stanjem i pruži pacijentu sva druga potrebna i tražena obaveštenja strpljivo i jezikom koji pacijent može da razume.
20. Osim u hitnim slučajevima, kada je pacijent životno ugrožen, lekar ima pravo da odbije lečenje određenog pacijenta. Princip dobre profesionalne prakse je da je ovo vrlo redak i samo izuzetan slučaj, za koji moraju da postoje jasni i nedvosmisleni razlozi. U tom slučaju lekar mora svoju odluku sa obrazloženjem pismeno dokumentovati.
21. Lečenje je interaktivan proces između lekara i pacijenta i mora se uvek sprovoditi u njihovom uzajamnom dogovoru, pri čemu je konačna odluka pacijenta. Izuzetak od ovoga su samo neki vrlo retki mentalni poremećaji ili one bolesti za koje je Zakon propisao da mogu predstavljati opasnost po širu društvenu zajednicu (npr. zarazne bolesti, koje podležu obaveznom prijavljivanju).
22. Prisilno lečenje mentalnih bolesnika može se sprovoditi samo na pismeni nalog i po odluci suda i to mora biti jasno dokumentovano.
23. Načelnik odeljenja/klinike lično je odgovoran za kontrolu i nadgledanje profesionalnog i stručnog rada potčinjenih mu lekara i za potpuno poštovanje etičkog kodeksa u celini. Pritom, ova kontrola ni u kom slučaju ne sme da poprimi karakteristike mobinga. U slučaju nemogućnosti da se dođe do rešenja, odluku donosi stručni kolegijum ili se traži mišljenje odgovarajuće sekcije SLD i/ili Etičkog komiteta.
24. U skladu sa etičkim kodeksom u većini zemalja u svetu, lekar ne sme sprovoditi aktivnu eutanaziju, ali pacijent ima puno pravo da odbije svako predloženo lečenje, čak i ako je upozoren da to može direktno ugroziti njegov život i u tom slučaju lekar je dužan da poštuje odluku pacijenta i sprovodi samo palijativnu terapiju (tečnosti, sredstva protiv bolova i slično).
25. Ne postoji medicinsko stanje u savremenoj medicini pri kome nije moguće obezbediti da pacijent ne trpi bol i moralna je dužnost lekara da obezbedi da je pacijent ne trpi.
26. Primena u lečenju sredstava koja nisu opšte prihvaćena ali za koja postoji mogućnost da povoljno deluju (primena *canabis sativa* npr.) pripada zakonskoj regulativi, dogovoru između lekara i pacijenta i podleže pravilima dobre medicinske prakse.