

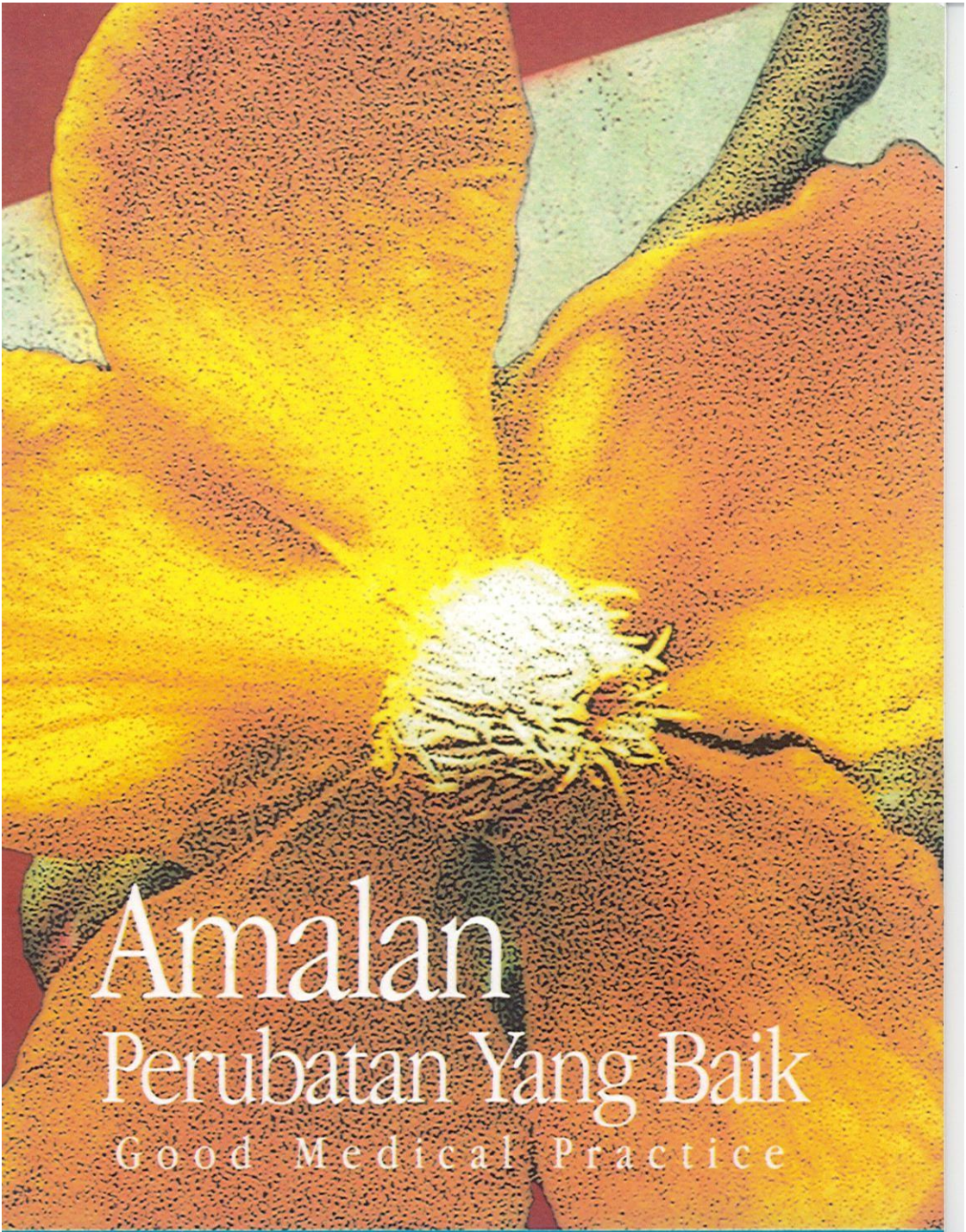


GOOD MEDICAL PRACTICE (GMP)

(IN FORCE UNTIL 23RD DAY OF FEBRUARY 2021)

MALAYSIAN MEDICAL COUNCIL

REPRINT 2021



Amalan Perubatan Yang Baik

Good Medical Practice

MAJLIS PERUBATAN MALAYSIA



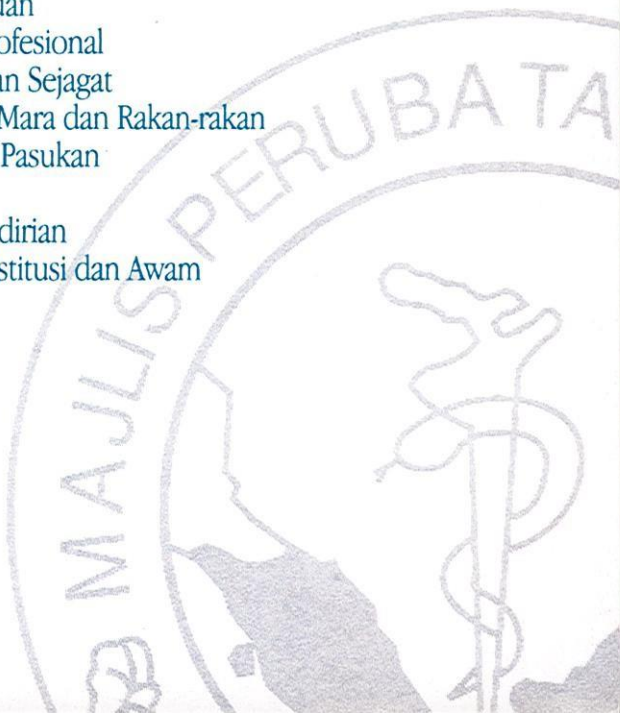
MALAYSIAN MEDICAL COUNCIL

Dicetak Oleh
Majlis Perubatan Malaysia
2001

AMALAN PERUBATAN YANG BAIK

Jadual Kandungan

1. MUKADIMAH
2. DOKTOR DAN AMALAN
 - 2.1 Doktor Sebagai Insan
 - 2.3 Kad Panggilan
 - 2.4 Rekod dan Laporan Perubatan
 - 2.5 Rekod Dadah Berbahaya dan Terkawal
 - 2.6 Publisiti
 - 2.7 Perlindungan Perubatan
 - 2.8 Hubungan dengan Syarikat Farmaseutikal dan Peralatan
3. DOKTOR DAN PESAKIT
 - 3.1 Hubungan Doktor - Pesakit
 - 3.2 Kerahsiaan Doktor - Pesakit
 - 3.3 Pengiring
 - 3.4 Preskripsi Ubatan
 - 3.5 Rawatan
 - 3.6 Pendapat Kedua
 - 3.7 Persetujuan
 - 3.8 Yuran Profesional
 - 3.9 Peringatan Sejagat
 - 3.10 Saudara Mara dan Rakan-rakan
4. Doktor Sebagai Anggota Pasukan
5. Doktor dan Majikan
6. Doktor Pengamal Persendirian
7. Doktor dalam Amalan Institusi dan Awam
8. Doktor dalam Dilema
9. Umum



PRAKATA

Buku ini diterbitkan sebagai panduan kepada pengamal-pengamal perubatan di dalam usaha mematuhi standard rawatan dan profesionalisme yang digariskan oleh Majlis Perubatan Malaysia. Ia merangkumi aspek moral dan tanggungjawab profesional yang perlu dipraktikkan oleh para pengamal perubatan di negara ini.

Ia turut berperanan untuk mempertingkatkan kesedaran awam tentang layanan yang boleh diperolehi semasa menerima rawatan daripada doktor. Kesedaran tersebut diharap akan menjadi pendorong kepada para doktor untuk lebih prihatin di dalam mematuhi garis panduan tersebut.

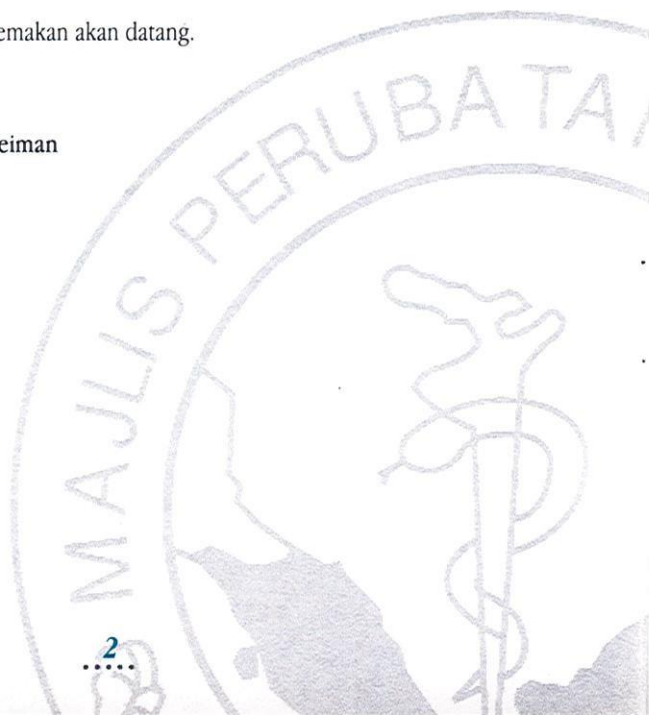
Oleh itu, saya ingin menggesa para pengamal perubatan agar sentiasa mematuhi garis panduan yang dibentangkan menerusi buku ini. Segala pandangan bernas dari rakan-rakan seperjuangan akan disertakan menerusi semakan-semakan akan datang.

Tan Sri Dato' Dr. Abu Bakar bin Suleiman

Presiden

Majlis Perubatan Malaysia

Januari, 2001



SEPULUH PERATURAN PENTING AMALAN PERUBATAN YANG BAIK

1. Mengamal dengan Ketulusan, Mengikut Etika dan Ikhlas.
2. Meningkatkan Pengetahuan Profesional dan Kemahiran Klinikal.
3. Menyimpan Rekod Pesakit dengan baik.
4. Mengamalkan Komunikasi yang baik dengan Pesakit dan Saudara-Mara.
5. Memelihara Kerahsiaan Doktor dan Pesakit.
6. Mendapatkan Pandangan Kedua, dan Rujuk rakan sejawat.
7. Menjaga hubungan kerja yang baik dengan Rakan Sejawat.
8. Prihatin terhadap Kos Penjagaan Kesihatan.
9. Elakkan Publisiti, Promosi Sendiri dan Salah Guna Kedudukan.
10. Menyokong kegiatan Penjagaan Kesihatan Sejawat.

1. MUKADIMAH

Lima ciri asas Amalan Perubatan yang baik ialah; Integriti Profesional, Kemahiran Berkomunikasi, Tingkah Laku Beretika, Merawat Pesakit dengan Hormat dan Menjadi Anggota yang Aktif. Lima faktor inilah yang akan menjadi teras sentimen dan falsafah yang akan digambarkan di dalam risalah ini.

Semanganya amat sukar untuk melahirkan panduan yang ideal tentang Amalan Perubatan yang baik, dan semanganya mustahil untuk melahirkan panduan yang boleh diterima oleh semua doktor, memandangkan terdapatnya pelbagai jenis amalan serta pelbagai jenis doktor.

Risalah ini tidak mencakupi semua bentuk amalan profesional dan aspek perubatan. Para pengamal oleh itu mestilah sentiasa bersedia untuk menerangkan dan memberikan justifikasi tindakan dan keputusan, apabila timbul persoalan atau kemusykilan tentang amalannya.

Perlu ditekankan bahawa tujuan mengadakan Panduan ini bukanlah untuk membataskan kebebasan moral kedokteran yang mengongkong mereka mengamalkan perubatan terhadap mahupun defensif yang memungkinkan mereka bertindak tidak realistik dan tidak produktif kepada dirinya dan pesakit.

Panduan di dalam risalah Amalan Perubatan Yang Baik ini bertujuan untuk memberi pendekatan positif dan untuk menyarankan tindakan yang sepatutnya diambil oleh doktor.

Panduan ini dibuat dalam konteks doktor Malaysia, walaupun kenyataannya kod profesional yang mempengaruhi bentuk dan cara amalan perubatan secara konsepnya bersifat sejagat diterima di peringkat antarabangsa dan dilaksanakan di peringkat global.

2 DOKTOR DAN AMALAN

2.1 Doktor Sebagai Insan

Doktor diharap bertindak profesional dan sedia diri, yang secara dasarnya tertakluk di dalam lingkungan moral, undang-undang dan norma etika yang diterima serta dapat mengawal diri untuk mendokongnya. Norma-norma ini adalah untuk menjaga kepentingan pesakit, dan membolehkan doktor mengamalkan profesion seperti telah dilatih tanpa perlunya ada kawalan dari luar.

Doktor hendaklah sentiasa memperlengkap diri dalam perkembangan terkini perubatan keseluruhannya dan dalam bidang kepakarannya untuk mendapatkan pengiktirafan profesional tertinggi. Peningkatan kemahiran amali merupakan keperluan tambahan yang penting. Tanggungjawab tambahan ini diperlukan bagi menggunakan semua komponen pendidikan perubatan yang berterusan termasuk kajian sendiri dan pembelajaran jarak jauh bagi mencapai objektif ini.

Kepada pesakit, keadaan fizikal doktor, iaitu cara berpakaian, sahsiah diri dan penampilan diri dari aspek kebersihan, kerapian dan haruman badan adalah sama penting dengan tingkah laku doktor dari segi adab, keyakinan, dan ketenangan.

Keadaan diri yang tidak kemas, walaupun bukan satu kemestian, boleh membawa kepada andaian yang tidak tepat oleh pesakit yang beranggapan bahawa ia tidak berdisiplin dan tidak mempunyai pendekatan bersistematik terhadap masalah klinikal. Terutama sekali kunjungan pertama pesakit akan mewujudkan andaian pertama yang bakal mempengaruhi corak dan arah runding cara serta hubungan doktor-pesakit di masa akan datang.

Kepada seseorang yang mempertaruhkan nyawa dan kesihatan mereka atau orang yang mereka sayangi, aspek penampilan luaran adalah amat penting sama seperti kualiti dalaman dan kemampuan profesional doktor. Kerana, pada pandangan pesakit, imej doktor terpancar daripada kesempurnaan penampilan fizikal dan moralnya.

2.2 Tempat Mengamal

Terdapat jangkaan yang tertentu tentang keadaan klinik dan bilik runding cara, yang seharusnya menarik kepada pesakit.

PAPAN TANDA KLINIK mestilah mematuhi stipulasi, jelas dan tepat. Pencahayaan yang menarik adalah penting tanpa terlalu dihiasi.

BILIK MENUNGGU mestilah dalam suasana tenang, melegakan dan meyakinkan. Tempat duduk mestilah selesa. Bilik perlulah bersih dan diterangi dengan cukup untuk pembacaan kasual. Beberapa lukisan dan gambar ringkas atau poster maklumat akan menambah keselesaan di dalam bilik. Bahan bacaan ringan boleh membantu mengurangkan ketegangan dan kebosanan menunggu.

BILIK RUNDING CARA mestilah lapang, bersih, kemas, dan melegakan mata serta berbau nyaman.

Boleh juga sekiranya dipamerkan sijil atau skrol ijazah dan diploma perubatan yang diiktiraf di dalam bilik runding cara supaya pesakit tahu kewibawaan doktor.

Peralatan klinikal mestilah dalam keadaan berfungsi, bersih dan tersusun kemas.

Bilik runding cara yang tidak kemas dan berselerak menggambarkan kesibukan doktor, tetapi sebaliknya kepada pesakit doktor berkenaan tidak sistematik atau tidak berkaedah.

Sinki dan tuala tangan yang bersih memberi gambaran amalan yang bersih.

STAF JURURAWAT mestilah berpakaian kemas, sopan santun, dan prihatin semasa mengendalikan pesakit dan orang yang menemani. Mereka mestilah cekap dan berupaya mengutamakan pesakit dan masalah mereka.

2.3 Kad Panggilan

KAD PANGGILAN doktor mestilah menghadkan maklumat kepada nama, kelayakan berdaftar, alamat dan nombor telefon. Sesetengah kad digunakan sebagai kad janji temu. Kad panggilan jangan sekali-kali disebarikan kepada orang awam untuk tujuan perniagaan atau iklan, atau ditinggalkan di kaunter dengan tujuan penyebaran.

2.4 Rekod dan Laporan Perubatan

Secara umum, REKOD PERUBATAN yang disimpan rapi merupakan petanda amalan perubatan yang baik. Kad pesakit sepatutnya mengandungi semua maklumat relevan, penemuan fizikal dan diagnosis, dalam masa pengurusan pesakit. Rekod ini mestilah tepat, boleh dibaca, lengkap dan kemas kini, dan memudahkan pencarian maklumat pesakit untuk tujuan dan tindakan susulan pesakit di samping untuk rujukan masa depan misalnya menyediakan laporan.

Penyiasatan dan rawatan sepatutnya direkodkan secara terperinci. Sekiranya terdapat pelanggaran

prosedur, petanda dan sifat prosedur mestilah didokumenkan dengan jelas. Prosedur yang tersusun akan membantu sekiranya berlaku konflik, atau tuntutan berbanding jika nota klinikal berconteng, tidak baik, tidak dapat dibaca, samar-samar, tidak jelas, dan bertindan, bekas dipadam dan pembetulan, perkara ini mungkin menyulitkan.

Begitu juga, nota dan rekod berkaitan pembedahan dan prosedur invasif hendaklah ditulis jelas, dengan penekanan kepada petunjuk, penemuan, maklumat relevan, dan kesukaran yang ditemui dan langkah-langkah yang diambil.

Nota apabila dibuat tidak boleh dipadam atau dipinda, atau perkataan baru diselitkan selepas sesuatu tempoh, kerana ini menandakan tindakan defensif oleh doktor sekiranya berlaku perkara tidak dijangka semasa mengurus pesakit.

Bagi pesakit berisiko tinggi, terutamanya mereka yang berumur dan disyaki bermasalah alahan, kemungkinan risiko pembedahan dan anestetik perlu diterangkan kepada pesakit atau keluarga terdekat dan direkodkan di dalam nota. Perlu diingat bahawa meskipun nota dan rekod klinikal disimpan oleh doktor, namun dari segi etika dan moral, adalah kepunyaan pesakit dan pihak badan berkuasa. Dokumen ini boleh diminta oleh pesakit atau pegawai yang dilantik untuk pelbagai tujuan, daripada keperluan untuk mendapatkan pandangan kedua, sehinggalah untuk mendapatkan rawatan selanjutnya atau untuk litigasi.

Adalah menjadi tugas doktor untuk memberikan LAPORAN PERUBATAN yang komprehensif, apabila diminta oleh pesakit atau oleh keluarga terdekat bagi kanak-kanak dan pesakit di bawah umur atau majikan atas persetujuan pesakit. Sebarang bantahan atau kelewatan dalam menyerahkan laporan tersebut dianggap tidak beretika.

2.5 Rekod Dadah Berbahaya dan Terkawal

Adalah menjadi amalan perubatan yang baik untuk menyimpan inventori stok semua ubat-ubat yang mencukupi dan memudahkan.

Doktor dikehendaki oleh undang-undang untuk menyimpan rekod preskripsi yang teratur tentang dadah berbahaya dan terkawal; dan inventori stok. Kegagalan untuk mematuhi merupakan satu kesalahan yang serius.

Doktor mestilah mengelakkan memberi ubat yang menyebabkan ketagihan, terutamanya sedatif dan penenang dalam jumlah yang besar kepada pesakit, kerana ini boleh membawa kepada penyalahgunaan. Terdapat juga risiko dos berlebihan oleh pesakit yang tidak stabil.

2.6 Publisiti

Publisiti yang terbaik bagi seseorang doktor ialah melalui pesakit. Khabaran baik daripada pesakit mengenai doktor dan rawatan yang lemah lembut dan bertimbang rasa yang diterimanya, mempengaruhi saudara mara dan rakan pesakit untuk kembali kepada doktor yang sama.

Bangga diri dan mempromosi diri sendiri sebagai doktor yang terbaik, paling berpengalaman, atau paling mahir hingga memperkecilkan rakan sejawat adalah kelakuan doktor yang tidak bermoral. Dalam jangka panjang, perilaku sebegini akan merosakkan dirinya sendiri kerana pesakit akan sedar tentang perbuatan sebenar doktor dan akan mengelak daripadanya.

Perilaku mendapatkan publisiti oleh segelintir doktor akan menggambarkan rendahnya moral dan didikan profesionalisme mereka dan seterusnya menjejaskan reputasi profesion secara keseluruhan.

Penglibatan doktor dalam perkhidmatan awam secara sukarela, memberi nasihat tentang penyakit dan jagaan kesihatan kepada orang ramai di kawasan pendalaman dan terpencil adalah terpuji. Walau bagaimanapun, adalah tidak beretika jika para doktor mengeksploit situasi ini dengan membenarkan gambar mereka sedang memeriksa seseorang bersama-sama liputan berita tentang aktiviti mereka di dalam media. Adalah lebih buruk lagi jika mereka memperkenalkan diri dengan memberikan nama dan tempat mengamal.

2.7 Liputan Perubatan

Doktor yang tidak bertugas mestilah memastikan pesakit mereka terus mendapat jagaan semasa ketiadaannya.

Doktor, terutamanya pengamal biasa dan secara bersendirian, sebelum mengambil cuti panjang daripada tugas seharusnya memberi notis awal kepada pesakit tetapnya dan seboleh mungkin memberikan janji temu alternatif sekiranya mereka dalam rawatan susulan berkala. Semasa ketiadaan perlulah diaturnya doktor alternatif sebagai rujukan sekiranya pesakit memerlukan rawatan segera.

Dalam hal pesakit hospital, doktor yang ingin bercuti mestilah memastikan prosedur diserahkan dengan jelas melalui nota dokumen yang teratur kepada rakan sejawat bagi meneruskan pengurusan semasa ketiadaannya. Rakan sepasukan yang menggantikannya mestilah bersetuju, dan pesakit atau saudara terdekat mestilah dimaklumkan tentang aturan yang dibuat ini.

Doktor pengganti mestilah mempunyai kelayakan, pengalaman, pengetahuan dan kemahiran untuk melaksanakan tugas yang diperbertanggungjawabkan. Beliau bertanggungjawab terhadap penjagaan pesakit semasa sedang bertugas.

2.8 Hubungan Dengan Syarikat Farmaseutikal & Peralatan

Doktor seringkali didatangi oleh wakil syarikat farmaseutikal samada untuk memberikan preskripsi atau mempromosi ubatan baru di pasaran, atau untuk mempengaruhi supaya ahli farmasi hospital membeli ubatannya. Begitu juga dengan wakil jualan peralatan dan perkakasan perubatan mungkin beroperasi dengan cara yang sama. Keputusan doktor untuk menerima cadangan itu mestilah berdasarkan prinsip bahawa ia adalah untuk kebaikan pesakit. Doktor mestilah tidak menerima sebarang pemberian langsung atau tidak langsung, saguhati dan balasan di dalam urusan tersebut.

Doktor mungkin ditawarkan imbuhan melancong percuma, tambang perjalanan dan layanan baik untuk menghadiri persidangan, atau apa-apa imbuhan lain yang menarik di dalam usaha mempromosi produk farmaseutikal yang baru. Walaupun ia mungkin mempunyai nilai pendidikan, doktor mestilah membuat penilaian tentang motif, balasan dan agenda tersembunyi syarikat-syarikat berkenaan, dan pulangan yang diperolehi mereka. Budi bicara dalam menangani perkara seumpama ini akan membantu mengekalkan kewibawaan dan ketelusan profesion perubatan.

Semasa berurusan dengan ahli industri farmaseutikal dan peralatan, doktor mestilah tidak terlibat di dalam transaksi khususnya di mana ia melibatkan konflik kepentingan peribadi.

3. DOKTOR DAN PESAKIT

3.1 Hubungan Doktor Pesakit

Hubungan antara doktor dengan pesakit sebaik-baiknya sebagai rakan kongsi dan usaha sama dalam menjamin kesihatan pesakit.

Hubungan sedemikian akan membuka ruang kepada perbincangan yang lebih telus di mana keperluan serta pilihan pesakit dan kepakaran klinikal doktor digabungkan bagi mendapatkan pilihan rawatan yang terbaik.

Bagi pesakit, pertemuan pertama dengan doktor akan menentukan hubungan seterusnya. Pesakit yang pertama kali mendapatkan rawatan perubatan datang dengan tanda tanya. Keberanian yang terpaksa dikumpulkan untuknya datang ke klinik adalah besar dan pengalaman masuk ke bilik doktor mungkin menakutkan. Namun langkah tersebut membuktikan harapannya untuk pulih merupakan satu pengorbanan yang perlu dihargai. Dia menyerahkan kerahsiaan dan hak peribadinya kepada doktor di mana secara literalnya menyerahkan segalanya, mendedahkan perkara yang paling rahsia dan masalah peribadi kepada doktor yang asing kepadanya. Kelebihan yang ada pada doktor hanyalah pendidikan dan latihan sebagai seorang penyembuh penyakit.

Perkara ini juga direstui oleh saudara mara yang datang mendapatkan nasihat untuk orang-orang tersayang mereka.

Doktor perlu bersedia secara fizikal dan mental untuk berkhidmat walaupun terpaksa melayan pesakit demi pesakit, hari demi hari tanpa noktah. Ini merupakan tugas suci, dan harapan yang diberikan amat tinggi.

Pesakit sebaliknya, alpa kepada peranan doktor. Mereka jarang mengambil tahu perasaan doktor pada ketika itu. Sama ada doktor dalam keadaan tegang secara fizikal atau mental, atau samada doktor mendapat cukup rehat atau makan yang teratur, kurang dipertimbangkan pesakit. Bagi pesakit, perkara utama ialah penyelesaian segera terhadap masalahnya.

3.1.1 Para doktor sepanjang masa diharap mengamalkan perubatan yang baik, mempamerkan norma amalan klinikal yang baik, dan menampilkan dirinya seperti berikut:

Memberi tumpuan dan mendengar dengan baik, dan teliti walaupun terhadap aduan yang remeh supaya pesakit berasa bahawa dirinya penting di dalam bilik runding cara itu, dan masalahnya perlu diberi perhatian. Dengan itu pesakit akan berasa tenang dan selesa terhadap doktor.

Elakkan mengkritik atau memperkecilkan pesakit, apabila pesakit memaklumkan perkara yang remeh atau kurang relevan kerana ianya mungkin penting kepada pesakit.

Lemah lembut dan prihatin semasa memeriksa pesakit supaya pesakit berasa tenang dalam setiap langkah pemeriksaan fizikal, sesekali berhenti bagi menerangkan keperluan setiap langkah. Pemeriksaan fizikal terhadap pesakit perlu dijalankan dengan kehadiran pengiring.

Apabila membincangkan kemungkinan diagnosis, pastikan jelas dan berhati-hati utamakan kepentingan pesakit, pastikan pesakit tenang dan elakkan dari menakutnya. Berhati-hatilah dan berwaspada mengenai apa yang akan dijelaskan pada peringkat ini, sementara menunggu hasil ujian. Doktor perlu mengambil kira keadaan mental pesakit, debaran menanti keputusan, dan harapan saudara yang terdekat.

3.1.2 Berikan pilihan yang relevan apabila membincangkan rawatan, batasan dan komplikasi yang mungkin berlaku.

Semasa merunding cara, perkara berikut merupakan beberapa aspek amalan perubatan yang baik:

Bersabar dan bersimpati, tanpa membuat pesakit beranggapan anda sedang sibuk atau terburu-buru untuk membuat kerja-kerja yang lain.

Elakkan mengkritik rakan sejawat atau rawatan-rawatan sebelumnya semasa kehadiran pesakit. **Berlemah lembut** apabila ingin mendapatkan penjelasan mengenai sejarah penyakit - gunakan bahasa, cara dan nada yang lembut.

Wujudkan hubungan persahabatan mesra, yang akan memberi keyakinan dan kepercayaan pesakit kepada doktor.

Elakkan kelihatan terlalu mementingkan perniagaan. Beri masa kepada pesakit untuk bertenang di dalam bilik runding cara dan untuk menilai doktor yang merupakan orang asing yang belum teruji. Soalan yang biasa diajukan ialah "Di manakah anda bekerja?", "Berapa umur anda?". "Sudah lamakah awak menunggu?", untuk mewujudkan suasana persahabatan dengan mukadimah yang mesra.

Elakkan mempamerkan diri sebagai terlalu sempurna, sehingga memberi gambaran bahawa pesakit telah pun berjumpa dengan orang yang pasti dapat menyembuhkan mereka.

Elakkan merendah-rendahkan pesakit anda. Bersikap tegas tetapi menyenangkan dalam perbincangan tanpa perlu meninggi diri. Elakkan mewujudkan hubungan berbentuk peribadi dengan pesakit, dan elakkan apa-apa percubaan pesakit untuk mewujudkan hubungan peribadi dengan anda. Dalam amalan persendirian, cubaan untuk memuaskan tuntutan pesakit kadangkala dianggap penting dari sudut kewangan, atas dasar bahawa "**pelanggan sentiasa benar**". Dalam keadaan seumpama ini, pendekatan doktor mestilah berasaskan prinsip amalan perubatan yang baik, dan ini tidak boleh dikorbankan atas alasan keuntungan. **Doktor mestilah menjadikannya sebagai tugas untuk mendidik dan membetulkan salah konsep pesakit mengenai rawatan perubatan dan jagaan kesihatan.**

Sekiranya anda tidak bersetuju dengan pandangan, gambaran atau pilihan rawatan pesakit, **anda mesti bersifat positif semasa memberikan pandangan tanpa memperkecil pesakit**, atau membuat mereka berasa rendah diri dan jahil. Bertindak bijak dan berdiplomasi adalah kunci kepada kejayaan hubungan doktor dan pesakit yang berpanjangan.

Seseorang mungkin datang ke klinik bagi **mendapatkan surat sakit, berpura-pura sakit**. Doktor hendaklah menilai permintaan sebegini berasaskan pengalaman lalu dengan pesakit yang terlibat, serta bertindak secara jujur dan bijaksana.

Jangan sekali-kali memberi apa-apa preskripsi atau sijil sakit tanpa terlebih dahulu memeriksa pesakit, dan membuat nota relevan di dalam rekod pesakit. **Jangan sekali-kali pra-tandatangan sijil sakit atau arahan preskripsi** kerana ini boleh disalah gunakan oleh orang yang tidak bertanggungjawab semasa ketiadaan anda.

Jangan ambil kesempatan atas kesukaran pesakit untuk kepentingan atau mencapai impian sendiri.

3.2 Kerahsiaan Doktor - Pesakit

Kerahsiaan perubatan adalah prinsip tradisi dan merupakan keperluan integral dalam hubungan doktor-pesakit. Asas kepada 'prinsip' ini ialah **penjagaan kehormatan, kerahsiaan dan integriti pesakit**. Apabila **pihak ketiga ingin mendapatkan maklumat perubatan**, permohonan ini hanya boleh dipenuhi selepas mendapat kebenaran bertulis daripada pesakit atau saudara terdekat.

Perlu diingati bahawa terdapat perbezaan yang besar antara isu yang menarik kepada orang ramai (oleh itu ada nilai berita) dan kepentingan kesihatan awam. Dalam apa keadaan, perlindungan pesakit adalah pertimbangan yang mengatasi segalanya dan harus diteliti sebelum sebarang pendedahan dilakukan.

Keperluan undang-undang atau kanun kadang-kadang mengatasi had kerahsiaan pesakit-doktor, dan doktor selalunya diperlukan oleh undang-undang untuk mendedahkan maklumat berkaitan dengan penyakit dan rawatan. Pesakit perlu diberitahu tentang tugas awam ini.

Doktor yang menggunakan bahan pesakit klinikal dalam penerbitan peralatan atau di persidangan perubatan mestilah **mengelakkan maklumat terperinci mengenai pesakit** dalam kajiannya. Gambar yang digunakan mestilah tidak menunjukkan muka atau ciri-ciri fizikal yang dapat mengancam seseorang.

Apabila membincangkan data pesakit di dalam perbincangan dalaman mengenai mortaliti dan morbiditi, rujukan terus kepada nama pesakit, pengenalan dan perincian peribadi mestilah dielakkan.

Dalam analisis akhir, amalan perubatan yang baik menyatakan **doktor mestilah sepenuh dayanya memelihara kerahsiaan pesakit**. Maklumat yang diperolehi pada dasarnya diberikan secara sukarela oleh pesakit bagi memenuhi keperluan untuk menjalani pemeriksaan fizikal dan prosedur penyiasatan diagnostik. Pesakit percaya bahawa rahsia berkenaan tidak didedahkan dan digunakan hanya semata-mata untuk kebbaikannya sahaja.

3.3 Pengiring

Doktor mestilah sentiasa memeriksa pesakitnya samada lelaki atau wanita atau kanak-kanak, dengan kehadiran seorang pengiring bersama di dalam bilik runding cara yang mempunyai hubungan visual dan oral sepanjang pemeriksaan berlangsung.

Seorang saudara atau rakan pesakit tidak boleh dianggap pengiring yang sesuai kerana dia mungkin tidak dapat memahami kaedah pemeriksaan fizikal yang dijalankan oleh doktor; dan mungkin memberi keterangan menentang doktor sekiranya berlaku tuduhan salah laku atau mendatangkan mudharat secara fizikal. Begitu juga seorang saudara dan keluarga doktor (isteri, anak dsb) merupakan pemerhati meragukan, tidak dianggap pengiring dan boleh menimbulkan prejudis.

Keperluan ini untuk membolehkan doktor melaksanakan pemeriksaan terhadap pesakit tanpa diganggu kerana kelayakannya dalam mendapatkan diagnosis yang betul, dan seterusnya tidak perlu mempertahankan tindakannya.

3.4 Preskripsi Ubatan

Sebelum memberi ubat kepada pesakit, adalah menjadi amalan yang baik untuk mendapatkan keterangan pesakit sekiranya ada kesan buruk terhadap ubat-ubat yang diambil sebelumnya, dan

sekiranya pesakit mempunyai sebarang alahan, asma, penyakit kulit, gangguan gastrousus, atau apa-apa tindak balas emosi misalnya, pening, sakit kepala, atau loya. Perlu juga ditanya apakah pesakit sedang menjalani rawatan bagi penyakit-penyakit yang lain.

Beberapa soalan mudah tentang perkara di atas akan memberi keyakinan kepada pesakit bahawa doktor amat mengambil berat tentang pemberian ubat semasa, supaya kesan buruk dapat dielakkan. Ini juga dapat mengelak pertindihan ubat yang telahpun diberi oleh doktor lain.

Adalah menjadi amalan perubatan yang baik untuk memberitahu pesakit tujuan pemberian ubat dan potensi tindak balas buruk yang mungkin dialami. Nama ubat, sebaiknya nama generik dan nama dagang, hendaklah dilabel dengan baik.

Setengah pesakit membawa buku nota kecil untuk simpanan rekod perubatan yang mereka ambil secara berkala, dan doktor hendaklah mencatatkan preskripsi ubat yang baru. Ini adalah untuk keselamatan pesakit sekiranya dia menunjukkan tindak balas buruk, dan juga bagi membantu doktor berikutnya untuk menangani situasi sedemikian untuk membantunya memberi rawatan atau antidot yang sesuai atau spesifik semasa kecemasan.

Ubatan hendaklah diberi dalam banyak keadaan, untuk tempoh yang sesuai dan selesa, terutamanya bagi penyakit yang memerlukan pemantauan teliti dan berkala.

Hanya rawatan, ubat, atau alat-alat yang bersesuaian dan diperlukan oleh pesakit sahaja perlu diberikan.

Pemberian ubat di klinik hendaklah atas arahan dan diselia doktor, sekiranya pemberi ubat bertaualiah tiada.

Pesakit hendaklah dinasihatkan mengenai implikasi pengambilan ubat sendiri, atau membeli ubat yang terkawal tanpa preskripsi doktor.

3.5 Rawatan

Pesakit hendaklah dielakkan dari beranggapan bahawa dipaksa untuk menerima rawatan, terutamanya prosedur pilihan pembedahan yang invasif, melainkan semata-mata bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, pesakit perlu diberi masa untuk memikirkannya.

Dalam pembedahan elektif, adalah menjadi amalan yang baik untuk memberi pilihan penetapan tarikh, dan keselesaan, supaya pesakit mempunyai masa untuk menyelesaikan urusan peribadi dan kerja. Pesakit yang bersetuju dan hadir di hospital untuk pembedahan hendaklah bebas daripada tekanan peribadi, kerja dan domestik, dan mestilah bersedia secara mental dan fizikal untuk menjalani pembedahan.

3.6 Pendapat Kedua

Permohonan daripada pesakit untuk mendapatkan pendapat kedua hendaklah ditangani dengan kepekaan dan bijaksana. Adalah menjadi amalan yang baik untuk memenuhi permohonan ini, dan doktor hendaklah memberikan kerjasama terbaik kepada pesakit untuk mendapatkan pendapat tersebut. Doktor mestilah membantu menyediakan semua maklumat dan hasil penyiasatan yang diperlukan kepada rakan sejawat dengan ikhlas dan tanpa cuba mempengaruhi keputusan tersebut.

Kadangkala pesakit memilih untuk mendapatkan pendapat kedua daripada doktor yang dirahsiakan atas pilihannya sendiri. Oleh itu adalah penting untuk ditekankan kepada pesakit bahawa doktor kedua mestilah bertauliah dan berpengalaman, supaya runding cara dan pandangan yang tepat dapat diperolehi.

Doktor yang memberikan pandangan kedua mestilah memberikan pandangan profesional tanpa prejudis, dan tanpa dipengaruhi kedudukan pangkat, pengalaman, atau berlagak lebih pintar daripada doktor pertama. Beliau kemudiannya hendaklah merujuk semula pesakit kepada doktor pertama dengan menyatakan pendiriannya; bersetuju atau tidak atau mengemukakan pilihan lain dengan yakin.

Doktor juga perlu bersedia untuk mengemukakan rujukan kepada rakan sejawat untuk mendapatkan pendapat kedua apabila situasi memerlukan. Beliau mestilah memastikan bahawa pesakit faham dengan jelas bahawa tindakan dibuat demi kebaikan pesakit. Pesakit perlu dimaklumkan bahawa rujukan ini dilakukan bukan kerana kelemahan, kekurangan kemahiran atau kurang keyakinan doktor pertama, tetapi kerana terdapat keraguan yang menuntut diadakan rundingan silang.

Doktor yang mengamalkan perubatan secara persendirian mempunyai tahap kemahiran yang pelbagai dan sesetengah doktor beroperasi secara persendirian di kawasan-kawasan terpencil. Dengan itu adalah berfaedah untuk mengatur perbincangan dengan rakan sekerja yang beroperasi di kawasan berdekatan untuk membincangkan masalah pesakit demi kebaikan bersama. Ini merupakan satu bentuk pendidikan perubatan yang berkesan, dan berterusan.

Dalam era serba-khusus, adalah menjadi amalan yang baik untuk merujuk pesakit supaya mendapatkan pengurusan mutlak daripada rakan sejawat yang terlatih atau pakar dalam mengendalikan masalah klinikal yang kompleks. Doktor mestilah dapat menerima hakikat batasan kemampuan kepakarannya dalam situasi tertentu dan bersedia untuk merujuk pesakit kepada doktor lain.

Di dalam situasi di mana pesakit perlu dirujuk kepada pelbagai pakar, pesakit hendaklah dimaklumkan tentang sebab-sebab tindakan tersebut. Sekiranya doktor kedua berhasrat merujuk pesakit kepada pakar yang lain, persetujuan daripada doktor pertama mestilah diperolehi terlebih dahulu.

Fragmentasi rawatan mestilah dielakkan. Doktor mestilah mengelakkan 'terlebih khidmat' kepada pesakit. Dalam hal ini, dan keputusan rujukan berbilang mestilah dinilai dengan teliti dan diambil semata-mata untuk kebaikan pesakit.

3.7 Persetujuan

Doktor sering menganggap bahawa pesakit yang masuk bilik runding cara mereka telah memberikan persetujuan secara terselindung tentang semua prosedur selanjutnya. Perlu diingat bahawa persetujuan secara terselindung adalah sekadar anggapan semata-mata dan tidak melindungi doktor sekiranya berlaku tuntutan undang-undang.

Adalah penting bagi doktor untuk menerangkan prosedur dan tujuannya. Ini termasuklah antara lain, keperluan untuk mengambil darah bagi tujuan penyasatan, prosedur pengimejan diagnostik, dan infiltrasi setempat dan suntikan. Pada setiap peringkat, sekiranya pesakit membantah atau ingin mendapatkan penjelasan, aduan pesakit hendaklah didengar dan dipertimbangkan. Bantahan pesakit terhadap penyasatan prosedur atau rawatan spesifik hendaklah direkod di dalam buku nota.

Apa-apa prosedur yang invasif, walaupun kecil, tidak boleh dijalankan tanpa persetujuan pesakit, sebaik-baiknya didokumenkan. Bagi pesakit dibawah umur, kebenaran daripada ibubapa atau penjaga diperlukan.

Biasanya, sekiranya pesakit diberi penjelasan yang jelas dan berterus terang mereka jarang membantah penyiasatan atau prosedur tersebut.

Sebelum satu prosedur besar dijalankan, pesakit mestilah diberitahu mengenai komplikasi selepas pembedahan supaya tidak timbul kejutan selepas pembedahan, terutamanya perkara di luar kebiasaan yang mungkin berlaku, misalnya kos rawatan intensif yang tinggi dan rawatan yang berlanjutan. Perlu ditekankan bahawa perbincangan tidaklah terlalu panjang dan begitu terperinci sehingga pesakit menjadi patah semangat, atau menjadi terlalu takut terhadap komplikasi untuk menjalani prosedur.

3.8 Yuran Profesional

Doktor biasanya tidak selesa apabila membincangkan yuran dan kos dengan pesakit sebelum rawatan. Ianya kurang menyenangkan dan menggambarkan bahawa setiap rawatan adalah kos, serta bertentangan dengan prinsip jagaan kesihatan. Ia boleh mendatangkan kesan negatif pada pesakit yang tidak berkemampuan dan memilih untuk mendapatkan rawatan yang "lebih murah" ataupun tidak terjamin.

Doktor perlu mengutamakan rawatan pesakit, bertindak mengikut keperluan, umpamanya menyelamatkan anggota, melega kesakitan, menyembuh penyakit dan banyak lagi. Tidak seperti membeli barang mewah, yang boleh dibatal atau ditunda. Doktor persendirian kadangkala menghadapi kesukaran untuk mendapatkan bayaran yuran sekiranya bayaran pendahuluan atau deposit tidak dikenakan.

Doktor tidak semestinya merawat pesakit tanpa yuran, begitu juga pesakit tidaklah boleh mengharap untuk mendapat rawatan percuma. Doktor persendirian terutamanya, kadangkala menghadapi masalah mengenai kutipan yuran jika mereka tidak mengenakan bayaran deposit.

Oleh itu terdapat beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan yuran profesional. Bayaran hendaklah berpatutan. Doktor perlu mengambil kira aspek ekonomi perubatan dan kesannya terhadap orang awam memandangkan kos perubatan yang semakin meningkat. Adalah menjadi amalan perubatan yang baik bagi doktor untuk memberitahu pesakit anggaran yuran profesional dan bayaran hospital sebelum memulakan rawatan. Pesakit perlu diberitahu sekiranya ada keperluan rawatan rapi selepas pembedahan kerana kos mungkin akan meningkat.

Sekiranya berlaku kecemasan seperti rawatan kecemasan atau menyelamatkan nyawa, etika perubatan dan pertimbangan kemanusiaan mewajibkan doktor melakukannya tanpa mengira kemampuan pesakit. Pengurusan pesakit selanjutnya akan bergantung pada kemampuan pesakit memenuhi apa juga kos. Menolak rawatan pesakit dalam kecemasan atau dalam keadaan nyawa yang terancam hanya kerana tidak berupaya membayar deposit adalah tidak profesional dan tidak beretika.

Di hospital swasta, apabila perbelanjaan mengatasi anggaran awal disebabkan keperluan rawatan rapi atau rawatan berlanjutan ianya hendaklah dimaklumkan kepada pesakit atau saudara terdekat. Sekiranya mereka tidak berkemampuan doktor mestilah berusaha memindahkan pesakit ke hospital awam atau hospital swasta yang lebih murah dan secara peribadi memberikan bantuan untuk memudahkan pemindahan tersebut. Rakan sekerja atau hospital mestilah menerima pemindahan ini secara ikhlas tanpa membuat apa-apa kenyataan kemudian.

3.9 Pencegahan Sejagat

Sekiranya mendapati pesakit menghidap penyakit yang mudah dipindahkan/berjangkit, misalnya AIDS atau hepatitis semasa penyiasatan awal, **ia mestilah dirawat oleh doktor dengan mengamalkan langkah pencegahan sejagat**. Keengganan menerima pesakit ini, atau meminta mereka pergi ke tempat lain adalah dianggap tidak beretika.

3.10 Saudara dan Rakan

Perlu diambil kira akan kehadiran **saudara mara dan rakan-rakan pesakit yang biasanya tidak muncul pada hari pertama rawatan**, tetapi muncul selepas pembedahan atau selepas rawatan besar yang lain, atau apabila pesakit menjadi semakin tenat. Mereka ini datang dengan pelbagai soalan: Bila ia berlaku, apa yang tidak kena, apa akan berlaku selanjutnya, adakah pesakit boleh bertahan dan seterusnya.

Adalah penting untuk doktor menghargai, pengaruh dan kepentingan saudara mara dan rakan-rakan ini terhadap pesakit, dan melayan mereka dengan ikhlas dan rasa hormat dan berusaha menjelaskan segala pertanyaan mereka sedaya mungkin walaupun pertanyaan yang tidak berkaitan.

Sekiranya berlaku perkara yang di luar jangkaan semasa mengurus pesakit, komunikasi, tutur cara dan diplomasi doktor boleh mempengaruhi penilaian di dalam penganalisaan krisis.

4. DOKTOR SEBAGAI ANGGOTA AKTIF

Profesion perubatan dapat bertahan atas asas kepercayaan dan keyakinan yang mutlak daripada orang awam terhadap kredibiliti ini. Adalah bertentangan dengan moral bagi seseorang doktor memberi komen buruk tentang kemampuan profesional rakan sejawat kepada pesakit atau orang-orang awam, walau apa sekalipun tanggapan peribadinya terhadap doktor tersebut.

Doktor hendaklah sentiasa menghormati rakan sejawat. Cara hidup, budaya, kepercayaan, bangsa, warna kulit, jantina atau umur rakan sejawatnya tidak boleh mempengaruhi hubungan profesionalnya.

Doktor hendaklah melayan kakitangan jururawat dan kakitangan bawahan dengan rasa hormat dan timbang rasa dan memahami serta bertindak waras terhadap rungutan tugas-tugas dan perkhidmatan. Doktor mestilah menerima khidmat mereka sebagai sebahagian daripada pasukan yang turut berperanan di dalam mewujudkan persekitaran kerja yang baik dan harmoni.

Pengurusan penjagaan kesihatan lebih berkesan jika dilakukan oleh pasukan yang memiliki pelbagai kepakaran. Seorang doktor diharap berperanan secara konstruktif di dalam pasukan dan menghormati kemahiran dan sumbangan rakan sejawat dan kakitangan kesihatan yang lain.

Doktor yang beranggapan dan menonjolkan diri sebagai lebih baik atau superior daripada rakan sejawat dari segi kemahiran, kepakaran, pengalaman, atau keupayaan profesional, adalah sikap yang tidak dikehendaki, dan pesakit biasanya berasa tidak senang apabila berhadapan dengan kelakuan negatif doktor yang sebegini.

Adalah tidak wajar untuk doktor merendah-rendahkan rakan sejawat, atau memberi gambaran kepada pesakit kelebihan dirinya, atau menyalahkan tindakan doktor tersebut. Maklumat tersebut sebenarnya boleh digunakan oleh pesakit sebagai asas di dalam usaha mengambil tindakan undang-undang terhadap doktor terbabit.

Apabila berhadapan dengan situasi seperti ini, adalah menjadi amalan yang baik untuk tanpa ragu-ragu menghubungi doktor yang pertama dan mendapatkan cerita sebenar daripadanya. Ini akan membantu anda memahami masalah yang dihadapinya dan mengenalpasti tindakan selanjutnya. Adalah menjadi amalan perubatan yang baik bagi doktor untuk **mengekalkan hubungan kerja yang mesra dengan rakan sejawat**. Ini mungkin memerlukan usaha, terutamanya di kawasan bandar di mana bilangan doktor yang ramai di satu-satu kawasan. Bagaimanapun, jika diamalkan usaha ini lebih banyak mendatangkan kebaikan.

Apabila doktor merujuk pesakit kepada doktor lain untuk dibuat penyiasatan atau mendapatkan rawatan khas, adalah **tidak beretika untuk meminta imbuhan sebagai balasan**.

Seseorang doktor mestilah mengelak daripada menganggap rakan sejawat di mana-mana tempat dia mengamal sebagai pesaing atau musuh. Amatlah penting untuk doktor mempamerkan imej berpasukan dengan berpandukan panduan amalan yang sama supaya pesakit dapat menghormatinya dan mengelakkan pesakit berhijrah daripada satu klinik ke klinik yang lain.

Sebaliknya, doktor mestilah mempunyai alasan yang kukuh untuk mempercayai bahawa **rakan sejawat mengamal secara tidak beretika atau tidak bermoral, atau tidak berupaya secara mental dan fizikal menangani atau merawat pesakit**. Adalah menjadi tugasnya untuk membawa kepada pengetahuan Majlis Perubatan Malaysia, demi kepentingan orang awam.

Akhir sekali, doktor mestilah sentiasa ingat bahawa ia mendapat pendidikan dan latihan perubatan melalui pengajaran, dan perantisan, secara berkumpulan. Oleh itu, adalah suatu kemuliaan dan kelebihan baginya untuk meneruskan tradisi amalan perubatan dengan menyampaikan pengetahuan dan berkongsi pengalaman dengan rakan sejawat dan penuntut sepanjang masa.

5. DOKTOR DAN MAJIKAN

Terdapat pengaruh yang semakin meningkat daripada **Pertubuhan Jagaan Terurus (MCOs)** atau **Pertubuhan Pengurusan Jagaan Kesihatan (HMOs)** di dalam negara sejak akhir-akhir ini. Doktor panel kepada syarikat-syarikat korporat seringkali disiasat dan tekanan untuk bukan sahaja bertindak sebagai doktor utama dengan tekanan risiko kawalan kos, malahan berfungsi sebagai pengawal perubatan dalam sistem pra bayar tersebut. Doktor juga tertakluk untuk beroperasi menurut jadual dan manual yang ditetapkan oleh MCOs dan HMOs.

Adalah menjadi amalan perubatan yang baik untuk doktor memastikan tanggungjawab profesional utamanya kepada pesakit walaupun dipatuhi beroperasi di bawah kekangan kewangan ketat dan jagaan pesakit terkawal yang dikenakan oleh MCOs dan HMOs. Adalah penting untuk menjaga hubungan doktor-pesakit yang baik dan kerahsiaan walaupun dalam persekitaran amalan perubatan yang ketat dan sentiasa sedar bahawa doktor wujud kerana adanya pesakit yang memerlukan jagaan individu dan terus berpegang kepada tanggungjawab utama doktor demi kesihatan dan kebajikan pesakit.

Doktor tidak sepatutnya merasa tertekan dan mengaku kalah terhadap ketidakadilan majikan terutamanya apabila khidmat mereka ditamatkan atau didenda sedangkan penyakit mereka masih boleh dirawat dan tiada mengalami sebarang keilatan kekal. Dalam keadaan seperti ini demi kepentingan pesakit, doktor sepatutnya mendapatkan pandangan bebas daripada rakan sejawat untuk membantu menyokong penemuan dan pandangannya jika beliau berasa dicurigai dan digunakan sebagai alat oleh majikan untuk melaksanakan keputusan mereka yang tidak adil dan berasas.

6. DOKTOR YANG MENGAMAL SECARA BERSENDIRIAN

Doktor yang mengamal secara bersendirian seringkali berhadapan dengan tanggungjawab kewangan seperti bayaran sewa bangunan, pajakan, gaji pekerja dan bayaran-bayaran lain. Doktor seumpama ini, mudah terdedah kepada tuntutan pesakit, majikan mahupun ugutan.

Doktor sepatutnya tidak mengambil mudah peraturan profesional dan etika untuk memenuhi tuntutan tidak adil oleh orang-orang seumpama ini untuk tujuan kewangan atau faedah sendiri. Apabila doktor membenarkan diri mereka terdedah kepada pengaruh ini, reputasinya dan kredibilitinya terjejas.

Doktor tidak sepatutnya mendesak atau meminta-minta pesakit, atau melobi majikan untuk menjadi panel kepada mereka. Doktor perlu sedar bahawa ia memerlukan kesabaran dan masa untuk membina kerjayanya. Apabila reputasi baik dibina dan diiktiraf, beliau pastinya akan mendapat faedahnya.

Doktor perlu sedar bahawa tidak ada jalan pintas di dalam mencapai kemasyhuran dan populariti, dan tiada taranya amalan perubatan yang berkekalan, beretika dan baik walau dalam apa keadaan sekalipun.

7. DOKTOR DALAM AMALAN INSTITUSI DAN AWAM

Doktor yang mengamal dalam kemudahan institusi mestilah sentiasa ingat tentang kos penjagaan kesihatan yang semakin meningkat. Inovasi teknologi tinggi adalah mahal dan doktor mesti menilai perlunya prosedur seperti ini sebelum melaksanakannya untuk pesakit mereka.

Adalah menjadi amalan perubatan yang baik bagi para doktor untuk mengingat bahawa **sumber kesihatan biasanya mahal, bernilai, tetapi terhad**. Oleh itu, adalah menjadi tugas secara tidak langsung, sebagai penjaga sumber kesihatan untuk mengekalkan dan memastikan kualiti perkhidmatan. Perlu juga diingat bahawa doktor juga bertanggungjawab menjaga persekitaran awam dengan membantu membuang bahan buangan klinikal dan bahan sampingan toksid daripada dadah dan bahan kimia yang digunakan dalam amalan perubatan dengan cara yang tidak berbahaya.

Perkara asas penjagaan pesakit oleh para doktor adalah menyeluruh dan turut diguna pakai sama ada oleh pengamal awam atau pengamal persendirian.

Di hospital yang ada wad dan kelas, para doktor perlu ingat bahawa "kelas" hanya merujuk kemudahan keselesaan di dalam bilik dan bukan tahap penjagaan perubatan. Rawatan sepatutnya tidak dibezakan mengikut kemampuan pesakit untuk membayar.

Sikap ini sepatutnya turut disemaikan di kalangan jururawat dan kakitangan profesional yang berkaitan.

Para pesakit yang baru dimasukkan ke wad perlulah diperiksa dan dirawat segera tanpa bertangguh.

Pesakit perlu kerap diperhatikan dan rawatan dibuat sekurang-kurangnya sekali sehari dan lebih kerap bagi pesakit yang tenat. Kerana bagi pesakit, perkara yang menyenangkan dan penting bagi mereka ialah kehadiran doktor, sentuhannya yang lembut serta kata-kata yang prihatin yang mungkin tidak disedari oleh doktor.

8. DOKTOR DALAM DILEMA

Pesakit yang mengadu tentang rawatannya mempunyai hak untuk mendapatkan respon yang bersesuaian dan segera. Doktor mempunyai tanggungjawab profesional untuk menangani aduan secara konstruktif dan jujur.

Aduan pesakit hendaklah tidak menimbulkan prejudis kepada rawatan selanjutnya.

Sekiranya pesakit mengalami kecederaan serius atas sebarang sebab, para doktor perlulah bertindak segera bagi membetulkan keadaan. Pesakit perlu mendapat penerangan yang betul, kesannya pada jangka masa pendek dan panjang. Sekiranya diperlukan, doktor boleh memohon maaf.

Sekiranya pesakit tidak dapat diselamatkan, doktor perlu menerangkan dengan sebaik mungkin sebab dan keadaan kematian kepada waris terdekat simati.

Doktor berhak di segi undang-undang untuk tidak memberikan bukti yang boleh membawa kepada prosiding jenayah diambil terhadapnya dan mestilah bekerjasama sepenuhnya terhadap sebarang pertanyaan rasmi tentang rawatan pesakit. Maklumat yang berkenaan mestilah tidak disembunyikan.

Untuk kebaikan para doktor dan pesakit, ia mestilah mendapatkan **insurans** atau **perlindungan pampasan profesion** bagi mana-mana tugasnya yang tidak dilindungi oleh skim pampasan majikan. Sekiranya terdapat prosiding etika atau jenayah terhadapnya, doktor hendaklah secepat mungkin, secara bertulis memberitahu syarikat yang memberikan perlindungan insurans atau pampasan bagi mendapatkan nasihat undang-undang segera dan bersesuaian.

9.UMUM

A. Kod Etika Perubatan Antarabangsa(Petikan)

"Semasa diterima sebagai ahli Profesion Perubatan:

Saya berikrar akan berkhidmat dengan penuh iltizam untuk masyarakat;

Saya akan mengamalkan profesion ini dengan penuh teliti dan tanggungjawab;

Saya akan mengutamakan kesihatan pesakit saya;

Saya tidak akan membenarkan faktor-faktor keagamaan, kerakyatan, bangsa, parti politik atau kedudukan sosial menjadi pemisah di antara tanggungjawab dan pesakit saya;

Saya akan terus mengutamakan nyawa manusia dari seawalnya walaupun di dalam keadaan tertekan sekalipun dan tidak akan menyalah gunakan ilmu kedokteran saya untuk perkara-perkara yang bertentangan dengan undang-undang dan kemanusiaan."

B. Diklerasi Geneva(Petikan)

Saya berikrar akan berkhidmat dengan penuh iltizam untuk masyarakat.

Saya akan mengamalkan kerjaya saya dengan sepenuh hati dan kejujuran.

Kesihatan pesakit akan sentiasa menjadi keutamaan.

Saya akan memastikan rahsia yang diamanahkan terjaga.

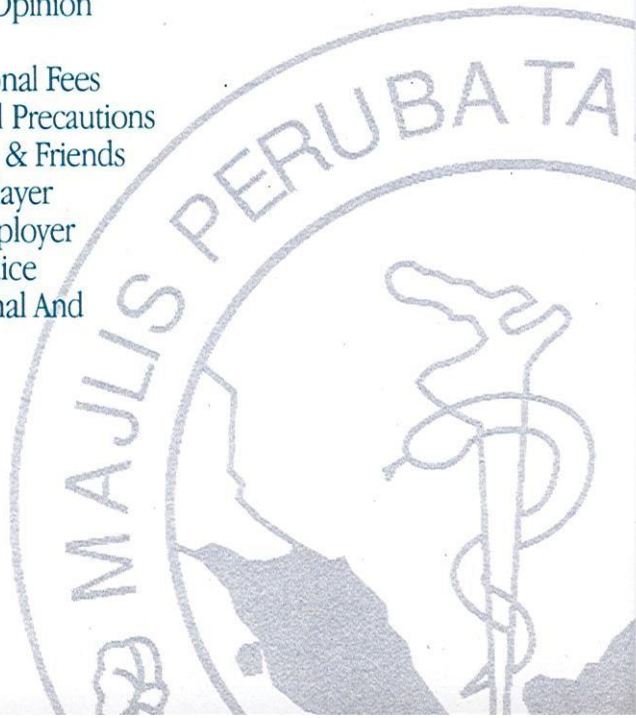
ENGLISH
VERSION



Good Medical Practice

Table Of Contents

1. Preamble
2. The Doctor and The Practice
 - 2.1 The Doctor The Person
 - 2.3 Calling Card
 - 2.4 Medical Records & Reports
 - 2.5 Record of Dangerous and Controlled Drugs
 - 2.6 Publicity
 - 2.7 Medical Cover
 - 2.8 Relationship With Pharmaceutical & Equipment firms
- 3 The Doctor and The Patient
 - 3.1 Doctor - Patient Relationship
 - 3.2 Doctor - Patient Confidentiality
 - 3.3 Chaperon
 - 3.4 Prescribing
 - 3.5 Treatment
 - 3.6 Second Opinion
 - 3.7 Consent
 - 3.8 Professional Fees
 - 3.9 Universal Precautions
 - 3.10 Relatives & Friends
- 4 The Doctor As A Team Player
- 5 The Doctor and The Employer
- 6 The Doctor In Solo Practice
- 7 The Doctor In Institutional And Public Practice
- 8 The Doctor In Dilemma
- 9 General



FOREWORD

This Booklet serves as a guide to the medical practitioners to meet the standard of care and professionalism set out by the Malaysian Medical Council. It contains the moral and professional obligations expected of the medical practitioners of this country.

It also serves to enhance public awareness of such standards expected from the doctor who treats them. Such awareness will hopefully encourage greater adherence by the doctors to these guidelines.

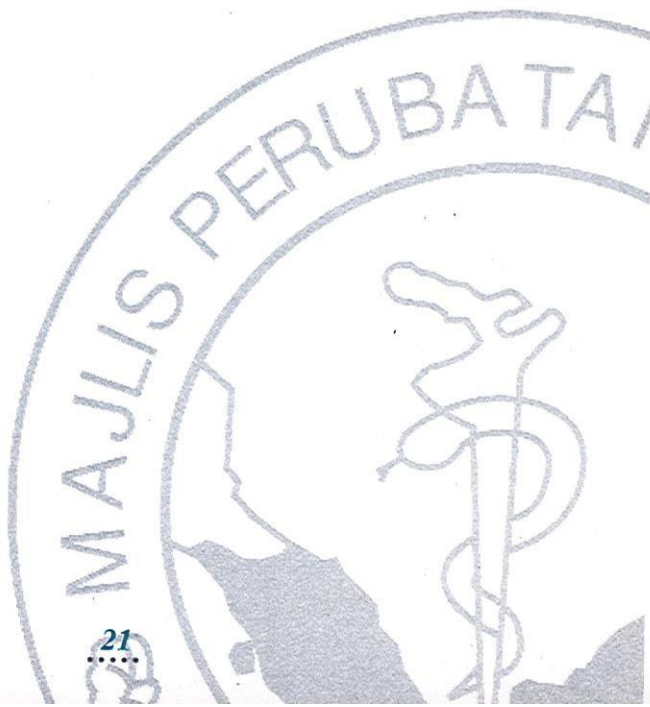
I therefore, urge all medical practitioners to adhere to the guidelines laid down in this booklet, at all times. Useful contributions from the medical fraternity may be incorporated in future revision of these guidelines.

Tan Sri Dato' Dr. Abu Bakar bin Suleiman

President

Malaysian Medical Council.

January, 2001



THE TEN GOLDEN RULES OF GOOD MEDICAL PRACTICE

1. Practise with Kindness, Ethics and Honesty.
2. Upgrade Professional Knowledge and Clinical Skills.
3. Maintain good Patient Records.
4. Maintain good Communication with Patients and Relatives.
5. Maintain Doctor-Patient Confidentiality.
6. Allow Second Opinion and Referral to Colleagues.
7. Maintain good Working Relationship With Colleagues.
8. Be conscious of Cost of Healthcare.
9. Avoid Publicity, Self-promotion and Abuse of Position.
10. Be a Partner in promoting Global Health.

1. PREAMBLE

The five basic ingredients of Good Medical Practice are Professional Integrity, Communication Skills, Ethical Behaviour, Treating Patients with Dignity, and being a Team Player. These five factors will be seen to be guiding the sentiments and philosophies reflected in these pages.

It is never easy to lay down strict guidelines on Good Medical Practice, and it is not possible to lay down guidelines acceptable to every practicing doctor, granted that there are as many types of practices as there are many types of doctors.

This booklet cannot cover all forms of professional practice and therefore is not exhaustive. The practitioner must therefore be always prepared to explain and justify his actions and decisions whenever there is question or doubt raised about his practice.

It needs to be stressed at the outset that the intention of laying down these Guidelines is not to confine the doctor in a moral straightjacket, thereby forcing him to practice restricted or defensive medicine, at the unfair risk of being unrealistic and unproductive to himself and to his patient.

The guidelines laid out in this booklet on Good Medical Practice are intended to be positive in approach, and to convey to doctors what they should do.

These Guidelines have been prepared with the Malaysian doctor in mind, though clearly the professional code which governs the form and manner of medical practice are universal in concept, international in acceptance and global in implementation.

2 THE DOCTOR AND THE PRACTICE

2.1 *The Doctor The Person*

The doctor is expected to conduct himself with professionalism and self-regulation, which in essence implies that he practices within the established and accepted moral, legal and ethical norms, and regulates himself to uphold them. These norms safeguard the interests of the patient, and allow the doctor to practise his profession as he has been trained, without the need for external regulations.

The doctor is expected to keep himself abreast of new developments in medicine generally and in his specialty specifically, in order to maintain the highest level of professional care. The upgrading of practical skills is an essential additional requirement. Considerable responsibility is required on his part to utilise all available components of continuing medical education, including self-study and distance learning, to achieve these objectives.

The physical appearance of the doctor in the way he dresses, grooms himself, the way in which he presents himself in terms of cleanliness, neatness and personal hygiene, are to the patient just as important as the doctor's demeanour in terms of his manners, confidence and general composure.

Untidy physical appearance may, though not necessarily, lead to an erroneous assumption by the patient that the doctor lacks discipline and a systematic approach to clinical problems. Indeed,

given the fact that the patient is meeting the doctor possibly for the first time ever, these first impressions may influence the nature and course of future doctor-patient consultations and relationships.

To the person who is entrusting his own life and health, or that of his loved ones, these aspects of external presentation are manifestly as important as the doctor's inner qualities and professional capability. For, in the patient's perspective, the image of the doctor is cast in the mould of physical and moral perfection.

2.2 The Place of Practice

There are certain reasonable expectation of the appearance of the clinic and consultation rooms, which must appeal to the patient.

The CLINIC SIGNBOARD should conform to stipulations and should be clear and concise. Adequate lighting is important, without being decorative.

The WAITING ROOM should have a calm, soothing and reassuring ambience. The seating must be comfortable. The room should be clean and illuminated sufficiently for casual reading. A few simple paintings, photographs or educational posters add to the general pleasantness of the room. Some light reading materials help to reduce the anxiety and boredom of waiting.

The CONSULTATION ROOM should be roomy, neat and tidy, and soothing to the eyes and pleasant to the nose.

It is acceptable to display certificates or scrolls of recognised medical degrees and diplomas in the consultation room so that the patient is fully aware of the credentials of the doctor.

Clinical equipment should be in good working order and clean and neatly arranged.

An untidy and cluttered consultation room may indicate a very busy doctor, but on the other hand may mean to the patient that the doctor is not systematic and methodical. A sink and clean hand-towel within reach will reflect a hygienic practice.

The NURSING STAFF must be neatly dressed, courteous and sympathetic in their handling of the patient and the accompanying persons. They must be efficient and be able to prioritise patients and their problems, so that the doctor will be able to see the more ill patients earlier.

2.3 Calling Card

The doctor's calling card should limit the information therein contained to name, registrable qualifications, address and contact numbers. Some cards are also used as appointment cards. Calling card should never be distributed to members of the public for purpose of touting or advertising, or be left on counters for convenient pick up by anyone.

2.4 Medical Records and Reports

In general, well-kept Medical Records are the hallmark of a good medical practice. Patient cards should record all relevant information, physical findings and diagnosis in the course of patient management. Such records should be accurate, legible, comprehensive and up-to-date, and contribute to easy recall of patient information for continuity and follow-up of patients, as well as for future reference such as preparing reports.

Investigations and treatment should be recorded in detail, and in the case of invasive procedures, the indications for, and the nature of, the procedures, must be clearly documented. Properly justified procedures can be defended by peers in the event of conflict or litigation, but when the clinical notes are sketchy, poorly made out, illegible, vague, ambiguous and superimposed with deletions and corrections, this may be difficult.

Similarly, notes and records relating to operations and invasive procedures should be written clearly, with attention to indications, findings, relevant details, difficulties encountered and the measure taken.

Notes once made out should not be erased or altered, or new words inserted after a lapse of time, as these may indicate defensive action by the doctor in the event of unexpected eventualities in the course of the patient management.

For patients who are at high risk, particularly those who are aged and medically compromised, the possible risk of surgery and anaesthetics need to be explained to the patient or next-of-kin, and recorded in the notes.

✓ It is well to remember that while the clinical notes and records physically reside with the doctor and to the hospital, the information therein contained belongs, morally and ethically to the patient and to regulatory authorities. These documents may be demanded by the patient or his appointed officers for various purposes, ranging from need to seek second opinion, to seek further treatment elsewhere, or for litigation.

Doctors are obliged to provide comprehensive Medical Reports when requested by patients or by the next-of-kin, in the case of children and minors, or by the employer with the patient's consent. Any refusal or undue delay in providing such reports is unethical.

2.5 Records of Dangerous and Controlled Drugs

It is good medical practice to maintain stock inventory of all medicines in the facility.

Doctors are required by legislation to maintain proper records of the prescription of dangerous and controlled drugs, and a stock inventory. Failure to comply is a serious offense.

Doctors must avoid prescribing habit-forming medicines, particularly sedatives and tranquilizers in large quantities to patients since this may lead to substance abuse. There is also the risk of overdose by unstable patients.

2.6 Publicity

A doctor's best publicity is his own patient. The impression that the patient has about his doctor and the kind and considerate treatment that he had received, are the factors which influence the patient's relative and friends to seek the same doctor.

Self-aggrandisement and promoting oneself, as the best doctor in town, the most experienced, or the most skilled, sometimes done with derogatory remarks about one's colleagues, is a demeaning form of doctor behaviour. In the long run such behaviour will be his own undoing, for patients will soon become wise to the tactics employed by such a doctor and avoid him.

Publicity seeking behaviour of even a handful of doctors would reflect adversely on their inadequate moral and professional upbringing and bring disrepute to the profession as a whole.

Voluntary public service projects by doctors, providing advice on illness and healthcare to the people in rural and remote areas are laudable. However it is poor taste to exploit the situation by allowing photographs of them examining such members of the public, to appear with news coverage of their activities in the media. Even more deplorable is to identify themselves by their name and place of practice.

2.7 Medical Cover

The doctor going off duty must ensure that suitable arrangements are made for the patient's continued care.

The doctor, particularly a general practitioner in solo practice, before proceeding on long leave from his practice, should give advance notice to his regular patients and whenever possible give alternative appointments if they are on regular follow-up. In his absence he should arrange for another doctor to provide cover when his patients urgently need treatment.

In the case of hospital patients, the doctor going on leave must ensure effective handover procedures by communicating clearly through proper documented notes with a colleague to continue management in his absence. The colleague covering him must agree, and the patient or the next-of-kin must also be made aware of this arrangement. Messages left on the pager or answering machines are considered discourteous.

The doctor standing in should have the qualifications, experience, knowledge and the skills to perform the duties for which he will be responsible. He is directly accountable for the care of the patients while on duty.

2.8 Relationship With Pharmaceutical & Equipment Firms

The doctor is often approached by representative of pharmaceutical firms to prescribe or promote some new medicine in the market, or to influence the purchase of such medicine by the hospital pharmacist. Representative of medical equipments and appliances may operate in similar manner. The decision by the doctor to accept such a proposal must be based on the principle that it is entirely for the patient's benefit. The doctor must not accept any favours, direct or indirect, gifts and loans or other inducements, in the course of such activity.

The doctor may be offered fully paid trips, travel grants and hospitality to attend conferences, or some equally attractive inducement, promoting a single new pharmaceutical product. Although these may have educational value, the doctor must carefully evaluate the motives, expectations and the hidden agenda of such firms, and the ultimate payback expected. Discretion in dealing with such matters will help to preserve the credibility and impartiality of the medical profession.

In all dealings with members of the pharmaceutical and equipment industry, the doctor must avoid making decision or participating in transactions where there is a **direct conflict of interest**.

3. THE DOCTOR AND THE PATIENT

3.1 Doctor - Patient Relationship

The relationship between a doctor and his patient is best described as a **partnership and collaborative effort** to maintain good health in the patient.

The relationship paves the way for frank discussion in which the patient's needs and preferences and the doctors clinical expertise are shared to select the best treatment option.

For the patient, the first encounter with the doctor is an experience with vast implications for future relationship. The patient who seeks medical help is in anxious frame of mind. The courage that he has to muster to attend a clinic is immense, and the experience of stepping into the doctor's consultation room can be unnerving. **By that one crucial act, the patient, with the sole and simple hope of finding a solution to his health problem, makes many bold personal sacrifices.** He surrenders his individuality and privacy to the doctor, literally lays bare his soul, exposing his innermost secrets and personal problems to the doctor who, in truth and essence, is a total stranger. The doctor's only claim to this privilege is his education and training as a compassionate healer.

This applies also to concerned relatives who seek such care and advice for their loved ones.

The doctor is expected to be physically and mentally prepared for this role, day-in and day-out, patient after patient, *ad infinitum*. It is a noble task, with high expectations.

The patient, on the other hand, takes the doctor's work for granted. He rarely cares for the doctor's sentiments at that point in time. Whether the doctor has been stretched to this physical and mental limits during his work, or whether he has had any rest or a square meal, are of no concern to the patient. Submerged in his own misery, the patient's all consuming concern is for an immediate solution to his own problem.

3.1.1 The doctor is at all times expected to practise good medicine, exhibit the norms of good clinical practice and present himself as follows:

Be attentive and a good listener, attaching importance to even the most trivial of the patient's complaints, making the patient feel that he is the most important person in that consultation room, and his problems are indeed most significant. Only then can the patient feel relaxed and at ease with the doctor.

Avoid criticising or admonishing the patient when the patient relates what may appear to be irrelevant or trivial, but which is apparently important to the patient.

Be gentle and concerned when examining the patient, making the patient feel relaxed through every step of the physical assessment, periodically pausing to explain the need for a particular step. The physical examination of the patient is to be carried out, without exception, in the presence of a chaperon.

Be clear and discreet when discussing the possible diagnoses, keeping the interest of the patient at heart, without alarming or frightening him. It is useful to be cautious and guarded in what should be revealed at this stage, pending the outcome of the tests. The doctor must keep in mind the mental state of the patient, the gravity of the findings, and the wishes of the next-of-kin.

3.1.2 Give the relevant options when discussing treatment, and the limitations and possible complications.

In the course of consultation, the following are some aspects of good medical practice:

Be patient and compassionate, without making the patient feel that you are busy or in a hurry to get to another assignment.

Avoid criticising colleagues in the presence of patients on their prior treatment.

Be gentle when seeking clarifications in the history - in language, manner and tone of voice.

Cultivate a friendly and amicable relationship, which will give the patient confidence and trust in his doctor.

Avoid being business-like. Give time for the patient to settle down in the consultation room and to measure out the doctor who is an untested stranger. A few casual questions like "Where are you working?", "How old are you?", "Have you been waiting too long?" go a long way to establish a friendly atmosphere and convivial beginning.

Avoid presenting yourself as the embodiment of noble perfection and giving the impression that the patient has finally reached the ultimate healer.

Avoid patronising your patients. Be firm but pleasant in your discussions without being condescending. Avoid developing private and personal relationship with your patient, and discourage any attempt by a patient to become personally and privately involved with you.

In private practice, trying to satisfy a patient's demands may sometimes be considered necessary from a financial angle, in the mistaken belief that a "**customer is always right.**" In such instances, the doctor's approach must be based on the principals of good medical practice, and these should not be sacrificed for pecuniary reasons. **The doctor must take it as his duty to educate and correct a patient's erroneous or mistaken concepts of medical treatment and healthcare.**

Should there be a reason to disagree with a patient's opinion or impression to treatment option, **be positive in presenting your views without belittling the patient** or making him feel inadequate and ignorant. Tact and dignified diplomacy are the keys to a successful and longlasting doctor-patient relationship.

A person may come to clinic **requesting a sick certificate, feigning an illness.** The doctor must evaluate such a request in the light of previous experience with the person/patient involved, and act judiciously and tactfully.

Never issue prescription or medical sick certificate without examining the patient first and making relevant notes in the patient records. **Never pre-sign sick certificates or prescription pads** as these may be misused by unauthorised persons in your absence. **Never take advantage** of a patient's predicament or plight to further your own interests or ambitions.

3.2 Doctor - Patient Confidentiality

Medical confidentiality is a traditional principle and an integral requirement of doctor-patient relationship. Central to this principle is the **preservation of the dignity, privacy and integrity of the patient.** When a **third party seeks medical information**, such request should only be entertained on the explicit written consent of the patient or the next-of-kin.

It is well to remember that there is a wide difference between what is interesting to the public (and therefore newsworthy) and what is of public health interest. In any event, the patient's protection is an overriding consideration, and must be weighed carefully before allowing any form of disclosure.

Legal or statutory requirements sometimes override the limits of patient-doctor confidentiality,

and the doctor is often required by law to disclose information regarding illness and treatment. The patient should then be made aware of this public duty.

Doctors who use clinical patient materials in medical publications or at medical conferences must at all times **avoid revealing personal details of the patients** in the study. Photographs when used should not reveal identifying facial or physical features.

When discussing patient data at in-house hospital mortality and morbidity meetings, direct reference to patient's name, identity and personal details should be avoided.

In the final analysis, good medical practice dictates that the **doctor must exert all in his powers to preserve patient confidentiality**. The information that the doctor has come to possess is, in the first place, through the patient's voluntary revelations and consent to submit to physical examination and diagnostic investigative procedures. It is the patient's belief that such information will be kept private and used solely for his benefit.

3.3 Chaperon

A doctor must always examine a patient, whether female or male, or a child, with a chaperon being physically present in the consultation room, with visual and aural contact throughout the proceedings.

A relative or friend of the patient is not a reliable chaperon, as he or she may not fully appreciate the nature of the physical examination performed by the doctor and may even testify against the doctor in the event of allegations of misconduct or physical abuse. Similarly, a relative of the doctor (wife, daughter, etc), who is not an impartial observer, would be prejudicial as a chaperon.

These requisites are designed to allow the doctor to proceed with clear, unhampered clinical examination of the patient, as he deems appropriate for the purpose of arriving at a proper diagnosis, without later having to defend his actions.

3.4 Prescribing

Before prescribing medication for a patient, it is good medical practice to find out if the patient has had any adverse reactions to medications previously taken, and also whether he has any allergies, asthma, skin diseases, gastro-intestinal upsets or any higher centre reactions, like giddiness, headache, or nausea. It should also be enquired if he is on treatment for any other illnesses.

A few simple questions on the above matters will give the patient the confidence that the doctor is concerned about the current medication, so that adverse reactions are avoided; neither will be receiving duplicate medications already given by another doctor.

It is good medical practice to inform the patient the purpose of the medications, and potential adverse reactions that may some times arise. The name of the medicine, preferably both the generic and trade, should be clearly labelled.

Some patients carry little pocket notebooks in which they keep a record of medicines they are taking regularly, and the doctor should enter new prescriptions therein. This is for the safety of the patient if he should develop adverse reactions and also to assist the next physician handling the situation so that he may give appropriate, specific emergency treatment or antidote.

Medications should be prescribed in most circumstances, for an appropriate convenient duration, particularly for diseases that may need close periodic monitoring.

Only the treatment, drugs, or appliances that serve the patient's needs, should be prescribed.

Dispensing of medication in the clinic should be on the direction and supervision of the doctor in the absence of a qualified dispenser.

Patients should be warned against self medication or purchasing controlled medication without prescription.

3.5 Treatment

The patient should not be made to feel that a particular treatment is being forced upon him, especially elective surgical procedures which are invasive. Unless absolutely life saving, the patient should be allowed time to consider.

In elective surgery, it is good practice to offer options regarding dates and convenience, so that the patient has time to sort out personal and work-related matters. The patient who agrees and gets admitted for surgery must be free of personal, work and domestic tension and must be mentally and physically prepared for the surgery.

3.6 Second Opinion

The request by a patient for a second opinion should be handled with due sensitivity and tact. It is good medical practice to accede to such a request, and the doctor must give full co-operation for the patient to obtain such opinion. He must make available all relevant information and investigation results to the colleague, in good faith without attempting to influence the decision of the colleague.

The patient may sometimes choose to obtain the second opinion from an undisclosed doctor of his own choice. Then it should be impressed upon the patient that the **second doctor must be suitably qualified and experienced**, so that a meaningful consultation and opinion is obtained.

The doctor giving the second opinion must deliver his professional opinion without prejudice, and without any aura of superiority, seniority or appearing to be more competent than the principal doctor. He should then refer the patient back to the principal doctor, agreeing or disagreeing, or suggesting alternatives, preferably in confidence.

A doctor should himself be prepared to initiate a referral to a colleague for second opinion when the situation demands. He must make the patient understand clearly that this is being done in the patient's interest. The patient should be made to appreciate that this referral is being initiated not because the principal doctor lacks expertise or confidence, but that there are areas of doubt which merit cross-consultation.

Doctors in private practice have varying levels of expertise and some such doctors are in solo practice in isolated locations. It is therefore useful to have **arrangements with colleagues practising nearby to discuss patient's problems**, for mutual benefit. This is a useful form of continuing medical education and continuing professional development.

In this age of super-specialisation, it is good medical practice to refer a patient for definitive management by a colleague who has special training or expertise in dealing with complex clinical problem. **A doctor must accept his own limitations in professional competence** in these special instances and be prepared to refer a patient to another doctor.

An area of some anxiety is the patient who is referred to multiple specialists. Before initiating such referral, the patient must be informed of the reason for the move. If the second doctor decides to

further refer to another specialist, the consent of the principal doctor must be obtained as a matter of courtesy.

Fragmentation of treatment must be avoided. Doctors must avoid “overservicing” their patients. In this setting, and the purpose of multiple referrals must be carefully evaluated and strictly for the patient’s need.

3.7 Consent

The doctor often assumes that a patient who walks into his consultation room gives implied consent for all subsequent procedures. It must be remembered that “implied consent” *per se* is merely an impression and would not protect the doctor in the event of any litigation.

It is important for the doctor to explain the procedures and their purpose: this would include, amongst others, the need for drawing blood for investigation, diagnostic imaging procedures, and local infiltrations and injections. At every point, should any objection be raised by the patient, or clarification sought, the patient should be carefully heard out and not brushed aside. Refusal by the patient for procedural investigations or specific treatment should be recorded in the notes.

Any invasive procedure, however simple, should be undertaken only with consent from the patient, preferably documented, or in the case of a minor, from the parent or guardian.

On the whole, when patients are given clear and candid explanations, they rarely refuse an investigation or procedure.

Before major procedures are undertaken, the patient must be told the possible post-operative complications, so that there are no surprises after an operation, particularly since such eventualities as intensive care can be expensive and long drawn. It however needs to be emphasised that such discussion should not be too extensive or detailed whereby the patient is discouraged, or becomes too fearful of complications, to undergo the procedure.

3.8 Professional Fees

Doctors are usually uncomfortable discussing fees and charges with their patients before treatment - embarrassing because it implies that treatment is for a price, and seems to go against the principles of medical care. It may also have negative effects in that the patient who is unable to meet the charges might shop around for “cheaper” or improper care.

Doctors do appreciate that the patients who seek treatment, do so out of dire necessity - for saving a limb, pain-relief, cure from disease, and so on. It is not like purchasing a luxury consumer item, which can be delayed or postponed. Doctors who discuss professional charges with their patients are therefore under various constraints and should keep this in mind.

There are of course many factors that the doctor has to consider when determining his professional fees. He must not charge unreasonably. He must be fully conscious at all times about the finer aspects of medical economics and its effect on the public seeking medical treatment in these days of escalating healthcare cost.

It is good medical practice for the doctor to make available to the patient an estimate of his professional charges and the hospital charges prior to commencing treatment. The patient must also be warned that should there be a need for intensive care after surgery, the charges may escalate.

In the case of emergencies, medical ethics and humane considerations dictate that **doctors render emergency or life saving treatment to patients irrespective of their ability to pay**. Subsequent management of the patient will depend on the ability of the patient to meet the charges. To deny treatment to patients requiring emergency or in life threatening situations, because of inability to pay a deposit, is considered unprofessional and unethical.

In private hospital practice, when the expenses begin to exceed initial estimates for patients who unexpectedly require intensive or long-term care, this must be immediately brought to the attention of the patient or the next of kin. If there is inability to meet the rising bill, the doctor must make all **efforts to transfer the patient to a public or less expensive private hospital** and personally make the necessary arrangements to facilitate such a transfer. The colleague or hospital must accept this transfer in good faith and without making disparaging remarks later.

3.9 Universal Precautions

Patients, who have been discovered during preliminary investigations to have serious communicable diseases, like AIDS or hepatitis, **should nonetheless be treated by doctors, practicing accepted universal precautions**. To refuse to care for such patients or to refer them away is considered unethical.

3.10 Relatives and Friends

Unknown to the doctor coming in contact for the first time with a patient, there is a **whole retinue of relatives and friends in the background**. These people do not normally appear on day-one but descend soon after surgery or other major treatment, or when the patient turns critically ill. They then have a barrage of queries: why did it happen, what went wrong, what is next, will the patient survive, and so on.

It is important for the doctor to appreciate the influence and interest that these relatives and friends have on the patient, and to treat them with courtesy and respect, while taking pains to answer their queries, however irrelevant or exasperating they may be.

In the event of unforeseen eventualities in the course of patient management, it is this pleasant and cordial line of communication and dialogue that will most often see the doctor through the crisis.

4 THE DOCTOR AS A TEAM PLAYER

The medical profession survives on trust and the public's unquestioned faith in this credibility. It is morally unacceptable for a doctor, whatever his personal impressions may be about a colleague, to adversely comment on his professional competence to patients or members of the public.

The doctor must always treat his colleagues fairly. The doctor must not allow his views of a colleague's lifestyle, culture, beliefs, race, colour, gender, sexuality, or age to prejudice his relationship with him.

The doctor must treat his nursing and ancillary staff with respect and understanding, listen and act sympathetically to legitimate work or service grouses. The doctor must obtain their services as part of a team, and help to create a working environment that is pleasant and harmonious.

Healthcare is increasingly provided by multi-disciplinary teams. A doctor is expected to work constructively within teams and to respect the skills and contributions of colleagues and other healthcare staff.

For a doctor to project himself as being better or superior to his colleagues, in terms of skill, expertise, experience, or professional ability, is an undesirable attitude, and patients normally feel uneasy when facing such negative behaviour in a doctor.

It is improper for a doctor to demean a colleague and to imply to a suffering patient that he could have done better, or that the other has "messed up". There are patients who will come to a doctor hoping he will react in such a manner so that they could take legal action against the other doctor.

When faced with such situation, it is good practice to contact the first doctor in confidence and seek "the other side of the story." This will help you to appreciate the problem faced by him and the course of action to take.

It is good medical practice for a doctor to **maintain cordial working relationship with his colleagues**. This may take some effort, especially in an urban situation, with large number of doctors in practice in the same location, but it is a move that has immense benefits.

When a doctor refers a patient to another doctor for special investigation or treatment, it is **unethical to request for kickbacks, gifts or favours in return**.

A doctor must avoid looking at colleagues in his area of practice as competitors or rivals. It is more useful for doctors to project the image of a team, with common practice guidelines, so that patients will appreciate this and avoid clinic hopping.

On the other hand, a doctor may have good reason or grounds to believe that a **colleague is practicing unethically or immorally, or is mentally or physically incapable of handling or treating patients**. It is then his duty to bring the matter up to the attention of the Malaysian Medical Council, in the interests of the public.

Finally, the doctor must always remember that he has attained his medical education and training through teaching by, and apprenticeship with, his peers. It is therefore an honour and privilege for him to perpetuate the art and craft of medical practice by imparting his knowledge and sharing his experiences with his colleagues and students at all times.

5. THE DOCTOR AND THE EMPLOYER

There is an increasing presence and influence of **Managed Care Organisations (MCOs) or Healthcare Managements Organisations (HMOs)** in the country in recent years. Panel doctors serving corporate bodies have come increasingly under scrutiny and pressure to act as primary care doctors, taking cost controlling risks, or in other words, to act as gate-keepers, on a prepaid fee system. This requires that the doctor operate according to schedules and manuals drawn by MCOs or HMOs.

It is good medical practice for the doctor to remember his **primary professional responsibility to patients when operating under such stringent financial constraints and controlled patient care, which may be imposed by MCOs or HMOs**. It is important to preserve good doctor-patient relationship and confidentiality in whatever adverse practice environment, and to remember at all times that doctors exist because there are patients who need individual care, and the doctor's primary concern is for their health and welfare.

The doctor should not feel pressurised and yield to unfair administrative actions by employers, particularly when employees are to be terminated from service, or penalised, for treatable illness with no permanent or long-term disabilities. In such circumstances, the doctor, in the interests of the patient, should seek independent opinion from colleagues to support his findings and views if he finds himself compromised, and being used as a tool by employers to enforce their own unfair, unilateral decisions.

6. THE DOCTOR IN SOLO PRACTICE

The doctor in solo practice often has financial obligations, having to bear rentals of premises, leasing, staff salaries and other expenses. Such a doctor may be vulnerable to demands by patients, employers, or even touts.

The doctor should not compromise professional and ethical rules to accommodate unfair demands by such persons for financial reward or benefits. Once a doctor allows himself to be subjected to such influences, his reputation will be tarnished and his credibility will be lost.

The doctor must not tout nor canvass for patients, nor lobby with employers to be placed on their panel. The doctor must realise that he needs patience and time to build up his practice. Once a good and reliable reputation has been established and recognised, he will be sought out.

7. THE DOCTOR IN INSTITUTIONAL AND PUBLIC PRACTICE

The doctor practicing in an institutional facility has to constantly keep in mind the escalating cost of healthcare provision and delivery. High-tech innovations tend to be expensive, and doctors must evaluate the need for such procedures before ordering them for their patients.

It is good medical practice for the doctor to remember, that **health resources generally are costly, precious and finite**. As such, it is his unwritten duty as a guardian of such health resources, to preserve and ensure sustained high quality. He must also keep in mind that he is in a position to safeguard the global environment by helping to dispose clinical wastes and toxic by-products of the drugs and chemicals used in medical practice in a manner that is least harmful.

The fundamentals of patient care by doctors are universal and apply with equal force whether the doctor is in public or in private practice.

In hospitals with wards with classes, the doctor must remember that the "class" refers to the comfort facilities in the rooms and not to the standard or level of medical care. Treatment should not be varied according to the patient's ability to pay.

This attitude must also be impressed upon the nursing and allied professional staff.

Patients newly admitted to the ward should be seen as soon as possible, examined and treatment commenced without undue delay. Patients need to be attended to regularly, and rounds conducted at least once a day, and more frequently in ill patient. The doctor may not realise it, but to the patient, the most refreshing and important event for the day is the visit by the doctor, his gentle touch and a few caring words.

8. THE DOCTOR IN DILEMMA

A patient who complains about his treatment has a right to expect a prompt and appropriate response. The doctor has a professional responsibility to deal with complaints constructively and honestly.

The patient's complaint must not prejudice his further treatment.

If a patient has suffered serious harm for whatever reason, the doctor should act immediately to put matters right. The patient must receive a proper explanation and the short and long term effects. **When appropriate the doctor should offer an apology.**

If a patient has died, the doctor should explain, to the best of his knowledge, the reasons for, and the circumstances of, the death to the next-of-kin.

The doctor, subject to his legal right not to provide evidence which may lead to criminal proceedings being taken against him, must co-operate fully with any formal enquiry into the treatment of the patient. Relevant information should not be withheld.

In the doctor's own interest and those of his patients, he must obtain **adequate insurance or professional indemnity cover** for any part of his work not covered by his employer's indemnity scheme. In the event of any impending criminal or ethical proceedings against him, the doctor should, as soon as possible, in writing, inform the firm providing such insurance or indemnity cover, to obtain appropriate and early legal advice.

9. GENERAL

A. The International Code of Medical Ethics (Excerpts)

"At a time of being admitted as a member of the Medical Profession:

I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity:

I will practice my profession with conscience and dignity;

The health of my patient will be my first consideration;

I will maintain by all means in my power, the honour and noble traditions of the medical profession;

I will not permit considerations of religions, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and patients.

I will maintain the utmost respect for human life from its beginning even under threat, and I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity."

B. The Declaration of Geneva (Excerpts)

I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity.

I will practice my profession with conscience and dignity.

The health of my patient will be my first consideration.

I will respect the secrets which are confided in me.



MAJLIS PERUBATAN MALAYSIA *MALAYSIAN MEDICAL COUNCIL*

Jalan Cenderasari 50590 Kuala Lumpur

Tel : 03-26912171 Ext : 115/116/117

FAKS/FAX : 03-26938569

Homepage : <http://www.mmc.gov.my/v1/>