

Priročnik zdravniške etike

[illegible]



Študent medicine drži novorojenčka
© Roger Ball/CORBIS

Svetovno zdravniško združenje

Priročnik zdravniške etike

Svetovno zdravniško združenje
PRIROČNIK ZDRAVNIŠKE ETIKE

Naslov izvirnika: The World Medical Association, Medical Ethics Manual, 3rd edition, 2015

Avtor besedila je John R. Williams, direktor oddelka za etiko pri Svetovnem zdravniškem združenju (2003-2006). Vsebina ne odraža nujno stališč Svetovnega zdravniškega združenja, razen tam, kjer je to izrecno navedeno.

© 2005, 2009, 2015 The World Medical Association, Inc. Vse pravice zadržane.

© 2016 za slovensko izdajo: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.

Brez pisnega dovoljenja Svetovnega zdravniškega združenja – the World Medical Association, Inc ter Medicinske fakultete Univerze v Mariboru je po veljavnem Zakonu o avtorski in sorodnih pravicah prepovedano reproduciranje, distribuiranje, dajanje v najem, javna pridobitev, predelava ali druga uporaba tega avtorskega dela ali njegovih delov v kakršnemkoli obsegu ali postopku, vključno s fotokopiranjem, tiskanjem ali shranitvijo v elektronski obliki. Ta izdaja je prevod iz angleščine. Svetovno zdravniško združenje ne odgovarja za morebitne napake pri prevodu.

Izdajo gradiva, razvrščenega kot Strokovna monografija, je odobril Senat MF UM na 28. redni seji, dne 14. 9. 2015

Prevod: Brina Becner, Pia Katarina Bek, Katarina Borovnik, Daša Bosilj, Suzana Bračič, Kaja Cankar, Aljaž Cuš, Tanja Hartman, Tjaša Hertiš, Jan Hojs, Andreja Kauran, Luana Laura Luk, Sabina Marenk, Jernej Murko, Jožef Ostroško, Tadej Petek, Rene Petrovič, Aljaž Stepišnik, Domen Tajki, Urban Vesenjaj, Vid Žunko

Uredništvo in strokovni pregled prevoda: Matjaž Zwitter

Jezikovni pregled: Primož Vitez

Naslovnica, oblikovanje originalne izdaje in zasnova: Tuuli Sauren, Inspirit International Communications, Belgija. Slikovni material: Van Parys Media/CORBIS

Priprava za tisk: Kaja Cankar

Izdajala in založila: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru

Naklada: 2000 izvodov

Tisk: Tiskarna Koštomaj d.o.o., Celje

Knjiga ni v prodaji

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.253(035)

174:61(035)

WILLIAMS, John Reynold, 1942-

Priročnik zdravniške etike / [avtor John R. Williams ; prevod Brina Becner ... et al.]. - Maribor : Medicinska fakulteta, 2016

Prevod dela: Medical ethics manual, 3rd ed.

ISBN 978-961-6739-66-5

1. Gl. stv. nasl.

281048832

KAZALO

Zahvala	4
Predgovor k slovenski izdaji	5
Predgovor	6
Uvod	8
· Kaj je zdravniška etika? · Čemu poučevati zdravniško etiko? · Zdravniška etika, odnos do zdravniškega poklica, človekove pravice in zakonodaja · Sklepi	
Prvo poglavje – Glavne značilnosti zdravniške etike ..	16
· Cilji · Kaj je tako posebnega v medicini? · Kaj je posebnega glede zdravniške etike? · Kdo odloča, kaj je etično? · Se zdravniška etika spreminja? · Ali se zdravniška etika razlikuje v posameznih državah? · Vloga svetovnega zdravniškega združenja · Kako se szz odloči, kaj je etično? · Kako se posameznik odloči, kaj je etično? · Zaključek	
Drugo poglavje – Zdravniki in pacienti	34
· Cilji · Študija primera · Kaj je posebnega v odnosu med zdravnikom in pacientom? · Spoštovanje in enakopravna obravnava · Sporazumevanje in soglasje	

- Odločanje v primeru pacienta, nezmožnega odločanja
- Zaupnost
- Vprašanja ob pričetku življenja
- Vprašanja ob pričetku življenja
- Nazaj k primeru

Tretje poglavje – Zdravniki in družba 62

- Cilji
- Študija primera
- Kaj je posebnega v odnosu zdravnik – družba?
- Dvojna odgovornost
- Dodelitev sredstev
- Javno zdravje
- Svetovno zdravje
- Zdravniki in okolje
- Nazaj k primeru

Četrto poglavje – Zdravniki in sodelavci 80

- Cilji
- Študija primera
- Izzivi zdravnikovi avtoriteti
- Odnosi z zdravniškimi kolegi, učitelji in študenti
- Prijavljanje nevarnih ali neetičnih početij zdravnika
- Odnos z drugimi zdravstvenimi delavci
- Sodelovanje
- Reševanje sporov
- Nazaj k primeru

Peto poglavje – Etika in raziskovanje v medicini 94

- Cilji
- Študija primera
- Pomen raziskovanja v medicini
- Medicinsko raziskovanje v praksi

- Etične zahteve
 - Soglasje etične komisijel
 - Znanstvena vrednost
 - Družbena korist
 - Tveganje in korist
 - Privolitev
 - Zaupnost
 - Navzkrižje vlog
 - Pošteno poročanje o rezultatih
 - Žvižgači
 - Nerešena vprašanja
- Nazaj k primeru

Šesto poglavje – Zaključek 110

- Dolžnosti in pravice zdravnikovs
- Obveznosti do sebe
- Prihodnost zdravniške etike

Dodatek A – Izbrani internetni viri zdravniške etike 118

Dodatek B – Svetovno zdravniško združenje:

Deklaracija o vključitvi medicinske etike in človekovih pravic v učne programe medicinskih fakultet po celem svetu, in

Svetovni standardi za izboljšanje kakovosti – osnovno zdravniško izobraževanje 119

Dodatek C – Izboljšanje učenja etike na medicinskih fakultetah 121

Dodatek D – Dodatni primeri 124

ZAHVALE

Enota za etiko Svetovnega zdravniškega združenja se zahvaljuje vsem, ki so prispevali pripombe k osnutkom tega priročnika:

Prof. Solly Benatar, University of Cape Town, Republika Južna Afrika

Prof. Kenneth Boyd, University of Edinburgh, Škotska

Dr. Annette J. Braunack-Mayer, University of Adelaide, Avstralija

Dr. Robert Carlson, University of Edinburgh, Škotska

Mr. Sev Fluss, WMA in CIOMS, Ženeva, Švica

Prof. Eugenijus Gefenas, University of Vilnius, Litva

Dr. Delon Human, WMA, Ferney-Voltaire, Francija

Dr. Girish Bobby Kapur, George Washington University, Washington DC, ZDA

Prof. Nuala Kenny, Dalhousie University, Halifax, Kanada

Prof. Cheryl Cox Macpherson, St. George's University, Grenada

Ms. Mareike Moellner, Medizinische Hochschule Hannover, Nemčija

Prof. Ferenc Oberfrank, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Madžarska

Mr. Atif Rahman, Kyber Medical College, Peshavar, Pakistan

Mr. Mohamed Swailem, Banha Faculty of Medicine, Banha, Egipt in njegovim desetim študentom, ki so opozorili na pojme, težko razumljive tistim, ki jim angleščina ni materni jezik

PREDGOVOR K SLOVENSKI IZDAJI

Razumevanje etičnih razsežnosti zdravnikovega dela sodi med temelje zdravniškega poklica. O pomenu etičnih vsebin pri pouku medicine, pri praktičnem zdravniškem delu in pri razreševanju dilem ali nesoglasij ne kaže izgubljati besed. Svetovno zdravniško združenje je zato v sodelovanju s širokim krogom strokovnjakov izdalo Priročnik zdravniške etike. Letos je izšla tretja izdaja in priročnik zdaj predstavljamo tudi v slovenskem prevodu.

Etična priporočila so močno odvisna od kulture, socialnih razmer, družbenega ustroja in od organizacije zdravstvene oskrbe. Ko so v okviru Svetovnega zdravniškega združenja iskali soglasje, so pri mnogih vprašanjih namesto enoznačnega odgovora ponudili le nasvet za etični razmislek. Ob vseh razlikah pa je vendarle presenetljivo, koliko splošno veljavnih stičišč ima zdravniška etika, kjerkoli že zdravnik opravlja svoj poklic.

Zahvala gre študentom Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, ki so priročnik prevedli, uredniku, jezikovnemu svetovalcu, oblikovalki in vsem, ki so pomagali pri pripravi slovenske izdaje.

Trdno smo prepričani, da bodo nasveti in stališča iz tega priročnika tudi na Slovenskem padli na plodna tla.

*akad. prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med., dekan Medicinske fakultete
Univerze v Mariboru*

*prim. Andrej Možina, dr. med., predsednik Zdravniške zbornice
Slovenije*

*prof. dr. Pavel Poredoš, dr.med., predsednik Slovenskega
zdravniškega društva*

dr. Božidar Voljč, dr. med., predsednik Komisije za medicinsko etiko

*prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., predstojnik Katedre za medicinsko
etiko in pravo Medicinske fakultete Univerze v Mariboru in urednik
slovenske izdaje Priročnika zdravniške etike*

PREDGOVOR

dr. Delon Human

Generalni sekretar

Svetovno zdravniško združenje

Težko je verjeti, da so začetniki zdravniške etike, denimo Hipokrat, svoje delo objavili že pred več kot 2000 leti, zdravniški poklic pa doslej še ni dobil osnovnega, univerzalno rabljenega predmetnika za poučevanje zdravniške etike. Namen tega prvega Priročnika zdravniške etike SZZ je zapolniti to praznino. V veselje mi je, da vam lahko to zdaj predstavim.

Začetki Priročnika segajo nazaj do 51. zborovanja Svetovnega zdravniškega združenja leta 1999. Zbrani zdravniki¹, ki so predstavljali zdravniška združenja iz celotnega sveta, so se odločili “odločno priporočati medicinskim šolam po svetu pouk zdravniške etike in človekovih pravic kot del obveznega učnega načrta.” Skladno s to odločitvijo se je začel postopek razvoja osnovnega učnega pripomočka na temo zdravniške etike za vse študente medicine in zdravnike. Priročnik izhaja iz stališč SZZ, ni pa uradni zapis teh stališč. Ta priročnik je tako plod celovitega svetovnega razvojnega in posvetovalnega procesa, vodenega in koordiniranega s strani Etične enote SZZ.

Razvoj sodobnega zdravstva vodi v izjemno kompleksne in večplastne etične dileme, s katerimi se zdravniki pogosto ne znajo ustrezno soočiti. Ta publikacija naj okrepi in utrdi etično miselnost in prakso zdravnikov ter ponudi orodja za rešitev etičnih dilem. Pred vami ni seznam vseh “pravih in nepravih” rešitev, temveč poskus spodbujanja zavesti zdravnika, ki naj bo osnova za razumno in etično odločanje. V ta namen boste v knjigi našli vrsto študij primerov, ki so namenjene krepitvi osebnega etičnega premisleka kot tudi pogovora v skupinah.

Kot zdravniki vemo, kako izjemen je odnos med bolnikom in zdravnikom, ko se v okviru etičnih načel in medsebojnega zaupanja prepletata skrb za bolnika in prenos znanstvenih spoznanj. Ta priročnik je strukturiran za obravnavo vprašanj v različnih odnosih, v katere se zdravnik vključuje, a bistvo bo vedno odnos med bolnikom in zdravnikom. V zadnjih časih je ta odnos pod velikim pritiskom zaradi časovnih in drugih omejitev. Ta priročnik naj pokaže, kako naj z etičnim ravnanjem to navezo še okrepimo.

Za konec še beseda o osrednjem položaju bolnika v vsaki diskusiji o zdravniški etiki. Večina zdravniških združenj priznava v svojih ustanovitvenih stališčih, da naj bi bil pri vsaki odločitvi o etiki zdravstvene oskrbe najboljši interes bolnika na prvem mestu. Ta Priročnik zdravniške etike SZZ bo dobro služil svojemu namenu le, če bo pomagal pripraviti študente medicine in zdravnike k boljši plovbi skozi mnoge etične izzive, s katerimi se srečujemo v vsakodnevni praksi in najti učinkovite načine, kako **POSTAVITI BOLNIKA NA PRVO MESTO**.

¹ Da besedilo gladkeje teče, v celotnem priročniku uporabljamo besedi zdravnik in bolnik v generičnem moškem spolu, seveda pa se nanašata tudi na zdravnico in bolnico.

UVOD

KAJ JE ZDRAVNIŠKA ETIKA?

Premislite o sledečih primerih, ki se bi lahko zgodili v skorajda vsaki državi:

1. Dr. P, izkušen in sposoben kirurg, je tik pred koncem nočnega dežurstva v srednje veliki bolnišnici. V bolnico pride mlada ženska v spremstvu matere, ki medicinski sestri pove, da mora poskrbeti za ostale otroke, in takoj odide. Mlada pacientka vaginalno krvavi in je v hudih bolečinah. Dr. P jo pregleda in presodi, da je imela bodisi spontani ali pa samosproženi splav. Hitro opravi dilatacijo in kiretažo maternice, sestri pa naroči, naj vpraša pacientko, če si lahko privošči ostati v bolnišnici, dokler je ne bo varno odpustiti domov. Takoj ko v dnevno izmeno pride dr. Q, gre dr. P domov, ne da bi se pogovoril s pacientko.
2. Dr. S postaja vse bolj nejevoljna zaradi bolnikov, ki pridejo k njej bodisi pred ali po posvetu z drugim zdravnikom glede istega stanja. Po njenem mnenju je to nepotrebno trošenje zdravstvenih virov, ki ne koristi zdravju pacientov. Bolnikom namerava povedati, da jih ne bo več zdravila, v kolikor bodo zaradi istega obolenja še naprej obiskovali druge zdravnike. Preko državnega zdravniškega združenja bo sprožila pobudo, ki naj bi preprečila te oblike potrate zdravstvenih virov.
3. Dr. C, novoimenovani anesteziist v mestni bolnišnici, je vznemirjen nad obnašanjem starejšega kirurga v operacijski dvorani. Kirurg operira na zastarel način, kar podaljšuje operacije in povzroča več pooperativnih bolečin in daljši čas okrevanja. Poleg tega pogosto pripoveduje surove šale o pacientih, kar očitno moti sestre in inštrumentarke. Kot mlajši član osebja bi dr. C nerad osebno kritiziral kirurga ali ga prijavil nadrejenim. Vendarle pa čuti, da mora nekaj storiti za izboljšanje situacije.

4. Dr. R, splošno zdravnico v majhnem podeželskem mestu, pogodbeno raziskovalna organizacija povabi k sodelovanju v klinični raziskavi novega nesteroidnega antirevmatičnega zdravila (NSAID) proti osteoartritisu. Ponujen ji je denar za vsakega pacienta, ki ga vključi v raziskavo. Predstavnik pogodbene raziskovalne organizacije ji zagotovi, da je raziskava prejela vsa potrebna soglasja, vključno s soglasjem etične komisije. Dr. R dotlej še nikoli ni sodelovala v raziskavi in je vesela te priložnosti, zlasti ob ponujenem plačilu. Ponudbo sprejme brez nadaljnje poizvedbe o znanstvenih ali etičnih vidikih raziskave.

Vsaka od teh študij primerov vabi k etičnemu premisleku. Sprožajo vprašanja o zdravnikovem **ravnanju** in **sprejemanju odločitev** - ne znanstvena ali tehnična vprašanja, kot na primer kako zdraviti sladkorno bolezen ali kako izvesti dvojni obvod, temveč vprašanja vrednot, pravic in odgovornosti. Zdravniki se srečujejo s takimi vprašanji prav tako pogosto kot z vprašanji znanstvene ali tehnične vrste.

V zdravniški praksi, ne glede na specialnost ali okolje, je na nekatera vprašanja mnogo lažje odgovoriti kot na katera druga. Naravnati enostaven zlom in zašiti enostavno raztrganino predstavlja majhen izziv zdravnikom, ki so vajeni izvajati te posege. Na drugem koncu spektra pa lahko obstaja velika negotovost ali nesoglasje o zdravljenju nekaterih bolezni, tudi pogostih, kot sta tuberkuloza ali hipertenzija. Podobno tudi vsa etična vprašanja v medicini niso enako težavna. Nekaterim najdemo odgovor z lahkoto, predvsem zato, ker obstaja dobro razvito *soglasje* o pravilnem načinu ravnanja v tej situaciji (na primer, zdravnik naj pred vključitvijo pacienta v raziskavo vedno prosi za pacientovo privolitev po pojasnilu). Druga vprašanja so precej težja, predvsem tista, kjer še ni prišlo do soglasja ali kjer ima vsaka od možnih odločitev tudi slabe strani (na primer odločanje o razporeditvi nezadostnih zdravstvenih virov).

Kaj je torej etika in kako pomaga zdravnikom pri takšnih vprašanjih? Preprosto povedano, etika je proučevanje morale - skrbna in sistematična refleksija in analiza moralnih odločitev in ravnanja, bodisi preteklega, sedanjega ali prihodnjega. Moralnost je vrednostna dimenzija človeškega odločanja in ravnanja. Jezik morale vsebuje samostalnike kot so *pravice*, *odgovornosti* in *vrline* ter pridevnike kot *dobro* in *slabo* (ali *zlo*) in *napačno*, *pravično* in *nepravično*. V skladu s temi definicijami je etika predvsem stvar **védjenja**, medtem ko je morala vprašanje **početja**. Njuna tesna povezanost se kaže v skrbi etike glede zagotavljanja racionalnih kriterijev za takšno ali drugačno odločanje ali ravnanje ljudi v različnih situacijah.

“...etika je proučevanje morale - skrbna in sistematična refleksija in analiza moralnih odločitev in ravnanja”

Ker se etika nanaša na vse vidike človeškega ravnanja in odločanja, je to zelo široko in kompleksno področje proučevanja z mnogimi vejami ali poddelitvami. **Bioetika in biomedicinska etika** sta dve enakovredni oznaki za proučevanje moralnih dilem v medicini in v *medizinische Ethik* bioloških znanostih. Za razliko od zdravniške etike bioetika ne zahteva sprejetja določenih tradicionalnih vrednot. Delimo jo na štiri glavne dele: **klinična etika**, ki se ukvarja z dilemami pri obravnavi bolnikov (glej 2. poglavje); **raziskovalna etika**, ki obravnava zaščito oseb v medicinskih raziskavah (glej 5. poglavje); **profesionalna etika** opisuje specifične naloge in odgovornosti zdravnika in ostalih zdravstvenih delavcev (**zdravniška etika** je ena izmed oblik profesionalne etike); in **etika zdravstvene politike**, ki obravnava pripravo in interpretacijo zakonov in predpisov glede bioetičnih dilem.

Poudarek tega priročnika je na **zdravniški etiki**, veji etike, ki se ukvarja z moralnimi vprašanji v zdravniški praksi. Kot akademska

disciplina je zdravniška etika razvila svoj specializiran besednjak, ki vključuje mnoge izraze, izposojenime iz filozofije. Ta priročnik s strani bralcev ne predpostavlja kakršnegakoli poznavanja filozofije, zato so opredelitve ključnih izrazov podane že v besedilu.

ZAKAJ POUČEVATI ZDRAVNIŠKO ETIKO?

“Dokler je zdravnik izobražen in spreten v svojem poklicu, etika ni pomembna.”

“Etike se učimo v družinah, ne v medicinskih šolah.”

“Zdravniške etike se naučimo skozi opazovanje ravnanja zdravnikov, ne iz knjig ali iz predavanj.”

“Etika je pomembna, vendar je naš predmetnik že preveč natrpan in tako ni prostora za poučevanje etike.”

To so nekateri izmed pogostejših razlogov za opustitev dodelitve pomembne vloge etike v predmetniku medicinskih šol. Vsak izmed njih je delno, a res le delno ustrezen. Vse več medicinskih šol na svetu spoznava, da morajo svojim študentom zagotoviti čas in sredstva za učenje etike. V to smer sta šole močno spodbudili tudi Svetovno zdravniško združenje in Svetovna zveza za medicinsko poučevanje (glej Dodatek C).

“Proučevanje etike pripravi študente medicine na prepoznavanje zahtevnih situacij in njihovo obravnavo na razumen in načelen način.”

Pomen etike v medicinskem poučevanju bo postal bolj očiten skozi celoten priročnik. Če povzamemo: etika je in vedno bo bistvena sestavina zdravniške prakse. Etični principi, kot so spoštovanje ljudi, privolitev pacienta in zaupnost, so osnova odnosa med zdravnikom in bolnikom. Uporaba teh načel pa je

lahko težavna, saj se zdravniki, pacienti, njihove družine in drugi zdravstveni delavci ne strinjajo vedno o pravilnem ravnanju v določeni situaciji. Proučevanje etike pripravi študente medicine na prepoznavanje zahtevnih situacij in njihovo obravnavo na razumen in načelen način. Etika je pomembna tudi pri stiku zdravnika z družbo in s svojimi kolegi ter pri izvajanju medicinskih raziskav.

ZDRAVNIŠKA ETIKA, ODNOS DO ZDRAVNIŠKEGA POKLICA, ČLOVEKOVE PRAVICE IN ZAKONODAJA

Kot bomo videli v prvem poglavju, je bila etika sestavni del medicine že vsaj od časa Hipokrata v petem stoletju pred našim štetjem. Hipokrat, utemeljitelj zdravniške etike, je predstavil videnje medicine kot **poklica**, v katerem zdravniki javno prisežejo, da bodo interesi bolnikov pred njihovimi lastnimi interesi (glej tretje poglavje za podrobno razlago). Ta tesen odnos med etiko in med poklicem lahko zasledujemo v celotnem priročniku.

V novejšem času je na zdravniško etiko močno vplivalo razumevanje človekovih pravic. V *pluralističnem* in multikulturnem svetu z več različnimi moralnimi izhodišči lahko osnovno mednarodno soglasje o človekovih pravicah ponudi temelj za zdravniško etiko, ki bo sprejemljiva tudi onstran državnih in kulturnih meja. Zdravniki morajo pogosto reševati medicinske probleme, ki so posledica kršenja človekovih pravic, kot na primer prisilne preselitve in mučenja. Na zdravnika močno vpliva razprava o zdravstveni oskrbi kot človekovi pravici, kajti odgovor na to vprašanje v vsaki državi v veliki meri določa, kdo bo imel dostop do zdravniške pomoči. Ta priročnik bo skrbno osvetlil človekove pravice in njihov vpliv na zdravniško delo. Zdravniška etika je prav tako tesno povezana s pravom. Zakoni navajajo zahteve do zdravnikov glede etičnih vprašanj pri oskrbi bolnikov in pri raziskovanju. Država, ki v izdaja pooblastila za zdravniško delo, lahko v primeru etičnega prestopka zdravnika

tudi kaznuje. Etika in zakonodaja pa se vendarle povsem ne prekrivata. Pogosto etika postavlja višje zahteve kot zakon, včasih pa etika zahteva, da zdravnik prekrši zakon, ki bi od njega zahteval neetično ravnanje. Zakoni se med posameznimi državami lahko močno razlikujejo, etična načela pa veljajo preko državnih meja. To je tudi vzrok, da smo se v tem priročniku bolj kot na zakonodajo osredotočili na etiko.

“... pogosto etika postavlja višje zahteve kot zakon, včasih pa etika zahteva, da zdravnik prekrši zakon, ki bi od njega zahteval neetično ravnanje.”

SKLEPI

Medicina je tako znanost kot tudi umetnost. Znanost obravnava to, kar lahko opazujemo in izmerimo. Strokovno usposobljen zdravnik bo prepoznal znake bolezni in ve, kako naj povrne zdravje. Znanstvena medicina pa ima svoje meje, še posebej pri spoštovanju individualnosti, kulture, vere, svobode, pravic in odgovornosti. Umetnost medicine prinaša medicinsko znanost in tehnologijo posamičnim bolnikom, družinam in skupnostim, kjer niti dve nista enaki. Te razlike med posamezniki, družinami in skupnostmi v veliki večini niso razlike v fiziologiji. Pri prepoznavanju in upoštevanju razlik ne moremo mimo umetnosti, kulture in družbenih znanosti, skupaj z etiko. Še več: ti nemedicinski pogledi bogatijo etiko in gledališka predstavitev klinične dileme lahko bolje spodbudi etični razmislek kot običajna analiza primera.

Ta priročnik ponuja le osnovni uvod v zdravniško etiko in predstavlja nekatera osrednja etična vprašanja. Naš namen je bil, da prikažemo potrebo po nenehnem razmišljanju o etičnih dimezijah medicine in še posebej o etičnih dilemah pri praktičnem zdravniškem delu. Popis virov v dodatku B ponuja možnost, da bralec poglobi svoje razumevanje teh vprašanj.

medisinsk etikk
 Medizinsethik
 medizinische Ethik
 ética médica
 medical ethics
 lääketieteellinen etiikka
 الأخلاقيات الطبية
 medizinische I
 醫學倫理

PRVO POGlavJE – GLAVNE ZNAČILNOSTI ZDRAVNIŠKE ETIKE



Dan v življenju francoskega zdravnika splošne medicine
© Gilles Fonlupt/Corbis



CILJI

Po tem poglavju naj bi znali:

- pojasniti, zakaj je etika pomembna za medicino
- opredeliti glavne vire zdravniške etike
- spoznati različne pristope k etičnemu odločanju, vključno s svojim lastnim pristopom.

KAJ JE TAKO POSEBNEGA V MEDICINI?

Skozi skoraj vso zapisano zgodovino in tako rekoč vsepovsod na svetu je zdravniška dejavnost nekaj posebnega. Ljudje prihajajo k zdravniku po pomoč zaradi najbolj perečih potreb - za olajšanje bolečine in trpljenja in povrnitev zdravja in dobrega počutja. Pacienti dovolijo zdravnikom, da jih pregledajo, se jih dotaknejo in manipulirajo z vsakim delom njihovega telesa, tudi z najbolj intimnimi. To storijo zato, ker svojim zdravnikom zaupajo, da to počnejo v najboljšo korist svojih pacientov.

“Mnogi zdravniki menijo, da jih ljudje danes ne spoštujeja več toliko kot nekoč”

الأخلاق الطبية

da jih ljudje danes ne spoštujejo več toliko kot nekoč. V nekaterih državah je nadzor zdravstvenega varstva prešel od zdravnikov k poklicnim menedžerjem in uradnikom, ki morda vidijo zdravnike kot ovire in ne kot partnerje v zdravstvenih reformah. Pacienti, ki so nekoč brez ugovora sprejemali zdravnikova navodila, dandanes včasih želijo, da njihov zdravnik zagovarja svoja priporočila, če so ta drugačna od nasvetov pri drugih zdravstvenih delavcih ali na internetu. Nekatere postopke, ki so jih prej opravljali samo zdravniki, zdaj izvajajo medicinski tehniki, medicinske sestre in bolničarji.

Kljub tem spremembam, ki so vplivale na status zdravnikov, je medicina še vedno poklic, ki ga bolniki potrebujejo in visoko cenijo. Prav tako še vedno privabi veliko število najbolj nadarjenih, delavnih in predanih študentov.

“Za izpolnitev pričakovanih bolnikov in študentov je pomembno, da zdravniki poznajo in izkazujejo temeljne vrednote vrednote medicine.”

Za izpolnitev pričakovanj bolnikov in študentov je pomembno, da zdravniki poznajo in ponazarjajo temeljne vrednote medicine, predvsem empatijo, strokovno usposobljenost in avtonomijo. Te vrednote, skupaj s spoštovanjem osnovnih človekovih pravic, služijo kot temelj zdravniške etike.

KAJ JE POSEBNEGA GLEDE ZDRAVNIŠKE ETIKE?

Kljub temu, da empatija, strokovna usposobljenost in avtonomija niso v izključni domeni medicine, od zdravnikov pričakujemo še posebej visoko stopnjo upoštevanja teh vrednot.

Empatija – razumevanje in skrb za stisko druge osebe – je bistvenega pomena za opravljanje zdravniške prakse. Za odpravo pacientovih težav mora zdravnik ugotoviti prikrite vzroke simptomov, ki jih doživlja bolnik in si mora želeti pomagati pacientu, da doseže olajšanje. Bolniki se bolje odzivajo na zdravljenje, če občutijo, da zdravnik njihove skrbi razume in jih obravnava celostno - in ne samo njihovo bolezen.

Od zdravnikov pričakujemo in zahtevamo zelo visoko stopnjo strokovne usposobljenosti. Nesposobnost lahko povzroči smrt ali resno obolenje bolnika. Da zagotovijo usposobljenost, morajo zdravniki skozi dolgo obdobje učenja. Glede na hiter napredek medicinskega znanja postaja ohranjanje strokovne usposobljenosti nenehen izziv. Še več, ne gre samo za njihovo znanstveno znanje in tehnične veščine, ki jih morajo ohranjati, temveč tudi za njihovo etično znanje, spretnosti in pristope, saj se s spremembami v medicinski praksi, družbenem in političnem okolju porajajo nova etična vprašanja.

Avtonomija ali samostojno odločanje je temeljna vrednota medicine, ki se je sčasoma najbolj spremenila. V preteklosti so posamezni zdravniki uživali visoko stopnjo klinične avtonomije pri odločanju

o zdravljenju bolnikov. Zdravniki so lahko kolektivno in svobodno določali standarde medicinskega izobraževanja in prakse. Kot bomo videli v tem priročniku, vlade in drugi državni organi v mnogih državah vplivajo na oba načina uveljavljanja zdravniške avtonomije in uvajajo nadzor nad zdravniki. Kljub tem pritiskom zdravniki še

SVETOVNO ZDRAVNIŠKO ZDRUŽENJE ŽENEVSKA ZAPRISEGA

V trenutku, ko stopam v zdravniški poklic, svečano obljubljam

- da bom svoje življenje postavil v službo humanosti;
- da bom do svojih učiteljev ohranil vso dolžno hvaležnost in spoštovanje;
- da bom svoj poklic opravljal vestno in dostojanstveno;
- najpomembnejša mi bo skrb za zdravje mojega pacienta;
- spoštoval bom skrivnosti, ki mi jih je zaupal, tudi po njegovi smrti;
- z vsemi svojimi močmi bom ohranjal čast in plemenite tradicije zdravniškega poklica;
- moji kolegi mi bodo sestre in bratje;
- pri izvajanju svoje dolžnosti do bolnika name ne bodo vplivale nobene od naštetih okoliščin: starost, bolezen, nemoč, vera, etnično poreklo, narodnost, spol, politična pripadnost, rasa, spolna usmerjenost, razredna pripadnost ali katerakoli druga osebna okoliščina;
- v največji meri bom spoštoval človeško življenje;
- niti pod grožnjo ne bom uporabil svojega medicinskega znanja pri kršenju človekovih pravic in svoboščin.

To obljubljam svečano, svobodno, sklicujoč se na svojo čast.

vedno visoko vrednotijo svojo klinično in strokovno avtonomijo in jo poskušajo v največji možni meri ohraniti. Hkrati zdravniki povsod po svetu sprejemajo pomen avtonomije bolnikov, kar pomeni, da imajo bolniki odločilno besedo pri svoji obravnavi. V tem priročniku bomo predstavili primere potencialnih konfliktov med zdravniško avtonomijo in spoštovanjem avtonomije pacienta.

Poleg spoštovanja teh treh temeljnih vrednot se medicinska etika razlikuje od vsesplošno veljavne etike po tem, da zdravnik nanjo javno zapriseže, na primer po **Ženevski prisegi** Svetovnega zdravniškega združenja in/ali po kodeksu. Zaprisege in kodeksi se razlikujejo od ene države do druge in celo znotraj posameznih držav, vendar pa imajo veliko skupnih značilnosti, vključno z obljubami, da bodo zdravniki upoštevali interese svojih pacientov pred svojimi lastnimi, da ne bodo izvajali diskriminacije pacientov na podlagi rase, vere ali glede drugih osnovnih človekovih pravic, da bodo varovali zaupnost pacientovih informacij in da bodo zagotovili nujno oskrbo za vsakogar, ki jo potrebuje.

KDO ODLOČA, KAJ JE ETIČNO

Etika je *pluralistična*. Posamezniki se lahko ne strinjajo o tem, kaj je prav in kaj narobe in tudi ko se, je to lahko zaradi različnih razlogov. V nekaterih družbah je to nesoglasje normalno in dopušča veliko mero svobode pri ravnanju posameznika, v kolikor ta ne krši pravic ostalih. V bolj tradicionalnih družbah pa so etična navodila ožja in obstaja večji družbeni pritisk, ki je včasih podprt z zakoni, da posameznik ravna na točno določen način. V teh družbah imata kultura in religija pogosto prevladujočo vlogo pri določanju etičnega ravnanja.

Odgovor na vprašanje, kdo se odloči, kaj je na splošno etično za ljudi, se torej razlikuje od ene družbe do druge in celo znotraj iste družbe. V liberalnih družbah imajo posamezniki veliko svobode, da

se sami odločajo, kaj je etično, čeprav bodo nanje vseeno verjetno vplivale njihove družine, prijatelji, vera, mediji in drugi zunanji dejavniki. V bolj tradicionalnih družbah imajo družina, starešine, verske avtoritete in politični voditelji pri določanju, kaj je etično, običajno večjo vlogo kot posamezniki.

Kljub tem razlikam se zdi, da se večina ljudi strinja glede osnovnih etičnih načel in temeljnih človekovih pravic, kakor so jih Združeni narodi razglasili v **Splošni deklaraciji človekovih pravic** in so bile zapisane v drugih široko sprejetih in potrjenih dokumentih. Človekove pravice, ki so še posebej pomembne za medicinsko etiko, vključujejo pravico do življenja, prepoved diskriminacije, mučenja in krutega, nečloveškega ali ponižujočega ravnanja, svobodo mnenja in izražanja, enakopravnost dostopa do javnih storitev v svoji državi in do zdravniške oskrbe.

Do še pred kratkim je bil za zdravnike odgovor na vprašanje *kdo odloči, kaj je etično?* nekoliko drugačen kot na splošno za ostale ljudi. Skozi stoletja je medicinska stroka razvila lastne standarde za ravnanje svojih članov. Ti standardi so zapisani v etičnih kodeksih in poklicnih smernicah. Na globalni ravni je SZZ predstavilo široko paleto etičnih stališč, ki določajo ravnanje zdravnikov ne glede na to, kje živijo in delajo. V večini držav so bila zdravniška združenja odgovorna za razvoj in uveljavljanje etičnih standardov. Od pristopa države do medicinskega prava je odvisno, ali imajo ti standardi tudi pravno zaslombo.

Privilegij zdravniškega poklica glede določanja lastnih etičnih standardov ni bil nikoli absoluten. Primeri:

- Zdravniki morajo že od nekdaj slediti splošnim zakonom države in so kaznovani zaradi delovanja proti tem zakonom.
- Nekatere zdravniške organizacije so pod močnim vplivom verskih nauk in svojim članom nalagajo še dodatne obveznosti

poleg tistih, ki že veljajo za vse zdravnike.

- V številnih državah imajo danes nezdravniki pomembno vlogo pri določanju standardov in nadzoru dela zdravnikov.

Etične smernice zdravniških združenj so splošnejše narave in ne morejo obravnavati vsake situacije, s katero se zdravniki lahko srečajo v svoji praksi. V večini primerov se mora zdravnik o pravilnem ravnanju odločiti sam, je pa pri sprejemanju odločitev koristno vedeti, kaj bi storili drugi zdravniki v podobnem položaju. Zdravniški etični kodeks in smernice odražajo splošno soglasje o tem, kako naj bi ukrepali zdravniki v določeni situaciji in jih moramo upoštevati, razen kadar obstajajo utemeljeni razlogi za drugačno ravnanje.

“...pri sprejemanju odločitev je koristno vedeti, kaj bi storili drugi zdravniki v podobnem položaju.”

SE ZDRAVNIŠKA ETIKA SPREMINJA?

Brez dvoma lahko trdimo, da so se nekateri pogledi zdravniške etike skozi leta spremenili. Do nedavnega je imel zdravnik pravico in dolžnost odločanja o zdravljenju pacienta, pri čemer ni potreboval bolnikovega soglasja. Na spremembe v odnosu med zdravnikom in bolnikom kaže **Deklaracija pacientovih pravic** Svetovnega zdravniškega združenja iz leta 2005, ki v uvodu poudarja: “V odnosu med zdravnikom in njegovim pacientom ter širšo družbo je prišlo do pomembnih sprememb. Zdravnik mora vedno ravnati v skladu s svojo vestjo in v najboljšem interesu pacienta, hkrati pa mora zagotoviti pacientovo avtonomijo in pravičnost.” Številni posamezniki so menja, da o svojem zdravju v prvi vrsti odločajo sami, naloga zdravnika pa je, da jim pri tem svetuje in jih vodi. Čeprav ta poudarek, naj vsakdo skrbi sam zase še ni prevladujoč, pa je takšno mnenje v zadnjih letih v porastu in kaže na nov odnos

med bolnikom in zdravnikom, ki slednjemu nalaga nove etične obveznosti.

Do nedavnega je med zdravniki veljalo prepričanje, da za svoja dejanja odgovarjajo le sebi, svojim kolegom in – za verujoče – Bogu. Danes temu ni več tako, saj so se zgoraj navedenim pridružili pacienti, bolnišnice, zdravstvene zavarovalnice, zdravniška združenja, nadzorne ustanove ter sodišča. Kot bomo videli v tretjem poglavju, lahko med njimi prihaja do nesoglasij. Zdravniška etika se je spremenila tudi v drugih pogledih. Sodelovanje pri splavu je bilo v zdravniških etičnih kodeksih do nedavnega prepovedano, danes pa je pod določenimi pogoji v mnogih državah sprejemljivo. Medtem ko je bil zdravnik nekoč odgovoren le za svoje posamezne paciente, danes v splošnem velja, da mora upoštevati tudi potrebe družbe, na primer pri razporejanju omejenih zdravstvenih virov (glej tretje poglavje).

Napredek v znanosti in tehnologiji zastavlja nova vprašanja, na katera načela tradicionalne zdravniške etike ne dajejo odgovorov. Postopki umetne oploditve, genski inženiring, zdravstvena informatika ter

**“...različne odgovornosti
si lahko med seboj
nasprotujejo”**

Medyczna etyka
tehnologije za podaljšanje in boljšo kvaliteto življenja zahtevajo sodelovanje zdravnika. Vse imajo velik potencial, da pacientu koristijo, po drugi strani pa lahko, odvisno od pravilnosti uporabe v praksi, pacientu tudi škodujejo. Da bi pomagali zdravnikom pri odločanju, ali in pod kakšnimi pogoji naj sploh sodelujejo pri teh aktivnostih, bi se morala medicinska združenja poslužiti različnih analitičnih metod, ne pa se preprosto opirati na obstoječi etični kodeks.

Kljub očitnim spremembam v etičnem kodeksu se zdravniki širom sveta strinjajo, da se morajo temeljne vrednote in etična načela v

medicini ohraniti. Ljudje bodo vedno podvrženi boleznim, zato bo potreba po sočutnih, dobro usposobljenih in samostojnih zdravnikih vedno prisotna

ALI SE ZDRAVNIŠKA ETIKA RAZLIKUJE V POSAMEZNIH DRŽAVAH?

Kakor se zaradi napredka v znanosti, tehnologiji na področju medicine in razvoja v družbi skozi čas spreminja zdravniška etika, se zaradi enakih razlogov razlikuje zdravniška etika v posameznih državah. Mnenja o evtanaziji, na primer, se popolnoma razlikujejo med različnimi zdravniškimi združenji. Nekatera evtanazijo zavračajo, druga so glede nje nevtralna, najmanj eno – Kraljevo medicinsko združenje Nizozemske pa jo pod določenimi pogoji sprejema. Pojavljajo se tudi razlike v dostopnosti do zdravstvene oskrbe: nekatera združenja podpirajo enakost vseh državljanov, druga pa so pripravljena sprejeti velike razlike. V nekaterih državah obstaja precejšnje zanimanje za etična vprašanja, ki jih prinaša napredek v medicinskih tehnologijah, medtem ko se v državah, ki nimajo dostopa do teh tehnologij, tovrstna etična vprašanja ne pojavljajo. Razlike so tudi pri varovanju osebnih podatkov. Nekateri zdravniki vedo, da jih država ne bo prisilila v neetično ravnanje, v določenih državah pa se težko ravna po etičnih načelih, kadar gre, na primer, za prekinitev pacientove zaupnosti ob zahtevah policije ali vojske o poročanju sumljivih poškodb.

Čeprav se lahko razlike zdijo velike, so podobnosti precej opaznejše in pomembnejše. Zdravniki po svetu imajo veliko skupnega, zato v organizacijah, kot je Svetovno zdravniško združenje po navadi dosežejo dogovor o spornih etičnih vprašanjih, čeprav je za dosego soglasja pogosto potrebna dolgotrajna razprava. Temeljne vrednote zdravniške etike, kot so sočutje, strokovna odličnost in samostojnost, skupaj z izkušnjami in znanji na vseh področjih medicine in zdravstva zagotavljajo dobro podlago za analizo etičnih vprašanj v medicini

in za doseganje rešitev, ki so v najboljšem interesu posameznih pacientov, državljanov in javnega zdravstva v celoti.

VLOGA SVETOVNEGA ZDRAVNIŠKEGA ZDRUŽENJA

Kot edina mednarodna organizacija, ki zastopa vse zdravnike ne glede na njihovo narodnost in specializacijo, si je SZZ zadalo nalogo, da v zdravniški etiki postavi splošne standarde, ki bodo veljali po vsem svetu. Že od svojih začetkov delovanja v letu 1947 si SZZ prizadeva, da bi preprečila ponovitev neetičnih ravnanj zdravnikov, kot so jim bili priča v nacistični Nemčiji in tudi drugod. Prva naloga združenja je bila posodobitev Hipokratove prisega za potrebe 20. stoletja. Kot rezultat je nastala **Ženevska deklaracija**,

“...SZZ si je zadalo nalogo, da v zdravniški etiki postavi splošne standarde, ki bodo veljali po vsem svetu”

ki je bila sprejeta leta 1948 na 2. generalni skupščini. Kasneje je bila večkrat spremenjena, nazadnje v letu 2006. Druga naloga je bila razvoj **Mednarodnega kodeksa zdravniške etike**, ki je bil sprejet na 3. skupščini leta 1949, nato pa prenovljen v letih 1968, 1983 in 2006. Naslednja naloga je bila

razvijanje etičnih smernic glede raziskav na ljudeh. Smernice so bile sprejete leta 1964 kot **Helsinška deklaracija**. Tudi ta dokument prestaja redne revizije, nazadnje so ga posodobili v letu 2013.

Poleg temeljnih etičnih dokumentov je SZZ sprejelo stališča o več kot sto različnih vprašanjih. Med njimi so vprašanja etične narave, pa tudi socialno-medicinske teme ter stališča glede medicinskega izobraževanja in zdravstvenega sistema. Vsako leto združenje na generalni skupščini revidira nekatera že obstoječa stališča in doda nova.

KAKO SE SZZ ODLOČI, KAJ JE ETIČNO?

Mednarodno soglasje o spornih etičnih vprašanjih ni lahka naloga niti znotraj relativno povezane skupine, kot so zdravniki. SZZ zagotavlja, da njegove opredelitve glede etičnega ravnanja odražajo soglasje in zato zahteva, da vsako novo ali spremenjeno stališče na letni skupščini potrdi večina 75% glasov. Predpogoji za doseganje te stopnje soglasja so široko posvetovanje o osnutkih stališč, skrbno upoštevanje pripomb, ki jih prejmejo Odbor za etiko SZZ in občasno tudi posebej imenovane delovne skupine, ponovno oblikovanje stališč in pogosto še ponovljena posvetovanja. Postopek je lahko dolgotrajen, odvisno od kompleksnosti vprašanja. Ena izmed revizij Helsinške deklaracije se je na primer začela zgodaj leta 1997, končana pa je bila šele v oktobru 2000. Še po tem so ostala odprta nekatera vprašanja, ki so zahtevala nadaljnje delo v skupinah, reševal jih je tudi odbor za etiko.

“Mednarodno soglasje o spornih etičnih vprašanjih ni lahka naloga”

“Pri nekaterih vprašanjih je potrebna podpora etičnim stališčem zdravnikov, ki so pogosto v nasprotju s stališči vlade, zdravstvenih sistemov in komercialnih podjetij.”

Dobro zasnovan in dosledno izpeljan postopek je ključnega pomena, vendar ne zagotavlja nujno dobrega izida. Pri odločanju, kaj je etično, se SZZ naslanja na dolgo tradicijo medicinske etike in na že poprej sprejeta etična stališča. Upošteva tudi druge poglede na vprašanja, tako s strani

nacionalnih in mednarodnih organizacij, kot tudi posameznikov z znanjem na področju etike. Pri nekaterih vprašanjih, kakršno je obveščenost in privolitev bolnika, se SZZ strinja z mnenjem večine.

Pri vprašanjih, kot je varovanje zasebnih podatkov, je potrebna podpora etičnim stališčem zdravnikov, ki so pogosto v nasprotju s stališči izvršne oblasti, zdravstvenih sistemov in komercialnih podjetij. Pri reševanju etičnih vprašanj SZZ najvišjo prioriteto daje posameznemu pacientu ali osebi v klinični raziskavi. Pri izrekanju Ženevske prisega zdravnik obljubi: "Najpomembnejša mi bo skrb za zdravje mojega pacienta." V Helsinški deklaraciji pa je zapisano, da je "primarni namen medicinskih raziskav pridobivanje novega znanja, vendar pri doseganju tega cilja nikoli ne smemo kršiti pravic posamezne osebe v raziskavi."

KAKO SE POSAMEZNIK ODLOČI, KAJ JE ETIČNO?

Za posamezne zdravnike in študente medicine zdravniška etika ne predstavlja zgolj upoštevanja priporočil Svetovnega zdravniškega združenja ali drugih zdravniških organizacij. Ta priporočila so po naravi navadno bolj splošna in posamezniki morajo odločiti, ali so v sprotni situaciji tudi ustrezna. Nadalje se v zdravniški praksi pojavi veliko etičnih vprašanj, za katere zdravniška združenja nimajo navodil. Končno je vsak posameznik sam odgovoren za lastno etično odločanje in ravnanje.

Etične dileme, kot smo jih prikazali tudi v primerih na začetku tega priročnika, lahko rešujemo na različne načine. V grobem pristope delimo v dve kategoriji: neracionalne in racionalne. Pri tem neracionalen pristop ne pomeni iracionalnega, pač pa ga moramo ločiti od sistematične in premišljene presoje pri odločanju..

Neracionalni pristopi:

- **Poslušnost** je pogost način etičnega odločanja, zlasti pri otrocih in tistih, ki delajo znotraj avtoritativnih struktur (npr. vojska, policija, nekatere verske organizacije, veliko podjetij). Moralno je slediti pravilom ali predpisom tistih, ki imajo oblast, ne glede

na strinjanje ali nestrinjanje z njimi.

- **Posnemanje** je podobno poslušnosti v smislu podreditve presoje ene osebe presoji nekoga drugega, v tem primeru vzornika. Moralno je slediti zgledu vzornika. Tako se bodoči zdravniki morda najpogosteje učijo zdravniške etike, pri čemer je vzor izkušenejši zdravnik specialist, metoda učenja pa opazovanje ter prevzemanje prikazanih vrednot.

“Končno je vsak posameznik sam odgovoren za lastno etično odločanje in ravnanje.”

- **Občutek** ali **želja** je subjektiven pristop k moralnemu odločanju in obnašanju. Prav je tisto, kar nekdo čuti, da je prav oziroma kar sledi njegovemu hrepenenju; narobe je tisto, kar čuti, da je narobe oziroma ga razočara.

Moralnost je odvisna od posameznika in lahko niha od ene do druge osebe ter tudi pri isti osebi skozi čas.

- **Intuicija** je takojšnje dojetje pravilnega ravnanja v neki situaciji. Tako kot občutek je popolnoma subjektivna, vendar se od njega razlikuje, ker izhaja iz razuma, ne pa iz hotenja, zato se do neke mere približa racionalnim pristopom etičnega odločanja. Kljub temu pa intuicija ni ne sistematska ne preiščljiva, ampak jo vodi hipen vpogled. Podobno kot občutek lahko tudi intuicija niha od ene do druge osebe in pri isti osebi v različnih časovnih obdobjih.
- **Navada** je učinkovita metoda moralnega odločanja, saj pri njej ni potrebe po obnavljanju sistematičnega procesa odločanja ob vsakem podobnem moralnem vprašanju. Poznamo slabe (npr. laganje) in dobre navade (npr. iskrenost). Pri tem lahko situacije, ki se zdijo podobne, zahtevajo bistveno različne odločitve. Četudi je navada uporabna, se nanjo ni moč popolnoma zanesti.

Racionalni pristopi:

Ko proučuje moralnost, etika priznava, da prevladujejo neracionalni načini odločanja in obnašanja. Kljub temu se etika v prvi vrsti ukvarja z racionalnimi pristopi. Štirje taki pristopi so deontologija, konsekvencializem, etika načel in etika vrlin:

- **Deontološka etika** se ukvarja z iskanjem osnovnih pravil, ki bi lahko služila kot temelj za moralne odločitve. Primer takšnega pravila je: "Z vsemi ljudmi ravnaj enako." V temelju je deontologija lahko religiozna (npr. prepričanje, da smo vsi pred Bogom enaki) ali nereligiozna (npr. ljudje smo genetsko skoraj popolnoma enaki). V konkretnih primerih pa se pri uporabi pravil pogosto ne strinjamo, kaj pravila zahtevajo (npr. ali pravilo proti uboju človeka prepoveduje splav ali smrtno kazen).
- **Konsekvencializem** opira etičnost odločanja na analizo možnih posledic oziroma rezultatov, ki jih lahko imajo različna dejanja ali odločitve. Pravilno ravnanje je tisto, ki prinese najboljše izide. Seveda pa se vsi ne bodo strinjali že pri tem, kaj najboljši izidi sploh so. Ena najbolj znanih oblik konsekvencializma, **utilitarizem**, postavlja kot glavno načelo korist in jo utemeljuje kot "delati tako, da ima največ ljudi v povprečju največjo korist." Druge oblike konsekvencializma v zdravstvu za izhodišče uporabljajo stroškovno učinkovitost in kvaliteto življenja, merjeno v enotah QALY (quality-adjusted life-years, kakovosti prilagojena leta življenja) in DALY (disability-adjusted life-years, nezmožnosti prilagojena leta življenja). Običajno so podporniki konsekvencializma mnenja, da principi niso uporabni, saj jih je težko prepoznati in uporabiti, sploh pa po njihovem mnenju ne upoštevajo bistva moralnega odločanja – končnih izidov. Takšno razmišljanje pa vodi v prepričanje, da "cilj posvečuje sredstva," ko lahko žrtvujemo pravice posameznika v prid družbenemu cilju.

- **Etika načel** uporablja etična načela ali principe kot temelj za moralno odločanje. Po teh načelih v posameznih primerih oziroma situacijah izpelje priporočilo za ravnanje in pri tem upošteva tako pravila kot posledice. Ta miselnost je imela velik vpliv v nedavnih etičnih razpravah, predvsem v ZDA. V zdravstveni praksi so nadvse pomembni štirje principi – avtonomija, dobrodelnost, neškodovanje in pravičnost. Principi igrajo v racionalnem odločanju pomembno vlogo, izbor teh štirih in njihova razvrstitev po prioriteti z avtonomijo na čelu pa je odsev zahodne svobodomiselne kulture in ni nujno univerzalna. Ta štiri načela si v določenih situacijah lahko tudi nasprotujejo, zato potrebujemo kriterije ali postopke za razrešitev takšnih konfliktov.
- **Etika vrlin** se ne osredotoča toliko na samo odločanje, ampak bolj na značaj tistih, ki se odločajo, kar se kaže v njihovem ravnanju. Vrlina je znak moralne odličnosti. Kot smo že omenili, je sočutje vrlina, ki je za zdravnika še posebej pomembna. Druge so še poštenje, obzirnost in predanost. Za zdravnike s temi lastnostmi je verjetneje, da se bodo dobro odločali in primerno ravnali. Pogosto pa tudi vrli posamezniki niso prepričani, kako ravnati v določenih situacijah in se lahko odločajo tudi napačno.

Nobeden od teh štirih ali katerih drugih pristopov ni bil vsesplošno sprejet. Kakor se posamezniki med seboj razlikujejo po izboru neracionalnega pristopa odločanja, tako se razlikujejo tudi po izboru racionalnega pristopa. To lahko razložimo z dejstvom, da ima vsak svoje dobre in slabe strani, zato je morda je najprimernejši način racionalnega etičnega odločanja kombinacija vseh štirih pristopov. Takšen način bi resno upošteval pravila (deontološka etika) in principe (etika načel), ki so v danem primeru najustreznejši in jim skušal slediti v največji možni meri. Prav tako bi upošteval verjetne posledice (konsekvencializem) posameznih možnih odločitev. Nazadnje bi priporočal kar najbolj vzorno ravnanje tistega, ki se

odloča (etika vrlin). Takšen proces bi vključeval naslednje korake:

1. Ugotovi, ali je obravnavano vprašanje etične narave.
2. Posvetuj se s strokovnimi viri, kot so etični kodeksi zdravniških združenj in spoštovanimi kolegi, da boš videl, kako se zdravniki na splošno spopadajo s takšnimi vprašanji.
3. Za vsako od možnosti oceni, kako se ujema s posameznimi principi in vrednotami ter kakšne so njene posledice.
4. Pogovori se o predlagani rešitvi z vsemi, na katere bo vplivala.
5. Odloči se in ukrepaj, pri tem pa ostani pozoren do vseh, ki so v zadevo vpleteni.
6. Oceni odločitev in bodi pripravljen v bodoče ravnati drugače.

ZAKLJUČEK

To poglavje bralca pripravi na nadaljevanje. Pri obravnavanju specifičnih problemov v zdravniški etiki si je vredno zapomniti, da so se skozi zgodovino zdravniki soočali z mnogimi podobnimi vprašanji in da so lahko še danes njihove izkušnje in znanje zelo dragoceni.

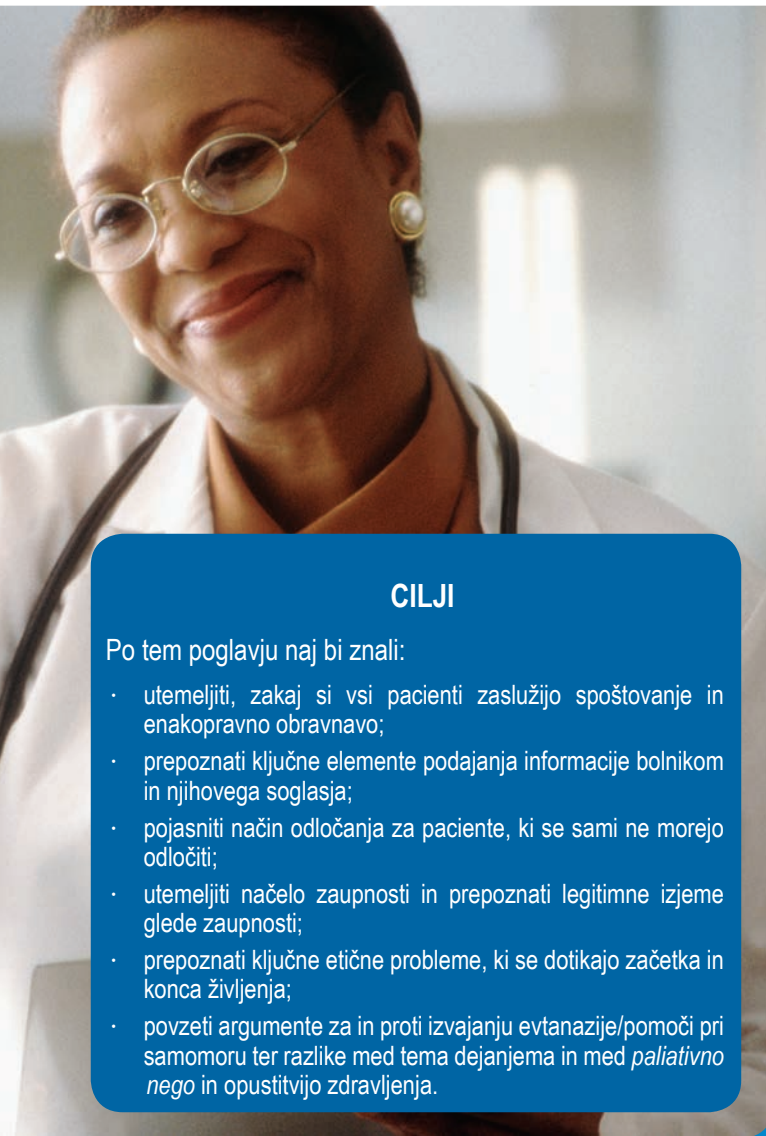
Svetovno zdravniško združenje in druge zdravniške organizacije ohranjajo to tradicijo in nudijo zdravnikom koristne nasvete. Kljub večinskemu soglasju o etičnih načelih pa se posamezni zdravniki ne strinjajo o ravnanju v specifičnih primerih. Poleg tega je lahko pogled zdravnika precej drugačen od pogleda pacientov in drugih zdravstvenih sodelavcev. Pri prvem koraku razreševanja etičnih konfliktov je pomembno, da zdravniki razumejo različne pristope etičnega odločanja, vključno svojega lastnega, in pristope drugih ljudi, s katerimi vstopajo v odnose. Tako bodo najlažje ugotovili najboljši način ravnanja in drugim pojasnili svoje odločitve.

DRUGO POGLAVJE – ZDRAVNIKI IN PACIENTI



Sočuten zdravnik

© Jose Luis Pelaez, Inc./CORBIS



CILJI

Po tem poglavju naj bi znali:

- utemeljiti, zakaj si vsi pacienti zaslužijo spoštovanje in enakopravno obravnavo;
- prepoznati ključne elemente podajanja informacije bolnikom in njihovega soglasja;
- pojasniti način odločanja za paciente, ki se sami ne morejo odločiti;
- utemeljiti načelo zaupnosti in prepoznati legitimne izjeme glede zaupnosti;
- prepoznati ključne etične probleme, ki se dotikajo začetka in konca življenja;
- povzeti argumente za in proti izvajanju evtanazije/pomoči pri samomoru ter razlike med tema dejanjema in med *paliativno* nego in opustitvijo zdravljenja.

ŠTUDIJA PRIMERA #1

Dr. P, izkušen in sposoben kirurg, je tik pred koncem nočnega dežurstva v srednje veliki bolnišnici. V bolnico pride mlada ženska v spremstvu matere, ki medicinski sestri pove, da mora poskrbeti za ostale otroke, in takoj odide. Mlada pacientka vaginalno krvavi in je v hudih bolečinah. Dr. P jo pregleda in presodi, da je imela bodisi spontani ali pa samo-sproženi splav. Hitro opravi dilatacijo in kiretažo maternice, sestri pa naroči, naj vpraša pacientko, če si lahko privošči ostati v bolnišnici, dokler je ne bo varno odpustiti domov. Takoj ko v dnevno izmeno pride Dr. Q, gre Dr. P domov, ne da bi se pogovoril s pacientko..

KAJ JE POSEBNEGA V ODNOSU MED ZDRAVNIKOM IN PACIENTOM?

Odnos med zdravnikom in pacientom je temelj izvajanja medicine in s tem tudi zdravniške etike. Kot smo že omenili, Ženevska deklaracija od zdravnika zahteva: "Zdravje mojega pacienta bo moja prva skrb", Mednarodni kodeks zdravniške etike pa določa: "Zdravnik je dolžan svojemu pacientu popolno zvestobo in vsa znanstvena sredstva, ki so mu na voljo." V prvem poglavju smo videli, da je paternalistično dojemanje odnosa med zdravnikom in pacientom, v katerem je zdravnik sprejel vse odločitve glede pacienta, v zadnjih letih nesprejemljivo tako v etičnem kot v pravnem pogledu. Ker pa mnogi bolniki ne morejo ali ne želijo sprejemati odločitev glede poteka zdravljenja, je avtonomija pacienta velikokrat problematična. Enako težavni so drugi temelji tega odnosa, kot je zdravnikova dolžnost

glede zaupnosti v dobi računalniške medicinske dokumentacije in dolžnosti ohranjanja življenja ob zahtevah po pospešitvi smrti.

To poglavje bo obdelalo šest posebej težavnih za zdravnike v vsakodnevni praksi: spoštovanje in enakovredna obravnava; komunikacija in privolitev; odločanje pri pacientih, nezmožnih odločitve; zaupnost; problemi povezani z začetkom življenja; dileme ob koncu življenja.

**“Zdravje mojega pacienta
bo moja prva skrb.”**

SPOŠTOVANJE IN ENAKOPRAVNA OBRAVNAVA

Prepričanje, da so vsa človeška bitja vredna spoštovanja in enake obravnave, je relativno novo. V večini družb nespoštljivo in neenako tretiranje posameznikov in skupin ni bilo nič posebnega. Tako se je suženjstvo v evropskih kolonijah in v ZDA ohranilo do 19. stoletja, v nekaterih delih sveta pa obstaja še danes. Institucionalna diskriminacija in neenako obravnavanje nebelcev je bilo še nedavno v veljavi v državah, kot je Južna Afrika. Ženske so v večini držav še vedno deležne manjšega spoštovanja in neenake obravnave. Diskriminacija na osnovi starosti, invalidnosti ali spolne usmerjenosti je pogosta. Jasno je torej, da mišljenje, po katerem si vsi ljudje zaslužijo enako obravnavo, še ni splošno sprejeto.

Postopen in še zmerom prisoten preobrat k prepričanju v enakovrednost se je pričel v 17. in 18. stoletju v Evropi in Severni Ameriki. Vodili sta ga dve nasprotujoči si ideologiji: nova interpretacija krščanske vere in protikrščanski racionalizem. Prvi je navdahnili ameriško revolucijo in listino temeljnih pravic (Bill of Rights), drugi pa francosko revolucijo in z njo povezan politični napredek. Pod vplivom teh dveh gibanj se je demokracija počasi ustalila in začela širiti po svetu. Osnovana je bila na prepričanju v politično enakopravnost vseh moških (precej kasneje tudi žensk) in

posledični pravici do odločanja o tem, kdo jim vlada.

V 20. stoletju je prišlo do občutnega napredka pri razumevanju enakopravnosti in človekovih pravic. Eno izmed prvih dejanj novonastale Organizacije združenih narodov je bil sprejem **Splošne deklaracije človekovih pravic** (1948), ki v prvem členu navaja: "Vsi ljudje se rodijo svobodni in so enaki v dostojanstvu in pravicah." Mnogi drugi mednarodni in državni organi so sprejeli dokumente o človekovih pravicah, bodisi za vse ljudi ali pa za prebivalce posamezne države ali določene skupine (pravice otrok, pacientove pravice, pravice potrošnikov itd). Ustanovili so številne organizacije za njihovo promocijo, vendar v marsikateri državi človekovih pravic še ne spoštujejo.

Zdravniki niso imeli vedno enakega pogleda na enakost in pravice pacientov. **Ženevska deklaracija** zdravnikom zapoveduje, da ne smejo dopustiti, da bi "na dolžnosti do pacienta vplivala bolnikova starost, bolezen ali nemoč, veroizpoved, etično poreklo, spol, nacionalnost, politična pripadnost, rasa, spolna usmerjenost, razredna pripadnost ali katerakoli druga okoliščina." Hkrati pa so zdravniki zahtevali pravico do zavrnitve sprejema pacienta, z izjemo nujnega stanja. Zakoniti razlogi za zavrnitev zajemajo prezasedenost ter neustrezno kvalifikacijo ali specializacijo. Kadar pa sme zdravnik tudi brez pojasnila odkloniti bolnika, lahko izvaja diskriminacijo, ne da bi bil za to odgovoren. Zdravnika pred kršenjem človekovih pravic bolj kot zakon ali disciplinski nadzor zavezuje njegova vest.

Tudi če zdravniki pri sprejemu spoštujejo enakost pacientov, lahko kršijo načela spoštovanja in enakosti skozi odnos in obravnavo pacientov. Opis primera na začetku poglavja ponazarja ta problem. Kot smo omenili v prvem poglavju, je sočutje ena izmed osrednjih vrednot medicine in je bistveni element dobrega terapevtskega odnosa. Sočutje temelji na spoštovanju pacientovega dostojanstva in vrednot, ki se nadaljuje v priznavanje in odzivanje na pacientovo ranljivost v času bolezni in/ali invalidnosti. Če pacienti zaznajo

sočutje zdravnika, je bolj verjetno, da bodo zdravniku zaupali in to zaupanje lahko pripomore k uspešnosti zdravljenja.

Spoštovanje pacienta od zdravnika zahteva, da ga ne izpostavlja nepotrebnemu tveganju med zdravljenjem. V zadnjih letih je varnost pacienta postala pglavitna skrb medicinske stroke in institucij. Študije so pokazale, da je veliko pacientov doletela škoda ali celo smrt zaradi pomanjkljive skrbi pri procesih za omejitev okužb (vključno z umivanjem rok), medicinski dokumentaciji, razumljivosti oznak na zdravilih ter varnosti zdravil, injekcij in operativnih posegov. Svetovno zdravniško združenje v **Deklaraciji o varnosti pacientov** zdravnike poziva, da 'gredo preko profesionalnih mej zdravstva in sodelujejo z vsemi relevantnimi osebami, vključno s pacienti, da se sistemsko sprejme proaktivni pristop k varnosti pacientov.'

Zaupanje, ki je ključno v odnosu med zdravnikom in pacientom, v splošnem razumemo kot zahtevo, naj zdravniki ne zapustijo pacientov, za katere skrbijo. Mednarodni kodeks zdravniške etike SZZ določa le en razlog za prekinitev razmerja zdravnik in pacient – če pacient zahteva drugega zdravnika z drugačnimi sposobnostmi. "Zdravnik dolguje svojim pacientom popolno zvestobo in

"...ob prekinitvi odnosa s pacientom naj bo zdravnik pripravljen upravičiti svojo odločitev tako sebi kot pacientu in, če je primerno, tudi tretji osebi"

vso dosegljivo strokovno pomoč." Kadar koli pregled ali zdravljenje presega njegove sposobnosti, se mora zdravnik posvetovati z zdravnikom z zahtevanimi sposobnostmi ali pa pacienta k njemu napotiti. Vendar obstaja več razlogov, zaradi katerih bi zdravnik želel prekiniti razmerje s pacientom, na primer zdravnikova preselitev, upokožitev, pacientovo zavračanje ali nezmožnost plačevanja

zdravniških storitev, odpor do pacienta ali obratno, pacientovo neupoštevanje navodil, itd. Razlogi so lahko upravičeni, lahko pa so tudi neskladni z etično podlago. Ob razmišljanju o tem dejanju naj zdravnik prouči etični kodeks in ostale relevantne dokumente ter previdno razmotri tudi lastne motive. Ob prekinitvi odnosa s pacientom naj bo zdravnik pripravljen upravičiti svojo odločitev tako sebi kot pacientu in, če je primerno, tudi tretji osebi. Če je motiv legitimen, naj zdravnik pomaga pacientu najti primerne drugega zdravnika, če to ni mogoče, pa naj pacienta pravočasno opozori, da si lahko pacient sam najde nadomestno zdravniško oskrbo. Če je motiv neupravičen, na primer rasni predsodek, naj zdravnik prične s postopnim reševanjem te težave.

Mnogi zdravniki, posebej tisti v javnem sektorju, večinoma nimajo na voljo izbire med pacienti. Nekateri pacienti so nasilni in ogrožajo zdravnikovo varnost, druge pa zaradi antisocialnega vedenja lahko opišemo kot zelo naporne. So takšni pacienti zapravili pravico do spoštovanja in enakopravne obravnave, ali pa od zdravnika pričakujemo dodatne, celo herojske napore, da vzpostavi in vzdržuje terapevtsko razmerje? Pri takih pacientih mora zdravnik najti ravnotežje med odgovornostjo do lastne varnosti, do varnosti in počutja osebja ter med obveznostmi do pacientov. Če mu to ne uspe, lahko bolnika preda v nadaljnjo skrb drugemu zdravniku.

Še en izziv pri spoštovanju in enakopravni obravnavi za vse paciente se pojavlja pri oskrbi kužnih pacientov. Tu mislimo predvsem na okužene s HIV/AIDS, ne le zato, ker gre za življenje ogrožujočo bolezen, ampak ker je pogosto povezana s družbenimi predsodki. Vendar obstaja dosti drugih resnih okužb in nekatere se prenesejo na zdravstvene delavce lažje kot HIV. Nekateri zdravniki zaradi možnosti prenosa okužbe oklevajo pri izvedbi invazivnih posegov pri kužnih pacientih. Medicinski etični kodeks pa glede zdravnikove dolžnosti do enakopravne obravnave ne dela izjem pri kužnih pacientih. Izjava SZZ **HIV/AIDS in zdravniški poklic** se glasi:

Diskriminacija proti bolnikom, okuženimi s HIV/AIDS, mora popolnoma izginiti iz zdravniške prakse. Vse osebe, okužene ali prizadete s HIV/AIDS, so upravičene do primerne preventive, podpore, zdravljenja in oskrbe s sočutjem in spoštovanjem do človekovega dostojanstva. Ni

etično, da bi zdravnik zgolj zaradi seropozitivnosti zavrnil zdravljenje pacienta, katerega stanje je v okviru njegove usposobljenosti. Zdravnik, ki ni sposoben za ustrezno obravnavo, naj uredi napotitev pacientov s HIV/AIDS k zdravnikom ali ustanovam, ki so za to usposobljeni. Dokler ali če to ni možno, mora zdravnik poskrbeti za pacienta po svojih najboljših močeh.

“Osebe, ki zbolijo za AIDS potrebujejo profesionalno in sočutno zdravljenje”

Intimna narava odnosa med zdravnikom in pacientom lahko vodi do spolne privlačnosti. Osnovno pravilo tradicionalne medicinske etike je, da se je potrebno taki privlačnosti upreti. Hipokratova prisega vključuje naslednji obljubo: “V sleherno hišo, kamor me bodo klicali, bom stopil samo zaradi koristi bolnikov ter se bom vzdrževal vsake zavestne in pogubne krivice, posebno pa spolnega občevanja z ženskami in moškimi osebami, svobodnimi in sužnji.” V zadnjih letih je več zdravniških organizacij ponovno poudarilo prepoved spolnih odnosov med zdravniki in njihovimi pacienti. Še danes veljajo enaki razlogi kot v Hipokratovih časih pred 2500 leti. Pacienti so ranljivi in zaupajo zdravniku, da bo z njimi ravnal dobro. Morda si ne upajo zavrniti zdravnikovih spolnih želja v strahu, da bo to ogrozilo njihovo zdravljenje. Poleg tega lahko čustvena vpletenost s pacientom neprimerno vpliva na zdravnikovo klinično presojo.

Ta zadnji razlog, zdravnikova čustvena vpletenost, se nanaša tudi na zdravljenje lastnih družinskih članov, kar močno odsvetujejo v več kodeksih zdravniške etike. Kot pri drugih načelih v etičnih kodeksih, je tudi tu veliko odvisno od okoliščin. Kot primer omenimo

zdravnika, ki dela sam v oddaljenem kraju in mora zdravstveno oskrbeti družinske člane, še posebej v nujnih situacijah.

SPORAZUMEVANJE IN PRIVOLITEV

Soglasje dobro poučenega bolnika ("privolitev po pojasnilu") je eden izmed osrednjih konceptov sodobne zdravniške etike. Pacientovo pravico odločanja o lastnem zdravljenju določajo zakonske in etične določbe po celem svetu. Deklaracija o pravicah pacienta Svetovnega zdravniškega združenja pravi:

Pacient ima pravico do samoodločanja in prostega odločanja glede sebe. Mentalno sposoben odrasli ima pravico dati ali pa zavrniti soglasje za katerikoli diagnostični postopek ali terapijo. Pacient ima pravico do informacij, potrebnih za sprejetje odločitve. Pacient bi moral jasno razumeti namen preiskave ali terapije, kaj bi pomenili rezultati in kakšne bi bile posledice zavrnitve soglasja.

Za privolitev po pojasnilu je nujna dobra komunikacija med zdravnikom in pacientom. V časih medicinskega paternalizma je bila komunikacija relativno enostavna; vsebovala je le zdravnikova navodila pacientu, da se prilagodi določenemu zdravljenju. Dandanes sporazumevanje zahteva od zdravnikov več truda. Pacienti morajo dobiti vse informacije, ki so potrebne za njihove odločitve. To pomeni razlago zapletenih medicinskih diagnoz, prognoz in terapevtskih režimov v jeziku, ki je dovolj enostaven, da pacienti razumejo vse možnosti zdravljenja, skupaj s prednostmi in slabostmi vsake posamezne možnosti ter odgovore na vsa pacientova vprašanja. Zdravnik naj se potruzi, da bo razumel razloge za pacientovo odločitev. Dobre komunikacijske spretnosti večini niso prirojene; potrebno jih je razviti z zavestnim trudom in rednim preverjanjem.

Glavni oviri za dobro komunikacijo predstavljata jezik in kultura. Če

zdravnik in pacient ne govorita istega jezika, je potreben tolmač. Na žalost marsikje kvalificiranega prevajalca ni in je zdravnik primoran poiskati najprimernejšo razpoložljivo osebo. Kultura, ki je širši pojem od jezika, prinaša dodatne komunikacijske ovire. Zaradi kulturnih razlik v dojemanju narave in vzrokov bolezni morda pacienti ne razumejo diagnoze in možnosti zdravljenja, ki jih ponuja zdravnik. V takih primerih naj zdravnik naredi vse, da preveri pacientovo razumevanje bolezni in zdravljenja ter sporoča svoje predloge pacientu po najboljši moči.

Če je zdravnik uspešno posredoval pacientu vse informacije, ki jih mora in želi vedeti o diagnozi, prognozi in možnostih zdravljenja, je pacient pripravljen, da sprejme odločitve o nadaljnjih korakih. Izraz privolitev pomenisprejetje zdravljenja, hkrati pa se koncept privolitve po pojasnilu enakovredno nanaša na zavrnitev zdravljenja ali na izbiro med alternativnimi terapijami. Pacienti, sposobni sprejemanja odločitve, imajo pravico zavrniti zdravljenje, četudi to pomeni invalidnost ali smrt.

Dokaz za privolitev je lahko izpovedan ali predpostavljen. Izpovedana privolitev je podana ustno ali pisno. Privolitev je predpostavljena, ko pacient pokaže pripravljenost za določen postopek ali zdravljenje.

“Pacienti, sposobni sprejemanja odločitve, imajo pravico zavrniti zdravljenje, četudi to pomeni invalidnost ali smrt.”

Primer: privolitev za venepunkcijo je predpostavljena z iztegnjeno, ponujeno roko. Za zdravljenje, ki predstavlja tveganje ali vsebuje večje neugodje, je nujno pridobiti izpovedano privolitev.

Pri zahtevi po privolitvi po pojasnilu za prištevne paciente obstajata dve izjemi:

- Situacije, v katerih pacienti prostovoljno predajo možnost odločanja zdravniku ali tretji osebi. Zaradi kompleksnosti primera ali zaradi pacientovega popolnega zaupanja v zdravnikovo

presojo pacient lahko pove zdravniku: "Naredi, kot misliš, da je najbolje." Zdravnik naj se ne odzove prehitro na take zahteve, ampak naj bolniku predstavi osnovne informacije o možnostih zdravljenja in ga spodbudi, da sam sprejme odločitev. Če kljub temu pacient vztraja pri tem, da odloči zdravnik, naj ta ravna v skladu z najboljšimi interesi pacienta.

- Primeri, ko bi razkritje informacije škodilo pacientu. V teh primerih je uveljavljen tradicionalni koncept *terapevtskega privilegija*. Ta dovoljuje zdravniku, da zadrži zdravstvene informacije, katerih razkritje bi vodilo do resne fizične, psihološke ali čustvene škode za pacienta. Kot primer navajamo domnevo, da bi pacient ob diagnozi neozdravljive bolezni verjetno storil samomor. Ta privilegij je lahko vir resnih zlorab in zdravniki naj bi se ga poslužili le v izjemnih okoliščinah. Izhajajo naj iz pričakovanja, da so vsi pacienti sposobni soočenja z dejstvi in naj prihranijo prikrivanje le za primere, ko so prepričani, da bo prišlo do večje škode pri razkritju resnice kot prikrivanju.

V nekaterih družbah je splošno sprejeto, da zdravnikova dolžnost informiranja pacienta ne zajema diagnoz neozdravljivih bolezni. Menijo, da bi taka informacija pacienta spravila v obup in mu zelo poslabšala preostale dni življenja v primerjavi z upanjem v ozdravitev. Po svetu ni malo družinskih članov pacientov, ki zdravnika prosijo, da ne pove pacientom, da umirajo. Zdravniki morajo upoštevati tako družbene kot osebne dejavnike ob sporočanju slabe novice, posebej o prihajajoči smrti. Kljub temu pa postaja pacientova pravica do privolitve po pojasnilu vedno širše sprejeta in zdravnikova primarna dolžnost je uveljavitev te pravice.

Vzporedno z naraščajočim dojemanjem zdravstvene nege kot potrošnega izdelka in pacientov kot potrošnikov, pacienti in njihove družine neredko zahtevajo dostop do zdravstvenih storitev, ki se zdravnikom ne zdijo primerne. Primeri segajo od zahteve po

antibiotikih pri virusni okužbi do intenzivne terapije pri možgansko mrtvih pacientih in do obetavnih, a nepreverjenih zdravil ali operativnih posegov. Nekateri pacienti zahtevajo 'pravico' do katerekoli medicinske storitve, ki jim bo po njihovem koristila in pogosto zdravniki prehitro popustijo, četudi so prepričani, da določena storitev ne bo v ničemer koristila pacientovemu stanju. Ta problem je pereč posebej tam, kjer so sredstva omejena ter nesmiselna ali nekoristna terapija enega pacienta pomeni, da drugi ostane brez zdravljenja

Kako naj razumemo **nesmiselno** ali **nekoristno** ravnanje? V nekaterih primerih zdravnik lahko presodi, da je zdravljenje medicinsko brezplodno ali nekoristno, ker ne predstavlja nobenega razumnega upanja okrevanja ali izboljšanja ali ker je pacient trajno nezmožen izkusiti korist. V drugih primerih je uporabnost in korist zdravljenja določena le preko pacientove subjektivne ocene splošnega počutja. Splošno pravilo je, da naj bo pacient vključen v določanje smiselnosti zdravljenja. V izjemnih primerih taka diskusija ni v pacientovem najboljšem interesu. Zdravnik ni dolžan pacientu ponuditi nesmiselnega ali nekoristnega zdravljenja.

Načelo privolitve po pojasnilu vključuje pacientovo pravico do izbire med možnostmi zdravljenja, ki jih je predstavil zdravnik. V etiki, pravu in javni politiki ni soglasja o tem, do katere mere imajo pacienti in njihove družine pravico do storitev, ki jih zdravnik ne priporoča. Dokler to področje ni urejeno s strani vlad, ponudnikov zdravstvenega zavarovanja in/ali strokovnih organizacij, so se posamezni zdravniki primorani sami odločiti, kako bodo pristopili k zahtevam po neprimernem zdravljenju. Take zahteve naj zavrnejo, če so prepričani, da bo zdravljenje storilo več škode kot koristi. Svobodno naj tudi zavrnejo

“Zdravnik ni dolžan pacientu ponuditi nesmiselnega ali nekoristnega zdravljenja”

medical ethics

“Ali imajo pacienti pravico do storitev, ki jim jih zdravnik ni priporočil?”

Laeknisircešileg sišircešil

verjetno nekoristno zdravljenje, četudi ni škodljivo, čeprav pri tem ne smemo pozabiti na učinek placeba. Kadar so problem omejena sredstva, naj na to opozorijo tiste, ki so zadolženi za dodeljevanje sredstev.

ODLOČANJE V PRIMERU PACIENTA, NEZMOŽNEGA ODLOČANJA

Mnogi bolniki ne morejo sami sprejemati odločitev. To so na primer mlajši otroci, posamezniki s psihiatričnimi in nevrološkiimi boleznimi ter tisti, ki so začasno nezavestni ali komatozni. Ti pacienti potrebujejo ljudi, ki bodo sprejemali odločitve namesto njih, bodisi da je to njihov zdravnik ali katera druga oseba. Ob izbiri pacientovega zastopnika in o kriterijih za nadomestno odločanje se lahko pojavi več etičnih vprašanj.

Ko je prevladoval medicinski paternalizem, je bil zdravnik primerna izbira za odločanje o obravnavi nezmožnega pacienta. Zdravniki so se lahko posvetovali z družinskimi člani o možnostih zdravljenja, vendar je bila končna odločitev vedno zdravnikova. Ta pravica se je v mnogih državah začela počasi izgubljati, ko so pacienti pridobili možnost imenovati svojega zastopnika za primer, da bodo nezmožni odločanja. Nekatere države celo navajajo primerne zastopnike v prioritetenem redu (na primer mož/žena, odrasli otroci, brat/sestra...). V teh primerih ima zdravnik možnost odločanja namesto pacienta le v primerih, ko zastopnika ni mogoče najti, kar se velikokrat zgodi v urgentnih situacijah. **Deklaracija o pravicah pacienta** Svetovnega zdravniškega združenja navaja zdravnikovo odločanje takole:

Če je pacient nezavesten ali drugače nezmožen izraziti svojo voljo, moramo pridobiti privolitev zakonitega zastopnika, kadar je to mogoče. Če zastopnik ni dosegljiv, pacient pa je v

življenjski nevarnosti, se lahko privolitev pacienta predvideva, razen če ni očitno in na osnovi pacientovih prejšnjih izražanih nedvoumno, da bi medicinsko intervencijo zavrnil.

Težave nastanejo, kadar se pojavijo nestrinjanja glede zdravljenja med več zakonitimi zastopniki (na primer družinskimi člani), ali kadar zakoniti zastopniki sprejmejo odločitev, ki po zdravnikovem mnenju ni najboljša za pacienta. V prvem primeru lahko zdravnik posreduje kot mediator, če spor še vedno ostaja, pa ga lahko reši tako, da odločanje prevzame najstarejši član ali da odloči glasovanje. V drugem primeru, pri hujšem sporu med zastopnikom in zdravnikom, pa **Deklaracija o pravicah pacienta** pravi: "Če pacientov zastopnik zahteva zdravljenje, ki po zdravnikovem mnenju ni v najboljšem interesu pacienta, naj zdravnik spodbija odločitev po pravni ali drugi poti."

Načela in postopki posredovanja informacij bolniku, ki so bili predstavljeni v prejšnjem poglavju, se nanašajo tudi na zastopnikovo odločanje. Zdravniki imajo isto pojasnilo dolžnost kot do pacienta tudi do zastopnika. To vključuje pojasnjevanje zahtevnih medicinskih diagnoz, prognoz in režimov zdravljenja v enostavnem jeziku, ki zagotavlja, da zastopnik razume vse možnosti zdravljenja, vključno s prednostmi in slabostmi vsakega od njih. Zdravnik je dolžan odgovoriti tudi na vsa morebitna vprašanja ter biti razumevajoč do vseh odločitev, ki jih sprejme zastopnik in do razlogov, ki so pripeljali do te odločitve.

Glavni dejavnik pri odločitvi o zdravljenju so pacientove želje, če so te znane. Želje so lahko zapisane v vnaprejšnjem navodilu ali pa so bile ustno sporočene zastopniku, zdravniku ali drugemu članu zdravstvene ekipe. Kadar želje pacienta niso znane, morajo biti odločitve zdravljenja sprejete v dobrobit pacienta, upoštevajoč: (a) pacientovo diagnozo in prognozo; (b) poznane pacientove vrednote; (c) informacije, pridobljene od pacientovih bližnjih oseb;

(č) pacientovo kulturo in religijo, ki lahko vplivata na odločitev o zdravljenju. Ta pristop je manj zanesljiv od bolnikovih vnaprejšnjih navodil, vendar pa pomaga zastopniku pri sklepanju, kako bi se v luči drugih bolnikovih življenjskih odločitev bolnik odločil v trenutni situaciji.

Sposobnost odločanja je zelo težko oceniti, še posebej pri mladih ljudeh ter tistih, ki so jim akutne ali kronične bolezni omejele zmožnost premisleka. Oseba je lahko zmožna odločati o nekaterih okoliščinah

“Glede na njegovo razumevanje mora biti pacient v odločanje vpleten v največji možni meri”

etika medica

svojega življenja, o drugih pa ne; zmožnost je prav tako lahko nestalna – pacient je lahko bister in orientiran v določenem času dneva, v drugem pa ne. Čeprav je takšna oseba pravno gledano lahko nezmožna odločanja, naj bodo njene želje upoštevane, ko se sprejemajo odločitve. **Deklaracija**

o pravicah pacienta o tem pravi: “Če je

pacient mladoleten ali drugače nezmožen odločanja, je v nekaterih pravnih ureditvah potrebna privolitev zakonitega zastopnika. Kljub temu mora biti glede na njegovo razumevanje pacient v odločanje vpleten v največji možni meri.”

Zaradi slabega zdravstvenega stanja se pacienti pogosto ne morejo razumno odločati. Še vedno pa lahko zavračajo medicinski poseg, kot je na primer vzpostavitev intravenskega hranjenja. V teh primerih moramo zavrnitev vzeti skrajno resno ter jo upoštevati pri nadaljnjem načrtovanju zdravljenja.

Posebej težke etične dileme so ob psihiatričnih in nevroloških pacientih, ki predstavljajo nevarnost sami sebi ali drugim. Do največje možne mere moramo spoštovati njihove pravice, še posebej pravico do svobode. Kljub temu morajo biti včasih prisilno hospitalizirani, da ne bi škodovali sebi ali drugim. Razlikovati moramo med prisilno

hospitalizacijo in prisilnim zdravljenjem. Nekateri varuhi pacientovih pravic zagovarjajo možnost zavrnitve zdravljenja pri teh pacientih, tudi če to pomeni prisilno hospitalizacijo. Razumen razlog zavrnitve zdravljenja je lahko negativna izkušnja z zdravlili v preteklosti, na primer resni stranski učinki psihotropnih zdravil. Ko zdravnik za takega bolnika odloča kot njegov zastopnik, mora tudi oceniti, ali takšen pacient res sebi in drugim predstavlja nevarnost in ne le nevšečnost. Prav tako je potrebno poizvedeti o pacientovih željah glede zdravljenja in o vzrokih za njegovo izbiro, čeprav je ni mogoče vedno izpolniti.

ZAUPNOST

Že od Hipokratovih časov je zaupnost pacientovih podatkov eden izmed temeljev zdravniške etike. Hipokratova zaprisega pravi, "da bom molčal o vsem, kar bom pri izvrševanju prakse ali tudi izven nje videl ali slišal o življenju in vedenju ljudi in česar ne gre obešati na veliki zvon, ker sem mnenja, da je take reči treba ohraniti zase kot skrivnost". Zapisega, in tudi nekatere

"V določenih okoliščinah ni neetično razkrivanje osebnih podatkov."

novejše različice, ne dopuščajo izjem pri zaupnosti. Vendar pa nekateri drugi kodeksi zavračajo absolutistični pristop k zaupnosti. Mednarodni kodeks zdravniške etike SZZ navaja: "Etično je razkriti zaupne podatke, kadar pacient to dovoljuje ali kadar obstaja resna in neposredna nevarnost za

bolnika ali za druge in to nevarnost lahko odstranimo le s prekršitvijo zasebnosti". Spoznanje, da je kršitev zaupnosti včasih upravičena, pa zahteva, da si podrobneje osvetlimo osnove načela zaupnosti.

Pomen, ki ga dajemo zaupnosti, ima tri vire: avtonomijo, spoštovanje do drugih in zaupanje. Avtonomija je z zaupnostjo povezava preko

razumevanja, da osebne informacije pripadajo posamezniku in jih ni dovoljeno razkriti drugim brez njegovega soglasja. Ko posameznik razkrije osebne informacije drugemu, na primer zdravniku ali sestri, ali kadar se informacije razkrijejo ob rezultatih medicinskih testov, so seznanjeni vezani k zaupnosti, dokler jim prizadeti ne dovoli drugače.

Zaupnost je pomembna tudi zato, ker si osebe zaslužijo spoštovanje. Pomemben način izkazovanja spoštovanja je varovanje njihove zasebnosti. V zdravstvenem okolju je zasebnost večkrat ogrožena, vendar je to le razlog več, da se preprečijo dodatni nepotrebni vdori v zasebno življenje posameznika. Ker se posamezniki tudi razlikujejo v svoji želji po zasebnosti, ne moremo predvidevati, da si vsi želijo biti obravnavani tako, kot bi si želeli biti mi. Posebej pozorni moramo biti, katere informacije želi pacient razkriti in katere obdržati zase.

Zaupanje je bistveni del razmerja med zdravnikom in bolnikom. Da bi bili deležni zdravstvene oskrbe, morajo pacienti osebne podatke – podatke, za katere ne bi želeli, da jih poznajo tudi drugi – razkriti zdravniku in drugim, ki so lahko popolni tujci. Prepričani morajo biti, da zdravstveni delavci spoštujejo etične in pravne standarde zaupnosti in da se na njihovo spoštovanje zaupnosti lahko zanesejo. Brez zagotovila zaupnosti lahko pacienti pomembnih informacij ne razkrijejo, to pa lahko ovira učinkovitost zdravstvene obravnave ali doseganje ciljev s področja javnega zdravja.

Deklaracija o pravicah pacienta SZZ takole povzema pacientovo pravico do zaupnosti:

- Vse informacije o pacientovem zdravju, zdravstvenem stanju, diagnozi, prognozi, zdravljenju in druge informacije zasebne narave morajo ostati zaupne, tudi po smrti pacienta. Izjemoma lahko potomci dostopajo do informacij, ki se dotikajo tveganja za njihovo lastno zdravje.
- Zaupne informacije so lahko razkrite le s privolitvijo

pacienta ali na pravni osnovi. Če pacient ni dal izrecnega dovoljenja, so informacije lahko razkrite le tistim med ostalimi zdravstvenimi delavci, ki to morajo vedeti ...

- Vsi podatki, ki bi lahko razkrili identiteto pacienta, morajo biti varovani. Varovanje mora biti prilagojeno načinu shranjevanja podatkov. Na enak način morajo biti zavarovani tudi biološki vzorci.

Kot navaja ta deklaracija, obstajajo določene izjeme glede ohranitve zaupnosti. Nekatere izmed teh so relativno neproblematične, medtem ko druge lahko predstavljajo zdravnikom zelo težke etične dileme.

Rutinske kršitve zaupnosti se pojavljajo pogosto v večini zdravstvenih ustanov. Mnogi posamezniki - zdravniki, medicinske sestre, laboratorijski tehniki, študenti, itd. – zahtevajo dostop do pacientovih zdravstvenih kartotek, da lahko zagotovijo ustrezno oskrbo pacienta, študentje pa se na ta način učijo medicinske prakse. Kadar pacienti govorijo drugačen jezik kot njihovo zdravstveno osebje, je potreben prevajalec za zagotovitev lažje komunikacije. V primerih, kadar pacient sam ni zmožen odločati o svojem zdravstvenem stanju, je potrebno o stanju pacienta obvestiti druge posameznike, da lahko ti sprejemajo odločitve v njihovem imenu in skrbijo za njih. Zdravniki rutinsko obveščajo družinske člane o vzrokih smrti pri preminuli osebi. Tovrstne kršitve zaupnosti so po navadi utemeljene, vendar naj se uporabljajo kolikor se da v omejenem obsegu. Prav tako je potrebno osebo, ki smo ji posredovali zaupne informacije poučiti, da teh informacij ne sme posredovati naprej več kot je to potrebno za pacientovo ali svojčevo dobrobit. Kadar je le možno, bi morali biti pacienti obveščeni o takšnih kršitvah.

Eden izmed splošno sprejetih razlogov za kršitev zaupnosti je izpolnitev zakonskih zahtev. Številne države imajo na primer zakone, ki zapovedujejo poročanje o pacientih, ki imajo določene bolezni,

ki niso zmožni voziti, ter tistih, ki so osumljeni zlorabe otrok. Tako morajo zdravniki poznati zakonske zahteve o razkritju pacientovih podatkov. Vendar so zakonske zahteve lahko v nasprotju s spoštovanjem človekovih pravic, ki so osnova medicinske etike. Zdravniki morajo zato kritično oceniti vsako zakonsko zahtevo o kršitvi zaupnosti ter sami presoditi, ali je kršitev zaupnosti upravičena, preden to storijo.

“...zdravniki morajo kritično oceniti vsako zakonsko zahtevo o kršitvi zaupnosti ter sami presoditi, ali je kršitev zaupnosti upravičena, preden to storijo.”

Journal of Medical Ethics

Če so zdravniki prepričani, da je potrebno izpolniti zakonsko zahtevo o razkritju pacientovih zdravstvenih podatkov, je zaželeno, da se o nujnosti razkritja podatkov s pacientom pogovorijo in si tako pridobijo njegovo sodelovanje. Tako je na primer zaželeno, da bi pacient, ki je osumljen zlorabe otrok, ob prisotnosti zdravnika sam podal prijavo odgovornim organom za varstvo otrok, ali pa da bi zdravnik pridobil soglasje pacienta, preden bi obvestil odgovorne organe. Pri takšnem pristopu bo sodelovanje z bolnikom v bodoče lažje. Če pa pacient ni pripravljen sodelovati in zdravnik utemeljeno sumi, da bi vsakršno odlašanje obvestitve organov resno ogrozilo otroka, mora zdravnik takoj obvestiti organe za varstvo otrok ter naknadno obvestiti pacienta, da je to storil.

Poleg kršitev zaupnosti, ki jih nalaga izpolnitev zakonskih zahtev, imajo zdravniki včasih tudi etično dolžnost, da razkrijejo zaupne zdravstvene podatke pacienta osebam, ki so lahko ogrožene in v neposredni nevarnosti zaradi pacientovega zdravstvenega stanja. Do razkritja so zdravniki upravičeni, kadar na primer pacient pove psihiatru, da namerava poškodovati drugo osebo ali kadar je zdravnik prepričan, da namerava HIV pozitiven bolnik nadaljevati z nezaščitenimi spolnimi odnosi s svojim zakonskim partnerjem ali

z drugimi partnerji.

Kadar ta ni zakonsko zahtevana, so pogoji za prekršitev zaupnosti utemeljeni z domnevo, da bi bila pričakovana škoda v primeru varovanja podatkov neposredna, resna (ter nepopravljiva), neizogibna brez nepooblaščenega razkritja ter večja kakor škoda, ki bi jo lahko povzročilo razkritje zdravstvenih podatkov. Pri določanju razmerja med posameznimi oškodovanji mora zdravnik oceniti ter primerjati resnost škode ter verjetnost njenega pojava. Kadar zdravnik ostaja v dvomu, je primerno, da o tem poišče strokovni nasvet.

V primeru zdravnikove presoje, da je nepooblaščno razkritje podatkov upravičeno, mora sprejeti dve nadaljnji odločitvi. Koga naj obvesti? Koliko naj razkrije? Načeloma naj bi razkritje vsebovalo le tiste informacije, ki so nujne za preprečitev morebitne škode ter naj bi se posredovalo le tistim osebam, ki potrebujejo te informacije za preprečitev škode. Pri tem mora zdravnik sprejeti razumne ukrepe, s katerimi minimalizira povzročeno škodo ter zamero s strani pacienta, ki se lahko pojavi zaradi razkritja podatkov. Zdravnik naj obvesti pacienta, da namerava zaradi lastne varnosti pacienta ter morebitnih potencialnih žrtev kršiti zaupnost razkritja podatkov. Če je le mogoče, naj ob tem pridobi pacientovo sodelovanje.

V primeru HIV pozitivnega pacienta razkritje podatkov zakonskemu partnerju ali trenutnemu spolnemu partnerju ni neetično, ampak je celo upravičeno, kadar pacient o tem ne želi sam obvestiti neposredno ogroženih partnerjev. Za takšno razkritje podatkov morajo biti izpolnjeni vsi izmed naštetih pogojev: pacientov partner je neposredno ogrožen z infekcijo s HIV in nima nobenih drugih možnosti za ugotovitev ogroženosti; pacient je odklonil, da bi o svojem stanju obvestil svojega spolnega partnerja; pacient je zavrnil ponudbo zdravnika, da bi v njegovem imenu obvestil spolnega partnerja; zdravnik je obvestil pacienta o svoji nameri

razkritja podatkov njegovemu partnerju.

Zdravstvena oskrba osumljenih ter obtoženih kriminalcev predstavlja poseben izziv pri ohranjanju zaupnosti. Čeprav imajo pacienti v priporu omejeno neodvisnost, se morajo zdravniki potruditi, da te paciente obravnavajo enako kakor vse ostale. Posebej se morajo potruditi, da varujejo pacientovo zaupnost s tem, da ne razkrivajo podatkov o zdravstvenem stanju pacienta nadrejenim v zaporu, ne da bi v to privolil pacient.

VPRAŠANJA OB PRIČETKU ŽIVLJENJA

Mnoge izmed največjih dilem v medicinski etiki se nanašajo na pričetek človeškega življenja. Zaradi omejenega obsega priručnika teh dilem tukaj ne moremo podrobno obravnavati, vendar je zelo pomembno, da jih navedemo in prepoznamo kot bistveno etične. Vse te dileme so že obsežno obravnavala zdravniška združenja, etični ter vladni svetovalni organi, v mnogih državah pa so sprejeli tudi posebne zakone, predpise ter smernice.

- **KONTRACEPCIJA** – čeprav v zadnjem času narašča mednarodno zavedanje o pravicah žensk glede nadzora njihove plodnosti, vključno s preprečevanjem neželenih nosečnosti, se zdravniki še vedno srečujejo s težkimi etičnimi dilemami, kot so prošnje za predpis kontraceptivov mladoletnicam ter obrazložitev tveganj pri različnih metodah kontracepcije.
- **OPLODITEV Z BIOMEDICINSKO POMOČJO** – za pare (in posameznice), ki niso zmožni zanositi po naravni poti, obstaja več različnih tehnik oploditve z biomedicinsko pomočjo. Umetno oploditev, oploditev in vitro ter implantacijo oz. prenos zarodka izvajajo v večjih zdravstvenih ustanovah. Alternativno možnost predstavlja tudi donositev otroka s pomočjo nadomestne matere. Pri

vseh navedenih postopkih naletimo na etična vprašanja tako pri ocenjevanju posamičnih primerov kot tudi pri sprejemljivosti na nivoju družbe. Svetovno zdravniško združenje v **Stališču do oploditve z biomedicinsko pomočjo** iz leta 2006 navaja, da "čeprav lahko dosežemo soglasje glede določenih vprašanj, obstajajo temeljne razlike v mnenjih, ki jih ni mogoče preseči." V izjavi so tako prepoznana področja strinjanja, hkrati pa so poudarjena vprašanja, pri katerih soglasja ni mogoče doseči.

- **PRENATALNO GENETSKO PRESEJANJE** – z genetskimi presejalnimi testi lahko ugotovimo, ali ima zarodek ali fetus katero izmed določenih genetskih nepravilnosti, prav tako lahko ugotovimo spol otroka. Glede na rezultate testa lahko sprejmemo odločitve o prekinitvi nosečnosti. Zdravniki morajo presoditi, kdaj in komu ponuditi genetsko presejanje in kako obrazložiti rezultate.
- **SPLAV** – že dolgo velja za eno izmed najbolj razdvajajočih dilem medicinske etike, tako za zdravnike kot za javnost in za organe oblasti. V **Izjavi o terapevtskem splavu** SZZ prepoznava deljenost mnenj in prepričanj ter zaključuje, da "je to stvar posameznikovega prepričanja in vesti in da je to potrebno spoštovati."
- **EKSTREMNO OGROŽENI NOVOROJENČKI** – zaradi ekstremne nezrelosti ali prirojenih nepravilnosti imajo nekateri nedonošenčki zelo slabo napoved za preživetje. Pogosto smo pred težko odločitvijo, ali naj poskusimo podaljšati življenje takšnih novorojenčkov ali jim pustimo umreti.
- **RAZISKOVANJE** – sem spada priprava novih embrijev ali uporaba 'rezervnih' embrijev (ki niso bili uporabljeni pri oploditvi) za namene pridobitve matičnih celic za

potencialno terapevtsko uporabo, za testiranje novih tehnik oploditve in za raziskave na fetusih.

VPRAŠANJA OB KONCU ŽIVLJENJA

Dileme ob koncu življenja so zelo obsežne in segajo od poskusov podaljševanja življenja umirajočih pacientov s pomočjo visoko eksperimentalnih načinov, kot je na primer vsaditev živalskih organov, pa do prizadevanj predčasnega končanja življenja s pomočjo evtanazije ter zdravniške pomoči pri samomoru. Med temi skrajnostmi pa je mnogo polemik glede uporabe ali opustitve zdravljenja, ki bi lahko podaljšalo življenje, glede oskrbe terminalno bolnih pacientov ter glede uporabe vnaprejšnjih navodil. Dve vprašanji zaslužitata posebno pozornost: evtanazija ter zdravniška pomoč pri samomoru.

- **EVTANAZIJA** pomeni zavedno in namerno izvedbo dejanja, ki je očitno namenjeno za končanje življenja druge osebe in vključuje sledeče elemente: pacient je prištevna, informirana oseba z neozdravljivo boleznijo, ki je sama prostovoljno zaprosila za končanje svojega življenja; oseba, ki izvaja evtanazijo, pozna pacientovo stanje in njegovo željo po končanju življenja ter izvede evtanazijo s primarnim namenom končati življenje te osebe; dejanje evtanazije izvede s sočutjem in brez osebnega okoriščanja.
- **POMOČ PRI SAMOMORU** pomeni zavedno in namerno posredovanje znanja in/ali sredstev za izvršitev samomora pri pacientu ter vključuje svetovanje glede smrtnih odmerkov zdravil, predpis takšnih odmerkov ali posredovanje zdravil.

Evtanazijo in zdravniško pomoč pri samomoru pogosto obravnavajo kot etično enakopravni dejanji, čeprav obstaja med njima očitna razlika v izvedbi, v zakonodajah nekaterih držav pa tudi v pravni opredelitvi.

Glede na definicije moramo evtanazijo ter samomor z zdravniško pomočjo razlikovati od opustitve ali prekinitve neprimernega, nesmiselnega ali neželenega zdravljenja ter od sočutne paliativne oskrbe, četudi bi navedeni postopki pripomogli k skrajšanju življenja.

Vzrok zahtevam za prekinitve življenja s pomočjo evtanazije ali pomoči pri samomoru so bolečine ali trpljenje, ki je s stališča bolnika neznosno: raje bi umrli, kot pa živeli v takšnih okoliščinah. Mnogi pacienti menijo, da imajo pravico umreti, če si to želijo in prav tako menijo, da imajo pravico do pomoči pri končanju življenja. Pri tem naj bi bili zdravniki najbolj primerni za končanje življenja, saj s svojim znanjem in z dostopom do ustreznih zdravil lahko poskrbijo za hitro in nebolečo smrt.

Zdravniki so upravičeno zadržani pri izvajanju evtanazije in pomoči pri samomoru, četudi je to želja pacienta, saj je to proti zakonom večine držav ter je prepovedano v večini zdravniških etičnih kodeksih. Ta prepoved je del Hipokratove prisege in jo je SZZ leta 2005 ponovno poudarila v "Stališču o pomoči pri samomoru" in v "Deklaraciji o evtanaziji". Slednji dokument navaja:

Evtanazija, ki je dejanje namernega končanja bolnikovega življenja, četudi na bolnikovo lastno zahtevo ali zahtevo bližnjih sorodnikov, je neetična. To ne preprečuje zdravniku, da ne bi spoštoval bolnikove želje po naravnem procesu smrti v zadnjem obdobju bolezni.

Zavrnitev evtanazije ali pomoči pri samomoru ne pomeni, da zdravnik ne more ničesar storiti za bolnika z življenje ogrožujočo napredovalo boleznijo, za katero zdravljenje z namenom ozdravitve ni primerno. **Beneška deklaracija o neozdravljivih boleznih** (SZZ, 2006) in **Deklaracija o zdravniški oskrbi ob koncu življenja** (SZZ, 2011) dajeta smernice za pomoč takšnim bolnikom, še posebej s sredstvi paliativne oskrbe. V zadnjih letih smo priča velikemu

napredku paliativne medicine pri lajšanju bolečin in trpljenja ter izboljšanju kvalitete življenja. Paliativna oskrba je primerna za bolnike vseh starosti, od otrok z rakom do starostnikov, ki se bližajo koncu življenja. Nadzorovanje bolečine je en vidik paliativne oskrbe, ki mu moramo nameniti več pozornosti. Zdravniki, ki skrbijo za umirajoče bolnike, bi morali poskrbeti, da imajo ustrezne veščine s tega področja in možnost posvetov s specialisti paliativne oskrbe. Tudi ko vzročno zdravljenje ni več primerno, zdravniki ne smejo zapustiti umirajočih bolnikov, ampak jim morajo še naprej nuditi sočutno oskrbo.

“Tudi ko vzročno zdravljenje ni več primerno, zdravniki ne smejo zapustiti umirajočih bolnikov, ampak jim morajo še naprej nuditi sočutno oskrbo.”

Bližanje smrti predstavlja mnogo drugih etičnih izzivov za bolnike, za skrbnike, ki namesto bolnikov sprejemajo odločitve in za zdravnike. Možnost podaljševanja življenja z zdravili, oživljanji, radiološkimi posegi in intenzivno nego zahteva odločitve o tem, kdaj začeti to zdravljenje in

kdaj ga končati, če ni uspeha.

Kot smo že povedali pri komunikaciji in soglasju, imajo opravilno sposobni bolniki pravico zavrniti kakršnokoli zdravljenje, četudi bi se ta zavrnitev končala z njihovo smrtjo. Posamezniki se močno razlikujejo v svojem odnosu do umiranja in smrti. Nekateri bi naredili vse, da bi podaljšali svoje življenje, ne glede na bolečino in trpljenje. Drugi sprejemajo smrt in zavračajo tudi enostavne ukrepe, ki bi jih obdržali pri življenju, kot so antibiotiki pri bakterijski pljučnici. Potem ko se zdravnik potruzi in poda pacientu informacije o možnem zdravljenju in možnostih za uspeh, mora spoštovati bolnikovo odločitev o začetku ali nadaljevanju katerega koli zdravljenja.

Še večje težave predstavljajo vprašanja ob koncu življenja za bolnike, ki odločitve niso sposobni sami sprejeti. Če je bolnik jasno

vnaprej izrazil svoje želje z navodili, bo odločitev lažja, čeprav so takšna navodila pogosto zelo nejasna in moramo pri njihovi razlagi upoštevati bolnikovo trenutno stanje. Če bolnik ni jasno izrazil svoje želje, mora skrbnik glede odločitve o zdravljenju uporabiti drug kriterij in slediti najboljšemu interesu bolnika.

NAZAJ K PRIMERU

Glede na analizo odnosa med zdravnikom in bolnikom, predstavljenim v tem poglavju, je bil postopek dr. P pomanjkljiv v več pogledih: (1) KOMUNIKACIJA – ni se niti poskušal pogovarjati z bolnico o vzroku njenega stanja, o možnostih zdravljenja ali o njenih možnosti, da bi okrevala v bolnišnici; (2) PRIVOLITEV – ni pridobil njenega soglasja za zdravljenje; (3) SOČUTJE – njegovo ravnanje je kazalo na pomanjkanje sočutja zaradi njenih hudih težav. Morda je bilo njegovo kirurško zdravljenje visoko kompetentno in morda je bil utrujen ob koncu dolgega delavnika, a to ne opraviči pomanjkljivosti v etičnem ravnanju.

TRETJE POGLAVJE – ZDRAVNIKI IN DRUŽBA



AIDS je med nami

© Gideon Mendel/CORBIS



CILJI

Po tem poglavju naj bi znali:

- prepoznati nasprotja med zdravnikovimi obveznostmi do bolnika in do družbe ter ugotoviti razloge za ta nasprotja
- prepoznati in se spoprijeti z etičnimi problemi zaradi dodeljevanja nezadostnih sredstev za zdravstvo
- prepoznati zdravnikovo odgovornost za javno in globalno zdravje.

ŠTUDIJA PRIMERA #2

Dr. S postaja vse bolj nejevoljna zaradi bolnikov, ki pridejo k njej bodisi pred ali po posvetu z drugim zdravnikom glede istega stanja. Po njenem mnenju je to nepotrebno trošenje zdravstvenih virov, ki ne koristi zdravju pacientov. Bolnikom namerava povedati, da jih ne bo več zdravila, v kolikor bodo zaradi istega obolenja še naprej obiskovali druge zdravnike. Preko državnega zdravniškega združenja bo sprožila pobudo, da se prepreči te oblike potrate zdravstvenih virov.

KAJ JE POSEBNEGA V ODNOSU ZDRAVNIK – DRUŽBA?

Zdravniški poklic ne vključuje samo odnosa med zdravnikom in bolnikom, o čemer smo razpravljali v drugem poglavju ter odnosa z zdravstvenimi sodelavci, kar bo obravnavano v četrtem poglavju. Vključuje tudi odnos z družbo. Ta odnos označuje *družbeni dogovor*, kjer družba poklicu zagotavlja privilegije, kot so izključna ali primarna odgovornost za določena dela in visoka stopnja samoregulacije. V zameno se poklicna skupina strinja, da uporablja te privilegije prvenstveno za dobrobit ostalih in le na drugem mestu za svoje lastne ugodnosti.

Medicina je danes bolj kot kdaj koli prej družbena in ne toliko ozko individualna dejavnost. Pri svojem delu se navezuje na vlado, na ustanove in na zagotavljanje sredstev. V zvezi z znanjem in zdravljenjem se opira na javne in zasebne medicinske raziskave ter na razvoj novih izdelkov. Za večino postopkov potrebuje kompleksne zdravstvene ustanove. Zdravi bolezni, ki so v enaki meri socialnega

kot biološkega izvora.

Hipokratova medicinska etika daje le malo smernic glede odnosa z družbo.

S tem, kar presega individualen odnos bolnik – zdravnik, se ukvarja sodobna medicinska etika, ki ponuja kriterije in postopke, kako se spoprijeti z novimi izzivi.

“Medicina je danes bolj kot kadarkoli prej družbena in ne toliko ozko individualna dejavnost.”

medicinska etika

Ko govorimo o družbenem značaju medicine, se nam postavi vprašanje – kaj je družba? V tem priručniku s to besedo označujemo skupnost ali narod. To ni sinonim za državo; država bi morala predstavljati interese družbe, pa tega pogosto ne dela. In tudi če tako deluje, države delujejo **za** družbo, ne **kot** družba.

Zdravniki imajo mnogo različnih odnosov z družbo. Družba in njeno fizično okolje so pomembni dejavniki za zdravje pacientov. Tako zdravniški poklic v splošnem kot tudi posamični zdravniki imajo pomembno vlogo pri javnem zdravju, zdravstveni izobrazbi, varstvu okolja, zakonih, ki se tičejo zdravja ali dobrobiti skupnosti in pričevanju pri sodnih procesih. Kot pravi Deklaracija o pravicah pacienta SZZ: “Kadar zakonodaja, dejanja vlade ali katerakoli uprava ali ustanova bolnikom odrekajo njihove pravice, si morajo zdravniki prizadevati, da bolnikom pravice zagotovijo ali povrnejo.” Zdravniki prav tako prevzemajo pomembno vlogo pri delitvi omejenih družbenih sredstev namenjenih zdravstvu, zato je včasih dolžni bolniku odreči dostop do zdravstvenih storitev, do katerih ni upravičen. To lahko vodi do etične dileme, še posebej kadar se zdi, da je družbeni interes v nasprotju z interesom posameznega bolnika.

DVOJNA ODGOVORNOST

Kadar je zdravnik odgovorno zavezan tako svojim pacientom kot tudi tretji strani in kadar odgovornost do vseh vpletenih ne sovпада, se zdravnik znajde v situaciji dvojne odgovornosti. Tretja stran so lahko država, delodajalci (na primer bolnišnice in zdravstvene organizacije), zavarovalnica, vojska, policija, uprava zaporov in družinski člani. Čeprav je v **Mednarodnem kodeksu medicinske etike** Svetovnega zdravniškega združenja zapisano: "Zdravnik mora biti popolnoma predan svojemu pacientu", je splošno sprejeto, da zdravniki lahko v izjemnih situacijah postavijo interese drugih nad dobrobit pacienta. Velik etični izziv predstavlja vprašanje, kdaj in kako zaščititi pacienta pred takimi vplivi tretje strani.

Spekter dvojne odgovornosti sega od takih situacij, kjer ima jasno prednost družbeni interes, do tistih, kjer ima bolnikova dobrobit jasno prednost, vmes pa je veliko sivo območje, kjer za pravo odločitev potrebujemo tehten razmislek.

Na eni strani tega spektra so obvezne prijave bolnikov z vnaprej določenimi boleznimi, bolnikov, ki niso sposobni voziti ali tisti, ki jih

"...zdravniki lahko v izjemnih situacijah postavijo interese drugih nad dobrobit pacienta."

sumimo zlorabe otrok. Zdravniki bi morali brez oklevanja prijaviti takega bolnika in ga tudi seznaniti s tem, da bodo prijavo podali.

Na drugi strani pa so policijske, vojaške zahteve ali odredbe, ki zahtevajo zdravniško sodelovanje v dejanjih, ki kršijo osnovne človekove

pravice, kot je npr. mučenje. V **Resoluciji o odgovornosti zdravnikov glede prijave mučenja, krutega ali nehumanega ali ponižujočega ravnanja**, izdani leta 2007 pri SZZ, so napisani natančni napotki za zdravnike, ki se znajdejo v taki situaciji. Zdravniki naj ščitijo svojo poklicno neodvisnost in ugotovijo, kaj je najboljše za

etika médica

bolnika v taki situaciji. Kar najbolj naj se držijo normalnih etičnih pravil informiranega soglasja in načela zaupnosti. Vsaka kršitev teh pravil mora biti upravičena in mora biti pojasnjena tudi pacientu. Pri neupravičenem posegu v zdravstveno oskrbo bolnika in še posebej če so bile pri tem kršene osnovne človekove pravice, morajo zdravniki podati prijavo na ustrezne organe. V primeru, da se oblasti ne odzovejo, naj se obrnejo po pomoč na nacionalno zdravniško združenje, na SZZ in na organizacije za varstvo človekovih pravic.

Bližje sredini tega spektra so primeri zdravstvenih programov, ki omejujejo klinično avtonomijo zdravnika, da odloča o načinu zdravljenja svojega bolnika. Čeprav taki programi niso nujno v nasprotju z najboljšim interesom bolnika, pa to ni izključeno, zato mora zdravnik pretehtati, ali je sodelovanje v takem programu res primerno. Če so brez možnosti izbire - na primer, kadar ni alternativnega programa, morajo odločno zagovarjati najboljši interes svojega pacienta in se preko zdravniških združenj zavzeti tudi za vse podobne paciente, ki jim tak način omejevanja zdravljenja lahko škodi.

Posebna oblika dvojne odgovornosti je, kadar je zdravnik postavljen pred možno ali dejansko nasprotje interesov med komercialno organizacijo na eni strani in pacientom in/ali družbo na drugi. Farmacevtske družbe, proizvajalci medicinskih pripomočkov in druge komercialne organizacije pogosto ponujajo zdravniku darila in druge ugodnosti, od brezplačnih vzorcev do potovanj in udeležbe na kongresih, pa tudi do izdatne finančne podpore za raziskave (glej poglavje 5). Pogost skrit motiv za takšne velikodušne nagrade je prepričati zdravnike, da predpisujejo oziroma uporabljajo izdelek tega podjetja, ki pa ni nujno najboljši za pacienta in/ali lahko po

“Pri neupravičenem posegu v zdravstveno oskrbo bolnika in še posebej če so bile pri tem kršene osnovne človekove pravice, morajo zdravniki podati prijavo na ustrezne organe.”

医の倫理

nepotrebno zviša javne stroške za zdravstvo. Svetovno zdravniško združenje je leta 2009 sprejelo **“Stališče do odnosa med zdravniki in komercialnimi podjetji”**, ki daje navodila zdravnikom glede ravnanja v takšnem položaju, prav tako pa imajo mnoge državne zdravniške zveze tudi svoje smernice. Temeljno

“...zdravniki naj kakršnokoli nasprotje med zdravnikovimi in bolnikovimi interesi rešijo v korist pacienta.”

etično načelo v teh smernicah je, naj zdravniki kakršnokoli nasprotje med zdravnikovimi in bolnikovimi interesi rešijo v korist pacienta.

DODELITEV SREDSTEV

Povsod po svetu, vključno z najbogatejšimi državami, zeva naraščajoč prepad med potrebami in željami po zdravstvenih storitvah in sredstvi, ki so na voljo. Ta prepad zahteva racionalizacijo obstoječih sredstev, ki poteka na treh nivojih:

- Na najvišjem (makro) nivoju vlada odloča, kolikšen delež celotnega državnega denarja je namenjen zdravstvu. Odloča tudi, katere zdravstvene storitve bodo za vse državljane brezplačne in za katere bodo terjali plačilo od zavarovalnice, pri kateri je pacient zavarovan ali pa od bolnikov. Pri delitvi denarja znotraj zdravstvene blagajne vlada odloča o deležu denarja za plače zdravnikov, sester in drugih zdravstvenih delavcev, za naložbe in obratovalne stroške bolnišnic in drugih zdravstvenih ustanov, za raziskovanje, za izobraževanje medicinskega osebja, za zdravljenje specifičnih bolezni kot so tuberkuloza, AIDS in podobno.
- Na institucionalnem (srednjem) nivoju, v katerem so bolnišnice, klinike in zdravstvene zavarovalnice, vodilni odločajo, katere storitve bodo nudili, koliko denarja bodo porabili za osebje,

opremo, varnost, druge obratovalne stroške, obnovo, razširitve, itd.

- Na osebnem (mikro) nivoju ponudniki zdravstvenih storitev, še posebej zdravniki, presoajo, katere preiskave naročiti, potrebo po napotitvi bolnika k specialistu, potrebo po hospitalizaciji, izbiro med originalnim ali generičnim zdravilom, itd. Ocenili so, da so zdravniki odgovorni za 80% zdravstvenih stroškov in zato imajo navkljub uveljavljanju zavezujočih smernic še vedno pomembno vlogo pri presoji, kaj bo njihovim bolnikom na voljo.

Odločitve na vsakem izmed opisanih nivojev vsebujejo visoko etično komponento, saj so osnovane na vrednotah in imajo pomembne posledice za zdravje in dobro počutje posameznika in družbe. Čeprav so zdravniki del vseh treh nivojev, so najbolj vključeni v mikro nivo. Temu se bomo posvetili v naslednjih odstavkih.

Kot smo že omenili, naj bi se zdravniki tradicionalno odločali samo v korist svojega bolnika, ne glede na potrebe ostalih. Primarne etične vrednote sočutja, strokovne usposobljenosti in avtonomije so bile usmerjene k potrebam njihovih bolnikov. Tak individualistični pristop do zdravniške etike je preživel prehod iz časa zdravniškega paternalizma do obdobja pacientove avtonomije, kjer so želje bolnika glavni kriterij za odločanje, kakšne oskrbe bo bolnik deležen. Pred kratkim je tudi pravičnost postala eden izmed pomembnih kriterijev. Ta vključuje bolj socialno naravnan pristop do delitve sredstev in upošteva tudi potrebe drugih pacientov. V skladu s tem pristopom so zdravniki odgovorni ne samo za svoje bolnike, temveč do neke mere tudi za ostale.

Ta nova vloga zdravnika pri delitvi sredstev je izražena v mnogih državnih zdravniških etičnih kodeksih in tudi v **Deklaraciji o pravicah pacienta** Svetovnega zdravniškega združenja, kjer je zapisano: "V okoliščinah, kjer moramo izbirati bolnike za zdravljenje, ki ni vsem dostopno, so vsi bolniki upravičeni do pravičnega izbirnega

postopka. Odločitev mora biti nediskriminatorska in sprejeta na podlagi zdravstvenih kriterijev.”

Eden izmed načinov dobre prakse za odgovorno razdelitev sredstev je opuščanje potratnih in neučinkovitih postopkov, tudi če bolnik prosi zanje. Prevelika uporaba antibiotikov je samo en primer prakse, ki je potratna in hkrati tudi nevarna. Randomizirane klinične študije so pokazale, da so številni načini zdravljenja neučinkoviti. Za vrsto bolezni so na voljo klinične smernice, ki pomagajo razločevati med učinkovitim in neučinkovitim zdravljenjem. Zaradi manjše porabe sredstev in da bolniku nudijo optimalno terapijo, bi zdravniki morali poznati te smernice.

Oblika razporejanja sredstev so tudi zdravniške odločitve, kadar se odločajo med dvema ali več bolniki, ki potrebujejo nekaj, česar ni za vse dovolj, kot je urgentni nadzor, preostala postelja na oddelku za intenzivno terapijo, organi za transplantacijo, drage radiološke preiskave ali specifična zelo draga zdravila. Zdravniki, ki razpolagajo s temi sredstvi in se odločajo, kdo bo deležen teh sredstev in kdo ne, se morajo odločati z mislijo, da zavrženi bolniki lahko utrpijo večje posledice ali tudi umrejo.

“...zdravniki niso odgovorni le za svoje bolnike, temveč do neke mere tudi za ostale.

Nekateri zdravniki se soočajo z dodatnim bremenom pri razporeditvi sredstev, kadar je njihova dodatna vloga sestavljanje splošnih pravil, ki bodo posledično veljala tudi za njihove bolnike. Ta konflikt se zgodi v bolnišnicah in drugih ustanovah, kjer so zdravniki tudi na položajih odločanja ali so del odbora, kjer pravila sprejemajo ali spreminjajo. Čeprav se veliko zdravnikov trudi odgovorno opravljati to vlogo, pa se najdejo tudi takšni, ki bodo poskušali svoj položaj izkoristiti, da bodo prav njihovi bolniki dobili prednost pred drugimi bolniki z večjimi potrebami.

medizinische Ethik

Pri ukvarjanju z vprašanji razporeditve sredstev morajo zdravniki ne le upoštevati načeli sočutja in pravičnosti, pač pa se morajo tudi odločiti, kateri pristop k pravičnosti je boljši. Obstaja več takšnih pristopov, vključno z naštetimi:

“Eden izmed načinov dobre prakse za odgovorno razdelitev sredstev je opuščanje potratnih in neučinkovitih postopkov, tudi če bolnik prosi zanje.”

- **LIBERTARNI** – sredstva je treba razdeliti glede na tržna načela (izbira za vsakogar je odvisna od plačila, z omejeno oskrbo za revne);
- **UTILITARISTIČNI** – sredstva je treba razdeliti glede na načelo največje koristi za vse;
- **EGALITARNI** – sredstva je treba razdeliti izključno glede na potrebe;
- **RESTORATIVNI** – sredstva je treba razdeliti tako, da imajo prednost tisti, ki so bili v preteklosti prikrajšani.

Kot smo že zapisali, so zdravniki postopoma od tradicionalnega individualizma zdravniške etike, ki daje prednost libertarnemu pristopu prehajali k bolj družbenemu pojmovanju svoje vloge. Kot primer predstavljamo **Izjavo o dostopu do zdravstvenega varstva** SZZ: “Nikomur, ki potrebuje pomoč, mu ta ne sme biti odrečena zato, ker je ne more plačati. Družba ima odgovornost, da zagotovi podporo za tiste, ki so pomoči potrebni in zdravniki so v razumni meri dolžni sodelovati pri takšni oskrbi.” Čeprav libertarni pristop nima več splošne podpore, v razpravah o medicinski etiki še niso dosegli soglasja, kateri od ostalih treh pristopov je boljši. Razumljivo je, da vsak od njih vodi do drugačnih odločitev pri že prej omenjenih vprašanjih: pri odločanju o izboru preiskav, pri napotitvi k drugemu zdravniku, potrebi za sprejem v bolnišnico, pri odločanju

“...izbira ... bo odvisna od zdravnikove lastnih moralnih načel kot tudi od socialnega in političnega okolja, v katerem deluje.”

etiikka

Izbira med drugima dvema (ali tremi, če vključimo tudi libertarni pristop) bo odvisna od zdravnikovih moralnih načel kot tudi od socialnega in političnega okolja, v katerem deluje. Nekatere države, kot so ZDA, so bolj naklonjene libertarnemu pristopu; druge, kot je Švedska, so znane po egalitarizmu; medtem ko tretje, kot je Republika Južna Afrika, poskušajo uvesti restorativni pristop. Mnogo načrtovalcev zdravja promovira utilitarizem. Kljub razlikam v nacionalnih zdravstvenih sistemih pogosto obstajata hkrati dva ali več teh konceptov pravičnosti in v teh državah lahko zdravniki izbirajo obliko prakse (javno ali zasebno zdravstvo), ki se najbolj ujema z njihovim osebnim pristopom.

Poleg vloge, ki jo že imajo zdravniki pri razporejanju obstoječih zdravstvenih virov, imajo prav tako tudi odgovornost, da se zavzemajo za povečanje teh virov, kadar jih je premalo za vse potrebe bolnikov. Zdravniki preko svojih strokovnih združenj prepričujejo nosilce odločitev v vladi in drugod o obstoju teh potreb in predlagajo, kako jih najbolje zadovoljiti, tako v svoji državi kot tudi po svetu.

med originalnim in generičnim zdravilom, pri izbiri prejemnika organa za transplantacijo, itd. Uporaba utilitarnega pristopa je za posameznega zdravnika verjetno najtežja, ker zahteva veliko podatkov o verjetnih izidih različnih posegov in to ne le za zdravnikove paciente, pač pa tudi za vse druge.

“...zdravniki ... imajo odgovornost, da se zavzemajo za povečanje teh virov, kadar jih je premalo za vse potrebe bolnikov.”

lääketieteen etiikka

JAVNO ZDRAVJE

V medicini 20. stoletja so se na žalost pojavile delitve med 'javnim zdravjem' in drugo zdravstveno oskrbo ('zasebnim' ali 'individualnim' zdravjem). To je neprimerno, saj javnost sestavljajo posamezniki in ukrepi nastali za varovanje in krepitev javnega zdravja se odražajo v zdravstveni koristi posameznika.

Zmeda prav tako nastane, če pod 'javnim zdravjem' razumemo javno financirano zdravstveno oskrbo (zdravstvena oskrba, plačana preko davčnega sistema države ali iz obveznega zdravstvenega zavarovanja) in nanjo gledamo kot na nasprotje zasebno financiranemu zdravstvu (zdravstvena oskrba, ki jo plačuje posameznik neposredno ali preko zasebnega zdravstvenega zavarovanja in po navadi ni splošno dosegljiva).

Izraz 'javno zdravje', kot ga razumemo tukaj, se nanaša tako na zdravje prebivalstva kot tudi na medicinsko specializacijo, ki se ukvarja z zdravjem iz vidika prebivalstva in ne na individualni osnovi. V vsaki državi obstaja velika potreba po specialistih iz tega področja, da svetujejo in zagovarjajo javno politiko, ki promovira dobro zdravje, kot tudi za sodelovanje v dejavnostih za zaščito javnosti pred nalezljivimi boleznimi in pred drugimi nevarnostmi za zdravje. Praksa javnega zdravja (včasih imenovano tudi 'javnozdravstvena medicina' ali 'medicina skupnosti') ima močno znanstveno oporo v **epidemiologiji**, ki je veda o porazdelitvi in determinantah zdravja in bolezni v populacijah. Nekateri zdravniki se dodatno akademsko izobražujejo in postanejo zdravstveni epidemiologi. Prav vsi zdravniki pa se morajo zavedati socialnih in okoljskih dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje posameznih pacientov. **Izjava o promociji zdravja** SZZ ugotavlja: "Zdravniki in njihova strokovna združenja imajo etično dolžnost in profesionalno odgovornost, da ves čas delujejo v najboljšem interesu pacientov in da povezujejo to odgovornost s širšo skrbjo pri promociji in zagotavljanju javnega zdravja."

Ukrepi javnega zdravja, kot so organizacija cepljenja in urgentni odzivi na izbruhe nalezljivih bolezni, so pomembni dejavniki, ki vplivajo na zdravje posameznika, ob tem pa so družbeni dejavniki kot na primer bivanjske razmere, prehrana in zaposlitev enako, včasih tudi bolj pomembni. Zdravniki le redko lahko odpravijo socialne vzroke za posameznikove bolezni, vendar bi kljub temu morali napotiti bolnike k socialni službi, če je ta dostopna. Zdravniki pa vendar lahko prispevajo k dolgoročnim rešitvam teh problemov tako da sodelujejo v aktivnostih javnega zdravstva in zdravstvenega izobraževanja, spremljajo in poročajo o nevarnostih v okolju, prepoznavajo in javnost obveščajo o škodljivih učinkih socialnih problemov na zdravje, kot so zloraba in nasilje ter zagovarjajo izboljšave v službi javnega zdravstva.

Včasih lahko pridejo interesi javnega zdravja v konflikt z interesi posamičnega pacienta. Cepljenje, ki sicer posamezniku prinaša tveganje za neželjeno reakcijo, prepreči širjenje nalezljive bolezni. Do nasprotovanja med javnim in posameznikovim interesom prihaja, ko je potrebno uradno obvestilo o nekaterih nalezljivih boleznih, v primeru zlorabe otroka ali starejše osebe ali ob nesposobnosti za vožnjo avtomobila ali pilotiranje letala, kar bi bilo nevarno za to osebo kot tudi za druge. To so primeri dvojne odgovornosti. Postopke za reševanje takšnih in podobnih situacij smo opisali v 2. poglavju priročnika pod naslovom 'Zaupnost'. V splošnem bi morali zdravniki poskušati najti pot, da se čim bolj zmanjša škoda, ki bi jo lahko utrpel posamičen pacient kot posledico izpolnjevanja zahtev na področju javnega zdravja. Kadar je potrebno poročati, moramo v največji možni meri zaščititi pacientovo zasebnost, ob tem pa hkrati izpolniti zakonske zahteve.

“Prav vsi zdravniki se morajo zavedati socialnih in okoljskih dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje posameznih pacientov.”

Drugačen tip nasprotja med interesi posameznih pacientov in družbo se pojavi, ko zdravniki pomagajo pacientom, da pridobijo neupravičeno korist, na primer zavarovalnino ali bolniško odsotnost. Zdravnikom je bilo zaupano pooblastilo, da potrdijo, ali ima bolnik glede na zdravstveno stanje pravico do takšnih ugodnosti. Čeprav nekateri zdravniki ustrežejo zahtevi pacienta za potrdilo, ki jim ne pripada, bi bilo bolje, če bi namesto tega pomagali najti svojim pacientom drugo vrsto pomoči, ki ne zahteva neetičnega vedenja.

SVETOVNO ZDRAVJE

Spoznanje, da imajo zdravniki odgovornost do družbe, v kateri živijo, se je v zadnjih letih razširilo in zajema tudi odgovornost za svetovno zdravje. Ta izraz opredeljuje zdravstvene probleme, vprašanja in pomisleke, ki presegajo državne meje, na katere lahko vplivajo okoliščine ali izkušnje v drugih državah in ki jih je treba obravnavati s širšim sodelovanjem. Globalno zdravje je del precej večjega globalizacijskega gibanja, ki zajema izmenjavo informacij, trgovino, politiko, turizem in še veliko drugih človekovih dejavnosti.

Osnova globalizacije je spoznanje, da so posamezniki in družbe vedno bolj soodvisni. To je jasno vidno pri zdravju, kot se je pokazalo pri hitrem širjenju bolezni, kot sta gripa in SARS. Takšne epidemije zahtevajo mednarodno ukrepanje za njihov nadzor. Neuspeh zdravnika pri prepoznavi in zdravljenju visoko nalezljive bolezni v neki državi ima lahko uničujoče posledice za bolnike v drugih državah. Zaradi tega razloga etične dolžnosti zdravnikov segajo daleč preko posameznih pacientov in celo preko skupnosti in narodov.

Globalni pogled na zdravje vodi do vedno večjega zavedanja o razlikah v zdravju po celem svetu. Kljub velikim akcijam proti prezgodnji smrtnosti in izčrpavajoči obolevnosti v najbolj revnih državah, ki so se že izkazale za uspešne v primerih kot so

izkoreninjenje črnih koz, se razlika zdravstvenega stanja med bogatimi in revnimi državami še naprej večja. Razlog za to je delno HIV/AIDS, ki je pustil najhujše posledice v revnih državah, delno pa tudi neuspeh mnogih revnih držav, da se okoristijo z naraščanjem bogastva, ki ga je svet kot celota izkusil v zadnjih desetletjih. Čeprav so vzroki revščine večinoma politični in ekonomski ter kot taki izven nadzora zdravnikov in njihovih združenj, se prav zdravniki morajo spopadati s slabim zdravstvenim stanjem, ki je posledica revščine. V državah z nizkim prihodkom imajo zdravniki omejena sredstva, ki jih lahko ponudijo pacientom, zato se nenehno soočajo z izzivom, kako na najbolj pošten način dodeliti sredstva, ki so jim na voljo. S podobnim izzivom se srečujejo tudi zdravniki iz držav s srednjimi in visokimi prihodki, ki se srečujejo s pacienti, ki jih je prizadela globalizacija. Primer so begunci, ki v nekaterih državah nimajo dostopa zdravstvenega varstva, kot so ga deležni drugi prebivalci.

Posebnost globalizacije je tudi internacionalno prehajanje zdravstvenih delavcev, tudi zdravnikov. Odhajanje zdravnikov iz držav v razvoju v visoko industrializirane države se je izkazalo kot prednost tako za zdravnike kot tudi za države, v katere prihajajo, vendar ne toliko za države, iz katerih odhajajo. Svetovno zdravniško združenje v svojih **Etičnih smernicah za internacionalno migracijo zdravstvenih delavcev** izjavlja, da se “zdravnikom ne sme preprečevati zapuščanje države z namenom iskanja možnosti

zaposlitve v drugi državi.” Hkrati pa poziva vse države, da naredijo vse, da bi ob upoštevanju svojih potreb in sredstev same izobrazile zadostno število zdravnikov ter se ne zanašale na imigracijo zdravnikov iz drugih držav za zadovoljitev svojih potreb.

Zdravniki v industrializiranih državah imajo dolgo tradicijo posredovanja

“Neuspeh zdravnika pri prepoznavi in zdravljenju visoko nalezljive bolezni v neki državi ima lahko uničujoče posledice za bolnike v drugih državah.”

izkušenj in znanja državam v razvoju. To poteka v več oblikah: koordinacija nujne medicinske pomoči s strani organizacij kot so Rdeči križ, Društva rdečega polmeseca ter Zdravniki brez meja, kratkoročne kirurške pobude za obravnavo stanj kot je katarakta in razcep neba, obiski fakultet in medicinskih šol, kratkoročni ali dolgoročni medicinski raziskovalni projekti, zagotavljanje zdravil in medicinske opreme, itd. Takšni programi ponazarjajo pozitivne strani globalizacije in služijo za vsaj delno razrešitev problema migracije zdravnikov iz revnih v bogatejše države.

ZDRAVNIKI IN OKOLJE

Veliko grožnjo javnemu in globalnemu zdravju predstavlja slabšanje stanja okolja. Svetovno zdravniško združenje v **Izjavi o vlogi zdravnikov pri problemih okolja** iz leta 2006 izjavlja: "Zdravniki in njihova profesionalna združenja morajo za učinkovito delovanje vedno bolj usmeriti svojo pozornost na probleme okolja, ki vpliva na zdravje posameznika in populacije". Med te probleme sodijo onesnaževanje zraka, vode in zemlje, nevzdržno krčenje gozdov in nevzdržen ribolov ter širjenje škodljivih kemikalij v potrošniških proizvodih. Najbolj resen izziv zdravju pa so najverjetneje klimatske spremembe. **Delhijska deklaracija o zdravju in klimatskih spremembah** Svetovnega zdravniškega združenja iz leta 2009 pravi: "Klimatske spremembe že zdaj prispevajo h globalnemu bremenu bolezni in prezgodnjim smrtim. V tej zgodnji fazi so posledice majhne, vendar naraščajo po vsem svetu". Omenjen dokument spodbuja medicinska združenja in zdravnike kot posameznike k izobraževanju pacientov in skupnosti o potencialnih posledicah globalnega segrevanja na zdravje ter k lobiranju pri vladah in industriji za pomembno znižanje emisij ogljikovega dioksida in drugih dejavnikov, ki prispevajo h klimatskim spremembam.

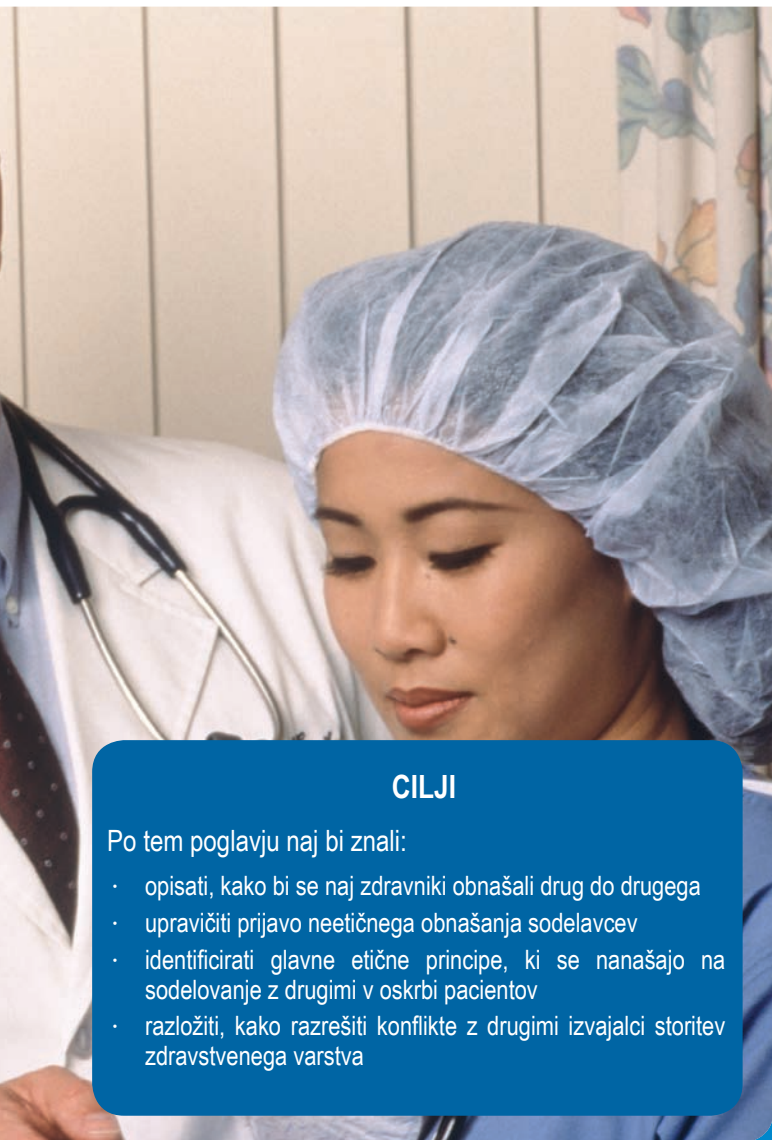
NAZAJ K PRIMERU

Po analizi razmerja med zdravnikom in družbo, predstavljeni v tem poglavju, dr. S pravilno ocenjuje vpliv obnašanja pacientov na družbo. Tudi kadar gre za posvete z drugimi zdravniki izven zdravstvenega sistema in družbi ne povzroči stroškov, pacient še vedno trati njen čas, ki bi ga lahko namenila nekomu drugemu, ki potrebuje njene usluge. Ob tem morajo biti zdravniki, kot je dr. S, v takšnih situacijah vendarle previdni. Pacienti se zaradi različnih razlogov velikokrat ne morejo popolnoma racionalno odločiti in morda potrebujejo precej časa in pojasnil, da razumejo, kaj je v najboljšem interesu za njih same in za ostale. Dr. S je prav tako pravilno pristopila k svojemu zdravniškemu združenju, da bi poiskala rešitev za problem, ki ne vpliva samo nanjo in njenega pacienta, temveč tudi na druge.

ČETRTO POGLAVJE – ZDRAVNIKI IN SODELAVCI



Skupina zdravnikov se posvetuje
© Pete Saloutos/CORBIS



CILJI

Po tem poglavju naj bi znali:

- opisati, kako bi se naj zdravniki obnašali drug do drugega
- upravičiti prijavo neetičnega obnašanja sodelavcev
- identificirati glavne etične principe, ki se nanašajo na sodelovanje z drugimi v oskrbi pacientov
- razložiti, kako razrešiti konflikte z drugimi izvajalci storitev zdravstvenega varstva

ŠTUDIJA PRIMERA #3

Dr. C, novoimenovani anesteziist v mestni bolnišnici, je vznemirjen nad obnašanjem starejšega kirurga v operacijski dvorani. Kirurg operira na zastarel način, kar podaljšuje operacije in povzroča več po-operativnih bolečin in daljši čas okrevanja. Poleg tega pogosto pripoveduje surove šale o pacientih, kar očitno moti sestre in inštrumentarke. Kot mlajši član osebja bi dr. C nerad osebno kritiziral kirurga ali ga prijavil nadrejenim. Vendarle pa čuti, da mora nekaj storiti za izboljšanje situacije.

IZZIVI ZDRAVNIKOVI AVTORITETI

Zdravniški poklic tako navzven kot navznoter tradicionalno deluje na izjemno hierarhičen način. Navznoter obstajajo tri se prekrivajoče hierarhije. Prva ločuje med specialnostmi, med katerimi nekatere veljajo za bolj prestižne in bolje plačane; druga ločuje zdravnike znotraj specialnosti na tiste, ki so v akademskih ustanovah in zato bolj vplivni kot drugi, ki delajo v javnem ali zasebnem sektorju; tretja se navezuje na odnos do pacienta. V tej zadnji hierarhiji je bolnikov osebni zdravnik na vrhu, medtem ko drugi zdravniki, tudi tisti z več izkušnjami in veščinami, delujejo le kot svetovalci, razen kadar je pacient premeščen v njihovo nego. Navzven so zdravniki tradicionalno na vrhu hierarhije v zdravstvu, nad medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci.

“Zdravniški poklic tradicionalno deluje na izjemno hierarhičen način.”

Poglavje bo obravnavalo etična vprašanja, ki se pojavijo tako v notranji kot zunanji hierarhiji: nekatera v obeh, druga le v eni ali drugi hierarhiji. Mnogo teh vprašanj je novih, saj so se pojavila ob nedavnih spremembah v medicini in zdravstvenem varstvu. Predstavili bomo kratek opis omenjenih sprememb, saj predstavljajo velik izziv tradicionalnemu izvajanju zdravnikove avtoritete.

S hitrim napredkom znanosti in njeno klinično uporabnostjo postaja medicina vse bolj kompleksna veda. Vsak zdravnik ne more biti ekspert na področju vseh bolezni in ne more poznati vseh načinov zdravljenja, zato potrebuje pomoč drugih zdravnikov in izurjenih zdravstvenih delavcev, kot so medicinske sestre, farmacevti, fizioterapevti, laboratorijski tehniki, socialni delavci in mnogi drugi. Zdravnik mora vedeti, kako naj pride do ustreznih znanj, ki jih potrebujejo njegovi bolniki.

Kot smo omenili v drugem poglavju, se zdravstveni paternalizem postopoma umika zaradi vse bolj prisotnega zavedanja pacienta o pravici, da sam odloča o svoji zdravstveni obravnavi. Namesto avtoritativnega modela pri odločanju, ki je bil značilen za zdravnikov paternalizem, danes prevladuje model sodelovanja. To se dogaja tudi v odnosu med zdravnikom in drugimi zdravstvenimi delavci, ki so vedno manj pripravljeni slediti zdravnikovim navodilom, ne da bi jih razumeli. Sami sebe vidijo kot profesionalce, ki imajo specifične etične odgovornosti do pacienta; kadar je njihovo mnenje drugačno od navodil zdravnika, so mnenja, da morajo poznati razlog za zdravnikovo navodilo ali smejo vanj celo podvomiti. V hierarhičnem modelu avtoritete nikoli ni bilo dvomov o tem, kdo je odgovoren in kdo bo prevladal, kadar pride do konflikta. Model sodelovanja pri odločanju je lahko razlog za nesoglasja glede

“Namesto avtoritativnega modela pri odločanju, ki je bil značilen za zdravnikov paternalizem, danes prevladuje model sodelovanja.”

medical ethics

najprimernejše oskrbe pacienta.

Ta razvoj odnosov spreminja 'pravila igre' v odnosih med samimi zdravniki ter med zdravniki in ostalimi zdravstvenimi delavci. Preostanek poglavja bomo namenili prepoznavi nekaterih problematičnih strani teh odnosov in podajali predloge rešitev.

ODNOSI Z ZDRAVNIŠKIMI KOLEGI, UČITELJI IN ŠTUDENTI

Znotraj zdravniških krogov zaradi pripadnosti poklicu običajno vlada pričakovanje, da zdravnik zdravi kolega kot družinskega člana in ne kakor prijatelja ali celo neznanca. **Ženevska deklaracija** Svetovnega zdravniškega združenja vsebuje zaobljubo: "Moji kolegi bodo moje sestre in bratje". Pojasnilo zaobljube se razlikuje tako med državami kakor tudi med časovnimi obdobji. V času, ko je bilo pacientovo plačilo za zdravnika glavni ali celo edini vir dohodka, je veljala poklicna spoštljivost in zdravnik svojim stanovskim kolegom zdravniških uslug ni zaračunaval. Ta navada je zamrla v veliki večini držav, stroške zdravljenja povrne zdravstvena zavarovalnica.

Poleg konkretnih zahtev po zdravljenju kolegov na spoštljiv način in po sodelovanju med zdravniki z namenom najboljše oskrbe pacienta **Mednarodni kodeks zdravniške etike** Svetovnega zdravniškega združenja vsebuje tudi dve omejitvi v zvezi z medsebojnimi odnosi zdravnikov. Ti dve omejitvi sta plačevanje ali prejemanje denarnega ali drugega povračila izključno za napotitev pacienta v zdravniško oskrbo; in prevzemanje bolnikov od zdravniških kolegov zaradi lastnih koristi. Tretjo zavezo v medsebojnih odnosih zdravnikov, prijavljanje neetičnega in nestrokovnega ravnanja, bomo opisali v nadaljevanju.

Po Hipokratovi tradiciji so zdravniki dolžni izkazovati spoštovanje svojim učiteljem. V **Ženevski deklaraciji** Svetovnega zdravniškega združenja je zapisano: "Svojim učiteljem bom izkazal vso dolžno

spoštovanje in hvaležnost". Čeprav sedanje poučevanje medicine v nasprotju s tistim v preteklosti vključuje številne oblike sodelovanja študentov in učiteljev, je vendarle veliko odvisno od dobre volje in predanosti zdravnikov, ki za svoje poučevanje pogosto niso plačani. Zato so študenti medicine svojim učiteljem dolžni izkazovati hvaležnost, saj bi bilo učenje študentov medicine brez njih omejeno na samopoučevanje.

Ne glede na zasluge so se učitelji medicine dolžni do študentov vesti spoštljivo in jim biti dober vzor. Vedenjski vzorci pri obravnavi bolnikov – imenujemo jih tudi prikriti del

pouka medicine – na študente vplivajo močnejše kot teoretično poučevanje zdravniške etike. Če pride do neskladja med zahtevami medicinske etike in vedenjskimi vzorci zdravnikov učiteljev, bodo študenti medicine najverjetneje ravnali po učiteljevem zgledu.

"...so se učitelji medicine dolžni do študentov vesti spoštljivo in jim biti dober vzor."

Učitelji imajo tudi posebno dolžnost, da od študentov ne zahtevajo sodelovanja v neetičnih aktivnostih. Primeri, objavljeni v medicinskih revijah, vključujejo pridobitev soglasja pacienta za zdravljenje oziroma poseg takrat, ko bi to moral storiti zdravnik; opravljanje ginekoloških pregledov brez privolitve na anesteziranih ali pravkar umrlih bolnicah in izvajanje medicinskih posegov brez nadzora. Za slednje se študentje pogosto ne počutijo dovolj usposobljene, četudi so posegi le manjši, kot je na primer vstavev intravenske kanile. Zdravniki imajo večji vpliv in moč, zato študenti pogosto ne podvomijo v etičnost zdravnikovih dejanj, še redkeje pa jih zavračajo. Zato morajo zdravniki zagotoviti, da od študentov ne bodo zahtevali neetičnega vedenja. Na večini medicinskih fakultet obstajajo predstavniki študentov ali društva študentov. Ti bi poleg svojega poslanstva lahko izpostavljali etično sporna vprašanja

“Študenti, ki se zavzemajo in zanimajo za etične vidike medicinske izobrazbe, bi morali imeti možnost, da izrazijo svoje pomisleke.”

אתיקה רפואית

znotraj medicinskega izobraževanja. Študenti, ki se zavzemajo in zanimajo za etične vidike medicinske izobrazbe, bi morali imeti možnost, da izrazijo svoje pomisleke, ne da bi bili pri tem izpostavljeni kot žvižgači. Poleg tega naj bi študenti imeli dostop tudi do primerne pravne pomoči, v kolikor bi bilo potrebno problem z neetičnim delovanjem reševati formalno.

Od študentov medicine pričakujemo visoko raven etičnega ravnanja, kot je to primerno za bodoče zdravnike. S svojimi sošolci morajo ravnati kot s kolegi in jim biti pripravljeni priskočiti na pomoč ter jih opozoriti na njihovo morebitno neprimerno obnašanje. Predano morajo sodelovati pri skupnih projektih in dolžnostih, kot so študijske naloge in dežurstvo.

PRIJAVLJANJE NEVARNEGA ALI NEETIČNEGA RAVNANJA

Zdravništvo že od nekdaj uživa sloves poklica, ki je zmožen samoregulacije. V zameno za privilegije, ki jih zdravnikom daje družba in za zaupanje, ki ga zdravnikom poklanjajo bolniki, si je zdravništvo postavilo visoka merila ravnanja ter disciplinske postopke za preiskovanje pritožb in kaznovanje tistih, ki kršijo postavljene norme. Ta sistem samo-regulacije je pogosto zatajil, zato so bili v zadnjih letih storjeni veliki koraki k odgovornosti stroke. Primer predstavlja vključevanje nemedicinskih članov v nadzorne odbore. Bistven pogoj za dosego samoregulacije pa je iskrena podpora zdravnikov in njihova voljnost prepoznavanja in ukrepanja ob nevarnem in neetičnem ravnanju.

Zahteva po prijavljanju nekompetentnosti, škodovanja bolnikovemu

zdravju in neetičnega ravnanja zdravnika je zapisana v številnih etičnih kodeksih. **Mednarodni kodeks zdravniške etike** Svetovnega zdravniškega združenja določa, da "mora zdravnik prijaviti kolege, ki delujejo nestrokovno ali neetično ali sodelujejo v prevari". Uporaba in upoštevanje tega načela pa ni nikoli lahka. Zdravnik bi lahko s prijavo kolega namerno omajal njegov ugled zaradi osebnih vzrokov, kot sta zavist ali maščevanje zaradi razžalitve. Prav tako bi se zdravnik lahko izogibal prijavi neprimernega ravnanja kolega, do katerega čuti prijateljsko vez ali čustveno naklonjenost. In ne nazadnje: po prijavi disciplinskim oblastem lahko prijavitelj pričakuje sovražen odnos obdolženega zdravnika in ostalih kolegov.

Navkljub omenjenim oviram je prijavljanje nestrokovnega ali neetičnega delovanja zdravnikova poklicna dolžnost. Zdravnik ni le odgovoren za ohranjanje ugleda svojega poklica, temveč je pogosto tudi tisti, ki najprej opazi nestrokovno ali neprimerno delovanje. Prijavljanje kolega disciplinskim oblastem naj bo zdravnikovo zadnje sredstvo, ki se ga posluži, ko druge možnosti reševanja težav s kolegovim neetičnim vedenjem niso bile uspešne. Prvi korak naj bo zdravnikov osebni pristop h kolegu in posredovanje svojega mnenja glede njegovega nezanesljivega in neetičnega dela. Pri nadaljnjem ukrepanju (po katerem ni potrebe, v kolikor je mogoče težavo rešiti z osebnim pristopom) naj zdravnik obvesti svojega oziroma kolegovega nadrejenega, ki naj se odloči o morebitnem nadaljnjem ukrepanju. V kolikor težava tudi s tem pristopom ni odpravljena, se zdravnik nazadnje lahko odloči še za prijavo nadrejenim disciplinskim oblastem.

"Prijavljanje kolega disciplinskim oblastem naj bo zdravnikovo zadnje sredstvo, ki se ga posluži, ko druge možnosti reševanja težav s kolegovim neetičnim vedenjem niso bile uspešne"

الأخلاق الطبية

ODNOSI Z DRUGIMI ZDRAVSTVENIMI DELAVCI

Drugo poglavje o odnosih s pacienti smo pričeli z razpravo o velikem pomenu spoštovanja in enakovredne obravnave v odnosu zdravnik-pacient. Ista načela so enako pomembna za odnose s sodelavci. Prepoved diskriminacije zaradi "starosti, bolezni in invalidnosti, veroizpovedi, etičnega izvora, spola, državne pripadnosti, političnega prepričanja, rase, spolne opredeljenosti, socialnega položaja ali drugih faktorjev" (**Ženevska deklaracija SZZ**) velja za vse, s katerimi zdravniki sodelujejo pri skrbi za bolnike in pri drugih poklicnih dejavnostih.

Zavračanje diskriminacije določa pasivni značaj odnosa. Spoštovanje je bolj aktivno in pozitivno. Glede drugih izvajalcev zdravstvene oskrbe, kot so zdravniki, medicinske sestre, pomožni zdravstveni delavci in drugi, to pomeni upoštevanje njihovih sposobnosti in izkušenj, v kolikor te lahko prispevajo k zdravljenju pacienta. Zdravstveni delavci se razlikujejo po stopnji izobrazbe in usposobljenosti, vendar si delijo osnovno človeško enakost in tudi podobno skrb za pacientovo dobro.

Prav kakor pri odnosih z bolniki, so tudi v odnosih z drugimi zdravstvenimi delavci lahko upravičeni razlogi za nesodelovanje ali pa za prekinitev sodelovanja. Razlogi so lahko pomanjkanje zaupanja v sposobnost ali celovitost druge osebe in resna osebna nesoglasja. Razločevanje teh od manj vrednih motivov zahteva precejšnjo etično občutljivost na zdravnikovi strani.

SODELOVANJE

Medicina je zelo individualistična, hkrati pa zahteva tudi veliko medsebojnega sodelovanja. Na eni strani so zdravniki po svoje zelo zaščitniški do svojih bolnikov. Res je, da je dober individualni odnos med bolnikom in zdravnikom najboljša pot za razumevanje bolnika in za neprekinjeno oskrbo, kar je ključno za preprečevanje in

zdravljenje bolezni. Zadrževanje bolnika pri sebi pa prav tako, vsaj v finančnem smislu, koristi zdravniku. Po drugi strani pa je medicina zapletena in visoko specializirana in zato zahteva tesno sodelovanje med zdravniki z različnimi znanji in spretnostmi, ki se med seboj dopolnjujejo. Napetost med individualizmom in sodelovanjem je ponavljajoča se tema zdravniške etike.

Opuščanje zdravniškega paternalizma spremlja tudi umikanje prepričanja, da je bolnik 'zdravnikova last'. Tradicionalna bolnikova pravica po pridobitvi drugega mnenja se širi, tako da sedaj omogoča tudi pristop k drugim zdravnikom in izvajalcem zdravstvene oskrbe, ki bi lahko bolje zadovoljili bolnikove zdravstvene potrebe. V skladu z **Deklaracijo pravic pacienta** Svetovnega zdravniškega združenja ima "zdravnik obvezo po sodelovanju in usklajevanju medicinske oskrbe z drugimi izvajalci zdravstvene oskrbe". Zdravnik pa si pri sodelovanju ne sme ustvariti dodatnega dohodka z delitvijo honorarja.

"Opuščanje zdravniškega paternalizma spremlja tudi umikanje prepričanja, da je bolnik 'zdravnikova last'."

Te omejitve v zdravnikovem prisvajanju bolnikov morajo biti uravnotežene z ukrepi, ki naj varujejo prvenstvo odnosa med bolnikom in zdravnikom.

Kadar je bolnik v bolnišnični obravnavi pri več specialistih, naj bi imel enega zdravnika, ki bi usklajeval oskrbo, ga obveščal o o njegovem zdravstvenem stanju ter mu pomagal pri sprejemanju odločitev.

Medtem ko so odnosi med zdravniki urejeni s splošno dobro oblikovanimi in dogovorjenimi predpisi, pri odnosih zdravnikov z drugimi izvajalci zdravstvene oskrbe nastaja precejšnje nesoglasje o vlogah, ki jih morajo oboji prevzeti. Številne medicinske sestre in tehniki, farmacevti, fizioterapevti in drugi izvajalci zdravstvene oskrbe se imajo za bolj usposobljene od zdravnikov na svojem

področju, zato ne razumejo, zakaj zdravniki z njimi ne ravnajo enakopravno. Drugi zdravstveni delavci podpirajo skupinski pristop k bolnikovi zdravstveni oskrbi, tako da se upošteva mnenje vseh izvajalcev zdravstvene oskrbe enakovredno in da so v prvi vrsti odgovorni bolniku in ne zdravniku. Po drugi strani pa mnogi zdravniki menijo, da je tudi v primeru sprejetja skupinskega pristopa k bolnikovi zdravstveni oskrbi potrebna vodilna oseba in da je za to vlogo zaradi svoje izobrazbe in izkušenj najprimernejši zdravnik.

Čeprav nekateri zdravniki nočejo razumeti, da je njihova tradicionalna, skoraj absolutna avtoriteta lahko na preizkušnji, se zdi zanesljivo, da se bo njihova vloga spremenila v odzivu na zahteve bolnikov in drugih izvajalcev storitev zdravstvenega varstva, ki si želijo večje udeležbe pri odločanju. Zdravniki bodo morali upravičiti svoja priporočila drugim in jih prepričati, da ta priporočila sprejmejo. Poleg teh komunikacijskih spretnosti bodo zdravniki morali biti sposobni reševati spore, ki nastanejo med vsemi, ki prevzemajo skrb za pacienta.

Poseben izziv za sodelovanje v najboljšem interesu bolnikov nastane, kadar bolnik išče pomoč pri tradicionalnih ali alternativnih ponudnikih zdravstvenih storitev ('zdravilcih'). Velik delež prebivalstva Afrike in Azije, vedno bolj pa tudi Evrope in Amerik, se posvetuje z navedenimi posamezniki. Čeprav nekateri menijo, da gre za komplementarna pristopa, sta v mnogih primerih lahko v konfliktu. Ker ima vsaj nekaj tradicionalnih in alternativnih posegov terapevtske učinke in jih torej bolniki uporabljajo, mora zdravnik poiskati možne načine sodelovanja s pacientovim zdravilcem. Kako je to mogoče, se razlikuje od ene države do druge in od enega zdravnika do drugega. V vseh teh povezovanjih je dobro počutje bolnikov glavno vodilo.

REŠEVANJE SPOROV

Čeprav lahko zdravniki doživijo veliko različnih vrst sporov z drugimi zdravniki in izvajalci zdravstvenih storitev, na primer zaradi administrativnih vprašanj ali plačila, bo tukaj glavni poudarek na konfliktu zaradi pacientove zdravstvene oskrbe. V idealnem primeru bodo zdravstvene odločitve sprejete kot dogovor med bolniki, zdravniki in vsemi ostalimi vpletenimi v pacientovo oskrbo. Negotovost in razlike v oceni stanja pa lahko privedejo do nesoglasja glede ciljev zdravljenja ali poti do teh ciljev. Omejeni zdravstveni viri in odločitve glede organizacije dela tudi lahko privedejo do težjega doseganja soglasja.

Nesoglasja med izvajalci zdravstvenih storitev glede ciljev oskrbe in zdravljenja ali poti za doseganje teh ciljev

“Negotovost in razlike v oceni stanja pa lahko privedejo do nesoglasja glede ciljev zdravljenja ali poti do teh ciljev.”

naj bi reševali znotraj zdravstvenega tima, tako da ni prizadet odnos z bolnikom. Nesoglasja med izvajalci zdravstvenih storitev in administracijo v zvezi z dodelitvijo sredstev je treba rešiti znotraj ustanove ali organizacije in o tem ni primerno razpravljati v prisotnosti bolnika. Ker sta obe vrsti konfliktov etične narave, ju lahko rešimo z nasvetom klinične etične

komisije ali etičnega svetovalca, kadar so te poti na voljo.

Naslednje smernice so lahko koristne za reševanje takšnih sporov:

- Konflikt rešujemo čim bolj neformalno, na primer z neposrednimi pogovori med osebami, ki se ne strinjajo, prehod na bolj formalen postopek pa prihranimo za primere, ko po neformalni poti ni uspeha.
- Pozorno prisluhnemo mnenju vseh, ki so neposredno vpleteni.

- Pri sporu glede zdravljenja naj ima glavno vlogo izbira dobro poučenega bolnika ali osebe s pooblastilom za nadomestno odločanje.
- V primeru spora o tem, katere možnosti je treba ponuditi bolniku, je običajno boljša rešitev širši in ne ožji razpon. Če zaradi omejitev sredstev najboljša izbira ni na voljo, je treba bolnika običajno o tem obvestiti.
- Če po razumnem prizadevanju sporazuma ali kompromisa ni mogoče doseči z dialogom, odloči oseba s pravico ali odgovornostjo za sprejem odločitve. Če ni jasno ali je sporno, kdo ima pravico ali odgovornosti, da bi sprejel odločitev, se poslužimo mediacije, arbitraže ali pa je potrebno poiskati mnenje sodišča.

Če izvajalci zdravstvenih storitev zaradi svoje strokovne presoje ali osebnih moralnih zadržkov ne morejo podpreti odločitve, ki je prevladala, jim je potrebno omogočiti, da odstopijo od sodelovanja pri izvajanju odločitev, potem ko so se prepričali, da osebi, ki bo prejela oskrbo ne grozi škoda ali zapustitev.

NAZAJ K PRIMERU

Dr. C ima prav, ko je zaskrbljen zaradi obnašanja starejšega kirurga v operacijski sobi. Ne samo, da je ogrožal zdravje bolnika, ampak je bil nespoštljiv tudi do bolnika in do svojih kolegov. Dr. C ima etično dolžnost, da tega vedenja ne prezre, ampak da nekaj stori. Kot prvi korak ne bi smel nuditi nikakršne podpore žaljivemu obnašanju, na primer s tem, da se smeji šalam. Če meni, da bi pogovor s kirurgom o zadevi lahko bil učinkovit, bi ga moral opraviti. V nasprotnem primeru se bo morda moral obrniti neposredno na predpostavljene v bolnišnici. Če se ti niso pripravljeni soočiti s to težavo, se lahko obrne na ustrezen organ za izdajanje zdravniških dovoljenj in ga prosi, da razišče zadevo..

PETO POGLAVJE – ETIKA IN RAZISKOVANJE V MEDICINI



Spalna bolezen

© Robert Patric/CORBIS SYGMA



CILJI

Po tem poglavju naj bi znali:

- prepoznati glavna načela etike pri raziskovanju,
- znati uravnotežiti raziskovanje in klinično delo,
- izpolniti zahteve etične komisije.

ŠTUDIJA PRIMERA #4

Dr. R, splošno zdravnico v majhnem podeželskem mestu, pogodbeno raziskovalna organizacija povabi k sodelovanju v klinični raziskavi novega nesteroidnega antirevmatičnega zdravila (NSAID) proti osteoartritisu. Ponujen ji je denar za vsakega pacienta, ki ga vključi v raziskavo. Predstavnik pogodbene raziskovalne organizacije ji zagotovi, da je raziskava prejela vsa potrebna soglasja, vključno s soglasjem etične komisije. Dr. R dotlej še nikoli ni sodelovala v raziskavi in je vesela te priložnosti, zlasti ob ponujenem plačilu. Ponudbo sprejme brez nadaljnje poizvedbe o znanstvenih ali etičnih vidikih raziskave.

POMEN RAZISKOVANJA V MEDICINI

Medicina ni natančna znanost, kot sta matematika in fizika. Ima veliko splošnih načel, ki so veljavna za večino, a vendar je vsak pacient drugačen: kar velja za 90% populacije, morda ne velja za preostalih

“... medicina je v svojem bistvu osnovana na opazovanju.”

medicinskih etikk

10%. Zatorej je medicina v svojem bistvu osnovana na opazovanju. Tudi najbolj razširjena zdravljenja moramo spremljati in oceniti, ali so učinkovita pri posameznih pacientih in torej tudi pri pacientih na splošno. To je ena

izmed nalog medicinskega raziskovanja.

Druga, morda bolje poznana naloga je razvoj novih terapij, posebej zdravil, medicinskih pripomočkov in kirurških tehnik. Zaradi velikega napredka na tem področju v zadnjih 50 letih je danes v teku več medicinskih raziskav kot kadar koli prej. Kljub temu je še vedno

veliko odprtih vprašanj o delovanju človeškega telesa, o vzrokih bolezni (tako poznanih kot tudi novejših) in o najboljših načinih preventive in zdravljenja. Raziskovanje v medicini je edina pot do odgovorov na ta vprašanja.

Poleg boljšega razumevanja človeške fiziologije v medicinskih raziskavah proučujemo širok razpon drugih vplivov na človeško zdravje, kar vključuje značilnosti bolezni (epidemiologija), organizacijo, financiranje in dostopnost do zdravstvenega sistema (raziskovanje zdravstvenega sistema), družbene in socialne dejavnike zdravstva (medicinska sociologija in antropologija), pravo (sodna medicina) ter etiko (medicinsko etiko). Pomen teh smeri raziskovanja zmerom bolj priznavajo tudi agencije, ki podpirajo raziskave. Mnoge imajo tudi posebne programe za nefiziološke medicinske raziskave.

MEDICINSKO RAZISKOVANJE V PRAKSI

Vsi zdravniki uporabljajo rezultate medicinskega raziskovanja v klinični praksi. Da bi ohranili svojo strokovnost, morajo s programi vseživljenjskega medicinskega izobraževanja, medicinskimi revijami in s povezovanjem s kolegi s potrebnimi znanji slediti trenutnim raziskavam na svojem področju. Četudi se sami ne odločijo sodelovati v raziskavi, morajo zdravniki znati tolmačiti rezultate raziskav in jih uporabiti pri lastnih pacientih. Zato je za dobro delo zdravnika potrebno osnovno razumevanje raziskovalnih metod. Najboljša pot do tega razumevanja je sodelovanje pri raziskovalnem projektu, bodisi kot študent ali po diplomi.

“Četudi se sami ne odločijo sodelovati v raziskavi, morajo zdravniki znati tolmačiti rezultate raziskav in jih uporabiti pri lastnih pacientih.”

醫學倫理

Najpogostejša metoda raziskovanja v zdravniški praksi je klinična raziskava. Preden regulatorno telo z javnimi pooblastili odobri novo zdravilo, mora to skozi veliko preskušanj, ki dokazujejo njegovo varnost in učinkovitost. Proces se prične z laboratorijskim testiranjem, nato pa sledijo študije na živalih. Če se zdravilo izkaže za obetavno, sledi klinično testiranje v štirih korakih oziroma fazah:

- Prvo fazo raziskovanja običajno izpeljemo na manjši skupini zdravih prostovoljcev, ki so pogosto plačani za sodelovanje. Določimo odmere zdravila, ki v telesu povzroči odziv, prehajanje zdravila skozi telo in njegovo izločanje ter njegove toksične ali škodljive učinke.
- Drugo fazo izvajamo na skupini ljudi, ki imajo bolezen, za katero je zdravilo predvideno. Cilj je določiti, ali ima zdravilo kakršen koli koristen učinek in ali ima kakšne neželene stranske učinke.
- Tretja faza je klinična raziskava, v kateri zdravimo večjo skupino bolnikov in novo zdravilo primerjamo z drugim zdravilom za isto bolezen ali pa, če tega ni, s placebom. Kadar je možno, so takšne študije 'dvojno slepe', ko niti preiskovalec niti preiskovanec ne veda, kdo prejema novo zdravilo ali placebo.
- Četrta faza raziskave se odvije, ko je zdravilo že na tržišču. Prvih nekaj let zdravilo nadzorujemo glede stranskih učinkov, ki se niso pokazali že v prejšnjih fazah. Dodatno pa običajno farmacevtska podjetja zanima, kako dobro je zdravilo sprejeto med zdravniki, ki ga predpisujejo in med bolniki, ki ga jemljejo.

Zaradi velikega povečanja števila kliničnih raziskav v zadnjih letih moramo za doseganje statističnih zahtev v raziskave vključiti vse več pacientov. Vodje raziskav, tako neodvisni zdravniki kot farmacevtska podjetja, se za vključevanje bolnikov v raziskave opirajo na veliko število zdravnikov, pogosto iz različnih držav.

Čeprav zdravniki s sodelovanjem v raziskavah pridobijo koristne izkušnje, morajo biti pozorni na morebitne težave, ki jih je treba prepoznati in se jim izogniti. Najprej moramo poudariti, da je vloga zdravnika v razmerju s pacientom drugačna kot vloga raziskovalca z osebo v klinični raziskavi, tudi če sta zdravnik in raziskovalec ista oseba. Osnovna naloga zdravnika je zdravje in dobro počutje pacienta, glavna naloga raziskovalca pa je pridobivanje znanja, ki lahko, ali pa tudi ne, prispeva k zdravju ali dobremu počutju osebe v klinični raziskavi. Iz tega izhaja možen konflikt teh dveh vlog. V primeru, da sta zdravnik in raziskovalec ista oseba, mora imeti vloga zdravnika prednost pred vlogo raziskovalca. Kaj to pomeni v praksi, bo razvidno v nadaljevanju.

“... vloga zdravnika v razmerju s pacientom je drugačna kot vloga raziskovalca z osebo v klinični raziskavi”

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Druga potencialna težava pri združevanju vlog zdravnika in raziskovalca je konflikt interesov. Medicinske raziskave so dobro financirane in zdravniki so pogosto nagradjeni za sodelovanje. Ponujena so jim denarna plačila za pridobivanje poskusnih oseb, oprema, kot so računalniki za posredovanje podatkov, povabila na konference za diskusijo rezultatov in soavtorstvo publikacij. Interes zdravnikov za te ugodnosti je lahko v nasprotju z dolžnostjo nudenja najboljšega zdravljenja pacientom. Prav tako se lahko pojavi konflikt pri pravici pacientov, da dobijo vse potrebne informacije za polno informirano odločitev glede sodelovanja v raziskavi.

Naštete težave lahko obvladamo. Etične vrednote zdravnika – sočutje, strokovna usposobljenost, avtonomija – prav tako veljajo za medicinskega raziskovalca, zato konflikta med tema vlogama ne bi smelo biti. Kadar se zdravniki tega zavedajo in sledijo osnovnim pravilom raziskovalne etike, ne bodo imeli težav pri raziskavah, ki so sestavni del njihovega kliničnega dela.

ETIČNE ZAHTEVE

Osnove raziskovalne etike so dandanes dobro uveljavljene, vendar ni bilo vedno tako. Veliko priznanih medicinskih raziskovalcev je v 19. in 20. stoletju opravljalo poskuse s pacienti brez njihove privolitve in z malo skrbi glede njihovega zdravja. Čeprav so bili nekateri dogovori glede raziskovalne etike doseženi že na začetku 20. stoletja, to ni preprečilo zdravnikom v nacistični Nemčiji in drugod opravljanja poskusov, ki so jasno kršili osnovne človekove pravice. Po drugi svetovni vojni so nekatere od teh zdravnikov obsodili na posebnem sodišču v Nürnbergu, v Nemčiji. Utemeljitev obsodbe poznamo kot *Nürnberški kodeks*, ki je eden izmed temeljev moderne raziskovalne etike. Med desetimi načeli tega kodeksa je tudi zahteva za prostovoljno soglasje pacienta za sodelovanje v klinični raziskavi.

Svetovno zdravniško združenje je bilo ustanovljeno leta 1947, istega leta, kot je bil sprejet Nürnbergski kodeks. Ustanovitelji SZZ so se zavedali kršitev medicinske etike pred in med drugo svetovno vojno, zato so takoj pričeli zdravnike opozarjati na njihove etične zaveze. Po več letih priprav je leta 1954 SZZ sprejelo **Načela za klinično raziskovanje**. Ta dokument so še naprej dograjevali in ga kot **Helsinško deklaracijo** sprejeli leta 1964, kasneje pa dopolnjevali še v letih 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 in 2013. Helsinška deklaracija je zgoščen povzetek raziskovalne etike. V zadnjih letih so sprejeli več precej bolj podrobnih dokumentov glede raziskovalne etike na splošno (Odbor mednarodnih organizacij za medicinsko znanost, ki je leta 1993 izdal in leta 2002 dopolnil **Mednarodne smernice za biomedicinsko raziskovanje na ljudeh**) in glede specifičnih tem (Nuffield Council on Bioethics, 2002: **Etika raziskovanja v zdravstvu v deželah v razvoju**).

Kljub razlikam v obsegu, dolžini in avtorjih so ti dokumenti skladni glede osnovnih načel etike raziskovanja. Ta načela so vključili

v zakonodajo in v predpise v številnih državah in mednarodnih organizacijah, vključno s tistimi, ki se ukvarjajo z odobravanjem zdravil in medicinskih pripomočkov. Tukaj predstavljamo kratek povzetek etičnih načel **Helsinške deklaracije**.

Soglasje etične komisije

23. člen Helsinške deklaracije zahteva, da mora vsako medicinsko raziskavo na ljudeh pred začetkom dela pregledati in sprejeti neodvisna etična komisija. Za sprejetje morajo raziskovalci pojasniti namen in metodologijo projekta, izbor oseb v klinični raziskavi, način pridobivanja soglasja in spoštovanja njihove zasebnosti; navesti vire finančne podpore projekta; in razkriti možne konflikte interesov raziskovalcev. Etična komisija lahko odobri projekt takšen kot je, zahteva spremembe pred začetkom dela ali ga v celoti zavrne. Komisija spremlja potek projekta in nadzira raziskovalce in v primeru nepričakovanih neugodnih dogodkov ustavi nadaljnje delo.

Etična komisija mora nadzorovati klinične raziskave, saj raziskovalci in poskusne osebe ne morejo vedno objektivno oceniti znanstvene in etične ustreznosti projekta. Raziskovalci morajo nepristranski komisiji utemeljiti, zakaj je raziskava smiselna ter jih prepričati, da so sposobni za izvedbo in da bodo v največji možni meri zaščitili poskusne osebe.

“...vsako medicinsko raziskavo na ljudeh mora pred začetkom dela pregledati in sprejeti neodvisna etična komisija.”

Nerešeno vprašanje glede postopka etične odobritve je, ali je pri raziskavi v več raziskovalnih centrih potrebna odobritev le pri eni etični komisiji, ali pa posebej v vseh raziskovalnih centrih. Kadar so ti centri v različnih državah, je navadno potrebna odobritev v vsaki državi posebej.

Znanstvena vrednost

Helsinška deklaracija v 21. členu zahteva, da mora biti medicinska raziskava, ki se opravlja na ljudeh, znanstveno upravičena. Takšna zahteva naj izloči projekte, ki verjetno ne bodo uspešni, na primer zaradi neustrezne metodologije ali znanstveno nepomembnih rezultatov. Tudi takrat kadar je verjetnost škodovanja zdravju majhna, naj bi bolnikom ponudili sodelovanje v raziskavi le v primeru, da pričakujemo znanstveno pomembno novo znanje.

Za zagotovitev znanstvene vrednosti 21. člen zahteva, da mora biti projekt zasnovan na znanju iz literature, na prejšnjih laboratorijskih raziskavah in, kadar je to primerno, na poskusih na živalih, ki dajejo trden razlog, da bo predlagan poseg učinkovit tudi pri ljudeh. Pri raziskavah na živalih etične smernice zahtevajo kar najmanjše število uporabljenih živali in zaščito pred nepotrebnimi bolečinami. V skladu z 12. členom raziskave na ljudeh lahko opravljajo le znanstveno usposobljene osebe. Etična komisija mora biti trdno prepričana, da so te zahteve izpolnjene, preden odobri projekt.

Družbena korist

Eden izmed bolj spornih pogojev za opravljanje medicinskih raziskav je prispevek k blaginji družbe. Dolgo je veljalo prepričanje, da je napredek v znanosti koristen sam po sebi in da ne potrebuje drugega namena. Zaradi vse manjših sredstev, ki so na voljo za medicinske raziskave, pa je družbena korist postala pomemben

kriterij za odobritev projektov.

“...medicinska raziskava, ki se opravlja na ljudeh, mora biti znanstveno upravičena.”

Helsinška deklaracija v 16. in 20. členu jasno zahteva premislek o družbeni koristi pri oceni raziskovalnih projektov. Znanstveni in družbeni pomen projekta morata odtehtati tveganja in bremena

za osebe v raziskavi. Prav tako mora populacija, na kateri se raziskava opravlja, pridobiti iz rezultatov raziskave. To je še posebej pomembno pri raziskavah v državah v razvoju, kjer vključene osebe prevzamejo neprijetnosti in tveganja raziskave, ki pa kasneje koristi le bolnikom v drugih delih sveta.

Družbeno korist projektne raziskave je težje določiti kot pa znanstveno vrednost, a je kljub temu ne smemo zanemariti. Raziskovalci in komisije za etično odobritev naj zagotovijo, da bolniki niso vključeni v družbeno nekoristne raziskave. Če to ne bi bilo urejeno, bi izgubljali pomembne zdravstvene vire in zmanjšali ugled medicinskih raziskav, ki bistveno prispevajo k zdravju in blaginji človeštva.

Tveganje in korist

Ko ugotovimo znanstveno in socialno vrednost projekta, mora raziskovalec predstaviti tveganje za osebe v raziskavi. To tveganje mora biti sprejemljivo in ne sme biti nesorazmerno s pričakovano koristjo, ki je morda osebe v klinični raziskavi niti ne bodo deležne.

Tveganje lahko vodi do neželenih

stranskih učinkov. Tveganje ima dve razsežnosti: (1) možnost nastanka škode (od zelo nepričakovane do zelo verjetne) in (2) resnost škode (od neznatne do trajne hude nezmožnosti oziroma smrti). Zelo majhno tveganje neznatne škode pri dobrem projektu ni

problematično. Na drugi strani lestvice verjetno in resno tveganje lahko sprejmemo le v primeru, da je projekt edino upanje za neozdravljivo bolnega. V skladu s 17. in 18. členom Helsinške deklaracije mora raziskovalec primerno predstaviti nevarnosti raziskave in ukrepe ob zapletih. Če je tveganje povsem neznano, naj raziskovalec ne nadaljuje s projektom, dokler ni na voljo vsaj

“... družbena korist je postala pomemben kriterij za odobritev projektov.”

“Če je tveganje povsem neznano, naj raziskovalec ne nadaljuje s projektom, dokler ni na voljo vsaj nekaj oprijemljivih in zanesljivih informacij.”

nekaj oprijemljivih in zanesljivih informacij, na primer iz laboratorijskih raziskav ali iz poskusov na živalih.

Privolitev

Prvo načelo Nürnberškega kodeksa pravi: “Prostovoljna privolitev osebe je bistvenega pomena”. V dodatnem

pojasnilu je zapisana zahteva, da “mora imeti preiskovana oseba dovolj znanja in razumevanja elementov raziskave, da se lahko na tej osnovi razumno odloči.”

Helsinška deklaracija dodaja nekatere podrobnosti o privolitvi.

V 26. členu opredeljuje, kaj mora preiskovanec vedeti, da lahko privoli v sodelovanje, v 27. členu pa opozarja, naj preiskovancev ne silijo v odločitev ali sodelovanje, saj takšna privolitev ni popolnoma prostovoljna. V 28. in 30. členu govori o preiskovancih, ki niso zmožni podati privolitve (mladoletni otroci, hudo duševno prizadeti ljudje, nezavestni pacienti): ti še vedno lahko sodelujejo v raziskavi, vendar le pod določenimi pogoji.

Podobno kot drugi dokumenti o etiki pri raziskovanju tudi Helsinška deklaracija v 26. členu, priporoča, naj oseba v klinični raziskavi podpiše privolitev na posebnem obrazcu. Mnoge etične komisije zahtevajo, da jim preiskovalec dostavi privolitveni obrazec, ki ga namerava uporabiti v raziskavi. V nekaterih državah so ti obrazci postali tako dolgi in podrobni, da več ne služijo svojemu namenu – to je seznaniiti preiskovanca z raziskavo. Nedvomno pa se postopek privolitve ne prične in konča s podpisom obrazca, temveč moramo preiskovancu raziskavo tudi podrobno ustno opisati in mu pojasniti, kaj zanj sodelovanje v raziskavi pomeni. Prav tako naj bodo preiskovanci obveščeni o pravici, da lahko preklicajo svoje soglasje kadar koli, tudi po pričetku projekta, brez kakršnekoli neprijetnosti s

strani raziskovalcev in ne da bi bila prizadeta njihova zdravstvena oskrba (31. člen).

Zaupnost

Kot pri pacientih v redni zdravniški oskrbi, imajo tudi osebe v kliničnih raziskavah pravico do zasebnosti glede informacij o svojem zdravstvenem stanju. Za razliko od klinične oskrbe pa je včasih pri raziskavah potrebno zdravstvene informacije preiskovanca posredovati drugim, širši znanstveni skupnosti ter včasih splošni javnosti. Da zavarujemo zasebnost, morajo raziskovalci pridobiti soglasje sodelujočih oseb, da podatke o njihovem zdravstvenem stanju uporabijo za namen raziskovanja. Kot splošno pravilo velja, da informacije ne bi smele vsebovati identitete ter bi morale biti shranjene in prenesene varno. **Deklaracija o etičnih vprašanjih glede zbirk zdravstvenih podatkov** Svetovnega zdravniškega združenja ponuja še nadaljnje smernice o tej temi.

“Prostovoljna privolitev osebe je bistvenega pomena.”

醫學倫理

Navzkrižje vlog

Omenili smo že, da je vloga zdravnika v odnosu do bolnika drugačna kot vloga raziskovalca v odnosu do osebe v klinični raziskavi, tudi če je ista oseba zdravnik in raziskovalec. Za takšne primere Helsinška deklaracija v 14. členu poudarja, da je vloga zdravnika na prvem mestu. To med drugim pomeni, naj zdravnik ne priporoča sodelovanja v raziskovalnem projektu, če je trenutna terapija za bolnika ugodna ter če bi po sprejemu v raziskavo prejel drugačno terapijo ali celo placebo. Zdravnik naj bolniku

“...osebe v kliničnih raziskavah imajo pravico do zasebnosti v zvezi z informacijami o svojem zdravstvenem stanju.”

crossi etika

priporoča sodelovanje v raziskavi le tedaj, ko je na trdni znanstveni osnovi iskreno negotov glede primernosti sedanjega zdravljenja v primerjavi s predlaganim novim zdravljenjem ali celo s placebom.

Pošteno poročanje o rezultatih

Na obveznost, da naj bi o raziskovalnih rezultatih poročali kar najbolj verodostojno, moramo opozoriti, ker smo v zadnjem času videli številne primere nepoštenosti pri objavah raziskovalnih rezultatov. Problemi vključujejo plagiatstvo, izmišljanje rezultatov, dvojne objave in 'avtorstvo v dar'. S takšnim delovanjem se raziskovalec lahko okorišča, dokler ni sporno dejanje odkrito. Izkrivljena poročila o zdravljenju pa hkrati lahko močno škodijo bodočim pacientom in drugim raziskovalcem, ki z nadaljujejo raziskave v napačni smeri in tako zapravljajo čas in sredstva.

Žvižgači

Da bi preprečili neetično raziskovanje, naj vsakdo, ki izve za nepravilnosti, to prijavi ustrezni ustanovi. Na žalost žvižgačev vsi ne cenijo, na njihova opozorila se ne odzovejo in jih včasih celo kaznujejo zaradi opozarjanja na slabo delo. Takšen odnos pa se počasi spreminja, saj so raziskovalci in nadzorni organi sprevideli, da je neetično raziskovanje nujno prepoznati in kaznovati in tako začenjajo spoštovati vlogo prijaviteljev.

“...v zadnjem času smo videli številne primere nepoštenosti pri objavah raziskovalnih rezultatov.”

Mlajši člani raziskovalne ekipe, kot so na primer študenti medicine, so lahko še posebej razdvojeni glede prijave dolžnosti, saj se morda ne počutijo sposobne za presojo delovanja starejših članov in bodo zelo verjetno kaznovani za opozorilo. Najmanj, kar lahko mlajši

člani storijo, je, da zavrnejo povabilo in ne sodelujejo pri delu, ki se jim zdi neetično – na primer pri laganju preiskovancem ali izmišljanju podatkov. Če opazijo, da drugi sodelujejo pri spornih aktivnostih, nadzornike neposredno ali anonimno na to opozorijo.

Nerešena vprašanja

O vseh vidikih raziskovalne etike ne bomo dosegli splošnega soglasja. Z razvojem medicinske znanosti na področjih, kot so genetika, nevrološke znanosti in presajanje tkiv ali organov prihaja glede etične sprejemljivosti tehnik, postopkov in terapije do novih vprašanj, na katere ni pripravljenih odgovorov. Odgovorov nimamo tudi na nekatera starejša etična vprašanja, kot na primer pod kakšnimi pogoji bi lahko v kliničnih poskusih uporabili skupino s placebom ali kakšno nadaljnjo oskrbo naj bi prejeli bolniki, ki so sodelovali v medicinski raziskavi. Na globalni ravni je 10/90 razkorak v medicinskih raziskavah še vedno nerešeno etično vprašanje: le 10% globalnih raziskovalnih sredstev namenimo reševanju zdravstvenih težav, ki prizadevajo 90% svetovne populacije. Ko pa se raziskovalci spoprimejo s težavami v revnejših območjih sveta, jih pogosto ovira konflikt med njihovimi etičnimi nazori in nazori domačinov. Vsa ta vprašanja bodo zahtevala še veliko dodatnih analiz in razprav, preden bo doseženo splošno soglasje.

Kljub vsem tem potencialnim težavam je medicinsko raziskovanje dragoceno za zdravnike, za študente medicine, pa tudi za preiskovance. Zdravniki in študenti medicine naj bi pretehtali možnost, da sami sodelujejo v klinični raziskavi, saj bi tako lahko bolje razumeli tudi drugo stran odnosa med raziskovalcem in osebo v raziskavi.

“...le 10% globalnih raziskovalnih sredstev namenimo reševanju zdravstvenih težav, ki prizadenejo 90% svetovne populacije”

NAZAJ K PRIMERU

Dr. R ne bi smela tako hitro sprejeti sodelovanja v študiji. Najprej bi morala izvedeti več o projektu in se prepričati, da izpolnjuje vse zahteve etičnega raziskovanja.

Zlasti bi morala zahtevati vpogled v protokol, ki je bil predložen etičnemu raziskovalnemu odboru ter pregledati vse pripombe in zahteve, ki jih je ta odbor dal projektu. Sodelovala naj bi samo v projektih, ki so na področju njene usposobljenosti ter se sama prepričati o znanstvenem in družbenem pomenu raziskave. Če ni prepričana v svoje sposobnosti ocene projekta, naj bi poiskala nasvet pri kolegih v večjih centrih. Ker dela le v najboljšem interesu svojih bolnikov, bo za raziskavo izbrala le tiste, ki jim zamenjava trenutnega zdravljenja s poskusnim zdravilom ali s placebom ne bo škodovala.

Svojim bolnikom mora temeljito pojasniti vse možnosti zdravljenja, tako da se ti lahko odločijo za soglasje ali za zavrnitev sodelovanja. Ne sme se dogovoriti za vnaprej natančno določeno število bolnikov, saj bi jo to lahko pripeljalo do tega, da bi bolnike silila k sodelovanju, mogoče celo v nasprotju z njihovimi najboljšimi interesi.

Skrbno mora spremljati svoje bolnike v študiji in hitro ukrepati v primeru neželenih stranskih učinkov. Na koncu naj svojim bolnikom poroča o rezultatih raziskave, ko ti postanejo dostopni.

ŠESTO POGLAVJE – ZAKLJUČEK



Na strmeh pobočju
© Don Mason/CORBIS



DOLŽNOSTI IN PRAVICE ZDRAVNIKOV

Ta priročnik se je osredotočal na dolžnosti in odgovornost zdravnikov, kar je v resnici tudi bistvo zdravniške etike. Vsekakor pa imajo tudi zdravniki, tako kot vsi drugi ljudje, pravice in dolžnosti

“...Itudi zdravniki imajo, tako kot vsi drugi ljudje, pravice in dolžnosti-”

medicinskih etikk

in zdravniška etika ne bi bila popolna, če ne bi upoštevala, kako naj se pacient, družba ter sodelavci obnašajo do njih. Za zdravniško etiko ta vidik postaja vedno bolj pomemben, ker zdravniki v mnogih državah doživljajo razočaranja pri

izvajanju svojega poklica zaradi omejenih sredstev, upravljanja zdravstva s strani vlade ali vodstev ustanov, senzacionalističnega medijskega poročanja o zdravniških napakah in neetičnem zdravniškem ravnanju ali dvoma o njihovi avtoriteti in sposobnosti s strani bolnikov ali drugih izvajalcev zdravstvene oskrbe.

Zdravniška etika je v preteklosti obravnavala tako pravice zdravnikov kot tudi njihove dolžnosti. Predhodni etični kodeksi, kot je Etični kodeks Ameriškega zdravniškega združenja (AMA) iz leta 1847, so vsebovala poglavja o dolžnostih bolnikov in javnosti do zdravniškega poklica. Večina teh dolžnosti je zastarelih, kot na primer tole: “Bolnik mora urno in brezpogojno slediti navodilom svojega zdravnika. Nikoli si ne sme dovoliti, da bi njegovo laično mnenje vplivalo na njegov odnos do navodil.” Kljub temu pa še vedno velja izjava: “Javnost bi morala dosledno spoštovati zdravniško znanje in spodbujati možnosti za pridobivanje zdravniške izobrazbe...” Namesto da bi AMA posodobilo poglavja, so jih sčasoma izločili iz Etičnega kodeksa.

V preteklih letih je Svetovno zdravniško združenje sprejelo številne izjave o pravicah zdravnikov in ustreznih dolžnostih drugih, še posebej oblasti, da spoštujejo te pravice:

- **Izjava o svobodni udeležbi na medicinskih srečanjih** iz leta 1984 zahteva, "naj ne bo ovir za udeležbo zdravnikov na srečanjih Svetovnega zdravniškega združenja ali na drugih zdravniških srečanjih, kjerkoli so ta sklicana."
- **Izjava o poklicni odgovornosti za zdravniško oskrbo** iz leta 2006 določa: "Vsakršna presoja o zdravniškem poklicnem ravnanju mora vključiti oceno zdravnikovih strokovnih kolegov, ki s svojo usposobljenostjo in izkušnjami lahko razumejo kompleksnost medicinske obravnave." Isti pravilnik obsoja "vse postopke, ki upoštevajo pritožbe bolnikov brez ocene zdravnikovega ravnanja s strani njegovih strokovnih kolegov."
- **Listina o podpori zdravnikom, ki zavračajo sodelovanje pri mučenju ali drugih oblikah krutega, nečloveškega ali ponižujočega ravnanja** iz leta 1997 zavezuje Svetovno zdravniško združenje, "da samo in preko nacionalnih zdravniških združenj podpira in varuje zdravnike, ki se upirajo vpletenosti v nečloveške postopke ali ki zdravijo in pomagajo pri rehabilitaciji žrtev teh postopkov ter hkrati delajo po najvišjih etičnih načelih, vključno z zdravniško zaupnostjo ..."
- **Izjava o etičnih smernicah za mednarodno migracijo zdravstvenih delavcev** iz leta 2014 poziva vse države, "da po svojih najboljših močeh skrbijo za ohranjanje zdravnikov v svoji stroki in v državi s podporo za doseganje osebnih in strokovnih ciljev, upoštevajoč potrebe in sredstva države" in da zagotovijo, "da se z zdravniki, ki delajo trajno ali začasno v tuji državi ... ravna pravično v primerjavi z drugimi zdravniki v tej državi (na primer z enakimi možnostmi poklicnega položaja ter enakim plačilom za enako delo)."

Čeprav je glede na že omenjene težave in izzive tako zagovarjanje zdravnikov potrebno, pa jih je občasno potrebno spomniti na privilegije, ki jih uživajo. Javnomnenjske raziskave v številnih

državah so dosledno pokazale, da so zdravniki med najbolj cenjenimi in zaupanja vrednimi poklicnimi skupinami. Običajno prejemajo nadpovprečne, v nekaterih državah zelo nadpovprečne prejemke. Še vedno imajo veliko poklicne avtonomije, čeprav ne toliko kot nekoč. Številni sodelujejo v raziskavah in so priče vzemirljivega iskanja novega znanja.

Najpomembnejša pa je njihova pomoč bolnikom, še posebej tistim, ki so ranljivi in v stiski, ter pomoč družbi na splošno. Redki poklici lahko ponudijo več zadovoljstva, če pri tem

“Zdravnike je občasno potrebno spomniti na privilegije, ki jih uživajo.”

upoštevamo vse dobro, kar zdravniki zagotavljajo – lajšanje bolečin in trpljenja, zdravljenje bolezni in pomoč umirajočim. Izpolnjevanje etičnih dolžnosti je morda majhna cena za vse te privilegije.

OBVEZNOSTI DO SEBE

V tem priročniku smo razvrstili etične obveznosti zdravnika do posameznih skupin, ki jim zdravnik služi: do bolnikov, družbe in sodelavcev (vključno z drugimi zdravstvenimi delavci). Zdravniki velikokrat pozabijo, da imajo dolžnosti tudi do sebe in do svoje družine. V številnih delih sveta je delo zdravnika zahtevalo, da se popolnoma posveti medicini, z malo premisleka o lastnem zdravju in dobrem počutju. Tako ni neobičajen 60 ali 80-urni delavnik, dopust pa se včasih razume kot nepotrebno razkošje. Čeprav se zdi, da veliko zdravnikov dobro dela v takih pogojih, lahko to negativno vpliva na njihove družine. Pri nekaterih zdravnikih preobremenjenost vodi do kronične utrujenosti, do različnih oblik odvisnosti ali do samomora. Prizadeti zdravniki predstavljajo nevarnost svojim bolnikom, pri čemer je utrujenost pomemben dejavnik pri zdravniških pomotah.

Potrebo po zagotovitvi varnosti bolnikov, pa tudi prizadevanje za zdrav življenjski slog zdravnikov v nekaterih državah rešujejo z omejitvijo

delovnih ur in dolžine delovne izmene. Nekatere zdravstvene izobraževalne ustanove omogočajo zdravnicam, da iz družinskih razlogov prekinejo svoj program usposabljanja. Čeprav lahko takšni ukrepi prispevajo k zdravju in dobremu počutju zdravnika, leži glavna odgovornost pri posamezniku.

“Zdravniki velikokrat pozabijo, da imajo dolžnosti tudi do sebe in do svoje družine.”

Poleg izogibanja očitnim nevarnostim za zdravje, kot so kajenje, zloraba substanc ter preobremenjenost z delom, naj bi se zdravniki varovali in okrepili svoje zdravje in dobro počutje s prepoznavanjem stresnih dejavnikov v svojem strokovnem in osebnem življenju ter z razvijanjem in izvajanjem ustreznih strategij za spoprijemanje s problemi. Kadar vse to ne pomaga, bi morali pri svojih sodelavcih in drugih strokovnjakih poiskati pomoč za osebne težave, ki lahko negativno vplivajo na njihove odnose z bolniki, z družbo in s sodelavci.

PRIHODNOST ZDRAVNIŠKE ETIKE

Priručnik se osredotoča zlasti na trenutno stanje zdravniške etike, s pogostimi primeri iz preteklosti. Zavedati se moramo, da nam sedanjost neprestano polzi skozi prste; če hočemo biti v koraku s časom, moramo nenehno gledati naprej. Prihodnost zdravniške etike bo v veliki meri odvisna od prihodnosti same medicine. V prvih desetletjih 21. stoletja se medicina razvija zelo hitro, zato je težko predvideti, kakšno bo stanje, ko bodo študij zaključili sedanji študentje 1. letnika in katere nadaljnje spremembe se bodo zgodile, preden se bodo upokojili. Prihodnost ne bo nujno boljša od sedanjosti, če upoštevamo svetovno politično in ekonomsko nestabilnost, uničevanje okolja, širjenje HIV/AIDS in drugih grozečih epidemij. Čeprav lahko upamo, da bo napredek medicine koristil vsem državam in da bodo etični problemi najrevnejših držav

podobni trenutnim problemom ekonomsko stabilnih držav, se lahko zgodi ravno nasprotno – danes bogate države lahko nazadujejo do točke, ko se bodo zdravniki morali soočiti z epidemijami tropskih bolezni in z resnim pomanjkanjem medicinskih pripomočkov in zdravil.

Glede na to, da je prihodnost nepredvidljiva, mora biti zdravniška etika fleksibilna in odprta za spremembe in prilagoditve, kot je doslej že bila. V vsakem primeru pa upamo, da bodo osnovna načela zdravniške etike ostala enaka, še posebej načela sočutja, strokovne usposobljenosti in avtonomije, skupaj s skrbjo za temeljne človekove pravice in zavezanostjo njenemu profesionalizmu. Kljub spremembam v medicini, ki so posledica znanstvenega napredka ter socialnih, političnih in ekonomskih dejavnikov, bodo vselej obstajali bolni ljudje, ki bodo potrebovali zdravljenje in nego. Že od nekdaj zdravniki ne samo zdravijo, ampak tudi skrbijo za promocijo zdravega življenja, preprečujejo bolezni in urejajo zdravstveni sistem. Kljub temu, da se ravnoesje med temi nalogami lahko v prihodnje spreminja, bodo zdravniki še naprej igrali pomembno vlogo pri vsaki od njih. Ker vsaka aktivnost vključuje veliko etičnih izzivov, se bodo morali zdravniki dodatno izobraževati o novostih pri zdravniški etiki, tako kot se izobražujejo o spremembah na drugih področjih medicine.

Prišli smo do zaključka etičnega priročnika, a za bralca je to zgolj začetek vseživljenjskega poglobljanja obravnavane tematike. Kot smo zapisali že v uvodu, ta priročnik posreduje le osnovne informacije o zdravniški etiki in nekaj glavnih etičnih dilem. Namen priročnika je podpreti zavest o etičnih vidikih medicine in pomagati pri reševanju etičnih dilem, s katerimi se zdravstveni delavci srečujejo pri svojem delu. Seznam virov v Prilogi B je bralcu lahko v pomoč pri poglobljanju znanja s tega področja.

DODATEK A – IZBRANI INTERNETNI VIRI ZDRAVNIŠKE ETIKE

World Medical Association Handbook – Priročnik Svetovnega zdravniškega združenja vsebuje besedila vseh stališč SZZ v angleščini, francosčini in španščini:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/>

World Medical Association Ethics Resources – Gradivo Svetovnega zdravniškega združenja o etiki vsebuje sledeče dele:

- Tečaje Svetovnega zdravniškega združenja
- Ustanove za zdravniško etiko ter njihove etične kodekse
- Izobraževanje o zdravniški etiki
- Etika in zdravniški poklic

<http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/>

Viri izobraževanja iz bioetike pri UNESCO:

www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/ethics-education-programme/activities/educational-resources/

Podatkovna zbirka nacionalnih etičnih odborov predstavlja stališča o etičnih vprašanjih, razvrščenih po državah in tematiki:

<http://apps.who.int/ethics/nationalcommittees/>

Zbirka bioetičnih dokumentov Nacionalnega inštituta za zdravje Združenih držav Amerike:

<http://bioethics.od.nih.gov/>

Kennedyjev inštitut za etiko, Georgetown University, Washington DC:

<https://bioethics.georgetown.edu/>

DODATEK B

SVETOVNO ZDRAVNIŠKO ZDRUŽENJE - SZZ (WORLD MEDICAL ASSOCIATION – WMA)

Deklaracija o vključitvi medicinske etike in človekovih pravic v učne programe medicinskih fakultet po celem svetu

(Povzeto po 51. Skupščini Svetovnega zdravniškega združenja, Tel Aviv, Izrael, oktober 1999)

1. Ker so zdravniška etika in človekove pravice sestavni del zdravniškega dela in kulture, in
2. ker so zdravniška etika in človekove pravice sestavni del zgodovine, strukture in ciljev Svetovnega zdravniškega združenja
3. smo soglasni, da Svetovno zdravniško združenje predlaga medicinskim fakultetam po celem svetu, da v učni načrt kot obvezen predmet vključijo pouk zdravniške etike in človekovih pravic.

SVETOVNA ZVEZA ZA MEDICINSKO IZOBRAŽEVANJE (WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION – WFME):

Svetovni standardi za izboljšanje kakovosti – osnovno zdravniško izobraževanje

(<http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file/>)

Med standardi, ki naj jih vse medicinske fakultete izpolnijo, so glede zdravniške etike naslednje zahteve:

1.4 Rezultati izobraževanja

Medicinske fakultete morajo določiti cilje izobraževanja, ki bi jih naj dosegli bodoči diplomanti ... Ti cilji naj vključujejo preverjanje znanja in razumevanja medicinske etike, človekovih pravic in zdravstvene zakonodaje.

2.4 Psihologija, družbene vede in medicinska etika

Medicinske fakultete **morajo** v pouk vključiti znanje psihologije, družbenih ved, zdravniške etike in zdravstvene zakonodaje. Zdravniška etika se spopada z moralnimi problemi v medicinski praksi, kot so vrednote, pravice in odgovornosti v zvezi z zdravnikovim odnosom in

načinom odločanja. Prepoznavanje in vključitev psihologije, družbenih ved, medicinske etike in medicinske sodne prakse naj zagotovi znanje, koncept, metode, veščine in odnos nujen za razumevanje družbeno-ekonomskih, demografskih in kulturnih kazalcev, ki vplivajo na vzroke, razširjenost in posledice zdravstvenih problemov, pa tudi znanje o nacionalnem zdravstvenem sistemu in bolnikovih pravicah. To naj omogoči analizo zdravstvenih potreb družbe, učinkovite komunikacije, kliničnega procesa odločanja in etičnega ravnanja.

2.5 Klinične znanosti in usposobljenost

Klinična usposobljenost vključuje jemanje anamneze, klinični pregled, spretnost komuniciranja, posege in preiskave, nujno pomoč ter predpisovanje zdravil in zdravljenje. Med profesionalne spretnosti spadajo veščine dela z bolniki, delo v timu, vodenje in medsebojno izobraževanje. K ustrezni klinični odgovornosti sodi promocija zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za bolnika.

6.4 Medicinske raziskave in štipendije

Medicinske šole naj bi zagotavljale povezavo med medicinskimi raziskavami in izobraževanjem ter vzpodbujale in pripravljale študente za sodelovanje v medicinskih raziskavah in razvoju.

DODATEK C – IZBOLJŠANJE UČENJA ETIKE NA MEDICINSKIH FAKULTETAH

Nekatere medicinske šole imajo zelo malo pouka etike, medtem ko imajo druge dobro razvite programe. Tudi v slednjih se vedno najde prostor za izboljšavo. V nadaljevanju predstavljamo proces, ki ga lahko sproži kdorkoli, naj bo študent medicine ali član fakultete, ki želi izboljšati učni proces medicinske etike v ustanovi.

1. Pobljže spoznaj proces odločanja v ustanovi
 - Dekan
 - Odbor za predmetnik
 - Senat fakultete
 - Vplivni člani fakultete
2. Poišči podporo drugih
 - Študentje
 - Učitelji
 - Ključni vodilni člani fakultete
 - Državno zdravniško združenje
 - Državni organ, ki podeljuje zdravniške licence
3. Pri dobri utemeljitvi pobude predstavi
 - Resolucijo SZZ o vključitvi zdravniške etike in človekovih pravic v učni načrt medicinskih fakultet po vsem svetu
 - WFME svetovne standarde za izboljšanje kvalitete pri osnovnem pouku medicine
 - Primere iz drugih medicinskih fakultet
 - Etične zahteve za raziskovanje
 - Predvidevaj nasprotovanja (npr. prenatrpan urnik)
4. Ponudi pomoč
 - Predstavi predloge za strukturo, vsebino, učitelje in sodelovanje študentov – glej SZZ, spletna stran virov za izobraževanje iz medicinske etike: www.wma.net/en/20activities/10ethics/40education/index.html
 - Poveži se z drugimi programi pouka zdravniške etike, s SZZ, itd..

5. Zagotovi kontinuiteto

- Zagovarjaj stalni odbor za medicinsko etiko
- Vključi mlajše študente
- Vključi dodatne učitelje
- Pritegni nove učitelje in ključne vodilne osebe fakultete

DODATEK D – DODATNI PRIMERI**KONTRACEPCIJSKI NASVET ZA
NAJSTNICO**

Sara je stara 15 let. Živi v naselju, kjer so spolni napadi vse bolj pogosti. Sara pride v vašo ambulanto in vas prosi za recept za oralno kontracepcijsko sredstvo, da se lahko zaščiti pred nosečnostjo za primer, da bi postala žrtev spolnega napada. Nosečnost bi prekinila njeno izobrazbo in ji zelo otežila iskanje bodočega moža.

Sara vam pove, da ne želi, da starši izvedo, da bo uporabljala kontracepcijska sredstva, saj bi mislili, da namerava imeti spolne odnose s fantom. Sumničavi ste glede Sarinih namenov, vendar občudujete njeno odločnost, da se izogne nosečnosti. Svetujete ji, naj pride v vašo ambulanto skupaj s starši na pogovor glede njenega vprašanja. Tri dni pozneje se vrne sama in vam pove, da je poskusila govoriti s starši, a ti o tem niso želeli razpravljati. Kaj boste storili?

NEDONOŠENČEK*

Max se je rodil v 23. tednu nosečnosti. Je na umetnem predihavanju, saj so njegova pljuča še zelo nerazvita. Poleg tega ima tudi možganske krvavitve, ker je njegovo ožilje nestabilno. Malo verjetno je, da bo preživel naslednjih nekaj tednov. Tudi če preživi, bo verjetno težje psihično in fizično prizadet.

Maxovo stanje se še poslabša, ko se pri njem razvije težje vnetje črevesa. Morda bi bilo možno, da se vneti del črevesa operativno odstrani, kar bi ohranilo njegove majhne možnosti preživetja.

Njegovi starši se z operacijo ne strinjajo, saj ne želijo, da bi Max trpel zaradi operacije in ob tem menijo, da ne bo nikoli imel dovolj kakovostnega življenja. Kot njegov zdravnik menite, da bi operacijo morali izvesti in razmišljate, kako se soočiti z zavrnitvijo staršev.

* Ta in naslednji primer sta predlagala dr. Gerald Neitzke in G. Mareike Moeller, Medizinische Hochschule Hannover, Nemčija

HIV INFEKCIJA

Gospod S. je poročen in oče dveh šoloobveznih otrok. V vaši ambulanti se zdravi zaradi redke vrste pljučnice, ki je velikokrat povezana z AIDS. Krvne preiskave potrdijo, da je HIV pozitiven.

Gospod S. pravi, da se želi sam odločiti, če in kdaj bo svoji ženi povedal o svoji infekciji. Poveste mu, da bi ženi lahko rešili življenje, če bi se zavarovala pred infekcijo. Prav tako bi bilo pomembno, da tudi sama opravi HIV test. V primeru pozitivnega testnega rezultata bi imela možnost, da začne jemati zdravila, ki bi upočasnila izbruh bolezni in ji tako podaljšala življenje.

Šest tednov kasneje pride gospod S. v ambulanto na kontrolni pregled. Na vaše vprašanje vam odgovori, da žene še vedno ni obvestil. Ne želi, da bi izvedela o njegovih homoseksualnih stikih, saj se boji, da bi to končalo njuno razmerje in razbilo družino.

Da bi jo zavaroval, je imel z njo le 'varne spolne odnose'. Kot njen zdravnik se sprašujete, ali naj kljub nasprotovanju soproga gospo S. obvestite o njegovi okužbi, tako da bi imela možnost pravočasnega zdravljenja, če bi bilo to potrebno.

ZDRAVLJENE ZAPORNIKA

Kot del vaših zdravniških obveznosti preživite na vsaka dva tedna en dan na obisku pri zapornikih v bližnjem zaporu. Včeraj ste zdravili zapornika z več odrgninami po obrazu in trupu. Ko ste ga vprašali, kaj je vzrok poškodb, vam je pacient odgovoril, da so ga napadli zaposleni v zaporu, ko ni hotel odgovoriti na vprašanja med zaslišanjem. Čeprav je to za vas nova izkušnja, ste od sodelavcev že slišali za podobne primere. Prepričani ste, da morate glede tega problema nekaj storiti, vendar vam pacient zaradi strahu pred povračilnimi ukrepi s strani paznikov ne dovoli, da razkrijete informacije o njem. Prav tako niste prepričani, ali vam je zapornik povedal resnico, saj vam je paznik, ki vam ga je pripeljal, povedal, da se je stepel z drugim zapornikom. Imate dober odnos z zaposlenimi v zaporu in tega ne želite pokvariti z neutemeljenimi obtožbami o slabem ravnanju z zaporniki. Kaj boste storili?

ODLOČITEV O KONCU ŽIVLJENJA

Iz doma upokojencev so v vašo bolnišnico pripeljali 80-letno žensko s pljučnico. Je slabotna in rahlo dementna. Pljučnico uspešno pozdravite, preden je pošljete nazaj v dom, pa utрпи kap, ki jo ohromi po desni strani, zato se ne more več sama hraniti. Vstavijo ji prehranjevalno cevko, ki pa ji očitno povzroča nelagodje in si jo je večkrat poskuša odstraniti z levico, zato ji morajo levo roko privezati. Svojih želja sicer ne more izražati na drug način. Iskanje otrok ali drugih sorodnikov, ki bi lahko pomagali pri odločitvah o zdravljenju, ni obrodilo sadov. Po nekaj dnevih opazite, da se njeno stanje ne bo izboljšalo in da sta edina načina za zmanjšanje njenega trpljenja sedacija ali odstranitev cevke, kar pa pomeni, da bo umrla. Kaj boste storili?

ZBIRKE PRIMEROV

Vodja UNESCO Centra za bioetiko: študije primerov

<http://www.unesco-chair-bioethics.org/UI/F01.aspx>

Svetovna zdravstvena organizacija – Knjiga primerov etičnih vprašanj pri mednarodnih raziskavah v zdravstvu:

<http://www.who.int/ethics/publications/9789241547727/en/>

Druge zbirke primerov:

<http://bioethics.od.nih.gov/casestudies.html#other>



Starejša gospa med pregledom
© Peter M. Fisher/CORBIS

Svetovno zdravniško združenje (SZZ, World Medical Association - WMA) je svetovni predstavnik zdravnikov, ne glede na njihovo specializacijo, mesto delovanja ali vrsto zdravniške prakse. Naloga SZZ je služiti človeštvu s prizadevanjem za doseganje najvišjih možnih standardov zdravstvene oskrbe, etike, znanosti, izobraževanja in z zdravjem povezanih človekovih pravic za vse ljudi.



The World Medical Association
B.P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, France
email: wma@wma.net • fax: (+33) 450 40 59 37
website: www.wma.net

ISBN 978-961-6739-66-5