

Svetová asociácia lekárov/ World Medical Association

Príručka lekárskej etiky



WMA

orvosi etika
éthique médicale
medizinske Etik
medicina
medicinska etika
医の倫理
الأخلاقيات الطبية
édiciale
medicinska etika
lekárska etika
醫療概念
Læknisfræðileg siðfræði
medische ethiek
醫療概念
medizinske Etik
medical ethics
بيات الطبية
ιατρική ηθική
Læknisfræði
lääketiete
醫療概念
medicinska etika
éthique méo
אתיקה רפואית
医の倫理
lekárska etika
medisinsk etikk
Medyczna
医の倫理
ética médica
الأخلاقيات الطبية
ה רפואית
אתיקה רפואית
medicinske Etik
lääketieteen etiikka
醫療概念



Študent medicíny drží novorodiatko
© Roger Ball/CORBIS

Svetová asociácia lekárov/ World Medical Association

Príručka lekárskej etiky

© 2005 by The World Medical Association, Inc.
© 2008 Slovak Translation by the Slovak Medical Association

Všetky práva vyhradené.

10 a menej kópií tohto dokumentu možno použiť na osobné nekomerčné účely pod podmienkou, že prospech sa pripíše ich pôvodnému zdroju. Na akúkoľvek inú reprodukciu, úschovu a šírenie v informačnom systéme v akejkoľvek forme, alebo z akýchkoľvek dôvodov je potrebný písomný súhlas spoločnosti. Žiadosti o povolenie treba adresovať na The World Medical Association, B.P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, Francúzsko; e-mail: wma@wma.net, fax: (+33) 450 40 59 37.

Táto príručka je publikáciou Sekcie etiky (Ethics Unit) Svetovej asociácie lekárov (WMA). Jej autorom je John R. Williams, riaditeľ pre etiku, WMA. Jej obsah nemusí presne vyjadrovať stanovisko WMA, pokiaľ to nie je výslovne uvedené.

Obálka, grafická úprava a koncepcia – Tuuli Sauren, Inspirit International Advertising, Belgicko

Produkcja a koncepcia – World Health Communication Associates, UK
Obrázky – Van Parys Media/CORBIS

Odborná recenzia a revízia slovenského prekladu – doc. MUDr. J. Glasa, CSc., PhD., MUDr. I. Šebová, CSc., MPH, prof. MUDr. P. Krištúfek, CSc.

Jazyková lektúra – PhDr. H. Bernadičová

Cataloguing-in-Publication Data

Williams, John R. (John Reynold), 1942-

Medical ethics manual

1. Bioethics
2. Physician-Patient Relations – ethics
3. Physician's Role
4. Biomedical Research – ethics
5. Interprofessional Relations
6. Education, Medical – ethics
7. Case reports
8. Manuals I. Title

ISBN 978-80-8095-036-1 (NLM classification: W 50)

OBSAH

PodĎakovanie	6
Na cestu	7
Predhovor	10
Úvod	12
• Čo je to lekárska etika?	
• Prečo študovať lekársku etiku?	
• Lekárska etika, profesionalizmus lekára, ľudské práva a zákon	
• Záver	
Kapitola prvá – Hlavné charakteristiky lekárskej etiky	18
• Ciele	
• Čo je na medicíne zvláštne?	
• Čo je na lekárskej etike zvláštne?	
• Kto rozhoduje o tom, čo je etické?	
• Mení sa lekárska etika?	
• Je lekárska etika odlišná v rôznych krajinách?	
• Úloha WMA	
• Ako WMA rozhoduje o tom, čo je etické?	
• Ako sa jednotlivci rozhodujú o tom, čo je etické?	
• Záver	
Kapitola druhá – Lekári a pacienti	36
• Ciele	
• Prípadová štúdia	
• Čo je zvláštne na vzťahu lekár – pacient?	
• Rešpektovanie osobnosti a rovnosť prístupu	
• Komunikácia a súhlas	
• Rozhodovanie za nespôsobilého pacienta	

- Mlčanlivosť
- Etické otázky na začiatku ľudského života
- Etické otázky na konci života
- Späť k prípadovej štúdii

Kapitola tretia – Lekári a spoločnosť..... 62

- Ciele
- Prípadová štúdia
- Čo je zvláštne na vzťahu lekár – spoločnosť?
- Dvojitá lojalita
- Pridelovanie prostriedkov
- Verejné zdravie a verejné zdravotníctvo
- Globálne zdravie
- Späť k prípadovej štúdii

Kapitola štvrtá – Lekári a ich spolupracovníci.....78

- Ciele
- Prípadová štúdia
- Problémy lekárskej autority/právomoci
- Vzťahy lekára s kolegami, učiteľmi a študentmi
- Oznamovanie nebezpečných a neetických postupov
- Vzťahy lekára s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi
- Spolupráca
- Riešenie konfliktov
- Späť k prípadovej štúdii

Kapitola piata – Etika a lekárske výskum.....92

- Ciele
- Prípadová štúdia
- Dôležitosť lekárskeho výskumu
- Výskum v lekárskej praxi
- Etické požiadavky
 - Schválenie etickej komisie

- Vedecká hodnota
- Spoločenská hodnota
- Riziká a prínos
- Informovaný súhlas
- Mlčanlivosť
- Konflikt úloh: lekár – výskumný pracovník
- Pravdivé publikovanie výsledkov
- Oznamovanie neetického konania
- Nevyriešené otázky
- Späť k prípadovej štúdii

Kapitola šiesta – Záver..... 110

- Povinnosti a privilégia lekárov
- Povinnosti voči sebe samému
- Budúcnosť lekárskej etiky

Dodatok A – Slovník..... 118

Dodatok B – Informačné zdroje lekárskej etiky na internete..... 121

Dodatok C – Svetová asociácia lekárov (WMA): Rozhodnutie o zaradení lekárskej etiky a problematiky ľudských práv do učebných osnov lekárskeho fakúlt na celom svete a Svetová federácia lekárskeho vzdelávania (WFME): Globálne štandardy na zlepšenie kvality – Základné lekárske vzdelanie..... 123

Dodatok D – Posilnenie vyučovania etiky na lekárske fakultách..... 125

Dodatok E – Doplnkové prípadové štúdie..... 127

POĎAKOVANIE

Sekcia etiky (Ethics Unit) WMA ďakuje nižšie uvedeným osobám za poskytnutie obsiahlych a dôkladných pripomienok k skorším verziám textu tejto príručky:

- Prof. Solly Benatar**, Univerzita Cape Town, Južná Afrika
Prof. Kenneth Boyd, Univerzita Edinburgh, Škótsko
Dr. Annette J. Braunack-Mayer, Univerzita Adelaide, Austrália
Dr. Robert Carlson, Univerzita Edinburgh, Škótsko
Mr. Sev Fluss, WMA a CIOMS, Ženeva, Švajčiarsko
Prof. Eugenijus Gefenas, Univerzita Vilnius, Litva
Dr. Delon Human, WMA, Ferney-Voltaire, Francúzsko
Dr. Girish Bobby Kapur, George Washington Univerzita, Washington, DC, USA
Prof. Nuala Kenny, Dalhousie Univerzita, Halifax, Kanada
Prof. Cheryl Cox Macpherson, St. George's Univerzita, Granada
Ms. Mareike Moeller, Medizinische Hochschule Hannover, Nemecko
Prof. Ferenc Oberfrank, Hungarian Academy of Sciences, Budapešť, Maďarsko
Mr. Atif Rahman, Khyber Medical College, Peshawar, Pakistan
Mr. Mohamed Swailem, Banha Faculty of Medicine, Banha, Egypt a jeho desať spolužiakov, ktorí identifikovali slová a výrazy, ktoré neboli zrozumiteľné pre osoby, ktorých rodným jazykom nie je angličtina

Sekciu etiky (Ethics Unit) WMA čiastočne podporuje neobmedzovaný edukačný grant poskytnutý spoločnosťou Johnson & Johnson.

NA CESTU

Vážené kolegyně, kolegovia,

Svetová asociácia lekárov (angl. *World Medical Association – WMA*) ako organizácia zastrešujúca jednotlivé národné lekárske spoločnosti, teda aj Slovenskú lekársku spoločnosť, predstavuje nezávislú, celosvetovú profesijnú organizáciu lekárov s vysokou odbornou a morálnou autoritou. Formuluje, vyjadruje a zastupuje zásadné postoje a názory lekárov ako samostatnej, slobodnej profesie v globálnom meradle.

Jednou z najvýznamnejších úloh WMA je dohliadať na dôsledné uplatňovanie a rozvíjanie lekárskej etiky. V súčasnosti sa okrem udržiavania neoceniteľnej pokladnice „morálnej historickej pamäte“ prihliadajúcej na špecifické okolnosti a problémy, ktoré viedli k jej vzniku po II. svetovej vojne (vyrovnávanie sa so skutočnosťou vojnových zločinov proti ľudskosti, na ktorých sa v mene zvrátenej ideológie zúčastňovali aj lekári), WMA usiluje systematicky reflektovať – predovšetkým z profesijného etického hľadiska – aktuálny vývoj medicíny a jej meniace sa postavenie a uplatnenie v interdisciplinárnom kontexte v rozličných systémoch zdravotníctva a zdravotnej starostlivosti po celom svete.

Žiaľ, situácie, v ktorých sú lekár a jeho pacient – vzhľadom na rozličné nepriaznivé okolnosti, na protikladné, niekedy až bezohľadné záujmy a silnejúce tlaky z ekonomického alebo politického hľadiska – ohrozovaní zneužitím ich špecifického, zraniteľného, či znevýhodneného postavenia v spoločnosti (pacient z dôvodu svojej choroby alebo postihnutia, lekár z dôvodu morálnej viazanosti etickými princípmi svojho povolania), sa v nezmenšenej intenzite a naliehavosti, i keď azda v odlišnej forme a obsahu, opakujú aj dnes. Preto je práve v súčasnom globalizovanom svete pre členov lekárskej profesie mimoriadne dôležité cítiť a prejavovať spolupatričnosť k rešpektovanej profesijnej organizácii, ktorá sa svojou existenciou a konaním stavia takémuto neblahému vývoju na odpor. Stáva sa tak uznávaným medzinárodným garantom

a zrkadlom kvality etického vzťahu medzi lekárom a pacientom, ale aj kolegiálnych vzťahov medzi lekármi navzájom, medzi lekármi a inými zdravotníckymi pracovníkmi, ako aj stále komplikovanejších vzťahov medzi lekármi a širokou verejnosťou, ktorá veľmi citlivo vníma výkon lekárskeho povolania – či už v bežnej odbornej praxi alebo vo vedeckom výskume.

WMA nabáda – aj v dnešnej individualistickej, dynamickej dobe rýchlo sa rozvíjajúcej vedy a nových technológií, ktoré charakterizujú éru 'informačnej', 'znanostnej', či 'postmodernej' spoločnosti – k zachovaniu hlbokej úcty voči dôstojným predstaviteľom a učiteľom lekárskej profesie, ktorí vedú aj v našich časoch študentov medicíny i mladších kolegov nezištne a dôsledne v zmysle a v duchu starobylej, ale stále aktuálnej Hippokratovej prísahy k novým profesijným vedomostiam a zručnostiam. Je príznačné, že WMA nezabúda ani na konkrétnu pomoc pacientom tretieho sveta a na kolegiálnu solidaritu s ich lekármi a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí neraz pracujú v nepredstaviteľne ťažkých podmienkach, v situácii krajného nedostatku, či útlaku. Aj v krajinách s rozvinutým zdravotníctvom WMA nabáda k sociálne spravodlivému a efektívnemu využívaniu limitovaných verejných zdrojov, ktoré sú, či majú byť zodpovedne vyčleňované na zabezpečenie primerane kvalitnej a dostupnej zdravotnej starostlivosti.

Slovenský preklad *Príručky lekárskej etiky* WMA má ambíciu napomôcť vnášať tento existenciálne dôležitý, neoddeliteľný etický rozmer do nášho každodenného medicínskeho života – a pomôcť nám vracať sa častejšie a hlbšie k prapodstate, k živým koreňom nášho povolania, ktoré je práve svojou etikou, svojím hlbokým rozmerom ľudskosti a vnímaním existenciálneho tajomstva každého človeka, také významné, zvláštne – a také krásne. Bez tohto hlbokého základu by sa naše povolanie mohlo stať nebezpečnou, odľudštenou aktivitou plnou narastajúcich rizik – súčasných i budúcných...

Veríme, že príručka osloví a zaujme nielen našich mladých kolegov – medikov a lekárov v špecializačnej príprave, ale že poslúži

aj ako príležitosť, či pomôcka na zamyslenie a 'etické osvieženie' aj kolegom, ktorí už majú za sebou ne jeden náročný rok aktívnej lekárskej praxe.



MUDr. Irina Šebová, CSc., MPH
generálna sekretárka
Slovenskej lekárskej spoločnosti,
delegátka pre spoluprácu s WMA



Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD.
člen Prezídia
Slovenskej lekárskej spoločnosti,
vedúci Komisie pre bioetiku

Bratislava, August 2008

PREDHOVOR

Dr. Delon Human
Generálny tajomník
World Medical Association

Je až neuveriteľné, keď si uvedomíme, že hoci zakladatelia lekárskej etiky, ako napríklad Hippokrates, uverejnili svoje práce pred viac ako 2000 rokmi, lekárske povolanie nemalo až doteraz základné, všeobecne používané kurikulum na výučbu lekárskej etiky.

Cieľom tejto prvej Príručky etiky WMA je vhodne vyplniť uvedený prázdny priestor. Mám veľkú chuť v krátkosti Vám ju predstaviť!

Počiatok príručky siaha k 51. svetovému lekárskeму zhromaždeniu (World Medical Assembly), ktoré sa konalo roku 1999. Zhromaždení lekári reprezentujúci lekárske asociácie z celého sveta rozhodli „dôrazne odporúčať lekárske fakultám na celom svete zaradenie lekárskej etiky a problematiky základných ľudských práv ako povinného predmetu do učebných osnov“. V súlade s týmto rozhodnutím sa začal aj proces prípravy základnej učebnej pomôcky lekárskej etiky určenej všetkým študentom medicíny a lekárom. Mala vychádzať zo zásad a smerníc WMA, ale nemala byť sama osebe takouto smernicou, či oficiálnym dokumentom. Preto je táto Príručka výsledkom náročného, globálneho, prípravného a konzultačného procesu, ktorý viedla a koordinovala Sekcia etiky WMA.

Moderná zdravotná starostlivosť prináša veľmi komplexné a mnohostranné etické dilemy. Až príliš často lekári nie sú pripravení ich kvalifikovane riešiť. Táto publikácia je špeciálne zostavená tak, aby posilnila a podporila etické uvažovanie a prax lekárov a aby poskytla pomoc pri hľadaní etických riešení týchto dilem. Nie je zoznamom „správneho a nesprávneho“, ale skôr pokusom o posilnenie svedomia lekára, ktoré je základom každého správneho a etického rozhodovania. Na konci tejto knihy nájdete niekoľko prípadových štúdií, ktoré sú určené na rozvíjanie individuálneho etického uvažovania, ako aj na diskusiu v kolektíve.

Ako lekári vieme, akou výsadou je možnosť angažovať sa vo vzťahu pacient – lekár. Ide o jedinečný vzťah, ktorý umožňuje uplatnenie odborných vedomostí a poskytovanie starostlivosti v rámci etiky a dôvery. Táto príručka bola zostavená na oboznámenie sa s etickými problémami v rôznych vzťahoch, do ktorých sú lekári zainteresovaní. V centre však vždy ostáva vzťah pacient – lekár. V súčasnosti je tento vzťah vystavený rôznym tlakom v dôsledku nedostatku zdrojov, ako aj iných faktorov. Táto príručka poukazuje na nevyhnutnosť posilniť tento vzťah prostredníctvom etickej praxe.

Napokon, vyjadrenie o ústrednom postavení pacienta sa dnes objavuje prakticky v každej diskusii o lekárskej etike. Väčšina lekárskejších spoločností uvádza vo svojich základných dokumentoch, že z etického hľadiska by najlepší záujem každého konkrétneho pacienta mal byť prvoradým pri každom rozhodovaní o poskytnutí danej starostlivosti. Táto Príručka etiky WMA splní dobre svoje poslanie vtedy, keď pomôže pripraviť študentov medicíny a lekárov, aby boli schopní sa lepšie orientovať v mnohých náročných etických problémoch, s ktorými sa stretávame v našej každodennej praxi, a nachádzať efektívne spôsoby, ako **POSTAVIŤ PACIENTA NA PRVÉ MIESTO**.

ÚVOD

ČO JE TO LEKÁRSKA ETIKA?

Uvažuj o nasledujúcich prípadoch, ktoré by sa mohli vyskytnúť v lekárskej praxi takmer v každej krajine:

1. Dr. P., skúsený a kvalifikovaný lekár, práve končí nočnú službu v stredne veľkej všeobecnej nemocnici. Do nemocnice práve priviedli mladú ženu v sprievode jej matky. Matka vzápätí odchádza, hovoriac sestre na príjme, že musí dohliadať na svoje ostatné deti. Pacientka vaginálne krváca a má silné bolesti. Dr. P. ju vyšetrí a zistí, že ide buď o samovolný alebo o vyvolaný potrat. Urobí rýchlu dilatáciu a kyretáž a povie sestre, aby sa spýtala pacientky, či si môže dovoliť zostať v nemocnici dovtedy, kým to bude jej zdravotný stav vyžadovať. Dr. Q. strieda Dr. P., ktorý odchádza domov bez toho, aby sa porozprával s pacientkou.
2. Dr. S. je stále viac a viac znechutená pacientmi, ktorí prídu k nej buď pred konzultáciou alebo po konzultácii s iným lekárom týkajúcej sa ich choroby. Považuje to za mrhanie zdravotníckych zdrojov, ako aj za kontraproduktívne konanie pre zdravie pacienta. Rozhodla sa oznámiť týmto pacientom, že ich už nebude ďalej liečiť, ak budú pokračovať v navštevovaní iných lekárov kvôli tej istej chorobe. Zamýšľa sa obrátiť sa aj na svoju národnú lekársku spoločnosť (National Medical Association), aby žiadala vládu o zaobmedzenie takéhoto plytvania zdravotníckymi zdrojmi.
3. Dr. C., novoprijatý anesteziológ v mestskej nemocnici, je znepokojený správaním sa staršieho chirurga na operačnej sále. Tento chirurg používa zastaralé techniky, čo predlžuje trvanie operácií, má za následok väčšie pooperačné bolesti a predĺžený čas rekonvalescencie. Navyše často hovorí surové vtipy o pacientoch, čo očividne obťažuje asistujúce sestry. Ako služobne podstatne mladší člen tímu sa Dr. C. neodvažuje kritizovať tohto chirurga osobne alebo podať správu nadriadeným. Cíti však, že musí niečo urobiť na zlepšenie tejto situácie.
4. Dr. R., všeobecnú lekárku pracujúcu v malom vidieckom meste, oslovila kontrakčná výskumná spoločnosť (Contract Research

Organization – C.R.O.) s ponukou, aby sa zúčastnila na klinickom skúšaní nového nesteroidového protizápalového lieku (NSAID) určeného na liečbu osteoartritídy. Ponúkli jej určitú finančnú sumu za každého pacienta, ktorého zaradí do tohto skúšania. Zástupca C.R.O. ju ubezpečuje, že toto klinické skúšanie má všetky potrebné povolenia, vrátane stanoviska etickej komisie. Dr. R. sa nikdy predtým nezúčastnila na klinickom skúšaní a teší sa, že má takúto možnosť, ako aj osobitný zárobok. Súhlasí, že sa bez ďalšieho informovania sa o vedeckých alebo etických aspektoch na danom skúšaní zúčastní.

Každý z uvedených prípadov nás podnecuje k etickému uvažovaniu. Dávajú podnet na otázky o **správaní sa** lekárov a o ich **rozhodovaní**. Nie sú to odborné, či technické otázky typu, ako liečiť diabetes, alebo ako vykonať dvojité bypas, ale otázky o zásadách, právach a povinnostiach. Lekári sú konfrontovaní s týmito otázkami rovnako ako s otázkami odbornými a technickými.

V lekárskej praxi, nezávisle od danej špecializácie alebo prostredia, sa niektoré otázky zodpovedajú ľahšie ako iné. Napravenie jednoduchej zlomeniny a zošitie ľahkej tržnej rany nepredstavuje náročné úlohy pre lekárov, ktorí sú zvyknutí vykonávať tieto výkony.

Na druhej strane môžu byť aj veľmi odlišné názory a nejasnosti v tom, ako liečiť určité choroby, a to dokonca aj choroby bežné, akými sú napríklad tuberkulóza a zvýšený krvný tlak. Ani etické otázky v medicíne nie sú všetky rovnocenné. Niektoré možno zodpovedať pomerne ľahko. Je to najmä preto, že existuje všeobecne rozšírený názor na to, ako správne reagovať v danej situácii (napríklad, lekári si vždy majú vyžiadať súhlas pacientov s ich zaradením do výskumu). Iné môžu byť oveľa náročnejšie. Obzvlášť tie, na ktoré ešte nie je ustálený názor, alebo v prípadoch, keď každá alternatíva riešenia má určité nedostatky (napríklad pridelovanie obmedzených zdrojov na lekársku starostlivosť).

Čo teda presne etika je a ako pomáha lekárom pri riešení týchto otázok? Jednoducho povedané – etika je štúdium morálky – dôkladné, metodické uvažovanie a analýza morálnych rozhodnutí a správania, či už v minulosti, súčasnosti alebo v budúcnosti. Morálka predstavuje hodnotovú dimenziu ľudského rozhodovania a správania. Reč morálky zahŕňa také podstatné mená ako práva, povinnosti a sluš-

nosť, a prídavné mená ako dobrý a zlý (alebo zlomyseľný), správny a nesprávny, spravodlivý a nespravodlivý. Podľa takéhoto vymedzenia je etika viac záležitosťou **vedomostí**, kým morálka viac záležitosťou **konania**. Ich blízky vzťah je daný poslaním etiky, ktorá sa usiluje poskytnúť racionálne kritériá pre to, aby sa človek rozhodoval správať sa skôr určitým spôsobom a nie iným.

„... etika je štúdium morálky – dôkladná, metodická úvaha a analýza morálnych rozhodnutí a správania sa.“

Kedže etika sa zaoberá každou stránkou ľudského správania a rozhodovania, predstavuje veľmi rozsiahly a komplexný študijný odbor s mnohými odlišnými odvetviami a špecializáciami. Táto príručka sa zameriava na **lekársku etiku** – odvetvie etiky, ktoré sa zaoberá morálnymi problémami v lekárskej praxi. Lekárska etika veľmi úzko súvisí, ale nie je úplne totožná s bioetikou (biomedicínskou etikou).

Kým sa lekárska etika sústreďuje na otázky pochádzajúce z lekárskej praxe, bioetika je veľmi rozsiahlou disciplínou, ktorá sa zaoberá morálnymi otázkami vznikajúcimi rozvojom biologických vedných odborov vo všeobecnosti. Bioetika sa líši od lekárskej etiky aj v tom, že nevyžaduje prijatie istých tradičných hodnôt, ktoré (ako sa uvádza v kapitole 2) tvoria základ pre lekársku etiku.

Ako akademická disciplína si lekárska etika vyvinula vlastný špecializovaný slovník. Zahŕňa veľa pojmov, ktoré boli prevzaté z filozofie. Príručka nepredpokladá u čitateľov predchádzajúce znalosti filozofie, a preto sa definície kľúčových pojmov uvádzajú buď priamo na mieste, kde sa prvý raz vyskytnú v texte, alebo v slovníku na konci príručky.

PREČO ŠTUDOVAŤ LEKÁRSKU ETIKU?

„Pokiaľ je lekár dobre informovaný a šikovný v klinickej praxi, etika nie je dôležitá.“

„Etika sa vyučuje v rodine, a nie na medicíne.“

„Lekárska etika sa učí pozorovaním, ako sa správajú starší lekári, nie z kníh alebo z prednášok.“

„Etika je dôležitá, ale naše učebné osnovy sú už aj tak preplnené a nie je tam miesto pre vyučovanie lekárskej etiky.“

Tieto argumenty sú len niektoré z mnohých, ktoré sa uvádzajú proti uznaniu významného postavenia etiky v učebných osnovách lekárske fakúlt. Každý z nich je čiastočne, ale len čiastočne, opodstatnený. Stále viac si lekárske fakulty na celom svete uvedomujú, že musia študentom poskytnúť primeraný čas a prostriedky na štúdium etiky. V tomto smere majú výraznú podporu zo strany organizácií, akými sú Svetová asociácia lekárov (World Medical Association) a Svetová federácia lekárskeho vzdelávania (World Federation for Medical Education) (pozri Dodatok C).

Význam etiky vo vzdelávaní lekárov bude zrejmý v celej tejto príručke. Možno zhrnúť, že etika je aj vždy bola dôležitou súčasťou lekárskej praxe. Etické princípy, akými sú rešpektovanie osoby, informovaný súhlas a mlčanlivosť, tvoria nevyhnutný základ pre vzťah lekár – pacient. Aplikácia týchto princípov v špecifických situáciách je však často problémom. Je to tak aj preto, že lekári, pacienti, ich rodinní príslušníci a ostatný zdravotnícky personál môžu mať rozdielny názor na to, aké konanie je v danej situácii správne. Štúdium etiky pripravuje študentov medicíny, aby boli schopní rozoznať zložité situácie a vyrovnáť sa s nimi racionálnym spôsobom a v duchu osvojených etických zásad. Etika je dôležitá aj pri pôsobení lekára v danej spoločnosti, vo vzťahu s kolegami, ako aj pre vykonávanie lekárskeho výskumu.

„Štúdium etiky pripravuje študentov medicíny, aby boli schopní rozpoznať zložité situácie a vyrovnáť sa s nimi racionálnym spôsobom a v duchu osvojených etických zásad.“

LEKÁRSKA ETIKA, PROFESIONALIZMUS LEKÁRA, ĽUDSKÉ PRÁVA A ZÁKON

Kapitola 1 ukazuje, že etika je integrálnou súčasťou medicíny minimálne už od čias Hippokrata, gréckeho lekára z 5. storočia pred n.l., ktorý sa považuje za zakladateľa lekárskej etiky. Od Hippokrata pochá-

„Etika často určuje vyššie štandardy správania sa ako právo. Niekedy dokonca vyžaduje, aby lekári nerespektovali také zákony, ktoré by ich nútili správať sa neeticky.“

morálnymi tradíciami môžu práve kľúčové medzinárodné dohody o ľudských právach poskytnúť základ pre takú lekársku etiku, ktorá bude akceptovateľná bez obmedzenia národnými a kultúrnymi hranicami. Lekári musia navyše často riešiť medicínske problémy, ktoré sú dôsledkom porušovania ľudských práv, akými sú napríklad násilná migrácia a mučenie. Dotýka sa ich značne aj debata o tom, či právo na zdravotnú starostlivosť patrí medzi základné ľudské práva. Odpoveď na túto otázku totiž do značnej miery určuje, kto má v danej krajine prístup k lekárskej starostlivosti. V tejto príručke sa otázkam ľudských práv venuje náležitá pozornosť, keďže významne ovplyvňujú lekársku prax.

Lekárska etika úzko súvisí s **právom**. Vo väčšine krajín existujú zákony, ktoré určujú, ako majú lekári postupovať pri riešení etických otázok v starostlivosti o pacienta a vo výskume. Štátne orgány, ktoré udeľujú licenciu na výkon lekárskeho povolania, ako aj stavovské organizácie v tej-ktorej krajine, môžu navyše potrestať a aj trestajú lekárov za porušenia etiky. Ale etika a právo nie sú identické. Etika často určuje vyššie štandardy správania sa ako právo. Niekedy dokonca vyžaduje, aby lekári nerespektovali také zákony, ktoré by ich nútili správať sa neeticky. Zákony sa v rôznych krajinách pomerne výrazne odlišujú, kým etiku možno aplikovať aj bez obmedzenia národnými hranicami. Aj preto sa táto príručka sústreďuje skôr na etiku ako na právo.

dza myšlienka chápania medicíny ako **povolania (profesie)**, pričom lekári skladajú verejný sľub (prísaha), ktorým sa zaväzujú, že záujem svojich pacientov postavia nad svoj osobný záujem (pozri bližšie vysvetlenie v kapitole 3). Tento blízky vzťah etiky a profesionalizmu bude zrejmy v celej príručke.

V súčasnosti lekársku etiku výrazne ovplyvňuje vývoj v oblasti **ľudských práv**. V pluralistickom a multikultúrnom svete s mnohými odlišnými

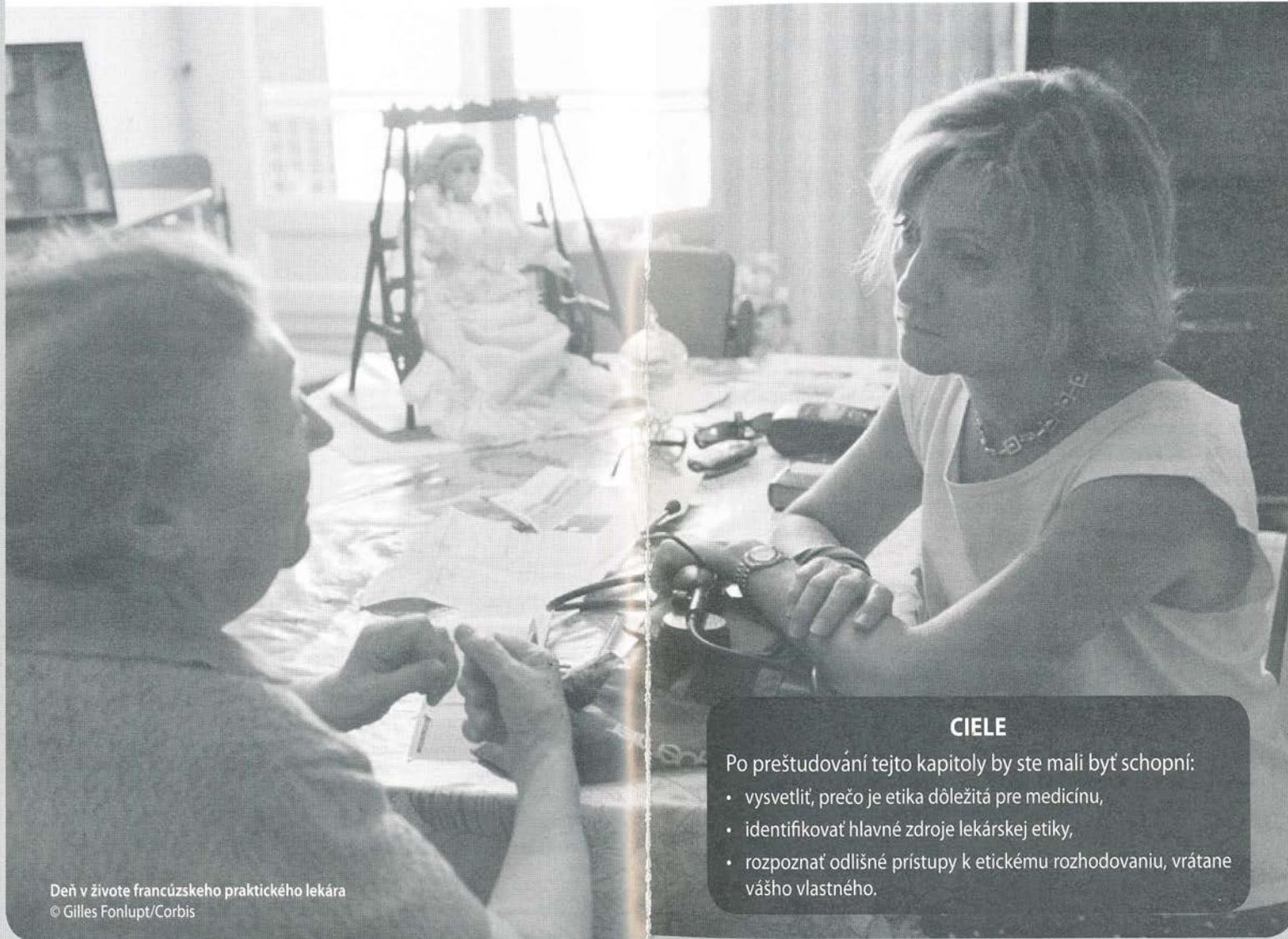
ZÁVER

Medicína je súčasne vedou aj umením. Veda sa zaoberá tým, čo možno pozorovať a merať. Kompetentný lekár rozpozná príznaky choroby alebo poruchy zdravia a vie, ako postupovať v úsilí prinavrátiť zdravie. Ale vedecká medicína má aj určité obmedzenia, obzvlášť vo vzťahu k človeku ako jedinečnému individu, k jeho kultúre, náboženstvu, slobode, právam a povinnostiam. Umenie medicíny zahŕňa aplikáciu lekárskej vedy a technológií u jednotlivých pacientov, v jednotlivých rodinách, či komunitách, pričom žiadne z nich nie sú navzájom identické.

Najväčšia časť rozdielov medzi jednotlivcami, rodinami a komunitami pritom nie je na úrovni fyziológie. A práve v rozpoznávaní a zaoberaní sa týmito rozdielmi majú umenie, humanitné a spoločenské vedy spoločne s etikou nezastupiteľnú úlohu. Sama etika je skutočne obohatená o pohľady a poznatky iných disciplín; napríklad divadelné predstavenie klinickej dilemy môže byť pôsobivejším stimulom na etickú reflexiu a analýzu než jednoduchý opis daného prípadu.

Táto príručka poskytuje len základný úvod do lekárskej etiky a do niektorých jej hlavných problémov. Je napísaná s úmyslom pomôcť vám pochopiť potrebu kontinuálnej reflexie etickej stránky medicíny a obzvlášť, ako sa vyrovnáť s etickými problémami, s ktorými sa stretnete vo vašej praxi. V prílohe B je uvedený zoznam prameňov, ktoré vám môžu pomôcť pri prehľbovaní vašich poznatkov v tejto dôležitej oblasti.

KAPITOLA PRVÁ HLAVNÉ CHARAKTERISTIKY LEKÁRSKEJ ETIKY



Deň v živote francúzskeho praktického lekára
© Gilles Fonlupt/Corbis

CIELE

Po preštudovaní tejto kapitoly by ste mali byť schopní:

- vysvetliť, prečo je etika dôležitá pre medicínu,
- identifikovať hlavné zdroje lekárskej etiky,
- rozpoznať odlišné prístupy k etickému rozhodovaniu, vrátane vášho vlastného.

ČO JE NA MEDICÍNE ZVLÁŠTNE?

Takmer v každom historickom období a takmer v každej časti sveta byť lekárom znamenalo vždy niečo zvláštne. Ľudia žiadajú lekára o pomoc vo svojich najnaliehavších potrebách – hľadajú úľavu od bolesti a trápenia a prinavrátanie zdravia, či duševnej pohody. Dovoľujú lekárovi vidieť, dotýkať sa a manipulovať s každou časťou ich tela, dokonca aj s tou najintímnejšou. Robia tak preto, lebo veria, že lekári konajú v ich najlepšom záujme.

„Mnoho lekárov pociťuje, že už nie sú natoľko rešpektovaní ako kedysi.“

Postavenie lekára je v rôznych krajinách odlišné, ba odlišuje sa aj v rámci danej krajiny. Vo všeobecnosti sa však zdá, že prestíž lekára skôr upadá. Mnoho lekárov pociťuje, že už nie sú natoľko rešpektovaní ako kedysi. V niektorých krajinách sa riadenie zdravotnej starostlivosti plynule po-

sunulo od lekárov do rúk profesionálnych manažérov a úradníkov. Niektorí z nich majú tendenciu vnímať lekárov skôr ako prekážku než ako partnerov pri zdravotníckych reformách. Pacienti, ktorí kedysi akceptovali nariadenia lekárov bezpodmienečne, dnes niekedy požadujú, aby lekár obhájil svoje odporúčania, pokiaľ sa líšia od rád, ktoré získali od iného lekára alebo z internetu. Niektoré výkony, ktoré boli kedysi schopní vykonávať len lekári, vykonávajú teraz technici, sestry, či záchranári.

Napriek týmto zmenám, ktoré významne ovplyvňujú postavenie lekára, medicína aj naďalej zostáva povoláním, ktoré vysoko hodnotia chorí ľudia. Tí, ktorí potrebujú jej služby. Aj naďalej pritahuje veľký počet tých najtalentovanejších, najpracovitejších a najzanieťenejších študentov. V záujme naplnenia očakávaní pacientov aj študentov je dôležité, aby lekári poznali a boli vo svojej praxi schopní príkladne vyjadrovať kľúčové hodnoty medi-

„V záujme naplnenia očakávaní pacientov aj študentov je dôležité, aby lekári poznali a boli vo svojej praxi schopní príkladne vyjadrovať kľúčové hodnoty medicíny.“

cíny, najmä súcit, kvalifikáciu a samostatnosť. Tieto hodnoty spoločne s rešpektovaním základných ľudských práv tvoria základ lekárskej etiky.

ČO JE NA LEKÁRSKEJ ETIKE ZVLÁŠTNE?

Súcit, kvalifikácia a samostatnosť sa nespájajú výhradne s medicínou. Od lekárov sa však očakáva, aby tieto vlastnosti stelesňovali vo vyššej miere ako iní ľudia, vrátane príslušníkov rôznych iných zamestnaní.

Súcit, definovaný ako porozumenie a účasť na utrpení druhého človeka, je nevyhnutný pre praktizovanie medicíny. Aby lekári mohli riešiť problémy daného pacienta, lekári musia správne identifikovať symptómy, ktoré pacient prežíva, ako aj ich príčiny, a musia sa usilovať pomôcť pacientovi, aby dosiahol úľavu. Pacienti reagujú na liečbu lepšie, keď cítia, že lekár si uvedomuje ich obavy a lieči ich komplexne – nielen ich chorobu.

Vysoký stupeň **kvalifikácie** sa od lekára očakáva i požaduje. Nedostatok kvalifikácie môže mať za následok smrť pacienta alebo závažné poškodenie jeho zdravia. Lekári absolvujú dlhé obdobie špecializačnej prípravy, v ktorom nadobúdajú svoju kvalifikáciu. Vzhľadom na rýchly rozvoj medicínskych poznatkov je však udržanie si kvalifikácie na úrovni doby náročnou úlohou. Navyše tu nejde len o vedecké poznatky a technickú zručnosť, ktoré si majú rozvíjať. Týka sa to aj ich vedomostí, schopností a postojov v oblasti etiky, čo súvisí s novými etickými otázkami, ktoré prinášajú zmeny lekárskej praxe a jej sociálneho a politického prostredia.

Samostatnosť (autonómia), alebo slobodné rozhodovanie, je zásadnou hodnotou medicíny, ktorá sa rokmi azda najviac zmenila. Jednotliví lekári sa tradične tešili vysokému stupňu klinickej autonómie pri rozhodovaní o tom, ako liečiť svojich pacientov. Lekári ako celok (lekárska profesia) mali možnosť slobodne určovať štandardy lekárskeho vzdelania a lekárskej praxe. Ako je zrejmé vo všetkých častiach tejto príručky, oba tieto spôsoby uplatňovania lekárskej autonómie boli v mnohých krajinách obmedzené vládou a inými autoritami, ktoré začali lekárov viac kontrolovať. Aj napriek týmto vplyvom si lekári naďalej vážia svoju klinickú a profesijnú autonómiu a snažia sa čo naj-

viac si ju udržať. Zároveň lekári na celom svete postupne akceptujú autonómiu pacienta. Znamená to, že pacienti by mali mať konečné rozhodnutie v otázkach, ktoré sa ich priamo dotýkajú. Táto príručka sa zaoberá aj príkladmi potenciálnych konfliktov medzi autonómiou lekára a rešpektovaním autonómie pacienta.

Okrem toho, že sa striktne pridrža uvedených troch základných hodnôt, lekárska etika sa od všeobecnej etiky, aplikovateľnej pre každého, odlišuje aj tým, že sa vyhlasuje verejne vo forme sľubu (prísahy), akou je napríklad **Ženevská deklarácia Svetovej asociácie lekárov**

SVETOVÁ LEKÁRSKA ASOCIÁCIA ŽENEVSKÁ DEKLARÁCIA

Vo chvíli môjho prijatia za príslušníka lekárskeho povolania:

- chcem sa slávnostne zaviazat', že svoj život zasvätim službe ľudskosti;
- svojim učiteľom budem preukazovať úctu a vďačnosť, ktoré im právom patria;
- svoje povolanie budem vykonávať svedomito a dôstojne;
- zdravie pacienta bude mojím prvoradým záujmom;
- zachovám zverené tajomstvo, a to aj po smrti pacienta;
- zachovám všetkými dostupnými prostriedkami vážnosť a vznešené tradície lekárskeho povolania;
- moji kolegovia mi budú sestrami a bratmi;
- nedopustím, aby sa vek, choroby alebo postihnutia, viera, etnický pôvod, pohlavie, národnosť, politická príslušnosť, rasa, sexuálna orientácia alebo spoločenské postavenie postavili medzi moju povinnosť a môjho pacienta;
- zachovám úplný rešpekt voči ľudskému životu od jeho počatia, a to aj pod nátlakom, a nikdy nepoužijem svoje lekárske vedomosti v rozpore so zákonmi ľudskosti.

Tento sľub robím slávnostne, slobodne a na svoju česť.

(World Medical Association Declaration of Geneva), a/alebo vo forme kódexu. Prísaha a kódex sa v rôznych krajinách líšia. Ba môžu byť odlišné aj v rámci jednej krajiny. Majú však mnoho spoločných znakov, vrátane sľubu, že lekári budú vždy klásť záujem pacienta nad svoj vlastný záujem, nebudú diskriminovať pacientov na základe ich rasy, náboženstva alebo na základe iných dôvodov súvisiacich s ľudskými právami, budú chrániť dôvernosť informácií získaných od pacienta a poskytnú urgentnú starostlivosť každému, kto ju potrebuje.

KTO ROZHODUJE O TOM, ČO JE ETICKÉ?

Etika je pluralistická. Jednotlivci sa nezhodnú medzi sebou na tom, čo je správne a čo nie, a aj keď sa zhodnú, tak možno z odlišných dôvodov. V niektorých spoločnostiach sa tieto rozdiely považujú za normálne. Jednotlivcovi sa v nich poskytuje veľký priestor slobodne konať tak, ako to považuje za vhodné, pokiaľ sa tým nenarúšajú práva iných. V tradičnejších spoločnostiach však často prevláda určitý etický názor a býva tu aj väčší spoločenský tlak, niekedy podložený zákonmi usmerňujúci konanie určitým spôsobom. V takýchto spoločnostiach majú kultúra a náboženstvo často dominantné postavenie pri určovaní etického správania.

Odpoveď na otázku: „Kto rozhoduje o tom, čo je etické vo všeobecnosti?“, sa odlišuje medzi rôznymi spoločnosťami, ba dokonca aj v rámci jednej spoločnosti. V liberálnych spoločnostiach majú jednotlivci vo veľkej miere možnosť sa slobodne rozhodnúť o tom, čo je podľa nich etické, i keď budú pritom pravdepodobne ovplyvnení svojou rodinou, priateľmi, náboženstvom, médiami a inými vonkajšími vplyvmi. V tradičných spoločnostiach majú zvyčajne predstavitelia rodiny alebo rodinného klanu, náboženské autority alebo politickí vodcovia významnejšiu úlohu ako jednotlivci pri rozhodovaní o tom, čo je etické.

Aj napriek týmto rozdielom sa zdá, že väčšina ľudí sa vie zhodnúť na určitých základných etických princípoch, osobitne na tých, ktoré boli ako základné ľudské práva proklamované vo **Všeobecnej deklarácii ľudských práv Organizácie spojených národov (United Nations Universal Declaration of Human Rights)** a v iných všeobecne akceptovaných a oficiálne prijatých dokumentoch. Ľudské práva, ktoré

sú špeciálne dôležité pre lekársku etiku, zahŕňajú právo na život, právo na zamedzenie diskriminácie, týrania a krutého, neľudského alebo ponižujúceho zaobchádzania, právo na slobodu názoru a prejavu, na rovnocenný prístup k verejným službám vo vlastnej krajine a právo na lekársku starostlivosť.

Pre lekárov však mala otázka: „Kto rozhoduje o tom, čo je etické?“ až do nedávna trochu inú odpoveď než pre ľudí vo všeobecnosti. V priebehu storočí si totiž lekárska profesia vypracovala vlastné štandardy na usmerňovanie správania svojich členov. Sú vyjadrené v etických kódexoch a v podobných zásadných dokumentoch. V globálnom meradle vydala Svetová asociácia lekárov (WMA) širokú škálu etických vyhlásení, ktoré špecifikujú správanie požadované od lekárov bez ohľadu na to, kde žijú a pracujú. V mnohých, ak aj nie vo všetkých krajinách boli za vypracovanie a presadzovanie príslušných etických štandardov zodpovedné lekárske asociácie. Podľa prístupu tej-ktorej krajiny k lekárskemu právu môžu mať tieto štandardy aj právny status.

Privilégiám lekárskej profesie pri určovaní vlastných etických štandardov však nikdy nebolo absolútne. Napríklad:

- Lekári boli vždy podriadení všeobecným zákonom danej krajiny – a boli aj príslušne potrestaní, pokiaľ konali v rozpore s týmito zákonmi.
- Niektoré lekárske organizácie sú silne ovplyvňované náboženským učením, čo kladie na ich členov aj ďalšie záväzky okrem tých, ktoré sú platné pre všetkých lekárov.
- V mnohých krajinách majú organizácie, ktoré v súčasnosti stanovujú štandardy správania sa lekárov a monitorujú ich dodržiavanie, významný počet členov – nelekárov.

„... pri rozhodovaní sa je užitočné vedieť, čo by robili iní lekári v podobných situáciách.“

Etické predpisy lekárskeho asociácií majú skôr všeobecný charakter. Nemôžu sa zaoberať každou situáciou, s ktorou by sa mohli lekári počas svojej praxe stretnúť. Vo väčšine situácií sa lekári musia sami rozhodnúť, ako sa

správne zachovať. Pri tomto rozhodovaní je však užitočné vedieť, ako by postupovali iní lekári v podobných situáciách. Kódexy lekárskej etiky a oficiálne vyjadrenia (lekárskych asociácií) odrážajú všeobecný konsenzus o tom, ako majú lekári konať. Tieto dokumenty by sa mali plne rešpektovať, ak by sa nevyškýtli závažné dôvody konať inak.

MENÍ SA LEKÁRSKA ETIKA?

Nepochybne sa niektoré aspekty lekárskej etiky postupne menili. Donedávna mali lekári právo aj povinnosť rozhodnúť o tom, ako majú byť pacienti liečení, a nebolo ich povinnosťou získavať (a zdokumentovať) výslovný informovaný súhlas pacienta. Na rozdiel od toho sa verzia **Deklarácie o právach pacientov Svetovej asociácie lekárov (WMA Declaration on the Rights of the Patient)** z roku 1995 začína takýmto vyhlásením: „Vzťah medzi lekármi, ich pacientmi a širšou spoločnosťou zaznamenal v súčasnosti významné zmeny. Kým lekár by mal vždy konať v súlade so svojím svedomím a vždy v najlepšom záujme pacienta, rovnaké úsilie sa musí vynaložiť na to, aby sa pacientovi zabezpečila autonómia a spravodlivosť.“

Mnohí si myslia, že sú sami sebe akoby primárnymi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a že úlohou lekára je správať sa skôr iba ako ich konzultant alebo inštruktor. Hoci toto zdôrazňovanie starostlivosti o seba samého nie je ešte príliš časté, zdá sa, že sa postupne rozširuje a je príznačné pre celkový vývin vzťahov pacienta a lekára. Tento vzťah by v porovnaní s predchádzajúcim obdobím mohol priniesť aj nové, odlišné etické povinnosti lekárov.

Lekári sa donedávna museli zodpovedať najmä sebe samým, svojim kolegom – lekárom a v prípade veriach Bohu. V súčasnosti sa musia navyše zodpovedať svojim pacientom, ako aj tretím stranám, akými sú nemocnice a zdravotné poisťovne, licenčné a štátne regulačné orgány, a často aj súdy. Táto zodpovednosť voči rôznym stranám môže byť niekedy zdrojom rozporov, ako to uvidíme pri preberaní problému dvojitej lojality v kapitole 3.

„...rôzne zodpovednosti môžu byť navzájom v rozpore...“

Lekárska etika sa zmenila inak. Účasť na potrate bola až donedávna zakázaná v lekárskejších kódexoch etiky, ale v súčasnosti ju tolerujú, za určitých podmienok, lekári v mnohých krajinách. Kým v tradičnej lekárskej etike jedinou zodpovednosťou lekára bola ich zodpovednosť k jednotlivým pacientom, v súčasnosti sa všeobecne súhlasí, že lekári by mali zväžiť aj potreby spoločnosti, napríklad v prerozdeľovaní vzácných zdrojov zdravotnej starostlivosti (pozri kapitolu 3).

Pokrok v oblasti lekárskejších vied a v technológiách nastoľuje nové etické otázky, ktoré nemožno dobre zodpovedať v rámci tradičnej lekárskejších etiky. Asistovaná reprodukcia, genetika, zdravotnícka informatika, či technológie zamerané na predlžovanie a zlepšenie kvality života, z ktorých každá si vyžaduje priamu účasť lekára, majú veľký potenciál byť na jednej strane prínosom pre pacientov, na druhej strane však predstavujú aj určité riziko. To závisí od spôsobu a podmienok, za akých sa uvedú do praxe. Ak chcú lekárske asociácie pomôcť lekárom pri rozhodovaní sa, či a za akých podmienok by sa mali zúčastniť na týchto aktivitách, musia pri analýze daných etických problémov použiť aj iné vhodné metódy, než ako sa len spoliehať na už existujúce etické kódexy.

Napriek týmto očividným zmenám lekárskejších etiky lekári vo všeobecnosti súhlasia s tým, že základné hodnoty a etické princípy medicíny sa nemenia, alebo by sa aspoň meniť nemali. Pretože ľudia budú vždy trpieť na rôzne choroby, aj naďalej budú potrebovať súcitných, schopných a samostatných lekárov, ktorí sa budú o nich starať.

JE LEKÁRSKA ETIKA ODLIŠNÁ V RÔZNYCH KRAJINÁCH?

Podobne ako sa lekárska etika mení v priebehu času, keď reaguje na rozvoj lekárskejších vied a technológií a na hodnotové zmeny v spoločnosti v závislosti od týchto istých faktorov, odlišuje sa aj v rôznych krajinách. Napríklad názory na eutanáziu sa medzi jednotlivými národnými lekárskejšími spoločnosťami významne odlišujú. Niektoré spoločnosti ju jasne odmietajú, postoj iných je neutrálny a minimálne jedna – Holandská kráľovská lekárska asociácia (Royal Dutch Medical Association) ju za určitých podmienok akceptuje. Podobne v otázke

zdravotnej starostlivosti niektoré národné lekárske asociácie podporujú rovnosť všetkých občanov, kým iné sú ochotné tolerovať aj značnú nerovnosť. V niektorých krajinách je výrazný záujem o etické otázky prinášané modernými medicínskymi technológiami, kým v krajinách, ktoré nemajú prístup k týmto technológiam, takéto etické otázky nevznikajú. V mnohých krajinách sú lekári presvedčení, že vláda ich nebude nútiť konať neeticky, kým v iných krajinách nemusí byť splnenie etických záväzkov pre lekára vôbec jednoduché (napríklad zachovanie mlčanlivosti pri požiadavkách polície alebo armády označovať „podozrivé“ zranenia).

Aj keď sa uvedené rozdiely môžu zdať významné, podobnosti sú oveľa väčšie. Lekári na celom svete majú veľa spoločného a, keď sa stretnú na pôde organizácií, akou je WMA, zvyčajne sú schopní dosiahnuť dohodu aj v sporných etických otázkach, aj keď si to často vyžaduje dlhšiu diskusiu. Základné hodnoty lekárskejších etiky, akými sú súcit, kvalifikácia a samostatnosť, spolu so skúsenosťami a schopnosťami lekárov vo vzťahu k najrôznejším aspektom medicíny a zdravotnej starostlivosti, poskytuje spoľahlivý základ pre hľadanie takých riešení etických otázok, ktoré sú v najlepšom záujme jednotlivých pacientov, občanov, ako aj zdravotnej starostlivosti vo všeobecnosti.

ÚLOHA WMA

Ako jediná medzinárodná organizácia, ktorá sa usiluje reprezentovať všetkých lekárov bez ohľadu na ich národnosť, alebo špecializáciu, WMA sa ujala úlohy vymedziť všeobecné zásady (štandardy) lekárskejších etiky, ktoré by boli použiteľné na celom svete. Od svojho vzniku roku 1947 WMA pracovala na tom, aby sa zamedzilo opakovaniu neetického správania sa, ktorého sa dopustili lekári v nacistickom Nemecku a inde. Prvou úlohou WMA bola úprava Hippokratovej prísahy pre potreby 20. storočia. Výsledkom tohto úsilia bola **Ženevská deklarácia (WMA Declaration of Geneva)** prijatá na druhom valnom zhromaždení WMA (1948). Odvtedy bola viackrát novelizovaná, naposledy roku 1994. Nasledujúcou úlohou bolo vypracovanie **Medzinárodného kódexu lekárskejších etiky (International Code of Medical Ethics)**, ktorý bol schválený na treťom valnom zhromaždení WMA roku 1949

a novelizovaný v rokoch 1968 a 1983. V súčasnosti sa pripravuje ďalšia novelizácia kódexu. Ďalšou úlohou bolo vypracovanie etických smerníc pre vykonávanie výskumu na ľuďoch. Trvalo to omnoho dlhšie ako vypracovanie prvých dvoch dokumentov; až roku 1964 boli tieto smernice schválené ako **Helsinská deklarácia (WMA Declaration of Helsinki)**. Aj tento dokument bol opakovane revidovaný, naposledy roku 2000.

„WMA sa ujala úlohy stanoviť všeobecné zásady lekárskej etiky, ktoré sú použiteľné na celom svete.“

Okrem vypracovania uvedených základných etických dokumentov vydala WMA stanoviská k viac ako 100 rôznym špecifickým problémom, z ktorých väčšina je etického charakteru a niektoré sa zaoberajú sociálno-medicínskymi otázkami, vrátane lekárskeho vzdelávania a problematiky zdravotníckych systémov. Valné zhromaždenie WMA každoročne reviduje niektoré z existujúcich smerníc a/alebo prijíma nové.

maždenie WMA každoročne reviduje niektoré z existujúcich smerníc a/alebo prijíma nové.

AKO SA WMA ROZHODUJE O TOM, ČO JE ETICKÉ?

Dosiahnutie medzinárodnej dohody o kontroverzných etických otázkach nie je vôbec ľahká úloha, a to ani v rámci takej relatívne súdržnej skupiny osôb, akou sú lekári. WMA zabezpečuje, že jej etické smernice vyjadrujú súhlas (konsenzus) v danej veci tak, že na prijatie nových alebo revidovaných dokumentov valným zhromaždením WMA vyžaduje 75% väčšinu. Podmienkou na dosiahnutie takéhoto konsenzu je predchádzajúca široká konzultácia návrhov vyhlásení, starostlivé vyhodnotenie pripomienok Výborom WMA pre lekársku etiku (WMA Medical Ethics Committee) a niekedy aj špeciálne vymenovanou pracovnou skupinou, opakované úpravy textov a často

„Dosiahnutie medzinárodnej dohody o kontroverzných etických otázkach nie je vôbec ľahká úloha.“

opäť ich nové konzultácie. Tento proces môže byť zdĺhavý, v závislosti od komplexnosti a/alebo novosti daného problému. Napríklad práce na poslednej revízii **Helsinskej deklarácie** sa začali už začiatkom roka 1997. Dokončená však bola až v októbri roku 2000. Ale aj po prijatí novelizovaného textu zostali niektoré otázky nedoriešené a ďalej sa nimi zaoberá Výbor WMA pre lekársku etiku, ako aj ďalšie pracovné skupiny.

Kvalitný priebeh celého procesu prípravy etických smerníc je nevyhnutnou podmienkou hodnotného výsledku, ale sám osebe ho nezaručuje. Pri rozhodovaní o tom, čo je etické, WMA čerpá z dlhlej tradície lekárskej etiky, ako sa to odzrkadľuje aj v jej predchádzajúcich etických vyhláseniach. Prihliada aj na iné existujúce stanoviská k danému problému, a to tak postoje národných alebo medzinárodných organizácií, ako aj názory jednotlivcov kvalifikovaných v lekárskej etike. V niektorých otázkach, akou je napríklad informovaný súhlas, je stanovisko WMA blízke názoru väčšiny. V iných otázkach, napríklad v otázke dôveryhodnosti osobne identifikovateľnej informácie o zdravotnom stave osoby, bude potrebné stanovisko lekárov energicky presadzovať voči záujmom vlády, riadiacich článkov zdravotníckych systémov a/alebo komerčným záujmom priemyslu. Určujúcou črtou prístupu WMA k etickým otázkam je jednoznačná prednosť, ktorá sa priznáva záujmom jednotlivého pacienta alebo účastníka výskumu. Podľa **Ženevskej deklarácie (WMA Declaration of Geneva)** lekář sľubuje: „Zdravie pacienta bude mojím prvoradým záujmom.“ A **Helsinská deklarácia (WMA Declaration of Helsinki)** uvádza: „Pri lekárskom výskume musí mať dobro jednotlivého účastníka na výskume prednosť pred záujmami vedy a spoločnosti.“

„...v niektorých otázkach, ...bude potrebné stanovisko lekárov energicky presadzovať voči záujmom vlády, riadiacich článkov zdravotníckych systémov a/alebo komerčným záujmom priemyslu.“

AKO SA JEDNOTLIVCI ROZHODUJÚ O TOM, ČO JE ETICKÉ?

Pre lekárov a študentov medicíny nepozostáva lekárska etika v nasledovaní odporúčaní WMA alebo jednotlivých lekárskejších organizácií.

„Napokon je vždy daný lekár zodpovedný za prijatie vlastného etického rozhodnutia, ako aj za jeho uplatnenie v konkrétnom prípade.“

Tieto odporúčania sú zvyčajne v podstate pomerne všeobecné a lekár sa musí rozhodnúť, či (a ako) sa vzťahujú na danú konkrétnu situáciu. V lekárskej praxi sa navyše vyskytuje mnoho etických problémov, pre riešenie ktorých nie sú k dispozícii usmernenia lekárskejších asociácií. Napokon je vždy daný lekár zodpovedný za prijatie vlastného etického rozhodnutia, ako aj za jeho uplatnenie v konkrétnom prípade.

Sú rôzne spôsoby, ako pristupovať k riešeniu etických problémov, napríklad takých, aké sa vyskytli v prípadoch, ktoré sa spomenuli na začiatku tejto príručky. Môžeme ich rozdeliť približne do dvoch kategórií: na neracionálne a racionálne. Je dôležité poznamenať, že neracionálne tu neznamená iracionálne, ale predstavuje iba jednoduché odlišenie týchto postupov systematického, logického rozumového uvažovania pri rozhodovaní.

Neracionálne prístupy

- **Poslušnosť** je častým spôsobom etického rozhodovania, obzvlášť u detí a u tých, čo pracujú v rámci autoritatívnych štruktúr (napr. armáda, polícia, niektoré náboženské organizácie, mnohé podniky). Morálnosť konania spočíva v rešpektovaní pravidiel alebo inštrukcií od nadriadených, či už s nimi súhlasíte alebo nie.
- **Imitácia** (napodobňovanie) sa podobá poslušnosti v tom, že podriaďuje vlastný úsudok o správnom a nesprávnom konaní (úsudku) inej osoby, v tomto prípade konkrétnemu modelu úlohu. Morálnosť konania spočíva v nasledovaní príkladu daného mode-

lu (úlohu). Toto bol a pravdepodobne aj stále je najčastejší spôsob, akým si lekársku etiku osvojujú lekári na začiatku svojej praxe. Modelmi úlohu sú starší kolegovia a metódou morálneho učenia sa je pozorovanie a zvnútorňovanie predstavovaných morálnych hodnôt.

- **Pocit a túžba** predstavujú subjektívne prístupy k morálnemu rozhodovaniu sa a správaniu. Správne je to, z čoho máme dobrý pocit, alebo čo uspokojuje našu túžbu. Nesprávne je to, z čoho máme zlý pocit, alebo to, čo neuspokojuje našu túžbu. Meradlo morálky treba hľadať osobitne v každom jednotlivcovi. Takéto subjektívne meradlá sa samozrejme môžu výrazne líšiť medzi rôznymi ľuďmi, ba môžu sa časom meniť aj u toho istého človeka.
- **Intuícia** je bezprostredné vnímanie toho, ako správne reagovať v danej situácii. Podobá sa túžbe v tom, že je úplne subjektívna. Odlišuje sa od nej svojim „umiestnením“: nachádza sa skôr v mysli ako vo vóli. V tomto zmysle sa približuje k racionálnym spôsobom etického rozhodovania, a to viac ako poslušnosť, napodobňovanie (imitácia), pocit, či túžba. Nie je však systematická, ani rozumová. Riadi morálne rozhodnutia prostredníctvom jednoduchého záblesku pochopenia. Podobne ako pocit a túžba sa môže intuícia výrazne líšiť medzi jednotlivými ľuďmi. Časom sa môže meniť aj u toho istého človeka.
- **Zvyk** je veľmi účinná metóda morálneho rozhodovania, pretože nie je potrebné opakovať systematický proces rozhodovania za každým, keď vznikne morálny problém podobný tomu, ktorým sme sa už predtým zaoberali. Existujú však aj zlé zvyky (zlozvyky, napr. klamanie), popri tých dobrých (napr. pravdovravnosť). Niektoré situácie, ktoré vyzerajú podobne, si navyše môžu vyžadovať podstatne odlišné rozhodnutia. Hoci je zvyk veľmi užitočný, nemožno sa naň úplne spoľahnúť.

Racionálne prístupy

Etika ako skúmanie morálky pripúšťa, že uvedené neracionálne prístupy morálneho rozhodovania sa a správania sú bežné a často ovplyvňujú konanie človeka. Etika sa však zaoberá predovšetkým

racionálnymi prístupmi. Patria k nim nasledujúce štyri: deontológia, konzekvencionalizmus, principializmus a etika.

- **Deontológia** zahŕňa hľadanie pevných pravidiel, ktoré by mohli slúžiť ako základ pre morálne rozhodovanie. Príkladom takéhoto pravidla je: „Správaj sa ku všetkým ľuďom rovnako.“ Základ tohto pravidla môže byť náboženský (napríklad presvedčenie, že Boh stvoril všetkých ľudí ako navzájom rovných), alebo nenáboženský (napríklad, že všetci ľudia majú takmer všetky gény spoločné). Pokiaľ sú tieto pravidlá pevne stanovené, musia sa používať pri morálnom rozhodovaní v špecifických situáciách. Pritom sa však neraz vyskytne rozpor v tom, čo aplikácia daného pravidla v tej-ktorej situácii vlastne vyžaduje (napríklad, či pravidlo, ktoré zakazuje zabiť iného človeka, sa vzťahuje aj na umelé prerušenie tehotnosti alebo na trest smrti).
- **Konzekvencionalizmus** zakladá etické rozhodovanie na skúmaní pravdepodobných následkov alebo výsledkov daného konania. Eticky správne je také konanie, ktoré v daných podmienkach prináša najlepšie následky, či výsledky. Samozrejme nemusí byť vždy zhoda v tom, čo je v danej situácii najlepší následok (výsledok). Jedna z najznámejších foriem konzekvencionalizmu – **utilitarizmus**, používa ako meradlo eticky správneho (dobrého) konania „užitočnosť“. Eticky správne konanie definuje ako také, „ktoré prináša najviac dobra pre najväčší počet osôb“. Inými meradlami na hodnotenie následkov rozhodovania je hodnotenie efektívnosti výdavkov (cost-effectiveness analysis) a kvality života meranej v QALYs (quality-adjusted life-years; roky s prihliadnutím na kvalitu života), alebo DALYs (disability-adjusted life-years; roky života s prihliadnutím na postihnutie (zdravie)). Zástancovia konzekvencionalizmu vo všeobecnosti príliš neuznávajú používanie (vopred definovaných) princípov pri morálnom rozhodovaní. Sú podľa nich príliš zložitá na správnu identifikáciu, určenie vzájomných priorít a aplikáciu a navyše vôbec neprihliadajú na to, čo je (podľa konzekvencionalistov) pri morálnom rozhodovaní najdôležitejšie, t.j. následky (výsledky) daného konania. Takéto znižovanie významu etických princípov však vystavuje konzekvencionalizmus výčitke, že akceptuje pravidlo „úcel svätí prostriedky“. Napríklad, že by ľudské práva jednotlivca bolo možné obetovať na dosiahnutie spoločenského dobra.

- **Principializmus**, ako naznačuje jeho názov, používa ako základ pre morálne rozhodovanie etické princípy. Aplikuje tieto princípy na konkrétne prípady alebo situácie na určenie morálne správneho konania, pričom prihliada aj na etické pravidlá a dôsledky daného konania. Principializmus mal veľký vplyv na nedávne etické diskusie, najmä v USA. Obzvlášť nasledujúce štyri princípy – rešpektovanie autonómie, dobročinnosť (beneficiencia), nepáchanie zla (non-maleficiencia) a spravodlivosť, sa identifikovali ako najdôležitejšie pre etické rozhodovanie v lekárskej praxi. Etické princípy majú skutočne dôležitú úlohu pri racionálnom rozhodovaní. No výber práve týchto štyroch princípov, a obzvlášť uprednostnenie princípu rešpektovania autonómie pred ostatnými, odráža skôr západnú liberálnu kultúru a nie je dostatočne univerzálny. Navyše sa tieto štyri uvedené princípy často v konkrétnych situáciách dostávajú do vzájomného rozporu. Preto sú potrebné ďalšie kritériá alebo postupy, ktoré by umožnili riešenie takýchto konfliktov.
- **Etika cnosti** sa menej sústreďuje na samo morálne rozhodovanie, ale viac si všima charaktery osôb, ktoré sa rozhodujú, ako sa odrážajú v ich konaní (správaní). Cnosť je typom morálnej dokonalosti. Ako sme už uviedli, jednou obzvlášť dôležitou cnosťou lekára je súcit. Medzi ďalšie cnosti patria česťnosť (vrátane pravdivravnosti), rozvážnosť a oddanosť (svojmu povolaniu a dobru pacienta). Lekári, ktorí majú tieto cnosti, budú s väčšou pravdepodobnosťou prijímať správne rozhodnutia a realizovať ich správnym spôsobom. Ani cnostní ľudia však nie sú si vždy istí, ako sa zachovať v určitých situáciách. A nie sú ani imúnni voči nesprávnym rozhodnutiam.

Ani jeden z týchto štyroch prístupov, alebo ani z iných, ktoré sa (v dejinách etiky) navrhli, si dosiaľ nezískali všeobecnú akceptáciu. Rôzni ľudia uprednostňujú pri svojom etickom rozhodovaní tie, či iné racionálne alebo neracionálne prístupy. Čiastočne to možno vysvetliť tým, že každý z uvedených prístupov má svoje silné aj slabé stránky. Azda kombinácia všetkých štyroch prístupov, ktorá by zahŕňala najlepšie stránky každého z nich, by bola tou najlepšou možnosťou, ako sa racionálne (rozumne) eticky rozhodovať. Vyžadovalo by to prihliadnúť na existujúce pravidlá a princípy, identifikovať tie, ktoré sú najrelevantnejšie pre danú situáciu alebo pre daný prípad, a zároveň sa usilovať

o ich čo najplnšie uplatnenie. Súčasne by sa zväžili pravdepodobné dôsledky uvažovaných rozhodnutí a určilo by sa, ktoré by boli výhodnejšie. Napokon by bolo potrebné zabezpečiť, aby konanie (správanie) toho, kto sa rozhoduje, bolo na primeranej úrovni pri samotnom rozhodovaní sa, ale aj pri realizovaní daného rozhodnutia.

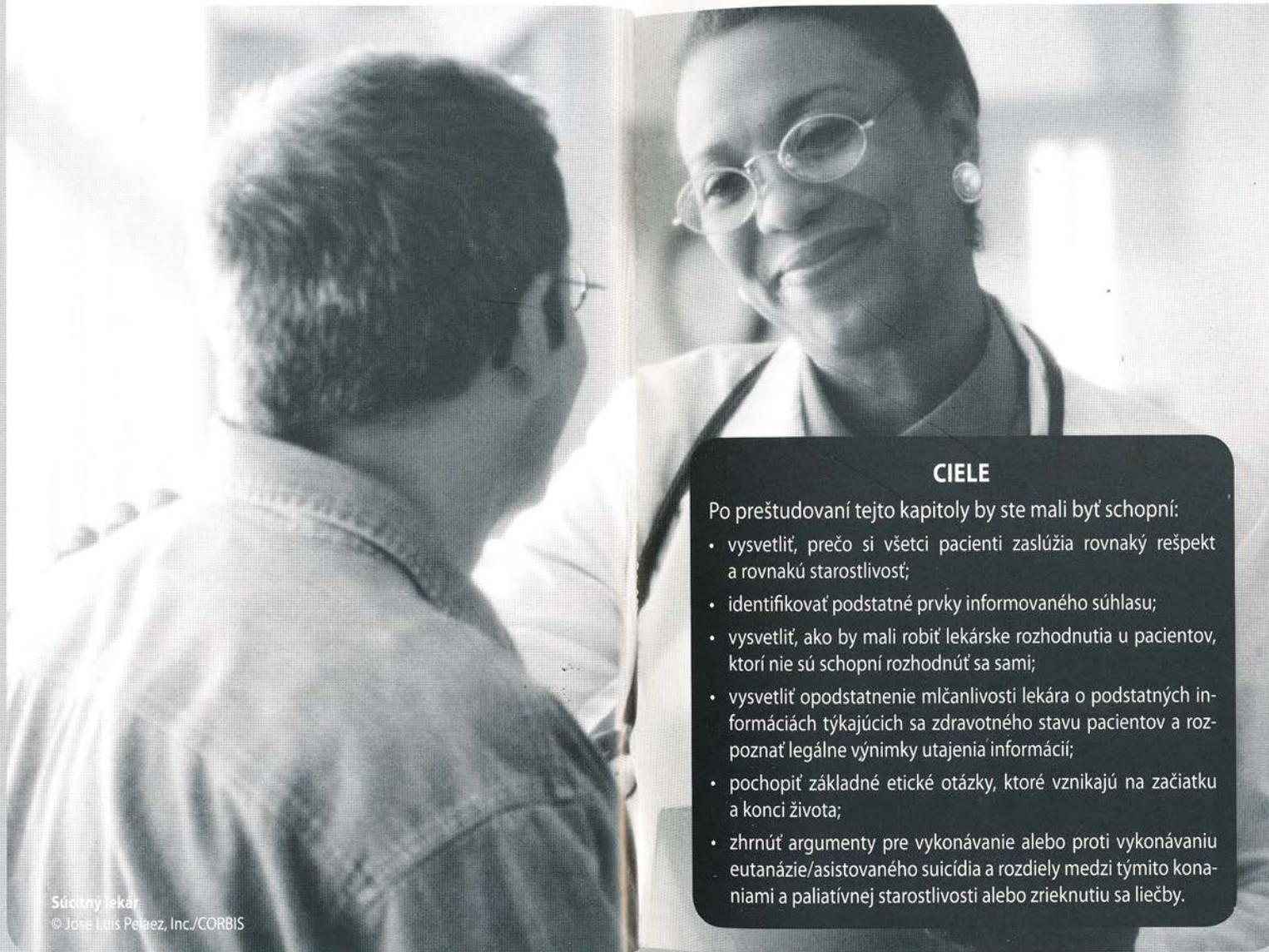
Takýto proces možno zhrnúť do nasledovných krokov:

1. **Určite, či problém, ktorý riešite, je skutočne etickým problémom.**
2. **Konzultujte dostupné zdroje (možného etického usmernenia), akými sú etické kódexy alebo smernice lekárskej asociácie, prípadne sa poradte s dôveryhodnými kolegami. Zistite, ako iní lekári obyčajne riešia takéto problémy.**
3. **Zvážte rôzne riešenia z hľadiska princípov a hodnôt, ktoré rešpektujú, ako aj z hľadiska ich pravdepodobných následkov.**
4. **Prediskutujte vami navrhnuté riešenia s tými, ktorých sa to týka.**
5. **Rozhodnite sa a konajte podľa svojho rozhodnutia. Pritom berte ohľad na ostatných, ktorých sa vaše rozhodnutie a konanie týka.**
6. **Zhodnoťte svoje rozhodnutie a buďte pripravení konať v budúcnosti prípadne aj inak.**

ZÁVER

Táto kapitola pripravuje pôdu pre to, čo bude ďalej nasledovať. Pri riešení špecifických problémov lekárskej etiky je dobré pamätať na to, že lekári už aj v minulosti čelili mnohým podobným problémom a dosiaľ nazbierané skúsenosti a múdrosť môžu mať aj v súčasnosti veľkú hodnotu. WMA a ostatné lekárske organizácie pokračujú v tejto tradícii a poskytujú veľmi užitočné etické usmernenia pre lekárov. Napriek výraznej zhode (konsenzu) v názoroch lekárov na etické otázky niekedy jednotlivci nesúhlasia so spôsobmi riešenia špecifických prípadov. Navyše sa môžu názory lekárov úplne odlišovať od názorov pacientov a ostatných poskytovateľov lekárskej starostlivosti. Pri riešení etických konfliktov je pre lekárov najdôležitejšie, aby pochopili rôzne prístupy k etickému rozhodovaniu, vrátane ich vlastného, ako aj rozhodovaniu ľudí, s ktorými sa navzájom ovplyvňujú. Toto im pomôže rozhodnúť sa, ako najlepšie konať a vysvetliť ich rozhodnutia ostatným.

KAPITOLA DRUHÁ – LEKÁRI A PACIENTI



Súcitný lekár
© José Luis Peláez, Inc./CORBIS

CIELE

Po preštudovaní tejto kapitoly by ste mali byť schopní:

- vysvetliť, prečo si všetci pacienti zaslúžia rovnaký rešpekt a rovnakú starostlivosť;
- identifikovať podstatné prvky informovaného súhlasu;
- vysvetliť, ako by mali robiť lekárske rozhodnutia u pacientov, ktorí nie sú schopní rozhodnúť sa sami;
- vysvetliť opodstatnenie mlčanlivosti lekára o podstatných informáciách týkajúcich sa zdravotného stavu pacientov a rozpoznať legálne výnimky utajenia informácií;
- pochopiť základné etické otázky, ktoré vznikajú na začiatku a konci života;
- zhrnúť argumenty pre vykonávanie alebo proti vykonávaniu eutanázie/asistovaného suicídia a rozdiely medzi týmito konaniami a paliatívnej starostlivosti alebo zrieknutiu sa liečby.

PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA 1

Dr. P., skúsený a kvalifikovaný lekár, práve končí nočnú službu v stredne veľkej verejnej nemocnici.

Do nemocnice práve priviedli mladú ženu v sprievode jej matky. Matka vzápätí odchádza, hovoriac sestre na príjme, že musí dohliadnuť na svoje ostatné deti. Pacientka vaginálne krváca a má silné bolesti. Dr. P. ju vyšetří a zistí, že ide buď o samovoľný alebo o vyvolaný potrat. Urobí rýchlú dilatáciu a kyretáž a povie sestre, aby sa spýtala pacientky, či si môže dovoliť zostať v nemocnici dovtedy, kým to bude jej zdravotný stav vyžadovať. Dr. Q. strieda Dr. P., ktorý odchádza domov bez toho, aby sa porozprával s pacientkou.

ČO JE ZVLÁŠTNE NA VZŤAHU LEKÁR – PACIENT?

Vzťah lekár – pacient je základným kameňom lekárskej praxe a teda aj lekárskej etiky. Ako sme už spomenuli, **Ženevská deklarácia (WMA Declaration of Geneva)** vyžaduje od lekára splnenie nasledujúcej požiadavky: „Zdravie môjho pacienta bude mojím prvoradým záujmom“ a **Medzinárodný kódex lekárskej etiky (WMA International Code of Medical Ethics)** prehlasuje: „Lekár je zaviazaný byť k svojim pacientom absolútne lojálny v súlade so všetkými možnosťami lekárskej vedy.“ Aj tradičnú interpretáciu vzťahu lekár – pacient ako vzťahu paternalistického, v ktorom lekár prijíma rozhodnutia a pacient sa im podrobuje, v nedávnom období takmer všeobecne odmietala aj etika aj zákon. Pretože mnoho pacientov buď nemôže, alebo nechce rozhodovať o svojej zdravotnej starostlivosti, skutočná autonómia pacienta je často veľmi problematická. Rovnako problematické sú aj ostatné aspekty tohto vzťahu, napríklad povinnosť lekára zachovať mlčanlivosť o informáciách týkajúcich sa pacienta (vrátane zdravotného stavu pacienta) v ére počítačového uchovávaní lekárskeho záznamov a tzv. riadenej starostlivosti (managed

care), alebo chrániť život tvárou v tvár požiadavkám na urýchlenie príchodu smrti.

Táto kapitola sa bude zaoberať šiestimi témami, ktoré osobitne znepokojujú lekárov v ich každodennej praxi: rešpektovanie (osobnosti) a rovnocenný prístup; komunikácia a súhlas; rozhodovanie za nespôsobilého pacienta; lekárska mlčanlivosť; (etické) otázky na počiatku života; etické otázky na konci života.

„Zdravie môjho
pacienta bude mojím
prvoradým záujmom.“

REŠPEKTOVANIE OSOBNOSTI A ROVNOSŤ PRÍSTUPU

Presvedčenie, že všetci ľudia si zaslúžia rešpekt a rovnaké zaobchádzanie, je pomerne nové. Vo väčšine minulých spoločností sa neúctivé a nerovné zaobchádzanie s jednotlivcami alebo s určitými skupinami ľudí považovalo za normálne a „prírodné“. Otroctvo bolo jedným z príkladov takéhoto prístupu. V európskych kolóniách a v USA pretrvalo až do 19. storočia a v niektorých častiach sveta ešte stále pretrváva. Ukončenie inštitucionálnej diskriminácie voči nebelochom v krajinách ako Južná Afrika je ešte novšieho dáta. V mnohých krajinách zažívajú ženy ešte stále nedostatok rešpektu a nerovnaké zaobchádzanie. Diskriminácia na základe veku, postihnutia, alebo sexuálnej orientácie je vo svete aj dnes rozšírená. Na mnohých miestach stále pretrváva značný odpor voči požiadavke, že so všetkými ľuďmi by sa malo zaobchádzať ako s navzájom rovnými.

Postupná a stále trvajúca premena ľudstva smerom k prijatiu presvedčenia o rovnosti všetkých ľudí sa začala v 17. a 18. storočí v Európe a v Severnej Amerike. Bola vedená dvoma protikladnými ideológiami: novou interpretáciou kresťanskej viery a protikresťanským racionalizmom. Prvá inšpirovala Americkú revolúciu a jej Listinu základných ľudských práv (Bill of Rights); druhá inšpirovala Francúzsku revolúciu a s ňou súvisiaci politický vývoj udalostí. Pod týmito vplyvmi sa postupne rozvinula a upevnila demokracia a začala sa (ako spôsob správy verejných vecí) rozširovať po celom svete. Bola založená na presvedčení o politickej rovnosti všetkých (najskôr mužov – a len

omnoho neskôr aj žien), a z toho plynúceho práva rozhodovať o tom, kto by mal vládnuť.

V 20. storočí bol koncept ľudskej rovnosti dôkladne prepracovaný a rozvinutý v zmysle definovania a rešpektovania ľudských práv. Jedným z prvých rozhodnutí nanovo založenej Organizácie spojených národov bolo vypracovanie **Univerzálnej deklarácie ľudských práv (Universal Declaration of Human Rights)** (1948), ktorá vyhlasuje v článku 1: „Všetci ľudia sa narodia slobodní a rovnoprávni vo svojej dôstojnosti a právach.“ Mnohé medzinárodné a národné organizácie alebo výbory vypracovali dokumenty venované problematike práv týkajúcich sa buď všetkých ľudí, všetkých obyvateľov danej krajiny, alebo určitých skupín obyvateľstva („práva detí“, „práva pacientov“, „práva zákazníka“ atď.). Sformovali sa rozličné organizácie, ktorých cieľom bolo uplatňovať dodržiavanie princípov obsiahnutých v týchto dokumentoch. Ľudské práva sa žiaľ ešte stále plne nerešpektujú v mnohých krajinách.

Lekárska profesia mala v minulosti do istej miery rozporuplné názory na rovnosť a práva pacientov. Na jednej strane sa lekárom prikazovalo, aby „ani záujmy veku, choroby alebo postihnutia, viery, etnického pôvodu, pohlavia, národnosti, politickej príslušnosti, rasy, sexuálnej orientácie alebo spoločenského postavenia“ nestáli medzi povinnosťou lekára a jeho pacientom“ (**Ženevská deklarácia (WMA Declaration of Geneva)**) – na druhej strane si lekári nárokovali právo odmietnuť pacienta, okrem naliehavých prípadov. Hoci medzi opodstatnené dôvody pre takéto odmietnutie patrí preťaženosť lekára (príliš veľa pacientov), (nedostatočná) kvalifikácia a špecializácia (vo vzťahu k danému prípadu), pokiaľ lekári nemusia udať žiaden dôvod na odmietnutie pacienta, mohli by ľahko pacientov diskriminovať bez toho, aby boli za to zodpovední. Svedomie lekára viac ako zákon alebo hrozba disciplinárneho postihnutia môže zabrániť porušovaniu ľudských práv pacienta v takýchto prípadoch.

Aj keď lekári nekonajú v rozpore s rešpektovaním osobnosti a rovnosti pri výbere svojich pacientov, mohli by to urobiť vo svojich postojoch k pacientom a k ich liečbe. Prípadová štúdia opísaná na začiatku tejto kapitoly poukazuje na tento problém. Súcit je jednou zo základných hodnôt medicíny a je nevyhnutnou súčasťou dobrého terapeutického

procesu. Súcit je založený na rešpektovaní ľudskej dôstojnosti pacienta a jeho hodnôt, ale ide aj o uznanie zraniteľnosti pacienta zoči-voči chorobe a/alebo postihnutiu. Keď pacienti cítia lekárov súcit, určite budú viac veriť, že koná v ich najlepšom záujme, a táto dôvera môže podporiť proces uzdravovania.

Dôvera, ktorá je potrebná vo vzťahu lekár – pacient, sa všeobecne interpretovala v tom, že lekár nesmie opustiť pacienta, o ktorého sa začal starať. **Medzinárodný kódex lekárskej etiky (WMA International Code of Medical Ethics)** poukazuje na to, že jediným dôvodom na ukončenie vzťahu lekár – pacient je situácia, keď pacient potrebuje lekára s odlišnou kvalifikáciou: „Lekár je zaviazaný byť k svojim pacientom absolútne lojálny v súlade so všetkými možnosťami lekárskej vedy. Vždy, keď potrebné vyšetrenie alebo liečenie presahuje lekárove možnosti, musí sa obrátiť na iného lekára, ktorý má požadované schopnosti.“ Lekári však môžu mať aj mnoho iných dôvodov na ukončenie vzťahu s pacientom, napríklad lekár sa sťahuje, alebo ukončuje svoju prax, pacient odmieta, alebo nie je schopný zaplatiť za služby lekára, vzájomná averzia pacienta a lekára, pacient sa odmieta riadiť odporúčaniami lekára a podobne. Dôvody môžu byť oprávnené, alebo môžu byť aj neetické. Pri zvažovaní svojho konania by mal lekár hľadať oporu v etickom kódexom a v relevantných smerniciach a starostlivo zvážiť svoje motívy. Mal by byť pripravený odôvodniť svoje rozhodnutie sám sebe, pacientovi a ak je to korektné, tak aj tretej strane. Ak sú motívy lekára opodstatnené, mal by pomôcť pacientovi nájsť si iného vhodného lekára. Pokiaľ to nie je možné, mal by pacienta primerane upozorniť o svojom rozhodnutí odstúpiť od poskytovania ďalšej starostlivosti, aby si mohol nájsť primeranú náhradu. Pokiaľ motívy lekára nie sú legitímne, napríklad rasové predsudky, lekár by mal podniknúť potrebné kroky na odstránenie tohto svojho nedostatku.

Mnoho lekárov, obzvlášť tí, ktorí pracujú vo verejnom sektore, často nemajú možnosť vyberať si pacienta, ktorého budú liečiť. Niektorí pa-

„...na ukončenie vzťahu lekár – pacient... by mali byť lekári pripravení odôvodniť svoje rozhodnutie, samým sebe, pacientovi a ak je to korektné, tak aj tretej strane.“

cienti sú agresívni a môžu ohrozovať bezpečnosť lekára (a iného zdravotníckeho personálu). Iných možno označiť priam za odporných kvôli ich asocíálnym postojom a správaniu sa. Zbavujú sa takíto pacienti sami svojho práva na úplné rešpektovanie svojej osobnosti a rovnosti pri zaobchádzaní (zo strany lekárov v porovnaní s inými pacientmi), alebo sa od lekárov očakáva, že vynaložia zvláštne, azda až hrdinské úsilie na nadviazanie a udržiavanie terapeutického vzťahu s týmito ľuďmi? Je isté, že v týchto prípadoch sa musia lekári snažiť o rovnováhu medzi zodpovednosťou za vlastnú bezpečnosť a zdravie, ako aj za bezpečnosť a zdravie personálu a ich povinnosťou je napomáhať rozvoju zdravia pacienta. Mali by sa pokúsiť nájsť také východisko, ktoré by im umožnilo splniť obe tieto povinnosti. Ak to nie je možné, lekár by sa mal pokúsiť zabezpečiť vhodné náhradné riešenia na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti o takýchto pacientov.

Ďalší problém vo vzťahu k pravidlu rešpektovania pacienta a rovnakého zaobchádzania vzniká pri lekárskej starostlivosti o infekčných pacientov. Pozornosť sa tu často sústreďuje na problém HIV/AIDS, a to nielen z dôvodu, že ide o závažné, život ohrozujúce ochorenie, ale aj preto, že sa často spája so spoločenskými predsudkami. Sú však aj mnohé iné závažné infekcie a niektoré z nich sú ešte ľahšie prenosné na zdravotnícky personál ako HIV/AIDS. Niektorí lekári sa zdráhajú vykonávať invazívne procedúry na pacientoch s takýmito chorobami kvôli tomu, že by sa mohli infikovať. Kódexy lekárskej etiky však neobsahujú žiadne výnimky v prípade infekčných pacientov, ktoré by sa týkali povinnosti lekára starať sa o všetkých pacientov rovnako. **Vyhlasenie o profesionálnej povinnosti lekárov pri liečbe pacientov s AIDS (WMA Statement on the Professional Responsibility of Physicians in Treating AIDS)** to prezentuje nasledovne.

Pacienti s AIDS majú právo na kvalifikovanú lekársku starostlivosť poskytovanú citlivo a s rešpektovaním ich ľudskej dôstojnosti.

Lekári z etických dôvodov nesmú odmietnuť liečenie pacienta, ktorého ochorenie spadá do rozsahu ich odbornej kompetencie, len na základe toho, že pacient je (HIV)-séropozitívny.

Lekárska etika nepripúšťa takú diskrimináciu pacienta (pacientky), ktorá by sa zakladala na jeho (jej) (HIV)-séropozitivite.

Osoba, ktorá je postihnutá AIDS, potrebuje kvalifikovanú a ohľaduplnú starostlivosť. Lekár, ktorý nie je schopný poskytnúť starostlivosť a služby, ktoré potrebujú pacienti s AIDS, má takýchto pacientov odoslať do starostlivosti lekárov alebo zariadení, ktoré sú na takúto starostlivosť pripravené. Kým pacienta neprevezmú do starostlivosti títo iní lekári alebo zariadenia, ošetrojúci lekár sa musí o neho postarať najlepšie, ako vie.

„Osoba, ktorá je postihnutá AIDS, potrebuje kvalifikovanú a citlivú starostlivosť.“

Dôverný charakter vzťahu lekár – pacient môže vytvoriť podmienky na vznik sexuálnej príťažlivosti. Je zásadným pravidlom a požiadavkou tradičnej lekárskej etiky, že lekár(ka) takejto príťažlivosti musí odolať. Hippokratova prísaha obsahuje nasledujúci sľub: „Nech už vkročím do ktoréhokoľvek domu, vojdem tam len s úmyslom pomôcť chorému a budem sa chrániť každého bezprávia alebo ublíženia, ktoré by som mohol spôsobiť, obzvlášť sa zrieknem túžby po zmyslových pôžitkoch či už so ženami alebo s mužmi...“ V nedávnej minulosti viaceré lekárske spoločnosti opätovne potvrdili tento zákaz sexuálnych vzťahov medzi lekármi a ich pacientmi. Dôvody tohto pravidla sú rovnako platné dnes, ako boli v čase Hippokrata, pred viac ako 2500 rokmi. Pacienti sú voči lekárom v zraniteľnom postavení a dôverujú im, že sa o nich budú starať dobre. Možno by boli menej schopní brániť sa sexuálnym návrhom lekárov kvôli obavám, že by to mohlo negatívne vplyvať na ich liečbu. Navyše môže emočná angažovanosť lekára v takomto vzťahu s pacientom nepriaznivo vplyvať na jeho klinický úsudok.

Tento druhý dôvod sa vzťahuje podobne na lekárov, ktorí liečia svojich blízkych rodinných príslušníkov. Od takéhoto konania dôrazne odrádzajú aj mnohé kódexy lekárskej etiky. Podobne ako v iných prípadoch sa však môže aplikácia tohto pravidla meniť v závislosti od konkrétnych podmienok. Napríklad lekári, ktorí pracujú samostatne v odlahých oblastiach, budú zrejme musieť poskytnúť lekársku starostlivosť svojim blízkym, najmä v urgentných situáciách.

KOMUNIKÁCIA A SÚHLAS

Informovaný súhlas je jednou z hlavných koncepcií súčasnej lekárskej etiky. Právo pacientov na rozhodnutia týkajúce sa zdravotnej starostlivosti bolo zakomponované do právnych predpisov a etických vyhlásení po celom svete. WMA **Deklarácia o právach pacienta (WMA Declaration on the Rights of the Patient)** vyhlasuje:

Pacient má právo na sebaurčenie, t.j. na slobodné rozhodovanie o sebe samom. Lekár informuje pacienta (pacientku) o následkoch jeho (jej) rozhodnutí. Mentálne kompetentný dospelý pacient má právo súhlasiť alebo nesúhlasiť s ktorýmkoľvek diagnostickým alebo liečebným postupom (ktorý mu navrhujú). Pacient má právo na informácie, ktoré sú potrebné pre takéto rozhodnutie. Pacient by mal jasne porozumieť účelu navrhovaných testov alebo liečby, čo by mohli pre neho znamenať ich výsledky, a aké by mohli byť dôsledky ich odmietnutia.

Nevyhnutnou podmienkou na získanie/udelenie informovaného súhlasu je dobrá komunikácia medzi lekárom a pacientom. Keď bol bežný prístup lekárskeho paternalizmu, komunikácia bola relatívne jednoduchá; pozostávala z nariadení (ordinácie) lekára pacientovi určujúcich určitý postup liečby. V súčasnosti si komunikácia s pacientom od lekárov vyžaduje oveľa viac. Lekári musia pacientom poskytnúť všetky potrebné informácie, aby sa mohli sami pacienti rozhodnúť. To zahŕňa vysvetlenie komplexných lekárskejších diagnóz, prognózy a zložitých postupov liečby v jednoduchej, pre pacienta pochopiteľnej reči. Zároveň je potrebné zabezpečiť, aby pacient porozumel jednotlivým možnostiam liečby, vrátane ich výhod a nevýhod, ako aj zodpovedať všetky otázky, ktoré pacienti môžu v tejto súvislosti mať. Napokon sa musí lekár usilovať pochopiť akékoľvek rozhodnutie, s ktorým pacient nakoniec príde, a ak je to možné, aj dôvody jeho rozhodnutia. Nie každý má dobré komunikačné schopnosti dané „od prírody“. Takéto schopnosti sa musia neustále zdokonaľovať a udržiavať vedomým úsilím lekára a pravidelne hodnotiť.

Medzi najzávažnejšie prekážky dobrej komunikácie lekára a pacienta patria rozdiely jazyka a kultúry. Ak lekár a pacient nehovoria rovnakým jazykom, je zvyčajne potrebný prekladateľ. Žiaľ na mnohých

miestach sa nenachádzajú kvalifikovaní prekladatelia, a tak lekár musí nájsť čo najlepšiu dostupnú osobu, ktorá by bola vhodná na túto úlohu. Kultúra, ktorá pochopiteľne zahŕňa aj jazyk, je však omnoho širším pojmom, môže vyvolať ďalšie komunikačné problémy. Kvôli odlišnému pochopeniu povahy a príčin choroby, danému odlišnou kultúrnou skúsenosťou, pacient nemusí dobre porozumieť diagnóze a možnostiam liečby, ktoré navrhuje lekár. Za takýchto okolností by mal lekár vynaložiť maximálne úsilie na to, aby preveril chápanie zdravia a navrhovaného liečenia zo strany pacienta, a objasnil mu čo najlepšie svoje odporúčania.

Keď lekár úspešne oznámil pacientovi všetky informácie, ktoré pacient potrebuje a chce vedieť o svojej diagnóze, prognóze a možnostiach liečenia, pacient bude schopný informovane sa rozhodnúť, ako ďalej pokračovať. Hoci výraz „informovaný súhlas“ predpokladá akceptovanie navrhovaného liečenia zo strany pacienta, pojem informovaného súhlasu sa vzťahuje rovnako aj na odmietnutie liečby alebo na výber medzi rôznymi ponúknutými alternatívami. Mentálne kompetentní (spôsobilí) pacienti majú právo danú liečbu odmietnuť, a to aj vtedy, keď toto odmietnutie má za následok invaliditu alebo smrť.

Vyjadrenie súhlasu môže byť explicitné (výslovné) alebo implicitné (naznačené). Explicitný súhlas dáva pacient ústne alebo (častejšie) písomne. Súhlas je implicitný (naznačený) vtedy, keď pacient svojím správaním dáva najavo ochotu podstúpiť určitý výkon alebo liečenie. Napríklad súhlas na odber krvi zo žily pacient naznačí podaním príslušnej končatiny. Na realizáciu postupov, ktoré obnášajú určité riziko, alebo zahŕňajú viac ako len mierny dyskomfort, je lepšie (resp. potrebné) získať explicitný, a nie len implicitný súhlas.

Z požiadavky získania, resp. udelenia informovaného súhlasu u mentálne kompetentných (spôsobilých) pacientov možno uviesť nasledovné výnimky:

„Mentálne kompetentní (spôsobilí) pacienti majú právo odmietnuť danú liečbu, a to aj vtedy, keď toto odmietnutie má za následok invaliditu alebo smrť.“

- Situácie, keď pacienti dobrovoľne odovzdajú svoje rozhodovacie právo lekárovi alebo tretej strane. Vzhľadom na komplexnosť daného problému, alebo preto, že pacient má úplnú dôveru v úsudok lekára, môže povedať lekárovi: „Urobte to, čo považujete za najlepšie.“ Lekári by sa nemali príliš ponáhľať v konaní podľa takejto požiadavky, ale mali by poskytnúť pacientom potrebné informácie o uvažovaných možnostiach liečby a povzbudiť ich, aby sa sami rozhodli. Pokiaľ si však pacient naďalej praje, aby lekár za neho rozhodol, lekár prijme potrebné rozhodnutie „v najlepšom záujme pacienta“.
- Situácie, keď by prezradenie danej informácie spôsobilo pacientovi závažnú ujmu (poškodenie). V takýchto prípadoch sa lekár zvyčajne odvoláva na tradičný princíp „terapeutického privilégia“; dovoľuje lekárovi zatajiť danú lekársku informáciu, ak by jej poskytnutie veľmi pravdepodobne malo za následok závažnú telesnú, duševnú alebo emocionálnu ujmu pacienta, napríklad ak by bolo u pacienta vysoké riziko spáchania samovraždy, pokiaľ by vyslovená nepriaznivá diagnóza svedčila o jeho smrteľnej chorobe. Toto privilégium by sa mohlo pomerne ľahko zneužiť. Preto by ho lekári mali využívať len v naozaj výnimočných prípadoch. Mali by vždy vychádzať z očakávania, že pacienti sú zvyčajne schopní sa vysporiadať s faktami – a zamlčanie informácie o zdravotnom stave mať v zálohe pre tie prípady, kde nadobudnú dôvodné presvedčenie, že povedaním pravdy by spôsobili viac škody, ako jej zmlčaním.

V niektorých kultúrach sa všeobecne uznáva, že povinnosť lekára poskytnúť pacientovi pravdivé informácie sa nevzťahuje na situácie, keď ide o smrteľnú chorobu. Predpokladá sa, že takáto informácia by u pacienta spôsobila stratu nádeje a urobila by zostávajúce dni jeho života oveľa trpkjšími, ako keby si zachoval nádej na uzdravenie. A tak sa často aj dnes lekári v mnohých krajinách stretávajú s požiadavkou rodinných príslušníkov pacienta, aby mu nepovedali, že umiera. Lekári si musia zachovať potrebnú citlivosť voči kultúrnym aj voči osobnostným faktorom, keď majú oznámiť pacientovi zlé správy, obzvlášť, pokiaľ ide o situáciu blížiacu sa smrti. Na druhej strane sa právo pacienta na informovaný súhlas v súčasnosti postupne a stále širšie akceptuje – a lekár má primárnu povinnosť voči pacientovi, aby mu pomáhal uplatniť toto jeho významné právo.

Pri sledovaní rastúceho trendu, ktorý považuje zdravotnú starostlivosť za spotrebný produkt a pacientov za (jej) spotrebiteľov, dožadujú sa často pacienti a ich rodiny takej starostlivosti, ktorá podľa uvážlivého názoru lekára nie je primeraná. Škála príkladov sa pohybuje od požadovania antibiotík pri vírusových ochoreniach až po naliehanie na predlžovanie intenzívnej starostlivosti u pacientov, u ktorých bola diagnostikovaná mozgová smrť, či žiadanie síce „slubných“, ale dosiaľ neoverených liekov alebo chirurgických výkonov. Niektorí pacienti sa dožadujú „práva“ na akúkoľvek lekársku starostlivosť, ktorá by im podľa ich názoru mohla pomôcť – a lekári sú až príliš často ochotní im vyhovieť, i keď sú presvedčení, že táto starostlivosť neznamená žiaden prínos pre zdravie pacienta. Tento problém je obzvlášť závažný v situáciách, kde sú prostriedky na zdravotnú starostlivosť limitované – a poskytovanie „zbytočnej (nadbytočnej)“ alebo „neprospešnej“ liečby niektorým pacientom môže spôsobiť, že iní pacienti zostanú bez potrebnej liečby.

Pojmu **zbytočná (neúčinná, „nadbytočná“)** alebo (medicínsky) **neprospešná** liečba možno rozumieť nasledovne. V niektorých situáciách môže lekár určiť, že daná liečba je „medicínsky“ zbytočná (neúčinná, „nadbytočná“) alebo neprospešná, pretože pacienti neposkytujú primeranú nádej na uzdravenie alebo zlepšenie stavu, alebo preto, že u pacienta stále neprináša žiaden liečebný úžitok. V iných prípadoch možno prínos a úžitok liečby posúdiť len na základe subjektívneho úsudku pacienta. Pacient by sa zvyčajne mal zúčastňovať na posúdení neúčinnosti liečby, ktorá sa mu poskytuje. V určitých mimoriadnych situáciách by však účasť pacienta na takejto diskusii nemusela byť v jeho najlepšom záujme. Lekár nie je povinný ponúknuť pacientovi neúčinnú (zbytočnú) alebo neprospešnú liečbu.

„Lekár nie je povinný ponúknuť pacientovi neúčinnú (zbytočnú) alebo neprospešnú liečbu.“

Princíp informovaného súhlasu zahŕňa právo pacienta vybrať si spomedzi možností, ktoré mu lekár navrhne. Otázka, nakoľko majú pacienti a ich rodiny právo na zdravotnú starostlivosť a zdravotné služby, ktoré lekár neodporúča, sa stáva významným predmetom sporu v etike, práve a verejnej politike. Pokiaľ tento problém nevyrieši vláda,

poskytovatelia zdravotného poistenia a/alebo profesijné organizácie, lekár sa bude musieť sám rozhodnúť, či v konkrétnom prípade bude súhlasiť so žiadosťou o neprimeranú liečbu. Takúto požiadavku by mal rozhodne odmietnuť vtedy, ak je presvedčený, že požadovaná liečba by pacientovi priniesla viac škody ako úžitku. Podobne by mal

„Majú pacienti právo na zdravotnú starostlivosť, ktorú lekár neodporúča?“

odmietnuť aj liečbu, ktorá je pravdepodobne neúčinná, aj keď nie je priamo škodlivá. Vždy treba zodpovedne prihliadnuť aj na možnosť placebového účinku. Pokiaľ je otázkou problém limitovaných zdrojov, lekár by mal upozorniť tých, ktorí sú zodpovední za ich (pre)rozdeľovanie.

ROZHODNUTIE ZA NESPÔSOBILÉHO PACIENTA

Mnohí pacienti nie sú spôsobilí urobiť sami potrebné rozhodnutia. Príkladom sú malé deti, osoby postihnuté určitými psychiatrickými a neurologickými ochoreniami, ako aj osoby v prechodnom bezvedomí alebo v kóme. Títo pacienti potrebujú niekoho, kto za nich v takomto prípade rozhodne – buď lekára alebo inú osobu. Etický problém vzniká pri určovaní vhodnej osoby, ktorá rozhoduje, a pri výbere kritérií, na základe ktorých sa pacient (vo vzťahu k potrebnému rozhodnutiu) považuje za nespôsobilého.

Keď v praxi prevládal lekárske paternalizmus, osobou oprávnenou urobiť potrebné rozhodnutia za nespôsobilého pacienta bol lekár. Lekári mohli konzultovať uvažované možnosti liečenia s rodinnými príslušníkmi pacienta, ale konečné rozhodnutie urobili sami. V mnohých krajinách lekári postupne strácali toto oprávnenie, keďže pacientom sa poskytla možnosť určovať svojich zástupcov, ktorí by za nich rozhodovali v prípadoch, keď sa stanú nespôsobilými. Navyše niektoré štáty zákonným ustanovením špecifikujú vhodného zástupcu na rozhodovanie, a to aj v určenom poradí (napr. manžel alebo manželka, dospelé deti, bratia a sestry atď.). V takýchto prípadoch sú lekári oprávnení prijať rozhodnutie za pacienta len v tých prípadoch, keď určený zástupcovia nie sú k dispozícii, čo sa často stáva v urgentných

situáciách. **WMA Deklarácia o právach pacienta (WMA Declaration on the Rights of the Patient)** vyhlasuje o povinnosti lekára v tejto veci nasledovné:

Ak je pacient v bezvedomí alebo z iných dôvodov nespôsobilý vyjadriť svoju vôľu, informovaný súhlas sa musí získať hneď, ako je to možné, od zákonného zástupcu pacienta v súlade so zákonom. Ak zákonný zástupca nie je dosiahnuteľný, ale lekárskeho výkon je potrebné vykonať urgentne, možno súhlas pacienta predpokladať, pokiaľ nie je očividné a bez akejkoľvek pochybnosti, na základe jasného a pevného predchádzajúceho rozhodnutia pacienta, že by v danej situácii výkon odmietol.

Problémy vznikajú vtedy, keď sa tí, ktorí sa považujú za náležitých zástupcov pacienta, napríklad rôzni rodinní príslušníci, nevedia navzájom dohodnúť, alebo, keď sa aj dohodnú, ich rozhodnutie nie je podľa názoru lekára v najlepšom záujme pacienta. V prvom rade sa lekár môže pokúsiť o sprostredkovanie. Keď však nehoda pretrváva, môže sa riešiť iným spôsobom, napríklad ponechaním rozhodnutia na najstaršieho člena rodiny alebo hlasovaním. V prípadoch závažných rozporov medzi splnomocnenými zástupcami pacienta a lekárom **WMA Deklarácia o právach pacienta (WMA Declaration on the Rights of the Patient)** ponúka nasledujúce odporúčanie: „Ak pacientov zákonný zástupca alebo iná osoba splnomocnená pacientom zakazuje liečenie, ktoré je podľa názoru lekára v najlepšom záujme pacienta, lekár má napadnúť toto rozhodnutie pred súdom alebo pred inou relevantnou inštitúciou.“

Principy a postupy pre informovaný súhlas, ktoré sa rozoberali v predchádzajúcej časti, sú aplikovateľné rovnako pre rozhodovanie v zastúpení, ako boli pre rozhodovanie pacientov, ktorí sa rozhodujú sami za seba. Lekári majú rovnako povinnosť poskytnúť splnomocneným zástupcom všetky informácie, ktoré potrebujú na prijatie daného rozhodnutia. To zahŕňa vysvetlenie komplexných lekárskeho diagnóz, prognózy a postupov liečenia zrozumiteľnou rečou, zabezpečenie, aby splnomocnený zástupca pochopil navrhované možnosti liečby, vrátane ich výhod a nevýhod, zodpovedanie všetkých otázok, ktoré by mohli v súvislosti s daným rozhodnutím vzniknúť, ako aj porozu-

mieť rozhodnutiu, s ktorým zástupcovia prídu, a ak je to možné, pochopiť aj dôvody ich rozhodnutia.

Základným kritériom pre rozhodovanie za nespôsobilého pacienta je názor pacienta (jeho osobné preferencie), pokiaľ je známy. Názor pacienta možno zistiť v tzv. predchádzajúcich inštrukciách (angl. living will), alebo ho pacient mohol oznámiť určenému splnomocnenému zástupcovi, lekárovi, alebo niektorému inému členovi zdravotníckeho tímu. V prípade, že názor nespôsobilého pacienta nie je známy, rozhodnutia o jeho liečbe musia rešpektovať najlepší záujem pacienta, pričom sa berú do úvahy: a) diagnóza a prognóza pacienta; b) hodnoty pacienta známe okoliu; c) informácie od tých, ktorí majú v jeho živote významnú úlohu a mohli by pomôcť pri určení najlepšieho záujmu pacienta, d) aspekty pacientovej kultúry a náboženstva, ktoré by mohli ovplyvniť konečné rozhodnutie o liečbe. Tento prístup nie je taký jednoznačný ako prípad, keď pacient zanechá špecifické predchádzajúce inštrukcie o liečbe, ale umožňuje splnomocnenému zástupcovi pacienta dedukovať na základe iných pacientových rozhodnutí a jeho postojov k životu vo všeobecnosti, ako by sa pacient rozhodol v súčasnej situácii.

Posúdenie spôsobilosti na rozhodovanie o súhlase s ďalším lekársym postupom môže byť často veľmi problematické, a to najmä u mladých ľudí a u tých, ktorých schopnosť uvažovania bola narušená akútnou alebo chronickou chorobou. Je aj možné, že daná osoba je spôsobilá rozhodovať sa o určitých aspektov svojho života, ale nie o všetkých. Spôsobilosť na dané rozhodnutie môže byť u chorého aj prerušovaná – pacient môže byť v niektorých úsekoch dňa jasne mysliaci a orientovaný, kým v iných nie. Aj keď sú takíto pacienti pravdepodobne nespôsobilí na právne úkony, na ich názor (preferencie) by sa malo pri rozhodovaní prihliadať. **WMA Deklarácia o právach pacienta (WMA**

Declaration on the Rights of the Patient) sa o tomto probléme vyjadruje takto: „Ak je pacient maloletý, alebo inak nespôsobilý na právne úkony, vyžaduje sa súhlas jeho zákonom stanoveného zástupcu. Pacient sa však musí zúčastňovať na rozhodovaniach do najvyššej miery, do akej je schopný.“

„...pacient sa musí zúčastňovať na rozhodovaniach do najvyššej miery, do akej je schopný.“

Neraz pacienti nie sú schopní prijať logické a dobre premyslené rozhodnutia týkajúce sa rôznych možností ich liečby vzhľadom na dyskomfort a neschopnosť sústrediť sa, čo spôsobuje ich choroba. Ešte stále však môžu byť schopní prejať odmietanie určitého zásahu, napríklad podávanie intravenózneho výživy. V takýchto prípadoch je potrebné prejavy nesúhlasu pacienta brať veľmi vážne, aj keď sa, pochopteľne, musia zvažovať z hľadiska cieľov celkového plánu ich liečby.

Starostlivosť o pacientov, ktorí trpia závažnými psychiatrickými alebo neurologickými chorobami, v dôsledku ktorých môžu predstavovať nebezpečenstvo pre seba alebo pre iných, prináša obzvlášť zložitú etickú otázku. Na jednej strane je dôležité do najvyššej možnej miery rešpektovať ich ľudské práva, obzvlášť právo na slobodu, na druhej strane však musia byť obmedzovaní a/alebo liečení proti svojej vôli, aby neublížili sebe alebo iným. Rozlišuje sa medzi nedobrovoľným prijatím do zdravotníckeho zariadenia (na psychiatrické oddelenie) a nedobrovoľnou liečbou. Niektorí obhajcovia práv pacientov zastávajú názor, že uvedení pacienti majú právo na odmietnutie liečby, aj keď následkom toho bude obmedzenie ich slobody (napr. dlhodobý pobyt v psychiatrickom zariadení). Opodstatneným dôvodom na odmietnutie liečby by mohla byť zlá skúsenosť pacienta s liečbou v minulosti, napríklad výskyt závažných nežiaducich účinkov psychotropných liekov. Pokiaľ lekári majú ako splnomocnení zástupcovia takýchto pacientov rozhodovať o ďalšom postupe ich liečby, musia sa presvedčiť o tom, že títo pacienti naozaj predstavujú nebezpečenstvo – a nielen trápenie – pre svoje okolie alebo pre nich samých. Mali by sa pokúsiť zistiť názor pacienta na liečbu (jeho preferencie), ako aj dôvod tohto názoru, aj keď v konečnom dôsledku by sa tomuto názoru nemohlo vyhovieť.

MLČANLIVOSŤ

Povinnosť lekára udržiavať v tajnosti všetky informácie, ktoré sa pri výkone svojho povolania dozvedel o pacientovi (povinnosť mlčanlivosti lekárov, resp. všetkých zdravotníckych pracovníkov), bola vždy základným kameňom lekárskej etiky už od čias Hippokratov. V Hippokratovej prísaha stojí: „Keď pri svojej lekárskej praxi zbadám alebo vypočujem niečo, čo by malo zostať tajomstvom o súkromnom živote

„Lekár je povinný zachovať v úplnej tajnosti všetko, čo vie o svojom pacientovi, a to dokonca aj po jeho smrti.“

ľudí, všetko zamlčím a ako tajomstvo uchovám.“ Prísaha, ako aj niektoré novšie verzie podobných textov nepovoľujú žiadne výnimky z uvedenej povinnosti prísnej mlčanlivosti. Napríklad **WMA Medzinárodný kódex lekárskej etiky (WMA International Code of Medical Ethics)** požaduje: „Lekár je povinný zachovať v úplnej tajnosti všetko, čo vie o svojom pa-

cientovi, a to dokonca aj po jeho smrti.“ Niektoré iné kódexy však odmietajú takýto absolutistický prístup k mlčanlivosti. Skutočnosť, že za istých okolností existuje oprávnená možnosť porušenia povinnej mlčanlivosti, si na tomto mieste vyžaduje objasnenie pravého účelu zachovania lekárskej mlčanlivosti.

Veľká hodnota, ktorá sa prikladá zachovaniu lekárskej mlčanlivosti (mlčanlivosti lekára a zdravotníckeho pracovníka), vyplýva z troch dôvodov: autonómia, úcta voči druhým a dôvera. Autonómia súvisí s mlčanlivosťou v tom, že osobné informácie o jednotlivcovi patria jemu a bez jeho súhlasu sa nesmú zverejniť. Keď niekto zverí informácie osobného charakteru druhému človeku, napríklad lekárovi alebo sestre, alebo keď takéto informácie vyjdú najavo pri lekárskom vyšetrení alebo pri laboratórnom teste, všetci, ktorí sa o nich takto dozvedia, sú viazaní mlčanlivosťou, okrem prípadov, keď na ich oznámenie dostali výslovný súhlas od osoby, ktorej sa to týka.

Mlčanlivosť je veľmi dôležitá, pretože všetci ľudia si zasluhujú úctu (úcta k človeku). Jedným z významných spôsobov, ako im túto úctu preukázať, je ochrana ich súkromia. V medicínskom prostredí dochádza veľmi často k narušeniu súkromia pacienta. To je však len ďalším závažným dôvodom na to, aby sa predišlo všetkým iným zbytočným zásahom do jeho súkromia. Pretože rôzni ľudia sa odlišujú vo svojich požiadavkách na súkromie, nemôžeme predpokladať, že každému bude vyhovovať také zaobchádzanie, aké by vyhovovalo nám samým. Treba venovať zvláštnu pozornosť pri rozlišovaní toho, ktoré informácie osobného charakteru chce pacient uchovať v tajnosti a ktoré je ochotný odhaliť ostatným.

Dôvera je nevyhnutnou súčasťou vzťahu lekár – pacient. Aby mohli dostať potrebnú zdravotnú starostlivosť, pacienti musia poskytnúť informácie osobného charakteru lekárom a iným zdravotníckym pracovníkom, ktorí sú pravdepodobne pre nich úplne cudzími ľuďmi – informácie, o ktorých by v žiadnom prípade nechceli, aby sa dozvedel niekto iný. Musia teda mať dostatočné dôvody na to, aby dôverovali tým, ktorí sa o nich starajú, že tieto informácie nevyzradia. Základom tejto dôvery sú etické a právne normy profesijnej mlčanlivosti, ktorých dodržiavanie sa očakáva od zdravotníckych pracovníkov. Ak by pacienti neboli presvedčení, že to, čo povedia, bude uchované v prísnej tajnosti, neposkytli by lekárom a zdravotníkom tieto informácie. To by mohlo podstatne zhoršiť možnosti lekárov v úsilí o poskytnutie účinnej liečby alebo o dosiahnutie určitých cieľov vo verejnom zdravotníctve (napr. zamedzenie šírenia prenosných chorôb).

WMA Deklarácia o právach pacienta (The WMA Declaration on the Rights of the Patient) zhrňa práva pacienta na zachovanie lekárskej mlčanlivosti nasledovne:

- **Všetky osobne identifikovateľné informácie o zdravotnom stave pacienta, jeho ochorení, diagnóze, prognóze a liečbe, ako aj všetky ostatné informácie osobného charakteru sa musia uchovať v tajnosti, a to aj po jeho smrti. Príbuzní pacienta môžu mať výnimočne právo na prístup k tým informáciám, ktoré ich môžu informovať o závažnom zdravotnom riziku.**
- **Informácie dôverného charakteru sa môžu poskytnúť iba vtedy, keď pacient dá na to výslovný súhlas, alebo v prípadoch, ktoré výslovne pripúšťa zákon. Tieto informácie sa môžu poskytnúť iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti len v nevyhnutnom rozsahu. V inom rozsahu len s výslovným súhlasom pacienta.**
- **Všetky osobne identifikovateľné údaje pacienta musia byť chránené. Ochrana týchto údajov musí byť primeraná spôsobu ich uchovávanía. Biologický materiál ľudského pôvodu, z ktorého by sa dali získať osobne identifikovateľné údaje, sa musí chrániť podobným spôsobom.**

A koľko by mal povedať? Vo všeobecnosti by mal poskytnúť len toľko informácií, koľko je nevyhnutne potrebné na odvrátenie hroziaceho ublíženia a mal by ich poskytnúť tým, ktorí potrebujú tieto informácie, aby ublíženiu predišli. Mal by podniknúť aj primerané kroky, aby sa minimalizovalo poškodenie a právne dôsledky pre pacienta, ktoré by mohli vzniknúť kvôli porušeniu lekárskej mlčanlivosti. Odporúča sa, aby lekár informoval pacienta, že zachovanie mlčanlivosti môže byť porušené v záujme jeho ochrany, ako aj ochrany potenciálnej obeť. Ak je to možné, mal by sa pokúsiť získať spoluprácu pacienta.

V prípade HIV-pozitívneho pacienta nie je informovanie manželky/manžela alebo aktuálneho sexuálneho partnera zo strany lekára neetické a je skutočne oprávnené vtedy, keď pacient nie je ochotný sám informovať ohrozenú osobu alebo osoby. Takéto informovanie si vyžaduje, aby sa vyhovelo všetkým nasledujúcim požiadavkám: partner je vystavený nebezpečenstvu nakazenia sa HIV a nemá žiadnu inú možnosť, ako sa dozvedieť o tomto riziku; pacient odmietol sám informovať svojho sexuálneho partnera; pacient odmietol ponuku pomoci lekára, aby lekár informoval partnera v mene pacienta; a lekár informoval pacienta o svojom úmysle poskytnúť túto informáciu jeho partnerovi.

Lekárska starostlivosť o osoby podozrivé alebo usvedčené zo spáchania trestného činu prináša špecifické problémy zachovania lekárskej mlčanlivosti. Hoci lekári, ktorí poskytujú starostlivosť osobám vo väzení, majú obmedzenú možnosť konať nezávisle, mali by sa maximálne usilovať, aby k týmto osobám pristupovali rovnako ako k iným pacientom. Zvláštnu pozornosť by mali venovať ochrane lekárskej mlčanlivosti a neinformovať o podrobnostiach zdravotného stavu pacienta vedenie väzenského zariadenia bez predchádzajúceho súhlasu pacienta.

ETICKÉ OTÁZKY NA ZAČIATKU ĽUDSKÉHO ŽIVOTA

Mnohé z najdiskutovanejších problémov lekárskej etiky sa vzťahujú na počiatok ľudského života. Limitovaný rozsah tejto príručky nedovoľuje, aby sme sa zaoberali týmito otázkami do podrobností. Je však dôležité aspoň ich vymenovať, aby vynikla ich etická podstata a aby

sa k nim ako k takým aj pristupovalo. Každý z týchto problémov bol už predmetom podrobnej analýzy zo strany lekárskejších spoločností, odborníkov v etike, ako aj rôznych poradných orgánov na vládnej úrovni. V mnohých krajinách existujú zákony, nariadenia a smernice, ktoré sa týmito problémami zaoberajú.

- **ANTIKONCEPCIA** – hoci v medzinárodnom meradle rastie uznanie práva ženy na kontrolu vlastnej plodnosti, vrátane predchádzania neželanej tehotnosti, lekári sa naďalej musia zaoberať riešením zložitých problémov, akými sú napríklad požiadavky na predpísanie kontraceptív neplnoletým osobám a vysvetľovanie rizika rôznych metód antikoncepcie.
- **ASISTOVANÁ REPRODUKCIA** – pre páry (a jednotlivcov), ktoré(i) nemôžu počať prirodzeným spôsobom, sú v súčasnosti vo väčších medicínskych centrách k dispozícii rôzne techniky asistovanej reprodukcie, akými sú napríklad umelá inseminácia, umelé oplodnenie in vitro s následným prenosom embrya. Náhradná alebo zástupná gestácia je ďalšia alternatíva. Ani jedna z týchto techník však nie je bez problémov tak v jednotlivých prípadoch, ako ani vo vzťahu k zdravotnej politike štátu.
- **PRENATÁLNY GENETICKÝ SKRÍNING** – v súčasnosti sú k dispozícii genetické testy na zistenie, či dané embryo alebo plod sú postihnuté niektorou z takto zistiteľných genetických chýb, aj genetické testy na určenie pohlavia. V závislosti od výsledku testu sa niekedy rozhoduje o tom, či pokračovať ďalej v danej tehotnosti, alebo nie. Lekári musia určiť, kedy sú tieto testy indikované, a musia vedieť objasniť ich výsledky pacientom.
- **UMELÝ POTRAT** – predstavuje už dlho jeden z najkontrovernejších problémov lekárskej etiky, a to tak z hľadiska lekárov, ako aj z hľadiska štátnych orgánov. **WMA Vyhlásenie o terapeutickom potrate (WMA Statement on Therapeutic Abortion)** berie na vedomie túto rôznosť názorov a presvedčenia a uzatvára: „Ide o vec osobného presvedčenia a svedomia, čo sa musí rešpektovať.“
- **ŤAŽKO POŠKODENÍ NOVORODENCI** – kvôli extrémnej nedonosenosti alebo vrodeným vývojovým chybám majú niektorí

novorodenci veľmi zlú prognózu z hľadiska prežitia. V týchto prípadoch sa často treba rozhodnúť o tom, či sa pokúsiť predĺžiť ich život alebo ich nechať (pokojne a dôstojne) umrieť.

- **PROBLÉMY VÝSKUMU** – zahŕňajú aj otázky vytvárania nových ľudských embryí (na účely výskumu) alebo použitie tzv. „nadpočetných“ embryí (ktoré sa už neplánujú použiť na účely reprodukcie) na získanie kmeňových buniek pre potenciálne terapeutické aplikácie, testovanie nových techník asistovanej reprodukcie a otázky vykonávania výskumných experimentov na ľudských plodoch.

ETICKÉ OTÁZKY NA KONCI ŽIVOTA

Etické otázky na konci ľudského života sa pohybujú od etického hodnotenia pokusov o predĺženie života pacientov s využitím vysokoexperimentálnych technológií, akou je napríklad implantácia zvieracích orgánov, až po etickú analýzu snáh o predčasné ukončenie ľudského života prostredníctvom eutanázie a lekárom asistovanej samovraždy. Medzi týmito extrémami sa však nachádza množstvo otázok, ktoré sa týkajú začatia alebo ukončenia liečebných postupov potenciálne schopných predĺžiť život, starostlivosť o terminálne chorých, ako aj celková vhodnosť a praktické použitie tzv. predchádzajúcich inštrukcií (predchádzajúca dohoda s pacientom) (angl. advanced directives).

Dva z uvedených problémov si zaslúžia zvláštnu pozornosť: eutanázia a lekárom asistovaná samovražda.

- **EUTANÁZIA** znamená vedome a úmyselne vykonať čin, ktorého cieľom je ukončenie života inej osoby a zahŕňa nasledujúce prvky: táto osoba je svojprávná, informovaná osoba s nevyliciteľnou chorobou, ktorá dobrovoľne požiadala o ukončenie svojho života; vykonávateľ (eutanázie) pozná stav tejto osoby a jej túžbu zomrieť, vykonáva tento čin s prvotným úmyslom ukončiť život danej osoby a samotný čin sa vykoná so súcitom a bez osobného zisku.
- **LEKÁROM ASISTOVANÁ SAMOVRAŽDA** znamená vedome a úmyselne poskytnúť osobe poznatky alebo prostriedky, alebo oboje, ktoré sú potrebné na spáchanie samovraždy, vrátane pou-

čenia o smrteľných dávkach liekov, predpisania smrteľných dávok liekov alebo ich poskytnutia.

Eutanázia a lekárom asistovaná samovražda sa často považujú za morálne ekvivalentné, hoci je medzi nimi zrejmy praktický rozdiel, a v niektorých jurisdikciách je medzi nimi rozdiel aj pred zákonom.

Eutanáziu a asistované suicídium, ako vyplýva z uvedených definícií, treba jasne odlišiť od nezačatia alebo ukončenia nevhodnej, neúčinnnej („nadbytočnej“, zbytočnej) alebo pacientom odmietanej liečby alebo od poskytovania náležitej paliatívnej starostlivosti, aj keď tieto postupy (nepriamo) skracujú život.

Žiadosti o eutanáziu a asistované suicídium vznikajú ako dôsledok bolesti alebo trápenia, ktoré pacient považuje za neznesiteľné. Chcel by radšej umrieť ako žiť ďalej za takýchto podmienok. Navyše mnohí pacienti považujú za svoje právo môcť umrieť, keď sa tak rozhodnú, a dokonca aj právo na pomoc pri umieraní. Lekárov považujú takíto pacienti za najvhodnejší nástroj smrti, pretože majú medicínske vedomosti a prístup k vhodným liekom na zabezpečenie rýchlej a bezbolestnej smrti.

Lekári sa pochopiteľne zdráhajú vyhovieť požiadavkám na eutanáziu alebo asistované suicídium, pretože tieto činy sú vo väčšine krajín ilegálne a sú zakázané aj vo väčšine kódexov lekárskej etiky. Tento zákaz bol súčasťou Hippokratovej prísahy a dôrazne ho zopakovala Svetová asociácia lekárov (**WMA**) v **WMA Deklarácii o eutanázii (WMA Declaration on Euthanasia)**:

Eutanázia, ktorá je činom úmyselného ukončenia života pacienta, hoci by sa vykonala na pacientovu žiadosť alebo žiadosť jeho najbližších príbuzných, je neetická. Lekárovi sa týmto nezabráňuje rešpektovať vôľu pacienta, aby v konečnej fáze choroby nechal prebehnúť svojim spôsobom prirodzený proces smrti.

Odmietanie eutanázie a asistovaného suicídia neznamená, že lekári nemôžu nič urobiť pre pacienta so život ohrozujúcou chorobou, ktorá je v pokročilom štádiu svojho vývoja a pre ktorú v tomto štádiu už nie sú vhodné kuratívne postupy liečby. V poslednom období sa dosiahol veľký pokrok v liečebných postupoch paliatívnej starostlivosti zame-

raných na úľavu bolesti, zmiernenie utrpenia a na zlepšenie kvality života. Paliatívna starostlivosť môže byť vhodná pre pacientov každého veku, počnúc dieťaťom s rakovinou až po seniorov blížiacich sa ku koncu svojho života. Jedným z aspektov paliatívnej starostlivosti, ktorý si

„... lekári nesmú opustiť umierajúceho pacienta, ale majú pokračovať v poskytovaní súcitnej starostlivosti, aj keď už nie je šanca na vyliečenie.“

vyžaduje väčšiu pozornosť u všetkých pacientov, je správna liečba bolesti. Každý lekár, ktorý sa stará o umierajúcich pacientov, by mal mať adekvátne znalosti v tejto oblasti, ako aj možnosť konzultovať so skúseným špecialistom v odbore paliatívnej medicíny. Lekári nesmú opustiť umierajúceho pacienta, ale majú pokračovať v poskytovaní ohľaduplnej starostlivosti, aj keď už nie je šanca na vyliečenie.

Približujúca sa smrť nastoluje mnoho ďalších etických problémov tak pre pacientov, ich splnomocnených zástupcov, ako aj pre lekárov. Možnosť predĺženia života pomocou liekov, resuscitačných zásahov, rádiologických procedúr a intenzívnej starostlivosti vyžadujú rozhodnutia o tom, kedy iniciovať tieto terapie a kedy ich ukončiť, ak nie sú účinné.

Ako sme už skôr diskutovali v súvislosti s problémom komunikácie a informovaného súhlasu, svojprávnii pacienti majú právo odmietnuť akúkoľvek liečbu, i keď takéto odmietnutie by malo za následok ich smrť. Ľudia sa môžu veľmi líšiť v postoji k vlastnej smrti; niektorí by urobili všetko možné na predĺženie svojho života, nezávisle od toho, koľko bolesti, či utrpenia to zahŕňa, kým iní tak očakávajú smrť, že odmietajú dokonca aj také jednoduché opatrenia, ktoré by ich udržali pri živote, ako napríklad podanie antibiotík pri baktériovom zápale pľúc. Pokiaľ lekári vynaložili všetko potrebné úsilie, aby poskytlí pacientovi príslušné informácie o jednotlivých možnostiach liečby a pravdepodobnosti ich úspechu, musia následne rešpektovať rozhodnutia pacienta o začatí alebo o pokračovaní akejkoľvek liečby.

Rozhodovanie na konci života za nespôsobilých pacientov prináša ešte väčšie etické problémy. Ak pacienti vyjadrili v predstihu jasne svoje želania, napríklad v tzv. predchádzajúcich inštrukciách (angl.

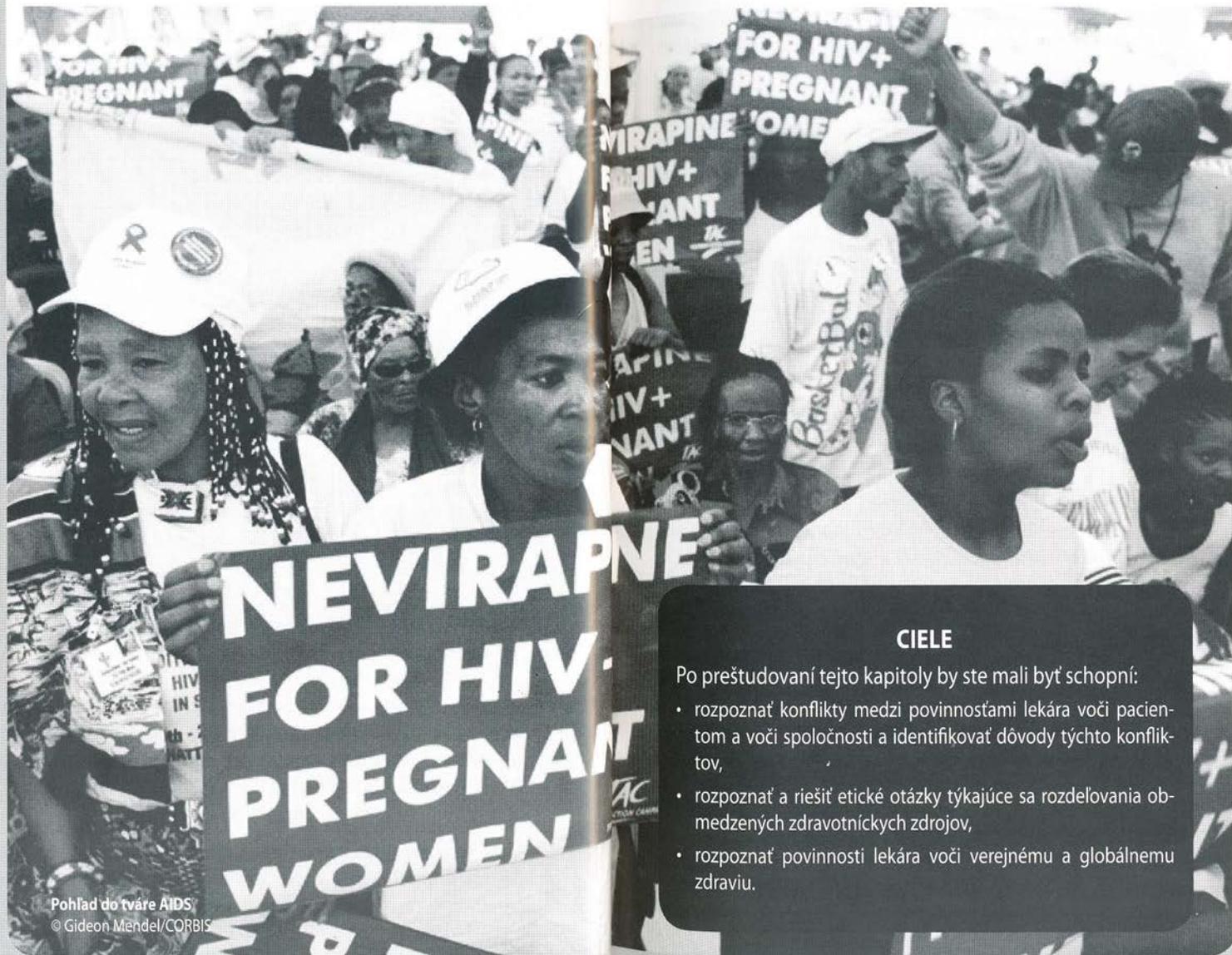
living will), rozhodovanie je o niečo jednoduchšie, hoci tieto inštrukcie sú často veľmi nejasné a musia sa vždy interpretovať vzhľadom na aktuálny stav pacienta. Ak pacienti nedali adekvátne najavo svoje želania, príslušný splnomocnený zástupca sa pri rozhodovaní o ďalšej liečbe musí riadiť iným kritériom, menovite – najlepším záujmom pacienta.

NÁVRAT K PRÍPADOVEJ ŠTÚDII

Vzhľadom na analýzu vzťahu lekár – pacient prezentovanú v tejto kapitole bolo správanie dr. P nedostatočné v niekoľkých smeroch:

1. KOMUNIKÁCIA – nepokúsil sa komunikovať s pacientkou o príčinách jej stavu, možnostiach liečby alebo jej možnosti zostať v nemocnici, kým by sa nezotavila;
2. SÚHLAS – nezískal informovaný súhlas pacientky s liečbou;
3. SÚCIT – jeho zaobchádzanie s pacientkou preukazovalo málo súcitú vzhľadom na jej vážnu situáciu. Jeho chirurgický výkon bol pravdepodobne vysokokvalifikovaný a pravdepodobne bol lekár unavený na konci dlhej zmeny - toto všetko však neospravedľuje uvedené porušenia lekárskej etiky.

KAPITOLA TRETIA – LEKÁRI A SPOLOČNOSŤ



Pohľad do tváre AIDS
© Gideon Mendel/CORBIS

CIELE

Po preštudovaní tejto kapitoly by ste mali byť schopní:

- rozpoznať konflikty medzi povinnosťami lekára voči pacientom a voči spoločnosti a identifikovať dôvody týchto konfliktov,
- rozpoznať a riešiť etické otázky týkajúce sa rozdeľovania obmedzených zdravotníckych zdrojov,
- rozpoznať povinnosti lekára voči verejnému a globálnemu zdraviu.

PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA 2

Dr. S. je stále viac znechutená z pacientov, ktorí prídu k nej pred konzultáciou alebo po konzultácii s iným lekárom, ktorá sa týka tej istej choroby. Považuje to nielen za mrhanie zdravotníckymi zdrojmi, ale aj za kontraproduktívne pre zdravie daného pacienta. Rozhodla sa povedať týmto pacientom, že ich už nebude ďalej liečiť, ak budú stále chodiť k iným lekárom kvôli tej istej choroby. Zamýšľa sa obrátiť sa na svoju národnú lekársku spoločnosť, aby lobovala na úrovni vlády, aby sa predišlo takémuto zneužívaniu zdravotníckych zdrojov.

ČO JE ZVLÁŠTNE NA VZŤAHU LEKÁR – SPOLOČNOSŤ?

Medicína je povoláním (profesiou). Termín povolanie (profesia) má dva odlišné, i keď úzko súvisiace významy: 1. je to zamestnanie, ktoré charakterizuje venovanie sa zdraviu a dobru iných, vysoké morálne zásady, súhrn špecifických znalostí a schopností a vysoký stupeň autonómie; 2. sú to osoby, ktoré vykonávajú toto povolanie. Lekárske povolanie (profesia) môže teda znamenať buď praktické vykonávanie medicíny, buď lekárov vo všeobecnosti.

Lekársky profesionalizmus sa netýka len vzťahu medzi lekárom a pacientom, ako sa rozoberalo v kapitole 2, a vzťahov lekára s kolegami a ostatným zdravotníckym personálom, čomu sa budeme venovať v kapitole 4. Týka sa aj vzťahu lekára a danej spoločnosti. Tento vzťah možno charakterizovať ako „spoločenský kontrakt“, na základe ktorého spoločnosť udeľuje tejto profesii (povolaniu) určité privilégia, vrátane exkluzívnej alebo primárnej zodpovednosti za poskytovanie určitých služieb a vysokého stupňa samoregulácie. Na druhej strane táto profesia súhlasí s využívaním týchto privilégií primárne pre dobro iných a len sekundárne na svoj vlastný ošoh.

Medicína je v súčasnosti viac ako kedykoľvek predtým skôr spoločenskou ako striktnou individuálnou činnosťou. Existuje v určitom kontexte vládnej a korporatívnej (súkromnej) organizácie a financovania. Závisí od verejného a korporatívneho (súkromného) medicínskeho výskumu a vývoja nových produktov, ktoré vytvárajú jej znalostnú bázu a prostriedky, ktoré využíva vo svojej činnosti (diagnostiky, lieky a podobne). Na vykonávanie mnohých zo svojich diagnostických alebo liečebných postupov vyžaduje existenciu komplexných zdravotníckych zariadení. Lieči choroby a postihnutia, ktoré majú sociálne aj biologické príčiny.

„Medicína je v súčasnosti viac ako kedykoľvek predtým skôr spoločenskou ako striktnou individuálnou činnosťou.“

Hippokratovská tradícia lekárskej etiky poskytuje len minimálne usmernenie z hľadiska vzťahu lekárov a spoločnosti. Na doplnenie tejto tradície sa lekárska etika v súčasnosti zaoberá aj problémami, ktoré presahujú jednotlivý vzťah pacient – lekár, a poskytuje kritériá a postupy na riešenie týchto otázok.

Ak povieme „spoločenský“ (sociálny) charakter medicíny, okamžite vznikne otázka – A čo je spoločnosť? V našej príručke tento termín znamená určité spoločenstvo alebo národ. Nie je však zhodný s príslušnou vládou; vlády by mali, ale často to tak nerobia, reprezentovať záujmy spoločnosti. Ak to však aj robia, konajú **pre** spoločnosť, a nie **ako** spoločnosť.

Lekári majú rozličné vzťahy so spoločnosťou. Pretože spoločnosť a jej fyzické prostredie sú dôležitými faktormi, ktoré vplyvujú na zdravie pacientov, lekárska profesia ako celok aj každý lekár majú dôležité úlohy v oblasti verejného zdravotníctva, zdravotného vzdelávania (a osvedy), v ochrane životného prostredia, v oblasti legislatívy ovplyvňujúcej zdravotníctvo alebo zdravie daného spoločenstva aj ako svedkovia pri súdnych procesoch. Ako uvádza **WMA Deklarácia o právach pacienta (WMA Declaration on the Rights of the Patient)**: „Zakaždým, keď legislatíva, činnosť vlády alebo inej administratívy alebo inštitúcie odopiera pacientom (ich) práva, lekári majú využiť primerané prostriedky na ich zabezpečenie alebo obnovenie.“ Lekárom je

zverená aj hlavná úloha pri pridelovaní obmedzených zdravotníckych zdrojov danej spoločnosti a niekedy majú povinnosť zabrániť určitým pacientom v prístupe k tým zdravotníckym službám, na ktoré nemajú právo. Plnenie týchto povinností môže prinášať etické konflikty, a to najmä vtedy, keď sú záujmy spoločnosti v konflikte so záujmami jednotlivých pacientov.

DVOJITÁ LOJALITA

Keď lekári majú povinnosti a sú zodpovední zároveň voči svojim pacientom, ako aj voči tretej strane, a keď sú tieto povinnosti a zodpovednosť navzájom nezlučiteľné, hovoríme, že sa nachádzajú v situácii „dvojitej lojality“. Medzi tretie strany, ktoré vyžadujú lekárovi

„...lekári v mimoriadnych situáciách možno budú musieť povýšiť záujmy ostatných ľudí nad záujmy pacienta.“

lojalitu, patria vláda, zamestnávateľa (napr. nemocnice a samosprávne zdravotnícke organizácie), poisťovne, vojenské úrady, polícia, väzenské úrady a rodinní príslušníci. Aj keď **WMA Medzinárodný kódex lekárskej etiky (WMA International Code of Medical Ethics)** stanovuje: „Lekár je zaviazaný svojim pacientom úplnou lojalitou“, všeobecne sa uznáva, že lekári v mimoriadnych situáciách mož-

no budú musieť povýšiť záujmy ostatných ľudí nad záujmy pacienta. Etickým problémom je rozhodnúť, kedy a ako ochrániť pacienta voči tlakom tretích strán.

Situácie dvojitej lojality zahŕňajú široké spektrum – od takých, kde by mali mať prednosť záujmy spoločnosti, až po také, v ktorých sú práva pacienta evidentne prvoradé. Medzi nimi je široká prechodná zóna, v ktorej si určenie správneho postupu vyžaduje dôsledné rozlišovanie.

Na jednom konci uvedeného spektra sú požiadavky na povinné hlásenia pacientov, ktorí trpia určitými chorobami, ľudí považovaných za nespôsobilých šoférovať a ľudí podozrivých zo zneužívania detí. Lekári majú splniť tieto požiadavky bez zaváhania, aj keď by zároveň mali svojich pacientov informovať o tom, že podávajú takéto hlásenie.

Na druhom konci uvedeného spektra sú požiadavky alebo nariadenia policajných alebo vojenských orgánov, aby sa lekári zúčastnili na postupoch, ktoré porušujú základné ľudské práva, akým je napríklad mučenie. V **Rezolúcii o povinnosti lekárov oznámiť prípady mučenia alebo krutého alebo neludského alebo ponižujúceho zaobchádzania, o ktorých sa dozvedia z roku 2003 (WMA Resolution on the Responsibility of Physicians in the Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment of which They are Aware, 2003)** Svetová asociácia lekárov (WMA) poskytuje špecifické usmernenie pre lekárov, ktorí sa nachádzajú v takejto situácii. Predovšetkým, lekári

by si mali uchrániť svoju profesionálnu nezávislosť pri určovaní toho, čo je najlepším záujmom pacienta, a dodržiavať v maximálnej možnej miere obvyklé etické požiadavky o informovanom súhlase a lekárskej mlčanlivosti. Akékoľvek porušenie týchto požiadaviek musí byť zdôvodnené a musí sa oznámiť pacientovi. Lekári musia oznámiť príslušným orgánom každé neoprávnené zasahovanie do ich starostlivosti o pacientov, najmä pokiaľ sa pritom pacientom odopierajú ich základné ľudské práva.

„Lekári musia oznámiť príslušným orgánom každé neoprávnené zasahovanie do ich starostlivosti o pacientov, najmä pokiaľ sa pritom pacientom odopierajú ich základné ľudské práva.“

by si mali uchrániť svoju profesionálnu nezávislosť pri určovaní toho, čo je najlepším záujmom pacienta, a dodržiavať v maximálnej možnej miere obvyklé etické požiadavky o informovanom súhlase a lekárskej mlčanlivosti. Akékoľvek porušenie týchto požiadaviek musí byť zdôvodnené a musí sa oznámiť pacientovi. Lekári musia oznámiť príslušným orgánom každé neoprávnené zasahovanie do ich starostlivosti o pacientov, najmä pokiaľ sa pritom pacientom odopierajú ich základné ľudské práva. Ak tieto orgány nekonajú, možno sa pokúsiť získať pomoc od národnej lekárskej spoločnosti, od Svetovej asociácie lekárov (WMA) a od organizácií venujúcich sa ochrane ľudských práv.

Blížšie k stredu uvedeného spektra sú požiadavky niektorých samosprávnych zdravotníckych programov, ktoré obmedzujú klinickú autonómiu lekárov pri určovaní toho, ako by mali byť liečení ich pacienti. Aj keď takéto postupy nie sú nevyhnutne proti najlepšímu záujmu pacienta, ale mohli by byť, a lekári si musia dôkladne zvážiť, či sa majú zúčastňovať na takýchto programoch. Ak nemajú inú možnosť, napríklad ak v danej oblasti neexistujú alternatívne programy zdravotnej starostlivosti, mali by rázne obhajovať záujmy svojich pacientov a prostredníctvom svojich lekárskejších spoločností aj potreby všetkých pacientov, ktorí sú postihnutí takýmito reštriktívnymi opatreniami.

Špeciálny typ problému dvojitej lojality, s ktorým sa lekári stretávajú, je potenciálny alebo aktuálny konflikt záujmov medzi komerčnými organizáciami na jednej strane a pacientmi a/alebo spoločnosťou na druhej strane. Farmaceutické firmy, výrobcovia lekárskeho zariadenia a iné komerčné spoločnosti často ponúkajú lekárom dary a iné výhody, ktoré sa pohybujú od poskytnutia bezplatných vzoriek, cez úhradu cestovného a ubytovania na vzdelávacích aktivitách, až po prehnané odmeňovanie za výskumné aktivity (pozri kapitolu 5). Častým motívom v pozadí štedrosti takýchto spoločností je presvedčiť lekára, aby predpisoval alebo používal produkty danej firmy, ktoré by však nemuseli byť práve najlepšie pre jeho pacientov a/alebo by mohli zbytočne

„...lekári by mali vyriešiť každý konflikt medzi vlastnými záujmami a záujmami svojich pacientov v prospech pacientov.“

zvýšiť náklady spoločnosti na zdravotníctvo. **WMA Vyhlásenie o vzťahu medzi lekármi a komerčnými spoločnosťami** z roku 2004 (**WMA 2004 Statement Concerning the Relationship between Physicians and Commercial Enterprises**) poskytuje smernice pre lekárov v takýchto situáciách a mnohé národné lekárske spoločnosti majú svoje vlastné smernice pre tieto prípady. Primárnym etickým

princípom, ktorý je základom týchto smerníc, je, že lekári majú vyriešiť každý konflikt medzi vlastnými záujmami a záujmami svojich pacientov vždy v prospech pacientov.

PRIDEĽOVANIE PROSTRIEDKOV

V každej krajine na svete, vrátane tých najbohatších, existuje už teraz veľká a stále sa zväčšujúca medzera medzi potrebami a požiadavkami na zdravotnícke služby a dostupnosťou zdrojov na poskytovanie týchto služieb. Existencia tejto medzery vyžaduje, aby sa jestvujúce zdroje rozdeľovali určitým spôsobom. Rozdeľovanie v zdravotníctve, alebo „prideľovanie zdrojov“, ako sa to bežnejšie nazýva, sa uskutočňuje na troch úrovniach:

- Na najvyššej („makro“) úrovni; vlády rozhodujú o tom, koľko z celkového (štátneho) rozpočtu sa má prideliť zdravotníctvu; ktoré

výkony zdravotníctva sa budú poskytovať bezplatne a za ktoré sa bude vyžadovať platba, buď priamo od pacientov alebo od ich zdravotných poisťovní; koľko sa v rámci rozpočtu na zdravotníctvo pridelí na platy lekárom, sestram a ostatnému zdravotníckemu personálu, na kapitál a prevádzkové náklady pre nemocnice a ostatné zariadenia, na výskum, na vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, na liečenie určitých špecifických chorôb, ako napr. tuberkulózy alebo AIDS atď.

- Na inštitucionálnej („mezo“) úrovni; ktorá zahŕňa nemocnice, kliniky, zdravotnícke agentúry atď., vedenie týchto zariadení rozhoduje o tom, ako rozdeliť zdroje, ktoré majú k dispozícii: ktoré služby sa majú poskytovať; koľko majú minúť na platy zamestnancov, na zariadenie, bezpečnosť, na iné prevádzkové náklady, renovácie, rozvoj atď.
- Na úrovni jednotlivého pacienta poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, najmä lekári, rozhodujú o tom, ktoré vyšetrenia sa budú ordinovať, či je potrebné pacienta odoslať na konzultáciu k inému lekárovi, či má byť pacient hospitalizovaný, či sa vyžaduje podanie originálneho lieku namiesto generika atď. Odhaduje sa, že lekári sú zodpovední za iniciovanie 80 % zdravotníckych výdavkov. Napriek reguláciám v poskytovaní zdravotnej starostlivosti (angl. managed care) majú lekári stále značnú slobodu rozhodovania o tom, ku ktorým zdrojom budú mať ich pacienti prístup.

Voľby, ktoré sa robia na každej z uvedených úrovní pridelovania zdravotníckych zdrojov, majú významnú etickú zložku, pretože sú založené na určitých hodnotách a majú významné dôsledky pre zdravie a prosperitu (angl. well-being) pacientov a spoločností. Hoci konkrétni lekári sú ovplyvnení rozhodnutiami, ktoré sa vykonávajú na každej z uvedených úrovní, najviac sú zaangažovaní v rozhodovaní o pridelovaní zdravotníckych zdrojov na mikroúrovni. Preto sa na túto úroveň pridelovania zdrojov sústredíme aj ďalej.

Od lekárov sa tradične očakávalo, aby konali vždy výhradne v záujme svojich pacientov, bez ohľadu na potreby iných. Ich primárne etické hodnoty, ako sú súcit, kvalifikácia a samostatnosť, boli orientované na službu potrebám ich vlastných pacientov. Tento individualistický prístup v lekárskej etike prežil prechod od lekárskeho paternalizmu

k autonómii pacienta, kde sa pranie daného pacienta stalo hlavným kritériom rozhodovania o tom, aké zdroje by mal dostať. Prednedávnom sa však pri rozhodovaní lekára stalo dôležitým faktorom iné kritérium – spravodlivosť. Obsahuje sociálnejší prístup k rozdeľovaniu zdrojov, ktorý prihliada aj na potreby ostatných pacientov. V súlade s týmto prístupom sú lekári zodpovední nielen za svojich vlastných pacientov, ale do určitej miery aj za ostatných.

„...lekári sú zodpovední nielen za svojich vlastných pacientov, ale do určitej miery, aj za ostatných.“

Toto nové chápanie úlohy lekára pri pridelovaní zdravotníckych zdrojov je vyjadrené v etických kódexoch mnohých národných lekárskejších spoločností, ako aj vo **WMA Deklarácii o právach pacienta (The WMA Declaration on the Rights of the Patient)**, kde sa uvádza: „V okolnostiach, keď sa musí urobiť výber medzi potenciálnymi pacientmi na určitú liečbu, ktorá je nedostatková, všetci títo pacienti majú právo na spravodlivý proces výberu na danú liečbu. Takýto výber sa musí zakladať na medicínskych kritériách a musí sa vykonať bez (nespravodlivej) diskriminácie.“

Jedným zo spôsobov, ktorým lekári môžu uplatniť svoju zodpovednosť za pridelovanie zdravotníckych zdrojov, je vyhýbať sa plytvajúcim a neefektívnym postupom, aj keď si ich pacienti vyžadujú. Nadmerné používanie antibiotík je len jedným z príkladov postupu, ktorý je nielen plytvaním, ale je aj škodlivý. Mnohé iné obvyklé liečebné postupy sa v randomizovaných klinických skúškach ukázali ako neúčinné pri ochoreniach, na ktoré sa bežne používajú. Pre mnohé ochorenia sú k dispozícii oficiálne odborné odporúčania pre klinickú prax (angl. clinical practice guidelines); ktoré pomáhajú rozlišovať medzi účinnými a neúčinnými liečebnými postupmi. Lekári by mali dobre po-

„Jedným zo spôsobov, ktorým lekári môžu uplatniť svoju zodpovednosť za pridelovanie zdravotníckych zdrojov, je vyhýbať sa plytvajúcim a neefektívnym postupom, aj keď si ich pacienti vyžadujú.“

znať tieto odborné odporúčania, a to nielen kvôli šetreniu zdrojov, ale aj preto, aby poskytovali svojim pacientom optimálnu liečbu.

Iný typ rozhodnutia o pridelovaní (nedostatkových) zdrojov, ktoré musia mnohí lekári vykonávať, je voľba medzi dvoma lebo viacerými pacientmi, ktorí potrebujú určité nedostatkové zdroje, akými sú napr. mimoriadna starostlivosť personálu urgentnej starostlivosti, jediná voľná posteľ na jednotke intenzívnej starostlivosti, orgány na transplantáciu, veľmi náročné rádiologické vyšetrenia, alebo aj niektoré veľmi drahé lieky. Lekári, ktorí rozhodujú o týchto zdrojoch, musia určiť, ktorí pacienti ich dostanú a ktorí nie. Pritom si veľmi dobre uvedomujú, že pacienti, ktorí tieto zdroje nedostanú, budú v dôsledku toho trpieť, ba môžu dokonca aj zomrieť.

Niektorí lekári sa stretávajú navyše s iným typom etického konfliktu pri pridelovaní nedostatkových zdrojov: zúčastňujú sa na vypracovaní všeobecných smerníc, ktoré majú v konečnom dôsledku vplyv aj na ich vlastných pacientov. Tento konflikt sa vyskytuje v nemocniciach a iných zariadeniach, kde majú lekári riadiace pozície, alebo sú členmi komisií, kde sa takéto smernice odporúčajú alebo určujú. Aj keď sa mnohí lekári v tejto situácii pokúšajú odpútať od prílišného zaujatia svojimi vlastnými pacientmi, iní by mohli využiť takúto pozíciu na presadzovanie záujmov svojich pacientov pred inými, ktorých skutočné zdravotné potreby by však mohli byť naliehavejšie.

Pri riešení problémov v oblasti pridelovania nedostatkových zdrojov musia lekári hľadať nielen rovnováhu medzi uplatnením princípov súcitu a spravodlivosti, ale zároveň sa musia rozhodnúť aj o tom, ktorý prístup k definovaniu spravodlivosti je najvhodnejší. Jestvuje niekoľko takýchto prístupov, medzi ktoré patria:

- **LIBERTARIÁNSKY** (angl. libertarian) – zdroje by sa mali pridelovať podľa princípov slobodného trhu (individuálny výber podmienený schopnosťou a ochotou zaplatiť, s obmedzenou dobročinnou opaterou pre tých, ktorí sú bez prostriedkov);
- **UTILITARISTICKÝ** (angl. utilitarian) – prostriedky by sa mali pridelovať v súlade s princípom maximálneho úžitku pre všetkých;
- **ROVNOSTÁRSKY** (angl. egalitarian) – prostriedky by sa mali pridelovať striktne podľa potrieb;

- **REŠTITUČNÝ** (angl. restorative) – prostriedky by sa mali pridelovať tak, aby sa uprednostnili tí, ktorí boli v minulosti znevýhodnení.

Ako sme uviedli vyššie, lekári sa pozvoľna posúvali od tradičného individualizmu lekárskej etiky, ktorý by uprednostňoval libertariánsky prístup, k sociálnejšiemu chápaniu svojej úlohy. Aj keď sa však dnes libertariánsky prístup vo všeobecnosti odmieta, medicínski etici sa zatiaľ nezhodli v tom, ktorý z ďalších troch uvedených prístupov je najlepší. Každý z nich má zrejme podstatne odlišné výsledky, keď sa aplikuje na uvedené problémy, čiže pri rozhodovaní o tom, ktoré testy sa majú ordinovať, či je potrebná konzultácia u iného lekára, či by mal byť pacient hospitalizovaný, či sa požaduje originálny liek alebo generický liek, ktorý pacient dostane orgán na transplantáciu atď. Utilitaristický prístup je pre lekárov na praktické použitie pravdepodobne najproblematickejší, pretože vyžaduje veľa konkrétnych údajov o pravdepodobných výsledkoch rôznych opatrení, a to nielen u pacientov daného lekára, ale aj u všetkých ostatných. Výber medzi zvyšnými dvoma prístupmi (alebo troma, ak berieme do úvahy aj libertariánsky) bude záležať na osobnej morálke lekára, ako aj na sociálno-politickom prostredí, v ktorom pracuje. Niektoré krajiny, napríklad USA, uprednostňujú libertariánsky prístup; iné, napríklad Švédsko, sú známe svojím rovnostárstvom; kým ďalšie, napríklad Južná Afrika, sa pokúšajú o reštitučný prístup. Pri plánovaní v zdravotníctve sa často uplatňuje utilitaristický prístup. Napriek uvedeným rozdielom v zdravotníckych systémoch rôznych krajín často koexistujú vedľa seba dva alebo

„...výber ...záleží na osobnej morálke lekára, ako aj na sociálno-politickom prostredí, v ktorom pracuje.“

i viac výkladov princípu spravodlivosti. V týchto krajinách by si lekári mohli vybrať také podmienky na výkon svojho povolania (napr. práca vo verejnom sektore alebo privátna prax), ktoré korešpondujú s ich vlastným prístupom.

Okrem uvedených úloh, ktorú môžu mať lekári pri pridelovaní existujúcich zdravotníckych zdrojov, majú tiež povinnosť presadzovať zväčšovanie objemu týchto zdrojov, pokiaľ nepostačujú na uspokojenie

zdravotných potrieb pacientov. Takéto niečo vyžaduje, aby lekári pracovali spoločne, v rámci svojich profesijných organizácií, na presvedčovaní osôb, ktoré majú rozhodovaciu právomoc v rámci vlády a na iných úrovniach, o existencii týchto potrieb a o tom, ako ich čo najlepšie naplniť, a to nielen v rámci vlastnej krajiny, ale aj globálne.

„... lekári ...majú tiež povinnosť presadzovať zväčšovanie objemu týchto zdrojov, pokiaľ nepostačujú na uspokojovanie zdravotných potrieb pacientov.“

VEREJNÉ ZDRAVIE A VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO

Medicína 20. storočia sa žiaľ rozdelila medzi „verejné zdravotníctvo“ a ostatnú zdravotnú starostlivosť (t.j. „súkromné“ alebo „individuálne“ zdravotníctvo a zdravie). Je to poľutovaniahodné aj preto, že verejnosť tvoria jednotlivci a opatrenia navrhované na ochranu a upevnenie zdravia verejnosti prinášajú súčasne zdravotný prínos aj pre jednotlivé osoby.

Nejasnosti vznikajú aj vtedy, keď sa pojem „verejné zdravotníctvo“ chápe ako „verejne financované zdravotníctvo“ (t.j. zdravotná starostlivosť financovaná prostredníctvom daňového systému štátu alebo prostredníctvom povinného všeobecného systému zdravotného poistenia) a ako opak „súkromne financovaného zdravotníctva“ (t.j. zdravotná starostlivosť, ktorú si daná osoba uhradza sama alebo prostredníctvom systému súkromného zdravotného poistenia a ktorá zvyčajne nie je všeobecne dostupná).

Výraz verejné zdravie/zdravotníctvo (angl. public health), ako ho chápeme na tomto mieste, sa vzťahuje na zdravie verejnosti, ako aj na lekársku špecializáciu, ktorá sa zaoberá zdravím skôr z hľadiska populácie než z pohľadu jednotlivca. Každá krajina veľmi potrebuje odborníkov na verejné zdravotníctvo, ktorí by konzultovali a uplatňovali verejné opatrenia zamerané na podporu zdravia a ktorí by sa venovali práci na ochranu verejnosti pred nákazlivými chorobami a inými zdravotnými rizikami. Prax verejného zdravotníctva (niekedy nazývaného „medicína verejného zdravia“ alebo „komunitná medicína“) využíva

„... všetci lekári musia poznať sociálne a environmentálne determinanty, ktoré vplyvajú na zdravotný stav pacientov.“

ako vedecký základ **epidemiológiu**, ktorá skúma determinanty zdravia a choroby v populácii. Niektorí lekári absolvujú nadstavbové vzdelávanie v určitom lekárskom odbore a stanú sa medicínskymi epidemiológmi. Všetci lekári musia poznať sociálne a environmentálne determinanty, ktoré vplyvajú na zdravotný stav pacientov. Ako poznamenáva **WMA Vyhlásenie**

senie o podpore zdravia (WMA Statement on Health Promotion):

„Lekári a ich profesijné asociácie majú etickú povinnosť a profesijný záväzok konať vždy v najlepšom záujme pacientov a integrovať túto zodpovednosť so širším záujmom o účasť na podpore a zabezpečení zdravia verejnosti.“

Opatrenia verejného zdravotníctva, akými sú vakcinačné kampane a urgentné opatrenia pri prepuknutí epidémií nakažlivých chorôb, sú dôležitými faktormi pôsobiacimi na zdravie jednotlivca, sociálne faktory, ako sú bývanie, výživa a zamestnanie, sú však prinajmenšom rovnako dôležité, ak nie ešte dôležitejšie. Lekári sú len zriedkavo schopní ovplyvniť sociálne príčiny choroby svojich pacientov. Majú takýchto pacientov odoslať do starostlivosti služieb sociálnej pomoci, pokiaľ sú dostupné. Lekári však môžu aj sami prispieť, hoci nepriamo, k dosiahnutiu dlhodobých riešení týchto problémov, a to svojou účasťou na aktivitách verejného zdravotníctva, na zdravotníckych vzdelávacích aktivitách, na monitorovaní a hlásení environmentálnych rizík, identifikovaním a zverejňovaním nepriaznivých zdravotných dôsledkov sociálnych problémov, akými sú napr. zneužívanie a násilie, a zasadzovaním sa o zlepšovanie služieb verejného zdravotníctva.

Niekedy však záujmy verejného zdravia môžu byť v rozpore so záujmami jednotlivých pacientov, napríklad, keď vakcinácia spojená s rizikom nežiaducej reakcie zabráni, aby jednotlivec preniesol danú chorobu na iných, neochráni ho však pred nákazou, alebo keď sa vyžaduje povinné hlásenie pri určitých nakažlivých chorobách, v prípadoch zneužívania detí alebo starších osôb, alebo hlásenie pri chorobách, ktoré môžu určité aktivity, napríklad riadenie auta alebo lietadla, urobiť nebezpečnými pre daného jednotlivca alebo pre iných. Toto sú príkla-

dy situácií dvojitej lojality, ako sme sa o nich zmienili vyššie. Postupy pri riešení takýchto a im podobných situácií sa preberali v súvislosti s problémom „lekárskej mlčanlivosti“ v kapitole 2 tejto príručky. Vo všeobecnosti sa lekári majú usilovať najst' spôsob, ako minimalizovať ujmu, ktorú by mohli utrpieť jednotliví pacienti ako dôsledok plnenia požiadaviek verejného zdravotníctva. Napríklad v prípade povinných hlásení sa pri naplňaní príslušných zákonných požiadaviek musí v maximálnej možnej miere chrániť aj súkromie pacienta.

Iný druh konfliktu medzi záujmami konkrétneho pacienta a záujmami spoločnosťou vzniká, keď sa od lekárov žiada, aby pomáhali pacientom pri dosiahnutí výhod, na ktoré však títo pacienti v skutočnosti nemajú nárok. Ide napríklad o neoprávnené výplaty poistného alebo o potvrdenie práceneschopnosti. Lekárom sa zverilo oprávnenie na vydávanie potvrdení o tom, že pacienti majú príslušné ochorenia, ktoré ich oprávňujú na poberanie uvedených výhod. Hoci niektorí lekári majú problém s odmietnutím požiadaviek pacientov na vydanie potvrdení, ktoré nezodpovedajú ich situácii, radšej by mali pomáhať svojim pacientom hľadať iné možnosti podpory, ktoré by nezahŕňali neetické správanie.

GLOBALNE ZDRAVIE

Povinnosti lekárov voči spoločnosti, v ktorej žijú, sa rozšírilo počas posledných rokov aj o ich zodpovednosť za globálne zdravie. Tento termín sa definuje ako zdravotné problémy, otázky a obavy, ktoré presahujú národné (štátne) hranice, ktoré možno ovplyvniť okolnosťami alebo skúsenosťami v iných krajinách a ktoré sa najlepšie riešia spoločným úsilím a spoločnými opatreniami. Globálne zdravie je časťou omnoho väčšieho pohybu globalizácie, ktorý zahŕňa výmenu informácií, obchod, politiku, cestovanie a mnoho iných ľudských aktivít.

Základom globalizácie je poznanie, že jednotlivci a ľudské spoločnosti stále viac spolu súvisia. Jasne to vidieť pri pohľade na ľudské zdravie (prudké rozšírenie chorôb, ako sú chrípka a SARS). Takéto epidémie vyžadujú na ich účinné zvládnutie konkrétnu medzinárodnú spoluprácu. Neschopnosť rozpoznať a liečiť vysokonakažlivé choroby zo strany lekárov v jednej krajine môže mať devastujúce účinky v iných krajinách. Preto etické povinnosti lekárov presahujú rámec starostlivosti o jednotlivých pacientov, ba dokonca i komunit a národov.

„Neschopnosť rozpoznať a liečiť vysokonákazlivé choroby zo strany lekárov v jednej krajine môže mať devastujúce účinky v iných krajinách.“

Rozvoj globálneho pohľadu na zdravie mal za následok aj narastajúce uvedomenie si výrazných rozdielov v oblasti zdravia vo svete. Navzdory rozsiahlym kampaniam v boji proti predčasnej úmrtnosti a invalidizujúcej chorobnosti v najchudobnejších krajinách, ktoré priniesli určité úspechy, ako napr. eliminácia kiahní a (dúfajme, že aj) detskej obrny, rozdiely v oblasti zdravia obyvateľstva medzi krajinami s nízkym a s vysokým príjmom sa na-

ďalej zväčšujú. Čiastočne je to následok pandémie HIV/AIDS, ktorá mala najhorší dopad práve na chudobné krajiny, ale je to aj dôsledok neschopnosti krajín s nízkym príjmom ťažiť z nárastu bohatstva, ktorý svet ako celok zažíva počas posledných desaťročí. Hoci príčiny chudoby sú do značnej miery politického a ekonomického charakteru, a preto sú vzdialené od vplyvu lekárov a lekárskeho spoločenstva, lekári sa musia zaoberať zlým zdravotným stavom, ktorý je dôsledkom chudoby. V krajinách s nízkym príjmom majú lekári len málo zdrojov, ktoré môžu poskytnúť pacientom, a stále sa stretávajú s problémom, ako pridelovať tieto zdroje čo najspravodlivejšie. Dokonca aj v krajinách so stredným a vysokým príjmom sa lekári stretávajú s pacientmi, ktorí sú priamo ovplyvnení globalizáciou, napríklad utečenci, ktorí niekedy nemajú prístup k zdravotnej starostlivosti, ktorá sa bežne poskytuje občanom týchto krajín.

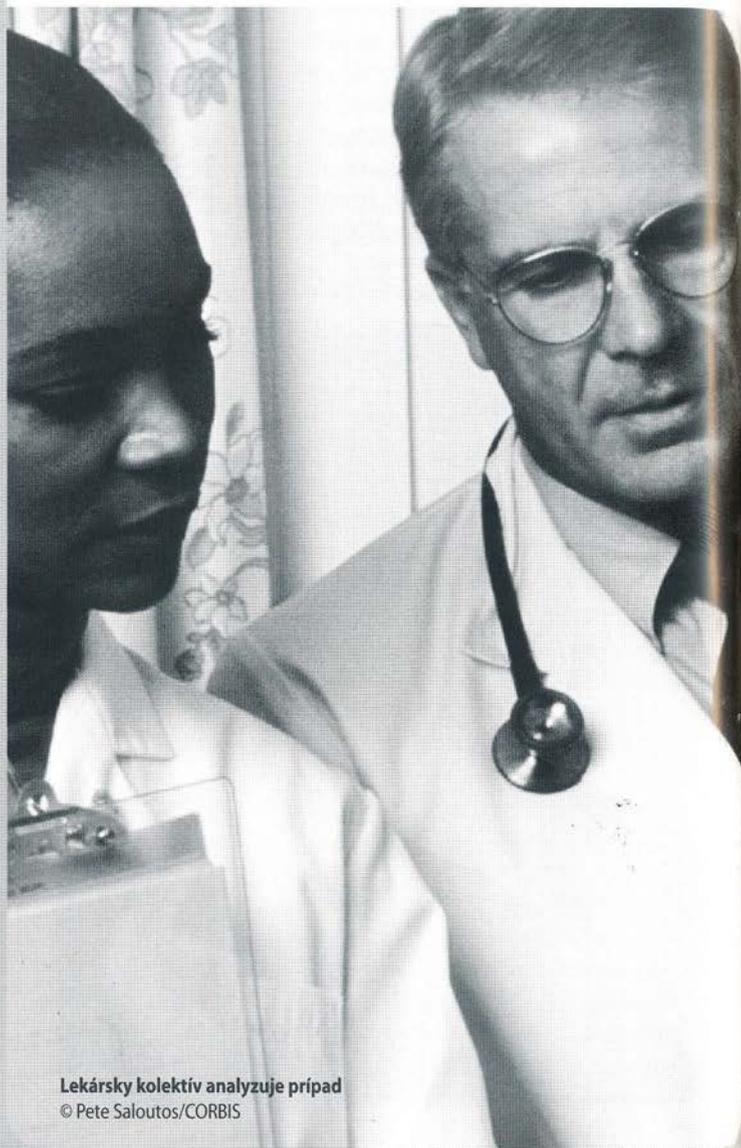
Ďalším znakom globalizácie je medzinárodná mobilita zdravotníckych pracovníkov, vrátane lekárov. Odliv lekárov z rozvojových krajín do priemyselne vyspelých krajín bol výhodný pre lekárov aj pre prijímajúce krajiny, ale nie pre „exportujúce“ krajiny. Svetová asociácia lekárov (WMA) vo svojich **Etických smerniciach pre medzinárodný nábor lekárov (WMA Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians)** uvádza, že by sa lekárom nemalo brániť opustiť ich domovskú alebo ďalšiu krajinu za účelom hľadania možností vykonávať svoje povolanie v inej krajine. WMA však požaduje, aby každá krajina urobila maximum pre vyškolenie adekvátneho počtu lekárov, aby pritom prihliadala na svoje požiadavky a zdroje a nespoliehala sa na imigráciu z iných krajín na uspokojenie svojej potreby lekárov.

Lekári v industrializovaných krajinách majú dlhú tradíciu v poskytovaní svojich skúseností a schopností rozvojovým krajinám. Môže to mať mnoho podôb: urgentná lekárska pomoc koordinovaná organizáciami, ako sú Červený kríž a Spoločnosti červeného polmesiaca a Lekári bez hraníc, krátkodobé chirurgické podujatia zaoberajúce sa stavmi, ako sú sivý zákal alebo rázštep podnebia, pôsobenie hosťujúcich učiteľov na lekárske fakultách, krátkodobé alebo dlhodobé projekty medicínskeho výskumu, poskytnutie liekov alebo lekárskeho zariadenia a podobne. Takéto programy ilustrujú pozitívnu stránku globalizácie a slúžia ako náhrada, aspoň čiastočná, za odliv lekárov z chudobnejších krajín do bohatších krajín.

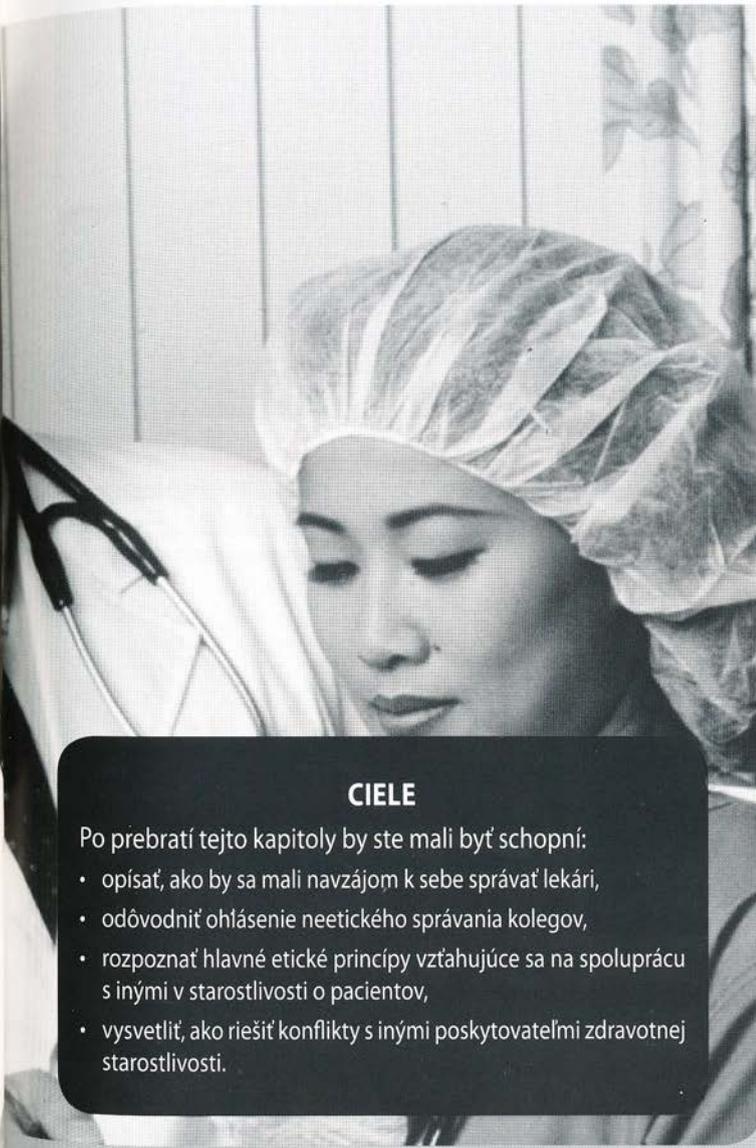
NÁVRAT K PRÍPADOVEJ ŠTÚDIÍ

V súlade s analýzou vzťahu lekár – spoločnosť prezentovanou v tejto kapitole dr. S. korektné uvažuje o dopade správaní sa jej pacienta na spoločnosť. Aj keď sa konzultácie s iným lekárom uskutočňujú mimo zdravotníckeho systému, v ktorom dr. S. pracuje, a teda neznamenajú pre spoločnosť žiadne finančné výdavky, takýto pacient zaberá čas, ktorý by dr. S. mohla venovať iným pacientom, ktorí potrebujú jej starostlivosť. Lekári ako dr. S. však musia byť opatrní pri riešení situácií, ako je táto. Pacienti často nie sú schopní urobiť úplne racionálne rozhodnutia, a to z rôznych dôvodov, a môžu potrebovať veľa času a zdravotnej výchovy, aby pochopili, čo je v najlepšom záujme ich samých, alebo druhých. Dr. S. takisto zvolila správne, keď sa rozhodla kontaktovať svoju lekársku spoločnosť, aby sa hľadalo riešenie na celospoločenskej úrovni, keďže tento problém neovplyvňuje len ju samu a len tohto jedného pacienta, ale týka sa aj iných lekárov a pacientov.

KAPITOLA ŠTVRTÁ – LEKÁRI A ICH SPOLUPRACOVNÍCI



Lekársky kolektív analyzuje prípad
© Pete Saloutos/CORBIS



CIELE

Po prebratí tejto kapitoly by ste mali byť schopní:

- opísať, ako by sa mali navzájom k sebe správať lekári,
- odôvodniť ohlásenie neetického správania kolegov,
- rozpoznať hlavné etické princípy vzťahujúce sa na spoluprácu s inými v starostlivosti o pacientov,
- vysvetliť, ako riešiť konflikty s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA 3

Dr. C., novoprijatý aneztológ v mestskej nemocnici, je zhrzený zo správania sa staršieho chirurga na operačnej sále. Tento chirurg používa zastaralé techniky, ktoré predlžujú trvanie operácií a spôsobujú väčšie pooperačné bolesti a dlhší čas rekonvalescencie. Navyše často hovorí nevhodné vtipy o pacientoch, čo očividne obťažuje asistujúce sestry. Ako služobne značne mladší pracovník dr. C. odmieta kritizovať tohto chirurga osobne alebo podať správu o ňom vyšším orgánom. Cíti však, že musí niečo urobiť na zlepšenie danej situácie.

PROBLÉMY LEKÁRSKEJ AUTORITY/PRÁVOMOCI

Lekári patria k profesii, ktorá tradične fungovala až extrémne hierarchickým spôsobom, smerom dovnútra aj smerom von. Smerom dovnútra existujú tri navzájom sa prekrývajúce hierarchie: prvá sa uplatňuje medzi špecializáciami, pričom niektoré sa považujú za prestižnejšie a lepšie platené ako iné; druhá existuje v rámci špecializácií, pričom lekári pracujúci v akademickom sektore majú väčší vplyv ako ich kolegovia v súkromnej alebo verejnej (štátnej) praxi; tretia sa vzťahuje na starostlivosť o konkrétnych pacientov, kde „ošetrojúci lekár“ je na vrchole hierarchie a ostatní lekári, aj tí s vyšším postavením a/alebo schopnosťami, slúžia iba ako konzultanti, pokiaľ pacient nie je odozvaný do ich starostlivosti. Smerom von boli lekári tradične najvyššie v hierarchii poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, nad sestrami a inými zdravotníckymi pracovníkmi.

„Lekári patria k profesii, ktorá tradične fungovala až extrémne hierarchickým spôsobom...“

Táto kapitola sa bude zaoberať etickými otázkami, ktoré vznikajú v oboch uvedených sférach hierarchie – teda v rámci lekárskej profesie a smerom von. Niektoré otázky sú spoločné pre obe sféry; iné vznikajú len v jednej alebo v druhej. Mnohé z týchto otázok sú relatívne nové, pretože vznikajú v dôsledku nedávnych zmien v medicíne a zdravotnej starostlivosti. Stručný opis týchto zmien je vhodný, pretože predstavujú hlavné otázky voči tradičnému uplatňovaniu lekárskej autority.

S rýchlym rastom vedeckých poznatkov a ich aplikáciou v klinickej praxi sa medicína stáva stále komplexnejšou. Jednotliví lekári už nemôžu byť odborníkmi na všetky choroby svojich pacientov a na všetky spôsoby potenciálnej liečby, ale potrebujú pomoc iných lekárov – špecialistov a ďalších kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov, ako sú sestry, farmaceuti, fyzioterapeuti, laboranti, sociálni pracovníci a mnohí iní. Lekári musia vedieť, ako využiť relevantné schopnosti a kvalifikáciu týchto pracovníkov, ktoré potrebujú ich pacienti a ktoré sami nemajú.

Lekársky paternalizmus postupne narúšalo narastajúce uznanie práva pacientov na vlastné rozhodovanie v medicínskych otázkach, ktoré sa ich týkajú. V dôsledku toho bol autoritatívny model rozhodovania, charakteristický pre tradičný lekársky paternalizmus, nahradený kooperatívnym modelom. To isté sa stalo vo vzťahoch lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov. Títo sú stále menej ochotní plniť pokyny lekára bez toho, aby poznali ich dôvody. Iní zdravotnícki pracovníci sa považujú za profesionálov so špecifickými etickými povinnosťami voči pacientom; a ak je ich vnímanie týchto povinností v konflikte s pokynmi lekára, sú presvedčení, že musia klásť otázky o takýchto pokynoch, alebo ich dokonca spochybniť. Kým v hierarchickom modeli autority nebolo pochyb o tom, kto rozhoduje a koho slovo je rozhodujúce, keby sa vyskytol nejaký problém, kooperatívny model dáva možnosť vzniku sporov o primeranej starostlivosti o pacienta.

„... autoritatívny model rozhodovania charakteristický pre tradičný lekársky paternalizmus bol nahradený kooperatívnym modelom.“

Takýto vývoj mení „pravidlá hry“ vo vzťahoch lekárov s ich kolegami – lekármi a s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi. V zostávajúcej časti tejto kapitoly budeme identifikovať niektoré problémové aspekty týchto vzťahov a navrhujeme možnosti, ako ich riešiť.

VZŤAHY S KOLEGAMI, UČITEĽMI A ŠTUDENTMI

Od lekárov, ako od členov lekárskej profesie, sa tradične očakávalo, že sa budú správať k sebe navzájom skôr ako rodinní príslušníci než ako neznámi ľudia, alebo dokonca, že sa budú správať k sebe ako priatelia. **WMA Ženevská deklarácia (WMA Declaration of Geneva)** obsahuje sľub: „Moji kolegovia mi budú sestrami a bratmi.“ Interpretácia tejto požiadavky bola rozličná v rôznych krajinách a v rôznom čase. Napríklad, keď boli poplatky za ošetrovanie pre lekárov hlavnou alebo jedinou formou platu, existovala silná tradícia „profesionálnej slušnosti“, podľa ktorej lekári neúčtovali kolegom za ošetrovanie žiadne poplatky. Táto prax sa stala zriedkavou v krajinách, kde je dostupná refundácia nákladov lekárskej starostlivosti z tretej strany.

Okrem pozitívnych požiadaviek, akými sú správať sa ku kolegom s úctou a spolupracovať pri poskytovaní čo najlepšej starostlivosti pacientovi **WMA Medzinárodný kódex lekárskej etiky (WMA International Code of Medical Ethics)** obsahuje dve zakazujúce požiadavky vo vzájomnom vzťahu lekárov: 1. platenie alebo prijatie akéhokoľvek poplatku alebo inej protihodnoty výlučne za odoslanie pacienta na vyšetrenie (k danému lekárovi); 2. kradnutie si pacientov medzi kolegami. O tretej povinnosti, t.j. oznámiť neetické a nekompetentné správanie kolegov, sa diskutuje ďalej.

V hippokratovskej tradícii lekárskej etiky sú lekári zviazaní zvláštnou úctou voči svojim učiteľom. **WMA Ženevská deklarácia (WMA Declaration of Geneva)** to vyjadruje takto: „Svojim učiteľom budem preukazovať úctu a vďačnosť, ktoré im právom patria.“ Hoci v súčasnosti si medicínske vzdelávanie vyžaduje početné interakcie študent – učiteľ, v porovnaní so vzťahom jedného žiaka k jednému učiteľovi lekárskeho umenia, ako to bolo v dávnej minulosti, toto vzdelávanie stále závisí od dobrej vôle a ochoty lekárov v praxi, ktorí často nedostávajú za svoje pedagogické aktivity žiadnu odmenu. Študenti medi-

cíny a ostatní lekári v špecializačnej príprave sú zviazaní vďačnosťou voči svojim učiteľom, bez ktorých by bolo lekárske vzdelávanie zredukované na samoštúdium.

Na druhej strane sú učitelia povinní správať sa k svojim študentom s rešpektom a slúžiť im ako dobrý príklad (rolový model) v zaobchádzaní s pacientmi. Takzvané „nepísané kurikulum“ medicínskeho vzdelávania, t. j. štandardy správania, ktoré prejavujú lekári vo svojej praxi, ovplyvňujú študentov medicíny viac ako výslovné kurikulum medicínskej etiky; a ak sa v budúcnosti vyskytne konflikt medzi požiadavkami etiky a postojmi a správaním učiteľov, študenti medicíny sú náchylní nasledovať príklad svojich učiteľov.

Učitelia majú povinnosť nevyžadovať od študentov, aby sa angažovali v neetických postupoch. Príklady takýchto postupov, ktoré boli opísané v lekárskejších časopisoch, zahŕňali situácie, keď študenti medicíny mali získať informovaný súhlas pacienta s liečbou, pričom tak mal urobiť plne kvalifikovaný zdravotnícky pracovník (lekár), vykonávať bez informovaného súhlasu gynekologické vyšetrenie u pacientok v anestézii alebo u nedávno zomretých; vykonávanie samostatnej činnosti (t.j. bez adekvátneho dozoru), hoci aj menších (napr. zavedenie i.v. kanyly), ktoré sú podľa niektorých študentov mimo ich kompe-

tencie. Vzhľadom na nerovnováhu postavenie medzi študentmi a učiteľmi a z toho vyplývajúce zdráhanie sa študentov spochybniť alebo odmietnuť takéto príkazy, učitelia musia zabezpečiť, že od študentov nebudú vyžadovať, aby konali neeticky. Na mnohých lekárskejších fakultách sú predstavitelia ročníka alebo asociácie študentov medicíny, ktoré popri iných úlohách môžu upozorniť na etické problémy pri

„... učitelia sú povinní správať sa k svojim študentom s rešpektom a slúžiť im ako dobrý príklad v zaobchádzaní s pacientmi...“

„Študenti, ktorí sú znepokojení etickými aspektmi svojho vzdelávania, by mali mať prístup k takým mechanizmom, ktoré by im umožnili vyjadriť svoje obavy...“

výučbe medicíny. Študenti, ktorí sú znepokojení etickými aspektmi svojho vzdelávania, by mali mať prístup k takým mechanizmom, ktoré by im umožnili vyjadriť svoje obavy bez toho, aby boli identifikovaní ako udavači (angl. whistle-blowers), ako aj získať primeranú podporu, ak by sa ukázalo potrebným riešiť tento problém oficiálnou cestou.

Od študentov medicíny sa na druhej strane očakáva, že budú mať vysokú úroveň etického správania, ako sa patrí na budúcich lekárov. Mali by sa správať k ostatným študentom ako ku kolegom. Mali by byť pripravení poskytnúť im potrebnú pomoc, vrátane kolegiálneho upozornenia v prípade neprofesionálneho správania. Mali by mať aj možnosť aktívne sa zapájať do spoločných projektov a zodpovedne si plniť študijné povinnosti.

OZNAMOVANIE NEBEZPEČNÝCH A NEETICKÝCH POSTUPOV

Medicína sa tradične pýši postavením samo sa spravujúcej profesie. Vzhľadom na privilégiá, ktoré jej poskytuje spoločnosť, a dôveru, ktorú preukazujú jej členom – lekárom pacienti, lekárska profesia nastolila vysoké štandardy správania pre svojich členov a zaviedla disciplinárne procedúry na vyšetrovanie obvinení z ich neprimeraného konania a v prípade potreby aj procedurálne postupy na potrestanie vinníkov. Tento systém samoregulácie v minulosti neraz zlyhal a v nedávnej dobe sa podnikli určité opatrenia, aby sa lekárska profesia stala zodpovednejšou (a kontrolovateľnejšou), napríklad menovaním laikov za členov regulačných orgánov. Hlavnou požiadavkou profesijnej samoregulácie je však bezvýhradná podpora jej princípov zo strany lekárov, ako aj ich ochota zabezpečovať a riešiť nebezpečné a neetické praktiky.

Úloha ohlásiť nekvalifikovanosť, poškodenie alebo neprijateľné správanie niektorého z kolegov sa zdôrazňuje v kódexoch lekárskej etiky. Napríklad **WMA Medzinárodný kódex lekárskej etiky (WMA International Code of Medical Ethics)** stanovuje: „Lekár sa má... usilovať odhaľovať lekárov, ktorí majú závažné nedostatky charakteru a odbornej kompetencie, alebo ktorí sa zúčastňujú na podvoide alebo na klamstve.“ Aplikácia tohto princípu však vôbec nie je jednoduchá. Na jednej strane môže mať lekár pokúšenie napadnúť reputáciu svojho

kolegu na základe nedôstojných osobných motívov, akými sú závisť, alebo odplata za vnímanú urážku. Lekári sa môžu zdráhať ohlásiť nepatričné správanie kolegu vzhľadom na priateľstvo alebo sympatie („len vďaka Bohu nie som v takej istej situácii ja“). Takéto hlásenia môžu mať veľmi neblahé dôsledky pre toho, kto hlásenie podal, vrátane takmer istého nepriateľstva zo strany obvineného, prípadne aj ostatných kolegov.

Navzdory týmto nevýhodám je hlásenie neprijateľného správania profesionálnou povinnosťou lekárov. Nielenže sú zodpovední za udržanie dobrého mena svojej profesie, ale často sú jediní, ktorí vedia rozlíšiť nekvalifikovanosť, poškodenie alebo neprofesionálne správanie. Nahlásenie kolegov disciplinárnym orgánom by však zvyčajne malo byť až poslednou možnosťou, keď sa najskôr bez úspechu vyskúšali iné alternatívy. Prvým krokom by mohlo byť oslovenie kolegu s upozornením, že považujete jeho správanie za nebezpečné a neetické. Ak sa podarí záležitosť vyriešiť na tomto stupni, nie je potrebné ísť ďalej. Ak nie, nasledujúcim krokom by malo byť informovanie vášho a/alebo kolegovho nadriadeného s ponechaním rozhodnutia o ďalších krokoch jemu. Pokiaľ tento postup z praktických dôvodov neprichádza do úvahy, alebo bol bez úspechu, potom je potrebné podniknúť konečný krok a informovať disciplinárne orgány.

„... nahlásenie kolegov disciplinárnym orgánom by však zvyčajne malo byť až poslednou možnosťou, keď sa najskôr bez úspechu vyskúšali iné alternatívy.“

VZŤAHY S OSTATNÝMI ZDRAVOTNÍCKYMI PRACOVNÍKMI

Na začiatku kapitoly 2, ktorá sa venuje vzťahom medzi lekármi a pacientmi, sa zdôraznil veľký význam úcty a rovnocenného zaobchádzania vo vzťahu lekár – pacient. Princípy, ktoré sa uplatnili v tejto súvislosti, sú rovnako dôležité aj vo vzťahoch lekára a jeho spolupracovníkov. Pri kontakte lekára s každým, s kým spolupracuje pri starostlivosti o pacientov alebo pri iných profesionálnych aktivitách, platí osobitný

zákaz diskriminácie na základe „veku, choroby a postihnutia, viery, etnického pôvodu, pohlavia, národnosti, politickej príslušnosti, rasy, sexuálnej orientácie alebo spoločenského postavenia“ (**WMA Ženevská deklarácia; WMA Declaration of Geneva**).

Nediskriminácia je len pasívnou charakteristikou vzťahu. Úcta (rešpektovanie) je niečo aktívnejšie a pozitívnejšie. Vo vzťahu k ostatným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, či už lekárom, sestram, pomocným zdravotníckym pracovníkom a podobne znamená pozitívne uznanie ich schopností a skúseností, pretože prispievajú k starostlivosti o pacientov. Všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nie sú rovnako vzdelaní a nemajú rovnakú prax, ale sú si rovni ako ľudia a majú podobný záujem o zdravie a dobro (angl. well-being) pacientov.

Podobne ako v prípade pacientov existujú opodstatnené dôvody aj na odmietnutie vstúpiť do vzťahu alebo ukončiť vzťah s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Patria medzi ne chýbanie dôvery v schopnosti alebo morálnu integritu danej osoby a závažné osobné nezhody (angl. clashes). Ich rozlíšenie od menej závažných motívov si vyžaduje značnú etickú citlivosť zo strany lekára.

SPOLUPRÁCA

Medicína je zároveň veľmi individualistická, ale aj veľmi operatívna profesia. Na jednej strane sa lekári stavajú veľmi osobne, až majetnícky, k „svojím“ pacientom. Tvrdí sa, že konkrétny vzťah pacient – lekár je najlepším prostriedkom, ako získať potrebné poznatky o danom pacientovi a zabezpečiť kontinuitu starostlivosti, ktorá je optimálna z hľadiska prevencie a liečby ochorenia. Ponechanie si pacientov v starostlivosti prináša úžitok aj lekárovi, prinajmenšom finančný. Na druhej strane, ako sme spomenuli vyššie, je medicína súčasne vysoko komplexná a špecializovaná, a preto si vyžaduje úzku spoluprácu medzi lekármi s rozličnými, ale komplementárnymi znalosťami a schopnosťami. Toto napätie medzi individualizmom a spoluprácou je stále sa opakujúcou témou v lekárskej etike.

Oslabovanie lekárskeho paternalizmu sprevádzal ústup presvedčenia, že lekári „vlastnia“ svojich pacientov. Tradičné právo pacientov pýtať sa

„Oslabovanie lekárskeho paternalizmu sprevádzal ústup presvedčenia, že lekári „vlastnia“ svojich pacientov...“

na názor druhého lekára (angl. second opinion) sa rozšírilo tak, že zahŕňa prístup k iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorí môžu byť schopnejší naplniť ich potreby. Podľa **WMA Deklarácie o právach pacienta (The WMA Declaration on the Rights of the Patient)**: „Lekár má povinnosť spolupracovať pri koordinácii lekárskej indikovanej liečby s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorí sa zúčastňujú na liečbe pacienta.“ Lekári však nemajú profitovať z tejto kooperácie podielom na príslušnom poplatku (angl. fee-splitting).

Tieto obmedzenia lekárovho „vlastnenia“ pacientov musia vyvažovať iné opatrenia, ktorých cieľom je chrániť primárny vzťah pacient – lekár. Napríklad pacient, ktorého lieči viacero lekárov, ako je to bežné v nemocniciach, by mal mať, ak je to možné, jedného lekára, ktorý by koordinoval celú starostlivosť, informoval by pacienta o dosiahnutom pokroku a pomáhal by mu pri rozhodovaní.

Kým vzťahy medzi lekármi sa vo všeobecnosti riadia pomerne jasne formulovanými a chápanými pravidlami, vzťahy medzi lekármi a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi sú v štádiu neustálej premeny a existujú značné rozdiely v názoroch na to, aké by malo byť ich vzájomné postavenie a úlohy. Ako sme už uviedli, mnohé zdravotné sestry, farmaceuti, fyzioterapeuti a iní zdravotnícki pracovníci sa považujú za kompetentnejších vo svojich oblastiach starostlivosti o pacienta, ako sú lekári, a nevidia dôvod, prečo by nemali byť s nimi na rovnakej úrovni. Uprednostňujú tímový prístup v starostlivosti o pacienta, pri ktorom sa stanoviská všetkých, ktorí sa starajú o pacienta, berú do úvahy rovnako a považujú sa za zodpovedných voči pacientovi, a nie voči lekárovi. Na druhej strane si mnohí lekári myslia, že aj keď sa prijme tímový prístup, mal by byť k dispozícii niekto, kto bude „veliť“, a lekári sú najvhodnejší na túto úlohu vzhľadom na svoje vzdelanie a skúsenosti.

Hoci niektorí lekári môžu odmietat' spochybňovanie svojej tradičnej, takmer absolútnej autority, zdá sa takmer isté, že ich úloha sa bude

meniť vzhľadom na požiadavky pacientov, ale aj ostatných zdravotníckych pracovníkov, aby mali väčšiu účasť na medicínskom rozhodovaní. Lekári budú musieť byť schopní odôvodniť svoje odporúčania a presvedčiť iných, aby ich akceptovali. Okrem ovládania týchto komunikačných schopností budú musieť byť lekári schopní riešiť aj konflikty, ktoré vzniknú medzi rôznymi účastníkmi starostlivosti o pacienta.

Zvláštnym problémom pre spoluprácu v najlepšom záujme pacienta sú dôsledky toho, keď sa pacienti obracajú na tradičných alebo alternatívnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti („liečiteľov“). Týka sa to veľkej časti obyvateľstva v Afrike a Ázii, a stále viac sa to deje aj v Európe a v oboch Amerikách. Hoci by niekto mohol považovať tieto dva prístupy (napr. medicína/lekári – alternatívna medicína/liečitelia) za komplementárne, v mnohých situáciách sa môžu dostať do konfliktu. Pretože aspoň niektoré z týchto tradičných a alternatívnych postupov skutočne majú terapeutické účinky a pacienti ich vyhľadávajú, lekári by mali hľadať spôsob, ako (v záujme pacienta) spolupracovať s tými, ktorí ich vykonávajú. Spôsoby spolupráce sa budú odlišovať v rôznych krajinách, ako aj vo vzťahu ku konkrétnym poskytovateľom (liečiteľom). V každom prípade však musí stáť na prvom mieste zdravie a dobro pacientov.

RIEŠENIE KONFLIKTOV

Aj keď lekári zažívajú rôzne konflikty s inými lekármi a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ako napríklad prevádzkové problémy na ambulancii alebo pri odmeňovaní, na tomto mieste sa sústredíme na konflikty, ktoré sa týkajú starostlivosti o pacienta. Rozhodnutia o zdravotnej starostlivosti v ideálnom prípade odzrkadľujú zhodu medzi pacientmi, lekármi a ostatnými osobami, ktoré sa na danej starostlivosti zúčastňujú. Neistota a odlišný uhol pohľadu však umožňujú vznik sporov o cieľoch konkrétnej starostlivosti alebo o prostriedkoch, ako tieto ciele dosiahnuť. Aj limitované

„... neistota a odlišný uhol pohľadu umožňujú vznik sporov o cieľoch konkrétnej starostlivosti alebo o prostriedkoch, ako tieto ciele dosiahnuť.“

zdroje na zdravotnú starostlivosť a organizačné opatrenia môžu sťažiť dosiahnutie konsenzu (úplného súhlasu všetkých zúčastnených).

Nezhody medzi zdravotníckymi pracovníkmi týkajúce sa cieľov zdravotnej starostlivosti a postupov, ktorými možno tieto ciele dosiahnuť, sa majú vyjasniť a vyriešiť medzi členmi zdravotníckeho tímu tak, aby to nenarušilo ich vzťah k pacientovi. Nezhody medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a riadiacimi pracovníkmi (vedením) daného zdravotníckeho zariadenia (alebo inej inštitúcie) z hľadiska pridelenia zdrojov na danú starostlivosť sa majú vyriešiť v rámci zariadenia (alebo inštitúcie) a nemali by sa preberať v prítomnosti pacienta. Pretože oba typy konfliktov sú vo svojej podstate etické, pri ich riešení by mohlo napomôcť odporúčanie etickej komisie („nemocničnej“ alebo komisie pre klinickú bioetiku) alebo konzultanta pre klinickú etiku, pokiaľ sú v danom zariadení (inštitúcii) k dispozícii (v Slovenskej republike sú takéto etické komisie zriaďované na základe zákona o zdravotnej starostlivosti).

Pri riešení uvedených konfliktov môžu byť užitočné nasledujúce smernice:

- **Všetky konflikty by sa podľa možnosti mali riešiť najskôr neformálne, priamym rokovaním osôb, ktoré majú na danú vec odlišný názor. K formálnym postupom by sa malo pristupovať len v prípade, ak boli neformálne kroky neúspešné.**
- **Je nevyhnutné zistiť názory všetkých, ktorí sú priamo zainteresovaní do konfliktu, a rešpektovať ich.**
- **Informované rozhodnutie pacienta alebo jeho splnomocneného zástupcu týkajúce sa daného liečebného postupu by mali byť primárnym kritériom pri riešení problému.**
- **Pokiaľ sa nezhody týkajú možnosti, ktoré sa majú pacientovi predložiť, je lepšie predložiť širší výber než užší výber. Ak liečenie, ktoré sa pre pacienta považuje za vhodnejšie, nie je dostupné kvôli limitácii zdravotných zdrojov, pacient by zvyčajne mal byť o tom informovaný.**

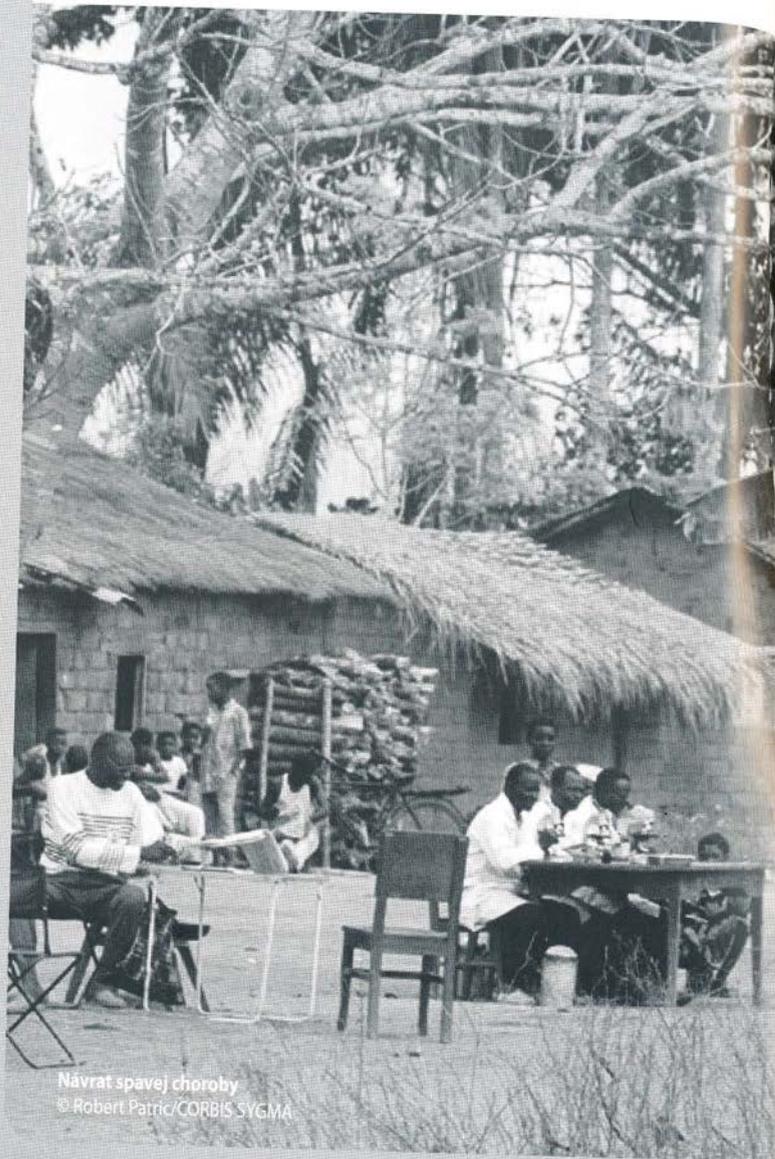
- **Ak sa ani po primeranom úsilí nedarí prostredníctvom diskusie, či dialógu dospieť k dohode alebo ku kompromisu, malo by sa akceptovať rozhodnutie osoby, ktorá má právo alebo povinnosť toto rozhodnutie urobiť (napr. vedúci pracovník, primár). Ak nie je jasné, alebo sa spochybňuje právo alebo zodpovednosť danej osoby urobiť uvedené rozhodnutie, je potrebné vyžiadať pomoc sprostredkovateľa (mediácia), odborného posudzovateľa (expertíza, konzílium), alebo obrátiť sa na rozhodovací orgán (komisia) alebo na súd.**

Ak zdravotnícki pracovníci nesúhlasia s rozhodnutím, ktoré sa prijalo väčšinovým spôsobom (napr. hlasovaním), z dôvodov svojho profesionálneho úsudku alebo osobného morálneho presvedčenia, malo by sa im umožniť, aby sa nemuseli zúčastniť na jeho vykonaní, ak to nepredstavuje pre daného pacienta riziko poškodenia alebo neposkytnutia potrebnej starostlivosti (angl. abandonment – opustenie).

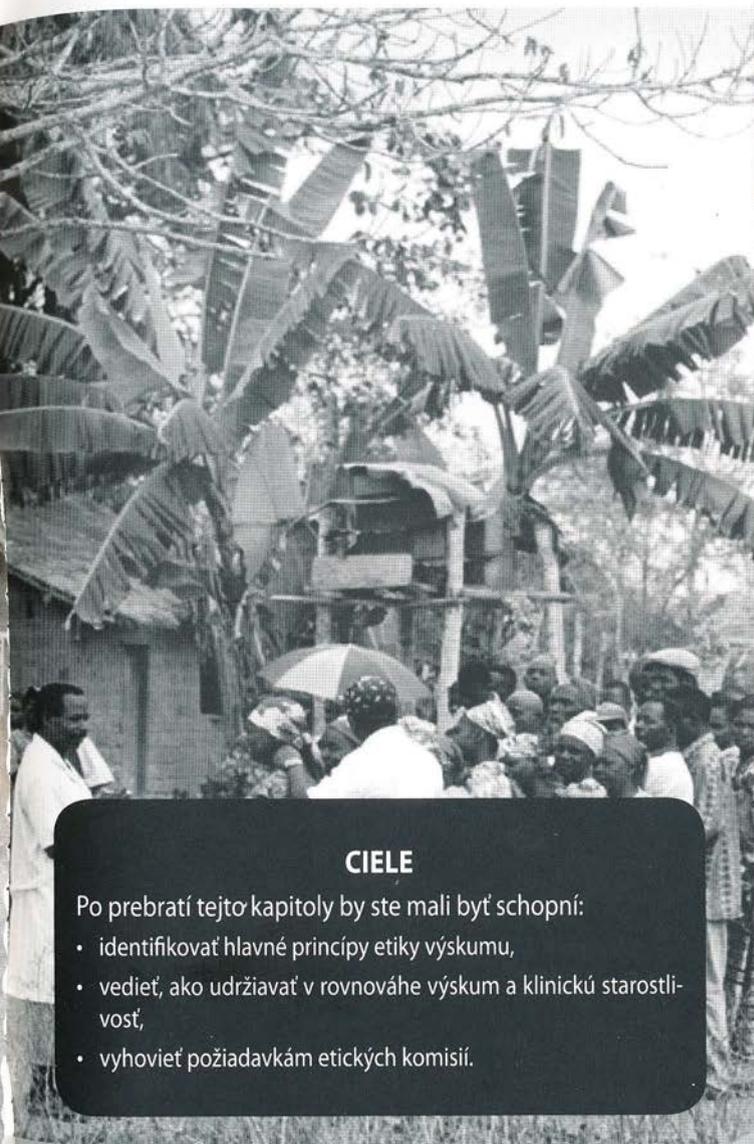
NÁVRAT K PRÍPADOVEJ ŠTÚDIÍ

Dr. C. má právo byť zhrozený správaním sa staršieho chirurga na operačnej sále. Nielenže ohrozuje zdravie pacienta, ale správa sa neúctivo k pacientovi aj k svojim kolegom. Dr. C. má etickú povinnosť neignorovať toto správanie, ale niečo s tým urobiť. Ako prvý krok by nemal prejavovať žiadnu podporu jeho pohoršujúcemu správaniu sa, napríklad, nemal by sa smiať na jeho vtipoch. Ak si myslí, že by mohlo byť efektívne prediskutovanie problému priamo s daným chirurgom, mal by to urobiť. Inak by sa mal obrátiť na vyššie nadriadené orgány v nemocnici. Ak by neboli ochotné zaoberať sa touto situáciou, mal by sa obrátiť na príslušné orgány, ktoré sú zodpovedné za udeľovanie lekárskeho licencií, a požiadať ich o preskúmanie problému.

KAPITOLA PIATA – ETIKA A LEKÁRSKY VÝSKUM



Návrat spavej choroby
© Robert Patric/CORBIS SYGMA



CIELE

Po prebratí tejto kapitoly by ste mali byť schopní:

- identifikovať hlavné princípy etiky výskumu,
- vedieť, ako udržiavať v rovnováhe výskum a klinickú starostlivosť,
- vyhovieť požiadavkám etických komisií.

PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA 4

Dr. R., všeobecnú lekárku v malom vidieckom meste, oslovila výskumná kontraktujúca organizácia (angl. contract research organization - CRO) s návrhom, aby sa zúčastnila na klinickom skúšaní nového nesteroidového protizápalového lieku (NSAID) na liečbu osteoartritídy. Za každého pacienta, ktorého zaradí do klinického skúšania, jej ponúkli určitú sumu peňazí. Zástupca CRO ju ubezpečoval, že toto klinické skúšanie má všetky potrebné povolenia, vrátane stanoviska etickej komisie. Dr. R. sa nikdy predtým nezúčastnila na klinickom skúšaní a teší sa, že má takúto možnosť, obzvlášť aj s možnosťou osobitného zárobku. Súhlasí bez toho, že by sa ďalej informovala o vedeckých alebo etických aspektoch daného skúšania.

DÔLEŽITOSŤ LEKÁRSKEHO VÝSKUMU

Medicína nie je exaktná veda takým spôsobom, ako napríklad matematika a fyzika. Má mnoho všeobecných princípov, ktoré vo väčšine prípadov platia, ale každý pacient je iný. To, čo predstavuje účinnú liečbu pre 90 % populácie, nemusí platiť u zvyšných 10 %. Z toho vyplýva, že medicína je vo svojej podstate experimentálna. Dokonca aj všeobecne prijímané liečebné postupy sa musia ďalej monitorovať a hodnotiť, aby sa overilo, či sú účinné v špecifických skupinách pacientov, a teda aj u pacientov vo všeobecnosti. To je jednou z úloh lekárskeho výskumu.

Ďalšia, možno známejšia úloha je vývoj nových liečebných postupov, najmä liekov, lekárskeho prístrojov a chirurgických techník. Za posledných 50 rokov sa v tejto oblasti urobil obrovský pokrok a v súčasnosti

„... medicína je vo svojej podstate experimentálna...“

sa uskutočňuje viac lekárskeho výskumu ako kedykoľvek v minulosti. Ostáva ešte mnoho nezodpovedaných otázok o fungovaní ľudského tela, príčinách chorôb (či už známych alebo nových) a o najúčinnějších spôsoboch ich prevencie a liečby. Lekársky výskum je jediný prostriedok na zodpovedanie týchto otázok.

Okrem úsilia o lepšie porozumenie ľudskej fyziológie sa lekárske výskum zaoberá širokou škálou rôznych faktorov ľudského zdravia, vrátane charakteristík výskytu chorôb (epidemiológia), organizáciou, financovaním a poskytovaním zdravotnej starostlivosti (výskum zdravotníckych systémov), sociálnymi a kultúrnymi aspektmi zdravia (lekárska sociológia a antropológia), zdravotníckymi zákonmi (medicínske právo a súdne lekárstvo) a etikou (lekárska etika). Význam týchto typov výskumu postupne stále viac uznávajú aj grantové agentúry, z ktorých mnohé majú špecifické grantové programy aj pre lekárske výskum okrem fyziológie.

VÝSKUM V LEKÁRSKEJ PRAXI

Všetci lekári využívajú výsledky lekárskeho výskumu vo svojej klinickej praxi. Na udržanie svojej kvalifikácie musia lekári sledovať pokrok, ktorý prináša súčasný lekárske výskum v oblasti, na ktorú sa vo svojej praxi zameriavajú, a to prostredníctvom programov kontinuálneho lekárskeho vzdelávania, lekárskeho časopisov, ako aj výmenou informácií s informovanými kolegami. Aj keď sa všetci lekári osobne neangažujú vo výskume, musia vedieť interpretovať jeho výsledky a primerane ich využívať u svojich pacientov. Preto je základné oboznámenie sa s metódami lekárskeho výskumu nevyhnutne potrebné pre kvalifikovanú lekársku prax. Najlepšou cestou, ako sa oboznámiť s výskumnými metódami, je zúčastniť sa na konkrétnom výskumnom projekte, buď ešte počas štúdia medicíny alebo po promócií.

„Aj keď sa všetci lekári osobne neangažujú vo výskume, musia vedieť interpretovať jeho výsledky a primerane ich využívať u svojich pacientov.“

Najbežnejšia metóda výskumu pre lekárov v praxi je klinické skúšanie. Predtým, ako môže byť nový liek registrovaný (pripustený na trh) vládou ustanovenou liekovou agentúrou (v Slovenskej republike Štátny ústav pre kontrolu liečiv – ŠÚKL), musí sa podrobiť rozsiahlemu skúšaniu so zameraním na jeho bezpečnosť a účinnosť. Tento proces sa začína výskumom liečiva v laboratórnych podmienkach, na ktoré nadväzujú štúdie u zvierat. Ak sú výsledky tejto (predklinickej) fázy vývoja nového produktu (až po jeho neskoršej registrácii hovoríme o lieku) nádejné, nasledujú štyri fázy alebo etapy jeho klinického skúšania:

- Prvá fáza (etapa) klinického skúšania sa zvyčajne vykonáva u relatívne malého počtu zdravých dobrovoľníkov, ktorí sú zvyčajne za účasť na klinickom skúšaní honorovaní. Jej cieľom je určenie dávky liečiva, ktorá vyvolá odpoveď ľudského organizmu, spôsob a intenzitu metabolizmu daného liečiva u človeka, ako aj to, či liečivo nemá toxické alebo iné škodlivé účinky.
- Druhá fáza (etapa) klinického skúšania sa vykonáva v skupine, resp. v skupinách pacientov, ktorí trpia chorobou, na ktorej liečenie je dané liečivo určené. Cieľom je zistiť, či daný liek má nejaké priaznivé účinky na danú chorobu, a či nemá závažné vedľajšie alebo nežiaduce účinky.
- Tretou fázou (etapou) je klinické skúšanie, v ktorom sa liek podáva relatívne veľkému počtu pacientov, pričom sa porovnáva s iným liekom (ak pre dané ochorenie existuje) a/alebo s placebo. Ak je to možné, takéto klinické štúdie sa vykonávajú ako „dvojito zaslepené“, t.j. ani účastníci výskumu, ani ich lekári nevedia, ktorí dostávajú ktorý liek, či placebo.
- Štvrtá fáza (etapa) klinického skúšania sa vykonáva potom, ako bola lieku udelená licencia (v Slovenskej republike registrácia) a liek bol uvedený na trh. V prvých rokoch používania sa nový liek monitoruje osobitne kvôli možnému výskytu nežiaducich účinkov, ktoré sa nevyskytli v predchádzajúcich fázach/etapách klinického skúšania. Navyše sa farmaceutická firma zvyčajne zaujíma o to, ako liek prijímajú lekári, ktorí ho predpisujú, a ako pacienti, ktorí ho užívajú.

Rýchly nárast počtu klinických skúšaní si v poslednom čase vyžiadala vyhládavanie a zaradovanie čoraz väčšieho počtu pacientov do vý-

skumných štúdií klinického skúšania, aby sa vyhovelo požiadavkám na štatistickú hodnotiteľnosť a spoľahlivosť jeho výsledkov. Tí, ktorí sú zodpovední za klinické skúšania, či už ide o nezávislých lekárov alebo o farmaceutické firmy, sa v súčasnosti musia spoliehať na mnohých iných lekárov, často v rôznych krajinách, aby zaradovali vhodných pacientov do daných štúdií klinického skúšania (tzv. multicentrické, resp. medzinárodné klinické štúdie).

Hoci účasť vo výskume je pre lekárov cennou skúsenosťou, v tejto oblasti existujú aj potenciálne problémy, ktoré treba rozpoznať a ktorým sa treba vyhnúť. Po prvé, úloha lekára vo vzťahu pacient – lekár je odlišná od úlohy výskumného pracovníka vo vzťahu výskumný pracovník – účastník výskumu, a to aj vtedy, keď lekár a výskumný pracovník sú jedna a tá istá osoba. Primárnou povinnosťou lekára je starať sa o zdravie a dobro (angl. well-being) pacienta, kým primárnou povinnosťou výskumného pracovníka je získavanie nových poznatkov, ktoré môžu, ale nemusia prispievať k zlepšeniu zdravia a dobru (well-being) účastníka výskumu. Z týchto dôvodov existuje potenciálna možnosť konfliktu medzi týmito dvoma úlohami. Ak sa také niečo v praxi vyskytne, úloha lekára musí dostať prednosť pred úlohou výskumného pracovníka. Čo to môže znamenať v praxi, ukážeme ďalej.

„...úloha lekára
vo vzťahu pacient
- lekár sa odlišuje
od postavenia
výskumného
pracovníka vo vzťahu
výskumný pracovník
- účastník výskumu...“

Ďalším potenciálnym problémom pri kombinovaní týchto dvoch úloh je konflikt záujmov. Lekársky výskum je dobre financované podnikanie a lekárom sa niekedy za účasť na výskume ponúkajú značné odmeny. Môžu zahŕňať finančné odmeny za zaradenie účastníkov do štúdií klinického skúšania, poskytnutie vybavenia, ako sú napríklad počítače na elektronický prenos výskumných údajov, pozvania na konferencie určené na diskutovanie o výsledkoch výskumu a spoluautorstvo na publikáciách založených na týchto výsledkoch. Záujem lekára získať tieto výhody sa môže niekedy dostať do rozporu s jeho povinnosťou poskytnúť pacientovi najlepšiu možnú liečbu. Takisto môže byť v rozpore s právom pacienta na všetky potrebné informácie, aby sa mohol

úplne informovane rozhodnúť o svojej účasti (alebo neúčasti) na danej výskumnej štúdii.

Tieto potenciálne problémy možno prekonať. Etické hodnoty lekára – súcit, kvalifikácia a samostatnosť – sa rovnako vzťahujú aj na výskumného pracovníka v oblasti lekárskeho výskumu. Takže neexistuje zásadný vnútorný (inherentný) konflikt medzi týmito dvoma úlohami. Za predpokladu, že lekári chápu a riadia sa základnými pravidlami etiky výskumu, nemali by mať žiadne ťažkosti z hľadiska svojej účasti na výskume ako integrálnej súčasti svojej klinickej praxe.

ETICKÉ POŽIADAVKY

Základné princípy etiky výskumu sú dnes dôkladne vypracované. Nebo to tak vždy. Mnohí významní predstavitelia lekárskeho výskumu 19. a 20. storočia robili experimenty na pacientoch bez ich súhlasu a s malým (ak vôbec nejakým) ohľadom na ich zdravie. Hoci existujú dokumenty venované etike výskumu, ktoré sa dajú na začiatok 20. storočia, nezabránili lekárom v nacistickom Nemecku a inde vykonávať výskumy na ľuďoch, ktoré jasne porušovali základné ľudské práva. Po druhej svetovej vojne niektorých z týchto lekárov súdil a usvedčil špeciálny tribunál v nemeckom Norimbergu. Zdôvodnenie rozsudku je známe ako Norimberský kódex, ktorý slúžil ako jeden zo základných dokumentov modernej etiky výskumu. Medzi desiatimi princípmi tohto kódexu je aj požiadavka dobrovoľného súhlasu pacienta s účasťou na výskume.

Svetová asociácia lekárov (WMA) bola založená roku 1947, v tom istom roku, ako bol vydaný Norimberský kódex. Uvedomujúc si ťažké porušenia lekárskej etiky, ktoré sa vyskytli pred druhou svetovou vojnou a počas nej, zakladatelia WMA okamžite podnikali primerané kroky na to, aby si boli lekári prinajmenšom vedomí svojich etických záväzkov. Roku 1954 po niekoľkých rokoch prípravy WMA schválila súbor **Princíпов pre osoby vo výskume a experimentovaní (Principles for Those in Research and Experimentation)**. Tento dokument sa počas nasledujúcich 10 rokov opakovane aktualizoval a napokon prijal ako **Helsinská deklarácia (WMA Declaration of Helsinki)** roku 1964. Text deklarácie sa ďalej upravoval v rokoch 1975, 1983, 1989, 1996 a 2000. Helsinská deklarácia je výstižným zhrnutím

etiky výskumu. V nedávnej minulosti boli vypracované ďalšie, omnoho detailnejšie dokumenty o etike výskumu vo všeobecnosti (napr. Rada pre medzinárodné organizácie lekárskeho výskumu (angl. Council for International Organizations of Medical Sciences – CIOMS) vypracovala **Medzinárodné etické smernice pre biomedicínsky výskum s účasťou ľudských subjektov (CIOMS International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects)**, 1993, revidované roku 2002), ako aj mnohé dokumenty týkajúce sa špecifických problémov etiky výskumu (napr. Nuffieldská rada pre bioetiku, Londýn, Veľká Británia (angl. Nuffield Council on Bioethics) vypracovala okrem iného aj dokument **Etika výskumu súvisiaceho so zdravotnou starostlivosťou v rozvojových krajinách (The Ethics of Research Related to Healthcare in Developing Countries)**, 2002).

Napriek odlišnému rozsahu, dĺžke a autorstvu sa tieto dokumenty do veľkej miery zhodujú v základných princípoch etiky výskumu. Tieto princípy boli inkorporované do zákonov a/alebo iných predpisov mnohých krajín a medzinárodných organizácií, vrátane tých, ktoré sa zaoberajú registráciou (schvaľovaním pred uvedením na trh) liekov a zdravotníckych pomôcok. Ďalej uvedieme stručný opis jednotlivých princípov, ktoré boli vybraté najmä z **Helsinskej deklarácie (HD)**:

Schválenie etickej komisie

Články 13 a 14 **HD** stanovujú, že každý návrh lekárskeho výskumu, ktorého účastníkmi sú ľudia, musí pred svojou realizáciou preskúmať a schváliť nezávislá etická komisia. Na získanie takéhoto schválenia musia výskumní pracovníci vysvetliť účel a metodológiu projektu; ukázať, ako sa bude robiť nábor účastníkov výskumu, ako sa získa ich súhlas a ako bude zabezpečená ochrana ich súkromia; špecifikovať, ako sa bude daný projekt financovať; a oznámiť všetky potenciálne konflikty záujmov na strane výskumných pracovníkov. Etická komisia môže schváliť projekt tak, ako

„...každý návrh lekárskeho výskumu, ktorého účastníkmi sú ľudia, musí pred svojou realizáciou preskúmať a schváliť nezávislá etická komisia.“

bol predložený, môže požadovať určité zmeny projektu, alebo môže projekt zamietnuť. V mnohých prípadoch majú etické komisie aj funkciu monitorovania projektov, ktoré sa realizujú, s cieľom ubezpečiť sa o tom, že si výskumní pracovníci plnia svoje povinnosti – a ak je to nevyhnutné, môžu projekt zastaviť kvôli závažným neočakávaným nepriaznivým udalostiam.

Dôvodom, pre ktorý sa vyžaduje schválenie etickou komisiou, je okolnosť, že ani výskumní pracovníci, ani účastníci výskumu by nemuseli byť vždy dostatočne informovaní a objektívni pri rozhodovaní o tom, či daný projekt je vedecky a eticky akceptovateľný. Výskumní pracovníci musia preukázať pred nestrannou odbornou komisiou, že daný projekt je hodnotný („že stojí za to“), že sú kompetentní na jeho vykonanie a že bude do najvyššej možnej miery zabezpečená ochrana potenciálnych účastníkov výskumu pred poškodením.

Jedným z nedoriešených problémov v súvislosti s posudzovaním projektov etickou komisiou je otázka, či multicentrický výskumný projekt vyžaduje schválenie etickej komisie v každom zo zúčastnených centier, alebo či stačí schválenie projektu jednou komisiou. Ak ide o výskumné centrá, ktoré sa nachádzajú v rôznych krajinách, preskúmanie a schválenie etickou komisiou sa spravidla vyžaduje v každej krajine.

Vedecká hodnota

„...HD požaduje, aby lekárske výskum s účasťou ľudí bol vedecky zdôvodnený.“

Článok 11 HD požaduje, aby lekárske výskum s účasťou ľudí bol vedecky zdôvodnený. Táto požiadavka má eliminovať projekty, ktoré veľmi pravdepodobne nemajú šancu uspieť, napríklad preto, že sú z metodologického hľadiska neadekvátne, alebo, hoci by aj mohli úspešne prebehnúť, priniesli

by iba triviálne výsledky. Pokiaľ sa od pacientov žiada, aby sa zúčastnili na výskumnom projekte, aj keď by riziko poškodenia bolo minimálne, malo by sa tiež očakávať, že výsledkom výskumu budú dôležité vedecké poznatky.

Aby sa zabezpečila vedecká hodnota projektu, článok 11 žiada, aby výskum bol založený na dôkladnej znalosti odbornej literatúry z da-

nej oblasti, na predchádzajúcom laboratórnom výskume, a kde je to vhodné, aj na výsledkoch výskumu na zvieratách, ktoré poskytujú predpoklad, že navrhovaný postup bude účinný (a bezpečný) u ľudí. Výskum na zvieratách musí vyhovovať príslušným etickým smerniciam, ktoré požadujú, aby sa minimalizoval počet použitých zvierat a aby sa predchádzalo zbytočnej bolesti. Článok 15 dodáva požiadavku, že výskum s účasťou ľudí môžu vykonávať len vedecky kvalifikovaní pracovníci. Etická komisia sa predtým, ako schváli daný projekt, musí presvedčiť, že uvedené podmienky sú splnené.

Spoločenská hodnota

O niečo kontroverznejšou požiadavkou na projekt lekárskeho výskumu je, aby prispel k zlepšeniu zdravia (a k dobru – angl. well being) danej spoločnosti vo všeobecnosti. V minulosti bol pomerne rozšírený názor, že pokrok vedeckého poznania má hodnotu sám osebe a nepotrebuje ďalšie zdôvodnenia. Pretože dostupné zdroje na lekárske výskum sú však stále menej adekvátne, spoločenská hodnota sa stala dôležitým kritériom pri rozhodovaní o tom, či sa daný projekt má financovať.

„...spoločenská hodnota sa stala dôležitým kritériom pri rozhodovaní o tom, či sa daný projekt má financovať.“

Články 18 a 19 HD jasne podporujú zvažovanie spoločenskej hodnoty pri hodnotení výskumných projektov. Význam (a prínos) cieľov projektu, chápaný v zmysle ich vedeckej aj spoločenskej hodnoty, musí byť väčší ako riziko, či záťaž pre účastníkov výskumu. Navyše aj populácia, v ktorej sa daný výskum uskutočňuje, by mala mať prospech z jeho výsledkov. To je obzvlášť dôležité v krajinách, kde by prichádzala do úvahy možnosť nekorektného zaobchádzania s účastníkmi výskumu, ktorí podstupujú príslušné riziko a nepohodlie, kým lieky vyvinuté na základe výsledkov výskumu budú prinášať úžitok len pacientom v inej krajine, či oblasti.

Spoločenská hodnota výskumného projektu sa určuje ťažšie ako jeho vedecká hodnota, ale to neznamená, že by sa mala ignorovať. Výskumní pracovníci a etické komisie musia zabezpečiť, aby sa pacienti

nepodrobovali testom, ktoré pravdepodobne nebudú mať žiaden význam prospešný pre spoločnosť. Iné konanie by viedlo k plytvaniu cenných zdravotníckych zdrojov a oslabovalo by reputáciu lekárskeho výskumu ako hlavného faktora, ktorý prispieva k zdraviu a dobru (angl. well-being) človeka.

Riziká a prínos

„Pokiaľ je riziko daného výskumu úplne neznáme, výskumní pracovníci nesmú pristúpiť k realizácii projektu, kým nebudú k dispozícii primerané hodnoverné údaje...“

Pokiaľ sa preukázala vedecká a spoločenská hodnota daného projektu, výskumný pracovník musí v ďalšom demonštrovať, že očakávateľné riziká pre účastníka výskumu sú zdôvodniteľné a proporciálne vzhľadom na jeho očakávaný prínos (ktorý sa však nemusí týkať daného účastníka výskumu). Riziko sa môže chápať ako súhrn možností nepriaznivého výsledku (poškodenia), ku ktorému by mohlo dôjsť. Skladá sa z dvoch zložiek: 1. pravdepodobnosť výskytu poškodenia (od

vysokonepravdepodobného po veľmi pravdepodobné) a 2. závažnosť poškodenia (od triviálneho po závažnú, trvalú invaliditu alebo smrť). Vysokonepravdepodobné riziko triviálneho poškodenia by nemalo byť problémom pre schválenie kvalitného projektu. Na druhej strane by malo byť pravdepodobné riziko závažného poškodenia neakceptovateľné, pokiaľ tento projekt neposkytuje jedinú nádej na liečenie terminálne chorých účastníkov výskumu. V ostatných situáciách, ktoré sa zvyčajne pohybujú niekde medzi týmito dvoma extrémami, článok 17 HD požaduje, aby výskumní pracovníci adekvátne zhodnotili očakávateľné riziká výskumu a ubezpečili sa, že tieto riziká sú zvládnuteľné. Pokiaľ je riziko daného výskumu úplne neznáme, výskumní pracovníci nesmú pristúpiť k realizácii projektu, kým nebudú k dispozícii primerané hodnoverné údaje, napríklad z laboratórneho výskumu alebo z realizovaných experimentov na zvieratách.

Informovaný súhlas

Prvé pravidlo **Norimberského kódexu (Nuremberg Code)** znie nasledovne: „Dobrovoľný súhlas účastníka výskumu je absolútne nevyhnutný.“ Vysvetľujúci odsek pripojený k tomuto pravidlu okrem iného požaduje, aby účastník výskumu „mal o veci dostatočné informácie a aby porozumel podstate toho, o čom sa má rozhodnúť, aby sa tak mohol rozhodnúť s úplným pochopením a informovane.“

„Dobrovoľný súhlas účastníka výskumu je absolútne nevyhnutný.“

HD sa venuje problému informovaného súhlasu podrobnejšie. Článok 22 bližšie špecifikuje, čo účastníci výskumu potrebujú vedieť, aby sa mohli informovane rozhodnúť o svojej účasti v danom projekte. Článok 23 varuje pred vyvíjaním akéhokoľvek nátlaku v záujme účasti daných osôb na výskume, pretože za takýchto okolností by ich súhlas nebol úplne dobrovoľný. Články 24 až 26 sa zaoberajú účastníkmi výskumu, ktorí nie sú schopní poskytnúť informovaný súhlas (malé deti, osoby so závažným duševným postihnutím, pacienti v bezvedomí). Aj tieto osoby sa môžu zúčastniť na výskume, ale len za prísne vymedzených podmienok.

HD, podobne ako iné dokumenty venované etike výskumu, odporúča, aby informovaný súhlas účastníka výskumu bol vyjadrený podpísaním „formuláru informovaného súhlasu“ (článok 22). Mnohé etické komisie vyžadujú od výskumných pracovníkov, aby im predložili formulár informovaného súhlasu, ktorý plánujú použiť v rámci daného projektu. V niektorých krajinách sú tieto formuláre natoľko rozsiahle a podrobné, že už neslúžia pôvodnému zámeru primerane informovať účastníka výskumu o danom projekte. V každom prípade sa proces získavania informovaného súhlasu nezačína a nekončí jednoduchým podpísaním formuláru, ale musí zahŕňať aj dôkladné ústne objasnenie projektu a toho, čo všetko z účasti na ňom pre účastníka vyplýva. Navyše musia byť účastníci výskumu informovaní aj o tom, že môžu kedykoľvek svoj súhlas odvolať, a to aj vtedy, keď sa daný projekt už začal, a to bez akejkoľvek ujmy zo strany výskumných pracovníkov alebo iných lekárov a bez akéhokoľvek negatívneho vplyvu na ich ďalšiu zdravotnú starostlivosť (na ktorú majú inak nárok).

Mlčanlivosť

„...účastníci výskumu majú právo na ochranu súkromia vzhľadom na svoje osobné zdravotné údaje.“

Podobne ako pacienti v klinickej starostlivosti majú aj účastníci výskumu právo na ochranu súkromia vzhľadom na svoje osobné zdravotné údaje. Na rozdiel od pacientov v klinickej starostlivosti sa však v rámci výskumu neraz vyžaduje poskytnutie osobných zdravotných údajov iným osobám, vrátane širokej vedeckej komunity a niekedy aj verejnosti. Kvôli ochra-

ne súkromia účastníkov výskumu musia výskumní pracovníci vždy vopred získať ich informovaný súhlas s použitím údajov o ich zdravotnom stave na výskumné účely. To si vyžaduje, aby účastníci boli v predstihu informovaní o účele, na ktorý sa dané informácie plánujú použiť. Vo všeobecnosti majú byť tieto informácie následne anonymizované (prípadne kódované) a uchovávané a poskytované v zabezpečených podmienkach (ochrana osobných údajov). **WMA Deklarácia o etických otázkach týkajúcich sa zdravotných databáz (WMA Declaration on Ethical Considerations Regarding Health Databases)** obsahuje ďalšie usmernenia v tejto oblasti.

Konflikt úloh: lekár – výskumný pracovník

V tejto kapitole sme už uviedli, že úloha lekára vo vzťahu lekár – pacient sa odlišuje od úlohy výskumného pracovníka vo vzťahu výskumný pracovník – účastník výskumu, a to aj vtedy, keď lekár a výskumný pracovník sú jedna a tá istá osoba. Článok 28 **HD** upresňuje, že v takýchto prípadoch musí byť úloha lekára vždy prvoradá. Okrem iného to znamená, že lekár musí byť pripravený poradiť pacientovi aj to, aby sa nezúčastnil na danom výskumnom projekte, ak mu súčasná liečba prospieva a projekt si vyžaduje, aby boli pacienti randomizovaní (náhodne pridelení) na liečbu rôznymi liekmi a/alebo na podanie placebo. Len ak by si lekár ani na základe serióznych vedeckých poznatkov nebol istý, či je súčasná liečba pre pacienta rovnako prospešná ako navrhovaná nová liečba, alebo dokonca ako placebo, mohol by pacienta požiadať, aby sa zúčastnil na danom výskumnom projekte.

Pravdivé publikovanie výsledkov

Malo by byť samozrejmosťou, aby sa výsledky výskumu publikovali hodnoverným spôsobom. V nedávnej minulosti však žiaľ vyšli najavo mnohé prípady nečestného postupu pri publikovaní výskumných výsledkov, ktoré zahŕňali plagiátorstvo, vykonštruovanie údajov, duplicitné publikácie a „darované autorstvo“. Takéto postupy azda môžu priniesť určitý zisk konkrétnemu vedeckému pracovníkovi, teda aspoň dovtedy, kým sa na ne nepríde. Môžu však zapríčiniť veľkú škodu pacientom, u ktorých sa na základe nepresných alebo chybných informácií o výsledkoch výskumných štúdií použijú nesprávne liečebné postupy, ako aj iným výskumným pracovníkom, ktorí môžu premárniť mnoho času a prostriedkov v snahe nadviazať na takéto chybné alebo zavádzajúce referované údaje.

„...v nedávnej minulosti vyšli najavo mnohé prípady nečestného postupu pri publikovaní výskumných výsledkov...“

Oznamovanie neetického konania („žalovanie“, angl. „whistle blowing“)

Aby sa predchádzalo prípadom neetického výskumu, alebo aby sa takéto prípady odhalili, ak sa už stali, každý, kto sa dozvie o neetickom správaní výskumného pracovníka (alebo o prípadoch neetického výskumu) má povinnosť oznámiť to príslušným orgánom. Takéto „udávanie“ však nie je vždy vítané, ba dokonca neraz ostáva bez náležitej odozvy. Osoby, ktoré oznámenie urobili, sú niekedy potrestané alebo vylúčené z danej spoločnosti za to, že sa pokúsili odhaliť neetické postupy. Zdá sa však, že uvedený prístup sa postupne začína meniť, pretože tak sami vedeckí pracovníci, ako aj predstavitelia príslušných vládnych orgánov vidia potrebu zisťovať a treťat' prípady neetického výskumu a začínajú oceňovať úlohu informujúcich osôb pri dosahovaní tohto cieľa.

Pre mladších členov výskumného tímu, ako napríklad pre študentov medicíny, bude pravdepodobne obzvlášť ťažké konať na základe podozrenia z neetického výskumu, keďže sa budú pravdepodobne po-

važovať za nedostatočne kvalifikovaných, aby mohli posúdiť konanie starších výskumných pracovníkov, a mohli by byť aj potrestaní, keby sa vyjadrili otvorene. Prinajmenšom by však mali odmietnuť účasť na postupoch, ktoré považujú za jasne neetické, ako je napríklad klamanie účastníkov výskumu alebo vymýšľanie údajov. Ak spozorujú takéto konanie u iných osôb, mali by podniknúť všetko, čo je v ich silách, aby na to upozornili príslušné orgány, či už priamo alebo anonymným spôsobom.

Nevyriešené otázky

„...Ilen 10 % globálnych finančných zdrojov ide na výskum zdravotných problémov, ktoré ovplyvňujú 90 % svetovej populácie...“

Nie všetky aspekty etiky výskumu sa v súčasnosti prijímajú so všeobecným súhlasom. S rozvojom lekárskej vedy v oblastiach, akými sú genetika, neurovedy, orgánové a tkanivové transplantácie, vznikajú nové otázky týkajúce sa etickej prijateľnosti rôznych techník, výkonov a liečebných postupov, na ktoré ešte neexistujú jednoznačné odpovede. Navyše aj niektoré staršie problémy sú naďalej

predmetom etickej polemiky, napríklad otázka, za akých podmienok možno do klinickej štúdie zaradiť placebové rameno, alebo aká následná starostlivosť sa má poskytnúť osobám zúčastňujúcim sa na lekárskom výskume. Na globálnej úrovni ostáva tzv. medzera 10/90 (Ilen 10% globálnych finančných zdrojov ide na výskum zdravotných problémov, ktoré ovplyvňujú 90% svetovej populácie) dlhodobou nevyriešenou etickou otázkou. A keď sa výskumní pracovníci snažia prispieť k riešeniu problémov v chudobných oblastiach sveta, často sa stretávajú s problémami, ktoré sú dôsledkom konfliktov medzi ich etickými názormi a názormi komunit, kde pracujú. Tieto otázky si vyžadujú ešte veľa ďalších analýz a diskusií, kým by sa v nich dosiahla všeobecná dohoda.

Napriek všetkým týmto potenciálnym problémom, medicínsky výskum je hodnotnou a dôležitou odbornou aktivitou. Prináša mnohé pozitíva tak pre lekárov a študentov medicíny, ako aj pre účastníkov

výskumu. Lekári a študenti medicíny by rozhodne mali zvážiť aj svoju priamu účasť na výskumných projektoch (ako účastníci podrobujúci sa výskumu), aby tak mohli osobne spoznať aj druhú stranu vzťahu výskumný pracovník – účastník výskumu.

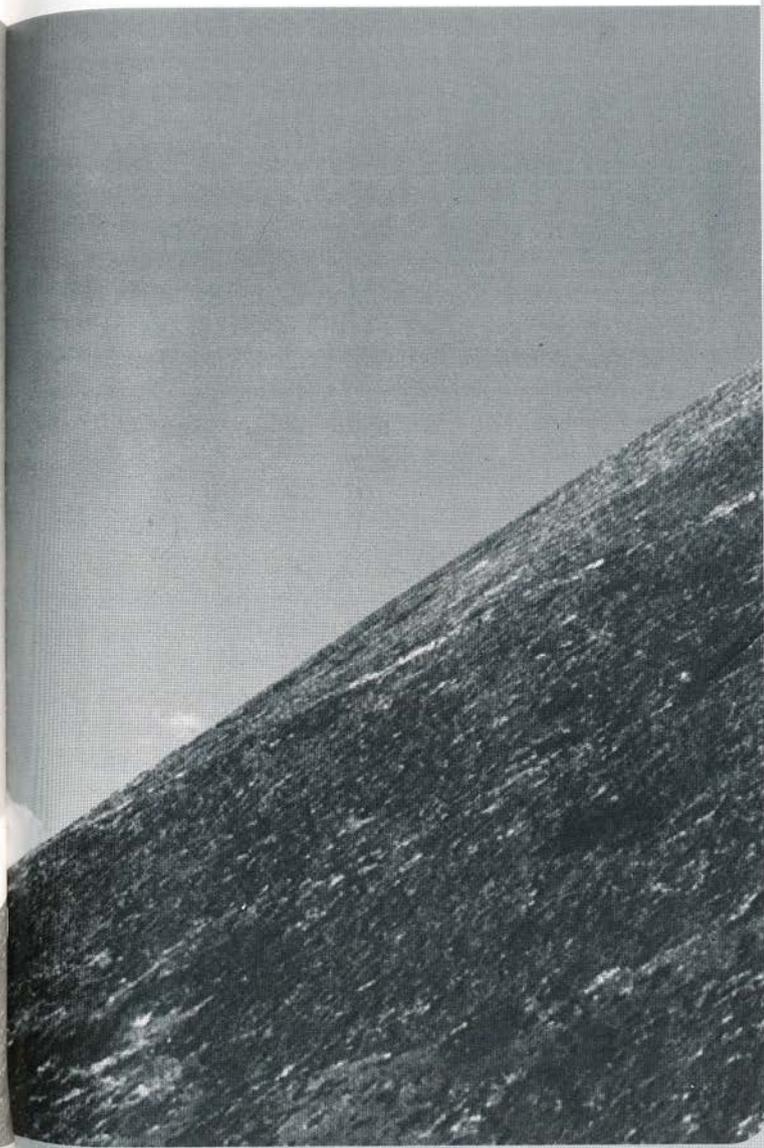
NÁVRAT K PRÍPADOVEJ ŠTÚDII

Dr. R. nemala akceptovať pozvanie na účasť vo výskume tak rýchlo. Mala si najprv zadovážiť viac informácií o projekte a ubezpečiť sa, že vyhovuje všetkým požiadavkám na etický výskum. Osobitne mala žiadať protokol štúdie, ktorý bol predložený etickej komisii, ako aj všetky pripomienky a dodatočné podmienky, ktoré etická komisia mohla mať vo vzťahu k tomuto projektu. Mala by participovať len na projektoch, ktoré spadajú do oblasti jej klinickej praxe. Mala sa tiež presvedčiť o vedeckej a spoločenskej hodnote daného projektu. Ak si nebola istá, že vie sama posúdiť navrhovaný projekt, mala vyhľadať radu kolegov vo väčších centrách. Mala by sa presvedčiť aj o tom, že koná v najlepšom záujme svojich pacientov, a zaraďovať do klinického skúšania len tých, ktorí by neboli poškodení zmenou ich doterajšej liečby za experimentálnu alebo za placebo. Musí byť schopná vysvetliť svojim pacientom existujúce alternatívy, aby oni boli schopní poskytnúť plne informovaný súhlas s účasťou vo výskume, alebo svoju účasť odmietnuť. Nemala by súhlasiť s tým, že zaraďí vopred fixovaný počet pacientov, keďže by ju to mohlo viesť k nátlaku na pacientov, aby súhlasili s účasťou na štúdiu, azda niekedy aj proti ich najlepšiemu záujmu. Počas štúdie musí starostlivo monitorovať zaradených pacientov vzhľadom na výskyt neočakávaných nepriaznivých udalostí a byť pripravená rýchlo vykonať potrebné opatrenia. Napokon by mala svojich pacientov oboznámiť s výsledkami výskumu, keď budú k dispozícii.

KAPITOLA ŠIESTA – ZÁVER



Muž pri výstupe do strmého kopca
© Don Mason/CORBIS



POVINNOSTI A PRIVILÉGIÁ LEKÁROV

Táto príručka sa sústredila na úlohy a povinnosti lekárov, ktoré rozhodne tvoria hlavnú zložku lekárskej etiky. Lekári, podobne ako všetci ľudia, majú však rovnako práva aj povinnosti. Lekárska etika by nebola kompletná, keby si nevšímala aj to, ako by sa k lekárom mali správať ostatní, či už sú to pacienti, spoločnosť, alebo ich vlastní kolegovia. Význam tohto hľadiska na lekársku etiku neustále rastie, pretože lekári v mnohých krajinách dnes neraz zažívajú veľké sklamanie pri vykonávaní svojej profesie. Stáva sa to najmä kvôli limitovaným zdravotníckym zdrojom, problematickej vládnej a/alebo inštitucionálnej mikroorganizácii poskytovania zdravotnej starostlivosti, či kvôli senzáciechtivým správam v médiách o pochybeniach lekárov a o ich neetickom správaní, alebo aj kvôli spochybňovaniu ich autority a schopností zo strany pacientov alebo iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

„Lekári, podobne ako všetci ľudia, majú však rovnako práva aj povinnosti.“

Lekárska etika sa v minulosti zaoberala právami aj povinnosťami lekárov. Staršie kódexy lekárskej etiky, ako napríklad verzia Kódexu Americkéj lekárskej asociácie z roku 1847 (angl. American Medical Association's Code – AMA Code), obsahovali aj odstavce o povinnostiach pacientov a verejnosti voči lekárskej profesii. Väčšinu týchto povinností považujeme dnes už za zastaralú – napríklad požiadavku: „Poslušnosť pacienta voči nariadeniam lekára by mala byť pohotová a bezvýhradná. Pacient by ich nikdy nemal spochybňovať, ani pripustiť, aby jeho vlastné, neodborné názory zabránili ich splneniu.“ Na druhej strane však vyjadrenie: „Verejnosť by si mala spravodlivo ceniť lekársku kvalifikáciu ... [a] poskytovať potrebnú podporu a podmienky na získanie lekárskeho vzdelania...“, je aj dnes ešte stále platné. Namiesto opravy a aktualizácie však AMA tieto kapitoly napokon zo svojho Etického kódexu odstránila.

Svetová asociácia lekárov (WMA) v minulosti schválila niekoľko oficiálnych vyhlásení venovaných problematike práv lekárov a im pri-

slúchajúcich povinností iných činiteľov, najmä vlád, vo vzťahu k rešpektovaniu týchto práv:

- **Vyhlásenie o slobode zúčastňovať sa na lekárskech stretnutiach** (1984) (**Statement on Freedom to Attend Medical Meetings**) zdôrazňuje, že: „sa nesmú vytvárať... žiadne prekážky, ktoré by bránili lekárom zúčastniť sa na stretnutiach WMA, alebo na iných lekárskech stretnutiach (konferenciách, kongresoch atď.), kdekolvek sa takéto stretnutia organizujú.“
- **Deklarácia o nezávislosti lekárov a o profesijnej slobode** (1986) (**Declaration on Physician Independence and Professional Freedom**) požaduje: „Lekári musia mať profesijnú slobodu, aby mohli poskytovať svojim pacientom potrebnú starostlivosť bez (nepatričného) zasahovania...“ a „Lekári musia mať profesijnú slobodu, aby mohli zastupovať a brániť zdravotné potreby pacientov voči všetkým, ktorí by odopierali alebo obmedzovali potrebnú starostlivosť chorým alebo raneným.“
- **Vyhlásenie o profesijnej zodpovednosti za štandardy lekárskej starostlivosti** (1995) (**Statement on Professional Responsibility for Standards of Medical Care**) žiada, aby: „každé posúdenie profesionálneho konania alebo výkonu lekára obsahovalo aj hodnotenie osôb rovnakého profesijného postavenia, ako má daný lekár, ktoré na základe svojho vzdelania a skúseností rozumejú komplexnému charakteru medicínskych otázok, o ktoré v danom prípade ide.“ To isté vyhlásenie odmieta „postupy na posudzovanie sťažností pacientov alebo postupy na určovanie ich odškodnenia, ktoré by sa nezakladali na primeranom hodnotení konania daného lekára alebo zanedbania potrebnej starostlivosti zo strany odborníkov jeho profesie“.
- **Deklarácia o podpore lekárom, ktorí sa odmietajú zúčastňovať alebo tolerovať použitie mučenia alebo iných foriem krutého, neludzského alebo ponižujúceho zaobchádzania** (1997) (**Declaration Concerning Support for Medical Doctors Refusing to Participate in, or to Condone, the Use of Torture or Other Forms of Cruel, Inhuman or Degrading Treatment**) vyjadruje záväzok WMA „podporovať a chrániť, ako aj vyzývať svoje členské lekárske asociácie na podporu a ochranu lekárov, ktorí

odmietajú účasť na takýchto neľudských postupoch alebo ktorí poskytujú liečebnú alebo rehabilitačnú starostlivosť ich obetiam, ako aj zabezpečiť právo týchto lekárov na dodržiavanie najvyšších etických princípov, vrátane dodržiavania lekárskej mlčanlivosti...”

- **Vyhlásenie o etických smerniciach pre medzinárodný nábor lekárov (2003) (Statement on Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians)** žiada jednotlivé krajiny, aby „urobili maximum na udržanie svojich lekárov v ich profesií aj v danej krajine, a to poskytnutím náležitej podpory, ktorú potrebujú na splnenie svojich osobných aj profesijných cieľov, vzhľadom na konkrétne potreby a zdroje tej-ktorej krajiny“ a aby zabezpečili „lekárom – cudzincom, ktorí pracujú, či už nastálo alebo prechodne, v ich krajine spravodlivé zaobchádzanie, porovnateľné so správaním sa k lekárom vlastnej krajiny (napríklad, aby títo lekári mali rovnaký prístup k pracovným príležitostiam a aby dostávali za rovnakú prácu rovnaký plat).“

Hoci je určitá obrana záujmov lekárov potrebná – vzhľadom na existujúce tlaky a spochybňovania, niekedy treba lekárom pripomenúť, aké privilégia majú. Výskumy verejnej mienky v mnohých krajinách ukazujú, že povolanie lekára patrí stále medzi najuznávanejšie a najdôveryhodnejšie. Ich mzda býva zvyčajne vyššia, ako je priemerná mzda

v danej krajine (v niektorých krajinách omnoho vyššia, netýka sa SR). Naďalej majú veľkú mieru nezávislosti vo svojej klinickej praxi, aj keď už nie takú veľkú ako kedysi. Mnohí majú možnosť zúčastňovať sa na vzrušujúcich projektoch medicínskeho výskumu, ktorý neustále prináša nové poznatky a vedomosti. Najdôležitejšie však je,

že lekári aj dnes poskytujú služby, ktorých hodnota je pre konkrétnych pacientov nevyčísľiteľná – najmä pre tých, ktorí sú zraniteľní a nachádzajú sa v najväčšej núdzi, ale aj pre celú spoločnosť vo všeobecnosti. Len veľmi málo zamestnaní má potenciál rovnako uspokojovať ako medicína vzhľadom na mnohé dobré, ktoré lekári poskytujú – úľavu od bolesti a utrpenia, liečenie chorôb a zabezpečenie komfortu pre umierajúcich. Dôsledné napĺňanie etických povinností lekárskeho po-

„...niekedy treba lekárom pripomenúť, aké privilégia majú.“

volania je možno ešte aj prinízkou cenou, ktorú lekári musia „zaplatiť“ za všetky tieto privilégia.

POVINNOSTI VOČI SEBE SAMÉMU

Táto príručka v predchádzajúcich kapitolách roztriedila etické povinnosti lekára podľa toho, kto má z práce lekára najväčší úžitok: povinnosti lekára voči pacientom, spoločnosti a kolegom (vrátane ostatných zdravotníckych pracovníkov). Lekári často zabúdajú, že majú povinnosti voči sebe samým aj voči svojim rodinám. Byť lekárom si

„Lekári často zabúdajú, že majú povinnosti voči sebe samým aj voči svojim rodinám.“

v mnohých častiach sveta vyžaduje oddať sa úplne vykonávaniu lekárskej praxe a nebrať pritom príliš ohľad na vlastné zdravie a duševnú pohodu (angl. well-being). Nie sú výnimkou týždne so 60–80 pracovnými hodinami, ani považovanie riadnej dovolenky za nepotrebný luxus. Aj keď sú mnohí lekári azda schopní pracovať aj za takýchto podmienok, ich rodiny neraz trpia. Iní lekári očividne trpia v dôsledku takéhoto pracovného tempa, ktorého dôsledkom môže byť chronická vyčerpanosť, zneužívanie liekov, ba až strata životnej energie. Vyčerpanosť lekárov môže byť pre pacientov nebezpečná, pretože únava býva dôležitým faktorom pri lekárskejších pochybeniach.

Potreba zabezpečenia istoty pacienta, ako aj podpora zdravého životného štýlu lekárov sa v niektorých krajinách rieši obmedzením počtu pracovných hodín a dĺžky zmeny, ktoré lekári aj lekári v špecializačnej príprave môžu absolvovať. Aj niektoré lekárske vzdelávacie inštitúcie už v súčasnosti zjednodušujú možnosti nevyhnutného prerušenia vzdelávacieho (špecializačného) programu pre ženy – lekárske zrodinných dôvodov. Aj keď takéto opatrenia môžu prispievať k podpore zdravia a duševnej pohody lekára, primárna zodpovednosť za starostlivosť o seba zostáva na konkrétnom lekárovi. Okrem vyhýbania sa zrejším zdravotným rizikám, akými sú fajčenie, zneužívanie drog a pracovné preťažovanie, lekári by si mali chrániť a zlepšovať svoje zdravie a duševnú pohodu, a to aj identifikovaním závažných stresujúcich faktorov vo svojom pracovnom i osobnom živote a osvojením

si a praktizovaním vhodných postupov na ich zvládanie. Ak tieto postupy zlyhávajú, mali by vyhľadať pomoc u kolegov a náležite kvalifikovaných odborníkov, aby si zabezpečili potrebnú podporu pri riešení osobných problémov, ktoré inak môžu nepriaznivo ovplyvniť ich vzťahy s pacientmi, spoločnosťou alebo s kolegami.

BUDÚCNOSŤ LEKÁRSKEJ ETIKY

Táto príručka sa sústredila predovšetkým na súčasný stav lekárskej etiky s početnými odkazmi na jej vývoj v minulosti. Prítomnosť nám však neustále uniká pomedzi prsty, a zároveň sa žiada aj do istej miery predvídať budúcnosť, ak nechceme byť neustále pozadu za vývojom našich čias. Budúcnosť lekárskej etiky bude pochopiteľne do značnej miery závisieť od budúcnosti medicíny. V prvom desaťročí 21. storočia sa medicína vyvíja veľmi rýchlym tempom. Je preto veľmi zložitú predpovedať, ako bude vyzerat' v čase, keď súčasní študenti prvého ročníka medicíny ukončia svoje štúdium, a zrejme nemožno vedieť, aké ďalšie zmeny nastanú dovtedy, kým budú odchádzať ako lekári do dôchodku. Budúcnosť nemusí byť v každom prípade lepšia ako súčasnosť – vzhľadom na veľmi rozšírenú politickú a ekonomickú nestabilitu, postupujúcu degradáciu životného prostredia, pokračujúce rozširovanie HIV/AIDS a iné potenciálne epidémie. Aj keď možno dúfať, že prínosy lekárskeho pokroku sa napokon rozšíria do všetkých krajín a že etické problémy, s ktorými sa v budúcnosti budú stretávať chudobné krajiny, budú podobné tým, o ktorých sa v súčasnosti diskutuje v bohatých krajinách, aj opak môže byť pravdou: krajiny, ktoré sú teraz bohaté, by mohli upadnúť natoľko, že by sa v nich lekári museli zaoberať epidémiami tropických chorôb a závažným nedostatkom finančných zdrojov určených na zdravotnú starostlivosť.

Vzhľadom na zrejmu nepredvídateľnosť budúcnosti musí byť lekárska etika primerane flexibilná a otvorená voči potrebným zmenám a úpravám, ako to vlastne už dlhší čas pozorujeme. Môžeme však dúfať, že jej základné princípy budú platiť aj naďalej, obzvlášť také hodnoty, akými sú súcit, kvalifikácia a samostatnosť, spoločne so starostlivosťou o rešpektovanie základných ľudských práv a oddanosťou lekárskemu povolaniu. Akékoľvek by boli zmeny, ktoré by v oblasti medicíny priniesol vedecký vývoj a pôsobenie rozličných spoločenských, politických

a ekonomických faktorov, vždy budú existovať chorí ľudia, ktorí budú potrebovať liečenie – pokiaľ bude v ich prípade ešte možné, ale vždy budú potrebovať primeranú zdravotnú starostlivosť. Lekári tradične poskytovali tieto služby – zároveň s ostatnými, ako sú podpora zdravia, prevencia chorôb a riadenie systému zdravotníctva. Hoci rovnováha medzi týmito oblasťami aktivít sa môže v budúcnosti zmeniť, lekári budú mať pravdepodobne naďalej dôležitú úlohu v každej z nich. Pretože každá z uvedených oblastí zahŕňa množstvo etických problémov, lekári budú musieť neustále sledovať aj vývoj v oblasti lekárskej etiky: podobne, ako to budú robiť aj v iných oblastiach medicíny.

Toto je už koniec našej príručky, ale pre čitateľa by mal byť len jedným z krokov v celoživotnom zahĺbení sa do otázok lekárskej etiky. Zopakujme, čo bolo povedané už v úvode – táto príručka poskytuje len úvod do lekárskej etiky a niektorých jej najdôležitejších problémov. Je určená aj na to, aby sme si uvedomili potrebu kontinuálneho uvažovania nad etickou dimenziou medicíny, aj uvažovania nad tým, ako riešiť konkrétne etické problémy, s ktorými sa stretávame v lekárskej praxi. Zoznam literárnych a informačných prameňov, uvedený v prílohe B, má pomôcť pri prehlbovaní poznatkov v tejto oblasti.

DODATOK A – SLOVNÍK

Anestéziológ – lekár – špecialista.

Bioetika/biomedicínska etika – navzájom ekvivalentné názvy označujúce vednú disciplínu, ktorá sa zaoberá štúdiom morálnych otázok vyskytujúcich sa v medicíne, zdravotníctve a v biologických vedách. Má štyri hlavné pododbornosti: **klinická etika** – zaoberá sa otázkami v starostlivosti o pacienta (pozri kapitolu 2 tejto príručky); **etika výskumu** – zaoberá sa ochranou osôb, ktoré sa zúčastňujú na zdravotníckom výskume (pozri kapitolu 5 tejto príručky); **profesijná etika** – zaoberá sa špecifickými úlohami a povinnosťami, ktoré sa vyžadujú od lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov (**lekárska etika** je jednou z oblastí profesijnej etiky); a **etika verejnej politiky**, ktorá sa zaoberá formuláciou a interpretáciou zákonov a predpisov o bioetických problémoch.

Cnosť – dobrá vlastnosť u ľudí, obzvlášť v ich charaktere a správaní. Niektoré cnosti sú obzvlášť dôležité pre určité skupiny ľudí, napríklad súcit u lekárov, odvaha pre požiarnikov, pravdovravnosť pre svedkov atď.

Dobročinnosť (angl. *beneficence*) – doslova „konanie dobra“. Od lekárov sa očakáva, že budú konať v najlepšom záujme svojich pacientov.

Hierarchia – usporiadanie osôb (javov, alebo vecí) podľa stupňa dôležitosti od najvyššieho po najnižší. Hierarchické – prídavné meno opisujúce takéto usporiadanie. Termín hierarchia sa používa aj na označenie najvyšších vedúcich predstaviteľov danej organizácie.

Hodnotiť – prisudzovať niečomu hodnotu, považovať niečo za veľmi dôležité; hodnota – to, čo sa považuje za veľmi dôležité.

Lekár – osoba kvalifikovaná na vykonávanie lekárskeho povolania. V niektorých (anglicky hovoriacich) krajinách sa lekári (angl. *physicians*) odlišujú od chirurgov (angl. *surgeons*) a výraz „doktor“ (angl. *doctor*) sa používa v oboch prípadoch, aj keď termín „doktor“ sa môže používať aj pre členov ostatných zdravotníckych povolání, ako sú dentisti a veterinári, ako aj pre tých, ktorí získali doktorát (PhD.) alebo inú „doktorskú“ hodnosť. Termín „doktor medicíny“ je presnejší, ale bežne sa nepoužíva. Svetová asociácia lekárov (WMA) používa termín „lekár“ (angl. *physician*) pre všetkých, ktorí sú kvalifikovaní na vykonávanie lekárskeho povolania, bez ohľadu na ich špecializáciu. V tejto príručke sa používa rovnako.

Náhradná alebo zástupná gestácia – forma tehotnosti, pri ktorej žena súhlasí s vynosením dieťaťa, ktoré po narodení odovzdá inej osobe alebo dvojici,

ktorá vo väčšine prípadov poskytla alebo spermie (prostredníctvom umelej inseminácie), alebo embryo (prostredníctvom oplodnenia in vitro a prenosu embrya).

Nepoškodzovanie (angl. *non-maleficence*) – doslova „nerobiť zle“, „neškodit“. Lekári a výskumní pracovníci sa musia vyhýbať poškodeniu pacienta a účastníka výskumu.

Oznamovateľ (udavač, „bonzák“; angl. *whistle-blower*) – osoba, ktorá informuje vedenie alebo verejnosť, že jednotlivec alebo organizácia robí niečo neetické alebo nezákonné. (Tento výraz pochádza zo sveta športu, kde rozhodca pískaním na píšťalke (angl. *blowing a whistle*) signalizuje porušenie pravidiel.)

Paliatívna starostlivosť – prístup k starostlivosti o pacientov, obzvlášť v prípadoch, kde je vysoká pravdepodobnosť v relatívne blízkej budúcnosti úmrtie pacienta v dôsledku závažnej, nevyliciteľnej choroby; zameriava sa na zlepšenie kvality života pacienta, osobitne na liečbu bolesti. Môže sa poskytovať v nemocniciach, v špecializovaných zariadeniach pre umierajúcich pacientov (často nazývaných hospice), alebo u pacienta doma.

Plagiátorstvo – forma nečestného správania, keď niekto kopíruje prácu iného, napríklad časť alebo aj celý text publikovaného článku, a predkladá ho ako svoju vlastnú prácu (t.j. bez uvedenia jej pôvodu).

Pluralistický – majúci niekoľko alebo mnoho rôznych prístupov alebo čít; opak singularného alebo uniformného.

Predchádzajúce inštrukcie (angl. *advanced directives*) – vyhlásenie, zvyčajne písomné, o tom, ako by si daná osoba želala byť liečená, alebo neliečená v prípade, že už nebude schopná sa sama rozhodnúť (napríklad, ak bude v bezvedomí alebo bude dementná). Ide o jednu z foriem predbežného plánovania zdravotnej starostlivosti; inou je určenie niekoho, aby slúžil ako zástupca danej osoby pri rozhodovaní v takýchto situáciách. Niektoré štáty majú zákony o predbežných inštrukciách.

Prehlásiť/vyznať (angl. *to profess*) – verejne vyhlásiť svoje presvedčenie alebo sľub. Je základom výrazov „profesia“, „profesijný“ a „profesionalizmus“.

Racionálny – rozumový, založený na ľudskej schopnosti uvažovať, t. j. byť schopný zvážiť argumenty za a proti konkrétnemu konaniu a rozhodnúť sa o tom, ktorá alternatíva je lepšia.

Riadená zdravotnícka starostlivosť (angl. *managed healthcare*) – organizačný prístup v zdravotníctve, pri ktorom vláda, organizácie alebo zdravotné poisťovne rozhodujú o tom, aké zdravotné služby sa budú poskytovať, kto ich bude poskytovať (lekári – špecialisti, všeobecní lekári, sestry, ostatní zdravot-

níckí pracovníci atď.), kde sa budú poskytovať (kliniky, nemocnice, u pacienta doma atď.) a o ostatných súvisiacich záležitostiach.

Spravodlivosť (angl. justice) – spravodlivé („korektné“) zaobchádzanie s jednotlivcami a skupinami. Ako sa zdôraznilo v kapitole 3, existujú rôzne chápania toho, čo znamená spravodlivé zaobchádzanie v zdravotníctve.

Súhlas (angl. consensus) – všeobecná, ale nie nevyhnutne jednomyselná dohoda.

Zastávať (sa) (zastupovať) (angl. advocate) – hovoriť alebo konať v mene (v záujme) inej osoby alebo skupiny; zástupca, zástanca – niekto, kto koná takýmto spôsobom. Lekári konajú ako zástupcovia/zástancomia svojich pacientov, keď sa obracajú na vládnych úradníkov alebo predstaviteľov zdravotných poisťovní v záujme poskytnutia služieb, ktoré ich pacienti potrebujú, ale nevedia si ich sami získať.

Zodpovedný (angl. accountable) – zodpovedajúci sa niekomu za niečo (napr. zamestnanci sú zodpovední svojim zamestnávateľom za prácu, ktorú robia). Zodpovednosť si vyžaduje byť pripraveným poskytnúť vysvetlenie o tom, čo niekto urobil alebo neurobil.

DODATOK B – INFORMAČNÉ ZDROJE LEKÁRSKEJ ETIKY NA INTERNETE

Všeobecné

Príručka smerníc Svetovej lekárskej asociácie (World Medical Association Policy Handbook) (www.wma.net/e/policy/handbook.htm) – obsahuje úplné znenia všetkých smerníc WMA (v angličtine, francúzštine a španielčine).

Sekcia etiky Svetovej asociácie lekárov (World Medical Association Ethics Unit) (www.wma.net) – obsahuje nasledujúce sekcie aktualizované každý mesiac:

- Otázka mesiaca
- Etické aktivity WMA určené pre verejnosť
- Etické smernice WMA, vrátane tých, ktoré sú v príprave, alebo sa revidujú
- Helsinská deklarácia – história a súčasný stav
- Informačné zdroje etiky WMA
- Organizácie medicínskej etiky, vrátane ich etických kódexov
- Oznámenia o konferenciách
- Vzdelávanie v lekárskej etike
- Etika a ľudské práva
- Etika a lekársky profesionalizmus

Etické otázky na začiatku života

Klonovanie človeka – www.who.int/ethics/topics/cloning/en/

Asistovaná reprodukcia – www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm

Etické otázky na konci života

Informačné zdroje – www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html

Vzdelávanie lekárov v problematike terminálnej starostlivosti – <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html>

Paliatívna starostlivosť – <http://www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm>

Opozícia proti eutanázii – www.euthanasia.com/

HIV/AIDS

Informačné zdroje – www.wits.ac.za/bioethics/

UNAIDS – www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/unaids+activities+hr.asp

Vzťahy s komerčnými organizáciami

Vzdelávacie zdroje – www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html

Informačné zdroje – www.nofreelunch.org/

Výskum s účasťou osôb

Smernice a informačné zdroje – www.who.int/ethics/research/en/

Harvard School of Public Health (Harvardská škola verejného zdravotníctva): kurz o etických otázkach v medzinárodnom zdravotníckom výskume – www.hsph.harvard.edu/bioethics/

DODATOK C

SVETOVÁ ASOCIÁCIA LEKÁROV

Rezolúcia o zaradení lekárskej etiky a ľudských práv do učebných osnov lekárskech fakúlt na celom svete

(schválená 51. svetovým lekárskeým zhromaždením,
Tel Aviv, Izrael, v októbri 1999)

1. keďže lekárska etika a ľudské práva tvoria neodlučiteľnú súčasť práce a kultúry lekárskej profesie, a
2. keďže lekárska etika a ľudské práva tvoria neodlučiteľnú súčasť histórie, štruktúry a cieľov Svetovej asociácie lekárov (WMA),
3. sa týmto rozhodlo, že WMA dôrazne odporúča lekárskeým fakultám na celom svete, aby sa vyučovanie lekárskej etiky a ľudských práv zahrnilo ako povinný kurz do ich učebných osnov.

SVETOVÁ FEDERÁCIA PRE LEKÁRSKE VZDELÁVANIE (World Federation for Medical Education (WFME))

Globálne štandardy na zlepšenie kvality – Základné lekárske vzdelávanie

(www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translations%20of%20Standard%20Documents/WFME%20Standard.pdf)

Tieto štandardy, ktorých plnenie sa očakáva od každej lekárskej fakulty, obsahujú nasledujúce odkazy, ktoré sa týkajú lekárskej etiky:

1.4 Výsledok vzdelávania

Lekárske fakulty **musia** definovať súhrn kompetencií (vrátane vedomostí a znalostí z lekárskej etiky), ktoré majú mať študenti pri ukončení štúdia vo vzťahu k svojej následnej špecializačnej príprave a budúcim úlohám v zdravotníckom systéme.

4.4 Študijný program – lekárska etika

Lekárske školy **musia** identifikovať a zahrnúť do svojich učebných osnov príspevky z oblasti lekárskej etiky, ktoré umožnia efektívnu komunikáciu, klinické rozhodovanie a etické postupy.

4.5 Študijný program – klinické disciplíny a schopnosti

Klinické schopnosti zahŕňajú odoberanie anamnézy, schopnosť komunikácie a vedenia tímu.

Účasť na starostlivosti o pacienta by mala zahŕňať tímovú spoluprácu s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi.

4.4 Zdroje vzdelávania – výskum

Vzájomné pôsobenie medzi výskumom a vzdelávacími aktivitami má povzbudiť a pripraviť študentov na zapojenie sa do lekárskeho výskumu a vývoja.

DODATOK D – POSILNENIE VYUČOVANIA ETIKY NA LEKÁRSKYCH FAKULTÁCH

Niektoré lekárske fakulty vyučujú etiku len veľmi málo, kým na iných existujú vysokorozvinuté výučbové programy. Aj v týchto programoch sa však dá stále niečo zlepšovať. Tu je návrh procesu, ktorý môže iniciovať ktokoľvek, či študent medicíny alebo člen učiteľského zboru fakulty, kto by chcel posilniť výučbu lekárskej etiky v rámci danej inštitúcie (fakulty).

1. Oboznámte sa so štruktúrou rozhodovania sa v inštitúcii
 - Dekan
 - Komisia pre náplň štúdiá
 - Akademický senát, Vedecká rada fakulty
 - Vplyvní členovia fakulty
2. Hľadajte podporu ostatných
 - Študenti
 - Fakulta
 - Kľúčoví riadiaci pracovníci
 - Národná lekárska spoločnosť
 - Národné lekárske regulatívne orgány (napr. lekárska komora)
3. Pripravte presvedčivý návrh
 - WMA Rezolúcia o zaradení lekárskej etiky a ľudských práv do učebných osnov lekárskeho vzdelania na celom svete
 - WFME Globálne štandardy na zlepšenie kvality – Základné lekárske vzdelanie
 - Príklady z iných lekárskeho fakúlt
 - Požiadavky etiky výskumu
 - Pripravte sa na námietky (napr. preplnené učebné osnovy)
4. Ponúknite pomoc
 - Ponúknite návrhy na štruktúru, obsah, učiteľské a študentské zdroje (pozri napríklad webovú stránku WMA Sekcie etiky – časť venovanú

informačným zdrojom pre vzdelávanie v lekárskej etike: www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm)

- Spolupracujte s inými programami lekárskej etiky, WMA atď.
5. Zabezpečte kontinuitu
- Snažte sa o založenie stálej komisie pre lekársku etiku
 - Získajte mladších študentov
 - Získajte ďalších učiteľov
 - Zapojte nových učiteľov a kľúčových vedúcich pracovníkov

DODATOK E – ĎALŠIE PRÍPADOVÉ ŠTÚDIE

RADA O ANTIKONCEPCII V PRÍPADE DOSPIEVAJÚCICH

Sára má 15 rokov. Žije v meste, kde sa stále častejšie vyskytujú znásilnenia. Prichádza do vašej ambulancie a žiada si predpísanie perorálnej antikoncepcie na zabránenie otehotneniu v prípade, že by sa stala obeťou znásilnenia. Tehotnosť by znamenala ukončenie jej vzdelávania a veľmi ťažko by si potom našla manžela. Sára vám povie, že nechce, aby jej rodičia vedeli, že bude užívať antikoncepciu, pretože by si mysleli, že má v úmysle mať sex s priateľom. Ste nedôverčiví voči Sáriným motívom, ale obdivujete jej odhodlanie vyhnúť sa (násilnému) otehotneniu. Navrhnete jej, aby prišla do ambulancie so svojimi rodičmi, aby s vami o tejto téme všeobecne podiskutovali. O tri dni neskôr sa vráti sama a hovorí, že sa snažila porozprávať o veci s rodičmi, ale oni to odmietli.
Čo budete teraz robiť?

PREDČASNE NARODENÉ DIEŤA *

Max sa narodil v 23. týždni tehotnosti. Je umelo ventilovaný, pretože jeho pľúca sú veľmi nezrelé. Navyše trpí na krvácanie do mozgu, pretože tkanivo jeho ciev je ešte veľmi nestabilné. V skutočnosti nie je pravdepodobné, že prežije niekoľko nasledujúcich týždňov. Aj keď prežije, bude pravdepodobne ťažko postihnutý duševne aj telesne. Maxov stav sa zhoršil, keď sa u neho rozvinula závažná infekcia čreva. Možno síce vybrať zapálenú časť čreva chirurgicky, a tak mu zachovať malú šancu na prežitie. Jeho rodičia nesúhlasia, pretože nechcú, aby Max trpel v súvislosti s operáciou, a myslia si, že kvalita jeho života by nikdy nebola adekvátne. Ako ošetrojúci lekár si však myslíte, že operácia by sa mala urobiť, a uvažujete, ako konať s jej odmietnutím zo strany rodičov.

* Navrhli dr. Gerald Neitzke a Ms. Mareike Moeller, Medizinische Hochschule Hannover, Nemecko.

HIV-INFEKČIA *

Pán S. je ženatý a je otcom dvoch školopovinných detí. Lieči sa na vašej klinike na zriedkavú formu zápalu pľúc, ktorá býva často spojená s AIDS. Výsledky jeho krvných testov ukázali, že je skutočne HIV-pozitívny. Pán S. hovorí, že sa chce sám rozhodnúť kedy, a či vôbec povie svojej manželke o infekcii. Poukážete na skutočnosť, že jeho manželke by mohlo zachrániť život, keby sa chránila pred infekciou. Navyše je dôležité, aby si aj ona dala urobiť test na HIV. V prípade pozitívneho výsledku by mala možnosť užívať lieky na oddialenie vypuknutia choroby, a tým by mala šancu aj na predĺženie života. O šesť týždňov neskôr príde pán S. opäť na vašu kliniku na kontrolné vyšetrenie. Na vašu cielenú otázku odpovie, že svoju manželku ešte neinformoval. Nechce, aby vedela o jeho homosexuálnych stykoch, pretože sa obáva, že by ukončila ich vzťah, a tým by sa rozpadla ich rodina. Ale aby ju ochránil, mal s ňou len „bezpečný sex“ (angl. safer sex). Ako ošetrojúci lekár uvažujete, či máte informovať pani S. o HIV-pozitivite jej manžela aj proti jeho vôli, aby tak mala možnosť začať sa liečiť, ak by to bolo potrebné.

LIEČENIE VÄŽŇA

Súčasťou vašich lekárskejších povinností je stráviť každé dva týždne jeden deň vyšetreniami väzňov v blízkej väznici. Včera ste liečili väžňa s viacerými odreninami na tvári a drieku. Keď ste sa ho spýtali na príčinu jeho zranení, pacient vám odpovedal, že ho napadli zamestnanci väznice počas výsluchu, keď odmietol odpovedať na ich otázky. Aj keď toto je prvý prípad, ktorí ste sám zažili, počuli ste už o podobných prípadoch od svojich kolegov. Ste presvedčený, že by ste mali niečo urobiť pre riešenie tohto problému, ale pacient odmieta súhlasiť, aby ste túto informáciu o ňom oznámili, lebo sa bojí odplaty zo strany vedenia väznice. Okrem toho nie ste si istý, či vám väzeň hovorí pravdu; dozorca, ktorý ho k vám priviedol, povedal, že sa pobil s iným väzňom. Máte dobré vzťahy so zamestnancami väznice a nechcete im ublížiť nepodloženým obvinením z krutého zaobchádzania s väzňami. Čo by ste mali urobiť?

ROZHODNUTIE NA KONCI ŽIVOTA

Osemdesiatročná pani bola prijatá do vašej nemocnice z domu opatrovateľskej služby na liečenie zápalu pľúc. Je slabá a mierne dementná.

Úspešne jej vyliečíte zápal pľúc, ale tesne predtým, ako ju máte prepustiť naspäť do domu opatrovateľskej služby, prekoná porážku, po ktorej opatrovateľskej služby, ostane ochrnutá na pravú polovicu tela a nie je schopná sa najesť bez cudzej pomoci. Necháte jej zaviesť sondu na podávanie výživy, ktorá jej očividne spôsobuje dyskomfort, a potom, čo sa niekoľkokrát pokúsila si ju ľavou rukou vytiahnuť, bola jej obmedzená možnosť pohybu touto rukou. Pacientka nie je schopná iným spôsobom vyjadriť svoje prania. Pátranie po deťoch alebo iných príbuzných, ktorí by mohli pomôcť pri rozhodovaní o ďalšom postupe, bolo neúspešné. Po niekoľkých dňoch usúdite, že je nepravdepodobné, že sa jej stav zlepší, a jediný spôsob, ako zmierniť jej trápenie je podať jej sedatíva alebo odstrániť jej stravovaciu trubicu a nechať ju zomrieť. Čo by ste mali urobiť?

ZBIERKY PRÍPADOVÝCH ŠTÚDIÍ

Prípadové štúdie Katedry bioetiky UNESCO (angl. UNESCO Chair in Bioethics) o informovanom súhlase – <http://research.haifa.ac.il/~medlaw/> (UNESCO Chair)

Prípadové štúdie Siete pre klinickú etiku Veľkej Británie (angl. UK Clinical Ethics Network) – <http://www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm>

Prípadové štúdie medzinárodného výskumu zdravia Harvardskej školy verejného zdravotníctva (angl. Harvard School of Public Health) – [http://www.hsph.harvard.edu/bioethics/\(cases\)](http://www.hsph.harvard.edu/bioethics/(cases))

Výučbový manuál etických štandardov a štandardov ľudských práv pre zdravotníckych pracovníkov vypracovaný Commonwealth Medical Trust (angl. Commonwealth Medical Trust Training Manual of Ethical and Human Rights Standards for Healthcare Professionals), Časť 3, prípadové štúdie – www.commat.org/



Stará žena na lekárskej prehliadke

© Peter M. Fisher/CORBIS

Svetová asociácia lekárov (World Medical Association; WMA) je globálnym hlasom reprezentujúcim lekárov bez ohľadu na ich špecializáciu, miesto bydliska alebo typ vykonávanej praxe. Poslaním WMA je slúžiť ľudstvu úsilím o dosiahnutie najvyšších možných štandardov lekárskej starostlivosti, etiky, výskumu, vzdelávania a ľudských práv vzťahujúcich sa na zdravie pre všetkých ľudí. Sekcia etiky (Ethics Unit) WMA bola založená roku 2003 na koordináciu prípravy a revízie smerníc WMA a na rozšírenie jej aktivít na poli etiky v troch oblastiach: spolupráca s inými medzinárodnými subjektmi pracujúcimi v oblasti etiky; pôsobenie navonok prostredníctvom WMA konferencií a internetovej stránky; a príprava nových vzdelávacích materiálov pre oblasť etiky, akým je aj táto príručka.



The World Medical Association
B.P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, France
e-mail: wma@wma.net • fax: (+33) 450 40 59 37
web stránka: www.wma.net
ISBN 978-80-8095-036-1