

Pasaules Medicīnas asociācija

MEDICĪNAS ĒTIKAS

rokasgrāmata

II izdevums

© 2005, 2009, Pasaules Medicīnas asociācija

Visas tiesības pieder PMA. Līdz pat 10 šī dokumenta kopijām atļauts izmantot nekomerciālos, personiskos nolūkos, atsaucoties uz oriģinālo avotu. Jebkādam citai dokumenta pavairošanai, saglabāšanai vai nodošanai jebkādā formā vai jebkādiem paņēmieniem nepieciešama iepriekšēja rakstiska atļauja. Pieprasījumu atļaujas saņemšanai adresēt: *The World Medical Association, B. P. 63, F-01212 Ferney-Voltaire Cedex, France*; e-pasts: wma@wma.net; fakss: +33-450-405937.

Šī rokasgrāmata ir Pasaules Medicīnas asociācijas Ētikas struktūrvienības publikācija. To uzrakstījis Džons R. Viljamss (*John R. Williams*), Ētikas struktūrvienības direktors, PMA. Tās saturs ne vienmēr atspoguļo PMA nostāju, izņemot vietas, kur tas ir skaidri un nepārprotami norādīts.

Vāks, dizains un ideja: *Tuuli Sauren, Inspirit International Advertising*, Belģija.

Izstrāde un ideja: *World Health Communication Associates*, Lielbritānija.

Foto: *Van Parys Media/CORBIS*

Katalogizācijas informācija:

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

Medical ethics manual.

1. Bioētika 2. «Ārsts-slimnieks» attiecības — ētika 3. Ārsta loma
4. Biomedicīniskā pētniecība — ētika 5. Starpprofesionālās attiecības
6. Izglītība, medicīniskā — ētika 7. Gadījumu pārskati
8. Rokasgrāmatas I. Nosaukums

Izdevējs Latvijas Ārstu biedrība, Skolas iela 3, Rīgā

Tekstu tulkojums un makets sagatavots SIA «Nacionālais apgāds», Hospitāļu iela 55, Rīgā

Latviešu tekstu zinātniskais redaktors *Dr. habil. med.* Māris Baltiņš

ISBN 92-990028-1-9

ISBN 978-9984-26-413-4

SATURA RĀDĪTĀJS

Pateicības	5
Priekšvārds.....	7
Ievads	9
<ul style="list-style-type: none"> • Kas ir medicīnas ētika? • Kāpēc jāapgūst medicīnas ētika? • Medicīnas ētika, ārsta profesionālisms, cilvēktiesības un likums • Kopsavilkums 	
1. nodaļa. Medicīnas ētikas pamatzīmes.....	16
<ul style="list-style-type: none"> • Kādas ir medicīnas īpatnības? • Kādas ir medicīnas ētikas īpatnības? • Vai medicīnas ētika mainās? • Vai medicīnas ētika dažādās valstīs ir atšķirīga? • Pasaules Medicīnas asociācijas nozīme • Kā PMA izlemj, kas ir ētisks? • Kā indivīds izlemj, kas ir ētisks? • Kopsavilkums 	
2. nodaļa. Ārsti un pacienti.....	36
<ul style="list-style-type: none"> • Kādas ir ārsta un pacienta attiecību īpatnības? • Cieņa un vienāda attieksme • Saziņa un piekrišana • Lēmumu pieņemšana rīcībnespējīgu pacientu vietā • Konfidencialitāte • Jautājumi, kas saistīti ar dzīves sākumu • Jautājumi, kas attiecināmi uz muža noslēgumu • Atgriešanās pie gadījuma analīzes 	
3. nodaļa. Ārsti un sabiedrība.....	64
<ul style="list-style-type: none"> • Kādas ir ārsta un sabiedrības attiecību īpatnības? • Dubultlojalitāte 	

- Resursu sadale
- Sabiedrības veselība
- Globālā veselība
- Atgriešanās pie gadījuma analīzes

4. nodaļa. Ārsti un kolēģi 82

- Pārmaiņas ārstu ietekmes sadalījumā
- Attiecības ar citiem ārstiem, saviem skolotājiem un studentiem
- Ziņošana par nedrošu vai neētisku medicīnas praksi
- Attiecības ar citiem veselības aprūpes speciālistiem
- Konfliktu risināšana
- Atgriešanās pie gadījuma analīzes

5. nodaļa. Ētika un medicīnas pētījumi..... 96

- Medicīnisko pētījumu nozīme
- Pētījumi medicīnas praksē
- Ētikas prasības
- Ētikas komitejas apstiprinājums
- Zinātniskā vērtība
- Sociālā vērtība
- Riski un ieguvumi
- Informētā piekrišana
- Konfidencialitāte
- Attiecību konflikti
- Godīga informēšana par rezultātiem
- Paziņošana
- Neatrisinātie jautājumi
- Atgriešanās pie gadījuma analīzes

6. nodaļa. Noslēgums 114

- Ārstu atbildība un privilēģijas
- Atbildība pret sevi
- Medicīnas ētikas nākotne

A pielikums. Vārdnīca	122
B pielikums. Medicīnas ētikas resursi internetā	125
C pielikums.	127
D pielikums. Ētikas mācīšanas nostiprināšana	
medicīnas skolās	129
E pielikums. Papildus gadījumu izpēte	131

PATEICĪBAS

Pasaules Medicīnas asociācijas Ētikas struktūrvienība pateicas sekojošām personām par plašajiem un saturīgajiem komentāriem šīs rokasgrāmatas agrākajos uzmetumos:

Prof. Solly Benatar, University of Cape Town, Dienvidāfrika

Prof. Kenneth Boyd, University of Edinburgh, Skotija

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

Dr. Robert Carlson, University of Edinburgh, Skotija

Mr. Sev Fluss, WMA and CIOMS, Geneva, Šveice

Prof. Eugenijus Gefenas, University of Vilnius, Lietuva

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

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

Prof. Nuala Kenny, Dalhousie University, Halifax, Kanāda

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

Ms. Mareike Moeller, Medizinische Hochschule Hannover, Vācija

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

Mr. Atif Rahman, Khyber Medical College, Peshawar, Pakistāna

Mr. Mohamed Swailem, Banha Faculty of Medicine, Banha, Ēģipte, un viņa desmit studentiem par atbalstu pareizas terminoloģijas izmantošanā tām personām, kuru dzimtajā valodā nav angļu valoda.

PMA Ētikas struktūrvienība tiek daļēji atbalstīta ar Johnson & Johnson neierobežotu izglītības dotāciju.

PRIEKŠVārds

Dr. Delons Hjumans (Delon Human),
Pasaules Medicīnas asociācijas ģenerālsēkretārs

Grūti noticēt, ka vēl nav izveidota medicīnas studijām piemērota vispārpieņemta pamatprogramma medicīnas ētikas apgūvē, kaut medicīnas ētikas pamatlīcēji, piemēram, Hipokrāts, savus darbus sarakstījuši jau vairāk nekā pirms 2000 gadiem. Šis pirmās PMA rokasgrāmatas mērķis ir aizpildīt šo robu. Ir liels gods nodot jūsu rīcībā šo rokasgrāmatu, kuras sākums datējams ar 51. Pasaules Medicīnas asambleju 1999. gadā, kurā bija pulcējušies ārsti, kas pārstāvēja ārstu biedrības no visas pasaules. Tajā tika nolemts, ka «Pasaules Medicīnas asociācija aicina pasaules medicīnas fakultātes iekļaut studiju programmā kā obligātu medicīnas ētiku un cilvēktiesības». Pēc šī lēmuma sākās darbs, lai izveidotu studentiem un ārstiem nodrīgus medicīnas ētikas mācību materiālus, kas balstītos uz PMA rīcībpolitikas nostādņēm, bet pats nebūtu politikas veidošanas dokuments. Šī rokasgrāmata ir PMA Ētikas komisijas pārraudzīta un koordinēta vispusīgu un globālu konsultāciju rezultātā. PMA vēlējas īstenot, lai šo publikāciju kā atsaucies avotu lietotu studenti un ārsti pasaulē.

Mūsdienu veselības aprūpē ik pa brīdim rodas ļoti daudz sarežģītu un daudzpusīgu ētiska rakstura variantu un ne vienmēr ārsti ir pietiekami sagatavoti, lai spētu tās risināt. Šī grāmata ir apzināti iecerēta, lai rosinātu ārstos pārdomas par ētiku un veicinātu tās ieviešanu praksē, kā arī lai piedāvātu ētiski pieņemamus risinājumus. Tas nav «pareizā» un «nepareizā» uzskaitījums, bet gan mēģinājums padarīt ārsta sirdsapziņu iejūtīgāku, jo tieši uz to gulstas atbildība par ētiski pieņemamu un taisnīgu lēmumu pieņemšanu. Šim nolūkam

jūs grāmatā atradīsiet dažu gadījumu aprakstus, kas veicinās gan individuālas ētiska rakstura pārdomas, gan diskusijas grupās.

Mēs, ārsti, apzināmies tās priekšrocības, ko mums paver iesaistīšanās ārsta un pacienta attiecībās, tās ir īpašas attiecības, kurās zinātnisku atziņu apmaiņa un aprūpe noris vieglāk, ja tās notiek ētikas un uzticēšanās gaisotnē. Šī grāmata apskata dažāda veida attiecības, kurās tiek iesaistīti ārsti, bet centrālā vieta allaž ierādāma ārsta un pacienta attiecībām. Pēdējos gados šīs attiecības ietekmē ārējais spiediens resursu ierobežotības un citu faktoru dēļ, un šī rokasgrāmata skaidri pierāda nepieciešamību ar ētisku rīcību stiprināt šīs saiknes.

Visbeidzot kāds vārds par pacienta centrālo vietu jebkura veida diskusijās par medicīnas ētikas jautājumiem. Vairums medicīnas asociāciju par savas rīcībpolitikas nostādnēs par to, kas ir ētiski, pirmajā vietā jebkādu lēmumu pieņemšanā par aprūpi izvirzījušas maksimālu individuāla pacienta interešu ievērošanu. Šī PMA rokasgrāmata attaisnos savu mērķi tikai tad, ja tā palīdzēs medicīnas studentiem un praktizējošiem ārstiem rast labākās atbildes uz daudzām ētiska rakstura problēmām, ar ko mēs sastopamies ikdienas darbā, un atrast iespējas vislabāk īstenot imperatīvu, ka **PACIENTA INTERESES LIEKAMAS PIRMAJĀ VIETĀ.**

IEVADS

KAS IR MEDICĪNAS ĒTIKA?

Iedomājieties šādus medicīniskus gadījumus, kas varētu atgadīties gandrīz jebkurā valstī:

1. Dr. P., pieredzējis un prasmīgs ķirurgs, ir gandrīz jau beidzis naktsdežūru nelielā vietējā slimnīcā. Te kādu š meiteni uz slimnīcu atved viņas māte, kura nekavējoties dodas prom, sacīdama, ka viņai jābūt mājās pie pārējiem bērniem. Pacientei ir asiņošana no maksts, un viņa cieš lielas sāpes. Dr. P. viņu izmeklē un konstatē, ka viņai ir spontāns vai inducēts aborts. Viņš ātri dilatē dzemdes kaklu, veic abraziiju un pasaka medicīnas mātai, lai apjautājas pacientei, vai viņa var palikt slimnīcā līdz brīdim, kad būs droši viņu izrakstīt. Ārsta maiņa nu ir beigusies, maiņu pārņemt atnāk Dr. Q., un Dr. P. dodas uz mājām, neaprunājies ar pacientu.
2. Ārste S. pamazām sāk justies aizkaitināta, jo pacienti, kas nāk pie viņas, vai nu pirms vai pēc šīs vizītes ar to pašu slimību griezušies pie citiem speciālistiem. Viņa uzskata, ka šāda rīcība ir veltīga resursu šķiešana, kā arī nelietderīga pašiem pacientiem. Viņa nolēm j pacientiem pateikt, ka turpmāk vairs tos neārstēs, ja šo pašu slimību dēļ turpinās apmeklēt arī citus speciālistus. Viņa ir nolēmusi vērsties savā medicīnas asociācijā, lai pieprasītu valdībai novērst šādu veltīgu medicīnas resursu šķiešanu.
3. Dr. C., pilsētas slimnīcā nesen darbā norikots anesteziologs, ir saņēmis par kāda vadoša ķirurga uzvedību operāciju zālē. Ķirurgs izmanto novecojušas metodes, kas pagarina operācijas laiku, pastiprina pēcoperācijas sāpes un paildzina atveseļošanu. Turklāt šis ķirurgs bieži izsaka nepiedienīgus jokus par pacientiem, un tas acīmredzami aizskar asistējošās medicīnas māsas. Būdam visjaunākais kolektīva loceklis, viņš nevēlas kritizēt ķirurgu

personiski, nedz arī ziņot par viņa uzvedību attiecīgām iestādēm, taču viņš jūt, ka kaut kas ir jādara, lai situāciju uzlabotu.

4. Pie kādas mazpilsētas ģimenes ārstes Dr. R. ierodas pētījumu līgumorganizācijas pārstāvis un aicina viņu piedalīties klīniskā pētījumā par jauna nesteroidā pretiekaisuma līdzekļa lietošanu osteoartrīta ārstēšanā. Viņai tiek apsolvīta konkrēta summa par katru pacientu, ko viņa iesaistīs pētījumā. Pētījuma līgumorganizācijas pārstāvis viņu pārliecina, ka pētījuma veikšanai jau iegūtas visas nepieciešamās atļaujas, tajā skaitā arī no ētikas komitejas. Ārste vēl nekad nav piedalījusies klīniskā pētījumā un ir ļoti priecīga par šādu iespēju, kas turklāt viņai garantē papildu ienākumus. Viņa piekrīt piedalīties, tuvāk nepainterēsējoties par pētījuma zinātniskajiem vai ētiskajiem aspektiem.

Katrs no minētajiem gadījumiem rosina ētiska rakstura pārdomas. Tie rada jautājumus par *ārsta uzvedību un lēmumu pieņemšanu*, nevis par zinātniskiem vai tehniskiem jautājumiem, piemēram, kā ārstēt diabētu vai veikt divkāršā apvada (*double bypass*) izveidošanas operāciju. Tie ir jautājumi par *vērtībām*, tiesībām un atbildību. Ārsti sastopas ar šādiem jautājumiem tikpat bieži kā ar zinātniska vai tehniska rakstura problēmām.

Medicīnas praksē, vienalga, kurā specialitātē, uz dažiem jautājumiem ir vieglāk atbildēt nekā uz citiem. Vienkārša lūzuma reponēšana vai šuves uzlikšana uz vaļējas brūces neradīs nekādas problēmas ārstiem, kas ir pieraduši šādas manipulācijas veikt. Tomēr dažbrīd var rasties šaubas par to, kā ārstēt atsevišķas slimības, pat šķietami tik vienkāršas kā tuberkuloze vai hipertensija. Tāpat arī ne visi ētikas jautājumi medicīnā ir vienlīdz viegli atbildami. Uz dažiem atbildes var rast samērā ātri, galvenokārt tāpēc, ka atsevišķos jautājumos ir panākta liela vienprātība (konsenss) par rīcību noteiktā situācijā (piemēram, par to, ka ārstam noteikti jāprasa pacienta atļauja, ja viņu grib iesaistīt kādā pētījumā). Citi jautājumi ir sarežģītāki, it īpaši

tie, kuros vienprātība nav panākta, vai tie, kuros visām alternatīvām piemīt kādi trūkumi (piemēram, ierobežoto veselības aprūpes resursu racionāla izmantošana).

Kas isti ir ētika, un kā tā palīdz ārstiem tikt ar šādiem jautājumiem galā? Vienkārši runājot, ētika ir mācība par tikumību — rūpīgas un sistemātiskas pārdomas par morāla rakstura lēmumiem un uzvedību, kā arī to analīze pagātnē, tagadnē un nākotnē. Tikumība līdz ar to aplūko cilvēku lēmumu pieņemšanas un rīcības vērtību dimensiju. Mācība par tikumību savā leksikā ietver tādu lietvārdus kā «tiesības», «atbildība», «tikumi» un īpašības vārdus «slikts» («ļaus») un «labs» («pareizs»), «taisnīgs» un «netaisnīgs». Saskaņā ar šīm definīcijām ētikai, pirmkārt, ir jāaptver **zināšanas**, kamēr morāles (tikumības) pamatā ir **rīcība**. To ciešā sasaiste izpaužas tādējādi, ka ētiska rakstura bažas nodrošina cilvēkus ar racionāliem kritērijiem, kāpēc pieņemt, drīzāk pieņemt noteiktus lēmumus vai rīkoties noteiktā veidā nevis savādāk.

«..ētika ir mācība par tikumību — rūpīgas un sistemātiskas pārdomas par morāla rakstura lēmumiem un uzvedību, kā arī to analīze pagātnē, tagadnē un nākotnē.»

Tā kā ētika attiecas uz visiem cilvēka uzvedības un lēmumu pieņemšanas aspektiem, tad tās interešu sfēra ir plaša un sarežģīta ar daudziem atzarojumiem vai apakšnozarēm. Šīs rokasgrāmatas akcents galvenokārt tiek virzīts uz **medicīnas ētiku** — ētikas nozari, kas aplūko morālas dabas jautājumus medicīnas praksē. Medicīnas ētika ir tuva bioētikai (biomedicīniskajai ētikai), taču tās nav identiskas. Kamēr medicīnas ētikas intereses galvenokārt ir saistītas ar jautājumiem, kas rodas medicīnas praksē, biomedicīniskā ētika ir ļoti plaša disciplīna, kas risina morāles jautājumus, kurus rada bioloģijas disciplīnu attīstības process kopumā. Bioētika atšķiras no medicīnas ētikas arī ar to, ka tajā ne vienmēr nepieciešams akceptēt tās tradi-

cionālās vērtības, kuras, kā to redzēsim 2. nodaļā, veido medicīnas ētikas pamatus.

Kā akadēmiskai disciplīnai medicīnas ētikai ir izveidojusies sava specifiska leksika, kurā daudzi termini ir aizgūti no filozofijas. Šīs rokasgrāmatas lasīšana neprasa no lasītāja iepriekšējas zināšanas filozofijā, turklāt visu pamatterminu definīcijas dotas tai vietā tekstā, kur termins parādās glosārijā šīs grāmatas beigās.

KĀPĒC JĀAPGŪST MEDICĪNAS ĒTIKA?

«Ja ārsts ir zinošs un pieredzējis kliniķis, ētikai nav nekādas nozīmes.»

«Ētiku apgūst ģimenē, nevis medicīnas fakultātē.»

«Medicīnas ētiku vajag mācīties, skatoties, kā rīkojas pieredzējuši ārsti, nevis no grāmatām vai lekcijām.»

«Ētika ir svarīga, bet mūsu studiju programma jau tāpat ir pārblīvota, un ētikas mācīšanai tajā nav vietas.»

Tās ir tikai dažas atrunas, ar kurām tiek attaisnots fakts, ka ētikai medicīnas fakultāšu studiju programmās netiek piešķirta pietiekami nozīmīga vieta. Katrs no šiem argumentiem ir daļēji, taču tikai daļēji pareizs. Pamazām medicīnas fakultātes pasaulē tomēr sāk saprast, ka ir jādod studentiem pietiekami daudz laika ētikas apguvei. Veikt šādas pārmaiņas studiju programmās tās uzstājīgi mudināja PMA un Pasaules Medicīnas izglītības federācijas (*World Federation for Medical Education*). (C pielikums)

Šī rokasgrāmata skaidri parādīs ētikas nozīmi medicīnas izglītībā. Ētika ir un vienmēr ir bijusi svarīga medicīnas prakses sastāvdaļa. Tādi ētikas principi kā cieņa pret individu, informēta piekrišana un konfidencialitāte veido ārsta un pacienta attiecību pamatu. Tomēr

šo principu ievērošana dažās noteiktās situācijās bieži vien ir visai problemātiska, jo ārstiem, pacientiem, viņu ģimenes locekļiem vai citiem veselības aprūpes darbiniekiem var būt atšķirīgs viedoklis par to, kā pareizāk rīkoties konkrētās situācijās. Ētikas apguve sagatavo medicīnas studentus, lai viņi spētu saskatīt sarežģītas situācijas un tās risināt racionālā un principiālā veidā. Tāpat ētika ir svarīga ārstu mijiedarbībā ar sabiedrību, viņu attiecībās ar kolēģiem, kā arī medicīnisko pētījumu veikšanā.

«Ētikas apguve sagatavo medicīnas studentus, lai viņi spētu saskatīt sarežģītas situācijas un tās risināt racionālā un principiālā veidā.»

MEDICĪNAS ĒTIKA, ĀRSTA PROFESIONĀLISMS, CIVĒKTIESĪBAS UN LIKUMS

Kā varēsit lasīt 1. nodaļā, medicīnas ētika ir bijusi būtiska medicīnas sastāvdaļa jau vismaz kopš Hipokrāta (grieķu ārsts, kuru uzskata par medicīnas ētikas pamatlicēju) laika, V gadsimtā p.m.ē. Tieši viņš deva priekšstatu par medicīnu kā profesiju, kurā ārsts dod publisku solījumu, ka pacienta intereses viņam būs svarīgākas par savām (plašāk par to 3. nodaļā). Šajā rokasgrāmatā būs saskatāma saikne starp ētiku un profesionālismu.

Nesenā pagātnē medicīnas ētiku būtiski ietekmēja cilvēktiesību atīstība. Pluralistiskā un multikulturālā pasaulē, kurā valda daudzas atšķirīgas morālās tradīcijas, plaša starptautiska līmeņa vienošanās par cilvēktiesībām var kļūt par tādu medicīnas ētikas pamatu, kas spēj pārvarēt valstu un kultūru robežas. Turklāt ārstiem bieži nākas saskarties ar medicīniska rakstura problēmām, kuras radušās tādu cilvēktiesību pārkāpumu dēļ kā piespiedu migrācija vai spīdzināšana. Viņus plaši skar arī debates par to, vai veselības aprūpe ir uzskatāma par vienu no cilvēktiesībām, jo atbilde uz šo jautāju-

mu konkrētajā valstī lielā mērā noteiks, cik plašam cilvēku lokam medicīniskā aprūpe būs pieejama. Šajā grāmatā cilvēktiesību jautājumam ir pievērsta liela uzmanība, jo tas ļoti spēcīgi ietekmē medicīnas praksi.

Medicīnas ētika ir cieši saistīta ar likumiem. Vairumā valstu jau ir pieņemti likumi, kas nosaka, kā ārstam jārisina ētiskas dabas jautājumi, kas rodas pacientu aprūpes un medicīnisko pētījumu gaitā. Turklāt katrā valstī ir licencēšanas komisijas vai citas pārraudzības iestādes, kas var piemērot dažādas sankcijas ārstiem, kas neievēro ētikas principus. Tomēr ētika un likums nav identiski. Visai bieži ētika pieprasa augstākus uzvedības standartus nekā likums, bet dažreiz tā pieprasa, lai ārsts neievēro likumus, kas pieprasa neētisku rīcību. Turklāt likumi katrā valstī ir atšķirīgi, kamēr ētika sniedzas pāri valstu robežām. Šo iemeslu dēļ rokasgrāmatā vairāk apskatīta ētika nekā likumi.

**«..bieži ētika pieprasa
augstākus uzvedības
standartus nekā likums,
bet dažreiz tā pieprasa, lai
ārsts neievēro likumus,
kas pieprasa neētisku
rīcību.»**

KOPSAVILKUMS

Medicīna ir gan zinātne, gan māksla. Zinātne balstās galvenokārt uz to, ko var novērot un izmērīt, un kompetents ārsts atpazīst slimību simptomus un var palīdzēt atgūt veselību. Bet zinātniskajai medicīnai ir savas robežas, sevišķi runājot par cilvēka individualitāti, kultūru, reliģiju, brīvību, tiesībām un atbildību. Medicīnas māksla ietver medicīnas tehnoloģiju piemērošanu individuāliem pacientiem, ģimenēm un kopienām, kuras nekad nebūs vienādas. Kaut gan atšķirības starp indivīdiem, ģimenēm un kopienām pēc sava rakstura lielākoties nav fizioloģiskas, tās ir pamanāmas tikai no mākslas, humanitāro un sociālo zinātņu viedokļa, un tajās ētikai ir visai nozīmīga loma. Starp citu, ētika bagātinās ar datiem un ieskatu no citu disciplīnu viedokļa, piemēram, kādas klīniskas situācijas teatrāla izspēle var būt iespaidīgāks pārdzīvojuma un analīzes stimuls nekā vienkāršs gadījuma apraksts.

Šī rokasgrāmata piedāvā tikai pamata ievadkursu medicīnas ētikā un dažos tās nozīmīgākajos jautājumos. Tai būtu jāpamato vajadzība pēc regulārām pārdomām par medicīnas ētisko dimensiju un, jo īpaši, spēju tikt galā ar tiem ētiskas dabas jautājumiem, ar kuriem jums klīniskajā praksē nākas saskarties. B pielikumā ir atrodams resursu saraksts, kas palīdzēs jums padziļināt zināšanas šai jomā.

1. NODAĻA. MEDICĪNAS ĒTIKAS PAMATIEZĪMES



Viena diena franču vispārīgās prakses ārsta dzīvē
© Gilles Fonlupt/CORBIS

MĒRĶI

Pēc šīs nodaļas izlasīšanas jūs varēsiet:

- izskaidrot, kāpēc ētika medicīnā ir tik svarīga;
- identificēt galvenos medicīnas ētikas avotus;
- atšķirt dažādas pieejas ētisku lēmumu pieņemšanai, arī paša lasītāja pieeju.

KĀDAS IR MEDICĪNAS ĪPATNĪBAS?

Liekas, ka cilvēces rakstītās vēstures laikā un pasaulē, ārsta esamībai vienmēr ir tikusi piešķirta īpaša nozīmība. Cilvēki dodas pie ārsta, lai saņemtu palīdzību visneatliekamāko vajadzību gadījumā — remdētu sāpes un ciešanas, atjaunotu veselību un labsajūtu. Viņi ļauj ārstiem sevi apskatīt, aizskart un veikt manipulācijas ar jebkuru ķermeņa daļu, neizslēdzot pat visintīmākās. Viņi to dara, jo tic, ka ārstu pilnībā rīkojas pacienta interesēs.

«Daudzi ārsti uzskata, ka viņi vairs nebauda tādu cieņu kā agrāk.»

Ārstu statuss dažādās valstīs un pat vienas valsts robežās mēdz būt atšķirīgs. Pēdējā laikā šķiet, ka viņu statuss kopumā sāk pasliktināties. Daudzi ārsti uzskata, ka viņi vairs nebauda tādu cieņu kā agrāk. Dažās valstīs veselības aprūpes pārraudzība no ārstiem pakāpeniski nonākusi profesionālu administratoru un birokrātu rokās, turklāt daži no viņiem ārstus uzskata nevis par partneriem, bet drīzāk gan par traucēkli veselības aprūpes reformas īstenošanā. Pacienti, kas agrāk bez ierunām pieņēma ārsta norādījumus, tagad lūdz ārstiem pamatot savus ieteikumus, ja tie atšķiras no padomiem, kas gūti no citām ārstniecības personām vai no interneta. Dažas procedūras, kas agrāk ietilpa tikai ārstu kompetencē, mūsdienās veic medicīnas tehniķi, medicīnas māsas vai citas personas ar specializētu medicīnisko izglītību¹.

Par spīti šīm pārmaiņām, kas apdraud ārstu statusu, medicīnu kā profesiju vēl joprojām augstu vērtē slimie cilvēki, kam nepieciešami viņu pakalpojumi. Tā joprojām turpina piesaistīt daudzus

«Lai attaisnotu pacientu un studentu cerības, ir svarīgi, lai ārsti zinātu un iemiesotu medicīnas pamatvērtības..»

1. Šai gadījumā angļu *paramedics* vai franču *personnel paramedical* ir apkojošā grupa, kurai latviski nav viena visaptveroša nosaukuma, tādēļ tas jāatveido aprakstoši (šeit un turpmāk parindes piezīmju autors ir tulkojuma zinātniskais redaktors Māris Baltiņš).

apdāvinātus, centīgus un šim aicinājumam uzticīgus studentus. Lai attaisnotu pacientu un studentu cerības, ir svarīgi, lai ārsti zinātu un iemiesotu medicīnas pamatvērtības, jo sevišķi līdzcietību, kompetenci un autonomiju. Šīs vērtības kopā ar pietāti pret cilvēka pamattiesībām veido medicīnas ētikas pamatus.

KĀDAS IR MEDICĪNAS ĒTIKAS ĪPATNĪBAS?

Līdzcietība, kompetence un autonomija nekādā ziņā nav raksturīgas vienīgi medicīnai. Tomēr no ārstiem mēdz sagaidīt, ka viņiem šīs īpašības piemīt lielākā mērā nekā daudzu citu profesiju pārstāvjiem un ka viņi tādējādi kalpo par piemēru citiem.

Līdzcietība, kuru varētu definēt kā sapratni un rūpes par otra cilvēka ciešanām, ir ļoti būtiska ārsta prakses sastāvdaļa. Lai risinātu pacienta problēmas, ārstam jāspēj identificēt simptomus, ko pacients izjūt, un cēloņus, kas tos izraisa, kā arī jāpalīdz pacientam atgūt veselību. Pacienta atveseļošanās noris sekmīgāk, ja viņš jūt, ka ārsts saprot viņa bažas un patiesi vēlas ārstēt viņu, nevis tikai viņa slimību.

No ārstiem tiek gan prasīts, gan arī sagaidīts augsts **kompetences** līmenis. Tās trūkums var novest pie pacienta nāves vai citām smagām sekām. Lai iegūtu nepieciešamo kompetenci, ārstiem ilgu gadu jāmācās, turklāt, ņemot vērā medicīnas zināšanu straujo izaugsmi, nepieciešams nepārtraukti uzturēt savu kompetences līmeni. Turklāt tās nav tikai teorētiskas zināšanas vai praktiskas iemaņas, bet arī ētiskas atziņas, iemaņas un attieksme, jo pārmaiņas medicīnas praksē, kā arī tās sociālajā un politiskajā kontekstā izvirza arvien jaunus ētiska rakstura jautājumus.

Autonomija jeb pašnoteikšanās ir medicīnas pamatvērtība, kas pēdējos gados ir mainījies visvairāk. Individuāli praktizējošiem

ārstiem līdz šim bijusi iespēja baudīt visai lielu klīnisko autonomiju, pieņemot lēmumus par to, kā viņu pacienti ārstējami. Turklāt ārsti kā profesionāla grupa kopumā varēja pilnīgi brīvi noteikt medicīnas

PASAULES MEDICĪNAS ASOCIĀCIJAS ŽENĒVAS DEKLARĀCIJA

Atzīstot mani par mediķa profesijas pārstāvi,

ES svinīgi apņemos veltīt savu dzīvi, lai kalpotu cilvēcei,

ES cienīšu un būšu pateicīgs saviem skolotājiem,

ES strādāšu savā profesijā ar sirdsapziņu un godu,

MANA pacienta veselība man būs galvenais,

ES cienīšu noslēpumus, kas man uzticēti, pat pēc pacienta nāves,

ES visiem spēkiem saglabāšu mediķa profesijas godu un cēlās tradīcijas,

MANI kolēģi būs mani brāļi un māsas,

ES neļaušu pacienta vecumam, slimībai vai invaliditātei, ticībai, etniskajai piederībai, dzimumam, tautībai, politiskajai piederībai, rasei, seksuālajai orientācijai, sociālajam stāvoklim vai kādam citam faktoram nostāties starp manu pienākumu un pacientu,

ES saglabāšu vislielāko cieņu pret cilvēka dzīvību, pat esot apdraudēts,

ES nelietošu savas medicīnas zināšanas, lai pārkāptu cilvēktiesības un pilsoņu tiesības,

ES dodu šos solījumus svinīgi, brīvprātīgi un ar godu.

izglītības un prakses standartus. Šajā rokasgrāmatā mēs redzēsim, kā šai ziņā situācija daudzās valstīs ir mainījusies, valdībām vai citām pārvaldes struktūrām uzņemoties kontroli pār ārstiem. Par spīti tam ārsti joprojām augstu vērtē savu klīnisko un profesionālo autonomiju un pēc iespējas cenšas to saglabāt. Vienlaikus visā pasaulē vismaz daļā ārstu vispārēju izpratni un atbalstu guvusi pacienta autonomijas ideja tajā nozīmē, ka tikai pacientam jābūt tam, kurš pieņem gala lēmumu par jautājumiem, kas tieši skar viņu pašu. Šajā rokasgrāmatā tiks aplūkoti daži piemēri par konfliktiem starp ārsta autonomiju un pacienta autonomijas ievērošanu.

Bez šīm savām trim pamatvērtībām medicīnas ētika no vispārīgās ētikas, kas piemērojama visiem, atšķiras arī ar to, ka tā tiek publiski apliecināta ar zvērestu, piemēram, Pasaules Medicīnas Asociācijas (PMA) Ženēvas deklarāciju un/vai kādu citu kodeksu. Dažādās valstīs un pat vienas valsts ietvaros zvēresti un kodeksi mēdz būt atšķirīgi, bet tiem ir vairākas kopīgas iezīmes, iekļaujot solījumus, ka pacientu intereses ārsts turēs augstāk par savām, ka nediskriminēs pacientus to rases, reliģijas vai citas cilvēktiesībās noteiktas pazīmes dēļ, ka viņš aizsargās pacientu informācijas konfidencialitāti un sniegs neatliekamo palīdzību ikvienam, kam tā nepieciešama.

KURŠ IZLEMJ, KAS IR ĒTISKS?

Ētika ir daudzšķautņaina. Atsevišķi indivīdi nereti nespēj vienoties par to, kas ir labs un kas — slikts, un, pat ja viņi arī par kaut ko vienojas, tad viņi to var darīt atšķirīgu apsvērumu dēļ. Dažās sabiedrībās šādas domstarpības tiek uzskatītas par normālām, un ļoti liela nozīme tiek piešķirta indivīda brīvībai rīkoties pēc saviem ieskatiem, ja vien viņš nepārkāpj citu cilvēku tiesības. Tradicionālāk orientētā sabiedrībā turpretim ētika nereti kļūst par plašākas vienošanās objektu un vērojams lielāks sociāls spiediens, kas reizēm sakņojas likumos, lai indivīdi dotu priekšroku noteikta veida rīcībai, nevis kā-

dai citai. Šajās sabiedrībās noteicošo lomu ētiskas uzvedības izvēlē nosaka kultūras īpatnības un reliģija.

Dažādās sabiedrībās, reizēm vienā un tajā pašā sabiedrībā, atbilde uz jautājumu, kurš izlemj, kas vispār ir ētisks, var būt atšķirīga. Liberālākās sabiedrībās indivīdam tiek piešķirta liela izvēles un rīcības brīvība, taču visticamāk to ietekmēs draugi, ģimene, reliģija, plašsaziņas līdzekļi un citi ārēji avoti. Savukārt tradicionālāk orientētās sabiedrībās būtiskāka nozīme ētisku principu noteikšanā ir ģimenei un cilšu vecākajiem, reliģiskajām autoritātēm un politiskajiem līderiem, nevis atsevišķam indivīdam.

Par spīti šīm atšķirībām vairums cilvēku spēj vienoties par dažiem kopīgiem ētikas pamatprincipiem, proti, cilvēka pamattiesības ir noteiktas ANO Vispārējā cilvēktiesību deklarācijā (*United Nations Universal Declaration of Human Rights*) un citos atzītos un oficiāli pieņemtos dokumentos. Par vissvarīgākajām cilvēktiesībām no medicīnas ētikas viedokļa uzskatāmas tiesības uz dzīvību, brīvība no diskriminācijas, kā arī no spīdzināšanas un cietsirdīgas, nehumānas un pazemojošas attieksmes, uzskatu un vārda brīvība, vienādas tiesības uz sabiedrisko pakalpojumu pieejamību valstī un tiesības uz medicīniskās aprūpes pieejamību.

Uz jautājumu «Kurš izlemj, kas ir ētisks un kas — ne?» ārstu atbilde vēl pavisam nesen bija nedaudz citāda nekā pārējiem cilvēkiem. Gadsimtu gaitā ārstu vidē izveidojās savi uzvedības standarti ētikas kodeksu un deklarāciju veidā, kas bija jāievēro profesionālās grupas locekļiem. Pasaules līmenī PMA ir noteikusi plašas un vispārīgas ētiska rakstura nostādnes, kas nosaka ārstu uzvedības standartus neatkarīgi no tā, kur tie dzīvo un praktizē. Vairumā valstu, varbūt pat it visās valstīs, ārstu biedrības ir atbildīgas par šo standartu attīstīšanu un ieviešanu. Atkarībā no attiecīgās valsts pieejas medicīnas tiesiskajam regulējumam šie standarti var iegūt tiesību aktu statusu.

Tomēr nekad nav bijis tā, ka ārstiem būtu piešķirtas absolūtas privilēģijas pašiem noteikt savus ētikas standartus. Lūk, daži piemēri:

- Ārstiem vienmēr tiek piemēroti vispārīgie valsts likumi, un dažreiz viņus var sodīt, ja rīkojas pretēji šo likumu normām;
- Dažas medicīnas organizācijas spēcīgi ietekmē reliģiskās doktrīnas, kuras bez medicīnas ētikas normām, kas ir saistošas visiem ārstiem, uzliek saviem biedriem vēl papildu pienākumus;
- Dažās valstīs to organizāciju, kuras ir pilnvarotas noteikt ārstu uzvedības standartus un kontrolēt to ievērošanu, biedru vidū ir daudz «neārstu».

Ārstu biedrību ētiskās direktīvas ir vispārīgas, un tajās, protams, nav aplūkotas visas situācijas, ar kādām ārsti varētu sastapties ikdienas profesionālajā darbībā. Vairumā gadījumu ārstam pašam jāizlemj, kas ir labs un kas ne, bet šādā lēmumu pieņemšanas brīdī ir visai lietderīgi zināt, kā līdzīgā situācijā rīkotos citi kolēģi. Medicīnas ētikas kodeksi atspoguļo vispārīgu vienprātību, kā ārstam būtu jārikojas un šie noteikumi ir jāievēro, ja vien nav pietiekami būtisku iemeslu rīkoties citādi.

«..šādā lēmumu pieņemšanas brīdī ir visai lietderīgi zināt, kā līdzīgā situācijā rīkotos citi kolēģi.»

VAI MEDICĪNAS ĒTIKA MAINĀS?

Gadu gaitā medicīnas ētika tomēr ir mainījusies. Vēl pavisam nesen ārstam bija pienākums un tiesības brīvi lemt par pacienta ārstēšanas kursu un nekādu prasību par pacienta informēšanu nebija. Turpretim PMA «Pacientu tiesību deklarācijas» 1995. gada versija sākas ar šādu apgalvojumu: «Pēdējā laikā attiecības starp ārstiem, pacientiem un sabiedrību kopumā ir būtiski mainījušās. Kaut gan ārstam vienmēr jārikojas saskaņā ar savu sirdsapziņu un vienmēr —

pacienta interesēs, viņam tajā pašā laikā jānodrošina arī pacienta autonomija un taisnīgums.» Šobrīd daudzi uzskata, ka viņi paši sev ir veselības aprūpes sniedzēji, ārstam atvēlot vienīgi konsultanta vai izglītotāja lomu. Lai arī šāds redzējums par pašaprūpi kā veselības aprūpes nākotni nepavisam nav vispārināms, tomēr šāda vēlme turpina pieaugt un ir simptomātiska ārsta un pacienta attiecību pārmaiņu tendence, kas uzliek ārstam citādus ētiskos pienākumus nekā bija iepriekš.

Vēl pavisam nesen ārsti uzskatīja, ka viņi ir *atbildīgi* tikai sevis, savu kolēģu, vai — ticīgie — Dieva priekšā. Mūsdienās ārstiem bez atbildības par saviem pacientiem ir jāuzņemas arī papildu atbildība — viņiem jārēķinās ar trešās puses, kā, piemēram, slimnīcas vai veselības aprūpes organizētāju¹, dažādu licenzēšanas komisiju un pārraudzības iestāžu viedokli, arī ar atbildību tiesas priekšā. Šīs dažādās atbildības nereti nonāk pretrunā cita ar citu, kā tas būs redzams trešajā nodaļā diskusijā par dubultlojalitāti.

«Šīs dažādās atbildības nereti nonāk pretrunā cita ar citu...»

Arī citās jomās medicīnas ētika ir mainījusies. Vēl pavisam nesen ētikas kodeksi noliedza abortus, bet tagad vairumā valstu daudzos gadījumos ārstu attieksme pret tiem ir visai iecietīga. Ja tradicionālajā medicīnas ētikā ārsta atbildība galvenokārt bija saistīta ar individuālu pacientu, tagad valda uzskats, ka ārstam jāņem vērā arī sabiedrības vajadzības, piemēram, izlietojot ierobežotos veselības aprūpes resursus.

1. Terminam, kas lietots kodeksa angļu tekstā *managed healthcare organizations* vai franču *administrations de soins de santé*, nav tiešas atbilstmes latviešu valodā, jo šāds veselības aprūpes apdrošināšanas un organizācijas veids uzskatāms par specifisku ASV eksistējošu parādību, kam vairumā valstu analoga nav. Tādēļ latviski šeit izvēlēts vispārīgs termins.

Medicīnas zinātnes un tehnoloģiju izaugsme ir izraisījusi virkni ētiska rakstura jautājumu, uz kuriem tradicionālā medicīnas ētika nespēj rast atbildes. Mākslīgā apaugļošana, ģenētika un veselības datu informatizēšana, kā arī dzīvības uzturēšanas un paildzināšanas tehnoloģijas — tas viss prasa ārstu līdzdalību un atkarībā no tā, kā tās piemēro praksē, var nest pacientam ne vien lielu labumu, bet arī potenciālu kaitējumu. Lai palīdzētu ārstiem izlemt, vai vispār un kādos apstākļos šādas darbības veikt, ārstu biedrībām jāpiemēro dažāda rakstura situācijas analīzes metodes, lai gan vienkārši varēja atsaukties uz esošajiem medicīnas ētikas kodeksiem.

Par spīti šīm krasajām pārmaiņām medicīnas ētikā ārstu vidū valda vienprātība, ka medicīnas pamatvērtības un ētiskie principi nav grozāmi, vismaz tiem nevajadzētu mainīties. Tā kā cilvēks būs pakļauts dažādām slimībām, vienmēr būs vajadzīga līdzcietīga, kompetenta un autonoma ārsta palīdzība.

VAI MEDICĪNAS ĒTIKA DAŽĀDĀS VALSTĪS IR ATŠĶIRĪGA?

Tāpat kā medicīnas ētika var mainīties un arī mainās laika gaitā, attīstoties medicīnas zinātnei un tehnoloģijām, kā arī mainoties sociālām vērtībām, tā atkarībā no šiem pašiem faktoriem var būt atšķirīga dažādās valstīs. Piemēram, eitanāzijas jautājumā dažādu valstu ārstu biedrībām ir krasi atšķirīgi viedokļi. Viena to pilnībā noliedz, citas ieņem neitrālu pozīciju, bet vismaz viena — Karaliskā Nīderlandes Ārstu biedrība — noteiktos apstākļos to atzīst. Tāpat jautājumā par veselības aprūpes pieejamību dažu valstu ārstu biedrības atbalsta visu pilsoņu vienlīdzības principu, kamēr citas pieļauj samērā lielu nevienlīdzību. Dažās valstīs ir liela interese par medicīnas ētikas problēmām saistībā ar jaunāko medicīnas tehnoloģiju lietojumu, turpretim citās, kur tās nav pieejamas, šāda veida problēmas nerodas. Daudzās valstīs ārsti jūtas droši, ka valdība viņu darbā neiejausies un nespiedīs pieņemt neētiskus lēmumus,

turpretī citās zemēs ārstiem ir samērā grūti ievērot ētikas kodeksu, piemēram, nodrošināt pacientu konfidencialitāti, saduroties ar policijas vai armijas prasībām sniegt ziņas par «aizdomīgiem» ievainojumiem.

Lai arī šis atšķirības šķiet ļoti būtiskas, tomēr līdzīgā ir daudz vairāk. Pasaulē ārstiem ir daudz kas kopīgs, un, kad tie apvienojas tādās organizācijās kā PMA, parasti spēj vienoties par kopīgu viedokli pret-runīgos ētiskos jautājumos, kaut arī bieži tas prasa garas debates un diskusijas. Tādas fundamentālas pamatvērtības kā līdzcietība, kompetence un autonomija kopā ar ārsta pieredzi un prasmēm par visiem medicīnas un veselības aprūpes aspektiem rada kopīgu bāzi medicīnas ētikas jautājumu analīzei un rod risinājumu, kas ir vislabākie gan individuāliem pacientiem un pilsoņiem, gan arī atbilst kopīgām sabiedrības veselības interesēm.

PASAULES MEDICĪNAS ASOCIĀCIJAS NOZĪME

Kā vienīgā starptautiskā organizācija, kas pārstāv visus ārstus neatkarīgi no to tautības vai specialitātes, PMA ir apņēmusies iedibināt vispārējās, pasaulē piemērojamas medicīnas ētikas pamatnormas. Jau no paša darbības sākuma (1947) tā ir strādājusi, lai neatkārtotos tādu neētisku ārstu rīcību, kāda tika īstenota nacistiskajā Vācijā un citur. PMA pirmais uzdevums bija pielāgot Hipokrāta zvērestu XX gadsimta vajadzībām, tāpēc tapa Ženēvas deklarācija (*Declaration of Geneva*), kas tika pieņemta PMA 2. Ģenerālajā asamblejā 1948. gadā. Tā ir vairākkārt pārstrādāta, pēdējo reizi — 1994. gadā. Otrais uzdevums bija izveidot Starptautisko medicīnas ētikas kodeksu (*International Code of Medical Ethics*), kuru pieņēma 3. Ģenerālajā asamblejā 1949. gadā. Tas tika pārstrādāts 1968. un 1983. gadā, un arī šobrīd risinās darbs pie kārtējās kodeksa redakcijas. Nākamais uzdevums, kurā iesaistījās PMA, bija ētisku vadlīniju izstrāde par pētījumiem ar cilvēkiem. Tas aizņēma daudz vairāk lai-

ka nekā pirmie divi dokumenti, jo tikai 1964. gadā šis vadlīnijas tika pieņemtas Helsinku deklarācijā (*Declaration of Helsinki*). Arī šis dokuments ir ticis vairākkārt pārstrādāts un labots, pēdējo reizi — 2000. gadā.

Papildus šīm ētikas pamatatziņām PMA ir pieņēmusi rīcībpolitikas pamatnostādnes par vairāk nekā simts jautājumiem. Vairumā gadījumu tie bija ētiskas dabas, tomēr daži no tiem skāra sociālmedicīnisku tematiku, ieskaitot medicīnisko izglītību un veselības aprūpes sistēmas. Katru gadu PMA Ģenerālajā asamblejā tiek laboti un papildināti daži jau esošie dokumenti, kā arī pieņemti jauni.

«..PMA ir apņēmusies iedibināt vispārējās, pasaulē piemērojamas medicīnas ētikas pamatnormas.»

KĀ PMA IZLEMJ, KAS IR ĒTISKS?

Sasniegt starptautisku vienprātību pretrunīgos ētiskas dabas jautājumos nav viegls uzdevums pat tādā samērā viendabīgā grupā kā ārsti. Lai pieņemtu lēmumu par katra ētiskas dabas jautājuma izlemšanu vai esošo nostādņu pārstrādāšanu, PMA Ģenerālajā asamblejā tam jānodrošina konsenss ar vismaz 75% balsu atbalstu. Priekšnosacījums, lai sasniegtu tik lielu vienprātību, ir plašas konsultācijas par konkrēto ētikas pamatnostādņu projektu, rūpīgi ieklausoties PMA Medicīnas ētikas komitejas komentāros vai dažkārt arī attiecīgās problēmas analīzes ieteikumos, ko dod speciāli izpēti izvei-

«Sasniegt starptautisku vienprātību pretrunīgos ētiskas dabas jautājumos nav viegls uzdevums..»

dota darba grupa un, turpmāk pārstrādājot projektu, un bieži vien turpinot atkārtotas konsultācijas. Šis process atkarībā no jautājuma aktualitātes var būt ļoti laikietilpīgs un sarežģīts. Piemēram, pēdējā Helsinku deklarācijas pārstrādāšana tika uzsākta 1997. gada

sākumā, bet pabeigta — tikai 2000. gada oktobrī. Un arī tad vairāki jautājumi palika neizskatīti un nodoti Medicīnas ētikas komitejai un darba grupām jautājumu precizēšanai.

Pareiza procesa norise ir svarīga, bet tā ne vienmēr garantē labu rezultātu. Pieņemot lēmumus par ētiskas dabas problēmām, PMA balstās uz senām medicīnas ētikas tradīcijām, kuras atspoguļojas jau agrāk pieņemtajās ētikas pamatnostādnēs. Tāpat tā ņem vērā arī citu pušu uzskatus par konkrēto jautājumu — gan valstu un starptautisko organizāciju oficiālo nostāju, gan arī ētikas jautājumos pieredzējušu speciālistu individuālo viedokli. Dažos jautājumos, piemēram, par informēto piekrišanu, vērojama vairākuma vienprātība ar PMA, savukārt citos, piemēram, par individuālo medicīnisko datu konfidencialitāti, ārstu viedoklis aktīvi jāaizstāv pret valdības, veselības aprūpes sistēmas organizatoru un/vai komercuzņēmumu prasībām. Pamatiezīme, kas raksturo PMA konceptuālo pieeju ētikas jautājumiem, ir prioritārās nozīmes piešķiršana individuālam pacientam vai pētījuma dalībniekam. Citējot Ženēvas deklarāciju, ārsts sola: «Pacienta veselība man ir pirmajā vietā». Helsinku deklarācijā formulēts: «Veicot medicīniskus pētījumus ar cilvēkiem, pirmkārt, jāņem vērā konkrētā cilvēka labklājība, nevis zinātnes un sabiedrības intereses».

KĀ INDIVĪDS IZLEMJ, KAS IR ĒTISKS?

Ārstiem un medicīnas studentiem medicīnas ētika neaprobežojas ar vienkāršu PMA vai citu ārstu organizāciju ieteikumu ievērošanu. Šie ieteikumi bieži vien ir vispārīgi, un katram pašam jānovērtē radusies situācija un jāsaprot, vai tos var piemērot vai ne. Turklāt bie-

«Dažos jautājumos, ..
ārstu viedoklis aktīvi
jāaizstāv pret valdības,
veselības aprūpes sistēmas
organizatoru un/vai
komercuzņēmumu
prasībām.»

ži vien medicīnas praksē izvirzās tādi ētiskas dabas jautājumi, uz kuriem neviena medicīniskā asociācija nepiedāvā gatavus ieteikumus. Jāņem vērā, ka tieši indivīdi paši ir atbildīgi par saviem ētiskas dabas lēmumiem un to piemērošanu.

«Jāņem vērā, ka tieši
indivīdi paši ir atbildīgi
par saviem ētiskas
dabas lēmumiem un to
piemērošanu.»

Iespējamās dažādas pieejas tādiem ētiska rakstura jautājumiem kā konkrēto gadījumu analīzei, kuri izklāstīti šīs rokasgrāmatas sākumā. Nosacīti tās var iedalīt divās lielās kategorijās: racionālās un neracionālas. Svarīgi saprast, ka vārds «neracionāls» šajā gadījumā nav lietots ar nozīmi iracionāls, ar to gluži vienkārši saprot to, kas atšķiras no sistemātiskas un pārdomātas prāta izmantošanas lēmuma pieņemšanā.

Neracionālās pieejas:

- **Paklausība** ir ierasts ētisku lēmumu pieņemšanas veids, it īpaši bērniem un tiem, kas strādā autoritāra rakstura institūcijās (piemēram, armijā, policijā, reliģiskās organizācijās, daudzos uzņēmumos). Tikumiska uzvedība tad nozīmē tikai sekošanu noteikumiem vai norādījumiem, kurus dod tie, kam deleģēta vara, neatkarīgi no tā, vai indivīds tiem piekrīt vai ne.
- **Atdarināšana** ir līdzīga paklausībai tai ziņā, ka bez ierunām tiek pieņemts cita cilvēka, atdarināmās personas, spriedums. Tikumiska rīcība tādējādi ir sekošana atdarināmajai personai. Iespējams, šis ir visizplatītākais medicīnas ētikas apgūšanas veids, topošajiem ārstiem mācoties no pieredzē bagātiem kolēģiem — vērojot viņus darbībā un apgūstot viņu vērtību sistēmu.

- **Izjūtas vai vēlmes** — subjektīva pieeja morālas dabas lēmumu pieņemšanai un uzvedībai. Pareizs ir tas, ko izjūt par pareizu vai kas apmierina kāda vēlmes, savukārt tas, ko izjūt par nepareizu vai kas šādas vēlmes nepiepilda, ir nepareizs. Tikumiskas uzvedības mērs meklējams katrā individuā, un, protams, tas būs krasi atšķirīgs ne vien dažādiem indivīdiem, bet pat vienam un tam pašam cilvēkam dažādos laika posmos.
- **Intuīcija** ir sākotnējā uztvere (sajūtu impulss), kā konkrētā situācijā vajadzētu rīkoties. Tā ir līdzīga jau minētajām **izjūtām** vai **vēlmēm**, un arī tā ir pilnīgi subjektīva, tomēr intuīcija drīzāk saistāma ar prātu, nevis ar gribu. Salīdzinājumā ar paklausību, atdarināšanu un izjūtām vai vēlmēm tā zināmā mērā jau ir tuvāka racionālai ētisku lēmumu pieņemšanai. Tomēr tā nav ne sistemātiska, ne pārdomāta, un lēmumu pieņemšana balstās uz acumirkliņu iekšējo sajūtu impulsu. Tāpat kā iepriekšējā pieeja, arī šī ir individuāla un būs krasi atšķirīga ne vien dažādiem indivīdiem, bet pat vienam un tam pašam cilvēkam dažādos laika posmos.
- **Ieradums** ir ļoti efektīva lēmumu pieņemšanas metode, jo nav nepieciešams atkārtot sistemātisku lēmumu pieņemšanas procesu ik reizes, kad rodas kāds ētiskas dabas jautājums, kas līdzīgs jau reiz bijušam. Tomēr ir gan slikti (piemēram, melošana), gan labi ieradumi (piemēram, patiesības teikšana), turklāt šķietami līdzīgas situācijas reizēm pieprasa ļoti atšķirīgus lēmumus. Lai arī cik ieradums būtu derīgs, pilnīgi uz to paļauties nevar.

Racionālās pieejas:

Tā kā ētika ir tikumiskas rīcības jautājumu izpēte studiju disciplīna, tā, protams, pazīst un pieņem, ka ētiskas dabas uzvedībā un lēmumu pieņemšanā dominē šīs neracionālās pieejas. Tomēr ētika vis-

pirms interesējas par racionālajām pieejām. Tās ir četras: deontoloģija, konsekventālisms, principiālisms un tikumu ētika.

- **Deontoloģija** rūpējas par labi pamatotu likumu meklēšanu, kas varētu kalpot par pamatu morāla rakstura lēmumu pieņemšanai. Labs piemērs ir atziņa «pret visiem cilvēkiem izturies vienādi». Tās pamats var būt reliģisks (visas Dieva radītās cilvēciskās būtnes ir vienlīdzīgas) vai nereliģisks (visi cilvēki ir gandrīz vienu un to pašu gēnu nesēji). Kad likumi ir ieviesti, atliek tos piemērot dažādās konkrētās situācijās, un te jau rodas vieta domstarpībām par to, ko īsti likumi no mums pieprasa (piemēram, vai likums par citas cilvēcīgas būtnes nonāvēšanas nepieļaujamību aizliedz arī abortu vai nāvessodu).
- **Konsekventālisms** ētisko lēmumu pieņemšanu balsta uz dažādu seku un iespējamo galarezultātu analīzi. Pareiza rīcība nedod vislabākos gala rezultātus. Protams, arī te iespējamas domstarpības par to, kas tad ir uzskatāms par labu gala rezultātu. Viens no labāk zināmajiem konsekventālisma paveidiem — utilitārisms — jau nosaukumā ietver tādu mēru kā lietderību, to definējot kā iespēju «panākt iespējami lielāku labumu iespējami lielākai cilvēku grupai». Citi gala rezultātu raksturlielumi, ko mēdz lietot veselības aprūpes lēmumu pieņemšanā, ir izmaksu efektivitāte un dzīves kvalitāte, kuru izsaka ar — QALY (*quality-adjusted life-years*, pēc kvalitātes standartizētie mūža gadi) vai ar DALY (*disability-adjusted life-years*, pēc nespējas standartizētie mūža gadi). Konsekventālisma piekritēji neizmanto pārāk daudz principu — tos ir tik grūti identificēt, sakārtot prioritārā secībā un piemērot dzīvē, tāpat bieži vien viņi neņem vērā, ko tad īsti nozīmē morāla rakstura lēmumu pieņemšanas pamats, proti, gala rezultāti. Šī nosacītā atteikšanās no principiem var radīt iespaidu par «mērķis attaisno līdzekļus», tādēļ, piemēram, lai sasniegtu kādu sociālu mērķi, var neievērot individuālās cilvēktiesības.

- **Principiālisms**, kā jau pats nosaukums to rāda, lēmumu pieņemšanas pamatā izvirza ētiskus principus. Tie tiek piemēroti dažādām situācijām, lai noteiktu, kā pareizi būtu jārikojas, ņemot vērā gan likumus, gan iespējamās rīcības sekas. Pēdējā laikā diskusijās par dažādiem ētiskas dabas jautājumiem šī pieeja ir bijusi ārkārtīgi ietekmīga, jo sevišķi ASV. Diskusijās tika identificēti četri vissvarīgākie medicīnas praksē piemērojamie principi ētiska rakstura lēmumu pieņemšanā: autonomijas respektēšana, darīt labu, nekaitēt un taisnīgums. Racionālā lēmumu pieņemšanā principiem ir ļoti svarīga nozīme. Tomēr šo četru principu izvēle un sarindošana prioritārā secībā, sākot ar autonomiju, ir rietumu liberālās kultūras ietekme, nevis kāda universāla principa atspoguļojums. Turklāt šie četri principi noteiktās situācijās var nonākt pretrunā cits ar citu, tādēļ vajadzīgi noteikti kritēriji vai metodes, kas ļautu šādus principu konfliktus risināt.

- **Tikumu ētika** vairāk interesējas par lēmuma pieņēmēju raksturu un to, kā raksturs izpaužas viņa uzvedībā, nevis par pašu lēmumu pieņemšanu. Tikumi ir izcilu morālu īpašību kopums. Kā jau iepriekš minēts, viens no svarīgākajiem ārsta tikumiem ir līdzcietība. Citi tikumi iemieso godīgumu, apdomību un savas misijas apziņu. Ārsti, kam šādi tikumi piemīt, visticamāk, pieņems arī pareizus lēmumus un spēs tos pareizi īstenot dzīvē. Tomēr pat augsti tikumīgi cilvēki mēdz būt nedroši par to, kā rīkoties noteiktās situācijās, un nav pasargāti no aplamu lēmumu pieņemšanas.

Neviena no šīm pieejām, kā arī jebkura cita, kas varētu tikt ieteikta, nevar pretendēt uz vispārēju piekrišanu. Individīdi un viņu motīvi, dodot priekšroku racionālai vai neracionālai ētiska rakstura lēmumu pieņemšanai, ir atšķirīgi. Tas ir izskaidrojams ar to, ka katrai no šīm pieejām ir stiprās un vājās puses. Iespējams, ka visu četru pieeju kombinācija, kas aptvertu visas labākās īpašības, būtu optimālais racionālu ētisku lēmumu pieņemšanas veids. Tad vajadzētu noskaidrot, kuri likumi un principi ir vispiemērotākie konkrētajā situācijā,

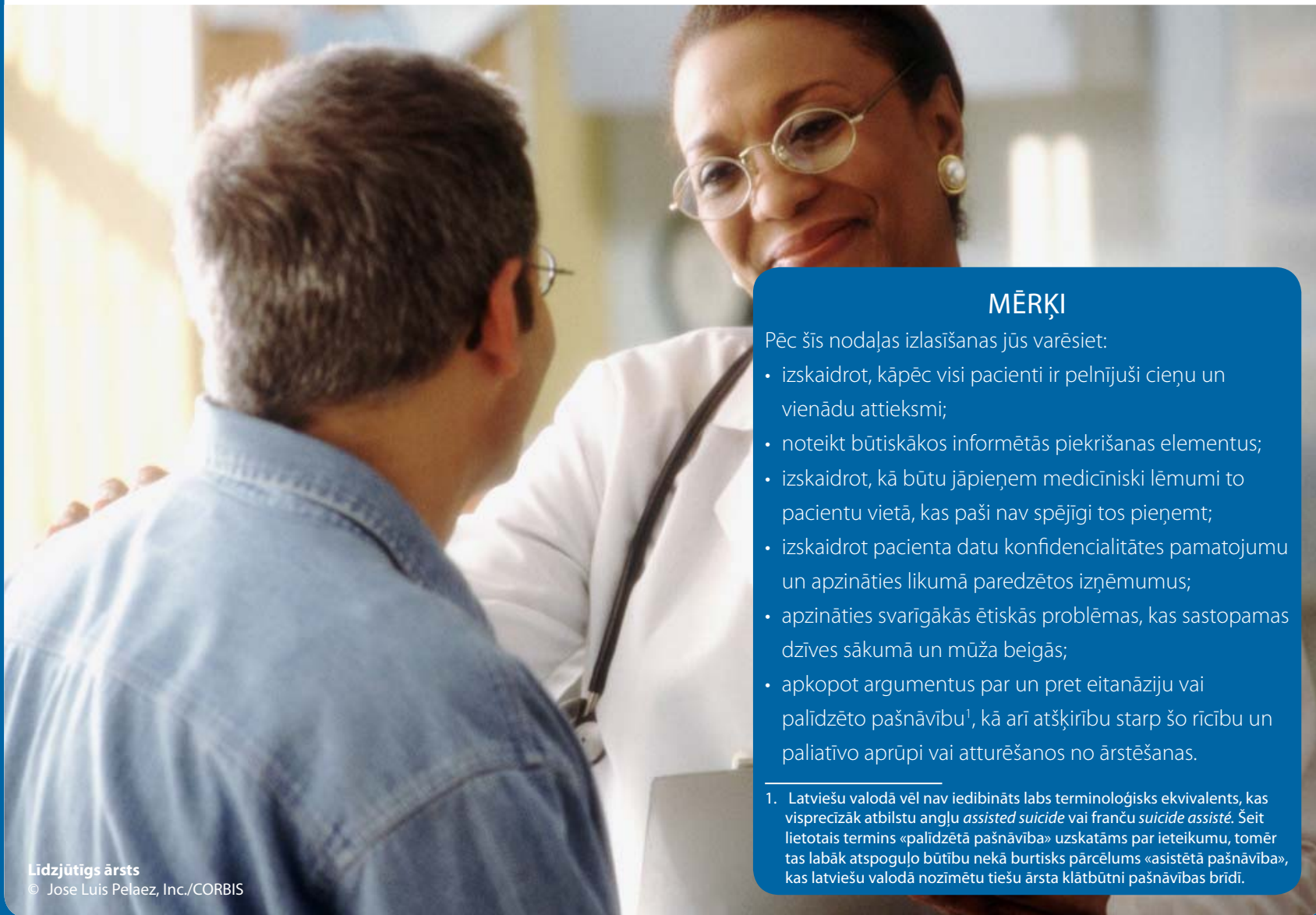
un mēģināt tos piemērot plašāk. Līdz ar to vajadzētu izziņāt arī citu alternatīvu lēmumu iespējamās sekas un izvēlēties, kuras liekas vēlamākās. Visbeidzot nāktos nodrošināt, lai šāda lēmuma pieņēmēja un īstenotāja patiesi būtu apbrīnas vērts. Šis process ietvertu šādus pasākumus:

1. Noteikt, vai apskatāmajam jautājumam piemīt ētisks raksturs.
2. Konsultācijas ar autoritatīviem avotiem — sākot ar medicīnisko asociāciju ētikas kodeksiem un rīcībpolitikas dokumentiem un beidzot ar cienījamiem kolēģiem, lai izziņātu, kā citi ārsti risinātu šo problēmu.
3. Apsvērt alternatīvus risinājumus no šo principu viedokļa, kas ir atbilstoši tajos ietvertajai vērtību sistēmai un iespējamajām sekām.
4. Apspriest piedāvāto risinājumu ar cilvēkiem, kurus tas varētu skart.
5. Izdarīt lēmumu un rīkoties saskaņā ar to, respektējot citas iesaistītās personas.
6. Novērtēt savu lēmumu un būt gatavam nākotnē rīkoties citādi.

KOPSAVILKUMS

Šī nodaļa nosacīti sagatavoja lasītāju tam, par ko uzzinās nākamajās nodaļās. Kad ir runa par specifiskiem medicīnas ētikas jautājumiem, tad labi atcerēties, ka laika gaitā ārsti ar daudziem līdzīgiem ir jau sastapušies un viņu uzkrātā pieredze un zināšanas šodien var būt ļoti noderīgas. PMA un citas ārstu organizācijas turpina šo tradīciju un sniedz ārstiem noderīgus ētiskas dabas ieteikumus. Tomēr, neraugoties uz samērā lielo ārstu vienprātību ētikas jautājumos, konkrētos gadījumos atsevišķi cilvēki var nepiekrīst un arī nepiekrīt vairākuma viedoklim. Vēl jo vairāk, ārstu viedoklis var krasi atšķirties no pacientu vai citu veselības aprūpes sniedzēju uzskatiem. Pirmais solis ceļā uz ētiska rakstura konfliktu risināšanu būtu visiem ārstiem skaidri apzināties, ka pastāv dažādas pieejas lēmumu pieņemšanā par ētiskas dabas jautājumiem, proti, nevis tikai tā, kuru saredz viņi paši, bet arī citu iesaistīto personu atšķirīgā pieeja. Tas palīdzēs arī viņiem izvēlēties vispareizāko rīcību un izskaidrot savus lēmumus citiem.

2. NODAĻA. ĀRSTI UN PACIENTI



MĒRĶI

Pēc šīs nodaļas izlasīšanas jūs varēsiet:

- izskaidrot, kāpēc visi pacienti ir pelnījuši cieņu un vienādu attieksmi;
- noteikt būtiskākos informētās piekrišanas elementus;
- izskaidrot, kā būtu jāpieņem medicīniski lēmumi to pacientu vietā, kas paši nav spējīgi tos pieņemt;
- izskaidrot pacienta datu konfidencialitātes pamatojumu un apzināties likumā paredzētos izņēmumus;
- apzināties svarīgākās ētiskās problēmas, kas sastopamas dzīves sākumā un mūža beigās;
- apkopot argumentus par un pret eitanāziju vai palīdzēto pašnāvību¹, kā arī atšķirību starp šo rīcību un paliatīvo aprūpi vai atturēšanos no ārstēšanas.

1. Latviešu valodā vēl nav iedibināts labs terminoloģisks ekvivalents, kas visprecīzāk atbilstu angļu *assisted suicide* vai franču *suicide assisté*. Šeit lietotais termins «palīdzētā pašnāvība» uzskatāms par ieteikumu, tomēr tas labāk atspoguļo būtību nekā burtisks pārcēlums «asistētā pašnāvība», kas latviešu valodā nozīmētu tiešu ārsta klātbūtni pašnāvības brīdī.

1. GADĪJUMA APRAKSTS

Dr. P., pieredzējis un prasmīgs ķirurgs, ir gandrīz jau beidzis naktsmaiņu nelielā vietējā slimnīcā. Te kādu jaunu meiteni uz slimnīcu atved viņas māte, kura nekavējoties dodas prom, sacīdama, ka viņai jābūt mājās pie pārējiem bērniem. Pacientei ir asiņošana no maksts, un viņa cieš lielas sāpes. Dr. P. viņu izmeklē un konstatē, ka viņai ir spontāns vai inducēts aborts. Viņš ātri dilatē dzemdes kaklu, veic abrāziju un pasaka medicīnas mātai, lai apjautājas pacientei, vai viņa var palikt slimnīcā līdz brīdim, kad būs droši viņu izrakstīt. Ārsta maiņa nu ir beigusies, to pārņem Dr. Q., un Dr. P. dodas uz mājām, neaprunājies ar pacienti.

KĀDAS IR ĀRSTA UN PACIENTA ATTIECĪBU ĪPATNĪBAS?

Ārsta un pacienta attiecības ir medicīnas prakses un tādējādi arī medicīnas ētikas stūrakmens. Kā iepriekš minēts, Ženēvas deklarācija no ārsta prasa, ka «mana pacienta veselība man būs vissvarīgākais apsvērumš», un Starptautiskais medicīnas ētikas kodekss nosaka, ka «ārstam jāizrāda pilnīga lojalitāte pacientam un jāliek lietā visas savas zināšanas». Kā tika uzsvērts jau pirmajā nodaļā, tradicionālās ārsta un pacienta paternālās attiecības, kurās ārsts pieņem lēmumu, bet pacients tam pakļaujas, pēdējo gadu laikā tikušas bieži noraidītas — gan no ētiskā, gan tiesiskā viedokļa. Tomēr daudzi pacienti nespēj vai nevēlas pieņemt lēmumus par savu medicīnisko aprūpi, tādēļ bieži vien pacientu autonomija ir visai apšaubāma.

Tikpat apšaubāmi ir arī citi ārsta un pacienta attiecību aspekti, piemēram, ārsta pienākums ievērot profesionālo noslēpumu un uztu-

rēt pacienta konfidencialitāti laikmetā, kad visi medicīniskie dati tiek uzglabāti elektroniskā formātā un kad tiek ieviesta pārvaldītā veselības aprūpe¹, kā arī pienākums saglabāt dzīvību tad, kad viņam lūdz pasteidzināt nāves iestāšanos.

Šajā nodaļā tiks apskatītas sešas tēmas, kas ārsta ikdienas praksē rada īpašas problēmas: cieņa un vienāda attieksme; saziņa un piekrišana; lēmumu pieņemšana rīcībnespējīgu pacientu vietā; konfidencialitāte; dzīves sākuma un beigu problēmjuautājumi.

«...mana pacienta veselība man būs vissvarīgākais apsvērumš...»

CIEŅA UN VIENĀDA ATTIEKSME

Uzskats, ka visi cilvēki ir pelnījuši cieņu un vienādu attieksmi, radies nesen. Vairumā sabiedrību cieņas trūkums un nevienāda attieksme pret indivīdiem vai cilvēku grupām tika uzskatīta par normālu un dabisku. Viena no tās praktiskajām izpausmēm bija verdzība, kuru Eiropas valstu kolonijās un ASV atcēla tikai XIX gadsimtā, bet dažās pasaules daļās tā pastāv joprojām. Vēl vēlāk tika izbeigta diskriminācija pret krāsainajiem iedzīvotājiem, piemēram, Dienvidāfrikā. Vairumā pasaules valstu sievietes vēl joprojām sastopas ar nepietiekamu cieņu un nevienādu attieksmi. Plaši izplatīta ir arī diskriminācija vecuma, nespējas vai seksuālās orientācijas dēļ. Tādēļ skaidri redzams, ka prasībai pēc vienādas attieksmes pret visiem uz zemes mītošiem cilvēkiem, vēl joprojām nākas sadurties ar lielu pretestību.

Cilvēces pakāpeniska pievēršanās atziņai, ka visi cilvēki ir vienlīdzīgi, aizsākās XVII un XVIII gadsimtā Eiropā un Ziemeļamerikā, bet tā ir aktuāla arī mūsdienās. To ievadīja divas pretrunīgas ideoloģijas:

1. Šai gadījumā termins *managed care* vai *gestion des soins* lietots šaurākajā nozīmē kā aprūpe, kuras nodrošinātāji apņemas gan to finansēt, gan arī paši sameklēt iespējami lētāko tās veicēju.

jauna izpratne par kristīgo ticību un pret kristietību vērsts racionalisms. Pirmā iedvesmoja Amerikas revolūciju un Tiesību hartas tapšanu, bet otrā — Lielo Franču revolūciju un ar to saistītās politiskās pārmaiņas. Šo divu ietekmju rezultātā pakāpeniski iedibinājās demokrātijas principi un sākās to izplatīšanās pasaulē. Tā balstījās uz ticību par visu vīriešu (daudz vēlāk arī sieviešu) politisko vienlīdzību un no tās izrietošajām tiesībām izvēlēties tos, kas īstenošas pārvaldi.

20. gadsimtā liela uzmanība cilvēktiesību kontekstā tika pievērsta vienlīdzībai. Viens no jaundibinātās Apvienoto Nāciju Organizācijas pirmajiem veikumiem bija Vispārīgās Cilvēktiesību deklarācijas (*Universal Declaration of Human Rights*) izstrādāšana 1948. gadā. Tās 1. pantā teikts: «*Visi cilvēki ir piedzimuši brīvi un vienlīdzīgi cieņā un tiesībās*». Daudzas citas valstu un starptautiskās organizācijas ir pieņēmušas dažādus dokumentus par tiesībām, tās attiecinot uz visiem cilvēkiem, kādas valsts pilsoņiem vai noteiktām ļaužu grupām (bērnu tiesības, pacientu tiesības, patērētāju tiesības). Lai īstenotu šajās deklarācijās noteikto tiesību ievērošanu, tika izveidotas arī daudzas organizācijas. Diemžēl daudzās valstīs cilvēktiesības vēl joprojām netiek ievērotas.

Gadu gaitā medicīnas profesijas pārstāvji ir paiduši nedaudz pret-runīgus viedokļus par vienlīdzību un pacientu tiesībām. No vienas puses, ārsti ir apņēmušies, ka «vecums, slimība vai nespēja, ticība, etniskā piederība, dzimums, valstspiederība, politiskā pārliecība, rase, seksuālā orientācija vai sociālais statuss neietekmēs manus pienākumus pret pacientu» (Ženēvas deklarācija). Tajā pašā laikā ārsti ir pieprasījuši sev tiesības atteikties pieņemt pacientu, izņemot neatliekamus gadījumus. Par šādas atteikšanas likumīgo pamatu var kalpot pilnīga slodze darba vietā, atbilstošas izglītības vai specializācijas trūkums, tomēr, ja arī ārstam nav nekāda attaisnojuma, viņš viegli var īstenot diskrimināciju un nebīties par saukšanu pie atbildības. Ārsta sirdsapziņa, nevis likums vai disciplinārās pārrau-

dzības iestādes, ir vislabākais līdzeklis, kas novērš cilvēktiesību pārkāpumus.

Pat, ja ārsti ievēro cieņas un vienlīdzības principus, atlasot pacientus, viņiem ir iespējams tos pārkāpt ārstēšanas veidu izvēlē vai attieksmē pret pacientu. Šo problēmu labi ilustrē nodaļas sākumā aplūkots piemērs. Kā minēts 1. nodaļā, ārsta līdzcietība ir viena no svarīgākajām medicīnas pamatvērtībām un tā ir īpaši būtiska labu terapeitisko attiecību izveidē. Līdzcietība ir balstīta uz pacienta cieņas un vērtību sistēmas ievērošanu, bet tā neaprobežojas tikai ar šiem principiem, bet izprot un rēķinās arī ar pacienta ievainojamību, saskaroties ar slimību un/vai nespēju. Ja pacients jutis ārsta līdzcietību, viņš drīzāk noticēs, ka ārsts rīkojas tā interesēs, un šī uzticība var dot labus rezultātus atveseļošanās procesā.

Šāda uzticēšanās, kas ir tik ļoti būtiska ārsta un pacienta attiecībās, parasti tiek interpretēta tādā nozīmē, ka ārstam nevajadzētu atstāt pacientu bez aprūpes, ja viņš reiz apņēmis to veikt. PMA Starptautiskais Medicīnas Ētikas Kodekss norāda, ka vienīgais ārsta un pacienta attiecību pārtraukšanas iemesls varētu būt pacienta prasība pēc konsultācijas pie cita ārsta ar citādām zināšanām: «Ārstam jāizrāda pilnīga lojalitāte pacientam un jāliek lietā visas savas zināšanas. Kad izmeklēšana vai ārstēšana pārsniedz ārsta zināšanu iespēju robežas, viņam jāpieaicina cits ārsts, kam ir nepieciešamās spējas.»

«..ārsts gribētu pārtraukt attiecības ar pacientu..
Viņam jābūt gatavam pamatot šādu lēmumu gan sev, gan pacientam, gan arī, ja nepieciešams, kādai trešajai pusei.»

Tomēr ir pietiekami daudz citu iemeslu, kāpēc ārsts gribētu pārtraukt attiecības ar pacientu, piemēram, ārsta pārcelšanās uz citu vietu vai prakses izbeigšana, pacienta nespēja vai nevēlēšanās maksāt par ārsta pakalpojumiem, abpusēja nepatika starp ārstu un

pacientu, pacienta atteikšanās ievērot ārsta norādījumus. Šie iemesli var būt gan tiesiski pamatoti, gan arī nonākt pretrunā ar ētikas principiem. Apsverot šādu lēmumu, ārstam vajadzētu izpētīt Ētikas kodeksu un citus atbilstošus ieteikumus, kā arī uzmanīgi izprast savus motīvus. Viņam jābūt gatavam pamatot šādu lēmumu gan sev, gan pacientam, gan arī, ja nepieciešams, kādai trešajai pusei. Ja motīvs ir tiesiski pamatots, ārstam būtu jāpalīdz pacientam atrast citu praktizējošu ārstu, kuru viņš uzskata par kompetentāko vai, ja tas nav iespējams, izsniedz pacientam izziņu par ārstēšanas pārtraukšanu, lai pacients varētu atrast citu medicīniskās aprūpes sniedzēju. Ja motīvs nav pamatots, piemēram, rasu aizspriedumi, ārstam būtu jātiek galā ar šo problēmu.

Daudziem ārstiem, it īpaši tiem, kas strādā sabiedriskajā sektorā, nemaz nav iespējas izvēlēties savus pacientus. Daži pacienti ir agresīvi un apdraud ārsta drošību. Citu izturēšanās ir klaji antisociāla, un viņu uzvedību dažbrīd var uzskatīt vienkārši par pretīgu. Vai šie pacienti ir zaudējuši tiesības uz cieņu un vienādu attieksmi, vai no ārstiem patiesi jāprasa papildu pūles, bieži vien pat heroiska rīcība, lai nodibinātu un uzturētu terapeitiskas attiecības ar šādiem pacientiem? Viņu klātbūtnē ārstiem jābalansē starp viņam pakļautā personāla drošību un labklājību un savu pienākumu sekmēt pacientu labklājību. Ārstiem jāmeklē veidi, kā apmierināt abus pienākumus. Ja tas nav iespējams, ārstiem jāmēģina nodrošināt šiem pacientiem cita veida aprūpi.

Vēl cits nopietns pārbaudījums cieņas un vienādas attieksmes principa ievērošanā ir infekciozu pacientu aprūpe. Visbiežāk tas attiecas uz HIV/AIDS — ne tikai tāpēc, ka tā ir smaga, dzīvībai bīstama slimība, bet arī tāpēc, ka tā bieži kļūst par sociālu aizspriedumu objektu. Turklāt ir daudz citu smagu infekciju, no kurām dažas ir vieglāk pārnesamas un bīstamākas medicīnas personālam nekā HIV/AIDS. Daži ārsti atsakās veikt invazīvas procedūras HIV/AIDS slimniekiem bailēs, ka paši varētu inficēties. Medicīnas ētikas kodeksos nav no-

teikti nekādi izņēmumi pacientiem ar infekcijas slimībām, tādēļ tiek uzskatīts, ka ārsta pienākums ir nodrošināt vienādu aprūpi. PMA nostādņēs par ārstu profesionālo atbildību, ārstējot AIDS pacientus (*Statement on the Professional Responsibility of Physicians in Treating AIDS Patients*), šī doma izteikta tā:

«AIDS slimniekiem ir tiesības saņemt atbilstošu medicīnisku aprūpi, parādot līdzcietību un respektējot viņu pašcienību. Ārstam nav morālu tiesību atteikties ārstēt pacientu, kura pašreizējā slimība ietilpst ārsta kompetencē, tikai tāpēc vien, ka pacients ir seropozitīvs.

«Personai, kas slimo ar AIDS, nepieciešama kompetenta un līdzcietīga attieksme.»

Medicīnas ētika nepieļauj noteiktu pacientu grupu diskrimināciju tādēļ vien, ka viņi ir seropozitīvi. Personai, kas slimo ar AIDS, nepieciešama kompetenta un līdzcietīga attieksme. Ārstam, kurš nespēj nodrošināt nepieciešamo aprūpi, ko pieprasa AIDS slimnieki, jānosūta viņi pie atbilstoša speciālista vai uz iestādi, kas ir aprīkota, lai nodrošinātu šādus pakalpojumus. Bet līdz tam brīdim ārstam pēc labākās sirdsapziņas jā rūpējas par pacientu.»

Ārsta un pacienta attiecību personīgā daba var izraisīt seksuālu valdzinājumu. Tradicionālās medicīnas ētikas galvenais likums ir, ka šādam kārdinājumam jāturas pretī. Hipokrāta zvērestā iekļauts šāds solījums: «Lai kurā mājā es neieietu, es ieiešu tajā, lai nestu labumu slimajiem, un atturēšos no katras apzinātas ļaunprātības vai krāpšanas, sevišķi no sieviešu vai vīriešu, kā brīvo, tā vergu pavadināšanas¹.» Pēdējos gados daudzas medicīnas asociācijas ir atjauninājušas un aktualizējušas tieši šo ārsta un viņa pacienta dzimumattiecī-

1. Šeit izmantots profesora K. Rudziša vārdnīcā dotais Hipokrāta zvēresta tulkojums.

bu aizliegumu. Iemesli ir tie paši, kas pirms 2500 gadiem. Pacienti ir viegli ievainojami un uzticas, ka saņems no ārsta labu aprūpi. Viņi varētu nepretoties ārsta seksuālās tuvošanās mēģinājumiem bailēs, ka tādējādi viņi nesaņems nepieciešamo ārstēšanu. Vēl vairāk, emocionāla attieksme pret pacientu varētu negatīvi ietekmēt ārsta profesionālo darbību.

Pēdējais iemesls attiecas arī uz gadījumiem, kad ārsts ārstē savus ģimenes locekļus, no kā daudzi medicīnas ētikas kodeksi kategoriskā veidā cenšas atturēt. Tomēr šī, tāpat kā daudzu citu, ētikas kodeksu ieteikumu piemērošana noteiktos apstākļos var mainīties. Piemēram, loģiski, ka mazapdzīvotās vietās, kur ir tikai viens ārsts, viņš aprūpēs arī savus ģimenes locekļus, it sevišķi jau neatliekamajos gadījumos.

SAZIŅA UN PIEKRIŠANA

Informēta piekrišana (*informed consent*) ir viens no galvenajiem mūsdienu medicīnas ētikas pamatjēdzieniem. Pacientu tiesības lemt par veselības aprūpi, kas skar viņus, atzīst visā pasaulē, nosakot to likumos un paužot ētikas kodeksos. PMA Pacientu tiesību deklarācijā teikts:

«Pacientam ir pašnoteikšanās tiesības, proti, tiesības brīvi pieņemt lēmumus, kas saistīti ar viņu pašu. Ārsts informē pacientu par lēmuma sekām. Rīcībspējīgam pieaugušam pacientam ir tiesības piekrist vai atteikties no jebkura veida diagnostiskas vai ārstnieciskas manipulācijas. Pacientam ir tiesības saņemt visu nepieciešamo informāciju, lai šo lēmumu pieņemtu. Pacientam ir skaidri jāizprot jebkura izmeklējuma vai manipulācijas mērķis, iespējamie sasniedzamie rezultāti un sekas, kas iestāsies, ja viņš piekrišanu nedos.»

Labā saziņa starp ārstu un pacientu ir svarīgs informētas piekrišanas priekšnosacījums. Laikā, kad medicīnisko paternālismu uzlūkoja par normālu parādību, saziņa bija relatīvi vienkāršāka, tā sastāvēja no ārsta norādījumiem pacientam par to vai citu ārstēšanu. Mūsdienās saziņa no ārstiem prasa daudz vairāk. Viņiem jāsniedz pacientam visa informācija, kas nepieciešama, lai pieņemtu lēmumu. Tas nozīmē, ka viņiem jāprot izskaidrot vienkāršā valodā sarežģītu slimības diagnostikas gaitu un prognozi, kā arī ārstēšanas principus. Viņiem jāspēj apstiprināt vai labot informāciju, ko pacients guvis no citiem avotiem (no cita ārsta, preses, interneta), nodrošināt, ka pacients izprot savu iespējamo ārstēšanas metodes izvēli, jo īpaši tās priekšrocības un trūkumus, atbildēt uz jebkuru iespējamo jautājumu, kas pacientam varētu rasties, un saprast viņa lēmumu, lai kāds tas arī nebūtu, un, ja iespējams, arī šāda lēmuma iemeslus. Daudziem cilvēkiem nav dabas dotu labas saziņas spēju, viņiem tās ir jāattīsta un jāizkopj apzinātu un atkārtotu pūliņu rezultātā.

Divi galvenie ārsta un pacienta saziņas šķēršļi ir valodas un kultūras atšķirības. Ja ārsts un pacients nerunā vienā valodā, nepieciešams tulks. Diemžēl ne vienmēr atrodams kvalificēts tulks, tāpēc ārstam jāatrod labs iespējamais kandidāts šim darbam. Kultūra ir daudz plašāka par valodu un izraisa papildu saziņas grūtības. Atšķirīgas izpratnes dēļ, ko dažādas kultūras sniedz par slimības dabu un cēloņiem, pacienti var neizprast diagnozi un ārstēšanas iespējas, ko ārsts piedāvā. Šādos apstākļos ārstam jādara viss iespējamais, lai noteiktu pacienta izpratnes līmeni par veselības un ārstēšanas jautājumiem un vislabākajā iespējamajā veidā jāsniedz viņam padomi.

Ja ārsts sekmīgi sniedzis visu informāciju par diagnozi, prognozi un ārstēšanas iespējām, pacientam ir iespējas izdarīt informētu piekrišanu par jautājumu, kas ticis uzdots. Lai arī termins «piekrišana»

«Rīcībspējīgiem pacientiem ir tiesības atteikties no ārstēšanas pat tad, ja šāds atteikums varētu radīt nespēju vai nāvi.»

nozīmē ārstēšanas akceptēšanu, informēta piekrišana¹ tikpat labi ir attiecināma gan uz ārstēšanas noraidīšanu vispār, gan uz kāda alternatīva ārstēšanas veida izvēli. Rīcībspējīgiem pacientiem ir tiesības atteikties no ārstēšanas pat tad, ja šāds atteikums varētu radīt nespēju vai nāvi.

Piekrišanas apliecinājumi var būt tieši vai netieši (nojaušami). Tiešu piekrišanu var izteikt mutiski vai rakstiski. Netieša tā ir gadījumos, kad pacients ar savu uzvedību apliecina vēlmi pakļauties noteiktām manipulācijām vai saņemt ārstēšanu. Piemēram, netieši atļauju durēt vēnā var izrādīt, pastiepjot roku. Tomēr gadījumos, kad ārstēšana ir riskantāka vai saistīta ar nopietnāku diskomfortu, vajadzētu iegūt tiešu piekrišanu.

Ir divi izņēmumi, kad netiek pieprasīta piekrišana no rīcībspējīgiem pacientiem:

- Situācijas, kad pacienti brīvprātīgi nodot lēmuma pieņemšanas tiesības ārstam vai trešajai pusei. Piemēram, jautājuma sarežģītības dēļ vai tāpēc, ka pacients vienkārši uzticas ārstam. Pacients var ārstam pateikt: «Dariet to, kas jums šķiet vispareizākais.» Ārstam nevajadzētu dedzīgi uzreiz šim piedāvājumam paklausīt, bet vismaz pamatvilcienos būtu jāinformē pacients par ārstēšanas iespējām un jāiedrošina pašam pieņemt lēmumus. Ja arī pēc šāda aicinājuma pacients tomēr paliek pie sava, ārstam tas jāpieņem un jārikojas pacienta interesēs.

1. Līdztekus latviskajam terminam informēta piekrišana (*informed consent*) ar to pašu nozīmi tiek lietots, kaut nedaudz retāk, arī termins «apzināta piekrišana».

- Gadījumos, kad informācijas izpaušana var kaitēt pacientam tradicionāli tiek piesaukts «terapeitiskās privilēģijas» jēdziens. Tas atļauj ārstiem neizpaust medicīniska rakstura informāciju, kas varētu nodarīt fizisku, psihisku un emocionālu kaitējumu pacientam, piemēram, ja pacients, uzzinot neārstējamas slimības diagnozi, varētu izdarīt pašnāvību. Šī privilēģija var nest daudz sāpju, tāpēc ārstiem tā būtu jāpiemēro tikai izņēmuma situācijās. Viņiem būtu jāsaik ar cerību, ka visi pacienti spēj samierināties ar faktiem un ka informācijas neizpaušana būtu jāatstāj vienīgi gadījumiem, kad ir pilnīga pārlicība, ka informācijas izpaušana nesīs vairāk ļaunuma.

Dažās kultūrās bieži vien tiek uzskatīts, ka ārsta pienākums nodrošināt pacientu ar informāciju nav spēkā, ja pacientam ir diagnosticēta neārstējama slimība. Tas ir uzskats, ka šāda informācija var novest pacientu līdz izmisumam un padarītu viņa pēdējās dienas nožēlojamākas nekā tad, ja būtu kaut neliela cerība uz izveseļošanos. Pasaulē nav nekas neparasts, kad radnieki vienojas ar ārstiem neteikt slimajam cilvēkam, ka viņš mirst. Ārstiem jābūt ļoti uzmanīgiem ar kultūras īpatnībām un personīgajiem faktoriem, it īpaši, ja ir jāpasaka sliktas ziņas, piemēram, drīza nāve. Pacienta tiesības uz informētu piekrišanu aizvien plašāk atzīst visā pasaulē, un ārsta pirmais pienākums ir palīdzēt īstenot šīs tiesības.

Pieaugot tendencei veselības aprūpi uztvert kā patēriņa produktu un kļūstot pacientiem par patērētājiem, pacienti un viņu ģimenes nereti prasa pieeju tādiem medicīniskajiem pakalpojumiem, kas pēc ārsta domām viņam nav atbilstoši, sākot no antibiotikām vulgāras vīrusslimības gadījumā un beidzot ar prasībām pēc intensīvas ārstēšanas klīniskās nāves gadījumā un daudzsoļām, bet vēl nepārbaudītām ķirurģiskām operācijām un medikamentiem. Daži pacienti izvērta «tiesības» uz visiem medicīnas pakalpojumiem, kas viņiem šķiet piemēroti un vajadzīgi, un bieži vien ārsti vēlas būt pā-

rāk izpalīdzīgi, lai gan apzinās, ka no medicīnas viedokļa konkrētais pakalpojums neuzlabos pacienta veselības stāvokli. Īpaši nopietna šī problēma ir tad, kad resursi ir stingri ierobežoti, un, kamēr īpašiem pacientiem šo ārstēšanu veic «veltīgi» un «nedziedinoši», citi paliek neārstēti.

Vārdus «veltīgi un nedziedinoši medicīniskie pakalpojumi» būtu jāsaprot šādi. Dažos gadījumos ārsts var noteikt, ka ārstēšana no medicīniskā viedokļa ir pilnīgi bezjēdzīga vai nelietderīga, jo tā neno drošinās ne stāvokļa uzlabošanu, ne atveseļošanu, kā arī pacients negūs nekādu uzlabojumu. Citos gadījumos ārstēšanas lietderīgu un tās lietojumu var noteikt, tikai balstoties uz pacienta subjektīvajām atsauksmēm par savu labsajūtu. Atbilstoši pamatlikumam pacientu noteikti jāiesaista ārstēšanas nelietderīguma noteikšanas procesā. Tikai dažos retos gadījumos šādas diskusijas varētu neatbilst pacienta interesēm. Ārstam nekādā ziņā nav pienākums piedāvāt pacientam veltīgu vai nedziedinošu ārstēšanu.

«Ārstam nekādā ziņā nav pienākums piedāvāt pacientam veltīgu vai nedziedinošu ārstēšanu.»

Informētas piekrišanas princips iemieso pacienta tiesības izvēlēties kādu no ārsta piedāvātajām ārstēšanas metodēm. Kādas ir pacienta un piederīgo tiesības uz pakalpojumiem, ko ārsts nepiedāvā, tas mūsu dienās kļuvis par būtisku pretrunīgu ētikas, tiesību un sabiedrības politikas jautājumu. Kamēr tiek nogaidīts, lai par šiem jautājumiem izlemtu valdība, veselības apdrošināšana, uzņēmumi un/vai profesionālās organizācijas, katram ārstam individuāli nākas izlemt — piekrist pacientu lūgumiem par nevajadzīgu ārstēšanu vai ne. Tomēr ārstam šāds lūgums noteikti jānoraida, ja viņš ir pārliecināts, ka ārstēšana nodarīs lielāku kaitējumu nekā dos labumu.

Kādas ir pacienta un piederīgo tiesības uz pakalpojumiem, ko ārsts nepiedāvā?

Tāpat viņam jābūt brīvam atteikt ārstēšanu, kas nenestu pacientam nekādu labumu, kaut gan nebūtu arī kaitējoša, jo nevajadzētu ņemt vērā tikai *placebo* efektu. Ja problēmai ir ierobežoti resursi, tad ārstam būtu jāvērs to personu uzmanība, kas ir atbildīgi par resursu sadali.

LĒMUMU PIENĒMŠANA RĪCĪBNESPĒJĪGU PACIENTU VIETĀ

Daudzi pacienti, piemēram, mazi bērni, pacienti ar psihiskiem vai neiroloģiskiem traucējumiem vai personas, kas ir bezsamaņā vai komā, nespēj paši pieņemt lēmumus par savu ārstēšanu. Šādiem pacientiem nepieciešams tiesiski pilnvarots pārstāvis (tas var būt ārsts vai kāds tuvinieks), kas ir tiesīgs personas vietā pieņemt lēmumus par ārstēšanu. Ētiskas pretrunas var rasties ar šādu pilnvarotu personu noteikšanu un viņu lēmumu pieņemšanas izvēles kritērijiem.

Kad dominēja medicīniskais paternālisms, ārsts tika uzskatīts par piemērotāko personu, kas pieņēma lēmumus par rīcībnespējīgu pacientu aprūpes gaitu. Ārsti varēja sazināties ar pacienta ģimeni, taču gala lēmumu pieņēma viņi. Pamazām ārsts šo pilnvarojumu ir zaudējis, jo daudzās valstīs pacientiem ir iespēja likumā paredzētā kārtībā noteikt pilnvaroto personu, kas viņa vietā spētu pieņemt pacienta interesēm atbilstošus lēmumus gadījumos, ja viņš pats to nespētu. Turklāt dažās valstīs pilnvarotās personas tiek noteiktas dilstošā secībā (piemēram, laulātais, pieauguši bērni, brālis, māsa u. c.). Ārsts gala lēmumu pieņem tikai gadījumos, ja pilnvarotā persona nav atrodama, kā tas bieži gadās kritiskās situācijās. PMA Pacientu tiesību deklarācija nosaka, kādi ir ārsta pienākumi šādos gadījumos:

«Ja pacients ir bezsamaņā vai citu iemeslu dēļ nespēj paust savu gribu, piekrišana, ja iespējams, jāiegūst no tiesiskā ceļā pilnvarotas personas. Ja šī persona nav pieejama, bet akūta

medicīniskā iejaukšanās ir absolūti nepieciešama, ir jāpieņem, ka pacients pats devis piekrišanu, ja vien nav nepārprotami skaidrs, ka tas nerunā pretim pacienta iepriekš izteiktām vēlmēm un pārliecībai.»

Problēmas rodas tad, ja par pilnvarotajām personām uzdodas vairāki cilvēki, piemēram, dažādi ģimenes locekļi, un viedokļu atšķirības dēļ nespēj vienoties par kopīgu lēmumu vai arī visiem ir vienots viedoklis, kas pēc ārsta domām varētu neatbilst pacienta interesēm. Šādā situācijā ārsts vispirms varētu uzņemties tādu kā starpnieka funkciju, bet, ja nesaskaņas turpinās, problēma jārisina citādā ceļā, piemēram, izlemjot vecākajam ģimenes loceklim vai balsojot. Ja radušās ļoti nopietnas domstarpības starp ārstu un pilnvarotajiem lēmumu pieņēmējiem, tad padoms rodams Pacientu tiesību deklarācijā: «Ja pacienta pilnvarotā persona aizliedz ārstam īstenot ārstēšanu, kas pēc ārsta domām būtu pacientam vislabākā un piemērotākā, ārstam šis lēmums būtu jāapstrīd atbilstošās tiesu iestādēs vai citās pilnvarotās instancēs.»

Līdzīgi kā iepriekšējā apakšnodaļā par pacienta informētu piekrišanu, arī gadījumos, kad pacientu pārstāv radi vai citas pilnvarotās personas, jāpiemēro tāda darbības procedūra it kā lēmumu pieņemtu pacients pats. Ārstam jāspēj sniegt šiem aizvietotajiem lēmumu pieņēmējiem visa lēmuma izdarīšanai nepieciešamā informācija. Tas ietver skaidrojumus vienkāršā valodā par sarežģīto diagnozi, prognozi un ārstēšanas veidiem, īpaši pārliecinoties, vai lēmuma pieņēmējs izpratis ārstēšanas iespējas, ieskaitot katras metodes priekšrocības un trūkumus, atbildes uz katru radušos jautājumu un izpratne par jebkādu šo personu lēmumu un, ja iespējams, arī tā motīviem.

Galvenais kritērijs, ko piemērot, lai pieņemtu ārstnieciska rakstura lēmumu par rīcībnespējīgu pacientu ārstēšanu, ir paša pacienta izvēles ievērošana, ja vien tā ir zināma. Tas varētu būt pausts for-

māli iepriekšēja rīkojuma veidā vai izteikts iepriekš. Ja pacienta izvēle nav zināma, lēmums jāpieņem atbalstoši pacienta interesēm, ņemot vērā šādus aspektus: a) pacienta diagnozi un prognozes; b) zināmā pacienta vērtību sistēmu; c) informāciju, kas iegūta no pacienta radniekiem, kuri varētu palīdzēt noteikt pacienta intereses; d) pacienta kultūras un reliģijas aspektus, kas varētu ietekmēt lēmumu par ārstēšanas kursu. Šis veids ir daudz nenoteiktāks nekā tad, ja pacients būtu devis konkrētus norādījumus, taču tas dod iespēju pilnvarotajam lēmuma pieņēmējam aplūkot problēmu no dažādām izvēles iespējām un secināt, kā pacients šādā situācijā varētu rīkoties.

Ir grūti novērtēt pacienta spēju pieņemt medicīniska rakstura lēmumus, sevišķi jauniem cilvēkiem vai tādiem, kuru domāšanas spējas ir ietekmējusi kāda akūta vai hroniska slimība. Šī persona var pieņemt vispārīgus lēmumus, kas attiecas uz dažiem ikdienas dzīves aspektiem, bet ne par citiem, turklāt spriestspēja mēdz būt mainīga — dažādos diennakts brīžos personai var būt skaidrs saprāts un orientēšanās spējas, bet citos — ne. Lai arī šādi pacienti no likuma viedokļa var nebūt rīcībnespējīgi, viņu izvēle jāņem vērā, kad tiek pieņemts lēmums, kas viņus skar. Pacientu tiesību deklarācijā pausta šāda nostādne: «Ja pacients ir nepilngadīgs vai citādā veidā no likuma viedokļa rīcībnespējīgs, piekrišanu dod likuma noteiktā kārtībā izvēlēta persona. Tomēr arī tad pacientam jābūt maksimāli iesaistītam lēmuma pieņemšanas procesā, cik vien viņa garīgās un fiziskās spējas to atļauj.»

«..pacientam jābūt maksimāli iesaistītam lēmuma pieņemšanas procesā, cik vien viņa garīgās un fiziskās spējas to atļauj.»

Nereti pacienti nespēj pieņemt saprātīgus un labi izsvērtus lēmumus slimības izraisītā diskomforta un apjukuma dēļ. Tomēr viņi var izrādīt noraidošu attieksmi pret kādu noteiktu manipulāciju, pie-

mēram, pastāvīgā intravenozā katetra ievadišanu. Šādos gadījumos nepieņemšanas izpausmes jāuztver ļoti nopietni pat tad, ja tas būtiski iespējams ārstēšanas mērķu sasniegšanu.

Pacienti ar psihiskiem un neiroloģiskiem traucējumiem, par kuriem nolemts, ka viņi var apdraudēt paši sevi vai apkārtējos, izvirza īpaši sarežģītas ētiskas problēmas. Ir svarīgi ievērot viņu cilvēktiesības, īpaši tiesības uz brīvību. Tajā pašā laikā viņus var arī ievietot slimnīcā vai ārstēt pret pašu gribu, lai pasargātu no kaitējuma gan pašus pacientus, gan apkārtējos. Var saskatīt atšķirību starp piespiedu ievietošanu slimnīcā un piespiedu ārstēšanu. Dažu pacientu aizstāvji apliecina pacienta tiesības atteikties no ārstēšanas pat tad, ja tas noved pie piespiedu ievietošanas slimnīcā. Pamatots iemesls, lai atteiktos no tās, var būt nepatīkama pieredze ar agrāk veiktu ārstēšanu, piemēram, nopietnas psihotropo medikamentu blaknes. Pieņemot lēmumu par šādu pacientu ievietošanu slimnīcā, ārstam jābūt pārliecinātam, ka pacients sev un citiem rada reālus draudus, nevis tikai sagādā apgrūtinājumus. Ārstiem būtu jāzina pacienta izvēle par ārstēšanu un šādas izvēles iemesli — pat ja beigu beigās tā nevar tikt apmierināta.

KONFIDENCIALITĀTE

Jau kopš Hipokrāta laikiem par vienu no medicīnas ētikas stūrakmeņiem uzskata ārsta pienākumu nodrošināt pacienta sniegtās informācijas konfidencialitāti. Hipokrāta zvērestā teikts: «Neko no tā, ko es, piekļūdam savam amata praksi, redzēju vai dzirdēju par cilvēku sadzīvē tādu, kas nav izpaužams, es neizpaužīšu, apzinādamies, ka tas jātur slepenībā.»

Šis zvērests, tāpat kā citas jaunākas zvērestu versijas, nepieļauj nekādus izņēmumus no šī likuma. Piemēram, PMA Starptautiskais Medicīnas ētikas kodekss uzsver, ka «ārstam jāpatur pilnīgā noslēpumā

«..ārstam jāpatur pilnīgā noslēpumā viss, ko viņš zina par savu pacientu pat pēc viņa nāves»

viss, ko viņš zina par savu pacientu pat pēc viņa nāves». Turpretim daži ētikas kodeksi noraida šādu absolūto pieeju konfidencialitātei. Fakts, ka dažos gadījumos atkāpšanās no profesionālā noslēpuma principa ir iespējama, prasa tālākus skaidrojumus par konfidencialitātes ideju.

Augstu vērtību konfidencialitātei piešķir trīs principi: autonomija, cieņa pret citiem un uzticēšanās. Autonomija saistās ar konfidencialitāti tādējādi, ka personiska rakstura informācija attiecas tikai uz pacientu un ka to nedrīkst izpaust citām personām bez viņa piekrišanas. Ja indivīds atklāj personiska rakstura informāciju kādam citam, piemēram, ārstam vai medicīnas māsai, vai ja informācija parādās kādu izmeklējumu laikā, tiem, kas to uzzina, tā jātur slepenībā, kamēr vien pacients nav atļāvis to izpaust.

Konfidencialitāte ir svarīga arī tāpēc, ka jebkurš cilvēks ir pelnījis cieņu. Svarīgs veids, kā to izrādīt, ir saglabāt viņa privātumu. Medicīnas iestādē privātums bieži vien tiek ierobežots, taču tas vēl vairāk liek atturēties no nevajadzīgas iejaukšanās personas privātajā dzīvē. Tā kā katram cilvēkam ir citāda izpratne par privātumu, tādēļ nevaram pieņemt, ka visi vēlas, lai pret viņiem izturētos pilnīgi vienādi. Ir ļoti rūpīgi jāizprot, kuru informāciju pacients vēlas paturēt noslēpumā un kuru — ļaut atklāt citiem.

Uzticēšanās ir būtiska ārsta un pacienta attiecību sastāvdaļa. Lai saņemtu medicīnisku aprūpi, pacientiem nākas ārstiem un citiem cilvēkiem, kuri viņam ir gluži sveši, atklāt personiska rakstura informāciju, bet viņš nevēlas, lai citi to uzzina. Pacientam ir dibināts iemesls, lai varētu uzticēties ārstiem un citām personām, kas viņu aprūpē, ka viņi neaizpauž šo informāciju. Uzticēšanās pamatā ir ētiskas un tiesiskas normas, kas veselības aprūpes veicējiem jāievēro. Ja pacients nav pārliecināts, ka sniegtās ziņas nepalikns noslēpums, viņš

ārstam neuzticēsies un nepieciešamo informāciju nesniegs. Tas savukārt traucēs ārstiem veikt efektīvu ārstēšanu vai sasniegt iecerētos sabiedrības veselības mērķus.

PMA Pacienta tiesību deklarācijā par pacienta tiesībām uz konfidencialitāti ir teikts:

- «Visa veida informācijai par pacienta veselības stāvokli, medicīniska rakstura apstākļiem, diagnozi, prognozi un ārstēšanu, kā arī citai personiska rakstura informācijai jāpaliek konfidencialai pat pēc pacienta nāves. Izņēmums ir pacienta pēcnācēji, kuriem varētu būt piekļuve tai informācijai, kas ļautu apziņoties savus veselības riskus.
- Konfidenciala rakstura informāciju drīkst izpausta tikai tad, ja pacients ir devis skaidru piekrišanu vai ja tas skaidri ir noteikts likumā. Citiem veselības aprūpes speciālistiem to drīkst izpaust tikai tik daudz, cik katram nepieciešams zināt, ja vien pacients nav devis nepārprotamu piekrišanu.
- Visiem identificētiem pacienta datiem jābūt aizsargātiem. Datu aizsardzībai jābūt atbilstoši tam, kādā formātā šie dati tiek uzglabāti. Aizsargātiem jābūt arī cilvēku cilmes bioloģiskajiem materiāliem, no kuriem šādus datus var iegūt.»

Šajā deklarācijā norādīts, ka pastāv arī izņēmumi no stingrajām konfidencialitātes principa prasībām. Daži no tiem nerada tikpat kā nekādas problēmas, turpretim citi ārstiem izvirza nopietnus ētiskus jautājumus.

Daudzās veselības aprūpes iestādēs konfidencialitātes neievērošana ir bieža parādība. Daudziem cilvēkiem — ārstiem, medicīnas māsām, laboratorijas speciālistiem u. c. — vajadzīga pieeja pacienta datiem, lai nodrošinātu adekvātu aprūpi, bet studentiem, lai apgūtu praktisko medicīnu. Ja pacients un aprūpes personāls runā dažādās

valodās, vajadzīgs tulks, kas atvieglotu dialogu. Gadījumos, kad pacienti paši nespēj pieņemt medicīniska rakstura lēmumus, informācija par pacientu ir jāsniedz personām, kas ir tiesīgas pieņemt lēmumu pacienta vietā. Pacienta nāves gadījumā ārsts parasti sniedz informāciju ģimenes locekļiem par nāves cēloni. Šis ir attaisnojamas atkāpes no konfidencialitātes principa, taču tās uzskatāmas par izņēmumu. Tiem, kam bijusi pieeja konfidencialai informācijai, ir ar to jārikojas ļoti piesardzīgi un to drīkst izpaust tikai pacienta interesēs pēc iespējas šauram personu lokam. Kad vien iespējams, par šādām atkāpēm jāinformē pacients.

Vēl viens pieņemams profesionālā noslēpuma pārkāpšanas iemesls ir pakļaušanās likuma prasībām. Daudzās jurisdikcijās ir tiesību normas, kas pieprasa obligātu informācijas sniegšanu par pacientiem, kas sirgst ar noteiktām slimībām, par personām, kuras uzskata par nespējīgām vadīt transportlīdzekli vai gadījumos, kad ir aizdomas par vardarbību pret bērniem. Ārstiem jābūt uzmanīgiem gadījumos, kad likums pieprasa sniegt ziņas par pacientu viņa darba vietai. Tomēr likuma prasības reizēm var nonākt pretrunās ar cilvēktiesībām, kas ir medicīnas ētikas pamats. Turklāt ārstam katrā šādā gadījumā kritiski jāizvērtē arī likuma prasības un jāpārlicinās, kādas informācijas izpaušana ir attaisnojama.

«..ārstam katrā šādā gadījumā kritiski jāizvērtē arī likuma prasības un jāpārlicinās, kādas informācijas izpaušana ir attaisnojama.»

Kad ārsts ir pārlicināts, ka no likuma viedokļa pieprasītā medicīniska rakstura informācijas izpaušana ir attaisnojama, pirms tas ir noticis, viņam tas būtu jāpārrunā ar pacientu, lai nodrošinātu sadarbību. Piemēram, būs labāk, ja pacients, kurš tiek turēts aizdomās par vardarbību pret bērniem, ārsta klātbūtnē piezvana bērnu tiesību sargājošām institūcijām un piesakās pats vai arī — ārsts iegūst pacienta piekrišanu, pirms ziņojums nonāk oficiālās instancēs. Šāda

pieeja sagatavo turpmākās darbības. Tomēr, ja sadarbība nav iespējama un ārstam ir iemesls aizdomām, ka kavēšanās var radīt smagu kaitējumu kādam bērnam, ārsta pienākums ir nekavējoties ziņot bērnu tiesību sargājošām institūcijām un tikai pēc tam informēt pacientu, ka tas ir izdarīts.

Papildus likuma noteiktajām atkāpēm no konfidencialitātes principa ārstam ir ētisks pienākums sniegt šo konfidenciālo informāciju citiem, kurus pacients varētu apdraudēt. Ir divas situācijas, kurās tas varētu notikt: ja pacients psihiatram saka, ka gatavojas kādam nodarīt ko ļaunu, un ja ārsts ir pārliecināts, ka HIV pozitīvs pacients bez aizsarglīdzekļiem turpina seksuālas attiecības ar savu laulāto vai citiem partneriem.

Gadījumi, kad likums nepieprasa atkāpšanos no konfidencialitātes principa, bet tā ir pamatota, ir šādi: ja prognozējams kaitējums ir draudošs, nenovēršams, nopietns un neatgriezenisks, tad informācija jāizpauž, kaut arī pacients ārstam nav ļāvis to darīt, bet neziņošana var radīt lielāku kaitējumu. Lai noteiktu šādu sagaidāmo un prognozējamo kaitējumu nopietnību, ārstam jānovērtē un jāsalīdzina kaitējuma rašanās iespēju un nopietnību. Šaubu gadījumos ārstam būtu jāmeklē eksperta padoms.

Kad ārsts ir noteicis, ka viņa pienākums brīdināt par briesmām attaisno informācijas izpaušanu, ir jāpieņem divi lēmumi. Kam tas būtu jāpaziņo? Cik daudz nepieciešams pateikt? Izpaustajai informācijai vajadzētu saturēt tikai iespējamā kaitējuma novēršanai nepieciešamās ziņas. Būtu jārikojas saprātīgi, lai mazinātu kaitējumu un apdraudējumu pacientam, ko varētu radīt informācijas izpaušana. Būtu labi, ja ārsts brīdinātu pacientu, ka pārkāps konfidencialitātes principu pacienta un citu potenciālo upuru aizsardzībai. Iespēju robežās jāmēģina panākt pacienta sadarbību.

HIV pozitīva pacienta gadījumā informācijas izpaušana laulātajam vai pašreizējam seksuālajam partnerim nav neētiska un tā ir pat

attaisnojama, ja pacients pats nevēlas brīdināt tās par risku. Šāda rakstura informācijas izpaušana pieļaujama šādos apstākļos: partneris ir pakļauts riskam inficēties ar HIV un viņam nav citas iespējas to uzzināt; pacients ir atteicies informēt savu dzimumpartneri; pacients ir noraidījis ārsta piedāvājumu paziņot to partnerim pacienta vārdā, turklāt ārsts ir brīdinājis pacientu par savu nodomu izpaust šo informāciju partnerim.

Aizdomās turēto personu un notiesātu noziedznieku medicīniskā aprūpe rada īpašas grūtības konfidencialitātes nodrošināšanā. Lai arī ārstiem, kas aprūpē ieslodzītos, ir ierobežota neatkarība, viņiem jādara viss iespējams, lai nodrošinātu tādu pašu aprūpi, kādu saņem citi pacienti. Sevišķi viņiem būtu jāievēro konfidencialitāte, lai neizpaustu ziņas par veselības stāvokli ieslodzījuma vietas administrācijai bez iepriekšējas pacienta piekrišanas.

JAUTĀJUMI, KAS SAISTĪTI AR DZĪVES SĀKUMU

Daudzi svarīgi medicīnas ētikas jautājumi attiecas tieši uz cilvēka dzīves sākumu. Rokasgrāmatas ierobežotais apjoms neļauj šos jautājumus apskatīt detalizēti, taču ir vērts tos vismaz minēt saraksta veidā, lai izprastu ētiskas dabas jautājumus un tos arī risinātu.

- **Kontracepcija** — fakts, ka pasaulē arvien plašāk atzīst sievietes tiesības kontrolēt savu auglību, proti, izsargāties no nevēlamas grūtniecības, neatbrīvo ārstus no pienākuma par šo tēmu risināt sarežģītus ētiskus jautājumus, piemēram, mazgadīgo prasības pēc kontracepcijas un dažādo kontracepcijas metožu risku izskaidrošana.
- **Mākslīgā apaugļošana** — pāriem (un indivīdiem), kas nevar ieņemt bērnu dabiskā ceļā, ir pieejami vairāki mākslīgās apaugļošanas veidi — mākslīgā apsēklošana, *in vitro* fertilizācija un embrija implantācija dzemdē, kas pieejami lielākajās klīnikās. Cits iespē-

jams risinājums ir arī grūtniecības iznēsātājas (surogātmātes) pie-
saiste. Tomēr šajās metodēs no indivīda vai sabiedrības viedokļa
rodas savas problēmas.

- **Prenatālais ģenētiskais skrīnings** — mūsdienās ir iespē-
jams veikt ģenētiskos izmeklējumus, kas ļauj noteikt dažas
ģenētiskas embrija vai augļa anomālijas un precizēt tā dzi-
mumu. Balstoties uz izmeklējumu rezultātiem, reizēm nākas
pieņemt lēmumu par grūtniecības turpināšanu vai pārtrauk-
šanu. Ārstiem vajadzētu spēt noteikt, kurš ir vispiemērotākais
grūtniecības laiks šādu pārbaužu veikšanai, kā arī izskaidrot
iegūtos rezultātus pacientiem.
- **Aborts** — šis ilgu laiku ir viens no pretrunīgākajiem medi-
cīnas ētikas jautājumiem gan ārstiem, gan sabiedrībai. PMA
*Nostādnes par terapeitisku abortu (Statement on Therapeuti-
cAbortion)* atzīst šo viedokļu un ticību dažādību un noslēdz
pārskatu ar vārdiem, ka «tas ir individuālās pārliecības un
sirdsapziņas jautājums, un tas jārespektē».
- **Jaundzimušie, kuru prognozējamā dzīvotspēja ir krasi
ierobežota** — dažiem jaundzimušajiem dažādu iedzimtu
anomāliju un priekšlaicīgas dzimšanas dēļ iespējas izdzīvot
ir ļoti niecīgas. Bieži vien jāizdara smaga izvēle — pagarināt
dzīvi vai ļaut viņiem nomirt.
- **Ar pētījumiem saistītie jautājumi** — ar šo jēdzienu saprot
rezerves embriju radīšanu vai lieko (virsnormas) embriju izlie-
tošanu, ja tie nav vajadzīgi reproduktīviem mērķiem, lai ārst-
nieciskos nolūkos iegūtu cilmes šūnas, pētītu jaunas repro-
duktīvās medicīnas metodes un veiktu pētījumus ar cilvēka
embrijiem.

JAUTĀJUMI, KAS ATTIECINĀMI UZ MŪŽA NOSLĒGUMU

Jautājumi, kas attiecināmi uz mūža nogali, ir mirstošu pacientu
dzīvības paildzināšanas mēģinājumi ar dažādu eksperimentālu
tehnoloģiju, piemēram, dzīvnieku orgānu implantāciju, palīdzību,
centieni priekšlaikus pārtraukt dzīvību eitanāzijas un medicīniski
palīdzētas pašnāvības ceļā. Starp šīm divām galējībām ir daudz jau-
tājumu par potenciālo dzīvības pagarināšanas līdzekļu uzsākšanu
vai to pārtraukšanu, terminālu pacientu aprūpi un iepriekš paustu
norādījumu piemērošanu un to lietderīgumu.

Divi jautājumi, eitanāzija un palīdzēta pašnāvība, pelna īpašu ievē-
rību:

- **Eitanāzija** ir apzināta un plānota rīcība, kas nepārprotami
vērstā uz kādas personas dzīvības pārtraukšanu. Tai raksturīgi
šādi momenti: indivīds ir rīcībspējīgs, pie apziņas esošs cil-
vēks, kas ir neārstējami slims un kurš labprātīgi lūdz, lai viņa
dzīvība tiktu izbeigta; šis darbības īstenotājs, zinot par pa-
cients veselības stāvokli un viņa vēlmi nomirt, veic darbības,
kuru pamatuzdevums ir dzīvības pārtraukšana. Šāda rīcība
tiek veikta aiz līdzcietības un nedod tās īstenotājam nekādu
personisku labumu.
- **Palīdzēta pašnāvība** aptver apzināti un ar nodomu pacien-
tam sniegt paskaidrojumus par nepieciešamajām zināšanām
un līdzekļiem, lai varētu izdarīt pašnāvību, ieskaitot padomus
par letālo zāļu devām, kā arī šādu medikamentu letālu devu
parakstīšana vai izsniegšana.

Kaut gan eitanāziju un palīdzēto pašnāvību bieži uzskata par morā-
lā ziņā līdzvērtīgām, skaidri saskatāmas praktiskas un dažās valstīs
arī tiesiskas atšķirības.

Saskaņā ar šīm definīcijām no eitanāzijas un palīdzētas pašnāvības būtu jānošķir nelietderīgas, resursu izšķērdējošas un negribētas ārstēšanas pārtraukšanu vai atturēšanos no tās, kā arī līdzcietīgas paliatīvās aprūpes nodrošināšanu, pat ja to īstenošana saīsina mūžu.

Pacienti parasti pieprasa eitanāziju un palīdzētu pašnāvību, lai izvairītos no lielām sāpēm vai citām ciešanām, kuras viņi uzskata par nepanesamām. Viņi labāk vēlas mirt, nekā turpina dzīvot šādos apstākļos. Turklāt daudzi pacienti bieži vien uzskata, ka viņiem ir tiesības mirt, ja tāda ir viņu izvēle, un ka viņiem ir pat tiesības uz kāda palīdzību šādā brīdī. Tā kā ārstam ir gan medicīniskas zināšanas, gan piekļuve zālēm, kas nodrošinātu ātru un nesāpīgu nāvi, viņus mēdz uzskatīt par vispiemērotāko līdzekli nāves nodrošināšanai.

Saprotamu iemeslu dēļ ārsti atsakās pildīt šādus pacientu lūgumus, jo vairumā valstu eitanāzija un/vai palīdzētā pašnāvība ir nelikumīga un daudzos medicīnas ētikas kodeksos arī aizliegta. Šis aizliegums ir daļa Hipokrāta zvēresta, un tas atkārtoti uzsvērts PMA Deklarācijā par eitanāziju (*Declaration of Euthanasia*):

«Eitanāzija, tīša pacienta dzīvības pārtraukšana, ir neētiska, pat ja pacients vai tuvi viņa radnieki to ir lūguši. Tas nekavē ārstu ievērot pacienta vēlmi ļaut turpināties dabiskam nāves procesam neārstējamas slimības terminālajā stadijā.»

Atteikums īstenot eitanāziju un/vai palīdzētu pašnāvību nenozīmē, ka ārsts neko nevar darīt, lai atvieglotu pacienta ciešanas dzīvību apdraudošas slimības pēdējā stadijā, kad nekādas aktīvas ārstēšanas metodes vairs nav piemērojamas. Pēdējos gados būtiski uzlabojusies pacientu paliatīvā aprūpe, nodrošinot sāpju remdināšanu, ciešanu mazināšanu un dzīves kvalitātes uzlabošanu. Paliatīvā aprūpe ir piemērota visu vecumu cilvēkiem — sākot no maziem bērniem, kas slimo ar vēzi, un beidzot ar veciem cilvēkiem pašās mūža

beigās. Paliatīvās aprūpes pacientiem uzmanība jāvelta vienam aspektam, proti, sāpju remdēšanai. Visiem ārstiem, kas rūpējas par mirstošiem pacientiem, jāpārlicinās, ka viņiem ir atbilstošas zināšanas šajā jomā vai ka nepieciešamības gadījumā viņiem konsultācijas var sniegt pieredzējuši paliatīvās aprūpes speciālisti. Ārstiem nevajadzētu atteikties no mirstošiem pacientiem, bet turpināt līdzcietības pilnu aprūpi arī tad, ja aktīva ārstēšana vairs nav iespējama.

«...ārstiem nevajadzētu atteikties no mirstošiem pacientiem, bet turpināt līdzcietības pilnu aprūpi arī tad, ja aktīva ārstēšana vairs nav iespējama.»

Nāves tuvošanās izvirza pacientiem, viņa pilnvarotajiem lēmumu pieņēmējiem un ārstiem vēl daudz ētiska rakstura problēmu. Dzīvības paildzināšana ar tehnoloģiju un zāļu palīdzību, resuscitācijas veikšana, radioloģiskie izmeklējumi un intensīvā terapija prasa skaidru lēmumu, kad šīs darbības uzsākas un kad — pārtraucamas, ja tās ir nesekmīgas.

Kā iepriekš minēts apakšnodaļā par saziņu un piekrišanu, pacientam ir tiesības atteikties no ārstēšanas pat tad, ja viņa lēmuma rezultātā var iestāties nāve. Cilvēku attieksme pret nāvi ir krasi atšķirīga. Daži darīs visu, lai mūžu pēc iespējas paildzinātu neatkarīgi no tā, cik ilgi un cik stipras sāpes viņiem nāktos ciest, citi savukārt izvēlas drīzāk mirt, jo atsakās no visai vienkāršas ārstēšanas, kas pasargātu viņu dzīvību, piemēram, no antibiotikām bakteriālās pneimonijas gadījumā. Ja ārsts ir darījis visu, lai sniegtu pacientam pilnīgu informāciju par pieejamo ārstēšanu un to iespējamajām sekmēm, viņam jārespektē pacienta lēmums par jebkura ārstēšanas veida uzsākšanu vai turpināšanu.

Lielākas grūtības ir, lai pieņemtu lēmumu par mūža nobeigumu rīcībnespējīgiem pacientiem, dzīves pārtraukšanu. Ja pacients skaidri paudis savu gribu jau agrāk iepriekšēja rīkojuma veidā, tad lēmums

ir vienkāršāks, lai gan arī tas bieži vien ir nenoteikts un noteikti jāizskata pacienta patiesā stāvokļa kontekstā. Ja pacients nav skaidri paudis savu gribu, pilnvarotajam lēmuma pieņēmējam jāizdara pacienta interesēm atbilstošs lēmums par turpmāko ārstēšanu.

ATGRIEŠANĀS PIE GADĪJUMA ANALĪZES

Saskaņā ar šajā nodaļā apskatīto ārsta un pacienta attiecību analīzi Dr. P. uzvedība bija neatbilstoša vairāku apsvērumu dēļ:

- 1) saziņa — viņš pat nepapūlējās aprunāties ar pacientu vai māti par viņas veselības stāvokļa cēloņiem, ārstēšanas metodes izvēli un viņas iespējām palikt slimnīcā līdz atveseļošanās brīdim;
- 2) piekrišana — viņš neieguva informētu pacientes piekrišanu ārstēšanai;
- 3) līdzjūtība — akūtā stāvoklī viņš pacientei neizrādīja nekādu līdzjūtību. Iespējams, ka ķirurģisko ārstēšanu viņš paveica augstā līmenī un maiņas beigās bija noguris, taču tas neattaisno ētikas principu neievērošanu.

3. NODAĻA. ĀRSTI UN SABIEDRĪBA



Āci pret aci ar AIDS
© Gideon Mendei/CORBIS

MĒRĶI

Pēc šīs nodaļas izlasīšanas jūs varēsiet:

- izprast neatbilstību starp ārsta pienākumiem pret pacientu un pret sabiedrību un identificēt šo konfliktu iemeslus;
- identificēt un tikt galā ar ētikas jautājumiem, kas saistīti ar ierobežoto veselības aprūpes resursu izlietojumu;
- izprast ārsta atbildību par sabiedrības veselību un globālo veselību.

2. GADĪJUMA APRAKSTS

Ārste S. pamazām sāk justies aizkaitināta, jo pacienti, kas nāk pie viņas, vai nu pirms vai pēc šīs vizītes ar to pašu slimību griezušies pie citiem speciālistiem. Viņa uzskata, ka šāda rīcība ir veltīga resursu šķiešana, kā arī nelietderīga pašiem pacientiem. Viņa nolemj pacientiem pateikt, ka turpmāk vairs tos neārstēs, ja šo pašu slimību dēļ turpinās apmeklēt arī citus speciālistus. Viņa ir nolēmusi vērsties savā medicīnas asociācijā, lai pieprasītu valdībai novērst šādu veltīgu medicīnas resursu šķiešanu.

KĀDAS IR ĀRSTA UN SABIEDRĪBAS ATTIECĪBU ĪPATNĪBAS?

Medicīna ir profesija. Vārdam «profesija» ir divas skaidri nošķiramas, bet samērā cieši saistītas nozīmes: 1) nodarbošanās, kam raksturīga ziedošanās citu labumam, augsti morāles standarti, zināšanas un prasmes, kā arī augsta līmeņa autonomija; 2) visi indivīdi, kas strādā šajā darbības jomā. «Ārstu profesija» tātad var nozīmēt gan medicīnas praksi, gan visu ārstu kopumu.

Ārsta profesija neaprobežojas tikai ar attiecībām starp ārstu un pacientu, kas jau apskatītas 2. nodaļā, vai ārsta attiecībām ar kolēģiem un citu veselības aprūpes profesiju darbiniekiem, kas tiks aplūkotas 4. nodaļā. Tās aptver arī ārsta attiecības ar sabiedrību. Šās var raksturot kā «sociālu līgumu», kur sabiedrība garantē profesijas

privilēģijas, ieskaitot ekskluzīvu atbildību par noteiktu pakalpojumu nodrošināšanu un augstu pašregulācijas pakāpi, preti saņemot profesijas pārstāvju piekrišanu lietot šīs privilēģijas vispirms citu, tikai pēc tam — savā labā.

«Mūsdienās vairāk nekā jebkad medicīna ir drīzāk sociāla, nevis individuāla darbība.»

Mūsdienās vairāk nekā jebkad medicīna ir drīzāk sociāla, nevis individuāla darbība. Darbošanos tajā lielā mērā ietekmē valdība, dažādas korporatīvas organizācijas un finansējums. Tā balstās uz publiski vai privāti veiktiem medicīniskiem pētījumiem un rūpnieciskām izstrādēm, kas nodrošina medicīnu gan ar zināšanu bāzi, gan ārstēšanas iespējām. Medicīna ārstē slimības, kam drīzāk ir sociāla, ne bioloģiska cilme.

Medicīnas ētikas hipokrātiskā tradīcija sniedz pavisam maz norādījumu par ārsta un sabiedrības attiecībām. Papildinot to, mūsdienu medicīnas ētika pievēršas šim jautājumam, kas tieši izriet no ārsta un pacienta attiecību problēmām un piedāvā kritērijus un metodes, kas palīdzētu šādas problēmas risināt.

Runājot par medicīnas sociālo raksturu, neizbēgami rodas jautājums — kas ir sabiedrība? Rokasgrāmatā ar terminu «sabiedrība» domāti jēdzieni «kopiena» vai «valsts». Tas nav sinonīms vārdam valdība, jo tai gan būtu jāpārstāv sabiedrības intereses, bet tas bieži vien nenotiek, un, pat ja tā notiek, tad darbojas sabiedrības dēļ, nevis kā sabiedrības daļa.

Ārstu attiecības ar sabiedrību ir dažādas. Tā kā sabiedrība un fiziskā vide ir ļoti būtiski veselības faktori, tad gan ārstu profesijai, gan katram ārstam individuāli ir būtiska nozīme sabiedrības veselībā, veselības izglītībā, vides aizsardzībā, tiesību normu izstrādē, kas skar kopienas veselību un labklājību, kā arī liecību sniegšanā tiesas priekšā.

PMA Pacientu tiesību deklarācijā teikts: «Ja likumdevēja vara, valdība vai kāda cita pārvaldes institūcija neatzīst pacientu tiesības, ārstiem ir jāsteno atbilstoši pasākumi, lai tās tiktu atjaunotas un ievērotas.» Ārstam arī jāuzņemas būtiska loma sabiedrības rīcībā esošo ierobežoto veselības aprūpes resursu sadalē, tādēļ dažkārt viņiem ir pienākums novērst pacientu piekļuvi pakalpojumiem, uz kuriem viņiem nav nekādu tiesību. Šis atbildības istenošana var izraisīt ētiskus konfliktus, it īpaši tad, ja sabiedrības intereses nonāk konfliktā ar kāda individuāla pacienta interesēm.

DUBULTLOJALĪTĀTE

Ja ārstam ir pienākumi un atbildība gan pret pacientu, gan pret trešo pusi un ja šie pienākumi un atbildība nav savienojami, ārsts nonāk «dubultlojalitātes» situācijā. Trešā puse, kas prasa no ārsta lojalitāti, ir valdība, darba devēji (piemēram, slimnīca vai veselības aprūpes sistēma), apdrošinātāji, militāro struktūru amatpersonas, policija, ieslodzījuma vietu administrācija un ģimenes locekļi. Lai arī PMA Starptautiskais medicīnas ētikas kodekss pauž, ka «ārstam jābūt pilnīgi lojālam pret savu pacientu», ir atsevišķas situācijas, kad citu intereses ārsts var izvirzīt augstāk par pacienta interesēm. Ētiska problēma rodas, ja jāizlemj, kad un kā aizstāvēt pacientu no iespējama trešās puses pārstāvju spiediena.

«...ir atsevišķas situācijas, kad citu intereses ārsts var izvirzīt augstāk par pacienta interesēm.»

Dubultlojalitātes situācijas ir kā skala, kuras vienā galā priekšroka dodama sabiedrības interesēm, otrā — situācijas, kurās daudz svarīgākas ir pacienta intereses. Pa vidu starp tām ir plaša pelēkā josla, kur vajadzīgs detalizēts novērtējums, lai pieņemtu labāko lēmumu.

Šī spektra vienā galā ir obligāta prasība ziņot par pacientiem, kas slimo ar noteiktām slimībām, kuras, piemēram, neļauj vadīt transportlīdzekli vai par gadījumiem, ja ir aizdomas par varmācību pret bērniem. Ārstam vajadzētu šīs prasības pildīt, taču arī pacients par to būtu jāinformē.

Otrā spektra galā ir policijas vai armijas rīkojumi vai pavēles iesaistīties procesos, kas pārkāpj cilvēka pamattiesības, piemēram, spīdzināšanā. 2003. gada rezolūcijā par ārstu atbildību apzinātas spīdzināšanas vai nežēlīgas, nehumānas vai pazemojošas izturēšanās gadījumu atklāšanu, kuros viņi piedalījušies (*Resolution on the Responsibility of Physicians in the Denuinciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment of which They are Aware*), PMA dod īpašas norādes tiem ārstiem, kas nonāk šādā situācijā. Tomēr ārstiem maksimāli būtu jāsarģā profesionālā neatkarība, lai rīkotos pacienta interesēs un ievērotu ētikas pamatprasības informētas piekrišanas un konfidencialitātes jautājumos. Katram šo prasību pārkāpumam, ja tāds ir jāizdara, ir jābūt pamatotam un jādara zināms pacientam. Ārstam būtu jāziņo attiecīgajām institūcijām par katru neattaisnojamas iejaukšanās gadījumu aprūpes procesā, ja viņu pacientu tiesības netiek ievērotas, jo īpaši, ja tas attiecas uz gadījumiem, kad tiek pārkāptas cilvēka pamattiesības. Ja institūcijas nereaģē, tad palīdzība jāmeklē valsts medicīnas asociācijā, PMA vai cilvēktiesības sargājošās organizācijās.

«Ārstam būtu jāziņo attiecīgajām institūcijām par katru neattaisnojamas iejaukšanās gadījumu aprūpes procesā, ja viņu pacientu tiesības netiek ievērotas, jo īpaši, ja tas attiecas uz gadījumiem, kad tiek pārkāptas cilvēka pamattiesības.»

Kaut kur pelēkās joslas vidū atrodas dažas pārvaldītas veselības aprūpes programmas, kas ierobežo ārstu klīnisko autonomiju noteikt, kā viņu pacienti ārstējami. Lai arī šādas programmas parasti

nenonāk pretrunā ar pacientu interesēm, tomēr tās ir iespējamas, un ārstiem būtu uzmanīgi jāapsver, vai šādās programmās var piedalīties. Ja nav citu iespēju, piemēram, citu alternatīvu programmu nemaz nav, viņiem būtu enerģiski jāiestājas par savu pacientu interesēm.

Tipiska dubultlojalitātes situācija, ar ko ārsts ikdienā saskaras, ir iespējams vai pastāvošs interešu konflikts starp pacientu un/vai sabiedrību, no vienas puses, un starp kādu komerciāla rakstura uzņēmumu, no otras puses. Farmācijas firmas, medicīnas tehnoloģiju ražotāji un citas ar medicīnu saistītas komercstruktūras bieži vien ārstiem piedāvā dāvanas vai citus labumus, sākot no iespējas segt ceļu un viesnīcas izdevumus kādā izglītojošā pasākumā līdz pat dāsnai atlīdzībai par klīniskiem pētījumiem (skat. 5. nodaļu). Šāda lielo ražotāju uzņēmumu dāsnuma iemesls ir vēlme sekmēt, lai ārsts parakstītu saviem pacientiem attiecīgās firmas medikamentus vai citus produktus, kas ne vienmēr ir labākais risinājums un bieži vien pat paaugstina veselības aprūpes izmaksas. PMA 2004. gada nostādnēs par saistībām starp ārstiem un komercuzņēmumiem (*Statement Concerning the Relationship between Physicians and Commercial Enterprises*) sniedz ārstiem norādījumus, kā rīkoties līdzīgās situācijās, turklāt daudzu valstu medicīnas asociācijām ir izstrādātas savas vadlīnijas. Ētikas pamatprincips šajās vadlīnijās ir, ka ārstam jāatrisina šāda veida konflikts tā, lai pacienta intereses aizvien gūtu pārsvaru pār ārsta interesēm.

«..ārstam jāatrisina šāda veida konflikts tā, lai pacienta intereses aizvien gūtu pārsvaru pār ārsta interesēm.»

RESURSU SADALE

Pasaules valstīs, ieskaitot visbagātākās, ir vērojama plata, stabili augoša plaša starp vajadzībām pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un pieejamajiem resursiem, kas ļauj tos nodrošināt. Tās esamība pieprasa racionālu resursu sadali. Veselības aprūpes normēšana jeb, kā to biežāk dēvē, resursu sadale ir iespējama trijos līmeņos:

- **augstākajā līmenī** (makrolīmenī) valdība nosaka gan veselības aprūpei piešķiramo budžetu, gan to, kuri veselības aprūpes pakalpojumi tiks sniegti bez maksas un par kuriem būs jāmaksā pacientiem pašiem vai viņu veselības apdrošinātājiem; cik daudz tiks piešķirts ārstu, medicīnas māsu un citu veselības aprūpes darbinieku atalgojumam, kādas būs slimnīcu un citu institūciju uzturēšanas iekārtu izmantošanas izmaksas, cik naudas paredzēts pētījumiem, medicīnas darbinieku izglītošanai un īpašu slimību, piemēram, tuberkulozes, AIDS u. c. ārstēšanai utt.
- **institucionālajā līmenī** (mezolīmenī), ar ko saprot slimnīcas, klīnikas, veselības aprūpes centrus u. c. iestādes, to vadība sadala savus resursus un nolemj, kādus pakalpojumus nodrošināt; cik daudz tērēt personālam, aprīkojumam, apsardzei, citiem uzturēšanas izdevumiem, darbības paplašināšanai u. t. t.
- **individuālajā jeb pacienta līmenī** (mikrolīmenī) veselības aprūpes veicēji, it īpaši ārsti, nolemj, kādi izmeklējumi būtu nepieciešami; vai nepieciešams nosūtīt pacientu pie cita ārsta vai uz slimnīcu; vai nepieciešams kāds oriģinālrāzotāja medikaments ģenērisku zāļu vietā. Aprēķini liecina, ka ārsti ir atbildīgi par vismaz 80% veselības aprūpes resursu patēriņu, un, viņiem vēl joprojām ir ievērojama ietekme, lai noteiktu, ar kādiem resursiem pacienti tiks nodrošināti.

Visos līmeņos pieņemtie lēmumi satur būtiskus ētikas elementus, jo balstīti uz vērtībām, un tiem var būt būtiska ietekme kā uz indivīda,

tā arī uz kopienas veselību un labklājību. Lai arī ārstus skar lēmumi, kas tiek pieņemti visos līmeņos, viņi vistiešāk ir iesaistīti mikrolīmenī. Dažus šī līmeņa aspektus aplūkosim turpmāk.

Kā iepriekš minēts, ārstam tradicionāli vispirms jā rūpējas par pacientu interesēm, neveltot īpašu vērību citu vajadzībām. Ārstu primārās ētikas vērtības — līdzcietība, kompetence un autonomija — tika vērstas uz viņu individuālo pacientu vajadzību apmierināšanu. Šī individuālā pieeja medicīnas ētikas jautājumiem saglabājās arī pēc pārejas no ārsta paternālisma uz pacienta autonomiju, kuras gadījumā individuāla pacienta griba kļuva par galveno kritēriju, lai pieņemtu lēmumu, kādus medicīniskos resursus (pakalpojumus) viņš saņems. Krietni nesenā pagātnē kāda cita vērtība, proti, taisnīgums, ir kļuvusi par nozīmīgu faktoru, kas iespaido medicīnisku lēmumu pieņemšanas procesu. Šī vērtība nosaka, ka resursu sadalē jāievēro vairāk sociāli orientēta pieeja, jo tā liek ņemt vērā arī citu pacientu intereses. Saskaņā ar to ārsti ir atbildīgi ne vien par saviem individuālajiem pacientiem, bet zināmā mērā arī par citiem.

«...ārsti ir atbildīgi ne vien par saviem individuālajiem pacientiem, bet zināmā mērā arī par citiem.»

Šī jaunā izpratne par ārstu nozīmi resursu sadalē ir izteikta daudz valstu medicīnas asociāciju ētikas kodeksos, kā arī PMA Pacienta tiesību deklarācijā, kas nosaka: «Apstākļos, kad vairākiem pacientiem nepieciešama kāda īpaša ārstēšanas metode, kuras pieejamība ir ierobežota, visiem šīs grupas pacientiem ir tiesības prasīt, lai piemērotā atlases procedūra ārstēšanas saņemšanai būtu godīga. Šai izvēlei jānotiek atbilstoši medicīniskiem kritērijiem un nav pieļaujama diskriminācija.»

Viens no līdzekļiem, kā ārsts var īstenot atbildību par resursu sadali, ir izvairīšanās no izšķērdīgām un neefektīvām manipulācijām, pat

ja pacienti tās pieprasa. Antibiotiku pārmērīga lietošana ir viens no uzskatāmiem piemēriem, kad šāda rīcība ir gan izšķērdīga, gan kaitējoša. Daudzas ikdienā izmantotas ārstēšanas metodes klīniskos pētījumos izrādījās neefektīvas, ārstējot tās slimības, kuru gadījumā tās parasti mēdz lietot. Daudzos gadījumos ir pieejamas klīniskās prakses vadlīnijas, kas palīdz atšķirt efektīvu ārstēšanu no neefektīvas. Ārstiem būtu jāiepazīstas ar šīm vadlīnijām, lai taupītu resursus, lai nodrošinātu labāko ārstēšanu saviem pacientiem.

«Viens no līdzekļiem, kā ārsts var īstenot atbildību par resursu sadali, ir izvairīšanās no izšķērdīgām un neefektīvām manipulācijām, pat ja pacienti tās pieprasa.»

Sarežģīts lēmums, kas daudziem ārstiem bieži vien jāpieņem, ir izvēle starp diviem vai vairāk pacientiem, kas pretendē uz vienu ierobežotas pieejamības resursu (ārstēšanas metodi), piemēram, par neatliekamās palīdzības nodaļas personāla uzraudzību, vienīgo atlikušo gultu intensīvās terapijas nodaļā, transplantācijai pieejamiem orgāniem, sarežģītiem radioloģiskiem izmeklējumiem un atsevišķiem, ļoti dārgiem medikamentiem. Ārstiem, kas kontrolē šo resursu izlietojumu, ir jāizlemj, kuriem pacientiem tie būs pieejami un kuriem — būs liegti, labi apzinoties, ka lēmuma rezultātā pacienti, kas tos nesaņems, tiks pakļauti ciešanām un pat nāvei.

Dažiem ārstiem šāds papildu interešu konflikts vēl vairāk pastiprinās tādēļ, ka aktīvi piedalās vispārīgās resursu sadales politikā, kas tieši skar arī viņu pacientus. Šis konflikts bieži vien novērojams slimnīcās vai citās iestādēs, kurās ārsts ieņem administratīvu amatu vai ir iesaistīts komitejās, kur šādu politiku iesaka vai pat nosaka rīkojuma veidā. Lai arī daudzi ārsti mēģina nošķirt darbību šādās komitejās no savas pamatdarbības, atrodas arī tādi, kas pamanās izmantot situāciju sev un saviem pacientiem par labu pat tad, ja citiem nepieciešamība ir lielāka.

Resursu sadales procesā ārstiem ne tikai jāuztur līdzsvars starp līdzietības un taisnīguma principiem, bet arī jāizlemj, kura no pieejām ir vispiemērotākā konkrētajā situācijā. Ir vairākas pieejas, proti:

liberālā (*libertarian*) — resursu sadale notiek saskaņā ar tirgus principiem (personiska izvēle, ko nosaka spēja un vēlme maksāt; ierobežota sociālā palīdzība trūcīgajiem);

utilitārā (*utilitarian*) — resursi jāsadala tā, lai tiktu īstenots uz visiem attiecināmais maksimālā guvuma princips;

egalitārā (*egalitarian*) — stingra resursu sadale tikai pēc nepieciešamības;

sanējošā (*restorative*) — resursu sadale tiek veikta par labu nelabvēlīgām iedzīvotāju grupām vai nabadzīgiem reģioniem.

Jau minēts, ka ārsti pamazām sāk atkāpties no tradicionālās individuālistiskās medicīnas ētikas, kas nosacīti varētu veicināt liberālo pieeju resursu sadalē, pieņemot tās vietā vairāk sociāli orientētu izpratni par viņu nozīmi. Kaut gan arī liberālā pieeja parasti tiek noraidīta, medicīnas ētikas speciālisti nav spējuši rast vienprātību par to, kura no pieejām ir pārāka. Katra no tām sniedz krasi atšķirīgus rezultātus, ja tās piemēro iepriekš minētajās situācijās, piemēram, kādi izmeklējumi nepieciešami; vai ir nepieciešama cita ārsta konsultācija; vai pacients būtu jāhospitalizē; vai ir nepieciešams kāds oriģinālrāzotāja medikaments vai pietiek ar ģenēriskajām zālēm; kam pienākas transplantējama orgāns utt. Piemēram, utilitārā pieeja individuāli praktizējošam ārstam ir ļoti grūti realizējama, jo tā prasa padziļinātu dažādu ārstēšanas metožu galarezultātu analīzi, ne pietiek tikai ar šī ārsta pacientiem, bet jāņem vērā arī citi cilvēki. Izvēle starp pārējām divām (vai trim, ja iekļauj arī liberālo pieeju)

«Izvēle .. būs atkarīga no paša ārsta tikumiskās apziņas un sociālpolitiskās vides, kurā ārsts darbojas.»

būs atkarīga no paša ārsta tikumiskās apziņas un sociālpolitiskās vides, kurā ārsts darbojas. Piemēram, ASV liberālā pieeja ir populārāka par citām, turpretim citas valstis, piemēram, Zviedrija, izceļas ar egalitāru pozīciju, savukārt vēl dažās valstīs, piemēram, Dienvidāfrikas Republikā, tiek izmēģināta sanējošā pieeja. Daudzi veselības plānotāji popularizē utilitāro pieeju. Lai gan ir savstarpējas atšķirības, dažādu valstu veselības sistēmās bieži vien līdzās pastāv divas vai vairāk izpratnes par taisnīguma principu, un ārsti var izvēlēties savas prakses nosacījumus (piemēram, privāta vai publiska), kas atbilst pašu izpratnei par resursu sadales metodēm.

Lai arī kāda būtu ārstu nozīme esošo veselības aprūpes resursu sadalē, viņiem ir jāuzņemas atbildība par to palielināšanu vietās, kur tie ir nepietiekami, lai pacientu vajadzības tiktu apmierinātas. Tas prasa ārstu kopdarbību gan profesionālā asociācijā, gan pārliicinot lēmumu pieņēmējus valdībā un citās atbildīgās institūcijās par patiesām vajadzībām pēc medicīnas resursiem un iespējām tās apmierināt gan valsts, gan globālā līmenī.

«Lai arī kāda būtu ārstu nozīme esošo veselības aprūpes resursu sadalē, viņiem ir jāuzņemas atbildība par to palielināšanu vietās, kur tie ir nepietiekami, lai pacientu vajadzības tiktu apmierinātas.»

SABIEDRĪBAS VESELĪBA

XX gadsimta medicīna ir pārdzīvojusi neveiksmīgo iedalījumu starp «sabiedrības veselību» un cita veida veselības aprūpi («privāto» vai «individuālo» veselību). Neveiksmīgs tas ir tādēļ, ka, kā jau minēts,

sabiedrība sastāv no indivīdiem un ir pasākumi, kas tiek īstenoti, lai aizsargātu un stiprinātu sabiedrības.

Pārpratumus rada arī tas, ka jēdzienu «sabiedrības veselība» neredzi saprot kā «sabiedrības finansētu veselības aprūpi» (tas ir, veselības aprūpe, kuru finansē no valsts ienākumiem nodokļu veidā vai ar obligātas visaptverošas apdrošināšanas sistēmas palīdzību). Tad to pretstata jēdzienam «privāti finansēta veselības aprūpe» (tas ir, veselības aprūpe, par kuru maksā indivīds pats vai ar privātās veselības apdrošināšanas palīdzību, bet tā parasti nav visiem pieejama).

Ar terminu «sabiedrības veselība», rokasgrāmatā tiek domāta gan iedzīvotāju (populācijas) veselība kopumā, gan arī medicīnas specialitāte, kas aplūko veselības jautājumus nevis no indivīdu, bet no visas populācijas viedokļa. Pasaulē trūkst speciālistu, kas ieteiktu un aizstāvētu tādu sociālo politiku, kas veicinātu labu veselību populāciju un vienlaikus iesaistītos aktivitātēs, lai aizstāvētu sabiedrību no lipīgām slimībām un citiem veselības riskiem. Sabiedrības veselības prakses (dažreiz to dēvē arī par «sabiedrības veselības medicīnu» vai «kopienu medicīnu») zinātniskos pamatus galvenokārt veido epidemioloģija, kas pētī slimību un veselības sadalījumu ietekmējošos faktorus populācijā. Daži ārsti iegūst papildizglītību, lai padziļinātu savas zināšanas un kļūtu par epidemiologiem. Lai nu kā — visiem ārstiem jāizprot sociālie un vides faktori, kas ietekmē viņu pacientu veselību. PMA Nostādnēs par veselības veicināšanu (*Statement of Health Promotion*) teikts: «Praktizējošiem ārstiem un viņu profesionālajām asociācijām ir ētisks pienākums un profesionāla atbildība vienmēr rīkoties saskaņā ar savu pacientu interesēm un paplašināt savu atbildību ar rūpēm par sabiedrības veselību, iesaistoties tās uzlabošanā.»

«..visiem ārstiem jāizprot sociālie un vides faktori, kas ietekmē viņu pacientu veselību.»

Sabiedrības veselības pasākumi, piemēram, vakcinēšanas kampaņas vai neatliekami pasākumi lipīgo slimību apkarošanā ir svarīgi faktori individuālās veselības nodrošināšanā, bet sociālie faktori, piemēram, mājokļi, uzturs un nodarbinātība, ir tikpat nozīmīgi. Ārsti ļoti reti ir spējīgi cīnīties ar individuālo pacientu slimību sociālajiem cēloņiem, tomēr viņi var nosūtīt pacientu pēc palīdzības pie visiem iespējamiem sociālajiem dienestiem. Tomēr netieši ārsti var dot savu artavu šo problēmu ilgtermiņa risinājumam, piedaloties sabiedrības izglītošanas pasākumos, novērojot un ziņojot par videi nodarīto kaitējumu, kas var izraisīt slimības, identificējot un publiskojot datus par veselībai nelabvēlīgiem faktoriem, piemēram, varmācības un vardarbības esamību, iestājoties par sabiedrības veselības dienestu darbības uzlabojumiem.

Tomēr dažreiz sabiedrības veselības intereses var nonākt konfliktā ar individuālu pacientu interesēm, piemēram, tad, ja vakcinācija izraisa nevēlamu reakciju, jo tā, protams, var neļaut indivīdam nodot slimību tālāk, bet nepasargās no tās pašu vakcinēto; pret bērniem un veciem cilvēkiem vērstas vardarbības gadījumu uzskaitē; ja noteikta darbība, piemēram, automašīnas vai lidaparāta vadīšana, var būt bīstama ne tikai pašam, bet arī citiem. Šie ir jau minētās dubultlojalitātes piemēri. Lai risinātu šādas un līdzīgas situācijas, ir izstrādāta procedūra, kas tuvāk apskatīta rokasgrāmatas otrās nodaļas apakšnodaļā «Konfidencialitāte». Ārstiem jāizmēģina rast veids, kā mazināt kaitējumu, kuru sabiedrības veselības prasību ievērošanas dēļ varētu ciest individuāli pacienti. Piemēram, kad ir nepieciešams ziņot par kādu konkrētu pacientu, viņa konfidencialitātei jābūt tik lielā mērā nodrošinātai, cik vien to pieļauj tiesisko prasību ievērošana.

Cits indivīda un sabiedrības interešu konflikta veids parādās tad, ja individuāls pacients ārstiem lūdz palīdzību, lai iegūtu kādu labumu, kas viņam nepienākas, piemēram, apdrošināšanas maksājumu vai slimības atvaļinājumu. Ārstiem ir deleģētas pilnvaras apliecināt, vai

pacientu stāvoklis no medicīniskā viedokļa atbilst nosacījumiem, kas viņiem ļautu šos labumus iegūt. Daži ārsti nevēlas noraidīt pacientu lūgumus, kas neatbilst lietas apstākļiem, tomēr viņiem vajadzētu palīdzēt pacientiem atrast citus pabalstu iegūšanas veidus, kuri neprasa neētisku rīcību.

GLOBALĀ VESELĪBA

Izpratne par ārstu atbildību pret sabiedrību, kurā viņi dzīvo, gadu gaitā ir augusi līdz atbildībai par globālo veselību. Šis termins ir definēts kā veselības problēmjautājumi un rūpes, kas pārsniedz nacionālās robežas. Tos var ietekmēt citu valstu apstākļi un pieredze, un tie vislabāk ir risināmi ar savstarpēju palīdzību. Globālā veselība ir daudz plašākas kustības, proti, globalizācijas, sastāvdaļa. Globalizācija ietver informācijas apmaiņu, tirdzniecību, politiku, tūrismu un daudzas jomas, kas saistītas ar cilvēku darbību.

«Kāda ārsta nolaidība vai nespēja atklāt un ārstēt šādu ļoti lipīgu slimību vienā valstī var izraisīt graujošas sekas arī citu valstu pacientiem»

Globalizācijas pamats ir atziņa, ka indivīdu un sabiedrības savstarpējā atkarība turpina pieaugt. Saistībā ar cilvēku veselību to skaidri pierādīja dažu slimību, piemēram, gripas vai SARS, straujā izplatīšanās. Šādu epidēmiju kontrolei nepieciešama starptautiska sadarbība. Kāda ārsta nolaidība vai nespēja atklāt

un ārstēt šādu ļoti lipīgu slimību vienā valstī var izraisīt graujošas sekas arī citu valstu pacientiem. Šī iemesla dēļ ārstu ētiskie pienākumi sniedzas tālāk par viņu individuālajiem pacientiem, tālāk par kopienām vai valstīm.

Šāds globāls veselības apskats rada aizvien pieaugošu pārliecību, ka pasaulē vērojama virkne būtisku atšķirību starp veselības aprūpes sistēmām. Lai gan notiek vērienīgas kampaņas cīņā pret priekšlaicī-

gas nāves gadījumiem un smagām kropļojošām slimībām nabadzīgās valstīs (kuru izskaušanā ir sasniegti lieliski rezultāti, piemēram, baku un, cerams, arī poliomiēlīta gadījumā), plaisa starp veselības aprūpes līmeni valstīs ar augstiem un zemiem ienākumiem arvien paplašinās. Daļēji tas ir HIV/AIDS dēļ, kas īpaši graujoši skar nabadzīgās valstis, bet vismaz daļēji arī tāpēc, ka tās nespēj atvēlēt pietiekami daudz līdzekļu veselības aprūpei, kā tas pēdējos gadu desmitos ir noticis citur pasaulē. Lai arī nabadzības iemesli bieži vien ir politiski un ekonomiski un ir spēcīgāki par ārstiem vai viņu asociāciju ietekmi vai kontroli, ārstiem tomēr ir jāstrādā ar nabadzības rezultātu — sliktu veselības stāvokli. Nabadzīgās valstīs ārstiem ir pavisam nedaudz resursu, ko piedāvāt pacientiem, un arī tad vienmēr jādomā, kā šos resursus sadalīt pēc iespējas taisnīgi. Arī vidēji un augsti attīstītās valstīs viņi saskaras ar pacientiem, ko tieši skārusi globalizācija, piemēram, bēgļi vai tādi pacienti, kam ne vienmēr ir pieejami tie paši medicīnas pakalpojumi, kas pienākas attiecīgās valsts pilsoņiem.

Vēl viena globalizācijas iezīme ir veselības aprūpes profesionāļu, ieskaitot ārstu, starptautiskā mobilitāte. Ārstu aizplūšana no attīstības valstīm uz industrializētajām ir liels ieguvums gan ārstiem, gan valstīm, kurās viņi ierodas, toties tā valsts, kuru viņi atstāj, paliek zaudētājos. PMA dokumentā — Ētikas vadlīnijas starptautiskai ārstu darbī iekārtošanai (*Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians*) — deklarēja, ka nevajadzētu likt šķēršļus ārstiem, kas dodas prom no savas valsts vai pašreizējās mītnes zemes uz kādu citu, lai meklētu karjeras iespējas. Tomēr šis dokuments aicina katru valsti darīt visu iespējamo, lai sagatavotu un izglītotu atbilstošām vajadzībām un resursiem nepieciešamo ārstu skaitu, kā arī nepaļautos uz ārstu imigrāciju no citām valstīm, lai nodrošinātu savas vajadzības.

Industrializēto valstu ārstiem izveidojušās ilgstošas tradīcijas, kā zināšanas un prasmes nodot attīstības valstu kolēģiem. Šim procesam iespējamās dažādas formas: neatliekamās medicīniskās palīdzības

sniegšana, ko koordinē tādas organizācijas kā Sarkanā Krusta un Sarkanā Pusmēness biedrības vai "Ārsti bez robežām" (*Médecins sans Frontières*); īslaicīgas ķirurģiskās palīdzības kampaņas kataraktas vai aukslēju šķeltnes operāciju veikšanai; docētāju viesošanās medicīnas augstskolās; īslaicīgi vai ilgstoši pētniecības projekti; apgāde ar medikamentiem vai medicīnas iekārtām u. c. Šādas programmas raksturo globalizācijas pozitīvos aspektus un vismaz daļēji kompensē ārstu aizplūšanu no nabadzīgajām valstīm uz bagātākajām.

ATGRIEŠANĀS PIE GADĪJUMA ANALĪZES

Saskaņā ar šajā nodaļā analizētajām ārsta un sabiedrības attiecībām ir saprotama Dr. S. cenšanās panākt sabiedrības ietekmi uz viņas pacientu uzvedību. Pat, ja konsultācijas pie citiem veselības aprūpes sniedzējiem neietilpst tajā aprūpes sistēmā, kurā strādā Dr. S. un nav saistītas ar izdevumiem, kurus finansē sabiedrība kopumā, tad šie pacienti velti patērē šīs ārstes laiku, ko viņa varētu veltīt citiem pacientiem. Tomēr ārstiem šādās situācijās jābūt ļoti piesardzīgiem. Daudzu un dažādu iemeslu dēļ pacienti ne vienmēr spēj pieņemt racionālus lēmumus, un viņiem var būt nepieciešams laiks un papildu medicīniskā izglītība, lai saprastu, kas ir vislabākais viņiem pašiem un citiem. Dr. S. ir taisnība arī par sazināšanos ar savu medicīnas asociāciju, lai risinātu šo problēmu, jo tā skar ne tikai viņu un konkrētos pacientus, bet tikpat lielā mērā arī citus ārstus un to pacientus.

4. NODAĻA. ĀRSTI UN KOLĒĢI



Medicīnas komanda, apspriežot problēmu
© Pete Saloutos/CORBIS

MĒRĶI

Pēc šīs nodaļas izlasīšanas jūs varēsiet:

- raksturot, kā ārstiem citam pret citu būtu jāizturas;
- pamatot ziņošanu par neētisku kolēģu rīcību;
- identificēt galvenos ētikas principus sadarbībā ar citām personām pacienta aprūpes laikā;
- izskaidrot, kā risināt konfliktus ar citiem veselības aprūpes sniedzējiem.

3. GADĪJUMA APRAKSTS

Dr. C., nesen darbā pilsētas slimnīcā norīkots anesteziologs, ir satraukts par kāda ievērojama ķirurga uzvedību operāciju zālē. Viņš izmanto novecojušas metodes, kas pagarina operācijas laiku, pastiprina pēcoperācijas sāpes un paīdzina atveseļošanos. Turklāt šis ķirurgs bieži izsaka nepiedienīgus jokus par pacientiem, un tas acīmredzami aizskar asistējošās medicīnas māsas. Būdamis visjaunākais kolektīva loceklis, viņš nevēlas kritizēt ķirurgu personīgi, nedz arī ziņot par viņa uzvedību attiecīgām iestādēm, taču viņš jūt, ka kaut kas ir jādara, lai situāciju uzlabotu.

PĀRMAIŅAS ĀRSTU IETEKMES SADALĪJUMĀ

Ārsts ir tā profesija, kas tradicionāli darbojas gan iekšēji, gan ārēji ārkārtīgi *hierarhiskā* varas sadalījuma struktūrā. Profesijā iekšēji ir trīs *hierarhijas* veidi, kas savstarpēji daļēji pārklājas: pirmā ir medicīnas specialitāšu hierarhija, jo dažas specialitātes mēdz uzskatīt par prestižākām un tās ir labāk apmaksātas par citām; otrā hierarhija veidojas specialitātes iekšienē, jo akadēmiskajiem mācībspēkiem ir lielāka ietekme nekā tiem, kas strādā praktisku darbu privātpraksē vai publiskā veselības aprūpes iestādē; savukārt trešā hierarhija ir saistīta ar konkrētu pacientu aprūpi, jo primārās aprūpes speciālists atrodas hierarhijas piramīdas augšā, toties citi ārsti neatkarīgi no viņu pieredzes vai zināšanām darbojas tikai kā konsultanti, ja vien pacients nav pilnībā nodots viņu aprūpē. Ārējās veselības aprūpes

«Ārsts ir tā profesija, kas tradicionāli darbojas.. ārkārtīgi *hierarhiskā* varas sadalījuma struktūrā.»

veicēju hierarhijas augšgalā — virs māsām un citiem veselības aprūpes speciālistiem — vienmēr ir bijuši ārsti.

Šajā nodaļā tiks apskatīti ētiski jautājumi, kas rodas abās — gan iekšējā, gan ārējā — hierarhiskajās sistēmās. Daži jautājumi abām hierarhijām ir kopīgi, citi atrodami tikai vienā vai otrā no tām. Daudzi no tiem ir visai jauni, jo radušies neseno medicīnas un veselības aprūpes pārmaiņu rezultātā. Šie jautājumi ir liels pārbaudījums klasiskajam ietekmes sadalījumam medicīnā, tādēļ nepieciešams īss pārskats par notikušajām pārmaiņām.

Līdz ar straujo zinātnes atziņu izaugsmi un to lietošanu klīniskā, medicīna ir kļuvusi sarežģītāka. Individuāli ārsti nespēj būt lietpratēji par visām pacientu slimībām un to iespējamo ārstēšanu, tādēļ viņiem bieži vien nepieciešama citu specialitāšu ārstu vai citu veselības aprūpes profesiju pārstāvju, piemēram, medicīnas māsu, farmaceitu, fizioterapeitu, laboratoriskās diagnostikas speciālistu, sociālo darbinieku un daudzu citu, palīdzība. Ārstiem būtu jāzina, kā iegūt trūkstošās prasmes, kas nepieciešamas, lai aprūpētu savus pacientus.

Kā jau runāts 2. nodaļā, medicīniskais paternālisms pakāpeniski saira, jo arvien lielākas tiesības (un vēlmi pašiem pieņemt būtiskus medicīniskus lēmumus) ieguva pacienti. Tā rezultātā kooperatīvais lēmumu pieņemšanas modelis ir aizstājis autoritāro, kas bija raksturīgs tradicionālajam medicīnas paternālismam. Tāds process notiek arī ārstu un citu veselības aprūpes profesiju savstarpējās attiecībās. Citu aprūpes profesiju pārstāvji vairs negrib pakļauties ārstu rīkojumiem, ja nezina to motīvus. Viņi sevi uzskata par profesionāļiem, kam arī pret pacientiem ir specifiska ētiska atbildība; ja viņu uztvere par šo atbildību nonāk

«..kooperatīvais lēmumu pieņemšanas modelis ir aizstājis autoritāro, kas bija raksturīgs tradicionālajam medicīnas paternālismam.»

konfliktā ar ārsta rīkojumiem, viņi uzskata, ka jāuzdod papildu jautājumi vai pat jāapstrīd ārsta rīkojumi. Hierarhiskais modelis neatstāj vietu pat šaubām par to, kurš konflikta gadījumā būs situācijas noteicējs, turpretim kooperatīvais modelis paver iespējas diskutēt par piemērotāko pacienta aprūpi.

Tādi uzlabojumi kā šie maina «spēles noteikumus» ārstu attiecībās ar citiem kolēģiem un pārējiem veselības aprūpes speciālistiem. Šajā nodaļā turpmāk apskatīsim dažus problemātiskus šo attiecību aspektus un ieteiksim dažus risinājumu veidus.

ATTIECĪBAS AR CITIEM ĀRSTIEM, SAVIEM SKOLOTĀJIEM UN STUDENTIEM

No ārstiem allaž ir tikusi sagaidīta īpaša attieksme citam pret citu, kā vienas profesijas pārstāvjiem viņiem būtu jāizturas kā ģimenes locekļiem, nevis kā svešiniekiem vai pat kā draugiem. PMA Ženēvas deklarācijā ir solījums: «Mani kolēģi man būs kā māsas un brāļi». Šis prasības izpratne dažādās valstīs un dažādos laikos ir bijusi atšķirīga. Piemēram, kad «maksā par konkrētu pakalpojumu» bija galvenais vai pat vienīgais ārsta atalgojuma veids, pastāvēja stingri ievērots nerakstīts «profesionālās pieklājības» (*professional courtesy*) likums, ka no saviem kolēģiem ārsts samaksu par ārstēšanu neprasīja. Valstīs, kur pavērās iespēja saņemt atlīdzību no trešās puses, šī prakse pakāpeniski izzuda.

Līdztekus pozitīvajām prasībām izturēties ar cieņu pret kolēģiem un sadarboties ar tiem, lai kopīgi pēc iespējas uzlabotu pacienta aprūpi, PMA Starptautiskais medicīnas ētikas kodekss satur divus ierobežojošus ārstu attiecību nosacījumus: 1) maksāt vai saņemt maksājumus un citus ieguvumus, lai nosūtītu pacientu pie kāda sava kolēģa vai pats to saņemtu no citiem; 2) pārvilināt kolēģa pacientus. Trešais pienākums — ziņot par neētisku vai nekompetentu kolēģa rīcību — ir apskatīts nedaudz vēlāk.

Hipokrātiskajā medicīnas ētikā ārstiem bija jāizrāda īpaša cieņa pret saviem skolotājiem. Ženēvas deklarācija to uzsver šādi: «Es izrādīšu saviem skolotājiem cieņu un pateicību, kāda tiem pienākas». Kaut gan šodien medicīnas studiju procesā ir iesaistīti daudzi skolotāji pretstatā seno laiku «viens pret vienu» attiecībām, šī principa ievērošana vēl joprojām ir katra ārsta goda lieta un pateicība par to, ka skolotājs bieži vien nesaņēma nekādu atlīdzību par mācībām. Medicīnas studenti un citi šīs profesijas apguvēji ir pateicību parādā saviem pasniedzējiem, jo bez tiem medicīnas studijas būtu tikai pašmācība.

Pasniedzējiem ir pienākums pret studentiem izturēties ar cieņu un rādīt izcilu piemēru attiecībās ar pacientiem. Šis tā sauktais apslēptais mācību plāns (*hidden curriculum*) medicīnas izglītībā, kuru parāda praktizējoši ārsti, ir daudz iedarbīgāks par tieši docēto medicīnas ētikas studiju kursu, un, ja arī rodas konflikts starp ētikas prasībām un viņa skolotāja attieksmi un uzvedību, students drīzāk sekos sava skolotāja piemēram.

«...skolotājiem ir pienākums pret saviem studentiem izturēties ar cieņu un rādīt izcilu piemēru attiecībās ar pacientiem.»

Skolotājiem ir īpašs pienākums neiesaistīt studentus neētiskās darbībās. Šādas darbības, par kurām rakstīts medicīnas žurnālos, ir, piemēram, pacientu informētas piekrišanas iegūšana ar medicīnas studentu palīdzību situācijās, kad to drīkstētu prasīt tikai kvalificēta ārstniecības persona, mazā iegurņa izmeklēšana bez iepriekšējas piekrišanas anestezētā vai nupat mirušam pacientam, vai prasība bez uzraudzības izdarīt kādas kaut visai vienkāršas manipulācijas kā intravenozu injekciju, ja to veiks studentam vēl nav nepieciešamo zināšanu. Paturot prātā nevienlīdzīgo varas sadalījumu starp skolotāju un studentiem un ar to saistīto studentu nevēlēšanos uzdot jautājumus vai atteikties šādu manipulāciju veikt, skolotājam

«...studentiem, kas ir norūpējušies par ētikas normu ievērošanu studijās jābūt nodrošinātai pieejai atbildīgām organizācijām, kam viņi var droši paust savas bažas.»

jāpārlicina studenti, ka viņš neprasa studentiem rīkoties pretrunā ar ētikas principiem. Daudzās medicīnas augstskolās darbojas studentu pārstāvji vai medicīnas studentu asociācijas, kurām viņi var izteikt savas bažas par ētiskas dabas problēmām medicīniskajā izglītībā. Studentiem, kas ir norūpējušies par ētikas normu ievērošanu studijās jābūt nodrošinātai pieejai atbildīgām organizācijām, kam viņi var droši paust savas bažas bez bailēm, ka viņus nodēvēs par *ziņu pienesējiem* jeb denunciatoriem, kā arī viņiem jāsaņem nepieciešamais atbalsts, ja tāds būtu vajadzīgs un ja jautājums tiktu risināts formālā ceļā.

Savukārt arī no studentiem kā no topošajiem ārstiem tiek prasīta augsti ētiska uzvedība. Pret saviem studiju biedriem viņiem jāizturas kā pret kolēģiem un jābūt vienmēr gataviem palīdzēt, ja nepieciešams, ieskaitot aizrādījumus par neprofesionālu uzvedību. Tāpat viņiem pilnībā jāvelta savs laiks tādu kopīgu pienākumu veikšanai kā akadēmisko saistību izpilde un līdzdalība dežūrās.

ZIŅOŠANA PAR NEDROŠU VAI NEĒTISKU MEDICĪNAS PRAKSI

Medicīna allaž ir lepojusies ar saviem profesionālās pašregulācijas mehānismiem. Apmaiņā pret privilēģijām, ko ārstu profesija saņem no sabiedrības, un uzticību, ko konkrētiem ārstiem dāvā viņu pacienti, šajā profesijā ir noteikti augsti uzvedības standarti un izstrādātas disciplināras procedūras, lai izmeklētu neatbilstošas uzvedības gadījumus un, ja nepieciešams, sodītu pārkāpējus. Tomēr bieži vien šī pašregulējošā sistēma nedarbojas, un pēdējos gados ir ieviestas dažādas pārmaiņas, lai palielinātu profesijas atbildīgumu, piemēram, iekļaujot kontrolējošo institūciju sastāvā arī «neārstus»

(lajus). Galvenā prasība sekmīgas pašregulācijas īstenošanai nepārprotami ir ārstu atbalsts šiem principiem un viņu vēlme atklāt nedrošu un neētisku medicīnas praksi un tos novērst.

Ētikas kodeksos ir uzsvērts pienākums ziņot par kolēģa nekompetenci, nodarīto kaitējumu vai amatpārkāpumu. Piemēram, PMA Starptautiskajā medicīnas ētikas kodeksā teikts: «Ārsts .. centīsies atmaskot kolēģus, kuriem trūkst atbilstošu rakstura īpašību vai kompetences, vai kuri iesaistās krāpšanā vai maldināšanā.» Tomēr šī principa piemērošana tikai retumis ir vienkārša. No vienas puses, doma par kolēģa reputācijas iedragāšanu ārstam varētu ienākt prātā arī zemisku personisku motīvu, piemēram, skaudības dēļ vai aiz atriebības par kādu senāku aizvainojumu. Ārsts varētu arī nenodot savu kolēģi, piemēram, simpātiju vai draudzības dēļ («Tas tikpat labi varēju būt arī es»). Turklāt paziņošanas sekas var būt ļoti neizdevīgas pašam ziņojuma iesniedzējam, kuram nāksies sastapties ar pilnīgi drošu nosūdzētā kolēģa un, visai ticams, arī citu kolēģu naidīgumu.

Lai arī iespējami šķēršļi, ziņošana par pārkāpumiem ir katra ārsta profesionāls pienākums. Viņi ir ne tikai atbildīgi par profesijas labās slavas uzturēšanu, bet bieži vien ir vienīgie, kas spēj konstatēt nekompetenci, kaitējumu vai amatpārkāpumu. Turklāt normālās situācijās ziņošana par kolēģi ir pēdējais līdzeklis pēc tam, kad izmēģināti alternatīvie risinājumi un tie izrādījušies nesekmīgi. Pirmais pasākums varētu būt mēģinājums sazināties ar kolēģi un teikt, ka jūs viņa rīcību vērtējat kā nedrošu vai neētisku. Ja problēmu iespējams atrisināt šajā līmenī, nav nepieciešamības doties tālāk. Ja ne — nākamais pasākums varētu būt saruna ar jūsu un/vai pārkāpumu izdarījušā kolēģa tiešo priekšnieku un lēmuma atstāšana viņa ziņā.

«..ziņošana par kolēģi ir pēdējais līdzeklis pēc tam, kad izmēģināti alternatīvie risinājumi un tie izrādījušies nesekmīgi.»

Ja šī taktika nav iespējama vai nedod rezultātus, tad nepieciešams ķerties pie galējā līdzekļa un informēt disciplināro institūciju.

ATTIECĪBAS AR CITIEM VESELĪBAS APRŪPES SPECIĀLISTIEM

Otrā nodaļa par ārsta attiecībām ar pacientiem sākās ar diskusiju par cieņas un vienādas attieksmes nozīmi ārsta un pacienta attiecībās. Šiem principiem ir tikpat liela nozīme arī ārsta un viņa līdzstrādnieku attiecību veidošanā. Ženēvas deklarācijā noteikts diskriminācijas aizliegums «vecuma, veselības stāvokļa, ticības, etniskās piederības, dzimuma, nacionalitātes, politiskajiem uzskatiem, rases, seksuālās orientācijas vai sociālā statusa» dēļ, un šie principi ir saistoši ārstiem saskarē ar citām personām, ar kuriem viņi sadarbojas pacientu aprūpē neatkarīgi no to un citas profesionālās darbības.

«Nediskriminācija» ir pasīva attiecību forma. Cieņa jau nozīmē kaut ko daudz pozitīvāku un aktīvāku. Cieņpilna attieksme pret citiem veselības aprūpes sniedzējiem — ārstiem, medicīnas māsām un palīgpersonālu — norāda uz to, ka viņu prasmes un pieredze tiek novērtēta tādā mērā, cik vien viņu kompetence ļauj dot ieguldījumu pacientu aprūpē. Veselības aprūpes sniedzēju mācību ilgums un izglītības līmenis ir ļoti atšķirīgs, tomēr kā cilvēki viņi ir vienlīdzīgi un tos vieno rūpes par pacientu labklājību.

Tāpat kā attiecībās ar pacientiem, ir pamatoti iemesli, kāpēc būtu jāatturas vai jāpārtrauc pārāk tuvas attiecības starp ārstu un citu veselības aprūpes sniedzējiem. Tas varētu būt saistīts ar neuzticēšanos citu personu spējām vai godīgumam, kā arī radīt pamatu nopietnai raksturu nesaderībai. Prasme nošķirt šos motīvus no citiem mazāk būtiskiem prasa no ārsta augsti attīstītu ētisku rīcību.

SADARBĪBA

Medicīna vienlaikus ir gan dziļi individuālistiska, gan arī augsta līmeņa sadarbības profesija. No vienas puses, ārsti ir piederīgi «saviem» pacientiem. Tas ir nepieciešams tādēļ, ka individuāls ārsta un pacienta attiecības ir labākais veids, lai nodrošinātu pacienta pazišanu un ārstēšanas procesa nepārtrauktību, kas ļauj panākt sekmīgu slimību profilaksi un ārstēšanu. Pacienta piesaistīšana dod labumu, vismaz finansiālu, arī ārstam. Tajā pašā laikā, kā jau minēts, medicīna ir kļuvusi ļoti sarežģīta un specifiska, tādēļ nepieciešama cieša sadarbība starp dažādiem speciālistiem ar atšķirīgām zināšanām un prasmēm. Šī pretruna starp individuālismu un sadarbību mūsdienās kļuvusi par atkārtoti aplūkojamu medicīnas ētikas tēmu.

Medicīniskā paternālisma vājināšanās ir izgaisinājusi uzskatu, ka viņa pacienti ir ārsta īpašums. Tradicionālās pacienta tiesības prasīt otra speciālista viedokli nu ir paplašinājušās līdz iespējai saņemt citu veselības aprūpes sniedzēju pakalpojumus, kas varētu labāk apmierināt pacienta vajadzības. Saskaņā ar PMA Pacientu tiesību deklarāciju «ārstam ir pienākums pacienta ārstēšanas procesā sadarboties ar citiem veselības aprūpes sniedzējiem». Turklāt ārsti no izmaksu sadalīšanas nedrīkst gūt papildu peļņu.

Šos ārsta «īpašnieciskuma» ierobežojumus, kas attiecas uz pacientiem, būtu jālīdzsvaro citiem pasākumiem, kas aizsargātu ārsta un pacienta attiecību prioritāti. Piemēram, laikā, kad pacients atrodas slimnīcā, ja viņa ārstēšanu veic vairāki ārsti, tad vienam no viņiem jāuzņemas aprūpes koordinēšana, kā arī jāinformē pacients par ārstēšanas gaitu un jāpalīdz pacientam pieņemt lēmumus.

«Medicīniskā paternālisma vājināšanās ir izgaisinājusi uzskatu, ka viņa pacienti ir ārsta īpašums.»

Ja ārstu savstarpējās attiecības samērā skaidri nosaka dažādi labi formulēti un akceptēti noteikumi, tad tās citiem veselības aprūpes darbiniekiem ir nepārtrauktu pārmaiņu stadijā un pastāv visai atšķirīgi viedokļi, kādām tām vajadzētu būt. Kā jau minēts, daudzas medicīnas māsas, farmaceiti, fizioterapeiti un citi aprūpes profesionāļi uzskata, ka savā jomā viņi ir kompetentāki par ārstiem un neredz nekādu pamatu, kāpēc lai pret viņiem neizturētos tieši tāpat kā pret ārstiem. Viņi iestājas par komandas pieeju pacientu aprūpei, kurā ikviena speciālista darbs pelna vienlīdzīgu uzmanību, un viņi jūt atbildību pret pacientu, nevis pret ārstu. Tajā pašā laikā daudzi ārsti uzskata, ka šajā komandas darbā tomēr jābūt vienai atbildīgai personai un ārsti izglītības un pieredzes dēļ šai lomai atbilst vislabāk.

Lai arī daži ārsti varētu pretoties šīm pārmaiņām, kas zināmā mērā grauj viņu tradicionālo, gandrīz absolūto vienpersonisko autoritāti, izskatās, ka viņiem tomēr nāksies akceptēt situāciju, kurā paredzētas lielākas iespējas pacientiem un citiem veselības aprūpes sniedzējiem plašāk iesaistīties lēmumu pieņemšanas procesā. Ārstiem būs jāiemācās pamatot savas rekomendācijas un pārliecināt citus, lai viņi tās pieņemtu. Papildus šīm saziņas prasēm ārstam būs arī jāprot risināt konfliktus starp dažādiem veselības aprūpes sniedzējiem, ja pacienta aprūpes procesā tādi radīsies.

Īpašs pārbaudījums sadarbībai pacienta interešu aizstāvības vārdā ir viņa izvēle vērsties pēc palīdzības pie tradicionālās vai alternatīvās medicīnas pārstāvjiem jeb dziedniekiem. Viņi sniedz padomus daudziem pacientiem Āfrikā un Āzijā, un šī ietekme pieaug arī Eiropā un Amerikā. Lai arī ir uzskats, ka abas pieejas (zinātniskā medicīna un dziedniecība) tikai papildina viena otru, bieži vien tās nonāk konfliktā. Tā kā vismaz dažām netradicionālās medicīnas un dziedniecības metodēm ir terapeitisks efekts un pacienti tās mek-

lē, ārstiem būtu jāatrod veidi, kā sadarboties ar dziedniekiem. Šīs sadarbības formas dažādās valstīs un dažādās specialitātēs var būt daudzveidīgas, bet vienmēr te pirmajā vietā būtu jāliek pacienta intereses un labklājība.

KONFLIKTU RISINĀŠANA

Lai arī ārsti var iesaistīties dažāda veida konfliktos ar citiem ārstiem un veselības aprūpes sniedzējiem, piemēram, par jautājumiem, kas saistīti ar administratīvās kārtības ievērošanu vai darba samaksu, šai

«...nedrošība un dažādie viedokļi var izraisīt nesaprašanos par aprūpes mērķiem vai līdzekļiem to sasniegšanai.»

pārskatā galvenā vēriba veltīta konfliktiem par pacientu aprūpi. Ideālā gadījumā pacienta aprūpes lēmumi atspoguļo vienošanos starp pacientu, ārstu un citām iesaistītajām personām. Tomēr nedrošība un dažādie viedokļi var izraisīt nesaprašanos par aprūpes mērķiem vai līdzekļiem to sa-

sniegšanai. Vienprātība varētu būt grūti sasniedzama arī ierobežotu veselības aprūpes resursu vai darba organizācijas dēļ.

Domstarpības starp veselības aprūpes sniedzējiem par ārstēšanas mērķiem vai to sasniegšanas līdzekļiem vajadzētu atrisināt aprūpes komandai, neietekmējot viņu attiecības ar pacientu. Domstarpības, kas radušās starp veselības aprūpes sniedzējiem un administrāciju, piemēram, par resursu sadali, būtu jārisina nodaļā vai iestādē, bet tās nekādā ziņā nevajadzētu apspriest pacienta klātbūtnē. Tā kā abu veidu konfliktiem piemīt ētisks raksturs, tad to risinājumu varētu vieglāk sasniegt, uzklusot ētikas komisijas vai kāda ētikas konsultanta padomus, ja tādi ir pieejami.

Šie ieteikumi varētu būt noderīgi konfliktu risināšanā:

- Konflikts jārisina pēc iespējas neformāli, piemēram, tiešas konfliktējošo personu vienošanas rezultātā, pārejot pie formālākām procedūrām tikai tad, ja neformāli pasākumi izrādījušies nesekmīgi;
- Katrai iesaistītajai personai jābūt tiesīgai paust viedokli, kuru tad ar pilnu cieņu jānovērtē;
- Pacienta vai viņa pilnvarotās lēmumu pieņēmējas personas informētajai piekrišanai par ārstēšanas procesu jābūt primārajam apsvērumam konfliktu risināšanā;
- Ja strīdā tiek skartas pacientam piedāvājamās ārstēšanas iespējas, tad priekšroka dodama plašākajam iespēju spektram. Ja tās nav pieejamas resursu ierobežotības dēļ, ir gluži normāli, ka par to informē pacientu;
- Ja pēc saprātīgiem pūliņiem neformālā dialogā nav iespējams vienoties vai rast kompromisu, jāakceptē par lēmuma pieņemšanu atbildīgās personas viedoklis. Ja tas nav īsti skaidrs vai tiek apšaubīts, kuram deleģēta atbildība par lēmumu, tad jāmeklē vidutāja, šķirējtiesas vai tiesas palīdzība.

Ja veselības aprūpes sniedzējs profesionāla sprieduma vai morālu apsvērumu dēļ nav vienisprātis ar vairākuma pieņemto lēmumu, viņš drīkst atteikties no turpmākas piedalīšanās atbilstoši lēmumam uzsāktajā aprūpes procesā, pārliecinoties, ka aprūpējamai personai netiks radīts kaitējuma risks vai tā nepalik bez aprūpes.

ATGRIEŠANĀS PIE GADĪJUMA ANALĪZES

Dr. C. satraukumam par ievērojamā ķirurga rīcību operāciju zālē ir objektīvs pamats. Viņš ne tikai apdraud pacienta veselību, bet arī izrāda necieņu gan pret pacientu, gan pret kolēģiem. Dr. C. ētisks pienākums ir neatstāt šādu uzvedību bez ievēribas un kaut ko darīt, lai situāciju uzlabotu. Pirmais solis būtu vecākā kolēģa rīcības neatbalstīšana, piemēram, nesmejojies par viņa jokiem. Ja viņš domā, ka vienkārša aprunāšanās ar šo ķirurgu varētu būt efektīva, vajadzētu aicināt kolēģi uz sarunu. Ja ne — viņš var doties pie slimnīcas vadības. Ja vadība atsakās šo problēmu risināt, jaunajam ārstam ir tiesības vērsties atbilstīgās ārstu sertificēšanas organizācijās un pieprasīt lietas izmeklēšanu.

5. NODAĻA. ĒTIKA UN MEDICĪNISKIE PĒTĪJUMI



MĒRĶI

Pēc šīs nodaļas izlasīšanas jūs varēsiet:

- identificēt galvenos pētījumu veikšanas ētiskos principus;
- zināsiet, kā rast līdzsvaru starp pētījumiem un klīnisko aprūpi;
- apmierināt ētikas komiteju prasības.

Miega slimība atgriežas

© Robert Patric/CORBIS SYGMA

4. GADĪJUMA APRAKSTS

Pie kādas mazpilsētas ģimenes ārstes ierodas pētījumu līgumorganizācijas pārstāvis un aicina viņu piedalīties klīniskā pētījumā par jauna nesteroīdā pretiekaisuma līdzekļa lietošanu osteoartrīta ārstēšanā. Viņai tiek apsolīta konkrēta summa par katru pacientu, ko viņa iesaistīs pētījumā. Pētījumu līgumorganizācijas pārstāvis viņu pārliecina, ka pētījuma veikšanai jau iegūtas visas nepieciešamās atļaujas, tajā skaitā arī no ētikas komitejas. Ārste vēl nekad nav piedalījusies klīniskā pētījumā un ir ļoti priecīga par šādu iespēju, kas turklāt viņai garantē papildu ienākumus. Viņa piekrīt piedalīties, tuvāk nepainterēsējoties par pētījuma zinātniskajiem vai ētiskajiem aspektiem.

MEDICĪNISKO PĒTĪJUMU NOZĪME

Medicīna nav eksakta zinātne tādā izpratnē kā matemātika vai fizika. To veido vairāk vai mazāk vispārīgu principu kopums, kas vairumā gadījumu ir efektīvi, tomēr katrs pacients ir atšķirīgs, tādēļ iespējams, ka tas, kas der 90% cilvēku, var nederēt pārējiem 10%. Šis būtiskās īpašības dēļ medicīnai ir eksperimentāls raksturs. Pat visplašāk atzītās ārstēšanas metodes ir kontrolējamas un pārvērtējamas, lai noteiktu to piemērotību gan noteiktām pacientu grupām, gan visiem pacientiem kopumā. Tā ir viena no medicīnisko pētījumu funkcijām.

«Šis būtiskās īpašības dēļ medicīnai ir eksperimentāls raksturs.»

iespējams, ka tas, kas der 90% cilvēku, var nederēt pārējiem 10%. Šis būtiskās īpašības dēļ medicīnai ir eksperimentāls raksturs. Pat visplašāk atzītās ārstēšanas metodes ir kontrolējamas un

Otra, iespējams labāk zināma, funkcija ir jaunu ārstēšanas metožu, īpaši medikamentu, medicīnas iekārtu un ķirurģiskās ārstēšanas, attīstīšana. Pēdējos 50 gados šajā jomā sasniegts ievērojams progress, un mūsdienās vienlaikus tiek veikts vairāk dažādu medicīnisko pētījumu kā jebkad agrāk. Medicīnas zinātne joprojām meklē arī atbildes uz daudziem neatbildētiem jautājumiem par cilvēka ķermeņa funkcijām, gan zināmu, gan jaunu slimību cēloņiem un labākajām to profilakses vai ārstēšanas metodēm. Medicīniskie pētījumi ir vienīgais veids, kā iegūt atbildes uz šiem jautājumiem.

Turklāt, lai labāk izprastu cilvēka fizioloģiju, medicīnas pētniecībā liela uzmanība tiek pievērsta daudziem citiem cilvēku veselību ietekmējošiem faktoriem — tādiem kā slimību izplatībai (epidemioloģija), veselības aprūpes finansēšanai, organizācijai un praksei (veselības aprūpes sistēmu izpēte), veselības sociālajiem un kultūras aspektiem (medicīnas socioloģija un antropoloģija), tiesiskiem aspektiem (tiesu medicīna) un ētikai (medicīnas ētika). Dažādas valsts un nevalstiskas organizācijas, it īpaši speciāli fondi, arvien vairāk interesējas par šiem medicīnas pētījumu veidiem, un daudzas veselības aprūpes finansēšanas organizācijas ir izveidojušas īpašas programmas nefizioloģisku medicīnas pētījumu atbalstīšanai.

PĒTĪJUMI MEDICĪNAS PRAKSĒ

Visi ārsti praksē izmanto jaunāko pētījumu rezultātus. Lai uzturētu savu kompetenci, ārstiem jāseko līdz jaunākajiem sasniegumiem, iesaistoties medicīnas tālākizglītības vai profesionālās izaugsmes programmās, lasot medicīnas žurnālus un daloties pieredzē ar zinošiem kolēģiem. Pat tad, ja viņi neiesaistās pētniecībā, ārstiem jāspēj interpretēt pētījumos

«Pat tad, ja viņi neiesaistās pētniecībā, ārstiem jāspēj interpretēt pētījumos iegūtie rezultāti un tos piemērot pacientu ārstēšanā.»

iegūtie rezultāti un tos piemērot pacientu ārstēšanā. Tādēļ pamatzināšanas par pētniecības metodēm ir neatņemama labas klīniskās prakses sastāvdaļa. Vislabākais veids, kā iegūt šīs zināšanas, ir piedalīties kādā pētniecības projektā vai nu kā medicīnas studentam, vai vēlāk — tālākizglītībā.

Visierstākā pētījumu metode, ar kuru saskaras praktizējošie ārsti, ir klīniskie pētījumi. Pirms kāda jauna medikamenta reģistrācijas, ko veic pilnvarota valsts iestāde, ar to tiek veikti daudzi savstarpēji saistīti pētījumi, lai noteiktu medikamenta drošumu un efektivitāti. Process sākas ar laboratoriskiem pētījumiem, kam seko medikamenta izpēte uz dzīvniekiem. Ja šie pētījumi liekas perspektīvi, seko turpmākie četri darbības posmi jeb fāzes:

- pirmajā fāzē — parasti tiek iesaistīts neliels skaits brīvprātīgo, kam bieži vien par dalību šādā pētījumā maksā; viņi lieto medikamentu, lai noteiktu, kāda deva ir nepieciešama, lai tas spētu atstāt noteiktu iespaidu uz cilvēka ķermeni, noteiktu medikamenta uzsūkšanos un sadalījumu organismā un spriestu, vai tas neizraisa kādus toksiskus vai kaitīgus efektus.
- otrajā fāzē — medikamentu lieto neliels skaits pacientu, kas sirgst ar to slimību, kuru iecerēts ārstēt ar jauno medikamentu. Šīs fāzes mērķis ir noteikt, vai medikamentam tiešām piemīt eventuālā vēlamā ietekme un vai tas nerada kādas nevēlamas blakusparādības.
- trešajā fāzē ietilpst klīniskie pētījumi, kuru laikā medikamentu lieto daudzi pacientu, turklāt tas tiek salīdzināts ar kādu citu jau praksē lietotu medikamentu vai *placebo*. Ja vien iespējams, šie pētījumi ir «dubultakli» (dubultmaskēti), proti, nedz pētījuma pacienti, nedz arī viņu ārstējošie ārsti nezina, kurš kuru saņem medikamentu (vai *placebo*).

- ceturrtā fāzē tiek īstenota pēc tam, kad medikaments ir reģistrēts un laists tirgū. Pirmos gadus tiek organizēti vērota medikamenta ietekme, it īpaši, vai tas neizraisa kādus iepriekšējos pētījumos nepamanītus blakuseftus. Tāpat arī zāļu ražošanas firmas interesējas, kādas ir atsauksmes no ārstiem, kas šo medikamentu izraksta, un pacientiem, kas to lieto.

Pēdējos gados novērotais straujais pētījumu skaita pieaugums radījis nepieciešamību atrast un tajos iesaistīt arvien lielāku pacientu skaitu, lai apmierinātu pētījumiem izvirzītās statistikas prasības. Par pētījumu īstenošanu atbildīgajiem individuālajiem ārstiem vai zāļu ražošanas firmām arvien biežāk nākas paļauties uz daudziem ārstiem dažādās valstīs, lai iesaistu viņu pacientus pētījumos.

Lai arī šāda dalība pētījumos ārstam ir neatsverama pieredze, ir dažas potenciālas problēmas, kuras būtu jāpamāna un no kurām būtu jācenšas izvairīties. Pirmkārt, ārsta un pacienta attiecības atšķiras no pētnieka un pētījuma dalībnieka attiecībām, pat ja ārsts un pētnieks ir viena un tā pati persona. Ārstam galvenais ir atbildība par pacienta labklājību, turpretim pētniekam atbildība svarīgāk ir jaunu zināšanu iegūšana, kaut gan šis process varētu gan labvēlīgi, gan nelabvēlīgi ietekmēt pētījuma dalībnieka veselību un labklājību. Tādējādi te iespējams potenciāls antagonisms starp abām lomām. Ja tas notiek, tad ārsta nozīmei jābūt noteicošai. Kā tas izpaužas praksē, to apskatīsim vēlāk.

«..ārsta un pacienta attiecības atšķiras no pētnieka un pētījuma dalībnieka attiecībām»

Otra potenciālā problēma, kas saistās ar abu šo lomu apvienošanu, ir interešu konflikts. Medicīniskie pētījumi ir ļoti labi apmaksāti uzņēmējdarbība, un ārstiem par piedalīšanos šādos pētījumos bieži vien tiek piedāvāta ievērojama atlīdzība. Tie var būt gan maksājumi

skaidrā naudā par katru iesaistīto pacientu, gan arī cita veida labumi, piemēram, dators pētījuma datu apstrādei vai ielūgumi uz konferencēm, kurās tiek apspriesti pētījumu rezultāti, un līdzautorība publikācijās par pētījumu rezultātiem. Ārsta ieinteresētība par šiem labumiem reizēm nav apvienojama ar pienākumu nodrošināt pacientam labāko aprūpi. Tāpat tā var nonākt konfliktā ar pacienta tiesībām saņemt visu nepieciešamo informāciju, lai izdarītu informētu lēmumu par piedalīšanos vai nepiedalīšanos pētījumā.

Šīs problēmas ir pārvaramas. Ārsta ētikas vērtības — līdzietība, kompetence, autonomija — tikpat labi attiecas arī uz pētniekiem, tādēļ ka starp abām lomām nepārvarama antagonisma nav. Ja ārsti izprot un ievēro pētījumu ētikas pamatlikumus, viņiem nevajadzētu būt grūti veidot dalību pētījumos kā nozīmīgu klīniskās prakses sastāvdaļu.

ĒTIKAS PRASĪBAS

Pētījumu veikšanas ētiskie pamatprincipi mūsdienās ir ļoti labi izstrādāti. Tomēr vienmēr tas tā nav bijis. Daudzi izcili XIX un XX gadsimta pētnieki īstenoja eksperimentus ar pacientiem, tos neinformējot un neuztraucoties par viņu labklājību. Lai gan jau XX gadsimta sākumā tika izstrādātas dažas deklarācijas par pētījumu ētikas principiem, tomēr tās neatturēja ārstus nacistiskajā Vācijā un citās valstīs no pētījumiem ar cilvēkiem, kas rupji pārkāpa cilvēku pamattiesības. Pēc Otrā pasaules kara daži no šiem ārstiem tika saukti pie atbildības un notiesāti Nirnbergas kara tribunālā. Sprieduma pamats ir pazīstams kā **Nirnbergas kodekss**, kas ir kalpojis par vienu no modernās pētniecības ētikas pamatdokumentiem. Pie desmit šī kodeksa principiem pieder arī prasība par brīvprātīgu pacienta dalību pētījumā.

PMA tika dibināta 1947. gadā, — gadā, kad tika izstrādāts **Nirnbergas kodekss**. Apzinoties savu atbildību par medicīnas ētikas pārkāpumiem pirms Otrā pasaules kara un tā laikā, PMA dibinātāji nekavējoties darīja visu, lai nodrošinātu, ka ārsti vismaz apzinās savus ētiskos pienākumus. Pēc dažiem problēmas izpētes gadiem, 1954. gadā, PMA pieņēma virkni dokumentu, ko pazīst kā **Principus tiem, kas iesaistās pētījumos un eksperimentos** (*Principles for Those in Research and Experimentation*). Turpmākos desmit gados šis dokuments tika pārstrādāts un beidzot 1964. gadā tika pieņemts kā **Helsinku deklarācija** (*Declaration of Helsinki*). Pēc tam tā tika pārstrādāta 1975., 1983., 1989., 1996. un 2000. gadā. Helsinku deklarācija ir koncentrēts ētikas kopsavilkums. Pēdējos gados ir izstrādāti citi, detalizētāki dokumenti gan par pētījumu ētikas vispārīgos jautājumos, piemēram, Starptautisko medicīnas zinātņu organizāciju padomes (*Council for International Organizations of Medical Sciences, CIOMS*) dokuments **Starptautiskas ētiskās vadlīnijas biomedicīniskos pētījumos, kuros iesaistīti cilvēki** (*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*), tas tika sagatavots 1993., bet pārstrādāts 2002. gadā, gan arī par pētījumu ētikas specifiskos jautājumos, (piemēram, Nufildas Bioētikas padomes (*Nuffield Council on Bioethics*) dokuments ētikā Veselības aprūpe jaunattīstības valstīm (*The Ethics of Research Related to Healthcare in Developing Countries*), kas apstiprināts 2002. gadā).

Lai arī šiem dokumentiem ir dažāds skatupunkts, apjoms un autori, tie visi ir vienisprātis par ētikas pamatprincipiem pētījumos. Šie principi ir iestrādāti daudzu valstu likumos un noteikumos un starptautisku organizāciju dokumentos, ieskaitot tās organizācijas, kas ir tieši saistītas ar jaunu medicīnas iekārtu un medikamentu pārbaudi. Lūk, īss šo principu uzskaitījums, kas galvenokārt ņemts no Helsinku deklarācijas.

Ētikas komitejas apstiprinājums

Helsinku deklarācijas 13. un 14. paragrāfs izvirza nosacījumu, ka katra pētījuma, kurā tiks iesaistīti cilvēki, uzsākšana jāizskata un jāapstiprina neatkarīgai ētikas komitejai. Lai iegūtu apstiprinājumu, pētniekiem jāspēj izskaidrot pētījuma mērķis un metodoloģija; jāparāda, kā tiks iesaistīti pētījuma dalībnieki, kā tiks panākta viņu piekrišana un kā tiks nodrošināta viņu konfidencialitāte; jāinformē, kā pētījums tiek finansēts; jāatklāj visi potenciālie pētījuma īstenotāju interešu konflikti. Ētikas komiteja var projektu apstiprināt, pieprasīt veikt dažus grozījumus pirms tā uzsākšanas vai arī to noraidīt. Daudzas komitejas ir nozīmīgas arī esošo projektu īstenošanas pārraudzībā, lai pārliecinātos, ka pētnieki izpilda savus pienākumus, un, ja nepieciešams, apturētu projektu nopietnu, nevēlamu notikumu dēļ.

«..katra pētījuma, kurā tiks iesaistīti cilvēki, uzsākšana jāizskata un jāapstiprina neatkarīgai ētikas komitejai.»

lemesls, kāpēc šāds ētikas komitejas apstiprinājums ir nepieciešams, ir tas, ka ne pētnieki, ne arī pētījuma dalībnieki ne vienmēr ir pietiekami zinoši vai objektīvi, lai noteiktu, vai projekts no zinātniskā un ētiskā viedokļa ir pieņemams. Pētniekiem ir jāpierāda neatkarīgai ekspertu komitejai, ka projekts ir vērtīgs, ka viņi ir pietiekami kompetenti, lai to īstenotu, un ka tiks ievēroti visi iespējamie pasākumi, lai potenciāliem pētījuma dalībniekiem netiktu nodarīts kaitējums.

Viens neatrisināts jautājums šajā situācijā tomēr paliek. Proti, vai tad, ja projekts tiek īstenots vairākos centros, pietiek ar vienas komitejas vienu apstiprinājumu, vai tomēr vajadzētu gūt apstiprinājumu no katras reģionālās komitejas. Ja pētījumu centri atrodas dažādās valstīs, tad apstiprinājums vajadzīgs no katras valsts ētikas komitejas.

Zinātniskā vērtība

Helsinku deklarācijas 11. paragrāfs pieprasa, ka medicīniskiem pētījumiem, kuros tiek iesaistīti cilvēki, jābūt zinātniski pamatotiem.

«..medicīniskiem pētījumiem, kuros tiek iesaistīti cilvēki, jābūt zinātniski pamatotiem.»

Šī prasība izvirzīta tādēļ, lai noraidītu projektus, kas nesola sekmes, piemēram, neatbilstošas metodoloģijas dēļ, vai tādus, kuros visticamāk tiks iegūti triviāli rezultāti, pat ja tie būs sekmīgi.

Ja pacienti tiek lūgti iesaistīties pētījumu projektā, kaut gan tā risks būtu minimāls, ir jābūt pārliecībai un pierādījumiem, ka sagaidāmie rezultāti būs nozīmīgi zinātnes attīstībā.

Lai nodrošinātu zinātnisko vērtību, 11. paragrāfs vēl pieprasa, lai projekts ir balstīts uz literatūrā atrodamu datu apkopojumu par pētāmo problēmu, iepriekšējiem laboratoriskiem pētījumiem un, ja iespējams, arī izmēģinājumiem ar dzīvniekiem, tās kopā ļauj sagaidīt, ka paredzamā metode būs efektīva arī cilvēkiem. Arī pētījumiem ar dzīvniekiem jāsauc ar ētikas vadlīnijām, kas pieprasa līdz minimumam samazināt izmantoto dzīvnieku skaitu un pasargāt tos no nevajadzīgām sāpēm. 15. paragrāfā pievienots papildu nosacījums — tikai zinātniski kvalificētas personas drīkst veikt pētījumus ar cilvēkiem. Pirms ētikas komisija apstiprina projektu, tai jābūt pārliecinātai, ka visas šīs prasības tiek pildītas.

Sociālā vērtība

Viena no pretrunīgākajām prasībām medicīnas pētījumos ir tā, lai projekts dotu savu ieguldījumu visas sabiedrības labklājībā. Agrāk bija vispārpieņemts, ka zinātnes sasniegumi bija

«..sociālā vērtība ir kļuvusi par būtisku kritēriju, lai pieņemtu lēmumu par projekta finansēšanu.»

vērtība paši par sevi un tiem nevajadzēja nekādus papildu attaisnojumus. Taču mūsdienās, kad resursu pieejamība medicīnas pētniecībai aizvien straujāk atpaliek no vajadzībām, sociālā vērtība ir kļuvusi par būtisku kritēriju, lai pieņemtu lēmumu par projekta finansēšanu.

Helsinku deklarācijas 18. un 19. pants skaidri izsaka atbalstu sociālās vērtības kritērija piemērošanai, izvērtējot pētījuma nepieciešamību. Skaidriem un saprotamiem projekta mērķiem — gan zinātniskiem, gan sociāliem — jābūt pārliecinošākiem par risku un kaitējumu, kas varētu rasties pētījuma dalībniekiem. Vēl vairāk — sabiedrībai, kurā pētījums tiek veikts, vajadzētu gūt no tā rezultātiem kādu labumu. Īpaši nozīmīgi tas ir valstīs, kur ir iespējama negodīga rīcība pret brīvprātīgajiem, kas pētījuma laikā uzņemas lielu risku un neērtības, bet galu galā labumu no pētījuma rezultātiem gūst vienīgi pacienti kaut kur citur.

Izvērtēt pētījuma projekta sociālo vērtību ir grūtāk nekā zinātnisko, tomēr tas nav iemesls, lai esamību ignorētu. Pētniekiem un ētikas komitejas locekļiem ir jābūt pārliecinātiem, ka pacienti netiek pakļauti izmeklējumiem, kuriem nav nekāda lietderīga sociālā mērķa. Pretēja rīcība nelietderīgi izšķērdētu vērtīgos medicīnas resursus un vājinātu medicīnas pētījumu — būtiska cilvēces labklājības un veselības faktora — reputāciju.

Riski un ieguvumi

Kad ir noteikts pētījuma projekta zinātniskā un sociālā vērtība, pētniekam jāpierāda, ka iespējamie riski, kuriem tiks pakļauti pētījuma dalībnieki, nav nesaprātīgi vai neproporcionāli sagaidāmajam gūvumam no pētījuma rezultātiem, kurus, iespējams, pētījuma dalībnieki paši pat neizbaudīs. Risks ir iespējama kaitējums (nevēlams galarezultāts), kas varētu rasties. Tam ir divi komponenti: 1) iespē-

«Ja riska lielums ir pilnīgi nezināms, pētījumu nevajadzētu uzsākt līdz brīdim, kamēr nav iegūti ticami dati, piemēram, no laboratoriskiem pētījumiem vai eksperimentiem ar dzīvniekiem.»

jamība, ka kaitējums tiks nodarīts (no ļoti mazticamas līdz ļoti ticamai); 2) nodarītā kaitējuma smagums (no triviāla maznozīmīga stāvokļa līdz paliekošai nespējai vai pat nāvei). Labam pētniecības projektam problēmas neradīs ļoti mazticams nenozīmīga kaitējuma risks. Turpretī otrā spektra galā, kur būs arī ļoti ticams nopietna kaitējuma risks, projekts būs nepieņemams, ja vien pētījums nav vienīgā

cerība uz ārstēšanu nedziedināmi slimiem pacientiem. Starp šīm divām galējībām Helsinku deklarācijas 17. paragrāfā ir prasīts, lai pētnieki adekvāti izvērtē riskus un gūst pārliecību, ka viņi spēs tos kontrolēt. Ja riska lielums ir pilnīgi nezināms, pētījumu nevajadzētu uzsākt līdz brīdim, kamēr nav iegūti ticami dati, piemēram, no laboratoriskiem pētījumiem vai eksperimentiem ar dzīvniekiem.

Informētā piekrišana

Nirnbergas kodeksa pirmais princips pausts šādiem vārdiem: «Cilvēka brīvprātīga piekrišana ir absolūti nepieciešama». Šim principam pievienotais izskaidrojošais pants kopā ar vēl daudziem citiem nosacījumiem pieprasa, ka pētījuma dalībniekam «būtu jābūt pietiekamām zināšanām un izpratnei par pētījuma būtību, lai viņš spētu pieņemt saprātīgu un informētu lēmumu».

Helsinku deklarācija ir padziļināts skaidrojums par informēto piekrišanu. 22. pants precizē, kas īsti pētījuma dalībniekiem būtu jāzina, lai spētu pieņemt informētu lēmumu par dalību pētījumā. 23. pants

«Cilvēka brīvprātīga piekrišana ir absolūti nepieciešama.»

brīdina par iespējamu spiediena izdarīšanu uz personām, lai viņi piedalītos pētījumā, jo tas nozīmē, ka šādos apstākļos dalība projektā nebūtu gluži brīvprātīga. 24. un 26. pantā ir runa par pētījuma dalībniekiem, kas paši nespēj pieņemt lēmumus (mazgadīgi bērni, pacienti ar smagiem garīgiem traucējumiem, bezsamaņā esoši pacienti). Ievērojot īpaši stingrus nosacījumus, arī viņi tomēr atsevišķos gadījumos var kļūt par pētījuma dalībniekiem.

Kā visi citi ētiska rakstura dokumenti, arī Helsinku deklarācija iesaka pētījuma dalībnieka brīvprātīgo piekrišanu fiksēt rakstiski — parakstīt «piekrišanas formu» (22. pants). Daudzas ētikas komitejas pētniekiem pieprasa uzrādīt «piekrišanas formas, kuras viņi plānojuši lietot šajā pētījumā». Dažās valstīs šīs formas jau ir kļuvušas tik garas un detalizētas, ka vairs nespēj pildīt savu tiešo funkciju — informēt dalībnieku par pētījumu, kurā piedalīsies. Jebkurā gadījumā šīs informētās piekrišanas iegūšanas process nesākas un arī nebeidzas ar formas parakstīšanu. Tajā jāietver arī mutisks izsmeļošs skaidrojums par projektu un visu, ko dalība tajā varētu nozīmēt katram dalībniekam. Tāpat projekta dalībniekiem jābūt informētiem, ka jebkurā brīdī viņi drīkst atsaukt savu piekrišanu, pat tad, ja projekts jau ir uzsākts, bez jebkādas atriebības no pētnieku vai ārstu puses un bez jebkādiem šķēršļiem turpmāk saņemt veselības aprūpi.

Konfidencialitāte

Tāpat kā klīniskajiem pacientiem, arī pētījumu dalībniekiem ir tiesības uz viņu veselības stāvokļa datu konfidencialitāti. Tomēr pētījuma procesā šad tad ir nepieciešama ziņu izpaušana citiem, ieskaitot zinātniskos darbiniekus, dažreiz — pat sabiedrību. Lai pasargātu dalībnieka privātumu, pētniekiem jāgarantē, ka

«..pētījumu dalībniekiem ir tiesības uz viņu veselības stāvokļa datu konfidencialitāti.»

juma procesā šad tad ir nepieciešama ziņu izpaušana citiem, ieskaitot zinātniskos darbiniekus, dažreiz — pat sabiedrību. Lai pasargātu dalībnieka privātumu, pētniekiem jāgarantē, ka

informācija par viņu veselības stāvokli tiks izmantota tikai pētījuma vajadzībām, tas savukārt pieprasa, lai jau pirms pētījuma veikšanas dalībnieki būtu informēti par to, kā tiks izlietota informācija par viņu veselības stāvokli. Galvenais, ka informācijai jābūt neidentificējamai, kā arī droši uzglabātai un nodotai tālāk. Norādījumi par šo tēmu atrodami PMA deklarācijā par Veselības datubāzu uzturēšanas ētiskajiem apsvērumiem (*Declaration on Ethical Considerations Regarding Health Databases*).

Attiecību konflikti

Jau minēts šajā nodaļā, ka ārsta un pacienta attiecības ir citādas nekā pētnieka un pētījuma dalībnieka attiecības, pat ja ārsts un pētnieks ir viena un tā pati persona. Helsinku deklarācijas 28. pants nosaka, ka šādos gadījumos svarīgāka ir ārsta nozīme. Tas nozīmē, ka ārstam būtu jāiesaka pacientam nepiedalīties projektā, ja jau esošā ārstēšana ir sekmīga, bet pētāmā metode prasa nejaušu pacienta iedalīšanu grupās, kas saņems dažādas ārstēšanas metodes un/vai placebo. Ārsts var lūgt arī pacientu piedalīties pētījumā, ja viņš saskaņā ar zinātniski pamatotiem apsvērumiem nav pārliecināts, ka esošā ārstēšanas metode ir piemērotāka par pētījumā aplūkojamo ārstēšanu vai pat tikai par placebo.

Godīga informēšana par rezultātiem

Lai arī ne vienmēr ir nepieciešams precīzs pētījuma rezultātu atspoguļojums, tomēr ir palielinājusies negodīga pētījumu rezultātu publicēšana. Šī problēma sevī ietver plaģiātismu, datu falsificēšanu, publikācijas un «dāvinātu» autorību. No šādas prakses labumu var gūt pētnieks, vismaz līdz brīdim, kamēr pārkā-

«..ir palielinājusies negodīga pētījumu rezultātu publicēšana.»

pumi netiek atklāti, taču tā var nodarīt lielu ļaunumu pacientiem, kas, iespējams, būs saņēmuši aplamu ārstēšanu atbilstoši neprecīzai vai maldinošai informācijai pētījumu pārskatos, kā arī citi pētnieki, kas velti izšķiež laiku un resursus, paļaujoties uz šiem pētījumiem.

Ziņošana

Lai novērstu neētisku pētījumu rašanos vai atmaskotu jau notikušus gadījumus, ikvienam, kam ir zināms par šādām darbībām, ir pienākums par tām ziņot atbilstīgām iestādēm. Diemžēl ne vienmēr šāda ziņošana tiek novērtēta vai īstenota, un ziņotāji bieži vien tiek sodīti vai atstumti no darba, līdzko viņi mēģina atmaskot nelikumības. Pamazām gan attieksme pret «ziņotājiem» sāk mainīties, jo gan valdība, gan medicīnas zinātnieki uzskata par nepieciešamu piekert un sodīt negodīgus pētniekus, un sāk pat atbilstoši novērtēt ziņotāja nozīmi, lai sasniegtu šo mērķi.

Bieži vien pētījumu grupas jaunākajiem dalībniekiem, piemēram, medicīnas studentiem, ir ļoti grūti reaģēt uz aizdomīgu vai neētisku rīcību pētījumā, jo viņi varētu justies nepietiekami kvalificēti, lai vērtētu vecāko pētnieku darbību. Tāpat, visticamāk, ka studenti tiktu par to sodīti, ja viņi sāktu runāt. Viņi tomēr varētu atteikties piedalīties darbībās, ko uzskata par neētiskām, piemēram, melošana pacientiem vai pētījuma datu safabricēšana. Ja viņi šādus gadījumus novēro, būtu jādara viss, lai tieši vai anonīmi brīdinātu atbildīgās iestādes.

Neatrisināti jautājumi

Ne visos pētījumu aspektos ir panākta ētiska vienprātība. Tā kā medicīna turpina attīstīties, tad tādās jomās kā ģenētika, augstākā nervu darbība, orgānu un audu transplantācija rodas arvien jauni un jauni jautājumi par lietoto tehniku un metožu, kā arī ārstēšanas iespēju atbilstību ētikas prasībām. Turklāt uz šiem jautājumiem nav gatavu atbilžu. Vēl vairāk — ir daži jau senāk radušies jautājumi, par kuriem vēl joprojām ir ētiska rakstura pretrunas, piemēram, kādos apstākļos medicīniskos pētījumos būtu jāiekļauj grupa, kas saņems *placebo*, un kāda turpmākā ārstēšana būtu jānodrošina pētījuma dalībniekiem. Fakts, ka pasaulē tikai 10% medicīniskajiem pētījumiem piešķirto līdzekļu tiek iztērēti to slimību izpētei, kas ietekmē 90% pasaules iedzīvotāju..»

Lai arī ir šīs potenciālās problēmas, medicīniskie pētījumi ir vērtīga un neatsverama pieredze gan ārstiem, gan medicīnas studentiem, gan arī pētījumu dalībniekiem. Starp citu, arī ārstiem un studentiem pašiem būtu jāapsver dalība šādos pētījumos kā dalībniekiem, lai viņi varētu izbaudīt pētnieka un pētījuma dalībnieka attiecības.

Lai arī ir šīs potenciālās problēmas, medicīniskie pētījumi ir vērtīga un neatsverama pieredze gan ārstiem, gan medicīnas studentiem, gan arī pētījumu dalībniekiem. Starp citu, arī ārstiem un studentiem pašiem būtu jāapsver dalība šādos pētījumos kā dalībniekiem, lai viņi varētu izbaudīt pētnieka un pētījuma dalībnieka attiecības.

ATGRIEŠANĀS PIE GADĪJUMA ANALĪZES

Dr. R. nevajadzēja tik strauji pieņemt piedāvājumu.

Vīspirms būtu vairāk jāuzzina par šo projektu un jāpārlicinās, vai tas tiešām atbilst pētniecības ētikas prasībām. Viņai bija jāpieprasa, lai parāda protokolu, kas tika iesniegts ētikas komitejā, un iespējamos ētikas komitejas komentārus vai nosacījumus par to. Viņa drīkstētu piedalīties tikai tādos projektos, kas atbilst darbības jomai, turklāt būtu jāpārlicinās arī par projekta zinātnisko un sociālo vērtību. Ja viņa nav pārliecināta par savu spēju pienācīgi izvērtēt pētījumu, būtu jācenšas noskaidrot lielākos centros strādājošu kolēģu viedokli. Jāpārlicinās, ka viņa rīkojas savu pacientu interesēs un ka tiks iesaistīti tikai tie pacienti, kam nevar kaitēt esošās terapijas nomaīņa ar pētāmo medikamentu vai **placebo**. Viņai jāprot saviem pacientiem izskaidrot visas alternatīvas, lai tie spētu pieņemt pilnībā informētu piekrišanu par dalību izpētes projektā vai atturēšanos no tā. Viņai nevajadzētu piekrist iesaistīt noteiktu pacientu skaitu, jo tad var nākties ietekmēt pacientus, un tas, iespējams, nesaskanētu ar pacientu interesēm. Ārstei būtu rūpīgi jānovēro pētījuma pacienti un jābūt gatavai ātri, operatīvi un profesionāli novērst negaidītus, nevēlamus notikumus. Visbeidzot pēc pētījuma viņai ar pacientiem būtu jāpārrunā tā rezultāti, tikko tie būs pieejami.

6. NODAĻA. NOSLĒGUMS



Vīrs, kāpjot slīpā kalnā
© Don Mason/CORBIS

ĀRSTU ATBILDĪBA UN PRIVILĒĢIJAS

Šī rokasgrāmata galveno uzmanību velta ārsta atbildībai un pienākumiem, kas patiesībā arī ir medicīnas ētikas būtība. Tomēr, tāpat kā citiem cilvēkiem, ārstiem bez pienākumiem ir arī tiesības, un

«...tāpat kā citiem cilvēkiem, ārstiem ir arī tiesības...»

medicīnas ētika nebūtu pilnīga, ja tā nepateiktu, kādu attieksmi ārsti vēlētos sagaidīt no citiem — pacientiem, sabiedrības un kolēģiem. Šī medicīnas ētikas perspektīva ir kļuvusi īpaši nozīmīga, jo daudzās valstīs ārsti praksē

piedzīvo milzu vilšanos — resursi ir ierobežoti, veselības aprūpi regulē valdība un/vai korporatīvu organizāciju sīkmanīgi rīkojumi, parādās daudzi sensacionāli paziņojumi plašsaziņas līdzekļos par kļūdām un neētisku ārstu rīcību, pacienti un citi veselības aprūpes sniedzēji apšaubā ārstu autoritāti un prasmes.

Jau agrāk medicīnas ētikā tika apskatītas gan ārsta tiesības, gan viņa pienākumi. Piemēram, Amerikas Medicīnas asociācijas kodeksa (*American Medical Association's Code*) 1847. gada versijā iekļautas sadaļas par pacientu un sabiedrības pienākumiem pret ārsta profesiju. Vairums šo pienākumu ir novecojuši, piemēram, «ārsta norādījumiem pacientam jāpakļaujas pilnībā, ātri un bez šaubīšanās». Tomēr joprojām spēkā ir apgalvojums, ka «sabiedrībai vajadzētu paust ārstiem savu atzinīgo vērtējumu (un) .. katrā iespējamā veidā sniegt iedrošinājumu un atbalstīt iespējas apgūt medicīnisku izglītību..». Tā vietā, lai pārstrādātu un uzlabotu šīs sadaļas, Amerikas Medicīnas asociācija ir tās vispār izsvītrojusi no kodeksa.

Gadiem ejot, PMA ir pieņēmusi vairākas politikas nostādnes par ārstu tiesībām un arī citu, it īpaši valdību, pienākumiem šo tiesību ievērošanā:

- 1984. gada **Nostādnes par brīvību apmeklēt medicīniska rakstura sanāksmes** (*Statement on Freedom to Attend Medical Meetings*) pauž, ka «nekādiem ierobežojumiem nevajadzētu kavēt ārstus apmeklēt medicīniska rakstura sanāksmes, lai arī kur tās notiktu»;
- 1986. gada **Deklarācija par ārstu neatkarību un profesionālo brīvību** (*Declaration on Physician Independence and Professional Freedom*) apgalvo: «Ārstiem jāpiešķir profesionālā brīvība, lai viņi bez ierobežojumiem varētu veikt pacientu aprūpi» un «ārstiem jāpiešķir profesionālo brīvību, lai ārsts pārstāvētu un aizstāvētu pacientu veselības vajadzības pret visiem, kas vēlētos liegt vai ierobežot nepieciešamo aprūpi slimām vai ievainotām personām»;
- 1995. gada **Nostādnes par profesionālo atbildību un medicīniskās aprūpes standartiem** (*Statement on Professional Responsibility for Standards of Medical Care*) deklarē, ka «jebkurā priekšmetā par ārsta profesionālo uzvedību vai pienākumu izpildi jāiekļauj tādu kolēģu sniegts vērtējums, kuru izglītība un pieredze ļauj izprast apskatāmo medicīnisko problēmu sarežģītību». Šīs pašas nostādnes nosoda «jebkādas ar pacientu sūdzībām saistītas darbības vai kompensāciju izmaksu pacientiem, ja tās netiek pamatotas ar taisnīgu ārsta rīcības un pieļautās nolaidības analīzi atbilstoši citu ārstu profesionālajam vērtējumam (peer review).»
- 1997. gada **Atbalsta deklarācija ārstiem, kas atsakās jebkādā veidā piedalīties spīdzināšanās vai cita veida cietsirdīgās, nehumānās vai pazemojošās darbībās vai bridina par tām** (*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*) uzliek PMA par pienākumu «[PMA] atbalstīt un aizstāvēt, kā arī aicināt valstu medicīnas asociācijas atbalstīt un aizstāvēt ārstus, kas atsakās iesaistīties šādā nehumānā rīcībā vai kas strādā, lai ārstētu un rehabilitētu tās

upurus, kā arī nodrošināt augstāko ētikas principu ievērošanu, ieskaitot medicīnisko konfidencialitāti...»

- 2003. gada **Nostādnes par ētikas vadlinijām starptautiskai ārstu darbākārtošanai** (*Statement on Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians*) aicina katru valsti «iespēju robežās darīt visu, lai ārsti paliktu strādāt savā profesijā un vēlams arī valstī, nodrošinot viņus ar nepieciešamo atbalstu, lai viņi varētu sasniegt savus personiskos un profesionālos mērķus, ņemot vērā valsts vajadzības un resursus» un nodrošināt, lai «attieksme pret ārstiem, kas pastāvīgi vai uz laiku strādā valstī, kas nav viņu dzimtene, būtu tāda pati kā pret citiem šīs valsts ārstiem (piemēram, vienlīdzīgas karjeras iespējas, vienlīdzīgs atalgojums par to pašu darbu)».

Jau minēto draudu un grūtību dēļ šāda aizstāvība ārstiem ir nepieciešama, tikpat svarīgi ir reizēm ārstiem atgādināt par privilēģijām, kādas viņi bauda. Daudzu valstu sabiedrības aptauju dati pastāvīgi liecina, ka ārsti ir viena no profesionālajām grupām, kas bauda vislielāko uzticību un cieņu. Parasti viņi saņem lielāku atalgojumu par vidējo darba algu (dažās valstīs pat ievērojami lielāku). Vēl joprojām viņiem ir dota plaša klīniskā autonomija, gan vairs ne tik liela kā agrāk. Daudzi ārsti piedaloties pētījumos, ir iesaistīti aizraujošā jaunu zināšanu ieguves procesā. Vissvarīgākais, viņi spēj sniegt individuāliem pacientiem, kā arī visai sabiedrībai, nenovērtējamus pakalpojumus, it sevišķi tiem, kas ir mazaizsargāti (vulnerabli) un kam tas visvairāk ir nepieciešams. Ir tikai dažas profesijas, kas spēj sniegt lielāku gandarījumu par medicīnu, ja ņem vērā labumu, ko ārsti spēj — remdēt sāpes un ciešanas, izārstēt slimības un nodrošināt atbalstu mirstošajiem. Ētisko pienākumu ievērošana ir visai zema cena, ko ārsti maksā par savām privilēģijām.

«...svarīgi ir reizēm ārstiem atgādināt par privilēģijām, kādas viņi bauda»

ATBILDĪBA PRET SEVI

Rokasgrāmata atspoguļo ārsta pienākumus pret citiem — pacientiem, sabiedrību, kolēģiem (ieskaitot citus veselības aprūpes profesionāļus). Tomēr ārsti bieži vien aizmirst, ka viņi ir atbildīgi arī pret savi un savām ģimenēm. Daudzās pasaules daļās ārsta darbs prasa pilnīgu ziedošanos medicīnai, aizmirstot par paša veselību un labklājību. 60—80 stundu darba nedēļa nav nekas neparasts, un atvaļinājumi ir uzskatīti par nevajadzīgu greznību. Lai arī daudziem ārstiem šāda darba slodze šķiet pieņemama, tas skar viņu ģimenes. Daudzi ārsti ļoti cieš no šāda darba tempa, kura rezultāts ir virkne negatīvu parādību — no hroniska noguruma līdz pat psihotropu vielu lietošanai un pašnāvībai. Šādi ārsti rada briesmas pacientiem, jo nogurums ir nopietns medicīnisku neveiksmju (kļūdu) rašanās faktors.

«...ārsti bieži vien aizmirst, ka viņi ir atbildīgi arī pret savi un savām ģimenēm.»

Lai panāktu pacientu drošību, kā arī ārstu vidū veicinātu veselīgāku dzīvesveidu, daudzas valstis ir noteikušas ārstu un rezidentu darba laika un maiņas garuma ierobežojumus. Dažas medicīniskās izglītības iestādes ir padarījušas vieglāku studiju pārtraukšanas procesu sievietēm ģimenes apstākļu dēļ. Lai arī šie pasākumi pieņemti rūpēs par ārstu labklājību, individuālā atbildība gulstas uz katru atsevišķi. Līdzās tādiem veselībai kaitīgiem faktoriem kā smēķēšana, psihotropu vielu lietošana un pārslodze ārstam būtu jāsaņem un jāuzlabo veselība, identificējot stresa faktorus profesionālajā un privātajā dzīvē, kā arī attīstot un piemērojot atbilstošas metodes, lai to pārvarētu. Ja tas neizdodas, ir jāmeklē kolēģu un citu kvalificētu speciālistu palīdzība personisko problēmu risināšanai, pretējā gadījumā tās var negatīvi ietekmēt attiecības ar pacientiem, sabiedrību un kolēģiem.

MEDICĪNAS ĒTIKAS NĀKOTNE

Šajā rokasgrāmatā apskatīts medicīnas ētikas pašreizējais stāvoklis, papildinot to ar daudzām atsaucēm uz pagātņi. Taču tagadne ir jēdziens, kas nemitīgi aizslīd projām, tādēļ svarīgi ir paredzēt nākotni, ja negribam atpalikt no laikmeta prasībām. Medicīnas ētikas nākotne lielā mērā būs atkarīga no medicīnas nākotnes. XXI gadsimta sākumā medicīna piedzīvo ļoti strauju attīstību un ir visai grūti paredzēt, kāda būs medicīnas prakse tad, kad šodienas pirmā gada medicīnas students pabeigs savu izglītību. Tāpat nav iespējams arī paredzēt, kādas pārmaiņas vēl sagaidāmas līdz brīdim, kad viņiem būs laiks doties pensijā. Nav teikts, ka nākotne būs labāka par tagadni, jo vērojama plaša ekonomiskā un politiskā nestabilitāte, vides noplicināšana, HIV/AIDS un citu potenciālu epidēmiju izplatīšanās. Kaut arī mēs varam cerēt, ka medicīnas progresa piedāvātais guvums tāpat sasniegs visas valstis un ka sastaptās ētiskās problēmas tur būs tieši tādas pašas, kādas šobrīd risina attīstītās valstis, bet jāapzinās, ka var notikt gluži pretējais — valstīs, kur tagad ir augsts labklājības līmenis, situācija var krasi pasliktināties un nonākt līdz stāvoklim, ka ārstiem jāstājas ar tropisko slimību epidēmijām un lielu medicīnas līdzekļu deficītu.

Tā kā nākotne ir tik neparedzama, svarīgi, lai medicīnas ētika būtu elastīga un atvērta pārmaiņām, kā tas jau labu laiku arī notiek. Tomēr varam cerēt, ka tās pamatvērtības, it sevišķi līdzcietība, kompetence, autonomija, rūpes par cilvēka pamattiesību ievērošanu un ziedošanās profesijai, paliks nemainīgas. Lai arī kādas pārmaiņas medicīnā nestu sociālie, politiskie un ekonomiskie faktori, vienmēr būs slimi cilvēki, kurus, ja iespējams, vajadzēs izārstēt un aprūpēt. Ārsti tradicionāli allaž ir nodrošinājuši šos pakalpojumus, vienlaicīgi rūpējoties arī par veselības veicināšanu, slimību profilaksi un veselības aprūpes sistēmas pārvaldīšanu. Šo darbību īpatsvars nākotnē varētu mainīties, bet ārsti šajos procesos vienmēr ieņems svarīgu

nozīmi un turpinās sekot līdzi jauninājumiem medicīnas ētikā, tāpat kā viņi to dara par citiem medicīnas aspektiem.

Šis ir rokasgrāmatas nobeigums, taču lasītājam tas ir tikai viens solis visa mūža garumā, lai iedziļinātos medicīnas ētikā. Jau ievadā minēts, ka rokasgrāmata sniedz tikai ieskatu medicīnas ētikā un apskata tikai dažus centrālos aspektus. Tās nolūks ir sniegt jums priekšstatu un veicināt pārdomas par medicīnas ētisko dimensiju, un rēķināties ar to, kā arī spēt risināt ētiskās dabas jautājumus, ar ko sastapsities praksē. B pielikumā minētie resursi jums palīdzēs padziļināt zināšanas šajā jomā.

PIELIKUMS A — VĀRDNĪCA

Aizstāvēt — (darb. v.) runāt vai rīkoties citas personas vai grupas vārdā; (lietv. *aizstāvis*) kāds, kas šādi rīkojas. Ārsti darbojas kā savu pacientu aizstāvji, kad jārūnā ar valdības vai veselības apdrošināšanas ierēdņiem, lai iegūtu pakalpojumus, kas nepieciešami pacientam.

Anesteziologs — *anaesthetist, anaesthesiologist*. Abus šos terminus lieto dažādās valstīs.

Ārsts — indivīds, kas ir kvalificēts praktizēt medicīnu. Dažās valstīs ārsti tiek atšķirti no ķirurgiem un termins «doktors» tiek lietots, lai apzīmētu tos abus. Taču terminu «doktors» attiecina uz citu veselības profesiju pārstāvjiem, kā, piemēram, stomatologiem un veterinārārstiem, kā arī tiem, kas ieguvuši doktora grādu. Termins «medicīnas doktors» ir precīzāks, bet netiek plaši lietots. Pasaules Medicīnas asociācija un šī rokasgrāmata attiecina terminu «ārsts» uz visiem, kas ir kvalificēti praktizēt medicīnā, neņemot vērā to specialitāti.

Atbildīgs — būt atbildīgam par kaut ko kādam (piem., darbinieki ir atbildīgi par savu darbu darba devējam). *Atbildība* nozīmē būt gatavam paskaidrot izdarīto vai neizdarīto.

Bioētika/biomedicīnas ētika — divi līdzvērtīgi termini, kas apzīmē mācību par medicīnas, veselības aprūpes un bioloģisko zinātņu ētiskajām problēmām. Tai ir četras galvenās apakšgrupas: **kliniskā ētika**, kas aplūko pacientu aprūpes problēmas (šīs rokasgrāmatas 2. nodaļa); **pētniecības ētika**, kas aplūko cilvēku aizsardzību veselības aprūpes pētījumos (šīs rokasgrāmatas 5. nodaļa); **profesionālā ētika**, kas aplūko ārstu un citu veselības aprūpes profesiju pārstāvju konkrētos pienākumus un atbildību (**medicīnas ētika** ir viens no profesionālās ētikas veidiem); un **sabiedriskās politikas ētika**, kas aplūko noteikumus, kā arī formulējumus un interpretācijas likumus, kas saistīti ar bioētikas problēmām.

Hierarhija — akurāts cilvēku izvietojums, ņemot vērā to nozīmības pakāpi no augstākā uz zemāko. *Hierarhisks* ir īpašības vārds, kas raksturo šādu izvietojumu. Termins *hierarhija* arī tiek attiecināts uz organizācijas augstākā līmeņa vadītājiem.

Iepriekšēja direktīva — paziņojums, parasti rakstveidā, kas nosaka, kā persona vēlas, lai pret viņu izturas vai neizturas, kad tā vairs nespēs pati pieņemt lēmumus (piem., ja persona ir bezsamaņā vai plānprātīga). Tas ir viens no nākotnes aprūpes plānošanas veidiem, otrs veids — izvēlēties kādu, kas pieņemtu lēmumus šīs personas vietā tādās situācijās. Dažās valstīs ir likumdošana, kas attiecināma uz iepriekšējām direktīvām.

Konsenss (uzskatu vienprātība) — vispārēja, bet ne obligāti vienbalsīga, vienošanās.

Labdarība — «darīt labu». No ārstiem tiek gaidīts, ka tie rīkosies pacienta interesēs.

Nekaitēt (non-maleficence) — «nedarīt sliktu». Ārstiem un medicīnas pētniekiem ir jāizvairās no kaitējuma nodarīšanas pacientiem vai pētījuma subjektiem.

Novērtēt — (darb.v.) uzskatīt kaut ko par ļoti svarīgu; *vērtība* (lietv.) kaut kas, kas tiek uzskatīts par ļoti svarīgu.

Paliatīvā aprūpe — pacienta, kurš varētu nomirt samērā tuvā nākotnē no nopietnas, nedziedināmas slimības, aprūpes metode, kas tiek koncentrēta uz pacienta dzīves kvalitāti, it īpaši sāpju kontroli. Tā var tikt nodrošināta slimnīcās, speciālās slimnīcās nāves slimniekiem vai pacienta mājās.

Plaģiātisms — negodīga rīcība, kad persona kopē kāda cita darbu, piemēram, daļu vai visu publicēto rakstu, un uzdod to par savu darbu (tas ir, nenorādot tā avotu).

Plānveida veselības aprūpe — organizatoriska pieeja veselības aprūpei, kad valdības, korporācijas vai apdrošināšanas kompānijas nolemj, kādi pakalpojumi tiks piedāvāti, kas tos piedāvās (ārsti speciālisti, praktizējoši ārsti, slimnieku kopēji, citi veselības aprūpes profesionāļi utt.), kur tos piedāvās (klinikās, slimnīcās, pacienta mājās utt.), un citi ar šo nozari saistīti jautājumi.

Plurālistisks — tāds, kam ir vairākas vai daudzas dažādas iezīmes vai metodes; pretējs vienvēidīgam.

Pozitīva īpašība — laba cilvēku īpašība raksturā un uzvedībā. Dažas pozitīvās īpašības ir svarīgas konkrētām cilvēku grupām, piemēram, līdzjutība ārstiem, drosme ugunsdzēsējiem, godīgums lieciniekiem utt.

Racionāls — balstīts uz cilvēka spēju būt saprātīgam, tas ir, būt spējīgam apsvērt kādas rīcības pozitīvo un negatīvo pusi un pieņemt lēmumu, kura alternatīva ir labāka.

Sludināt (profess) — publiski paziņot pārliecību vai solījumu. Tas ir pamatā terminiem «profesija», «profesionāls» un «profesionālisms».

Surogāta vai aizstājēja grūtniecība — grūtniecības veids, kurā sieviete ir piekritusi iznēsāt bērnu un pēc dzimšanas to atdot citam individam vai pārim, kuri lielākajā daļā gadījumu ir devuši vai nu spermam (mākslīgās apaugļošanas veidā), vai embriju (apaugļošanas mēģenē un embrija pārstādīšanas veidā).

Taisnīgums — taisnīga izturēšanās pret indivīdiem un grupām. Kā 3. nodaļā ir izcelts, ir dažādas izpratnes par to, kas ir taisnīga izturēšanās veselības aprūpē.

Ziņotājs — kāds, kas ziņo varas iestādēm vai sabiedrībai par individu vai organizāciju nelegālo vai neētisko rīcību.

PIELIKUMS B — MEDICĪNAS ĒTIKAS RESURSI INTERNETĀ

Pasaules Medicīnas asociācijas pamatnostādņu rokasgrāmata (www.wma.net/e/policy/handbook.htm) — satur pilnu tekstu par PMA pamatnostādņēm (angliski, franciski un spāniski)

Pasaules Medicīnas asociācijas ētikas struktūrvienība (www.wma.net) — ietver šādas sadaļas:

- mēneša izdevums;
- PMA pasākumi ētikas veicināšanā;
- PMA ētikas pamatnostādnes, tajā skaitā tās, kas tiek izstrādātas vai pārskatītas;
- Helsinku deklarācija, vēsture un šā brīža statuss;
- PMA ētikas resursi;
- medicīnas ētikas organizācijas, tajā skaitā to ētikas kodeksi;
- paziņojumi par konferencēm;
- izglītība medicīnas ētikā;
- ētika un cilvēktiesības;
- ētika un profesionalitāte medicīnā.

Dzīves sākuma jautājumi

Cilvēku klonēšana — www.who.int/ethics/topics/cloning/en/

Palīdzība reprodukcijas jautājumos — www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm

Dzīves beigu jautājumi

Avoti — www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html

Paliatīvās un dzīves beigu aprūpes izglītība — www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm

Eitanāzijas pretinieki — www.euthanasia.com

HIV/AIDS

UNAIDS — www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/default.asp

Attiecības ar tirdzniecības uzņēmumiem

Izglītojoši avoti — www.epec.net/EPEC/webpages/index.cfm

Pētījumi, kuros iesaistīti cilvēki

Vadlīnijas un avoti — www.who.int/ethics/research/en/

Sabiedrības veselības Hārvardas skola, ētikas jautājumi starptautiskajā veselības pētījumu kursā — www.hsph.harvard.edu/bioethics/

Izglītošana un avoti par pētījumu ētisko novērtējumu — www.trree.org/site/en_home.phtml

PIELIKUMS C

PASAULES MEDICĪNAS ASOCIĀCIJA

Rezolūcija par medicīnas ētikas un cilvēktiesību iekļaušanu medicīnas skolu mācību programmās visā pasaulē

(Pieņemta 51. Pasaules Medicīnas asamblejā, Telavivā, Izraēlā, 1999. gada oktobrī)

1. Ņemot vērā, ka medicīnas ētika un cilvēktiesības ir būtiska medicīnas profesijas kultūras un darba sastāvdaļa, un
2. Ņemot vērā, ka medicīnas ētika un cilvēktiesības ir būtiska Pasaules Medicīnas asociācijas vēstures, struktūras un darbības mērķa sastāvdaļa,
3. Ar šo tiek nolemts, ka PMA apņemas stingri rekomendēt medicīnas skolām visā pasaulē iekļaut medicīnas ētiku un cilvēktiesības kā obligāto priekšmetu viņu mācību programmās.

MEDICĪNAS IZGLĪTĪBAS PASAULES FEDERĀCIJA (MIPF)

Vispārpieņemtie standarti par kvalitātes uzlabošanu — Medicīnas pamata izglītība (www2.sund.ku.dk/wfme/)

Šie standarti, kuri būtu jāievēro visām medicīnas skolām, iekļauj šādas rekomendācijas par medicīnas ētiku:

1. Izglītības līmenis, pabeidzot skolu

Medicīnas skolai **ir** jānosaka kompetences (tai skaitā zināšanas un sapratni medicīnas ētikas jomā) kuras studenti pēc diploma iegūšanas varētu demonstrēt turpmākajā apmācību procesā un darbā veselības aprūpes jomā.

2. Mācību programma — Medicīnas ētika

Medicīnas skolai mācību programmās **ir** jānosaka un jāiekļauj devums medicīnas ētikā, kas veicina efektīvu komunikāciju, klinisko lēmumu pieņemšanu un ētisko jautājumu risināšanu.

3. Mācību programma — Klīniskās zināšanas un prasmes

Klīniskās prasmes iekļauj vēstures zināšanas, komunikācijas un personāla vadības prasmes.

Piedalīšanās pacientu aprūpē varētu iekļaut komandas darbu ar citām veselības aprūpes profesijām.

4. Izglītojošie avoti — Pētniecība

Mijiedarbībai starp pētniecības darbu un mācībām **vajadzētu** iedrošināt un sagatavot studentus iesaistīties medicīnas pētniecībā un tās attīstībā.

PIELIKUMS D — ĒTIKAS MĀCĪŠANAS NOSTIPRINĀŠANA MEDICĪNAS SKOLĀS

Dažās medicīnas skolās ētiku māca ļoti maz, tajā pašā laikā citās ir ļoti attīstītas programmas. Tomēr pat pēdējās no minētajām, vienmēr ir vieta uzlabojumiem. Tās ir darbības, kuras var iniciēt ikviens, vienalga vai tas ir medicīnas students vai pasniedzējs, kurš vēlas stiprināt medicīnas ētikas apmācības savā iestādē.

- Jāiepazīstas ar lēmumu pieņēmējiem iestādē
 - Dekānu
 - Mācību programmas veidotājiem
 - Fakultātes padomi
 - Ietekmīgiem pasniedzējiem
- Jāmeklē atbalsts arī no citiem
 - Studentiem
 - Pasniedzējiem
 - Galvenajiem administratoriem
 - Nacionālajām medicīnas asociācijām
 - Nacionālajām ārstu darbību regulējošām institūcijām
- Izmantot spēcīgus argumentus
 - Rezolūcija par medicīnas ētikas un cilvēktiesību iekļaušanu medicīnas skolu mācību programmās visā pasaulē*
 - Vispārpieņemtie standarti par kvalitātes uzlabošanu — Medicīnas pamata izglītība*
 - Citu medicīnas skolu piemēri
 - Ētikas prasības pētniecībā
 - Paredzēt pretargumentus (piemēram, pārsātināta mācību programma)

4. Piedāvāt palīdzību

- Sniegt piedāvājumus saistībā ar struktūru, saturu, pasniedzēju un studentu iespējām (salīdzinājumam, PMA Ētikas struktūrvienības mājas lapa par medicīnas ētikas izglītības avotiem:

<http://www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm>

- Sasaistīties ar citām medicīnas ētikas programmām, PMA, utt.

5. Nodrošināt nepārtrauktību

- Iestāties par pastāvīgu medicīnas ētikas komiteju
- Piesaistīt jaunākus studentus
- Piesaistīt papildus pasniedzējus
- Pārliecināt jaunos docētājus un galvenos administratorus.

PIELIKUMS E — PAPILDUS GADĪJUMU IZPĒTE

PADOMS PAR KONTRACEPCIJU
PUSAUDZIM

Sāra ir 15 gadus veca. Viņa dzīvo pilsētā, kur izvarošana kļūst par arvien biežāku parādību. Viņa ierodas Jūsu klīnikā pēc receptes orālajai kontracepcijai, kas pasargātu viņu no grūtniecības gadījumā, ja viņa kļūtu par seksuāla uzbrukuma upuri. Grūtniecība ierobežotu viņas izglītošanās iespēju, un viņai būtu sarežģīti atrast vīru. Sāra Jums stāsta, ka viņa negrib, lai viņas vecāki zinātu, ka viņa lieto kontracepcijas līdzekļus, jo viņi domātu, ka Sāra grasās uzsākt seksuālas attiecības ar draugu. Jūs esat aizdomīgs attiecībā uz Sāras motīviem, bet Jūs apbrīnojat viņas apņemšanos izvairīties no grūtniecības. Jūs iesakāt viņai atnākt uz kliniku ar vecākiem, lai vispārīgi aprunātos par šo tēmu. Pēc trim dienām Sāra atgriežas viena un stāsta, ka viņa ir mēģinājusi runāt ar vecākiem, bet viņi atteikušies to apspriest. Kā Jums tagad jārikojas?

PRIEKŠLAICĪGI DZIMIS BĒRNS*

Maksis piedzima grūtniecības 23. nedēļā. Viņš tiek mākslīgi elpināts, jo viņa plaušas ir vēl neattīstījušās. Turklāt, viņš cieš no galvas smadzeņu asiņošanas, jo viņa asinsvadu audi ir nestabili. Maz ticams, ka viņš izdzīvos ilgāk par nākamajām pāris nedēļām. Ja viņš izdzīvos, tad, iespējams, viņam būs gan fiziskie, gan psihiskie traucējumi.

Makša stāvoklis pasliktinās, kad viņam attīstās nopietna zarnu infekcija. Pastāv iespēja izņemt skarto zarnu daļu operācijas ceļā, kas saglabātu zēnam mazu iespēju izdzīvot. Taču Makša vecāki nedod savu piekrišanu operācijai, jo negrib, lai Maksis ciestu vēl vairāk, un viņi saprot, ka bērna dzīves kvalitāte nekad nebūs laba. Kā ārstējošais ārsts Jūs uzskatāt, ka operācija ir nepieciešama, un domājat, kā tikt galā ar vecāku atteikumu.

* Ieteica Dr. Džeralds Neicke un Mareike Mellere, Hanoveres Medicīnas augstskola, Vācija

HIV INFEKCIJA

S. kungs ir precējies un ir divu skolas vecuma bērnu tēvs. Viņš tiek ārstēts Jūsu klīnikā no reta pneimonijas paveida, kas bieži tiek saistīts ar AIDS.

Viņa asins testa rezultāti uzrāda, ka viņš patiešām ir HIV pozitīvs. S. kungs teic, ka viņš pats gribot izlemt, vai un kad viņš pateiks sievai par infekciju. Jūs norādāt, ka tas varētu glābt dzīvību viņa sievai, pasargājot to no infekcijas. Turklāt būtu svarīgi, ka arī viņa veic HIV testu. Pozitīva testa rezultāta gadījumā viņai būtu iespēja dzert zāles, lai palēninātu slimības uzliesmojumu, tādējādi pagarinot viņai dzīvi. Pēc 6 nedēļām S. kungs ierodas Jūsu klīnikā uz kontroles pārbaudi. Uz Jūsu jautājumu viņš atbild, ka joprojām neesot informējis savu sievu. Viņš negrib, lai viņa uzzinātu par S. kunga homoseksuālajiem sakariem, jo baidās, ka tās būtu viņu attiecību beigas un ģimene izjuku. Bet, lai pasargātu sievu, viņiem ir tikai „drošs sekss”. Kā ārstējošais ārsts Jūs apsverat, vai Jums pretēji S. kunga gribai būtu jāinformē S. kundze par viņas vīra saslimšanu, lai viņai tiktu dota iespēja sākt ārstēšanos, ja tāda nepieciešama.

ĀRSTĒJOT IESLODZĪTO

Kā daļu no Jūsu mediķa pienākumiem Jūs vienu dienu divās nedēļās veltāt tuvumā esošā cietuma iemītnieku apskatei. Vakar Jūs ārstējāt ieslodzīto, kuram bija daudzi nobrāzumumi uz sejas un ķermeņa. Kad Jūs pajautājāt, kas izraisījis šos ievainojumus, pacients atbildēja, ka viņam pratināšanas laikā uzbrucis cietuma personāls, kad viņš atteicies atbildēt uz jautājumiem. Lai gan šis ir pirmais šāds gadījums Jūsu praksē, Jūs esat dzirdējis no kolēģiem par līdzīgiem gadījumiem. Jūs esat pārliecināts, ka Jums kaut kas jādara, bet pacients atsakās ļaut Jums atklāt informāciju par sevi, jo baidās no cietuma pārvaldes atriebības. Turklāt Jūs neesat pārliecināts, ka ieslodzītais Jums teicis patiesību; cietumsargs, kas viņu pie Jums atveda, teica, ka ieslodzītais kāviens ar citu ieslodzīto.

Jums ir labas attiecības ar cietuma personālu, un Jūs negribat tām kaitēt, izsakot nepierādītus apvainojumus par ļaunprātīgu izturēšanos pret ieslodzītajiem. Kā Jums rīkoties?

LĒMUMS PAR DZĪVES IZBEIGŠANU

Kāda 80-gadīga sieviete ir uzņemta Jūsu slimnīcā no pansionāta, lai ārstētu pneimoniju. Viņa ir vārga un sirgst ar vieglu plānprātību. Jūs veiksmīgi izārstējat pneimoniju, bet, pirms viņa tiek izrakstīta atpakaļ uz pansionātu, viņa pārcieš trieku, kas paralizē ķermeņa labo pusi, kā rezultātā sieviete nespēj sevi pabarot pati. Viņai tiek ievadīta zonde, kas rada diskomfortu, un pēc vairākiem pacientes mēģinājumiem izvilkt to ar kreiso roku, minētā roka tiek sasieti. Viņa nav spējīga izteikt arī savas vēlmes. Bērnu vai citu radnieku meklējumi, kas palīdzētu pieņemt lēmumus par viņas ārstēšanu, ir neveiksmīgi. Pēc vairākām dienām Jūs secināt, ka viņas stāvokli neizdosies uzlabot un ka vienīgais veids, kā atvieglot pacientes stāvokli, ir sekojošs: dot nomierinošus līdzekļus vai arī izņemt zondi un ļaut viņai nomirt. Kā Jums rīkoties?

GADĪJUMU PĒTĪJUMU KOLEKCIJAS

UNESCO profesūras (UNESCO Chair) gadījumu pētījumi bioētikā — <http://research.haifa.ac.il/~medlaw/>

Lielbritānijas KLĪNISKĀS ĒTIKAS TĪKLA (UK Clinical Ethics Network) gadījumu pētījumi — www.ethics-network.org.uk/case-studies

Hārvardas Sabiedrības veselības skolas (Harvard School of Public Health) gadījumu izpēte — www.hsph.harvard.edu/research/bioethics/cases/