

Janko Kersnik

**ETIKA
V DRUŽINSKI MEDICINI**

Ljubljana, 2003

ETIKA
V
DRUŽINSKI MEDICINI

20. UČNE DELAVNICE
ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

Urednik: Janko Kersnik

Zbirka PiP

Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Ljubljana, 2003

Zbirka PiP

ETIKA V DRUŽINSKI MEDICINI

20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine

Urednik: Janko Kersnik

Tehnično urejanje, risanje slik in oblikovanje: Janko Kersnik

Oblikovanje ovitka: Tatjana Rihtaršič

Založilo: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Tisk: Tiskarna in knjigoveznica Radovljica

Naklada: 300 izvodov

Copyright © Združenje zdravnikov družinske medicine - SZD 2003

Vse pravice pridržane. Uporaba objavljenega gradiva je dovoljena ob navedbi vira in poprejšnjem soglasju založnika.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

61:316.356.2(082)
614.253(082)

UČNE delavnice za zdravnike družinske medicine (20 ; 2003 ;
Ljubljana)

Etika v družinski meidicini / 20. učne delavnice za zdravnike
družinske medicine, Ljubljana, 2003; urednik [in risanje slik] Janko
Kersnik. - Ljubljana : Združenje zdravnikov družinske medicine
SZD, 2003. - (Zbirka PiP : Pravočasno in pravilno)

ISBN 961-6456-07-5

1. Gl. stv. nasl. 2. Kersnik, Janko, 1960-
125897216

KAZALO

JANKO KERSNIK: ETIKA V DRUŽINSKI MEDICINI.....	i
KAZALO	iii
ABECEDNI SEZNAM AVTORJEV	v
MARIJA PETEK-ŠTER: SAMOSTOJNOST BOLNIKA	1
DAVORINA PETEK: ZAUPNOST.....	9
KSENIJA TUŠEK-BUNC: ETIČNE DILEME V PREVENTIVI	17
DANICA ROTAR-PAVLIČ, LEOPOLD ZONIK: ETIKA IN RAZISKOVANJE	23
ALINA JELATANCEV, TATJANA HREN: ETIČNA VPRAŠANJA OŽIVLJANJA	29
RADE ILIJAŽ, IGOR ŠVAB: ETIČNOST RAZMERJA MED ZDRAVNIKOM IN FARMACEVTSKO INDUSTRIJO.....	35
NENA KOPČAVAR-GUČEK: ETIKA IN ODNOSI ZNOTRAJ ZDRAVSTVENEGA TIMA	49
NENA KOPČAVAR-GUČEK, MILOŠ MILOŠEVIČ: UČNI PROCES V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE: ETIČNE DILEME.....	55
OBVESTILO O PRISOTNOSTI ŠTUDENTA.....	61
TADEJA ČERIN: POVEDATI PO RESNICI – PRIKAZ PRIMERA....	63
KSENIJA TUŠEK-BUNC, JANKO KERSNIK: ETIČNE DILEME PRI OBRAVNAVI NASILJA NAD OTROKOM	65
ETIČNI KODEKS JAVNEGA DELOVANJA ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE	69

ABECEDNI SEZNAM AVTORJEV

Tadeja Čerin, dr. med.

ZD Moste-Polje, C.30.avgusta 2, 1000 Ljubljana.

Tatjana Hren, dr. med.

ZD Adolfa Drolca Maribor, Center za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze, ZD dr. A. Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor.

Rade Ilijaž, dr. med.

ZD Brežice, Černelčeva 8, 8250 Brežice.

Alina Jelatancev, dr. med.

ZD Adolfa Drolca Maribor, Center za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor.

doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.

ZP Kranjska Gora, ZD Jesenice, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora.

Asist. Nena Kopčavar Guček, dr. med.

Zdravstveni zavod Zdravje, Smoletova 18, 1000 Ljubljana.

Miloš Miloševič, dr.med

Zdravstveni zavod Zdravje, Smoletova 18, 1000 Ljubljana.

Davorina Petek, dr. med.

Zdravstveni zavod Zdravje, Smoletova 18, 1000 Ljubljana.

Asist. mag. Marija Petek-Šter, dr. med.

ZD Trebnje, Goliev trg 3, 8210 Trebnje.

Asist. mag. Danica Rotar-Pavlič, dr. med.

Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

Prof. dr. Igor Švab, dr. med.

Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

Asist. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med.

ZD Adolfa Drolca Maribor, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor.

Leopold Zonik, dr. med.

ZD Bled, Mladinska cesta 1, 4260 Bled.

BOLNIKOVA SAMOSTOJNOST

Marija Petek Šter

Uvod

Samostojnost (avtonomnost) bolnika predstavlja enega izmed štirih principov medicinske etike in pomeni pravico bolnika, da se sam odloči o predlaganih postopkih zdravljenja. Pogosto pa se pojavlja problem s principom samostojnosti, ki je vezan na paternalistični odnos med zdravnikom in bolnikom. Od stopnje paternalističnega odnosa je odvisno, v kakšni meri je prizadeta bolnikova samostojnost. Izrazit paternalistični odnos ima za posledico, da se zdravnik odloči namesto bolnika, kar je v večini primerov slabo, v določenih okoliščinah, zlasti, ko vidimo da se bolnik ni sposoben odločiti sam, pa je tak način odnosa vendarle upravičen (1).

V primeru, ko se bolnik in zdravnik sporazumeta o načinu zdravljenja, ki je po mnenju zdravnika za bolnika najprimernejši je doseženo ravnovesje med načelom dobronamernosti in bolnikovo samostojnost. Drugače pa je v primeru, ko pride do konfliktnega odnosa med bolnikom in zdravnikom. Postavita se dve ključni vprašanji (2):

1. Spoštovanje bolnikove avtonomije – pravice bolnika, da zavrne predlagano zdravljenje ali poseg, tudi če to povzroči škodo na njegovem zdravju
2. Pravica zdravnika, da preseže bolnikovo zavrnitev predlaganega zdravljenja, da bi preprečil škodo na bolnikovem zdravju.

Poučen pristanek je ključen v procesu odločitve o postopkih zdravljenja. Primarni razlog za poučen pristanek ni samo zakonske narave, ki zapoveduje pojasnilno dolžnost zdravnika in zdravstvenega delavca, ampak temelji na etičnih principih bolnikove avtonomije in skrbi za bolnikovo dobro. Poučen pristanek je na mestu v primeru vseh oblik klinične odločitve in ima pozitiven vpliv na odnos med bolnikom in zdravnikom (3).

V primeru, ko bolnik zavrne zdravljenje, kar pomeni, da ne da svojega poučenega pristanka k medicinskim ukrepom ali poseg se zdravniku postavljajo vprašanja:

- ali je bolnik sposoben se odločiti? (nima bolezni, ki zmanjšujejo njegovo sposobnost odločanja in je v stanju, ko je sposoben odločitve). V primeru, ko bolnik ni sposoben sam sprejemati odločitev (npr. duševna manjrazvitost,

demenca, določene faze kroničnih duševnih bolezni) mora zdravnik njegovo zavrnitev smatrati za nično (4)

- V primeru, ko pa je bolnik sposoben razumeti pomen in morebitne posledice zavrnitve predlaganih ukrepov, pa mora zdravnik, preden sprejme bolnikovo zavrnitev predlaganega zdravljenja preveriti, če so podani vsi elementi poučene zavrnitve (2). Zdravnik, mora preveriti:
 1. Ali ima bolnik dovolj ustreznih informacij, na osnovi katerih se lahko odloči? Včasih ne vemo, koliko informacij je dovolj za posameznega bolnika, katere informacije bolnik potrebuje in ob katerem času naj mu informacije posredujemo.
 2. Preveriti moramo, ali bolnik razume pomen predlaganih ukrepov, koristi, ki jih predlagan način zdravljenja prinaša in morebitne posledice neupoštevanja predlaganih postopkov zdravljenja. Če bolnik ni razumel pomena predlaganega ukrepa, bi bilo neustrezno sprejeti bolnikovo nesprejemanje zdravljenja, ampak bolnik potrebuje ponovno razlago.
 3. Preveriti moramo bolnikovo sposobnost za odločitev v času, ko se je le ta odločal. Uporaba določenih zdravil ali prisotnost bolezni kot sta bolečina in depresija, akutna ali kronična psihoza, lahko vplivajo na sposobnost odločitve v danem trenutku.
 4. Preveriti moramo, če je bolnikova odločitev zares prostovoljna. Številni dejavniki vplivajo na bolnikovo odločitev, kot so: bolnikova prepričanja o bolezni, zaupanje v zdravstveni sistem, poprejšnje izkušnje s sprejetim ali odklonjenim načinom zdravljenja.

V primerih, ko so izpolnjeni vsi kriteriji za poučeno zavrnitev predlaganih postopkov zdravljenja, je na mestu spoštovanje bolnikove avtonomije.

Zakaj bolniki odklanjajo predlagano zdravljenje?

Zdravniku se zdi včasih nerazumljivo, zakaj bolnik, ki je sposoben poučenega pristanka, ki smo mu dali vse potrebne informacije o bolezni in njenem zdravljenju in smo preverili njegovo razumevanje, odklanja zanj najprimernejše zdravljenje. Nekateri bolniki ne zaupajo zdravstvenemu sistemu, drugi so imeli slabo izkušnjo z zdravniki, diagnostičnimi postopki ali zdravili. Neustrezna komunikacija je lahko tudi vzrok za odklonitev predlaganega zdravljenja. Model sporazumevanja, ki omogoča samostojnost bolnika zahteva vzpostavitev terapevtskega odnosa, dvosmeren pretok informacij, dovolj časa za pogovor o izmenjanih informacijah in skupno sprejetje odločitve o diagnostiki in zdravljenju (5).

Depresivnost, občutek napetosti, strah in zanikanje bolezni prav tako lahko vplivajo na bolnikovo sposobnost sprejemanja postopkov zdravljenja (2). Ne smemo pozabiti tudi na kulturne in verske razloge. Primer pripadnikov jehovih prič, ki odklanjajo

transfuzijo krvi, tudi v primerih, ko je ta nujno potrebna za ohranjanje njihovega življenja (6).

Prepoznavanje bolnikovih razlogov za odklanjanje zdravljenja je ključno za nadaljnji odnos med bolnikom in zdravnikom. Zdravnik, ki ne prepozna bolnikovih razlogov za odklonitev zdravljenja, jih tudi ne more sprejeti. V primerih, ko zaupanja med bolnikom in zdravnikom ni več, praviloma tudi dobro zdravljenje ni več mogoče. V tem primeru je bolniku najbolje predlagati, da si izbere drugega zdravnika (1).

Različni pogledi na bolnikovo samostojnost

Bolnikova samostojnost v procesu pogajanja

Bolnik prihaja k zdravniku z določenimi pričakovanji in željami. Če se le ta povsem skladajo z zdravnikovimi predlogi, pogajanje skoraj ni potrebno. V večini primerov pa je potrebno uskladiti kakovost zdravstvene oskrbe, ki jo zagovarja zdravnik z željo po kakovosti življenja, ki jo zagovarja bolnik. Po uspešnem pogajanju sta oba partnerja zadovoljna z rešitvijo. V določenih primerih pa pogajanje ne prinese dogovora, ampak vodi v konfliktno situacijo in nezaupanje med bolnikom in zdravnikom.

Primer: 52-letnemu bolniku v sklopu sistematskega pregleda odkrijete hipertenzijo RR 180/110 in sladkorno bolezen. Bolnik je seznanjen z naravo bolezni in njenimi posledicami in rednim ter dosmrtnim jemanjem zdravil, vendar odklanja predlagano medikamentozno zdravljenje visokega krvnega tlaka. Težav nima, slišal pa je, da zdravila proti visokem krvnem tlaku povzročajo vrtoglavico in impotenco.

Primer: 45-letni bolnik prihaja iz dvodnevne hospitalizacije na psihiatriji, kjer je bil sprejet zaradi alkoholnega delirija. Bolniku pojasnimo nastalo situacijo in mu nakažemo potrebo po zdravljenju odvisnosti od alkohola. Bolnik svojo odvisnost od alkohola odločno zanika in meni, da zdravljenje sploh ni potrebno, saj lahko takoj preneha z uživanjem alkohola, če je to potrebno za njegovo zdravje.

Različne možnosti, ki jih ima zdravnik:

1. Na vsak način vztraja pri svojem in bolnika sili v zdravljenje visokega tlaka z zdravil, ker je le na ta način mogoče zagotoviti kvaliteto zdravstvene oskrbe in s tem tvega, da bo bolnik zamenjal zdravnika.
2. Upošteva bolnikovo odločitev, vendar ob vsakem ponovnem kontaktu preveri bolnikovo poučenost in stališče glede zdravljenja.
3. Bolniku svetuje zamenjavo zdravnika.

Bolnikova samostojnost in sodelovanje v postopku zdravljenja

Bolnik, pri katerem smo v procesu pogajanja dosegli pristanek k zdravljenju ni nujno, da se strinja s predlaganim načinom zdravljenja, ki je po mnenju zdravnika, za bolnika glede na strokovna priporočila in smernice najboljši (7). Zavedati se je potrebno omejitev, ki jih imajo smernice, zlasti tistih, ki niso prilagojene delu v splošni medicini in okolju v katerem živimo. Uporaba na primer ameriških smernice, namenjenih kliničnim specialistom, je v naših ambulantah zelo vprašljiva, tako s stališča zagotavljanja kakovosti zdravstvene oskrbe, kot v pogledu zagotavljanja bolnikove avtonomije.

Uporaba nacionalnih priporočil in smernic, ki so namenjena delu v splošni medicini, pomeni najbolj sprejemljivo rešitev. Ob navedenem pa se moramo zavedati, da so priporočila, na osnovi katerih temeljijo smernice nastala na podlagi kliničnih študij, v katerih so bile okoliščine pogosto drugačne od teh, v katerih se nahaja naš bolnik, zato je ključno spoštovanje individualnosti vsakega bolnika.

Primer: moški, star 46 let, jehova priča, bo operiran na odprtem srcu. Pri operaciji bi potreboval tudi transfuzijo krvi, ki pa jo zaradi svojega verskega prepričanja odločno odklanja, tudi, če bi zaradi tega umrl.

Primer: 42-letni moški se je pred 20 leti, ko je imel prometno nesrečo in je prejel transfuzijo, okužil z virusom hepatitisa C. Ugotovljena je bila kronična okužba z prizadetostjo jeter, ki po ameriških priporočilih zahteva zdravljenje z interferonom in ribavirinom. Zdravljenje je povezano z neprijetnimi stranskimi učinki, prognoza bolezni pa ostaja kljub zdravljenju negotova. Bolnik ne želi, da bi za okužbo izvedela njegova ljubica.

Vprašanja, ki se pojavljajo zdravniku:

1. Ali naj spoštuje bolnikovo odločitev in mu predlaga alternativo: avtotransfuzijo.
2. Ali naj jehovi priči ordinira transfuzijo, po operaciji pa mu zagotovi, da transfuzije ni dobil.
3. Kako naj zdravnik ukrepa v primerih, ko je učinek priporočenega zdravljenja pri konkretnem bolniku vprašljiv, stranski učinki zdravljenja pa neprijetni in resni?
4. Ali smo dolžni poiskati in o okužbi obvestiti spolno partnerico?

Vpliv družine na bolnikovo samostojnost

Družina lahko predstavlja pomemben dejavnik pri odločitvi v postopku zdravljenja. Njena vloga v postopku zdravljenja je lahko različna (8):

- Bolnika podpira v njegovi odločitvi.
- Družina poizkuša vpliva na bolnikovo odločitev.
- Zagovarja bolnikovo samostojnost pri odločitvi.

Pri reševanju zapletenih primerov je za njihovo uspešno reševanje potrebno poznati družinske razmere in vpliv, ki jih ima družina na odločitve. V študiji, kjer so karcinomske bolnike spraševali v kakšni meri in na kakšen način naj bo družina seznanjena z njihovo boleznijo, je večina želela, da je tudi ožja družina seznanjena z njihovo boleznijo. Večina je želela, da družina izve le za tiste podatke o njihovi bolezni, zdravljenju in prognozi, za katere se odloči bolnik sam. Spoštovanje bolnikove avtonomije je bilo po mnenju sodelujočih bolnikov pomembnejše od pravico družine, da je seznanjena z njegovim zdravjem (9).

Primer: V ambulanto prihaja mož, ki od zdravnika zahteva, da ženo napotite na zdravljenje odvisnosti od alkohola. V svoji dokumentaciji te diagnoze nimate zabeležene, gospa se je zadnjič oglasila v Vaši ambulanti pred 3 leti zaradi prehlada. Možu predlagate, da se žena sama oglasi v ambulanti, vendar le ta izrazi dvom, da se bo to zgodilo in iz tega razloga je prišel on v Vašo ambulanto. Želi napotnico za psihiatra-alkohologa.

Kako naj zdravnik ukrepa v nastalem primeru?

1. Ženo pokliče po telefonu in ji na diskreten način razloži, da je mož zaskrbljen zaradi njenega zdravja in jo povabite v ambulanto.
2. Ker se žena ne oglasi v ambulanti, mož pa »hoče«, da nekaj naredite se odločite za hišni obisk in prepričevanje žene, da se gre zdraviti.
3. Možu že ob prvem obisku napišete napotnico za ženo.

Samostojnost v primeru terminalne bolezni

Zelo pomembno del etičnih dilem se nanaša na obravnavo bolnika s terminalno boleznijo. Vprašanje avtonomije pri terminalnem bolniku predstavlja eno največjih etičnih dilem (10). Vprašanja s katerimi se srečujemo ob terminalnem bolniku so:

- Ali bomo bolnika oživljali ali ne, najlaže se je odločiti, če se bolnik sam odloči, takrat, ko je te odločitve še sposoben in to svojo odločitev jasno nakaže zdravniku ali svojcem.
- Prekinitiev z vso etiološko terapijo (npr. specifično onkoško zdravljenje), ki jo je bolnik do sedaj prejemal in zgolj skrb za lajšanje simptomov in dobro nego). Bolnik ima pravico, da odkloni vse zdravljenje, ki bi podaljševalo njegovo življenje, naša dolžnost pa je da mu omogočimo čim bolj kvalitetno življenje v zadnjih mesecih ali dnevih njegovega življenja (11).
- Odločitev o parenteralnem načinu vnosa tekočine in hrane, ko bolnik per os tega ni več sposoben.

Pri odločitvi nam pomaga jasna definicija kliničnega problema in bolnikova prognoza glede preživetja in kakovosti življenja ter stališče bolnika in njegove družine. Zelo pomembno je, da se z bolnikom in/ali njegovo družino (najbolje obema) pogovorimo in jim razložimo naša pričakovanja in ukrepe. Pomembno je, da jim predstavimo naš stopenjski plan ukrepov in v procesu pogajanja dosežemo njihovo privolitev.

Primer: 76 letna bolnica, oskrbovanka doma starejših občanov z napredovalim karcinomom želodca ni več sposobna uživati tekočine in hrane v zadostni količini. Bolnica prejema analgetik v obliki transdermalnega obliža in antiemetik v obliki svečk. Bolnica se zaveda, da se ji smrt bliža, kar je večkrat izrazila v pogovoru z osebjem in zdravnikom, vendar pa hči vztrajno zahteva parenteralni hidracijo in hospitalizacijo.

Kako naj zdravnik ravna v omenjenem primeru?

1. Spoštuje bolničino odločitev in lajšate bolečine in slabosti, odkloni pa infuzijo in hospitalizacijo. S tem je upošteval željo bolnice, lahko pa pride v konflikt s hčerjo, ki mu grozi, da ga bo tožila, ker ne naredi vsega potrebnega za njeno mamo.
2. Upošteva željo hčere in bolnico pošlje v bolnišnico. Zdravnik se sprašuje, ali je bolnica zaradi svojega zdravstvenega stanja sploh sposobna odločitve.
3. Bolničino željo zabeleži v zdravstveno dokumentacijo, kar olajša odločitev kolegom, ki se bodo z omenjeno bolnico srečevali, ko ga ne bo v službi.

5. Primeri, v katerih je bolnikova samostojnost omejena

V določenih primerih je samostojnost bolnika omejena:

- v primeru osebe, ki ni opravilno sposobna – oseba, ki ni sposobna razumeti pomena postopkov zdravljenja in morebitnih posledic opustitve the postopkov (mentalna retardacija, napredovala demenca, osebe, mlajše od meje, ki jo država priznava za opravilno sposobnost)
- v primeru psihiatrične bolezni, ko bolnik ogroža sebe ali druge
- nalezljivih bolezni, ki ogrožajo življenje in zdravje drugih (npr. HIV infekcija, spolno prenosljive bolezni). Pri nas velja obvezna prijava nalezljivih bolezni iz seznama nalezljivih bolezni (12).

V navedenih primeru skrb za dobro bolnika in skupno dobro pretehta pravico do bolnikove avtonomije (13).

V primeru opravilne nesposobnosti bolnika, je potrebno izbrati nekoga, ki se bo odločil namesto bolnika. Običajno so to družinski člani, ki najbolj poznajo bolnikove želje in v ospredju vidijo interes bolnika.

Primer: 38-letna duševno zaostala gospa prihaja v ambulanto zaradi prehlada. Ob kliničnem pregledu odkrijemo bulo v levi dojki. Pri pregledu je tipati 5 cm veliko tumorozno tvorbo, ki ima klinične značilnosti karcinoma. Bolnici pojasnimo, da smo v dojki spremembo, ki je lahko rakastega izvora, vendar bolnica odločno odklanja vse naše predloge za nadaljnje ukrepanje.

Primer: 36 letni moški prihaja v ambulanto potem, ko je imel izcedek iz sečnice, ki je trajal 3 dni. Pove, da je imel v času službenega potovanja nezaščiten spolni odnos. Vzet je bil bris sečnice. Ob današnjem obisku so težave minile, v času med obiskoma pa je imel spolne odnose s svojo ženo. Ugotovljena je okužba s klamidijo. Bolnik ne sprejme priporočenega zdravljenja, in ne želi, da bi žena izvedela za okužbo, čeprav smo mu razložili, da gre za spolno prenosljivo okužbo, ki lahko pri njegovi ženi, če je ne bomo zdravili, povzroči neplodnost.

Vprašanja, ki se postavljajo zdravniku:

1. Ali smo v primeru nevarne in potencialno ozdravljive bolezni v primeru duševne manjrazvitosti dolžni spoštovati bolničino samostojnost? Kako oceniti bolničino sposobnost, da se sama odloči? Ali moramo odločitev skrbnika, ki je v nasprotju s predlaganimi ukrepi, ki bi bili za bolnico z vidika kliničnih priporočil najboljši, spoštovati?
2. Čigava samostojnost je pomembnejša: samostojnost moža ali njegove žene? Kako naj zdravnik prepreči prenos okužbe na morebitne druge spolne partnerice, če spoštuje bolnikovo odklanjanje zdravljenja okužbe? Kakšen je postopek v primeru pojava bolezni iz seznama nalezljivih bolezni?

Sklep

Pri svojem delu se srečujemo s primeri, ki so podobni zgoraj navedenim primerom iz vinjet. Bolniki želijo postati bolj in bolj vključeni v postopek zdravljenja in želijo sodelovati pri odločitvah, kar predstavlja nov izziv za zdravnike (14). Preden zdravnik sprejme ali zavrne bolnikovo odločitev v postopku zdravljenja se mora prepričati, da je bolnik prejel vse potrebne informacije in jih je razumel, vključno so posledicami zavrnitve predlaganih postopkov zdravljenja in je opravično sposoben. Pomembnejše kot so posledice zavrnitve predlaganega zdravljenja, večji je izziv za zdravnika v smislu spoštovanja bolnikove avtonomije. Naše znanje in veščine nam pomagajo reševati probleme, za obvladovanje etičnih dilem pa moramo oblikovati lastna stališča, ki nas vodijo k najbolj ustrezni rešitvi ob upoštevanju etičnih načel, kamor sodi tudi samostojnost bolnika (15).

Literatura

1. Voljč B, Švab I. Etični problemi. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ured. Družinska medicna. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 57-64.
2. Connelly JE. Refusal of Treatment. In: Sugarman J. Ethics in Primary Care. New York: MC Graw-Hill; 2000: 187-98.
3. Braddock CH. Informed Consent. In: Sugarman J. Ethics in Primary Care. New York: MC Graw-Hill; 2000: 239-54.
4. Karlowish JHT. Competency and Decision-Making Capacity. In: Sugarman J. Ethics in Primary Care. New York: MC Graw-Hill; 2000: 225-38.
5. Elwin G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 1999; 49(443): 477-82.
6. Muramota O. Bioethical aspects of the recent changes in the policy of refusal of blood by Jehovah's Witnesses. *BMJ* 2001; 322: 37-9.
7. Rogers WA. Are guidelines ethical? Some consideration for general practice. *Br J Gen Pract* 2002;52(481): 663-8.
8. Reusr CE, Matingly S. Family involvement in medical decision making. *Fam Med* 1996;28 (1): 39-45.
9. Benson J, Britten N. Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families: qualitative analysis of semistructured interviews with patients. *BMJ* 1999; 313: 729-31.
10. Rousseau P. Ethical and legal issues in paliative care. *Prim Care* 2001; 28 (2): 391-400.
11. Bascom P, Tolle SW. Treatment at the End of Life. In: Sugarman J. Ethics in Primary Care. New York: MC Graw-Hill; 2000: 211-24.
12. Zakon o nalezljivih boleznih. Uradni list Republike Slovenije št. 69-1, 12.1995.
13. Verity C, Nicoll A. Consent, confidentiality, and the threat to public health surveillance. *BMJ* 2002; 324: 1210-13.
14. Say RE, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions-challenges for doctors. *BMJ* 2003; 327: 542-5.
15. Bremberg S, Nilstrun T. Patients' authonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. *Fam Pract* 2000; 17(2): 124-8.

ZAUPNOST

Davorina Petek

Uvod

Zaupnost pojmuje kot obvezo ali obljubo, da ne razširjamo osebnih informacij na neprimernem mestu. V takšnem smislu je zaupnost nujni sestavni del odnosa med zdravnikom in bolnikom. Pravno gledano ima osnovo v pravici posameznika do zasebnosti, kar zajema pravico biti sam, pravico do telesne nedotakljivosti in v ožjem smislu pravico do kontrole informacij osebne narave (1). Brez veljavnega principa zaupnosti bi bolniki prikrivali informacije, ki jih spravljajo v zadrego, ali bi se celo izogibali obiska pri zdravniku. Zaupnost velja za vse zdravstvene delavce in druge osebe, s katerimi prihaja v stik bolnik v procesu zdravljenja.

Zgodovinski pomen zaupnosti kaže dejstvo, da sega že v čas, ko je nastajala **Hippokratova prisega**: »What I may see or hear in the course of the treatment or even outside of the treatment in regard to the life of men, which on no account one must spread abroad, I will keep to myself, holding such things shameful to be spoken about.«

Sodobni kodeksi medicinske etike sledijo tradiciji, vendar z določenimi dopolnitvami. **Kodeks medicinske deontologije**, sprejet na skupščini Zdravniške zbornice 1992. leta in dopolnjen 1997. leta, obravnava zaupnost kot temeljno, vendar ne absolutno pravico. V 35. do 37. členu obravnava poklicno molčečnost in opredeli njene omejitve:

36. člen

»Zdravnik je razrešen poklicne molčečnosti, če na to pristane bolnik ali če je to nujno potrebno za dobrobit bolnika, njegovo družino ali družbo, oz., če tako določajo z zakonom sprejete posebne določbe. V primerih, ko bolnik zdravnika odveže dolžnosti poklicne molčečnosti, bo zdravnik pretehta, kaj od sporočenega bi bolniku lahko škodovalo in katere podatke bo zadržal v tajnosti« (2).

Pravica do zaupnosti pa ni le vsebina kodeksov medicinske etike ampak ima tudi pravne temelje v zakonodaji. **Zakon o zdravstveni dejavnosti** iz leta 1992 obravnava zaupnost v več členih (45., 47., 51. člen) (3):

47.člen:

Vsakdo ima pod enakimi pogoji in v skladu z zakonom pravico...

...zahtevati, da zdravstveni delavci in njihovi sodelavci brez njegove izrecne privolitve nikomur ne posredujejo podatkov o njegovem zdravstvenem stanju.

Za otroke do 15.leta starosti in za osebe pod skrbništvom uveljavljajo pravice iz prejšnjega odstavka njihovi starši oz. skrbniki.

51.člen

Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci so dolžni varovati kot poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanju posameznika in o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja.

...tudi osebe, ki so jim ti podatki dosegljivi zaradi narave njihovega dela.

...Dolžnost varovanja poklicne skrivnosti lahko zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca razreši prizadeta oseba sama ali sodišče...

Omejitev zaupnosti

Absolutna zaupnost ni niti praktična, niti zaželena. Pravica posameznika do zaupnosti je omejena v okoliščinah, ki lahko predstavljajo tveganje za zdravje, varnost ali dobrobit bolnika ali druge osebe. Gre torej za zaščito te osebe ali javnega zdravja. Odstop od pravice do zaupnosti je odvisen od tveganja za morebitno škodo, ne pa od starosti bolnika. Obstajata dve večji skupini izjem:

- Po zakonu je obvezno obveščanje in prijavljanje določenih bolezni in stanj (prijavna dolžnost). Javna korist pretehta pravico posameznika do zaupnosti, npr. v primerih nasilja in kriminalnih dejanj, zlorabe ali zanemarjanja ranljivih oseb, ter v postopku prijavljanja nalezljivih bolezni, kar vključuje iskanje oseb, ki so bile v stiku z bolnikom.
- Zdravstveno osebje je dolžno v primeru upravičenega suma, da obstaja nevarnost za zdravje ali dobrobit tretje, nedolžne vpletene osebe, to osebo opozoriti in s tem zaščititi.
- Razvoj medicine je privedel do novih področij, kjer delovanje povzroča etične dileme. Eno takšnih področij je genetsko svetovanje. Tudi tukaj gre v osnovi za razpetost med zaupnostjo bolnikovih informacij (rezultatov genetskih testov) in moralno dolžnostjo zdravnika do obveščanja sorodnikov, pri katerih se zaradi genetske povezanosti z različno stopnjo verjetnosti lahko pričakuje pojav iste bolezni, kot pri bolniku. Sorodniki morajo pristati na genetske analize in se testirati nikakor ne sme opraviti naskrivaj. Genetsko svetovanje sorodnikov je potrebno že pred preiskavo in ne po njej glede na rezultate testa. Mnenja zdravnikov pa se razlikujejo, ali je potreben pristanek bolnika, da se sorodnikom nudi genetsko svetovanje, ali pa od pristanka odstopimo – pač v korist tretje osebe. Nedvomno s tem tvegamo izgubo zaupanja ne le prizadetega bolnika, ampak, posebej v družinski medicini, tudi drugih bolnikov (4).

Družina, prijatelji

Pri vsakodnevnem delu se v zaupni odnos zdravnik – bolnik vpletajo druge osebe, ki se iz različnih vzrokov zanimajo za bolnika, npr. njegovi družinski člani, prijatelji, znanci, sosedge... se zanimajo za novice o bolniku, hkrati pa se bolnikove težave rešujejo s pomočjo številnih zdravstvenih delavcev. Vse te okoliščine marsikdaj doprinesejo k širjenju informacij v širši krog ljudi.

Popolna blokada informacij res služi pravici do zaupnosti, je pa vsekakor vprašljiva, lahko celo povsem narobe razumljena. V večini primerov je najbolj ustrezno razkritje nekaterih splošnih informacij, medtem ko občutljive informacije, ki lahko bolnika spravijo v neprijetni položaj, zadržimo. Bolnik naj sam odloči, komu in koliko informacij se sme razkriti. Senzibilen zdravnik mora pri tem upoštevati tudi kulturne vrednote bolnika, saj je v nekaterih kulturah sprejemanje odločitev stvar ne le bolnika ampak predvsem njegove družine. V prvi fazi pa je zagotovo bolnik tisti, ki odloča o vključitvi drugih oseb v krog njegovih zaupnikov.

Posebej pomembno je vključevanje družinskih članov. Družinska medicina temelji na dejstvu, da zdravnik običajno skrbi za več družinskih članov in se zaveda pomena družinskih odnosov in njihovih vplivov na zdravje bolnika. S tem je bolnik del »družinskega sistema«. To razlago družinske medicine bi lahko pojmovali kot zavezanost zdravnika, da poleg skrbi za bolnika kot posameznika, vpliva tudi na družino kot celoto. Če je zavezan delovati v dobro obema stranema, lahko pride do nasprotujočih si interesov in zdravnik mora izbrati, katerega bo upošteval na prvem mestu. Delati v dobro bolnika je osnovno načelo, navsezadnje bi lahko rekli, da je tisto, kar je koristno za posameznika, koristno za družino (5).

Adolescenti

Primer: David, 15 let

David pride v ambulanto z mamo, ker ima v šoli težave z učenjem. Njegova starša sta se razvezala pred enim letom. Oba imata nova partnerja, ki ju David ne sprejema najbolje.

Pri naslednjem obisku, ko pride David sam, pove, da ima težave s spanjem. Skrbi ga za mamo in ne želi, da bi še on doprinesel k njenim težavam. Ob zdravnikovem vprašanju pove, da je razmišljal o samomoru, da bi staršem olajšal življenje. Ali naj zdravnik takoj vključi v posvet starše?

Če da, ali je nujen pristanek bolnika?

Če zdravnik ne pridobi pristanka bolnika, kaj naj stori?

Primer: Katja, 14 let

Katja pride v ambulanto, ker želi opraviti nosečniški test. Dogovori se, da bo čez nekaj dni prišla vprašat za rezultat. Nekaj dni kasneje se oglasi njena mama in vpraša medicinsko sestro za hčerkinе izvide.

Ali je razgovor z mamo odvisen od izvida testa?

Kako bo ravnala medicinska sestra?

Kako bo ravnal zdravnik?

Kakšni ukrepi so smiselni za preprečevanje težav v takšni situaciji?

Značilnost pri upoštevanju zaupnosti v tej starostni skupini predstavlja dejstvo, da mladoletniki niso ne pravno ne finančno odrasle osebe, vendar pa želijo biti neodvisni v odločitvah, ki velikokrat zadevajo občutljive teme. Mladostnik lahko odloča o svojem zdravju, če je po presoji zdravnika sposoben razumeti izbiro zdravljenja in posledice te izbire.

Adolescenti pogosto iščejo posvete s področja spolnosti, a tudi s področja duševnega zdravja, predvsem depresije mladostnikov, samomorilnosti, zlorabe drog in alkohola. Če verjamejo v zaupnost informacij, hitreje in bolj iskreno iščejo zdravniško pomoč.

Potrebno je obveščanje mladoletnikov o tem, da se v ambulanti spoštuje njihova pravica do zasebnosti. Obveščanje je lahko pisno, ali pa o tem spregovorimo ob začetnih obiskih. Posebej pomembno pa je zajamčenje zaupnosti, če je posvet v zvezi z zelo osebnimi težavami.

Mladostniki se velikokrat bojijo, da bo informacije izvedela še tretja oseba: načrtno, v obsegu posveta in pričakovane starševske pomoči, ali pa nehote ob priložnostnem klepetu ostalega zdravstvenega osebja. Bojijo se tudi, da bi bile zaupne informacije poslone po pošti in bi jih starši prestregli.

Zdravnik je razpet med lastno zahtevo, da se bolnik strinja z zdravljenjem in potrebo adolescenta po zaupnosti. V številnih primerih ima adolescent pravico sam odločati o svojem zdravljenju, izjeme so največkrat v primerih nosečnosti, spolno prenosljivih boleznih, splavu. Zdravnik naj bi vzpodbujal adolescenta, da dovoli vključitev staršev v zdravljenje. Če adolescent kljub temu na vključitev ne pristane, naj bi se njegove želje spoštovale.

Seveda pa je presoja zdravnika, da odstopi od tega pravila, če presodi, da je vključitev staršev nujna, ker s tem zmanjšuje tveganje hujših posledic. V takem

primeru se pričakuje od vključitve staršev pomoč in razumevanje bolnika. V vsakem primeru se mora z mladoletnikom pogovoriti o razlogih za prekinitve zaupnosti. Najbolj klasičen tak primer je, če mladoletnik ogroža sebe ali druge.

Pomembno je tudi obveščanje bolnika o vseh odločitvah. Spoštovati je potrebno tudi, na kak način želi biti mladoletnik obveščen brez vpletanja tretje osebe (npr. pisno obveščanje na prijateljev dom).

Največje težave nastopijo, če zdravnik presodi, da mladostnik ne more dati privoljenja k zdravljenju ali pritegnitvi pomočnikov v tem procesu, ker je nezrel, bolan ali duševno moten. Tudi v tem primeru naj bi bil postopek podoben:

- Poskusiti pridobiti dovoljenje mladostnika za odmik od zaupnosti.
- Če odkloni, zdravnik pa je prepričan, da dela v dobro bolnika, je potrebno informacije zaupati najustreznejši osebi. V dokumentaciji je potrebno označiti postopke za pridobitev dovoljenja in razloge za prekinitve zaupnosti in informacij.

V pomoč pri teh zapletenih situacijah nam je lahko nekaj ključnih vprašanj:

- Kako najbolje zaščitimo bolnika ali druge osebe pred morebitnim škodljivim razvojem dogodkov?
- Ali bi bila nasvet oz. intervencija zunanje osebe v pomoč? Če da, kako pridobiti bolnikovo soglasje za razkritje podatkov?
- Ali so okoliščine tako kritične, da je potrebno razkritje podatkov proti volji bolnika?
- Kakšno pomoč ali svetovanje bomo v tem primeru ponudili bolniku?

Občasno je zelo koristen posvet s skupino strokovnjakov. Šlo naj bi za anonimno predstavitev problema, ali pa – ob obvestitvi bolnika o potrebi po skupinski obravnavi – v bolnikovi prisotnosti razpravljati o možnih rešitvah. Če se bolnik najprej zaupa medicinski sestri, je pametno tudi njo pritegniti v nadaljnjo obravnavo (6).

Zbiranje podatkov za javno zdravstvo

Zdravstveni podatki, dobljeni pri pregledih, preiskavah in zdravljenju bolnikov, se pošiljajo na različna mesta za potrebe študij, zaupnih poizvedb, administrativnih storitev in nadzora bolezni. Nadzor bolezni je javno zdravstvenega pomena in koristen za celotno družbo, npr. pri omejevanju epidemij ali širjenja nalezljivih bolezni, pri omejevanju možnosti poškodb ipd. Javnost se mora zavedati pomena zbiranja teh podatkov. Zahteva po popolni anonimnosti ali po pisnem pristanku pacienta bi zelo otežila delo, velja pa, da je potrebno s podatki ravnati v največji možni stopnji zaupnosti. Potrebna so navodila za prenašanje podatkov. Prenašajo naj se le potrebni podatki, nepotrebni osebni podatki pa naj se opustijo (7).

Nehotene prekinitve zaupnosti

Najpogostejše nehotene prekinitve zaupnosti se zgodijo v primeru, če nepoklicana oseba sliši naš razgovor ali če drugi obiskovalci ambulate vidijo v bolnikovo dokumentacijo.

Kaj storiti v takem primeru?

1. Bolniku se je potrebno opravičiti in pojasniti, kaj se je zgodilo. Dogodek lahko sproži pritožbeni postopek.
2. Dogodek moramo analizirati in ukrepati v smislu preprečitve ponovitve.
3. Če gre za izrazito malomarnost zaposlene osebe, je potrebno ukrepati proti tej osebi.

Dajanje informacij in dokumentacije tretji osebi

Brez bolnikovega pooblastila dokumentacija ne sme biti dostopna drugim osebam, vendar pa lahko bolnik dovoli vpogled v dokumentacijo, kar se najpogosteje zgodi v zadevah v zvezi s pravicami do zavarovalnine ali odškodnine. Zdravnik mora pridobiti od bolnika pooblastilo za dajanje informacij, vključno z opredelitvijo, katere informacije se lahko posredujejo in komu. Posebej je potrebno opozoriti pred nevarnostjo dajanja informacij po telefonu, ne da bi se zagotovo potrdila identiteta klicajoče osebe.

Zaupnost v praksi

Celotno osebje ambulate se mora zavedati pomena in svoje vloge v vzdrževanju zaupnosti.

Tudi nekateri drugi delavci, npr. čistilci ali vzdrževalci, ki lahko slučajno izvedo zaupne podatke, morajo poznati pravico bolnika do zaupnosti. Prav tako se morajo zavedati, da pravica do zaupnosti velja tudi za mladoletne osebe.

Na zaupnost je potrebno opozoriti tudi začasne obiskovalce ambulate, npr. študente, prostovoljce ipd.

Sklep

Absolutna zaupnost, kot je navedena v Hipokratovi prisegi, v praksi ni izvedljiva. Kljub temu, da ostaja temeljna vrednota odnosa med bolnikom in zdravnikom, je potrebno upoštevati, da mora biti pravica posameznika do zasebnosti in zaupnosti v ravnotežju s pravicami družbe in nedolžne tretje osebe v danih okoliščinah. Zdravnik naj bi po etični in pravni plati upošteval zaupnost v večini situacij, v tistih, kjer bi zaradi absolutne zaupnosti kak drug udeleženec lahko utrpel škodo, pa ima dolžnost bolnikovo pravico do zaupnosti omejiti. Umetnost je najti ravnovesje med obema zahtevama v dani situaciji.

Primer:

34-letni gospod F pride v ambulanto, ker je zadnjih nekaj dni opazil izcedek iz penisa. Pred kratkim se je vrnil s službenega potovanja. Trdi, da ni imel nobenih izvenzakonskih spolnih kontaktov in da je stanoval v relativno umazanem hotelu. Misli, da se je najbrž okužil preko umazanih brisač in prosi za čimprejšnji diagnostični postopek. Preden uspe zdravnik načeti razgovor na to temo, zdravnika opozori, naj v nobenem primeru o rezultatu ne obvešča žene. Kaj naj stori zdravnik?

Razmišljanje...

Gotovo je potrebno ugotoviti, ali bolnik ima spolno prenosljivo bolezen. Če jo ima, se mora zdravnik soočiti z bolnikovim prikrivanjem resnice. Naslednje pomembno dejstvo je, ali je bolnik v tem času imel spolni odnos z ženo. Če bolnik to zanika, je ponovno vprašanje bolnikovega podajanja resnice ali lažnih dejstev. V igri sta dva konflikta interesov, med njima pa je na prvem mestu zaščita ženinoga zdravja, ki zahteva informiranje žene in ustrezno zdravljenje. Dvom o potrebnosti tega koraka ostane, če domnevamo, da je morda gospod F v drugem primeru govoril resnico. Zdravnik se je vsekakor dolžan potruditi, da gospodu pomaga spoznati vrednote zaupanja, odprtosti in resnicoljubnosti v odnosu z ženo. Bolniku mora razložiti, zakaj je ženi potrebno povedati resnico, ob tem pa lahko ponudi pomoč in svetovanje. V primeru, da gospod nikakor ne želi obvestiti žene, mora to storiti zdravnik s predhodnim obvestilom gospodu.

Kaj pa, če testi ne pokažejo spolno prenosljive bolezni? Morda lahko zdravnika razmišlja o resnicoljubnem odnosu med njim in bolnikom? Morda se lahko z bolnikom pogovori o njegovih stališčih? Lahko pa se preprosto omeji na zdravljenje uretritisa...

Literatura

1. Halevy A. Confidentiality. In: Sugarman J. Ethics in Primary Care. New York: McGraw-Hill; 2000.
2. Kodeks medicinske deontologije. Zbornični akti. ISIS 5: 47-51; 2000.
3. http://www2.gov.si/zak/Zak_vel.nsf/
4. Leung WC. Results of genetic testing: when confidentiality conflicts with a duty to warn relatives. BMJ 2000; 321: 1464-6.
5. Christie RJ, Hoffmaster CB. The Family as a patient. In: Ethical issues in family medicine. New York Oxford: Oxford University Press; 1986.
6. Confidentiality and young people. A Toolkit for General Practise, Primary Care Groups and Trusts. Royal College of General Practitioners and Brook, 2000.
7. Verity C, Nicoll A. Consent, confidentiality, and the threat to public health surveillance. BMJ 2002; 324:1210-3.

ETIČNE DILEME V PREVENTIVI

Ksenija Tušek Bunc

Uvod

Dejstvo je, da predstavlja promocija zdravja in preventivna boleznih pomembno področje dela v osnovni zdravstveni dejavnosti. Usmerjenost primarnega zdravstvenega varstva v preprečevanje boleznih in krepitev zdravja prebivalstva je posledica definicije zdravja, ki jo je že leta 1948 postavila Svetovna zdravstvena organizacija; »Zdravje za vse« pa je geslo nove zdravstvene politike in cilj, ki ga je leta 1977 opredelila Svetovna zdravstvena organizacija na svoji 30. skupščini.

Preprečevanje boleznih in pospeševanje zdravja nista izolirani dejavnosti, ki ju izvaja zdravstveno osebje; v veliki meri sta odvisna od posameznika in od družbe kot celote. Zato je globalni strategiji »Zdravje za vse« sledila evropska, ki so jo leta 1984 sprejele države evropske regije Svetovna zdravstvene organizacije. Ta je s svojimi 38 cilji in določitvijo pogojev in načinov, kako te cilje doseči, predstavlja prvi okvir evropske zdravstvene politike.

Na prelomu preteklega stoletja se je usmerjenost v krepitev zdravja in preprečevanje boleznih tako okreplila, da so jo nekatere evropske države vključile v politične dokumente, kot npr. angleški »The health of the nation« (1), zavarovalnice in nacionalne zdravstvene oblasti pa v pogodbe z izvajalci primarnega zdravstvenega varstva.

Sprejetje definicije »zdravje za vse« je pomenilo revolucionarno spremembo. Od tedaj je medicina stopila iz ordinacij in sama začela iskati tiste, ki naj bi bili pomoči potrebni. Tako se mora zdravnik v času svojega šolanja naučiti, kako ohranjati zdravje ljudi in ne samo kako zdraviti njihove bolezni. Naučiti se mora prevzeti pobudo in tudi kako premagovati ovire, ki se pri izvajanju primarne preventive pojavljajo. Taka stališča so sprejeta tudi v deklaraciji skupine Leuuenhorst, ki je pripravila definicijo dela zdravnika družinske medicine (2), sprejelo pa jih je tudi Slovensko zdravniško društvo na svojem sedmem kongresu SZD (3).

Pri oblikovanju odnosa bodočih zdravnikov do izvajanja preventivnih dejavnosti ima pomembno vlogo mentor, ki mora znati iz izkušenj in neprestanega dotoka novih spoznanj izluščiti tiste vsebine, ki so relevantne za določeno okolje in

populacijo (4, 5). Mentorjev sistematični pristop in organizacija preventivnega dela ostajata trajen vzor vsakemu študentu. Motivacija je vselej gonilna sila primarne preventive in je odvisna od odnosa zdravnika družinske medicine do nje in ki ga je zdravnik izgradil bodisi ob dobrem mentorju, ali kasneje pri svojem delu.

Prepričanje o pomembnosti preprečevanja bolezni so podkrepile tudi epidemiološke raziskave, na osnovi katerih so izračunali deleže prepričljivih bolezni in smrti. Tako naj bi bilo prepričljivih 45 % smrti zaradi bolezni srca in ožilja, 23 % smrti zaradi raka in 50 % vseh zapletov sladkorne bolezni (6). Ob tem, da vsak tretji človek v svojem življenju oboli za rakom, jih je mogoče 80 % preprečiti (7).

Vsi raziskovalci se tudi strinjajo, da ima znotraj zdravstva osnovna zdravstvena dejavnost največ možnosti, da pripomore k pospeševanju zdravja. To možnost ji daje predvsem njen specifičen položaj v sistemu zdravstvenega varstva. Zaradi tesnega stika s prebivalstvom so možnosti vplivanja na življenjski slog in izvajanje preventivnih programov velike (8). Zdravstvo in zdravniki imajo kljub nekaterim izjemam med prebivalstvom relativno velik ugled in že zelo preproste nasvete si ljudje zapomnijo ter pogosto tudi upoštevajo (9).

Nobenega dvoma ni, da preventiva predstavlja pomemben element zdravnikove dejavnosti, še prav posebej pa zdravnika družinske medicine. Vendar so se ob splošnem navdušenju nad novim poslanstvom zdravstva, pojavili tudi kritiki, ki opozarjajo na senčne strani in dileme preventive in ki so zlasti kritični do sistematičnih presajanj celotne populacije. Preprečevanje bolezni namreč ni zdravljenje, kot ga je poznala medicina dolga stoletja svojega razvoja, saj je odnos med bolnikom in zdravnikom tu povsem drugačen. Medtem, ko se pri zdravljenju bolnik oglasi pri zdravniku na lastno željo, je pri preventivi zdravnik ali zdravstvena ustanova tista, ki prepričuje človeka, da mora spremeniti svoj življenjski stil, čeprav se počuti povsem zdravega. Ta spremenjen odnos ima pomembne etične posledice. Preventivna medicina ima več skupnega z etiko in politiko ter interesi kot z relativnim tveganjem in znanostjo (8).

Etične dileme preventivnih programov

Lažno pozitivni in lažno negativni rezultati

Merila za uspešno presajanje je postavil Wilson že leta 1976. Ta so: bolezen mora biti pogosta in resna, njen naravni potek mora biti razumljiv, obstajati mora test, dostopno mora biti sprejemljivo zdravljenje, zdravljenje mora ugodno vplivati na potek bolezni. Ukrepov, ki bi ustrezali tako strogim kriterijem je izredno malo (10), zaradi česar ima večina promocijskih programov svojo utemeljitev v izgovoru, da »ne more škoditi«, kar je prav gotovo nedopustno.

Lažno pozitivni izvidi preventivnih programov lahko opredelimo kot sila neprijeten »stranski učinek preventive«, katerih rezultat je ne samo nepotrebna zaskrbljenost ljudi, pač pa tudi vrsta nepotrebni dodatnih diagnostičnih in terapevtskih postopkov, ki prav tako prinašajo določen odstotek zapletov. Eden pomembnih stranskih učinkov je tudi prevelika odvisnost od zdravnika, saj se zdrav človek pri katerem smo našli katerega od dejavnikov tveganja, »prelevi« v bolnika, ki terja pomoč zdravnika in zdravstvene službe (8). S tem pa se močno poveča število obiskov v že itak preobremenjenih ambulantah in se po nepotrebem ustvarjajo čakalne vrste. Učinki preventivnih programov pa so lahko tudi v nasprotju z velikimi materialnimi stroški, ki obremenjujejo zdravstvene ustanove ali zdravstveno zavarovanje, kar je v sodobnem času, ko že tako ali tako primanjkuje zdravstvenega denarja, lahko še kako velik problem.

Primeri še ne dokazano učinkovitih presajanj so npr. naslednji:

- testiranje blata na okultno krvavitev,
- rutinsko digitalno pregledovanje prostate,
- presajanje za karcinom ovarijskega jajnika,
- presajanje malignega malignoma,
- preventiva bolezni srca in ožilja (11),
- ugotovljen BMI nad 25 kot rizik za zdravje (12).

Strokovnjaki s področja medicinskega prava so mnenja, da bi se morala presajanja obravnavati kot raziskovalni projekti v vseh primerih, ko njihova učinkovitost ni jasno dokazana. To bi pomenilo pristanek preiskovancev, ki morajo pred postopkom vedeti za naravo presajanja, kakšen je test, kakšna je njegova senzitivnost in specifičnost. Še prav posebej jih je treba opozoriti, kakšne so lahko posledice lažno pozitivnih in lažno negativnih rezultatov. V obratnem primeru imajo preiskovanci pravico do tožb in imajo tudi veliko upanja na uspeh (13).

Večina preventivnih programov pomeni eksperimentiranje na populacijah in ni podvrženo etičnim kriterijem, za razliko od eksperimentiranja na posameznikih, kar je nedopustno. Pri presajanjih zdravim posameznikom praviloma ni razloženo, kakšni so potencialni stranski učinki presajanja. Preventivna medicina bi morala biti enako podvržena etični kontroli, kot vsi drugi postopki v zdravstvu.

Promocija zdravja zahteva velika sredstva

Kar pri 79 % populacije je mogoče s sodobnimi metodami presajanja najti kak dejavnik tveganja, pri katerem bi bilo potrebno ukrepanje (11). Podobne rezultate so dale tudi slovenske študije (14, 15). Noben medicinski sistem na svetu, tudi tisti, ki za zdravstvene storitve namenjajo največ sredstev, ni sposoben izvesti tako velike zdravstvene intervencije. Ukrep je možen le na javno zdravstveni ravni s programi promocije zdravja usmerjenimi v celotno prebivalstvo. Ugotoviti stanje, pri katerem

bi morali ukrepati in potem ne storiti ničesar, do česar neizogibno pride zaradi pomanjkanja denarja, pa je etično nedopustno (8).

Z masovnimi kampanjami v Angliji in na Švedskem so uspeli le marginalno zmanjšati vrednosti holesterola in krvnega tlaka (16). Leta 1985 so izračunali, da je potrebno 40.000 brisov in 200 biopsij za preprečitev ene same smrti zaradi karcinoma materničnega ustja. Cena življenja pridobljena na tak način je 300.000 GBP. Cena leta pri mamografiji je 3000–5000 GBP, kar je primerljivo s transplantacijo srca in je veliko dražje kot nadomestitev kolka (750 GBP).

Etična dilema tega problema je v tem, da zatrpamo zdravnika z dodatnim delom na novo odkritem problemu, zaradi česar se lahko zgodi, da zaradi preobremenjenosti zanemari druge bolnike, ki so ravno tako potrebni njegove pozornosti.

Bolezen - pravična kazen za življenjske užitke

Motivacija vsakega posameznega človeka omogoča ali pa omejuje njegovo pripravljenost, a bi spremenil svoje navade. Filozofija »jej, pij in bodi vesel, kajti jutri bomo vsi pomrli« je v nasprotju s filozofijo promocije zdravja, je pa zelo blizu mladim (16). Njihova pripravljenost spremeniti socialne in družbene navade prihaja počasi in kot odgovor na zunanje pobude in notranjo pripravljenost in motivacijo.

Včasih ljudje niso poznali življenjskega stila, poznali so življenje. Bolezen je bila njihova skrb in odgovornost. Z novo definicijo zdravja se je zdravstvena služba spremenila in razširila svoje horizonte s telesnih problemov na revščino, nesrečo in celo lepoto. Če je zdravje normalno in če je bolezen krivda, to pomeni, da lahko bolnikom začnemo odrekati sočutje in usluge. Obstaja realna nevarnost, da uveljavimo tiranijo zdravja, po kateri so tisti, ki so bolni, tudi tisti, ki se ne obnašajo primerno (8).

Paternalistični odnos medicine do ljudi je eden glavnih očitkov preventivnih programov (17). Bolj ko se vmešava medicina v posameznikovo obnašanje, bolj je ta odvisen in tako torej manj zdrav. Medicina ne more popraviti vsega, tudi ljudje ne morejo preprečiti vseh bolezni. Po mnenju nekaterih avtorjev, gre za novo religijo, po kateri gledamo na bolezen, kot na kazen za tiste, ki še niso sprejeli nove poti zdravega načina življenja, kar naj bi pomenilo družbeno sprejemljivo obnašanje. Bolezen je po tem gledanju pravična kazen za tiste, ki kadijo, so predebeli in se ne ukvarjajo s športom. Medicina ne bi smela imeti pooblastila, da nadzira človekovo obnašanje zaradi tega, ker znanstveno utemeljeno predvideva, da bi bilo to dobro za telesno zdravje posameznika. Skrivnost je v tem, da smo manj nestrpni do tistih, ki se ne obnašajo, tako kot bi mi želeli (8).

Ideologija preventivne medicine je v bistvu totalitarna, saj programi preprečevanja bolezni nadomeščajo osebne zdravstvene cilje s cilji, ki jih je postavila družba.

Gotovo je, da so še hujše usode kot smrt. Dolgo življenje je lahko tudi muka in kazen, če si pokopal svoje otroke in ko je končni učinek dolgega življenja revščina, inkontinenca, odvisnost ali demenca. Zdravniki in epidemiologi naj informirajo, ne pa ukazujejo ljudem, kaj početi na osnovi medicinskih dogem in spoznanj

Sklep

Večina zdravnikov družinske medicine po svetu in tudi pri nas in praktično vsa njihova združenja se strinjajo s tem, da je preventiva pomemben način dela s katerim lahko medicina v tretjem tisočletju pripomore k izboljšanju zdravstvenega stanja ne smo posameznika, pač pa tudi celotnega prebivalstva. K temu dejstvu pripomorejo številne prednosti družinske medicine kot npr. razpredenost ambulant družinske medicine; dostopnost do svojega zdravnika ne glede na spol, starost, zaposlitev, premoženjski status, poglobljen in zaupljiv odnos med bolnikom in njegovim osebnim zdravnikom, stalnost in ne nazadnje pozitivna stališča zdravnikov družinske medicine do preventive. Zavedati se je treba tudi ovir za uspešne preventivne akcije v družinski medicini: preobilica dela in pomanjkanje ustrezne motivacije, majhna uspešnost, pičla preprosta priporočila, neustrezno nagrajevanje, ter manjkajoča podpora zlasti pri prizadevanjih, ko uspehi niso ravno bleščeči in ravno tako odnosa bolnikov do preventive, ki so pogosto nezadovoljni prav zaradi skopih informacij. Zato mora zdravnik družinske medicine premagati predsodke v sebi samem in spregovoriti o nezdravem načinu življenja svojih bolnikov (19).

Z razvojem preventive pa so se pojavili tudi njeni stranski učinki, ki jih ne smemo prezreti. Sodelovanje v preventivnem programu mora biti izbira posameznika, nikakor pa njegova dolžnost. Zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti ima ključno vlogo pri pojasnjevanju prednosti preventive in tudi pri kritičnem presojanju le te. Osebni stik v ambulanti, kjer krepimo bolnikovo avtonomnost, ne pa njegove odvisnosti, je tisti, ki je tako zdravnikom kot bolnikom najbližji in najlažje sprejemljiv. Tu je možno učinkovito ukrepati z minimalnimi intervencijami, kot so odsvetovanje kajenja in odsvetovanje tveganega pitja alkohola. Najbolj smiselno je ljudem svetovati naj manj jedo, se več gibljejo in manj pijejo. Zanesljivo učinkovita preventivna programa v družinski medicini sta zdravljenje hipertenzije in odsvetovanje kajenja ter tudi sekundarna preventiva pri ljudeh po prebolelem infarktu.

Kako svetovati ljudem naj uživajo življenje, ki ga še imajo pred seboj in kako jim svetovati, kako naj živijo, da bodo živeli kvalitetno, pa je stvar vsakega posameznega zdravnika in njegovega odnosa do ljudi.

Literatura

1. Fowler G, Gray M, Anderson P. Prevention in general practice, second edition. Oxford University Press 1993; 1-3.

2. The General practitioner in Europe. A statement by the working party appointment by the second European Conference on the Teaching of General Practice. Leuwenhorst, Netherlands 1974.
3. Drinovec J, rode m, Opačič S. preventiva v medicini. Zdrav vest 1988; 57: 77-80.
4. Morrissey Jp, Harris Rp, Kincade-Norbum J, McLaughin C, Garrett JM, Jacman AM, Stein JS, Lannon C, Scwartz RJ, Patrick DL, Koch GG. Medicare reimimbursement for preventive care. Changes and performance of services, quality of life, and health care costs. Med Care 1995; 33: 315-31.
5. Prevention in Primary Care. Recommendations for promoting good practice. Cidi 2000. Copenhagen: WHO Regional office for Evrope, 1994: 1-216.
6. David Ak. Challenges in personal and public health promotion: the primary care physician perspektive. Am J Prev Med 1994; 10(suppl): 36-8.
7. Austoker J. Cancer prevention: setting the scene. BMJ 1994; 308: 1415-20.
8. Švab I. Preventiva v splošni medicini. In Švab I. Preventiva v splošni medicini 13.učne delavnice za zdravnike splošne medicine.1996; 53- 8.
9. Edwards PJ, Hall DBM. Screening, ethics, and law. BMJ 1992; 305. 267-8.
10. Jaen CJ, Stange KC, Nutting PA. Competing demands for primary care: A model for the delivery of clinical preventive services. J Fam Pract 1994; 38: 166-71.
11. Mant D, Fowler G. Mass screening: Theory and ethics. BMJ 1990; 300: 916-8.
12. McCormic J. Health promotion: the ethical dimension. Lancet 1994; 344: 390-1.
13. Edwards PJ, Hall DMB. Screening ethics, and the law. BMJ 1992; 305: 267-8.
14. Moravec-Berger D, Ravnikar B, Jezeršek P, Lovše B, Pavlin-Klemenc M, Florjanič M, Mikulič C, Gale I. Razširjenost nekatereih znanih dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja v Zgornji Ščavnici in Braniku. Zdrav Var 1992; 31: 67-70.
15. Gradišek A, Šoln D, Tržan V, Zakotnik-Mavčec, Prešern N, Kovač M, Čakš T, Bulc M, Gabrovšek S, Milohnoja M. Študija dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni v ljubljani. Zdrav var 1992,31.71-7.
16. Kerrigan P. Health promotion: the evidence pills up. Practitioner 1995; 239-353.
17. Kinnersley P, Rollinck S. The limits to health promotion. BMJ 1994, 309: 971-2.
18. Kennedy T. Medicine with liberates. Fam Pract 1993;10.361-3.
19. Kersnik J. Pouk preventive v splošni medicini na primeru opustitve kajenja. In: Švab. I. Preventiva v splošni medicini. 13. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. 1996;59-72.

ETIKA IN RAZISKOVANJE

Danica Rotar Pavlič, Leopold Zonik

Uvod

Raziskovanje pomeni enega izmed temeljev vsake samostojne akademske discipline. Na tej podlagi se vrednoti strokovnost, neredko tudi vplivnost posamezne stroke. Gotovo ne gre spregledati še številnih raziskav, ki potekajo na področju industrije zdravil in biomedicinskih pripomočkov. Slednje največkrat potekajo na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva ter tudi v dejavnosti družinske medicine.

Vsaka država ureja področje raziskovanja in etike po svoje. Tako v Sloveniji predpisuje potek presoje o etičnosti raziskave **Pravilnik o sestavi, nalogah, pristojnostih in načinu dela komisije za medicinsko etiko** (Uradni list RS, št. 9/92), ki ga je leta 1995 podpisal takratni minister za zdravstvo Božidar Voljč. V 4. členu je zapisano, da daje komisija soglasja k predlogom znanstvenoraziskovalnih projektov s področja zdravstva, soglasje za preizkušanje še nepreverjenih metod preprečevanja in odkrivanja bolezni in poškodb, zdravljenja in rehabilitacije, za preizkušanje zdravil in za opravljanje drugih biomedicinskih raziskav. Zoper odločitve komisije ni pritožbe. Če o posameznem medicinsko etičnem vprašanju **Odbor za bioetiko Sveta Evrope** ali pristojni organ Svetovne zdravstvene organizacije odloči ali zavzame drugačno stališče, je komisija dolžna to vprašanje ponovno obravnavati.

V Veliki Britaniji imajo na področju medicine več lokalnih medicinskoraziskovalnih etičnih odborov (Local medical research ethics committee), večje medregionalne odbore ter odbore pri kolidžih (The ethic committee of the Royal College of General Practitioners). Z uporabo brskalnika spletnih virov lahko tudi v Sloveniji zasledimo Etično komisijo, ki deluje v okviru Onkološkega inštituta. **Etična komisija Onkološkega inštituta** sestoji iz članov, ki so zaposleni na tem inštitutu, kjer delajo na zelo različnih področjih (pri zdravljenju, diagnostiki, raziskovanju in pri negi bolnikov), in zunanjih članov, ki zastopajo področja filozofije, teologije, prava in novinarstva. Komisija razpravlja o teoretičnih izhodiščih in praktičnih priporočilih v zvezi z etiko strokovnega in raziskovalnega dela na inštitutu. Je samostojna v svojih

odločitvah, vendar tesno povezana s Komisijo za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravstvo Republike Slovenije.

Da prihaja tudi v slovenskem prostoru do oživitve etičnih dilem ter pobud za njihovo reševanje, kaže nedavna 138. redna letna skupščina Slovenskega zdravniškega društva, ki je bila posvečena etiki v zdravstvu (1). Na njej so obravnavali naslednje teme: Razhajanja med poklicno-etičnimi in pravnimi normami; Zdravnik, njegove omejitve in gmotne omejitve družbe; Etične dileme pri razporejanju omejenih finančnih sredstev; Etični vidiki zdravnikovega sodelovanja s farmacevtsko industrijo; Etika in deontologija v farmaciji; Bolnikovo zavračanje potrebnega medicinskega posega; Medicinski postopki z dvojnimi učinki; Zdravnik ob umirajočem bolniku; Etika objav v medicini. Eden izmed pomembnih sklepov tega srečanja, ki pa se v praksi žal še ni uresničil, je, da je v podiplomske študije na Medicinski fakulteti treba vključiti predavanja o etiki raziskovanja na ljudeh. Ob tem je treba po mnenju razpravljalcev dodati še predavanja o filozofiji znanosti.

Etične dileme, s katerimi se srečujemo pri raziskovanju v družinski medicini

Poučen pristane

V obdobju širjenja demokracije se ljudje vedno bolj zavedajo svojih pravic, zato se ponovno preverjajo že uveljavljeni postopki raziskovanja. Ob tem pa se neredko pojavijo etična vprašanja, ki jih skuša današnja civilizacija natančneje opredeliti. Eno izmed njih je poučen pristane bolnika, ki je povabljen, da sodeluje v raziskavi. Koncept poučenega pristanka je splošno uveljavljen, vendar so kljub temu ugotovili, da približno vsak peti zdravnik vključuje bolnike v raziskave, ne da bi ti poprej dali privoljenje (2, 3). Na vprašanje, ali zdravniki ocenjujejo, da vključeni bolniki resnično vedo, kaj so ključni cilji raziskave, je le 47 % zdravnikov izrazilo prepričanje, da bolniki vedo, kaj je osrednji namen raziskave, pa čeprav so pred tem podali pisno privolitev. Tudi raziskavi o informiranem pristanku, ki so jih izvedli v Evropi in ZDA sta pokazali, da kar tri četrtine zdravnikov ocenjuje, da njihovi bolniki le redko razumejo vse informacije, ki jim jih o raziskavah posredujejo (4, 5). V nasprotju s temi dognanji o stališčih zdravnikov pa so kasnejše raziskave potrdile, da je najmanj 80 % bolnikov zadovoljnih z informacijami, ki so jih prejeli, ter da so se lahko na podlagi le teh avtonomno odločili o sodelovanju v raziskovalnem projektu (6, 7, 8, 9). Objavljeni rezultati torej nakazujejo na neskladnost stališč, ki jih imajo glede poučenega pristanka zdravniki in bolniki. Razlogov zanjo v objavah ne najdemo. Zanimiva pa je objava o stališčih zdravnikov, da bi namreč natančen prikaz poteka raziskave bolnika lahko spravil v nervozo (5).

Odnos med bolnikom in zdravnikom

Temelj dobre medicinske prakse že od Hipokrata naprej pomeni odnos med bolnikom in zdravnikom. V strokovni literaturi se je že večkrat pojavil dvom, ali lahko vključevanje bolnikov v raziskovalni proces načne dober odnos med zdravnikom in bolnikom (10). Odnos med zdravnikom in bolnikom je po mnenju nekaterih piscev načet predvsem v postamarketinških raziskavah farmacevtske industrije -- in to predvsem zaradi honorarja, ki ga prejme zdravnik. Nekateri zato menijo, da bi morali bolniki vedeti, kakšen honorar prejme zdravnik v posamezni postmarketinški študiji, saj to lahko vpliva na predpisovanje oziroma izbiro zdravil. Drugi menijo, da pri tem sploh ne gre za prave raziskave, ampak za nekakšen način promocije zdravila (11). Razprave o tej problematiki so se v strokovni literaturi pojavile predvsem po objavi pete revizije Helsinške deklaracije (12).

Starejši ljudje so po krivici izključeni iz raziskav

Če primerjamo številne raziskovalne protokole, ugotovimo, da so starejši ljudje najbolj zapostavljena in prikrajšana populacija (13). Vprašanja so se sistematično lotili tudi raziskovalci in pregledali 225 raziskovalnih protokolov. V 65 protokolih so starejši ljudje glede na cilje raziskovalne naloge že takoj »odpadli«; 156 raziskav je imelo kot zgornjo mejo postavljeno starost od 45 do 100 let (Mediana 70 let). V kar 85 raziskavah (izmed navedenih 156) so raziskovalci z gotovostjo neupravičeno postavili zgornjo starostno mejo. V njih so bili torej starejši ljudje na neetičen način izključeni. Ko so presojevalci iskali razloge za postavljanje takšnih meja, so ugotovili, da gre za negativne stereotipe o starejših ljudeh, češ, da niso zanesljivi, da imajo kognitivne motnje, da bo prav zaradi njih preveliko odstopanje ljudi iz raziskave. Etični odbori bi morali zato v prihodnje pozorneje spremljati in odločati o vprašanju, ali je zgornja starostna meja v protokolu raziskave resnično upravičena ali ne.

Izključevanje posameznikov iz ranljivih skupin

Ljudje z motnjami v razvoju in onespobljene posamezniki sestavljajo naslednjo skupino, ki se ji v okviru etičnih dilem ne moremo izogniti. Največkrat so izključeni zaradi zaščitniških in protektivnih ukrepov. V skupini se nahajajo posamezniki z zelo različnim spektrom težav, razmeroma velik delež pa je - vsaj pri manj zahtevnejših opravilih - sposoben samostojnega odločanja. Zato so nekateri strokovnjaki mnenja, da gre za diskriminatorno izključevanje (14). Posamezne ustanove, kot je ameriški Nacional Institutes of Health, se že skušajo izogniti temu diskriminatornemu pristopu (15).

Etični razlogi za zavrnitev raziskovalnih protokolov

Etične komisije in odbori pogosto ne objavljajo razlogov za zavrnitev raziskovalnih protokolov, čeprav bi takšne objave koristile prav vsem raziskovalcem. Člani etične komisije Royal College Of General Practitioners so pregledali, kako je presejanje komisij prešlo 100 farmacevtskih raziskav, ki naj bi potekale v dejavnosti družinske medicine (15). Ena izmed temeljnih zahtev te komisije je znanstvena utemeljenost protokola. Če predlagani raziskovalni protokol ne kaže znanstvene podlage, ga sploh ne uvrstijo v resno etično presojo. Menijo namreč, da sta že sama nestrokovnost in neznanstveni pristop kršenje etičnih načel. Struktura pregledanih protokolov je bila naslednja: 46 je bilo dvojno slepih randomiziranih raziskav, 9 je bilo enojno slepih, 20 protokolov je vključevalo kontrolno skupino s placebom, 38 je bilo postmarketinških študij, 6 študij pa je obravnavalo neklinične vsebine. Tako je bilo izmed 100 protokolov sprejetih 82, pri 45 med njimi pa je etična komisija zahtevala dopolnitve. Razlogi za zahtevek po dopolnitvi so bili naslednji: pomanjkljivo zagotovilo varnosti in neustrezen odmerek zdravila, pomanjkanje navedb o honorarjih in finančnih povračilih, pomanjkljiv opis logistike, slabo napisani informacijski listi za bolnike, nejasni opisi statističnih izračunavanj, nenatančni opisi diagnostičnih postopkov, starostne omejitve vzorca, pomanjkljivi varnostni ukrepi v nosečnosti. Člani etične komisije so pogosto obravnavali prav etičnost ter morebitne vplive izplačanih honorarjev na delo zdravnikov. Poseben poudarek daje komisija tudi jasnim in natančnim zapisom v obvestilih za bolnike. Pogosto so ta obvestila napisana v zapletenem in težko razumljivem jeziku oziroma ne dajejo možnosti, da bi bolnik tudi v teku raziskave izstopil. Slabo pripravljene informacijske listi bi se morali danes pojavljati le izjemoma, saj imamo na voljo uspešno metodo za ugotavljanje kakovosti pripravljenega pisnega navodila (Gunning-Fogov indeks) (16).

Razlogi za zavrnitev raziskovalnih protokolov so bili naslednji: sedem raziskav bi bilo smotrneje izvesti v bolnišnicah, pri petih ni bilo zagotovljenega soodločanja bolnikov, ena je bila zavrnjena, ker je bila učinkovitost zdravila dokazana že prej, pet pa je bilo zavrnjenih, ker bi se moralo ukiniti že obstoječe zdravljenje z drugimi zdravili.

Sklep

V Sloveniji nimamo natančnih podatkov, koliko raziskav poteka v dejavnosti družinske medicine (raziskave na akademski ravni, raziskave v okviru podiplomskega izobraževanja, postmarketinške raziskave, drugi projekti). Čeprav se je o etičnih dilemah v preteklosti že razpravljalo, pa lahko opozorila o konkretnih nerešenih vprašanjih najdemo predvsem v tujih objavah. V ospredju so zlasti nedoslednosti v pridobivanju poučenega pristanka, slabo pripravljene informacijske

listi za bolnike, možni vplivi honorarjev v postmarketinških raziskavah, izključevanje starejših ljudi in oseb, ki so onesposobljene in z motnjami v razvoju. Tudi v našem strokovnem okolju bi morali tem vprašanjem posvetiti več časa in sklepna priporočila objaviti v javnosti.

Literatura

1. Trontelj J, Poredoš P. 138. redna letna skupščina Slovenskega zdravniškega društva ob 140-letnici Slovenskega zdravniškega društva s strokovno temo Zdravnik in etika - Poročilo in povzetek priporočil SZD. Zdrav Vest 2001; 70: 611.
2. Williams CJ, Zwitter M. Informed consent in European multicentre randomized clinical trials – are patients really informed? Eur J Cancer 1994; 30: 907-10.
3. Taylor KM, Kenler M. Interpreting physician participation in randomized clinical trials: the physician orientation profile. J Health Soc Behaviour 1987; 28: 389-400.
4. Blum AL, Chalmers TC, Deutch E, Koch-Weser J, Rosen A, Tygstrup N, et al. The Lugano statement on controlled clinical trials. J Int Res 1987; 15: 2-22.
5. Spaight SJ, Nash S, Finison LJ, Patterson WB. Medical oncologists' participation in cancer clinical trials. Progress Clin Biol Res 1984; 156: 49-61.
6. Harth SC, Thong YH. Parental perceptions and attitudes about informed consent in clinical research involving children. Soc Sci Med 1995; 40: 1573-77.
7. Lynoe N, Sandlund M, Dahlqvist G, Jacobsson L. Informed consent: study of the quality of information given to participants in a clinical trial. BMJ 1991; 303: 610-13.
8. Penman D, Holland JC, Bahna GF, Morrow G, Schmale AH, Derogatis LR, et al. Informed consent for investigational chemotherapy: patients' and physicians' perceptions. J Clin Oncol 1984; 2: 849-55.
9. Rodenhuis S, vanden Heuvel WS, Annyas AA, Koops HS, Sleiffer DT, Mulder NH. Patient motivation and informed consent in a phase 1 study of anticancer agent. Eur J Cancer Clin Oncol 1984; 20: 457-62.
10. Benson AB, Pregler JP, Bean JA, Rademaker AG, Erhler B, et al. Oncologists reluctance to accrue patients onto clinical trials: an Illinois Center study. J Clin Oncol 1991; 9: 2067-75.
11. <http://bmj.com/cgi/eletters/323/7326/1417>
12. Tollman SM, Bastian H, Doll R, Hirsch LJ, Guess HA. What are the effects of the fifth revision of the Declaration of Helsinki? BMJ 2001; 323: 1417-23.
13. Bayer A, Tadd W. Unjustified exclusion of elderly people from studies submitted to research ethics committee for approval: descriptive study. BMJ 2000; 321: 992-93.
14. Shapiro JP. No pity: people with disabilities forging a new civil rights movement. New York: Three Rivers Press, 1993.

15. Wise P, Drury M, Pharmaceutical trials in general practice: the first 100 protocols. An audit by the clinical research ethics committee of the Royal College of General Practitioners. *BMJ* 1996;313:1245-48.
16. Gunning R. *The technique of clear writing*. New York: McGraw-Hill, 1952.

ETIKA IN OŽIVLJANJE

Alina Jelatancev, Tatjana Hren

Uvod

Milčinski ni zaman opozarjal, da so dileme, ki jih ima zdravnik ob odhajanju življenja, od nekdanj zelo hude, in da zanje ni univerzalnega recepta. Zdravnik je v teh trenutkih kot vrhovodec, ki mu grozi nevarnost dvojne napake. Postane lahko sosterilec smrti ali pa v športni tekmi s smrtjo pozabi na bolnika. Želja za zmago nad smrtjo lahko zasenči resnično korist bolnika - mirno in neboleče umiranje.

V današnjem času je ob vedno večjem medicinskem in farmakološkem znanju vedno več ljudi, ki so bili podvrženi uspešnemu kardiopulmonalnemu oživljanju (KPO) in se jim je s tem podaljšalo življenje. Na žalost pa je tudi veliko takih, ki jim je po uspešnem KPO kvaliteta življenja močno padla, ali pa se jim je podaljšala agonija umiranja. Zato v zvezi s KPO obstaja veliko etičnim in moralnih dilem, s katerimi pa se zelo pogosto srečujejo ekipe nujne medicinske pomoči (NMP).

Najpogostejša vprašanja, ki si jih ekipe NMP postavljajo na samem mestu dogodka so, koga začeti oživljati in kdaj z oživljanjem nehati. Točne odgovore na ta vprašanja bomo težko našli v knjigah in številnih člankih, ki so napisani na to temo. Na ta vprašanja si moramo najpogosteje odgovoriti sami v skladu z okoliščinami, v katerih smo se znašli. Zelo enostavno je reči, da si za KPO izberemo bolnike, ki imajo veliko možnost, da se jim po uspešnem KPO povrne kvalitetno življenje.

Kdaj ne izvajamo KPO?

V pomoč nam je lahko bolnik sam, ko se odločamo o ne- izvajanju KPO. Včasih se bolnik odloči, da ne želi, da se ga oživlja. V tujini obstajajo določeni obrazci, ki jih mora bolnik in neodvisna priča lastnoročno podpisati. Neodvisna priča je tista, ki se z bolnikovo smrtjo ne bo mogla okoristiti. Bolnik pa mora biti polnoleten, mentalno popolnoma priseben, ne sme biti pod vplivom drugih oseb in se mora zavedati posledic, ki jih prinese podpisan dokument. Vendar kljub ustreznim dokumentom lahko nastanejo težave ob morebitnem začetku oživljanja, če dokument ni takoj na voljo oziroma, če si je bolnik pred dejanskim soočenjem s smrtjo premislil, podpisan dokument pa še vedno obstaja.

Kljub temu pa je na terenu v nekaterih primerih mogoče prepoznati bolnike, pri katerih ni nobene možnosti za preživetje in pri katerih bi bilo KPO najverjetneje neuspešno. V takih primerih lahko tudi zdravstveno osebje, ki ni zdravnik, potrdi smrt. V Veliki Britaniji so te vrste bolnikov razdelili na tri skupine:

Prva skupina (skupina A)

V tej skupini so bolniki, pri katerih je stanje v katerem so najdeni nezdružljivo z življenjem. Npr. dekapitacija, masivna možganska in lobanjska destrukcija, hemikorporektomija ali podobne obsežne poškodbe, mrliška okorelost ali že razpadanje, fetalna maceracija.

Druga skupina (skupina B)

V njej pa so bolniki, ki so v takem stanju, ki zahteva za potrditev smrti ob ustreznih okoliščinah še prisotnost asistolije na EKG monitorju. Ob tem je potrebno upoštevati možnost artefaktov na EKG izpisku. Izključiti pa je potrebno še zaužitje sedativov, hipnotikov ali anksiolitikov v zadnjih 24 urah.

V to skupino sodijo tudi:

- bolniki stari nad 18 let, ki so bili potopljeni več kot 3 ure z ali brez hipotermije
- normotermni bolniki s perzistentno asistolijo kljub izvajanju KPO več kot 20 minut
- bolniki, ki niso bili deležni temeljnih postopkov oživljanja (TPO) 15 minut od nastopa kardiopulmonalnega zastoja in so brez prisotnosti pulza in dihanja ob prihodu ekipe NMP. Ob tem se predpostavlja, da je srčni zastoj nastopil v času kolapsa. Predvideva pa se, da začetni kolaps ni vedno tudi že srčni zastoj, zato je čas brez TPO krajši od 15 minut in zato lahko pričakujemo boljše uspešnost oživljanja in tudi boljši izhod po oživljanju.

Tretja skupina (skupina C)

Sem pa sodijo bolniki, ki so umrli v terminalni fazi svoje bolezni.

Kdaj končati s KPO?

Ko z oživljanjem ne pride do povrnitve spontanega krvnega obtoka, se moramo odločiti za eno od dveh možnosti:

- nehati z dosedanjimi postopki oživljanja,
- podpreti krvni obtok z mehničnimi sredstvi kot so srčni vzpodbujevalec, balonska črpalka ali kardiopulmonalni obvod.

Na odločitve o prenehanju KPO vplivajo različni dejavniki:

- Okoliščine in dostop ekipe NMP:

Če do srčnega zastoja pride na težko dosegljivih mestih in zato NMP ni mogoča ali pa je zapoznena, je to navadno povezano s slabim izidom KPO.

- Čas med nastopom zastoja srca in začetkom TPO:
Odločilno za dober nevrološki izid je, da je ta čas krajši od 5 minut, razen ob blažilcih kot sta hipotermija in vnos zdravil s sedativnim učinkom. Natančen čas srčnega zastoja je težko določiti, zato ga kot je že povedano enačimo s trenutkom, ko je nastopil kolaps. Pomembno je, da omenimo to, da so otroci v nekaterih primerih tolerantnejši.
 - Čas med začetkom TPO in dodatnih postopkov oživljanja (DPO):
Preživetje je redko, če defibrilacija in/ ali terapija z zdravili nista dosegljiva v roku 30 minut. Vendar se je o vsakem primeru potrebno odločiti posebej, glede na srčno smrt, poškodbo možgan in končno diagnozo.
 - Očitna srčna smrt:
Fibrilacijo prekatov, ki vztraja, je potrebno zdraviti, dokler ne nastopi asistolija ali električna aktivnost brez pulza (PEA). Bolnike z asistolijo, ki se ne odziva na adrenalin in nadomeščanje tekočin, lahko prenehamo oživljati po 20 minutah razen v posebnih okoliščinah, ki smo jih omenili že prej (hipotermija, sedativi...).
 - Bolniki s slabo prognozo in boleznimi v zadnji fazi svojega poteka:
Oživljanje hitro zaključimo pri bolnikih s slabo prognozo in pri tistih, ki so v terminalni fazi bolezni. Podaljševanje postopkov oživljanja je redko uspešno in velikokrat povezano z visokim odstotkom poškodbe možganov.
 - Starost:
Starost ima manjši vpliv na izid oživljanja kot pa spremljajoče bolezni ali ritem, ki prisoten na začetku oživljanja. Kljub temu pa je izid pri bolnikih v 70. in 80. letih slabši kot pri mlajših bolnikih.
- Ugotovili so, da so otroci bolj tolerantni na hipoksijo, zato jih oživljamo dlje kot odrasle.
- Temperatura:
Hipotermija je zaščitni dejavnik pred hipoksijo, zato oživljamo dosti dlje kot pri normotermnih bolnikih oz. dokler ne dosežemo normalne telesne temperature bolnika.
 - Vnos zdravil pred zastojem srca:
Če pride do vnosa zdravil s sedativnim in hipnotičnim učinkom, oživljamo dlje, ker delujejo zaščitno pri vplivu hipoksije na poškodbo možganov.
 - Popravljivi vzroki srčnega zastoja
Oživljanje moramo nadaljevati dokler obstajajo potencialno ozdravljivi vzroki srčnega zastoja. To so ventilni pnevmotoraks in tamponada srca. Izhod pri zastoju srca zaradi hipovolemije je splošno znano slab. Tudi pod optimalnimi pogoji (hitra kirurgija, transfuzije krvi) je oživljanje neuspešno, zato končamo z oživljanjem, ko krvavitve ne moremo kontrolirati.

Vpletenost sorodnikov in bližnjih prijateljev

Zaželeno je, da ljudje, ki so ob bolniku s srčnim zastojem, takoj pričnejo s TPO. V večini primerov so to bližnji sorodniki.

Tradicionalno je, da se sorodniki odmaknejo, ko pride ekipa NMP. Nekateri sorodniki pa želijo biti prisotni in so zelo prizadeti, če jih izoliramo. Pomembno je, da se nam bližnji sorodniki predstavijo in da upoštevamo njihove želje ter da jim razložimo naše postopke, še posebno tiste, ki so bolj invazivni (defibrilacija, perikardiocenteza, krikotiroidotomija, masaža pri odprtem srcu).

Uporabljanje nedavno umrlih za praktične vaje

Priložnosti za praktične vaje iz oživljanja je malo. V nekaterih državah in centrih izrabijo priložnost za praktične vaje na bolnikih, kjer je bilo oživljanje opuščeno. Te praktične vaje zajemajo: uporaba maske z dihalnim balonom, trahealna intubacija, vzpostavitev znotrajvenske poti in torakalna drenaža. Učenje na nedavno umrlih ima svoje pristaše in svoje nasprotnike. Jasno je, da se endotrahealne intubacije ne morejo naučiti vsi, obstajajo pa alternative za vzdrževanje proste dihalne poti za kratek čas (npr. laringealna maska). Na ta način se je zmanjšalo število učenja intubacij na anesteziranih bolnikih v operacijskih sobah.

Obstajajo tudi lutke za učenje intubacije, vendar se bo vsak, ki je že kadarkoli intubiral bolnika, strinjal s tem, da je intubacija človeka nekaj čisto drugega. Večina se jih strinja s tem, da bi dovoljenje za te vaje lahko dobili vnaprej in da bi nam to posredovali bližnji sorodniki. Omenimo naj še to, da Helsinška konvencija nič ne govori o pravicah umrlih in v nekaterih državah ni zahteve po dovoljenju najbližjih sorodnikov.

Zakonski vidik

Po zakonu so zdravniki, medicinske sester in tehniki ter ekipe NMP obvezani izvajanja TPO. Od zdravstvenega osebja se zahteva, da obvladajo TPO tudi zunaj njihovega delovnega okolja. Zdravniki pa naj bi v svojem delovnem okolju obvladali glavne elemente DPO (ventilacija z masko, defibrilacija, vzpostavitev znotrajvenske poti in dajanje zdravil po protokolu za oživljanje).

V nekaterih državah velja zakon v zvezi z laičnimi TPO, ki zaščiti tiste, ki izvajajo TPO v veri, da delajo dobro. Saj se je že zgodilo, da so laiki izvajali TPO, ob tem bolniku zlomili kakšno rebro in se nato zagovarjali na sodišču.

Evropska konvencija človekovih pravic iz leta 1998

Na oživljanje se nanašajo:

- pravica do življenja (odstavek 2),
- pravica do človeškega in neponiževalnega ravnanja (odstavek 8),
- pravica do svobode izražanja, kar vključuje tudi pravico do svojega mnenja (odstavek 10),
- pravica do nediskriminativnega obnašanja (odstavek 14).

Sklep

Pomembno je, da KPO izvajamo hitro in učinkovito. KPO pa ima svoje indikacije, kontraindikacije in polje brez indikacij. Kot vsak zdravilni postopek lahko bolnik KPO vnaprej zavrne. A tudi zdravnik se lahko v skladu svoje stroke odloči, da KPO ni ustrezen postopek pri njegovem bolniku. Takšni pomisleki veljajo predvsem pri terminalno bolnih. Pomembno je, da bi spodbujali z razpravami takšne rešitve, pri katerih bi sodelovali tudi bolniki.

Literatura

1. European resuscitation council. Ethical and legal aspects of resuscitation. In: European resuscitation council. Advanced life support course. 4th edition. Wilrijk, Belgium: Drukkerij Van in N.V. 2001: 123- 9.
2. Flis V. Slehernik in vprašanja medicinskih ukrepov ob odhajanju življenja: oživljanje in sodobna bioetika. In: Medicina in pravo- izbrana poglavja. Maribor: splošna bolnišnica, 2001: 137- 50.
3. Kamenik B. Etični problemi ob kardiopulmonalnem oživljanju. In: Medicina in pravo- izbrana poglavja. Maribor: Splošna bolnišnica, 2001: 151.
4. Mohr M, Busch M, Bahr J, Kettler D. To resuscitate or not ? The emergency physicians desicion in prehospital setting. Anesthesiol Intesivmed Notfallmed Schmerzther 2003; 38 (5): 331-2.
5. O'Donnell H, Phillips RS, Wenger N, Teno J, Davis RB, Hamel MB. Preferences for cardiopulmonary resuscitation among patients 80 years or older: the views of patients and their physicians. J Am Med Dir Assoc. 2003; 4 (3): 139-44.
6. Higginson IJ. Doctors should not discuss resuscitation with terminally ill patients. BMJ 2003; 327: 615-6.
7. Holleran RS. When is dead, dead? The ethics of resuscitation in emergency care. Nurs Clin North Am. 2002; 37 (1): 11-8.
8. Levack P. Live and let die? A structured approach to decision making about resuscitation. Br J Anaesth. 2002; 89 (5): 683-5.
9. Mohr M, Bahr J, Kettler D, Andres J. Ethics and law in resuscitation. Resuscitation 2002; 54 (1): 99-102.

ETIČNOST RAZMERJA MED ZDRAVNIKOM IN FARMACEVTSKO INDUSTRIJO

Rade Iljaž, Igor Švab

*Znanstvena moč izvira iz navideznih zakladov.
Njen glavni namen ni iskanje neskončne modrosti,
temveč omejevanje neskončnosti napak.*
B. Breht (v drami »Galileo«)

Uvod

Med glavnimi »krivci« za silovit napredek vseh medicinskih ved v zadnjih desetletjih prejšnjega stoletja sta vsekakor razvoj številnih novih tehnologij in nastanek močne in učinkovite farmacevtske industrije, ki je praktično razvila vsa pomembna zdravila v zadnjih 60 let (1). Usoda in pota nadaljnega razvoja slednje sta na eni strani neločljivo vezana na bolnika in njegovo širše bivalno okolje in na drugi strani na delo kliničnih specialistov in zdravnikov v družinski oz. splošni medicini. Navzkrižja množice interesov in visoke vsote denarja, ki se v sodobnih družbah vlagajo v ohranitev in povrnitev zdravja posameznika, povzročajo tudi številne pomisleke glede etičnosti zdravniških odločitev pri izbiri bodisi zdravila ali druge oblike zdravljenja za posamezno bolezensko stanje. Stiki med zdravniki in farmacevtsko industrijo so pogosti in so lahko škodljivi v primerih, ko ni jasnih pravil. Nekateri tovrstno razmerje opisujejo kot zdravnikovo igro z ježevcem (2-4). Sponzorirane konference in večerje, dvomljivo izobraževanje in drage počitnice so pasti, katerih možna posledica je zdravnikovo drugačno odločanje od tistega, ki mu ga narekuje njegovo objektivno znanje in poklicni kodeksi.

Sleherni zdravnik sodeluje posredno s farmacevtsko industrijo, ob pisanju recepta in izbiri zdravila oz. načina zdravljenja. Izbor zdravila mora temeljiti na sodobnem znanju oz. na dokazih temelječi medicini (»evidence based medicine«) in mora biti prilagojen značilnostim posameznega bolnika in tudi njegovim željam (5,6). Stališča klinika in zdravnika družinske medicine glede predpisovanja zdravil se razlikujeta zaradi vplivov, ki so v obeh okoljih različni (7). Med posameznimi zdravniki družinske medicine obstajajo tudi pomembne razlike pri predpisovanju posameznih zdravil (8).

V pričujočem članku je obdelano nekaj etičnih vidikov zdravnikovega razmerja s proizvajalci in prodajalci zdravil. Potrebno je poudariti da povsem enaki ali precej

podobni etični dvomi obstajajo pri vseh interakcijah med tistim, ki sodeluje pri zdravljenju bolnega ali ranjenca in tistimi, ki ponujajo kakršnekoli snovi, tehnične pripomočke in aparature, katerih osnovni namen je pospešiti zdravljenje in izboljšati kakovost in končni izid zdravljenja (9-10).

Oblike interakcij

Dobro izobraženi zastopniki različnih proizvajalcev zdravil, opremljeni tudi z znanji o različnih marketinških pristopih, ponujajo zadnje informacije o lastnih izdelkih predvsem skozi obiske v zdravnikovi ambulanti in z organizacijo promocijskih predavanj, seminarjev in strokovnih srečanj (3, 6, 11). Iz tujih študij je znano, da je do 95% vseh zdravnikov redno obiskovano od predstavnikov farmacevtske industrije, ki približno do 35 % denarja porabi za trženje svojih izdelkov (12). Številne raziskave potrjujejo, da promocija zdravil bistveno bolj vpliva na njihovo predpisovanje, kot so to zdravniki pripravljeni priznati (13-16). Zdravniki, ki posebej pogosto sprejemajo obiske predstavnikov farmacevtske industrije raje uvajajo nova zdravila in se pogosteje uklonijo pacientovim željam tudi, če le-te niso povsem utemeljene (17).

Klinični preizkus je najpomembnejši in najobčutljivejši korak pri nastajanju novega zdravila in zajema tri naslednje stopnje:

1. Preizkušanje zdravila na zdravih prostovoljcih.
2. Klinični preizkus na majhnem številu obolelih.
3. Preizkušanje novega zdravila na večjih skupinah bolnikov (18).

O možnih vplivih industrije na izide kliničnih raziskav v medicini dovolj pove dejstvo, da farmacevtska podjetja v ZDA porabijo več sredstev za medicinske raziskave od Nacionalnega zdravstvenega inštituta –NIHA (19). Razmerje je še bolj v korist industrije v drugih razvitih državah (18). Pri kliničnih raziskavah, ki jih sponzorira farmacevtska družba, skrbi za globalno zakonitost državna zakonodaja, nadzor pa vršijo ministrstvo za zdravje, uradi za zdravila in etične komisije (6, 7). Sodelovanje zdravnikov pri kliničnih raziskavah usmerjajo splošni etični principi za raziskave na ljudeh, kot so: Kodeks medicinske deontologije (10), Helsinška deklaracija (20) in posebna priporočila ter kodeksi mednarodnih in nacionalnih strokovnih združenj (21-24). Naročniki so dolžni v doglednem času objaviti izsledke raziskav. Najnovejše raziskave nakazujejo, da so pri sponzoriranih raziskavah precej pogosteje objavljani rezultati v prid kakovosti izdelka naročnika raziskave (25). Pri sponzoriranih študijah obstaja tudi možnost »bias« zaradi selektivnega prikazovanja neugodnih izidov, ki bi lahko imeli pomemben vpliv na trženje določenega zdravila (26-29).

Postmarketinške raziskave so tudi po oceni Svetovne zdravstvene organizacije pomembno orodje pri nazoru porabe zdravil, vendar bi morale biti dobro nadzorovane, z natančno opredeljenimi cilji in potrjene pri etičnih komisijah, ki bi naj tudi zbirale rezultate tovrstnih preiskav in o neželenih učinkih zdravil prioritarno obveščala uporabnike (3, 30). V vsakem primeru je potrebno posameznemu bolniku pojasniti namen in cilje raziskave in povprašati za sodelovanje, pridobiti pisno dovoljenje in/ali vključitev v raziskavo zabeležiti v zdravstveni karton (31-33). V raziskavi narejeni 1995 v ZDA, je ugotovljeno, da je kako po mnenju bolnikov, tako zdravnikov najpomembnejši podatek o tem kdo je naročnik študije in takoj zatem kako je zdravnik honoriran za to delo (32). Polovica vprašanih bolnikov je obenem mnenja, da je plačilo zdravniku nesprejemljivo.

Ekspertna mnenja o zdravilih so pisana na podlagi obstoječih izidov znanih kliničnih raziskav in jih navadno podpišejo vodilne strokovne avtoritete s področja, ki je raziskovano (6, 19).

Objave rezultatov različnih študij v strokovnih revijah, na svetovnem spletu, v internih publikacijah in v prospektih farmacevtskih združb. Največjo težo imajo pozitivna mnenja vodilnih strokovnih avtoritet na določenem ožjem strokovnem področju v posamezni državi- t.i. »opinion leaders«. Na podlagi objav v vodilnih strokovnih revijah nastajajo strokovne smernice in priporočila za diagnostiko in zdravljenje (34-36). Nekatere študije so nakazale, da so avtorji različnih smernic, pred njihovo objavo, v zelo visokem odstotku sodelovali s farmacevtsko industrijo, predvsem kot plačani zunanji svetovalci ali vodje raziskovalnih projektov (25, 37, 38). Zato je za kakovost smernic največjega pomena vnaprejšnja izjava avtorjev o konfliktu interesov tj. o nepovezanosti med piscem ali predavateljem in farmacevtsko industrijo v preteklosti (28, 39).

Predavanja in udeležba na strokovnih srečanjih organiziranih in/ali sponzoriranih s strani farmacevtskih družb sta področja, ki sta v smernicah in kodeksih ameriških in evropskih zdravniških združenj, skoraj brez izjeme omenjana in obravnavana (40). Značilen je primer, ki ga v svojih smernicah navaja Ameriško zdravniško združenje – AMA (22):

»Skupina predavateljev o novem zdravilu je povabljena na učno delavnico v znano letovišče, za zagotovljeni honorar 1000 USA dolarjev in plačane stroške potovanja in hotelske namestitve. Delavnica je osredotočena na zdravilo, ki ga sponzor želi promovirati. Kakšni so etični pomisleki?«

Posebna oblika neposredne povezanosti zdravnika in industrije zdravil, ki lahko resno vpliva na zdravnikovo medicinsko, predavateljsko in publicistično prakso so lastniški delež (delnice) in/ali sodelovanje v nadzornih, upravnih in svetovalnih odborih družb, ki sodelujejo pri izdelavi in prodaji zdravil in medicinsko-tehničnih

pripomočkov. Takšen gmotni interes je v razvitih državah navadno opredeljen z zaslužkom več kot 10.000 USD letno (6). Najuglednejše medicinske revije in organizatorji najuglednejših medicinskih kongresov zahtevajo izjavo pisca ali predavatelja o nepovezanosti s farmacevtsko industrijo v preteklosti - tako imenovana izjava o »nasprotju interesov« (28, 39, 41, 42).

Šest razlogov za razmislek (32a):

- Farmacevtska industrija porabi približno 35 % denarja za promocijo svojih izdelkov (12).
- Industrija tega denarja ne bi porabljala, če se to ne bi izplačalo preko vpliva na predpisovanje zdravil.
- Promocija bistveno bolj vpliva na predpisovanje, kot so zdravniki to pripravljene priznati (13-15).
- Veliko oglasov in člankov v strokovnih revijah je zavajajočih (30).
- Promocija, ki pretirava z učinki zdravila in podcenjuje stranske učinke in tveganja, ogroža optimalno zdravljenje.
- Zanašanje samo na informacije s strani predstavnikov farmacevtske industrije lahko ogrozi zdravje ljudi in je privedlo do tveganja za tožbe (43).

Pregled priporočil po nekaterih državah

Razmerje med zdravnikom in farmacevtsko industrijo je v razvitih državah postalo vroča tema predvsem zaradi izrednega naraščanja stroškov pri porabi zdravil. Zgolj v ZDA, ki je sicer najbolj pomemben trg za farmacevtsko industrijo, predvidevajo naraščanje deleža stroškov za zdravila z 8 na 14 % vseh stroškov zdravstvenega varstva do leta 2010 (39, 44). Severna Amerika, del zahodnoevropskih držav in Skandinavija, imajo že vsaj 10 let natančne predpise, celo zakone o dovoljenih darilih, sponzoriranju strokovnih prireditelj, pomoči farmacevtske industrije pri izobraževanju, predvsem podiplomskem, celo pri dobri promocijski praksi. Toda kršitve teh predpisov so razmeroma pogoste (6, 23, 39, 44). Obstajajo tudi številni kodeksi, pravilniki in smernice, kako s strani industrije tako tudi različnih zdravniških oz. farmacevtskih združenj (21-24, 45-50).

Značilno za smernice, ki jih ponujajo proizvajalci zdravil je, da je poudarek na pravilih pri promociji zdravil, medtem ko se le redko omenjajo pravila pri raziskovalnih dejavnostih (48, 49). Priporočila zdravniških poklicnih združenj so nastajala predvsem v zadnjih dveh desetletjih, so praviloma bolj izčrpna in največ pozornosti dajejo komercialno usmerjenim raziskavam (3, 22-24, 41, 42). Namen tovrstnih priporočil ni postavljanje togih norm ali omejevanje zdravnikove poklicne svobode. Sankcije so predvidene le ob težjih kršitvah deontološko-etičnih kodeksov, kot so npr. strokovne prevare (najpogosteje zavestno prirejanje zelenih izidov raziskav) ali zlorabe poklicnega položaja (23, 51).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je sprejela etična pravila za promocijo zdravil na svoji 47. skupščini leta 1994. Sprejeti principi so namenjeni najširši družbeni skupnosti, vladnim ustanovam, farmacevtski industriji, promocijskim agencijam, univerzam in drugim učnim ustanovam, združenjem bolnikov in porabnikov, javnim in strokovnim občilom (30).

Svetovno zdravniško združenje (WMA) v svojih dokumentih ne navaja podrobnejša priporočila zdravnikom pri odnosu z farmacevtsko industrijo. Zdravnikova dolžnost je odkloniti sodelovanje v dejavnostih, ki so v nasprotju z dobro klinično prakso in pri tistih, ki niso v bolnikovo korist (20, 52).

Navodilo Sveta Evropske skupnosti z dne 31. 3. 1992 o oglaševanju medicinskih proizvodov v humane namene poudarja, da je sponzoriranje promocijskih srečanj in znanstvenih kongresov je dovoljeno samo za osebe, ki so kvalificirane za predpisovanje ali izdajanje zdravil. Darila, koristi, denarna nadomestila in podobno predpisovalcem ali izdajateljem medicinskih proizvodov so lahko le majhne vrednosti in morajo biti povezana z medicinsko ali farmacevtsko prakso, prav tako je dovoljena le majhna količina brezplačnih vzorcev zdravil na zahtevo predpisovalca in s pisnim potrdilom in podpisom o prevzemu. Na njem mora biti jasno označeno, da je brezplačni medicinski vzorec in da ni za prodajo. Strokovni sodelavec proizvajalca zdravil se mora pri razgovoru z zdravnikom ravnati po podatkih iz dokumenta o bistvenih značilnostih zdravila (summary of product characteristics) in ga imeti pri sebi (21).

Izmed številnih smernic, pravilnikov in kodeksov različnih ameriških združenj so za zdravnike vsekakor najpomembnejše tiste, ki jih sprejema in dopolnjuje Svet za etične in pravne zadeve (CEJA) - Ameriškega zdravniškega združenja (AMA). Številna določila so nazorno prikazana skozi konkretne primere, kot sta naslednja dva (4, 22):

»Farmacevtska družba pisno povabi zdravnike, da se udeležijo predavanja z razpravo o vlogi vodilnega zdravila pri terapiji ene pogostejših bolezni. Predviden čas za predavanje je 40 min in za razpravo 20 min. Vsak udeleženec bo sprejel certifikat bon v vrednosti 100 USA dolarjev, namenjen nakupu medicinske literature. Ali je vabilo v nasprotju z etičnimi pravili?«

V pravilniku CEJA ni jasnega odgovora. Zgornja meja vrednosti daril je 100 USA dolarjev in ne sme biti v nasprotju z interesi bolnika in dobre klinične prakse. Darovanje strokovne literature do omenjene vrednosti je dopuščeno, certifikati niso opredeljeni.

»Farmacevtska združba ponudi skupini zdravnikov sponzorstvo pri nabavi in vzdrževanju računalniške podpore za njihovo ambulanto. Računalniški program in oprema sta najsodobnejša na tem področju le, da je naknadno vgrajen še števec napisanih receptov po posameznih skupinah, ki občasno pošilja zbrane podatke naročniku oz. sponzorju opreme. Ali je ponudba sprejemljiva?«

Nikakršno pogojevanje pri sprejemanju sponzorstva ni sprejemljivo. Zdravnik naj ne bi vzel nobenega darila, ki na kakršenkoli način vpliva na njegovo delo pri predpisovanju zdravil.

Pomembna so tudi priporočila ameriškega vladnega urada za hrano in zdravila (FDA) in za zdravnike družinske medicine še posebej smernice Ameriškega združenje družinskih zdravnikov (AAFP). Splošna značilnost vseh ameriških smernic je poudarek na možnih pravnih posledicah v primeru kršitve etičnih norm in večja pozornost vlogi strokovnih avtoritet oz. zunanjih sodelavcev farmacevtskih družb (4, 6, 22).

Priporočila Britanskega kraljevskega zdravniškega kolegija, ki so nastajale med prvimi – leta 1986, v svoji zadnji obliki pravijo med drugim da: kakršnokoli darovanje ne sme biti pogojevano s strani industrije; večja darila, honorarji ali sprejeto gostoljubje morajo biti objavljeni javno; predavatelji, na srečanjih, ki so namenjena promociji posamičnih farmacevtskih izdelkov, so lahko izbrani le preko strokovnih združenj; izplačilo udeležbe v raziskavah za potrebe industrije je enako možno le preko finančnih služb ministrstva ali Fakultete; plačilo zmernih stroškov za srečanja v tujini je dovoljeno le preko neodvisnih strokovnih združenj; plačilo stroškov spremljevalcem ali partnerjem ni dovoljeno (23). Združenje britanske farmacevtske industrije predpisuje, naj bi bila nagrada za zdravnika ne več kot 8 € in mora biti relevantna za zdravnikovo delo (26).

Francosko zdravniško združenje je določilo da vrednost darila ne sme presegati 30 evrov, in da je sprejemanje sponzorstva za dražja srečanja upravičeno le v primeru jasne strokovne koristi. (23, 24). Predvidene kazni za zdravnike, ki kršijo tovrstna pravila so do 75000 € ali celo do dve in pol leti zapora.

Španske farmacevtske družbe so v pravilniku iz leta 2002 zapisale, da vrednost daril ponujenih doktorjem ne sme presegati vrednost 19 evrov; pri sponzoriranju strokovnih srečanj ne smejo biti vključeni stroški spremljajočih izvenstrokovnih dogajanj, kot tudi ne stroški ev. spremljajočih oseb (23).

Na Nizozemskem so v zadnjih letih že odmerjene denarne kazni nekaterim farmacevtskim podjetjem in tudi doktorjem zaradi neupoštevanja predpisanih

kriterijev za promocijo zdravil oz. sponzoriranja in udeležbe na nemedicinskih dejavnostih (23).

Avstralsko medicinsko združenje (AMA) je pozdravilo priprave lokalnih farmacevtskih združb za uvedbo strožjih pravil pri obdarovanju zdravnikov in obenem opozorilo, da so politiki deležni še večje »farmacevtske pozornosti« od zdravništva (23). Istočasno so objavljene nove vladne pobude za zmanjševanje stroškov za zdravila, ki so v zadnjih letih naraščali po stopnji od 20 % letno (45,53).

Kanadsko zdravniško združenje v svojem Kodeksu iz leta 1994 poudarja, da mora zdravnik pri svojem delu ohraniti poklicno neodvisnost in pripadnost znanstvenemu načinu dela in da tudi mora biti pripravljen razkriti svoj odnos s posameznim farmacevtskim podjetjem bolnikom in kolegom na strokovnih srečanjih (27).

V revnejših in manj razvitih državah, kjer praviloma ni uradnih navodil oz. omejitev pri sodelovanju zdravnika in proizvajalci zdravil je videti vpliv farmacevtske industrije na zdravnikovo delo pomembnejši (6). Neredko se dogaja, da tamkajšnji zdravniki od farmacevtskih zastopnikov odkrito zahtevajo različna darila za svoje delo (23).

Lahko sklenemo, da je v večini držav (tudi pri nas) prepovedano, da bi farmacevtska industrija direktno nagrajevala zdravnike, če predpisujejo določena zdravila. Veliko zdravniških organizacij v svetu nudi informacije o raziskavah, ki jih je finančno podprla farmacevtska industrija. Uredniki uglednih medicinskih revij so sprejeli izjavo, s pomočjo katere naj bi preprečili zamolčanje neugodnih rezultatov študij

Razmere v Sloveniji

V Sloveniji trenutno ne obstajajo posebej izdelane smernice, ki bi opredeljevale etičnost različnih interakcij med zdravnikom in farmacevtsko industrijo. Pravno plat teh razmerij ureja Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih v Sloveniji (54), ki v svojem 68 členu pravi da *»imetniki dovoljenja za promet z zdravili na recept lahko z lastnostmi zdravil seznanjajo strokovno javnost v strokovnih knjigah, strokovnih revijah in drugih strokovnih publikacijah, kakor tudi z neposrednim obveščanjem strokovnjakov, ki predpisujejo ali izdajajo zdravila. Prodajalci zdravil in tisti, ki v njihovem imenu opravljajo promet z zdravili, ne smejo nuditi posrednih ali neposrednih materialnih koristi osebam, usposobljenim za prodajanje in izdajanje zdravil. Lahko jim pomagajo pri pridobivanju dodatnih znanj o novih zdravilih in medicinskih pripomočkih«.*

Leta 2001 sprejeti pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov (55) v delu, ki se nanaša na obveščanje strokovne javnosti, med drugim pravi: *»Proizvajalci zdravil, pravne ali fizične osebe, ki nastopajo v imenu proizvajalcev,*

ter pravne ali fizične osebe, ki opravljajo promet z zdravili in podružnice tujih proizvajalcev ne smejo odgovornim osebam za predpisovanje in izdajanje zdravil dajati, obljubljeni ali ponujati nobenih daril, denarnih ugodnosti ali prejemkov v naravi razen če so le-ti majhne oziroma simbolične vrednosti in se lahko uporabljajo le za opravljanje zdravstvene ali lekarniške dejavnosti.

Gostoljubnost na promocijskih srečanjih mora biti na zmerni ravni in drugotnega pomena v primerjavi z glavnim namenom srečanja, ter ne sme biti razširjena na osebe, ki niso odgovorne za predpisovanje in izdajanje zdravil.

Osebe, ki so odgovorne za predpisovanje in izdajanje zdravil, ne smejo poskušati pridobiti in ne smejo sprejeti nobene ugodnosti, ki je v nasprotju s prvim in drugim odstavkom tega člena.«

Način razvrščanja, predpisovanja in izdajanja zdravil v humani medicini natančneje opredeljujejo pravilniki Ministrstva za zdravje (56, 57).

Etični okvir odnosov slovenskega zdravnika in farmacevtske industrije predstavljata Kodeks medicinske deontologije Slovenije (10) in Kodeks farmacevtske etike Slovenskega farmacevtskega društva (58). Njihovo delo mora biti v skladu z najpomembnejšimi mednarodnimi smernicami in kodeksi, kot jih imajo SZO (30) (21), Mednarodna federacija združenj farmacevtske industrije (IFPMA), Svetovno zdravniško združenje (20, 52), Svet Evropske skupnosti (21) ipd. Delovanje predstavnikov mednarodnih farmacevtskih družb je urejeno tudi skozi Kodekse v njihovih matičnih državah (46-49).

Zaradi hitrega napredka farmacije in medicine se vsako leto pojavljajo izpopolnjene različice obstoječih in številna nova zdravila. Pravilno odločanje zdravnika družinske medicine je zato razen s spremljanjem strokovnih novosti pogojeno tudi sledenjem novosti na trgu zdravil. V pomoč mu je predvsem Register zdravil z dopolnili (59, 60) in objave o spremembah v Uradnem listu Republike Slovenije (54-57, 61). Pomembno zdravnikovo vodilo pri izbiri zdravila je tudi režim izdaje oz. razvrstitev na t.i. liste zdravil po kriterijih dostopnosti in plačljivosti (izdaja na ali brez Rp, pozitivna, vmesna in negativna lista).

Pri Uradu RS za zdravila delujejo tri državne komisije za registracijo zdravil za skupine A, B, C in D (62). Zdravila skupine A izdajajo v lekarnah na recept, zdravila skupine B v lekarnah tudi brez recepta, skupine C brez recepta v lekarnah in specializiranih trgovinah. V Skupino D so razvrščeni medicinski pripomočki, namenjeni izključno za zdravstveno dejavnost. Natančnejše opredelitve skupin C in D navajajo podzakonski akti (7). *Komisija za razvrščanje zdravil na liste pri ZZS* kontinuirano skrbi za razvrstitev novo registriranih zdravil in predlaga spremembe

že obstoječih. Zaradi visokih stroškov za zdravila iz pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS lahko poseže po različnih administrativnih ukrepih za omejitev predpisovanja zdravil na recept, kar lahko bistveno vpliva na potek zdravljenja in delo v ambulanti (63).

Neodvisne informacije o zdravilih lahko pridobi zdravnik iz učbenika farmakologije, monografij o interakcijah zdravil iz strokovnih glasil, kot so Farmakon, slovenski bilten o zdravilih in priloga revije ISIS-Racionalna farmakoterapija (64). Kjer je dostopnost do spletnih internetnih strani visoka in je uporaba računalnika v primarnem zdravstvu nujnost (65) so na voljo tudi domače baze zdravil (66).

Podlaga za dobro in racionalno strokovno odločanje družinskega zdravnika pri izbiri farmakoterapije sta urejena dokumentacija (7,67) in upoštevanje na dokazih temelječe medicine (5,34,35). S tem si tudi družinski zdravnik izboljšuje kakovost svojega dela v ambulanti (68).

Predlogi strožjih meril (4, 18, 22, 23, 41, 42, 69-71)

- Omejitve števila obiskov predstavnikov industrije pri zdravniku;
- Omejitve pri financiranju strokovnih srečanj s strani farmacevtske industrije;
- Prepovedi, da bi posamezniki ali organizacije, ki so povezani s farmacevtsko industrijo, organizirali strokovna srečanja;
- Usmeritev k neodvisno financiranemu izobraževanju in neodvisnemu viru informacij;
- Kampanje proti sprejemanju daril in potovanj;
- Kampanje proti sprejemanju honorarjev za predavanja na konferencah;
- Zmanjšanje odvisnosti strokovnih združenj od farmacevtske industrije;
- Strokovna združenja prepovedo raziskovalce, ki so povezani s farmacevtsko industrijo;
- Zmanjšanje odvisnosti strokovnih časopisov od farmacevtske industrije;
- Pozivi za ustanovitev nacionalnih organov, ki bi vodili raziskave v javnem interesu;
- Pozivi, naj se člani odločujočih odborov se izogibajo konfliktu interesov;
- Razmislek o ponovni uvedbi neposrednega participiranja za zdravila.

Sklepi

Farmacevtsko industrijo, ki je silno močna, ena najbolj dobičkonosnih panog, resnično globalna in včasih tesno povezana s politiko (11), predstavljajo podjetja, ki morajo tržiti svoje izdelke (72). Včasih pravila narekujejo podjetja, čeprav je zdravnik še bolj odgovoren v primerih, ko sprejme bogata darila, ali se odloča za

določeno terapijo tudi če ve, da ni v bolnikovemu interesu (73). V teh primerih gre za očitno kršitev medicinske etike.

V času študija na medicinski fakulteti študentje izvedo malo o pomenu farmacevtske industrije in njene usodne prepletenosti z medicino. Naloga mentorja je, da ga na tak izziv pravočasno pripravi in mu jasno predstavi prednosti in morebitne pasti takega sodelovanja.

Bolnikovo zaupanje (74) in svoj poklicni ugled (17) si zdravnik družinske medicine ohrani le če v svoji vlogi bolnikovega svetovalca in zagovornika njegovih pravic in interesov nastopa potrpežljivo in pošteno, opremljen z najsodobnejšim strokovnim znanjem in dobrimi nameni. Potrebno se je zavedati dejstva da je za dobro zdravniško prakso etična dimenzija vsaj enako pomembna kot upoštevanje zakonskih določil. Pri vseh etičnih kodeksih je poudarek na spoštovanju temeljnih etičnih vrednot kot so: dobronamernost, neškodljivost, bolnikova samostojnost, pravičnost, resnicoljubnost in zaupnost (75). Kadar niso izpolnjene strokovne zahteve, ne bodo izpolnjene tudi etične oz. bo početje v nasprotju z etičnimi zahtevami.

Etične norme zdravniku nalagajo, da z razpoložljivimi gmotnimi sredstvi razpolaga racionalno in da tako čim širšemu krogu bolnikov omogoči potrebne zdravstvene usluge (76).

Soodvisnost medicine in farmacevtske industrije je nujna in potrebna, vendar se mora zdravništvo zavedati etičnih principov svojega delovanja, saj obstaja nevarnost, da se zaradi ugodnosti poceni proda njihova strokovna neodvisnost, na kateri temelji ugled zdravniškega poklica. Potreben je dober dialog in izdelava ustreznih skupnih pravil.

Koristne spletne strani

- Association of the British Pharmaceutical Industry: www.abpi.org.uk
- American Academy of Pharmaceutical Physicians: www.aapp.org
- American College of Physicians: www.acponline.org
- American Medical Association: www.ama-assn.org
- Association of American Medical Colleges: www.aamc.org
- Australian Medical Association: www.ama.com.au
- British Association of Pharmaceutical Physicians: www.brapp.org.uk
- Conseil National de l'Ordre des Médecins: www.conseil-national.medecin.fr
- Committee on Publication Ethics: www.publicationethics.org.uk
- Good Publication Practice for Pharmaceutical Companies: www.gpp-guidelines.org

- International Committee of Medical Journal Editors: www.icmje.org
- International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations: www.ifpma.org
- International Federation of Associations of Pharmaceutical Physicians: www.ifapp.org
- Medicines Australia: www.medicinesaustralia.com.au
- Pharmaceutical Research and Manufacturers of America: www.phrma.org
- World Health Organization: www.who.int

Literatura

1. Bonaccorso S, Smith R. In praise of the devil. *BMJ* 2003;326: 1220.
2. Lewis S, Baird P, Evans RG, Ghali WA, Wright CJ, Gibson E, et al. Dancing with the porcupine: rules for governing the university- industry relationship. *CMAJ* 2001; 165:783-5.
3. Wager E. How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctor's relations with drug companies, *BMJ*2003; 325: 1196-98.
4. McCanse C. Gifts to physicians from industry. Side-stepping an ethical quagmire-FP report. *AFP*, June 2000;volume 6, number 6; www.aafp.org/afp/index.html, accessed July 13, 2003.
5. Bulc M. Načela predpisovanja zdravil. V: Predpisovanje zdravil v družinski medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, SZD, 1998: 11-20.
6. Drinovec J., Poredoš P. Etični vidiki zdravnikovega sodelovanja s farmacevtsko industrijo. *Zdrav vestn* 2001; 11: 465-468.
7. Gradišek A. Predpisovanje zdravil v družinski medicini. V: Švab I, Pavlič- Rotar D. Družinska medicina. Ljubljana:Združenje zdravnikov družinske medicine SZD in Katedra za drfužinsko medicino Medicinske fakultete Ljubljana, 2002:731-9.
8. Švab I. Posebnosti predpisovanja zdravil v družinski medicini. V:Predpisovanje zdravil v družinski medicini. Ljubljana:Sekcija za splošno medicino, SZD, 1998: 1-10.
9. Kersnik J. Kakovost oskrbe. In:Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Sekcija za splošno medicino SZD, Ljubljana 1998: 3-35.
10. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. *ISIS* 1995; 4: 21-7.
11. Abbasi K, Smith R. No more free lunches. *BMJ*, 2003; 326: 1155-6.
12. Devlin J, Hemsley P. Management views on industry issues, pressures and consultants. *Scrip Magazine*. 1997 June 16-183.
13. Caudill TS, Johnson MS, Rich EC, McKinney P. Physicians, pharmaceutical sales representatives and the cost of prescribing. *Arch Fam Med* 1996; 5: 201-6.
14. Orłowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns: There's no such thing as a free lunch. *Chest* 1992; 102: 270-73.
15. Waud DR. Pharmaceutical promotions. *New Engl J Med* 1992; 327: 23: 1688.
16. Chren M-M, Landefeld CS. Physicians' behaviour and their interactions with drug companies: A controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *JAMA* 1994; 271: 9: 684-9.
17. Watkins C, Moore L, Harvey I, Carthy P, Robinson E, Brawn R. Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional survey. *BMJ* 2003; 326: 1178-9.

18. Abraham J. Making regulation responsive to commercial interests: streamlining drug industry watchdogs. Education and debate. *BMJ*, 2002; 325: 1164-67.
19. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. 2001 industry profile. Washington DC: PhRMA 2003
www.phrma.org/publications/publications/profile02/index.cfm (accessed 15 July 2003).
20. Svetovno zdravniško združenje. Helsinška deklaracija- dvanajst načel zdravniške pomoči, veljavnih za vse nacionalne sisteme zdravstva, 17 skupščina SZZ, NY,1963, dopolnjena na 35. skupščini SZZ, Benetke, 1983.
21. Council of the European Communities. Council directive 92/28/EEC of 31 March 1992 on the advertising of medical products for human use. Brussels: The Council of the European Communities, 1992: 115-23.
22. Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. Guidelines on gifts to physicians from industry: An update. *Food and Drug Law Journal* 2001; 56: 27-40.
23. McGuaran A. Royal college issues new guidelines on gifts from drug companies, *BMJ* 2002; 325: 511.
24. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Procédures générales d'application de l'article L.4113-6 du code de la santé publique (ex article L.365-1). www.conseil-national.medecin.fr (accessed 25 April 2003).
25. Lexchin J, Lisa A Bero, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ*,2003;326:1167-70.
26. ABPI code of practice for the pharmaceutical industry 2001. www.abpi.org.uk/publications/pdfs/CodeOfPractice2001.pdf.
27. Canadian Medical Association. Physicians and the pharmaceutical industry. *Can Med Assoc J* 1994; 150: 256A-256C.
28. Davidoff F, De Angelis CD, Drazen JM, Højgaard L, Kotzin S, Nicholls MC, et al. Sponsorship, authorship and accountability. *N Engl J Med*, 2001; 345: 825-6.
29. McCarthy M. Company sought to block paper's publications. *Lancet* 2000; 356: 1659.
30. WHO: WHO ethical criteria for medicinal drug promotion. Geneva: WHO, 1994: 1-16.
31. Rao NJ, Sant Cassia LJ. Ethics of undisclosed payments to doctors recruiting patients in clinical trials. *BMJ* 2002; 325: 36-7.
32. La Puma J, StockingCB, Rhoades WD. Financial ties as part of informed consent to postmarketing research. Attitudes of American doctors and patients. *BMJ* 1995; 310: 1660-1.
33. How consumers could and should improved clinical trials. *LANCET* 2001; 357: 1721
34. Smith GD, Ebrahim S, Frankel S. How policy informs the evidence. *BMJ* 2001; 322: 184-5.
35. Del Mar CB, Glasziou PP. Ways of using evidence-based medicine in general practice. *Med J Australia* 2001; 174: 347-50.
36. Wyatt J. Use and sources of medical knowledge. *Lancet* 1991; 338: 1368-73.
37. Tonks A. Authors of guidelines have strong links with drugs industry. *BMJ* 2002; 324: 383.
38. Wilkes MS, Doblin BH, Shapiro MF. Pharmaceutical advertisements in leading medical journals: Experts' assessments. *Ann Int Med* 1992; 116: 912-919.
39. Burton B, Rowell A. Unhealthy spin. *BMJ*, 2003; 326: 1205-7.
40. Bero LA, Galbraith A, Rennie D. The publication of sponsored symposium in medical journals. *N Engl J Med* 1992; 327: 1135-40.

41. AAMC: Task Force on Financial conflicts of interest in Clinical Research. Protecting subjects, preserving trusts, promoting progress- policy and guidelines for the oversight of individual financial interests in human subjects research. Association of American Medical Colleges, 2001. www.arnc.org/members/coitf/firstreport.pdf. (accessed June 2003).
42. AAMC: Task Force on Financial conflicts of interest in Clinical Research. Protecting subjects, preserving trusts, promoting progress II- policy and guidelines for the oversight of an institution's financial interests in human subjects research. Association of American Medical Colleges, 2002. www.arnc.org/members/coitf/2002coireport.pdf (accessed June 2003).
43. Aders HP. Legal liability and drug prescribing. *Cur Therap* 1991; 32: 6: 17-21.
44. Chantler C. The second greatest benefit to mankind. *The Lancet*, Dec.2002; 360: 1870-77.
45. Understanding the new Medicines Australia code provisions for healthcare professionals. www.medicinesaustralia.com.au.
46. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. PhRMA code on interactions with healthcare professionals. www.phrma.org/publications/policy//2002-04-19.391.pdf
47. Association of the British Pharmaceutical Industry. Clinical trial agreement for pharmaceutical industry sponsored research in NHS trust. [www.abpi.org.uk/publications/pdf/Model](http://www.abpi.org.uk/publications/pdf/Model%20Clinical%20Trial%20Agreement%20Final.pdf) Clinical Trial Agreement Final pdf ; 25 Apr. 2003.
48. Association of the British Pharmaceutical Industry. Guidance for R&D managers in NHS trusts and clinical research departments in the pharmaceutical industry. www.abpi.org.uk/publications/pdfs/ Guidance Model final pdf.
49. International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations. IFPMA code of pharmaceutical marketing practices. www.ifpma.org/index2.jsp.
50. Royal Pharm. Soc. of Great Britain. Medicines, ethics and practice. London: Royal Pharm. Soc. of Great Britain, 1995.
51. American College of Physicians . Physicians and the pharmaceutical industry. *Ann. Intern Med.* 1990; 112: 624-6.
52. World Medical Association. Revised comments on the proposed WMA statement on the clinical independence and professional integrity of the physician. Divonne-les-Bains: WMA, 2001: 1-13.
53. Burton B. Australia turns to drug company representatives to cut prescribing. *BMJ-News*, 2002; 324:1234.
54. Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih. Uradni list RS, št. 101/99, 70/00, 7/02,67/702.
55. Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov. Uradni list RS 2001; 18/01
56. Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil v humani medicini. Uradni list RS št 59/2003.
57. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah pravilnika o postopku za pridobitev dovoljenja za promet z zdravilom. Uradni list RS št. 59/2003.
58. Slovensko farmacevtsko društvo. Kodeks farmacevtske etike SFD. *Farm Vestn* 2000; 51: 324-5.
59. Krbavčič A. eds Register zdravil Republike Slovenije. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje-Urad Republike Slovenije za zdravila, 2002.

60. Register zdravil Republike Slovenije- dodatek. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje-Urad Republike Slovenije za zdravila, oktober 2002.
61. Spremembe liste zdravil na podlagi sklepa o razvrščanju zdravil na liste. Uradni list RS št.63/02.
62. Irgolič N. Predstavitev Urada Republike Slovenije za zdravila. Zdrav Var, 1996;35:347-64.
63. Gradišek A. Pogled zdravnika splošne medicine na liste zdravil in omejevanje predpisovanja. ISIS 1995; 4: 22-4.
64. Furst J, Samaluk V. Predpisovanje protivnetnih in protibolečinskih zdravil v Sloveniji v letu 1999. Racionalna farmakoterapija 2000; 5: 20-22.
65. Iljaž R. Stališča Zdravstvenega osebja in bolnikov do uporabe računalnikov v ZD Brežice. Zdrav Vestn 2003; 373-6.
66. Baza podatkov o zdravilih. <http://www.zdravila.net/main.phtml>.
67. Kersnik J. Seznam zdravljenja v problemsko usmerjeni dokumentaciji. Zdrav Var, 1996; 365: 309-11
68. Kersnik J. Kakovostno predpisovanje zdravil. V: Predpisovanje zdravil v družinski medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, Slovensko zdravniško društvo, 1998:27-40
69. Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationship between doctors and drug companies. 2: Disentanglement. BMJ 2003;326: 1193-6
70. Coyle SL. Physician-industry relations: part 2: organizational issues. Ann Intern Med 2002;136: 403-6.
71. Coyle SL. Physician-industry relations: part 1: individual physicians. Ann Intern Med 2002;136: 396-402.
72. Morris LA, Pines WL. Regulation of pharmaceutical promotion in the twenty-first century. Drug Information Journal 2000; 34: 861-73.
73. Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1. Entanglement. BMJ 2003; 326: 1189-1192.
74. MORI. The public's trust in doctors rises. Feb.19,2002 www.mori.com/polls/2002/bma-topline.shtml (accessed May 2003).
75. Voljč B, Švab I. Etični problemi. V Švab I, Rotar-Pavlič eds. Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; Ljubljana 2002: 57-64.
76. Poredoš P. Ravnanje zdravnika v pogojih omejenih gmotnih možnosti. V: Medicinska etika- deontološka vprašanja pri delu zdravnika, Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, 2003: 29-33.

ETIKA IN ODNOSI ZNOTRAJ ZDRAVSTVENEGA TIMA

Nena Kopčavar-Guček

Uvod

Biti zdravnik družinske medicine pomeni – v primerjavi z delom na bolnišničnih oddelkih – biti pogosto osamljen.

Sprejemanje odločitev, brez konzilija, delo v domu starejših občanov, delo v podeželski ambulanti in hišni obiski so le nekatere od situacij, v katerih se zdravnik družinske medicine pogosto znajde povsem sam, brez podpore kolegov ali medicinske sestre.

Istovrstno delo zdravnika družinske medicine vključuje tudi številne aktivnosti, ki zahtevajo timsko delo: učenje in izobraževanje, sodelovanje s kolegi zdravniki drugih strok, sodelovanje z medicinsko sestro, administrativnimi in računovodskimi službami v zdravstveni organizaciji, z drugimi zdravstvenimi službami, s terenskimi patronažnimi sestrami, sodelovanje s specialisti. T.i. timsko delo ga ne odvezuje etičnih načel, prej narobe. Kot vodja tima je družinski zdravnik odgovoren tudi za spoštovanje vseh etičnih načel pri obravnavi, ki je usmerjena k bolniku. Vsi člani tima morajo spoštovati štiri osnovna vodila etike v medicini:

- pravičnost
- spoštovanje samostojnosti, zaupnosti, resnice in poučenega pristanka bolnika
- dobronamernost
- neškodljivost

Če upoštevamo rezultate raziskave Conellya s sodelavci (1), se etični problemi zrcalijo približno v tretjini vseh pregledov v družinski ambulanti. Čeprav zdravnikove odločitve v zvezi z etičnimi problemi v ambulanti niso tako dramatične in usodne kot v bolnišnici, pogosto vpletejo celotni medicinski tim. V medsebojnih odnosih znotraj njega se tako kaže strokovna, človeška in moralna zrelost njegovih posameznih članov. In v odnos med zdravnikom in bolnikom, ki je temelj vsakega procesa zdravljenja, se neogibno vpletajo tudi odnosi zdravnika do njegovih sodelavcev. Poleg upoštevanja etičnih načel morata med člani vladati zaupanje in odkritosrčnost.

Kako delujejo timi?

V multidisciplinarno obravnavo bolnikov vstopajo različni zdravstveni delavci, vsak z drugačnimi znanji, tehničnimi sposobnostmi in perspektivami. Če gre za učno okolje, se timski odnosi razširijo še na študente, specializante, pripravnike.

Vsak član tima mora svoje odgovornosti, vrednote, znanje, sposobnosti in cilje v oskrbi bolnika uskladiti s svojo vlogo v timu pri skupnem sprejemanju odločitev («shared decision making»). Zdravniki, ki vztrajajo na hierarhičnem principu oskrbe, se soočajo z resnimi ovirami pri sprejemanju odločitev skupaj z »enakovrednimi« člani tima (2).

Na splošno velja, da nobeden od zdravstvenih delavcev v določenem okolju nima popolne kontrole in odgovornosti za bolnikovo oskrbo. Različni profesionalci imajo različne ekspertize in zato tudi različno raven odgovornosti za posamezna dejanja v oskrbi bolnika (2).

Kakšne etične obveze imajo člani tima?

Vsak od članov tima ima določene obveznosti ali dolžnosti do bolnika. Odvisne so od poklica posameznega člana, njegovih sposobnosti in umeščenosti v timu.

Poleg tega imajo vsi člani tima tudi etično obvezo za profesionalne in spoštljive medsebojne odnose (2). Ti odnosi so po svoji naravi neenaki. Različno znanje in izkušnost v specifičnih situacijah prinaša tudi etične in pravne razlike v odgovornosti in avtoriteti.

Prav zaradi razlike v izobrazbi in izkušnosti vsak od članov prinaša dragocen in nenadomestljiv prispevek k oskrbi bolnika. Člani tima morajo s skupnim delom na najboljši možni način izkoristiti ekspertizo in poglede vsakega posameznega člana.

Z večjo avtoriteto v timu je neločljivo povezana večja odgovornost. Tako je zdravnik –mentor povsem odgovoren za dejanja svojega učenca, ne glede na to, če sam učenčeva/študentova dejanja odobrava. Etično ima zdravnik-učitelj dolžnost, da prepreči vsakršno dejanje v škodo bolnika zaradi neizkušnosti učenca, obenem pa mora učenca izobraževati v pravilni obravnavi bolnika.

Tudi študenti in pripravniki imajo obvezo do bolnikov in do učiteljev v timu. Delati morajo po svoji najboljši moči, odgovorno in v skladu z navodili svojih učiteljev.

Odnos med zdravnikom in medicinsko sestro

Najožja zdravnikova sodelavka je medicinska sestra. Temelj poklica medicinske sestre je čuteča, obenem pa strokovno in zdravstveno utemeljena nega (2, 3).

Zdravnik in sestra se morata pri delu dopolnjevati tako, da bo tudi bolnik razločeval njihovi vlogi. Člani delovne skupine morajo poznati strokovne naloge in pričakovano dejavnost drugih sodelavcev. Zdravnik kot vodja delovne skupine mora imeti smisel za delitev odgovornosti sodelavcev ter nadzorovanje zaupanih nalog in opravil. Razpravljanje, načrtovanje in skupno delo ju združuje, večja stopnja zaupnosti in razumevanja. Obenem pa morata ohraniti lastno avtonomijo in nepristranske poglede na dogajanje, saj se lahko le na ta način dopolnjujeta, nudita drug drugemu oporo in s skupnimi prizadevanji bolnikom kvalitetno zdravstveno oskrbo. Upoštevanje načel etike je v vsakem dejanju pravzaprav neogibno, tudi v njenem medsebojnem odnosu.

V razmislek dva primera:

Primer 1. Bolnik, ki je pravkar na vrsti za pregled, stoji na cesti pred ambulanto. Sestra ga pokliče in pri tem opazi, da je pravkar odvrzel cigareto. Ker ji je zdravnik predhodno povedal, a je bolnik dolgoletni kadilec s KOPB, pred dvema mesecema opustil kajenje in prihaja v ambulanto po pomoč pri opuščanju kajenja, se ne more odločiti, ali bi zdravniku poročala o recidivu ali ne.

Vpletena etična načela: resnica, dobronamernost, zaupnost, avtonomija.

Primer 2. Patronažna sestra obiskuje 48-letno bolnico, ki je zaradi metastaz v hrbtenici tetraplegična in ima bolečine v skeletu. Onkolog je pri zadnjem pregledu bolnici predpisal morfij. Bolničin mož, zagovornik komplementarne medicine, ne dovoli uporabe tega zdravila zaradi množice stranskih učinkov, ki so opisani. Patronažno sestro prosi, naj izbranemu osebnemu zdravniku o tem ne poroča.

Vpletena etična načela: samostojnost, dobronamernost, neškodljivost, resnica, zaupnost.

Konflikti pri delu s bolniki

Glede na to, da v ambulante praviloma zahajajo bolni, psihično ali fizično bolni, poškodovani ljudje, je pričakovati medsebojne konfrontacije in konflikte, tako med bolniki in medicinskim osebjem ali pa med bolniki samimi. Pri razreševanju teh situacij je – poleg čustvenega naboja, ki je še posebej močan – treba upoštevati načela etike in pravice tako članov tima kot tudi bolnikov.

Pri tem ne smemo pozabiti, da je celotno delovanje sistema zdravstvenega varstva namenjeno zadovoljevanju bolnikovih potreb (4).

Uporabnikovo mnenje ima za udeleženca v sistemu zdravstvenega varstva dvojni pomen (5).

Bolnikovo mnenje splošno služi:

- pri odkrivanju težav v oskrbi, na osnovi katerih izbiramo prednostne naloge za izboljšanje kakovosti.
- za načrtovanje oskrbe, ki bo zadovoljevala potrebe uporabnikov,
- kot kazalec kakovosti pri ocenjevanju ravni kakovosti.

Drugi pomen bolnikove pritožbe služi pri odkrivanju in popravljanju posamezne škode, ki jo povzročajo škodljivosti zaradi razlik in odklonov.

Bolniki se v zdravstveno oskrbo vključujejo na tri načine: najprej (s svojimi željami, pričakovanji), med oskrbo in po njej, ko ocenjujejo izvedbo zdravstvene oskrbe v pričakovanju. Zaradi diskrepance med slednjima pogosto prihaja do razočaranj.

Bolniki, ki so nezadovoljni z zdravstvenim sistemom nasploh, svoja čustva pogosto projicirajo prav na zdravstveni tim, osnovno skupino v zdravstvu. In medicinska sestra je še prav pogosto »strelvod« za nezadovoljnost in negativna čustva zdravstvenih oskrbovancev.

Seveda se napetosti prenašajo tudi na ostale člane zdravstvenega tima. Medsebojni konflikti zmanjšujejo pripravljenost za delo, pozornost obračajo na medsebojne odnose – namesto na delo s bolniki in zagotovo zmanjšujejo kvaliteto zdravstvene oskrbe.

Pri tem ne gre pozabiti, da je vsak posameznik, vpleten v oskrbo, njen pomemben in nepogrešljiv člen, odgovoren za pravilno izvajanje svojega dela in nalog (6).

Pri razreševanju imajo vodilni še posebej težko nalogo: nastalo situacijo rešiti v zadovoljstvo obeh strani, obenem pa upoštevati vsa načela etike. Rahločutno in učinkovito reševanje zahteva veliko takta, spretnosti sporazumevanja in dosledno upoštevanje vseh naštetih načel. Pri tem je bolnik eden od partnerjev strokovne zdravstvene skupine, kar mu zagotavlja Zakon o pravicah bolnikov (7).

Kako razreševati konflikte v timu?

Prav zaradi neenake avtoritete in odgovornosti v medprofesionalnih in študentsko-mentorskih odnosih v timu so obveznosti in medsebojno

spoštovanje v intidisciplinarnem timu različne (2). Nesporazumi med posameznimi člani timov so pogosti in pričakovani zaradi razlik v njihovem znanju, izkušnosti, pogledih in vrednotah. Ni pa pričakovano niti sprejemljivo, da bi se nasporezumi razreševali na neprofesionalen način.

Latinska beseda »professio« pomeni javno izjavo z močjo obljube. Od profesionalcev se pričakuje ravnanje na določen način in družba lahko odstopanja od takega ravnanja kaznuje. Tradicionalna področja takih pričakovanj so medicina, pravo, izobraževanje in cerkev.

Značilnosti profesionalnosti so:

- usposobljenost v določenem področju,
- določene dolžnosti in odgovornosti do posameznika in družbe
- pravica do učenja, sprejemanja, discipliniranja in odpuščanja svojih članov, ki ne izpolnjujejo svojih dolžnosti in odgovornosti (8).

Spoštljivo obnašanje se začne s poslušanjem in razmiselnostjo o mnenju drugih članov tima (2). Spoštovanje se izraža s primernim jezikom, gestami in dejanji. Ravnali naj bi v smislu *»Razumem in spoštujem vaš/tvoj pogled na primer, toda iz naslednjih razlogov se ne strinjam z vašim/s tvojim mnenjem in menim, da bi morali ukrepati drugače...«*

Povsem jasno naj bi bilo, da nespoštljivo ravnanje kolega ne opravičuje enakega ravnanja v povračilo.

Nesporazumi v zvezi z zdravstveno oskrbo naj bi po ponovnem pretehtanju vseh dejstev končali s konsenzom o najboljšem možem načinu oskrbe bolnika . Že samo usklajevanje mnenj članov tima je pot k rešitvi in naj bolnika ne spravljaja v stisko, zato je največkrat uspešnejše v odsotnosti bolnika.

Kadar doseganje skupnega in vsem sprejemljivega stališča znotraj tima ni mogoče, je treba poiskati rešitev pri objektivnih zdravstvenih delavcih izven njega ali pri etični komisiji zdravstvene ustanove.

Tim je dinamična skupina in kreativne, dobre, čiste in korektne medsebojne odnose v njem je treba ohraniti v dobro bolnikov in članov tima.

Literatura

1. Connely J, Dalle Mura S. Ethical problems in the medical office. *J AM Med Ass* 1988;260:812-5.
2. Van Norman, Gail. Interdisciplinary Team Issues. <http://eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/team.html>
3. Engelhardt HJ. Physicians, patients, health care institutions – and the people in between: nurses. V: Bishop AH, Scudder JR, eds. *Caring, Curing, Coping*. Alabama: University of Alabama Press, 1985:142-59.
4. Gaut D. A theoretic description of caring as acta. V: Leivinger MM ed. *Care, the Essence of Nursing and Health*. Detroit: Wayne state university Press, 1984:27-44.
5. Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit outcomes. A review of developments and issues in the identification of good practice. London: Department of Health Clinical outcomes Group; 1995.
6. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. I. Natis. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998:308.
7. Kersnik J. Zagotavljanje in izboljšanje kakovosti. V: Švab I s sod. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, 2001:724-730.
8. Jonsen A. Professionalism. <http://edusrv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/profes.html>

UČNI PROCES V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE: ETIČNE DILEME

Nena Kopčavar Guček, Miloš Milošević

Uvod

Delo s bolniki je področje dela in učenja, ki je za medicinca bistveno: od študentskega obdobja, podiplomskega izobraževanja – praktično do konca življenja. Če je stik s bolniki v predkliničnem študentskem obdobju šele »tipanje« in iskanje načinov komuniciranja, je »učenje na delu« po diplomi bistvo poklicnega razvoja zdravnikov (1).

Tako delo ima seveda svoje pozitivne in negativne plati. Za »učence« je privlačno, saj poteka v avtentičnem okolju in jim daje možnost aktivnega sodelovanja oziroma soodločanja. Svojega učitelja vidijo kot vzornika, ga opazujejo pri delu, ocenjujejo in/ali posnemajo njegovo obnašanje, komuniciranje, odnos do bolnika, način kliničnega razmišljanja. Vse faze zdravljenja, od anamneze, statusa, kliničnega odločanja, do dejanskega zdravljenja potekajo na enem mestu. Tudi empatija in profesionalnost sodita poleg.

Učenje v ambulanti ima tudi pomanjkljivosti: zelo je nepredvidljivo, redko ponovljivo, morda občasno intelektualno premalo zahtevno, zaradi rednega dela s bolniki nudi premalo časa za pogovor med študentom in učiteljem, omejene možnosti supervizije itd. (1).

Odnos med zdravnikom in bolnikom ostaja v centru dogajanja, tudi če gre za proces učenja ali raziskovanja v ambulanti splošnega zdravnika (2). Čeprav imajo redki formalno izobrazbo kot učitelji, so skoraj vsi zdravniki vpleteni v učenje na kateri od točk v svoji karieri. Večina se tega dela oprime zavestno in entuziastično (1).

Visoko strokovno znanje je zagotovo ena od pomembnih lastnosti dobrega učitelja, zagotovo pa ne edina. Kolikokrat smo bili kot učitelji postavljeni v situacijo, ko res nismo vedeli, kaj storiti? Ravnali smo »po občutku« pravi Kaufman (3), in ravnali s svojimi učenci tako, kot so ravnali naši učitelji z nami. Četudi bi bilo koristno, ko bi se lahko oprli na ustaljene principe in bi tako učenje lahko postalo vsestransko zadovoljujoč proces.

Etika je eden od pomembnejših in bistvenih elementov v procesu izobraževanja v medicini.

Študent kot zdravstveni delavec

Kodeks etike je v svoji formulaciji jasen in nedvomen: k molku etično zavezuje vse udeležence, tj. vse zdravstvene delavce, ki pridejo v stik z bolnikom. Poklicna molčečnosti tako zadeva vse podatke, verbalne ali pismene, ki jih študent o bolniku dobi v času šolanja v kliničnem oziroma ambulantnem okolju. Za podiplomsko izobraževanje je zavezujoča Hipokratova prisega, ki jo vsak študent sprejme ob diplomi.

Strokovnjaki so že večkrat razglabljali o osebnostnih lastnostih, ki naj bi jih imel študent medicine oziroma kandidat za zdravnika. Pred časom smo lahko brali o možnosti, da bi nemške medicinske fakultete pred vpisom testirale osebnostne lastnosti kandidatov, poleg strokovnega predznanja.

Splošno znano je, da se osebnost oblikuje do 20. leta starosti. Tako bi se utegnilo zgoditi, da bi – glede na rezultate testov – zavrnil nekoga, ki bi se še utegnil izoblikovati v primerno osebnostno strukturiranega kandidata.

V Kanadi so v manjši študiji ocenjevali spreminjanje in zorenje moralnega odločanja pri študentih medicine v prvih treh letih fakultete (4). Presenetljivo so ugotovili, da se moralni razvoj pri 72 % študentov ni bistveno »premaknil«, 13 % jih je v treh letih padlo na nižji nivo in le 15 % je napredovalo v razvoju. Avtorji raziskave se sprašujejo, po kakšnem skritem razporedu moralni razvoj študentov nazaduje, namesto da bi napredoval. Drugi avtorji poudarjajo razvijanje socialnega čuta študentov (5) z delom v lastnem življenjskem okolju, izven zidov fakultete.

Fakultetni učitelji pogosto ugotavljajo, da fakulteta sicer »proizvaja« odlične strokovnjake in prodrone znanstvenike, ki pa jim pri delu s bolniki primanjkuje pomembnih lastnosti: človečnosti, empatije, diskretnosti. Naloga vseh, ki se ukvarjajo z praktičnim učenjem v ambulanti je – preprečiti, da bodo mladi zdravniki le hladni, robotsko popolni strokovnjaki brez vsakršnih moralnih in etičnih vrlin (6).

Etičnost učenja ob delu v ambulanti

Učenje ob delu v ambulanti nudi učitelju velike možnosti posredovanja lastnih stališč in učenja z lastnim zgledom. Ker pri učenju v ambulanti tečeta vzporedno dva enako pomembna procesa, terapijska obravnava bolnika in učenje študenta oziroma pripravnika, se je treba na tako delo z razmislekom skrbno pripraviti.

Za razliko od dela na bolnišničnem oddelku v ambulanti bolnikov ni mogoče pripraviti oziroma izbrati vnaprej. Kljub temu mora imeti bolnik možnost, da na prisotnost študenta pristane oziroma jo odkloni, če tako želi (1). Tudi učitelj naj bi imel možnost zagotavljanja pogovora s bolnikom na štiri oči, če začuti, da nastala situacija zahteva tako obravnavo. Študent naj bi bil na tako možnost vnaprej opozorjen in naj bi jo razumel.

»Zelo varno pravilo je, da ni učenja brez bolnika, ki služi kot tekst, in najboljši učitelj je bolnik sam«, je zapisal Sir William Osler. Pomembnost učenja od bolnika je morda še vedno premalo poudarjena (1). Le bolnik lahko v celoti in popolno pove svojo zgodbo, pokaže njene telesne znake, omogoča širši in globlji vpogled v problem. Pri učenju naj bi prevzemal aktivno vlogo – seveda ob vnaprejšnjem pristanku in strinjanju s prisotnostjo študenta ob pregledu.

Učitelj mora vnaprej razmisliti, pri katerem delu procesa učenja naj bi bolnik moral biti prisoten. Pogosto diskusija npr. o diferencialni diagnozi ali pa razmišljanja o možnih dodatnih načinih zdravljenja ne terjajo bolnikove prisotnosti. Poleg etičnih okvirov ne smemo pozabiti na obzirnost do bolnika in na njegovo zasebnost, pa tudi na rahločutnost in empatijo.

Učitelj se mora prepričati, da študent razume in upošteva načela medicinskega kodeksa v smislu poklicne molčečnosti.

Bolniku je na začetku obravnave nujno predstaviti študenta in razložiti, kakšno vlogo naj bi tovrstno učenje imelo pri izobraževanju novih mladih strokovnjakov. Običajno bolniki taka pojasnila sprejmejo z razumevanjem, še posebej, če poudarimo pomembnost in neprecenljivo vrednost njihovega sodelovanja.

Bolnik sam lahko po obravnavi poroča o spretnosti kandidata, ki ga je obravnaval: o veččinah sporazumevanja, , kliničnih spretnosti, odnosu in obnašanju.

Pri delu s študenti oziroma kandidati imamo tri osnovne možnosti:

- Kandidat pri delu učitelja le opazuje, si zapisuje svoje misli, ideje glede npr. diferencialne diagnoze in vprašanja; pogovor med učiteljem in kandidatom teče le v času med dvema pregledoma oziroma bolnikoma.
- **Kandidat obravnava bolnika v prisotnosti učitelja. Ta način terja od učitelja veliko andragoško spretnost, saj s preveč avtoritativnim poseganjem lahko povsem izniči kandidatovo samozavest, samoiniciativnost in njegovo avtoriteto.**
- Kandidat v sosednji ambulanti povsem samostojno pregleda bolnika, učitelj se jima pridruži šele na koncu. Študent poroča o svojih ugotovitvah, sledi diskusija. Slabost te metode je, da učitelj študenta ne vidi »v akciji«, pri delu, in

da ta način precej upočasni delo v ambulanti. Idealno bi bilo, da bi bil čas za delo s študenti odrejen še posebej, žal pa to v »realnem« življenju ni vedno uresničljivo.

- **Običajno pri pedagoškem procesu uporabljamo vse tri načine, enega za drugim, odvisno od znanja kandidata, prostorskih možnosti in od vrste bolnika.**

Po končani obravnavi vedno sledi »debriefing« - poročanje, tj. pogovor z bolnikom: morda ima kakšna dodatna vprašanja, med pregledom oz. posvetom je morda nanese beseda na občutljive teme...

Ne glede na pomanjkanje časa naj bi vsaka obravnava oseb imela naštete elemente, ki zadevajo etičnost pri delu s bolniki v ambulanti.

Rezultati anketiranja

Ob delu s študenti v ambulanti si pogosto zastavljamo vprašanja, kako in koliko prisotnost študenta vpliva na obravnavo oziroma na odnos med zdravnikom in bolnikom. Zato je študent Miloš Milošević, na lastno pobudo leta 1996 med opravljanjem kliničnih vaj iz družinske medicine izvedel krajšo anonimno anketo. 54 zaporednih bolnikov je odgovorilo na anonimen vprašalnik, sestavljen iz 10 vprašanj z več možnimi odgovori.

Rezultati:

1. Ob pogledu na študenta v ambulanti je 52 % bolnikov izjavilo, da niso presenečeni, 22 % je prijetno presenečenih, 4 % zelo neprijetno presenečenih in 2 % neprijetno presenečenih.
2. Ob pogledu na študenta v ambulanti 72 % bolnikov ne čuti razlike v obravnavi, 2 % je veliko manj sproščenih, kot če so sami z zdravnikom, 15 % je manj sproščenih, 11 % pa je celo bolj oziroma mnogo bolj sproščenih, kot če so sami z zdravnikom.
3. Glede ustrežanja prisotnosti študenta v ambulanti je 61 % bolnikov povsem vseeno, 33 % bolnikom prisotnost študenta ustreza ali celo zelo ustreza, 6 % pa ne ustreza ali celo močno ne ustreza.
4. Ob telesnem pregledu 85 % bolnikov izjavlja, da prisotnost študenta ne moti, 6 % prisotnost študenta ugaja in 9 % prisotnost študenta moti.
5. Pri pogovoru v ambulanti 44 % bolnikov želi, da študent govori približno toliko kot zdravnik in isti odstotek (44 %) želi, da študent govori manj kot zdravnik. 9 % želi, da govori samo zdravnik in študent molči in le 2 % bolnikov bi želelo, da študent govori več kot zdravnik.
6. Celotno obravnavo ob prisotnosti študenta bolnik čuti kot enako, kot takrat, ko je sam z zdravnikom 68 %, 26 % meni, da je pregled v prisotnosti študenta

temeljitejši ali celo veliko temeljitejši, 6 % bolnikov pa meni, da je ob prisotnosti študenta pregled površnejši.

7. Glede sproščenosti pri pogovoru z zdravnikom je 89 % vprašanih odgovorilo, da niso ničesar zamolčali, 7,4 % je povedalo celo več, kot bi sicer in 4 % je veliko stvari zamolčalo.
8. 83 % vprašanih je menilo, da je študentu v ambulanti dovoljeno delati ravno prav, 4 % je dogovorilo, da je študentom dovoljeno delati preveč ali veliko preveč, 13 % pa je menilo, da je študentom dovoljeno delati premalo.
9. Zaradi prisotnosti študenta je 78 % bolnikov menilo, da so deležni enake pozornosti, 7 % se je zdelo, da je bila pozornost manjša ali veliko manjša in 15 % je občutilo pozornost kot večjo ali celo veliko večjo kot kadar so sami z zdravnikom.
10. Zaradi prisotnosti študenta je 83 % bolnikov menilo, da so deležni enake obravnave kot sicer, 13 % se je zdelo obravnava v prisotnosti študenta kvalitetnejša ali veliko kvalitetnejša, 4 % pa je obravnavo v prisotnosti študenta čutilo kot manj kvalitetno ali veliko manj kvalitetno.

Iz navedenega sklepamo, da bolnikov v naši raziskavi prisotnost študentov ni motila in da so jo v nekaterih primerih občutili celo kot pozitivno. Študija je bila predstavljena na mednarodnem srečanju EGPRW na Bledu, jeseni 2002.

Sklepi

Izkušnje so pokazale, da je klinično delo v izobraževanju v medicini nepogrešljivo. Zdravniki se neredko tudi sami znajdejo v vlogi učitelja. Bolnikom je pri takem delu treba omogočiti aktivno vlogo in mu zagotoviti etično obravnavo. Odnos med zdravnikom in bolnikom se zrcali tudi v odnosu učitelj – učenec in je hkrati vzor za odnos med študentom in bolnikom.

Le temeljita priprava take obravnave, skrbno vodenje in pogovor s študentom in bolnikom po končani obravnavi lahko da prave rezultate.

Učenje med rednim delom v ambulanti je nenadomestljivo v avtentičnosti, vendar zaradi svoje raznolikosti in nepredvidljivosti skriva številne pasti. Manjša anketa med bolniki je pokazala, da jih prisotnost študenta ne moti in da jo pogosto doživljajo celo kot pozitivno.

Potrebne bi bile še obširnejše raziskave na tem področju. Upoštevanje etničnih načel pri učenju v splošni ambulanti zagotavlja boljše sodelovanje in naklonjenost bolnikov. Tako bomo izobraževali še boljše usposobljene zdravnike, ki bodo bolnikom lahko zagotavljali kvalitetnejšo oskrbo in ugodnejše izide zdravljenja.

Literatura

1. Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ* 2003; 326:591-94.
2. Steele DJ, Marvel K. Listening, Talking, Relating: The state of the Art and Sciena of the Doctor – Patient Relationship in Family Medicine Education. *Fam Med* 2002; 34(5) 310-11.
3. Kaufman DM. Applying educational theory in practica. *BMJ* 2003; 326:213-16.
4. Patenaude J, Niyosenga T, Fafard D, Mord development in studies declines during, medical course in Canadian medical school – is this due to a hidden curriculum? *CMJ* 2003; 168(7): 840-44.
5. Parboosing J. Medical Schools' social contact: more than just education. *CMAJ* 2003, 168(7) 852-853.
6. Singer P. Strenghtening the role of ethics in medical education. *CMAJ* 2003, 168(7) 854-55.

Priporočeno branje

1. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Practice Hall, 1986.
2. Condy PC. Self – direction for lifelong learning: a comprehensive guide to theory and practice. San Francisco: Jossey – Bas, 1991.
3. Coufman DM, Mann KV, Jennett P. Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. London: Association for the study of Medical Education, 2000 (Monograph).
4. Knowles MS and Associates. Andragogy in action: applying modern principles of adult learning. San Francisco: Jossey – Bass, 1984.
5. Schön DA. Educating in reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco: Jossey – Bass, 1987.
6. Cox K. Planning bedside teaching (Parts 1 to 8) *Med J Australia* 1993; 158:280-2, 355-7, 417-8, 493-5, 571-2, 607-8, 789-90, and 159:64-5.
7. Parsell G, Blight J. Recent perspectives on Clinical teaching. *Med Educ* 2001; 35:409-14.
8. Hargreaves DH, Southworth GW, Stanley P, Ward SJ. On the job learning for physicians. London. Royal society of Medicine, 1997.

Medicinska fakulteta Ljubljana
Katedra za družinsko medicino
Poljanski nasip 58
1000 LJUBLJANA
predstojnik: doc. dr. Igor ŠVAB, dr. med.

SPOŠTOVANI!

OD _____ JE PRI NAS (PRI VAŠEM
ZDRAVNIKU) NA PRAKSI **ŠTUDENT(KA)**

VEŽEJO GA(JO) ENAKE ETIČNE DOLŽNOSTI KOT
ZDRAVNIKA IN OSTALE ZAPOSLENE.

ČE NE ŽELITE, DA BI BIL(A) PRISOTEN(A) PRI VAŠEM
POSVETU Z ZDRAVNIKOM, TO POVEJTE SESTRICI ALI
ZDRAVNIKU, DA BOSTA TO UREDILA.

NEKATERE MED VAMI BOM PROSIL(A), DA SE BOSTE SAMI
POGOVORILI S ŠTUDENTOM(KO), KAR PRAV TAKO TUDI
LAHKO ODKLONITE.

ZAHVALJUJEMO SE VAM ZA RAZUMEVANJE!

DATUM: _____

MENTOR: _____

M.P.

POVEDATI PO RESNICI – PREDSTAVITEV PRIMERA

Tadeja Čerin

V začetku leta 1996 je moja bolnica A. P., stara 68 let, prišla v mojo ambulanto z nenavadno prošnjo. Njena sestra K. M., stara 63 let, vdova, se je nameravala poročiti z gospodom E. I., starim 58 let, tudi vdovcem, ki je moj bolnik. Ker sem bila njegova lečeča zdravnica, je gospa A. P. menila, da ga dobro poznam. Zato me je v imenu cele njene družine in otrok bodoče neveste prosila za mnenje, ali je gospod E. I. primeren ženin za njeno sestro. Bila sem tako presenečena, da sem gospo prosila za premislek in se dogovorila za ponovno srečanje čez nekaj dni. Gospod E. I. se je v tistem času zdravil zaradi dobro urejene sladkorne bolezni tipa II, desnostranske ingvinalne hernije, erektilnih motenj in degenerativnih sprememb skeleta. Sicer je bil kardialno kompenziran, samostojen v dnevnih aktivnostih, brez nevroloških deficitov in psihično urejen. V stiski sem se obrnila na svojo medicinsko sestro, ki je bolnike poznala že mnogo let prej preden sem prevzela ambulanto svoje predhodnice. Povedala mi je, da je gospodova prva žena pred leti umrla zaradi karcinoma dojke. Sicer je bil gospod v tem predelu Ljubljane znan po svoji agresivnosti.. Prvo ženo je pretepal, v terminalni fazi bolezni jo je zanemarjal, pušchal jo je brez hrane, menda pa ji tudi zakuril ni.

V zvezi z varovanjem podatkov o njegovem zdravstvenem stanju nisem imela dileme.. Podatke o njegovih karakternih lastnostih sem imela za govornice. Tako sem se odločila za odgovor, da so podatki o gospodu zaupne narave med menoj in njim ter da se bo morala gospa K. M. sama odločiti ali se bo poročila z njim ali ne. Konec leta 1996 je tudi sam gospa K. M. prišla k meni v ambulanto z vprašanjem ali je gospod E. I. zdrav, ker planirata poroko. Moj odgovor je ostal enak.

Gospod E. I. in gospa K. M. sta se poročila. Gospod E. I. je prosil, če tudi njegova žena lahko postane moja bolnica.

Potem se je začelo. V oktobru 1997 je gospa K. M. »padla po stopnicah« in bila oskrbljena pri travmatologu. V decembru 1997 je bila ponovno oskrbljena pri travmatologu zaradi zloma nosne kosti, očalnega hematoma in udarnine hrbta. Takrat se je v moji ambulanti ponovno oglasila njena sestra A. P. in povedala, da je gospo K. M. pretepel njen mož ter da jo je ves čas kratkotrajnega zakona psihično in fizično trpinčil. Obvestila me je, da je cela njena družina izvedla pravo akcijo, da so

gospo K. M. ugrabili in jo tako rešili pred gospodom E. I. Kasneje sta se ločila. Gospa K. M. je kasneje zapadla v hudo depresijo in se je zaradi nje tudi zdravila pri psihiatru. Gospa K. M. ni več moja bolnica, gospod E. I. pa še vedno.

Etična vprašanja, ki so se mi zastavljala takrat in se mi še vedno:

- podatki o diagnozah so zaupni (dileme ni)
- karakterne lastnosti (ali lahko obelodanimo svoje mnenje in občutja o karakternih lastnostih bolnika)
- govornice (Ljubljana je »ena majhna vas« in v tem predelu se vsi poznajo med sabo. Vsak o vsakem vse ve. Ali velja »kjer je dim je tudi ogenj?«)

Verjetno bi vsak od nas v mojem primeru ravnal podobno. Pa vendar: ali bi lahko gospo K. M. obvarovala pred nekajletnim trpinčenjem in depresijo?

P.S.: prejšnji teden mi je gospod E. I. pripeljal pokazat svojo novo izvoljenko

ETIČNE DILEME PRI OBRAVNAVI NASILJA NAD OTROKOM

Ksenija Tušek-Bunc, Janko Kersnik

Uvod

Pri obravnavi poškodovanega otroka naleti zdravnik družinske medicine na številne dileme, pri katerih mora varovati pravice otroka. Te pravice so pravica do kakovostne oskrbe, do varovanja njegovih pravic otroka, do avtonomije in ne nazadnje do srečnega otroštva. Poškodbe otrok so pogoste, pogosteje se zgodijo izven doma in brez prisotnosti staršev ali skrbnikov, ki so odgovorni zanje. Zlasti ko je otrok v šoli ali pri neki drugi organizirani dejavnosti, se moramo vedno vprašati: Kdo je odgovoren za otroka? Zlasti je to pomembno preden otroka telesno pregledamo ali opravimo kakšen poseg.

Načela obravnave poškodovanega otroka

Obravnava otroka se v načelu bistveno ne razlikuje od obravnave odraslega. Potrebno je nepristrano opazovanje in pri tem prisluhniti vsem, ki o dogodku vedo kaj povedati. Zlasti neskladja med izjavami nam lahko dajo namig o eventualnih prikritih problemih. Vzporedno z medicinsko oskrbo ugotavljamo tudi mehanizem poškodbe, okoliščin poškodbe in eventualnega povzročitelja poškodbe. Pri vsakršnem ukrepanju moramo pridobiti pristanek staršev ali v tistih okoliščinah odgovornega za otroka. Pri sumu, da gre za poškodbo po tretji osebi ali za zlorabo ne smemo pozabiti na prijavno dolžnost. Oskrbljenega otroka vedno odpustimo ali napotimo v drugo ustanovo v spremstvu odrasle osebe, ki mora biti seznanjena z dotedanjo obravnavo in navodili za nadaljnje ukrepanje. Kadar staršev ni z otrokom in jih otrok ne more poklicati niti po telefonu, obvestimo policijo o dogodku in okvirnem stanju otroka, ki izpelje obveščanje staršev. Temeljna usmerjenost družinske medicine v družino in družinski pristop dajeta zdravniku družinske medicine edinstveno in osrednjo vlogo pri reševanju problematike trpinčenega otroka.

Nasilje nad otroki

Brez dvoma drži, da nas vsak primer trpinčenja otroka čustveno prizadene. Lahko pa se bojimo ukrepati misleč, da bomo otroku povzročili dodatno škodo, da bodo starši doma ali po odpustu z bolnišnice še bolj brezobzirno grobi. Število

hospitaliziranih otrok zaradi trpinčenja naj bi bilo v Sloveniji glede na število prebivalcev - v primerjavi z ZDA - manjše. Ali je ta podatek posledica manjše pogostosti tega pojava pri nas, ali morda le manjše izkušnosti zdravnikov, ki ne diagnosticirajo " sindroma pretepenega otroka" oziroma ga ne prijavljajo.

Od trenutka ko posumimo na trpinčenje otroka pa do trenutka, ko lahko z gotovostjo rečemo, da je otrok trpinčen, je namreč dolga, težavna in mučna pot. Znanje oziroma občutljivost za zaznavanje slabega ravnanja z otrokom in z zaščitno ukrepanje bi moralo biti lastno vsakemu zdravniku družinske medicine, hkrati pa bi ga morali vgraditi v vse javne službe, ki se srečujejo z otroci. To so poleg zdravstvene službe še vrtci in šole. Ob sumu zlorabe je dolžnost zdravnika družinske medicine, da o svojem sumu obvesti pristojni center za socialno delo, kjer bodo poskrbeli za nadaljnje ukrepe. Sam pa je dolžan opisati nastale poškodbe, da bodo po potrebi na razpolago v nadaljnjih obravnavah.

Prva naloga v programu pomoči je prekiniti trpinčenje otroka. Vendar to v praksi ni enostavno in hitro izvedljivo. Mnogi primeri telesnega trpinčenja in spolne zlorabe trajajo še leto, dve ali tri po tem, ko je bil postavljen sum na trpinčenje otroka. Ob trpinčenem otroku strokovne službe ukrepajo in razmišljajo v dveh smereh. Prva je odstranitev otroka iz družine. Namen tega ukrepa je zavarovati življenje in zdravje otroka takoj, ko smo odkrili hudo trpinčenje, npr. pri otrocih, ki so bili bolnišnično zdravljeni zaradi poškodb. Vendar so taki ukrepi redki. Drugi pristop je spreminjanje otrokove družinske situacije s pomočjo staršem, družini in neposredno otroku.

Obravnava trpinčenega otroka je psihološko mučna za vse tiste, ki se pri svojem delu srečujejo s pojavom, še posebej za zdravnika družinske medicine. Psihološko prizadetost povečujejo občutja nemoči, frustracije ob lastni neučinkovitosti, etične dileme. Stisko povečuje zavest o stvarni ogroženosti in trpljenju otroka in veliki odgovornosti tistega, ki pojav obravnava.

Vzroki so tudi v pomanjkanju učinkovitih modelov in smernic za hitro pomoč otroku in v številnih dilemah strokovne, pravne ali drugačne narave. Zaradi takšnega stanja v strokah pomoči je važna timska obravnava vsakega posameznega primera. Ta bo izboljšala kakovost pomoči otroku in družini in olajšala delo in obremenitve strokovnjakov, tudi zdravnika družinske medicine, ki se pri svojem delu srečujejo s tem pojavom.

Sklepi

Ena najhujših oblik nasilja je zanemarjanje otrok in slabo ravnanje z njimi. Preprečevanje, zgodnje odkrivanje in ustrezno zdravljenje otrok je izziv za svetovno zdravniško skupnost, saj predstavlja trpinčenje otrok medicinski problem svetovnih

razsežnosti. Pri tem imajo zdravniki družinske medicine edinstveno vlogo ravno zaradi usmerjenosti družinske medicine v družino kot osnovno enoto in ker je eno njenih osnovnih načel družinski pristop (družinska terapija, svetovanje v različnih razvojnih družinskih fazah). V primerih slabega ravnanja z otrokom, je treba prekršiti določila o zdravniški molčečnosti in izpolniti prijavno dolžnost, saj je zdravnikova najpomembnejša dolžnost, zaščiti svojega bolnika, kadar bi ta bil lahko izpostavljen maščevanju. O vseh oblikah slabega ravnanja, pa najsi gre za telesno, spolno ali psihično, mora zdravnik uradno obvestiti pristojne organe (praviloma center za socialno delo), kakor tudi mora podpirati poštene in objektivne pravne postopke v smislu upravičene zaščite pred neutemeljenimi trditvami o zlorabi otrok in o potrebnosti objektivnih dokazov za začetek kakršnega koli pravnega postopka proti domnevemu storilcu zlorabljenega otroka.

Priporočena literatura

1. Tomori M. Nasilje nad otroki tabu - ki ga lahko odstremo. Razširjen zbornik 2. cikla seminarjev. Namesto koga roža cveti. 1997; 218 - 22.
2. Rok- Simon M, Obersnel - Kveder D, Toplak - Ostan M. V zdravstvu zabeleženo nasilje. Razširjen zbornik 2. ciklusa seminarjev . Namesto koga roža cveti. 1997; 222 -27.
3. Jonson Ch. F. Abuse and neglect of children. V: Nelson textbook of pediatrics W. B. Saunders 15.th. ed. 1996; 112 –121.
4. Kempe C. The betted child syndrome. JAMA 181 1962; 17 – 24.
5. Scheier M A. V. A. Likon. Munchausen by proxy syndrome. A modern pediartics challange. The Journal of pediatrics, 1994; 125:110 - 15.
6. Felzen J. C. Physicians and medical neglect: variables that affect reporting. New York. Child Abuse and Neglect. 1993; 17: 605 -12.
7. Cunningham N. The pediatrician and child protection teamwork. Slovenska pediatrija. 2001; 8: 74 - 9.

ETIČNI KODEKS JAVNEGA DELOVANJA ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE

Etični kodeks javnega delovanja zdravnikov družinske medicine je na osnovi svojih pravil delovanja sprejelo Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

I.

Uvodna določba

Zdravnik družinske medicine (ZDM) ima med vsemi zdravniki posebno delo, saj je preko svojih bolnikov, ki jih opazuje v družini in v širši skupnosti, povezan z bolnikovo družino in ostalimi svojci, z delodajalci, šolstvom, institucionalnimi in laičnimi službami za pomoč, pravosodjem, policijo, gasilci, civilno zaščito in z občili.

Etični kodeks javnega delovanja ZDM ureja področje javnega delovanja ZDM, tj. odnose z bolniki v procesu zdravljenja in pri pouku, z navedbami o bolnikih v objavah, odnose s sodelavci, z javnostjo, z občili, z organizatorji strokovnih srečanj, s sponzorji, z zdravstveno politiko, z nezdravstvenimi organizacijami, z organi upravljanja, s preiskovanci v raziskavah ter stališča o zdravstveni politiki, o samozdravljenju, o nekonvencionalnih oblikah zdravilstva in delo v organih upravljanja, strokovnih komisijah MZ, ZZS, ZZZS, MF, SV in drugih institucijah.

II.

Splošna načela

ZDM je pri svojem delu in odločanju samostojen. Pri njegovem delu naj ga vodijo splošna moralna načela, Kodeks medicinske deontologije Slovenije in vodila tega kodeksa.

III.

Posebna načela

1. Odnos z bolniki

Pri odnosih z bolnikom se bo ZDM držal načel dobrega sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom in pozitivnih predpisov in deklaracij, ki se nanašajo na delo z bolnikom. V nejasnih primerih se bo naslonil na vodila tega kodeksa ali prosil za mnenje Etično komisijo družinske medicine.

V ambulanti, v dežurni ambulanti, pri obisku na domu in pri nujni intervenciji bo poskrbel, da bo bolnik obravnavan na dostojanstven način. Bolniku bo omogočil zasebnost pri posvetu. V primeru prisotnosti drugih oseb, ki spremljajo bolnika bo od bolnika pridobil poučeni pristanek za njihovo prisotnost. Novemu bolniku se bo predstavil z imenom in nazivom.

Pri dajanju informacij po telefonu se bo predstavil z imenom in nazivom. Bolnika bo opozoril, da gre za omejene informacije, ker nima na razpolago vseh možnosti za pregled bolnika.

Pri dajanju informacij po internetu, v časopisu, radiu ali televiziji bo zlasti pri anonimnih odgovorih pozoren, da ne bo dajal preveč ozko usmerjenih odgovorov, ki bi bolnika lahko zavedli.

2. Bolniki pri pouku

Mentorji družinske medicine in drugi ZDM sodelujejo pri pouku študentov, sekundarijev in specializantov, s čimer se zagotavlja kakovosten, sodoben, interaktiven in intenziven pouk omenjenim skupinam neposredno ob bolniku. Bolniki morajo biti seznanjeni o prisotnosti osebe, katere prisotnost ni neposredno vezana na proces diagnostike ali zdravljenja predhodno seznanjen vsaj na pismeni način z obvestilom, v posamičnih primerih izjemoma ustno neposredno med obiskom in biti seznanjeni z možnostjo odklonitve sodelovanja pri pouku, oz. z odstranitvijo učenca iz prostora, kjer poteka zdravstvena dejavnost, v kateri je ta bolnik udeležen.

Za pouk študentov Katedra za družinsko medicino MF pripravi ustrezna obvestila za bolnike, pisno in ustno seznanji mentorje z načinom informiranja bolnikov in pridobivanja njihovega soglasja. V informiranje ZDM lahko aktivno vključi tudi ambulantno medicinsko sestro ali receptorja.

Pri ostalih oblikah pouka je mentor sam odgovoren za organizacijo ustreznega informiranja bolnikov.

3. Navedbe o bolnikih v objavah

ZDM objavljamo številne prispevke, v katerih so omenjeni tudi posamezni primeri. Pri navedbah podatkov o bolnikih se mora vsak ZDM držati splošnih etičnih načel varovanja podatkov, predpisov s tega področja in poskrbeti, da bolnika iz opisa na noben način ni mogoče identificirati, oz. da ima dokumentiran poučen pristanek bolnika na obseg in način njegove predstavitve v kakršni koli obliki objave.

4. Odnos s sodelavci

ZDM je korekten do vseh svojih sodelavcev. Upošteva prispevek vsakega k skupnemu uspehu zdravljenja, zato spodbuja samostojnost, izobraževanje in timski pristop pri obravnavi bolnikov.

V primeru nesoglasij poskuša s svojim vplivnim položajem umirjati strasti in usmerjati delo k skupnim uspehom. V primeru težav se za pomoč najprej obrne na vodje služb in na druge organe znotraj zavoda in šele v primeru neuspeha išče nasvet pri drugih organizacijah družinske medicine.

5. Odnosi z javnostjo

ZDM v korist bolnikov neprestano komunicira s širšo javnostjo. Pri dajanju podatkov o zdravniško upravičeni odsotnosti delodajalcu, izdajanju potrdil za prehrano, o poškodbah, za odsotnost od pouka, pri sodelovanju s patronažno službo, socialno službo, šolsko svetovalno službo, policijo in pravosodnimi organi bo poskrbel za ustrezno varovanje podatkov. V primeru dileme se bo posvetoval z Etično komisijo družinske medicine.

6. Odnosi z občili

ZDM pogosto nastopajo v javnih občilih. Pri nastopih naj upoštevajo splošne norme vedenja pri takem delu in še posebej pozorno skrbijo za varovanje podatkov o bolnikih in o izvajalcih.

V primeru suma zdravstvene napake, naj se predstavnike občil napoti k odgovornemu za stike z javnostjo v zavodu. V primeru, da sta vodstvena in strokovna funkciji ločeni, je direktor zadolžen za organizacijsko - finančni del, strokovni vodja pa za strokovna vprašanja. Prizadeti, naj enega od njiju seznanita s primerom, da bosta lahko ustrezno ukrepala in javnost korektno seznanila z nastalo situacijo. Prizadeti posameznik in ostali zaposleni se bodo izogibali dajanju preuranjenih ali pavšalnih izjav.

7. Odnosi z organizatorji strokovnih srečanj

ZDM organizira številna strokovna srečanja, ki pokrivajo večino strokovnih potreb zdravnika družinske medicine. Tudi drugi organizatorji ponujajo zanimive in uporabne teme. Kot pasivni udeleženec strokovnih srečanj bo ZDM izbral predvsem med srečanja, kjer so med organizatorji tudi organizacije družinske medicine ali vsaj predstavniki teh organizacij in med predavatelji ZDM. Na ta način bo s svojo prisotnostjo jasno pokazal, da moralno in finančno podpira razvoj družinske medicine. Izogibal se bo srečanj, ki so namenjena zgolj v komercialne namene, ali zgolj po imenu namenjena ZDM, po obliki in vsebini pa zadovoljujejo cilje drugih interesnih skupin. Svojo prisotnost na takih srečanjih bo kritično ocenjeval.

Organizatorji srečanj vabijo ZDM, da aktivno sodelujejo na strokovnih srečanjih v lastnem imenu ali imenu družinske medicine na sploh. Kadar je k sodelovanju povabljen katera izmed organizacij družinske medicine, njen predstavnik pozove najbolj usposobljenega(e) kolega(e), da s svojim nastopom zastopa(jo) družinsko medicino na takem srečanju.

Pogosto so k sodelovanju povabljeni posamezni ZDM. ZDM se svobodno in samostojno odloča o svojem sodelovanju, a pri tem upošteva, da nastopa zgolj v lastnem imenu, ne glede na svoje formalno članstvo v kateri koli organizaciji družinske medicine. O svoji aktivni udeležbi bo predhodno seznanil Izvršilni odbor Združenja zdravnikov družinske medicine, Pedagoški kolegij Katedre za družinsko medicino ali Etično komisijo Zavoda za razvoj družinske medicine. Kadar je ZDM v dilemi, kako se odločiti, naj se posvetuje z Izvršilnim odborom, Pedagoškim kolegijem ali Etično komisijo. Slednja poda mnenje v spornih primerih. Če mu organizator predlaga, da nastopi v imenu družinske medicine, mora predhodno dobiti pozitivno soglasje Etične komisije.

8. Odnosi s sponzorji

ZDM se morajo stalno izobraževati. Sredstva za udeležbo na strokovnih srečanjih so močno omejena, zato je pogosto potrebna pomoč sponzorjev. ZDM lahko izbira med številnimi podjetji, ki mu lahko priskočijo na pomoč pri plačilu kotizacije in/ali ostalih stroškov udeležbe na strokovnem srečanju, ki si ga sam izbere. Pri tem mora ZDM razčistiti svoj odnos do sponzorja in morebitne medsebojne obveznosti, da ne bi prišel v nasprotje s predpisi in Kodeksom medicinske deontologije Slovenije. Pri udeležbi strokovnega srečanja v organizaciji in izvedbi organizatorja, ki ni iz vrst strokovnih združenj ali ustanov in na katerega ga pripelje sponzor, bo ZDM kritičen do ciljev, ki ji želi doseči organizator in on sam.

Podobno bo pozoren pri sponzoriranih postmarketinških študijah ali drugih oblikah informiranja oz. pospeševanja prodaje zdravil ali medicinsko tehničnih pripomočkov ter medicinske opreme, da ne bi prišel navzkriž z etičnimi normami. Pri vsaki obliki študije mora ZDM imeti kopijo privolitve Republiške komisije za medicinsko etiko, ki dovoljuje tovrstno raziskavo. Vsako spreminjanje ali uvajanje zdravljenja, ki ni neodvisna odločitev zdravnika v procesu zdravljenja, oz. je lahko na kakršen koli način pod vplivom sponzorirane raziskave, mora biti le-ta predhodno potrjena s strani pristojne komisije za medicinsko etiko.

9. Odnos do zdravstvene politike

ZDM na številne načine sodeluje v zdravstveni politiki in zdravstvena politika ima velik vpliv na delo ZDM. V načelu je prav vsako dejanje politično dejanje, zato se mora ZDM pri svojih izjavah, odločitvah in ukrepanjih zavedati opaznosti vloge, ki jo ima v lokalnem in širšem prostoru.

Sodelovanje v odborih, komisijah, delovnih skupinah in podobnih oblikah odločanja je pomembna naloga ZDM, saj s tem v praksi uveljavlja politiko družinske medicine in utrjuje njen ugled med kolegi in v širšem prostoru.

Njeno delo in ukrepe bo ocenjeval kritično, vendar se bo izogibal pavšalnim izjavam, ki ne bodo temeljile na čvrstih dokazih. Svoje utemeljene poglede bo poskušal formalizirati v okviru institucij, ki so na razpolago (Katedra za družinsko medicino MF, Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Razširjeni strokovni kolegij družinske/splošne medicine, Odbor za osnovno zdravstvo ZZS in Zavod za razvoj družinske medicine). Javnosti jih bo praviloma predstavil v strokovnih glasilih in se poskušal izogibati javnim polemikam o strokovnih vprašanjih v laičnih občilih.

Načeloma se mora ZDM izogibati takih izjav, odločitev ali akcij, s katerimi bi vede in zavestno deloval v nasprotju z medicinsko etiko, temi vodili in usmeritvami družinske medicine. Graditi mora na sodelovanju vseh strok in drugih subjektov za izboljšanje sistema zdravstvenega varstva z namenom zagotoviti pravično, kakovostno in pravočasno zdravstveno oskrbo vsem ljudem. Pri svojem delu se po nasvet lahko obrne na Etično komisijo družinske medicine.

10. Odnos do sodelovanja v nezdravstvenih organizacijah

ZDM v svojem prostem času sodeluje v številnih nezdravstvenih organizacijah, ki s svojim delom posegajo tudi na področje zdravstvenega varstva. Sodelovanje v takih organizacijah je pomembna oblika dela za izboljševanje zdravstvenega stanja ljudi. ZDM ne bo sodeloval v takih organizacijah, ki bodo delovala v nasprotju z občimi

človekovimi pravicami in v organizacijah, ki ne bodo delovale na temeljih strokovnih spoznanj.

Izogibal se bo delovanju v organizacijah, ki jim je edini cilj pridobitništvo na račun slabo informiranih bolnikov in v organizacijah, ki izvajajo nekovencionalne oblike zdravilstva pod krinko zdravstvene dejavnosti in bi ZDM s svojo navzočnostjo ali imenom neposredno ali posredno prispeval k vtisu, da gre za uveljavljeno doktrinarno zdravstveno dejavnost.

11. Odnos do organov upravljanja

ZDM na podlagi statuta zavoda in drugih predpisov upošteva in izvaja navodila organov upravljanja v lastnem zavodu. Kadar meni, da odločitve vodstva niso v skladu sodobnimi spoznanji v stroki, se lahko obrne po nasvet na organizacije družinske medicine.

12. Odnos do preiskovancev v raziskavah

Pomemben del razvoja stroke so raziskave. Raziskava je vsako zbiranje podatkov o bolnikih, njihovo intervjuvanje, fotografiranje, predstavljanje njihovih posamičnih primerov v kakršni koli obliki, z namenom priti do znanstvenih sklepov in njihove predstavitve v javnosti.

Pri načrtovanju raziskave je potrebno upoštevati predpise in mednarodne deklaracije s področja biomedicinskih raziskav ter pridobiti pozitivno mnenje Državne komisije za medicinsko etiko, kadar gre za poskuse na ljudeh. Za druge raziskave je prav tako potrebno pridobiti mnenje Državne komisije za medicinsko etiko ali Etične komisije družinske medicine.

13. Odnos do samozdravljenja

ZDM podpira bolnikovo samostojnost in samozdravljenje v obliki tradicionalnih domačih zdravil in načinov obvladovanja težav, ki se praviloma pozdravijo same od sebe in pri katerih ne predvidevamo možnosti zapleta ali nevarnega poteka. Upošteva usposobljenost farmacevtov v lekarniški mreži, ZDM podpira bolnike pri uporabi zdravil in zdravilnih sredstev v prosti prodaji v lekarnah (OTC) za lajšanje znanih kroničnih težav in obvladovanje nekaterih samoomejenih akutnih stanj.

ZDM ne podpira nekritične uporabe zdravilnih pripomočkov in drugih nepreverjenih sredstev ali ukrepov, ki niso registrirani kot taki, oz. nimajo dokazane učinkovitosti in varnosti.

14. Odnos do nekonvencionalnega zdravilstva

ZDM v rednem delovnem času v svoji ambulanti pri svojih bolnikih ne uporablja nekonvencionalnih (alternativnih) metod zdravljenja. Prav tako bolnikov ne zavaja v njihovem prepričanju o učinkovitosti in uspešnosti teh metod z reklamiranjem eventualne lastne tovrstne aktivnosti izven ambulate ali aktivnosti drugih posameznikov in ustanov.

ZDM ne podpira nekritične uporabe nekonvencionalnega zdravilstva, vendar se pri svojih bolnikih pozanima o oblikah nekonvencionalnega zdravilstva, ki ga le-ti brez njegove vednosti uporabljajo, jim svetuje glede varnosti, jih spodbuja k uporabi priznanih metod zdravljenja in skrbi za to, da zaradi uporabe nekonvencionalnih zdravilskih metod bolnik ne opusti predpisanega zdravljenja.

15. Odnos do dela v organih upravljanja

ZDM so pogosto vključeni v vodstvene naloge (vodje službe, strokovni vodje, direktorji zavodov, funkcionarji strokovnih združenj, društev in organov ter državne funkcije in službe). Kljub svoji osnovni izobrazbi, v tej vlogi ne nastopajo kot zdravniki, temveč v vlogi organizatorja dela, menedžerja, zdravstvenega politika, koordinatorja itn., zato morajo upoštevati pravno ureditev del, ki jih opravljajo, pri čemer ne morejo popolnoma zanemariti etične drže svojega osnovnega poklica. ZDM se samostojno in svobodno odloča o prevzemu tovrstnih nalog, ki praviloma krepijo ugled in položaj družinske medicine.

Načeloma se morajo ZDM izogibati takih funkcij, pri katerih bi vede in zavestno delovali v nasprotju z medicinsko etiko, temi vodili in usmeritvami družinske medicine.

Pri svojem delu se po nasvet lahko obrnejo na Etično komisijo družinske medicine. Če ugotovijo, da svojih nalog ne morejo uresničevati v skladu s svojimi prepričanji, naj se umaknejo s takega položaja.

16. Odnos do dela v strokovnih komisijah

ZDM, ki dela v strokovnih komisijah, ima pri tem delu status izvedenega strokovnjaka, ki opravlja neko upravno, finančno, ali administrativno delo, povezano z medicinsko stroko, za kar je potrebna izobrazba doktor medicine (dr. med.) in ne status zdravnika, oz. ZDM. Tako delo je delo kot imenovani zdravnik ZZZS, zdravniške komisije ZZZS in ZZS, delo v senatu invalidske komisije, komisije za razporejanje mladostnikov z motnjami v razvoju, komisije znotraj zavoda idr.

V podobni vlogi se ZDM znajde tudi med opravljanjem rednega dela ali dela v dežurstvu, kadar je na podlogi zakonskih predpisov pozvan s strani občine, organov za notranje zadeve, tožilca, preiskovalnega sodnika ali sodišča, da poda strokovno mnenje izvedenca ali izvedenega strokovnjaka pri mrliskem ogledu, pri krajevnem ogledu, pri oceni telesnih poškodb, pri odvzemu telesnih tekočin in preizkusu alkoholiziranosti ali stanja pod vplivom drog.

Kadar ZDM medicine opravlja naloge po pooblastilu nezdravstvene institucije, se ravna v skladu s Kodeksom medicinske etike in deontologije in ostalimi pozitivnimi predpisi, ki urejajo delo v takih primerih. Kadar to delo opravlja ob prisotnosti osebe, jo je dolžan seznaniti s tem, da nastopa v vlogi izvedenega strokovnjaka, oz. izvedenca in ne kot zdravnik. V taki vlogi pridobljeni podatki so prav tako poklicna skrivnost in jih ne sme uporabljati, če se isto osebo ali primer obravnava v vlogi zdravnika ali v kakšni drugi vlogi.

Za nasvet v zvezi z ravnanjem se lahko obrne na Etično komisijo družinske medicine.

IV.

Etična komisija

Etična komisija družinske medicine je organ Zavoda za razvoj družinske medicine. Sestavljena je iz treh članov. Vsaj dva člana morata biti fakultetna učitelja. Najmanj en član mora biti zaposlen na Katedri in najmanj en član mora delati tudi z bolniki v splošni ambulanti.

Sedež komisije je na Poljanskem nasipu 58, 1000 Ljubljana.

Etično komisijo na predloge Katedre za družinsko medicino MF, Združenja zdravnikov družinske medicine SZD, Razširjenega strokovnega kolegija družinske/splošne medicine in Zavoda za razvoj družinske medicine imenuje svet Zavoda za razvoj družinske medicine. Soglasje k imenovanju pa dajo Katedra za družinsko medicino MF, Združenje zdravnikov družinske medicine SZD in Razširjeni strokovni kolegij družinske/splošne medicine.

Etična komisija ima petletni mandat z možnostjo ponovnega imenovanja članov. Delu komisije predseduje predsednik, ki ga izmed sebe izberejo člani komisije. Komisija za svoje delo odgovarja na osnovi teh vodil in drugih pozitivnih predpisov, ki urejajo to področje.

Naloge etične komisije so preučevanje etičnih norm in predlogi za njihovo vključevanje v Etični kodeks, svetovanje v zvezi z etičnimi vprašanji, odobritev aktivnosti, ki posegajo na področje, ki ga ureja ta kodeks, podajanje mnenja pri raziskovalnih nalogah, obravnava kršitev kodeksa ter promocija etičnega vedenja v strokovni in laični javnosti.

V.

Kršitve

Kršitev je ravnanje v nasprotju z vodili tega etičnega kodeksa. Za kršitve pozitivnih zakonskih aktov in Kodeksa medicinske deontologije Slovenije so pristojni drugi organi. Čez kršitelja se lahko pritoži vsak državljan s pisno vlogo Etični komisiji, v kateri navede konkretni sum kršitve, kršitelja in ev. oškodovanca.

VI.

Ukrepi

Etična komisija za kršitev posamezniku ali skupini zdravnikov lahko izreče ukrep. Namen ukrepov je poučiti kršitelja o njegovem zmotnem ravnanju in ga usmeriti k pravilnemu ravnanju. Etična komisija to naredi v osebem pogovoru s kršiteljem, o čemer se naredi zapisnik in izroči kršitelju. Prijavitelja se o rezultatu pogovora obvesti s splošnim dopisom, da je bil primer obravnavan.

V primeru, da se ugotovi kršitev teh vodil, komisija lahko izreče enega izmed opominov. Opomin se kršitelju izreče individualno v pisni obliki. Javni opomin se izreče kršitelju individualno v pisni obliki in opomin objavi v časopisu Družinska medicina. Komisija zdravniku v primeru neetičnega ravnanja lahko prepove nadaljnje nezdravstvene ali raziskovalne aktivnosti. Kadar gre za hujše kršitve, lahko kršitelja predlaga tožilcu ZZS, če segajo na področje strokovnosti dela pa komisiji za strokovno medicinska vprašanja ZZS.

VII.

Pritožba

Pritožba je možna v 15 dneh na Pedagoški kolegij Katedre za družinsko medicino MF, ki o vprašanju odloča na eni svojih naslednjih sej in najkasneje v treh mesecih o svojih ugotovitvah odgovori pritožniku.

VIII.

Končne določbe

Vodila Etičnega kodeksa veljajo za vse zdravnike družinske medicine z dnem, ko ga sprejmejo Katedra za družinsko medicino MF, Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Razširjeni strokovni kolegij družinske/splošne medicine in Zavod za razvoj družinske medicine.

Etična komisija Katedre za družinsko medicino je dolžna spremljati razvoj na tem področju in navedenim organizacijam predlagati eventualne dopolnitve ali spremembe.

Etični kodeks velja od 7. dneva po objavi v časopisu Družinska medicina, da so ga sprejele omenjene organizacije.

Izjava namesto sklepa

Etični kodeks javnega delovanje zdravnikov družinske medicine je nastal z namenom, da bi bil kolegom v pomoč in vodilo pri delu z bolniki ter pri odločanju o svoji dejavnosti na javnem področju. Nikakor ni namen v omejevanju svobode pri zdravnikovih odločitvah ali v odvratanju od Kodeksa medicinske deontologije in drugih predpisov v zvezi z etičnimi ter deontološkimi vprašanji. Družbeni odnosi se razvijajo z nesluteno hitrostjo, zato smo skušali s tem kodeksom osvetliti predvsem sive lise na področju etike v medicini. Upamo, da bo kodeks služil svojemu namenu in se bo razvijal s potrebami časa.