

Rade Iljaž¹, Tadeja Čerin²

Kaj moramo vedeti o zdravniški poklicni etiki pri delu z ljudmi

What Do We Have to Know About Physicians' Professional Medical Ethics

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: poklicna etika, etični principi, etični problem

Pouk o medicinski etiki in deontologiji, ki je vključen v študijske programe vseh večjih medicinskih fakultet v Evropi in ZDA, ima tudi na Slovenskem lepo zgodovino. Ker živimo v dobi novih tehnologij, globalizacije in hitrega napredka znanosti, se sodobni zdravnik nenehno sooča z novimi strokovnimi izzivi in hkrati novimi etičnimi ugankami. Pri njihovem reševanju smo dolžni ravnati v skladu z našimi deontološkimi pravilniki in spoštovati temeljna etična načela našega poklica, kot so dobronamernost, resnicoljubnost, neškodljivost, bolnikova samostojnost, pravičnost in zaupnost. Etični problemi se pojavljajo predvsem takrat, ko iz različnih razlogov ravnamo v nasprotju s temi načeli in so pri vsakdanjem delu pogosto spregledani. Strokovno neoporečno delo, spremljanje medicinskih dosežkov in zakonskih predpisov so odločilnega pomena za ustrezno reševanje etičnih problemov in tako tudi za našo strokovno rast. Kadar naletimo na težje etične zagate, smo za mnenje dolžni povprašati izkušenejši kolege oz. strokovne in etične odbore.

ABSTRACT

KEY WORDS: professional ethics, ethical principles, ethical problems

Teaching about medical ethics and deontology, included in curriculums of most important medical faculties in Europe and USA, has a long and successful tradition in Slovenia too. Considering that we are living in the age of new technologies, globalization and expeditious development in every branch of knowledge, modern physician is continuously confronted with new professional challenges and ethical puzzles. Trying to solve ethical dilemmas, we are obliged to respect our professional ethical codes and basic ethical principles of medical profession such as beneficence, truth-telling, non-maleficence, patient's autonomy, justice and confidentiality. Ethical problems arise above all when we are breaking some of these basic ethical rules from different reasons. Ethical problems are frequently overlooked. By performing good medical practice, keeping our medical knowledge up-to date and permanently considering valid legal regulations, we gain the powerful tools for solving ethical dilemmas and for our professional promotion at the same time. Confronted with more difficult ethical problems, we are obliged to consult more experienced colleagues or professional and ethical boards.

¹ Asist. Rade Iljaž, dr. med., Gubčeva 16, 8250 Brežice.

² Tadeja Čerin, dr. med. Zdravstveni dom Ljubljana-Polje, Cesta 30. avgusta 2, 1000 Ljubljana.

UVOD

Slovenski zdravniki smo lahko ponosni na našo bogato strokovno dediščino s področja medicinske etike. Osnove etično-deontoloških vidikov zdravnikovega dela je na Slovenskem postavil prvi predstojnik Inštituta za sodno medicino, pokojni akademik Janez Milčinski, in danes v medicinski javnosti večkrat zasledimo izraz »Ljubljanska deontološka šola« akademika Janeza Milčinskega (1). Področje slovenske medicinske etike in deontologije je, zahvaljujoč prizadevanjem prof. Antona Dolenca in njegovih sodelavcev, vztrajno nadgrajevano in obogateno s številnimi učbeniki in strokovnimi prispevki ter z istočasnim prilagajanjem in nadgrajevanjem pouka na dodiplomskem študiju Medicinske fakultete v Ljubljani.

Medicinska etika je zbirka moralno-etičnih pravil za zdravnika, ki temelji na dejanskem medicinskem znanju in moralnih načelih. Njeno spoštovanje je bistvena sestavina kate-regakoli medicinskega ukrepa (2, 3). Morala predstavlja znanost o dobrem in zlem ter o človeškem delovanju oziroma nekaj, kar vrednoti in ureja medsebojne odnose ljudi, kot posledica dobrega in slabega (4, 5).

Deontologija je nauk o nravnih zdravnikovih dolžnostih; medicinska deontologija pa skupek pravil, ki urejajo nravne dolžnosti zdravstvenih delavcev (2).

Pouk o medicinski etiki in deontologiji je danes vključen v program študija na Medicinski fakulteti in na vseh medicinskih šolah v Sloveniji in je tudi navzoč na praktično vseh pomembnejših medicinskih fakultetah v Evropi in ZDA (6). Lastne etične in deontološke pravilnike so izdelala številna nacionalna in mednarodna zdravniška združenja. Največkrat navedena mednarodna kodeksa sta Helsinška deklaracija z nadgrajenimi različicami in Oviedska konvencija (7). Pomembno vodilo za slovenskega zdravnika je predvsem »Kodeks medicinske deontologije«, ki bi se v resnici moral imenovati »Kodeks zdravniške deontologije« (8, 9). Nekatere veje medicine zaradi široke usmerjenosti, pogostih neposrednih stikov z bolnikom, njegovo družino in ožjim bivalnim okoljem terjajo več etične kreposti in strožja etično-deontološka merila. To je tudi razlog, da so si nekatere stroke izdelale še lastni

etični pravilnik javnega delovanja (10). Čeprav je ozko usmerjenim specialistom lažje zaščititi bolnikovo dobro s pravili in statuti v okviru pravic in dolžnosti, ni medicine, ki bi v praksi lahko delovala brez predanosti do posameznih vrtilin (6).

Razlogi za vidno naraščanje zanimanja za medicinsko etiko ali bioetiko po svetu in pri nas so številni; nekateri so očitni in pereči tudi za nestrokovno javnost in medije (6). Akademik Anton Trstenjak je že dolgo tega zapisal, da »čim bolj kakšne stvari zmanjkuje, tem več se o njej govori in piše« (11). Nekatere etične zagate so dejansko stare kolikor medicina sama (ugovor vesti, vprašanje splava, pomoč pri umiranju, druge oblike zdravljenja ipd).

Sodobni zdravnik v resnici živi pod drobnogledom javnosti, v dobi novih tehnologij, globalizacije in silovitega napredka znanosti. Postali smo pluralistična družba spreminjajočih se vrednot, ki prisega na človekove pravice in sodelujoč način zdravljenja, v katerem se bolnik in zdravnik na podlagi predvidenih možnosti odločata skupaj (12). Zaradi omejenih zmožnosti zdravstvenih sistemov smo neredko prisiljeni skrbno pretehtati koristi in učinke uporabe različnih oblik zdravstvene oskrbe. Včasih se tudi nevede odločamo pod vplivom silno močnih proizvajalcev medicinske opreme, pripomočkov in zdravil (13). Vse omenjene okoliščine prinašajo s seboj tudi nove etične zagate, s katerimi se pri našem delu praktično srečamo vsakodnevno.

Številna etična vprašanja se pojavljajo tudi pri oživljanju in nujenju nujne medicinske pomoči (NMP) (14), ob izvajanju preventivnih programov (15) in pri raziskovalnem delu (16), ob zdravljenju družinskih članov in nasilju v družini (17), med poučevanjem študentov (18), sodelovanju s farmacevtsko industrijo (13), s kolegi, državnimi institucijami in organi pregona...

TEMELJNE ETIČNE VREDNOTE

Marsikateri etični dvom, ki se pojavi med našim delom, zdravniki pogosto rešujemo intuitivno in se ga niti ne zavedamo, dokler nam ne povzroča napetosti. Etični problemi se pojavljajo predvsem takrat, kadar različne okoliščine povzročajo nasprotje z zdravnikovo dolžnostjo, da pomaga bolniku (19). Pri

njihovem reševanju smo poleg upoštevanja strokovnih meril in obstoječih pravilnikov, deklaracij, zakonov in konvencij dolžni predvsem spoštovati temeljne etične vrednote našega poklica: dobronamernost, neškodljivost, bolnikovo samostojnost (avtonomijo), pravičnost, resnicoljubnost in zaupnost (19).

Dobronamernost

Je etično načelo, ki nalaga zdravniku, da ukrepa v korist svojega varovanca; blaginja le-tega mu mora biti najvišji zakon. Dobronamernost največkrat ni sporna, postavlja pa pred zdravnika visoke strokovne zahteve (stalno strokovno izobraževanje) in v njen okvir sodita tudi spoštovanje verskih prepričanj in splošnih zapovedi, ki so včasih v nasprotju z zdravnikovi. Najpogostejše etične zagate dobronamernosti so: lažne diagnoze za bolniški stalež, opravičila za študente, potrdila za zavarovalnice. Zdravniki so pri tem pogosto pod velikim pritiskom bolnikov

Primeri:

- Študentka, ki bo izgubila letnik in jo pred tem lahko reši »le zdravniško potrdilo«.
- Delavec, ki lahko izgubi službo, v kolikor se mu ne izdajo bolniški listi.
- Pripadnik Jehovovih prič odklanja transfuzijo krvi.

Resnicoljubnost

Na prvi pogled samoumevna in nesporna etična vrednota, ki bi morala biti tudi zdravnikova pomembna značajska lastnost. Pogosto je z dobronamernostjo združena v etično načelo »delati dobro«. Vendarle je prikrivanje resnice in zavajanje bolnikov v medicini razmeroma pogost pojav (20). Bolnike dejavno zavajamo, kadar jim zavestno lažemo glede zdravljenja ali smo med sporočanjem dvoumni in nejasni. Pri tem največkrat grobo kršimo še eno etično načelo: bolnikovo pravico do samostojnega odločanja o lastnem zdravljenju. Pasivno zavajanje izvajamo predvsem z molkom in dopuščanjem neresnic, kadar jih zasledimo. Neredko se izogibamo sporočanju slabih novic in odkritemu pogovoru o možnih posledicah bolezni in morebitne smrti z bolnikom in njegovo družino. Le redki zdravniki so pripravljeni odkrito priznati bolniku svojo napako in s tem prevzeti tudi vso odgovornost

za možne posledice. Čeprav je resnicoljubnost pomembna etična vrednota in značajska prvina, moramo v posameznih primerih prednost dati pozornosti in obzirnosti do bolnika. Primeri:

- Svoji prosijo zdravnika naj ne pove resnične diagnoze bolniku z rakom.
- Bolniku prikrivamo prave razloge pošiljanja na dodatne diagnostične preiskave.
- Bolniku zamolčimo možne neugodne učinke predvidenega zdravljenja.

Neškodljivost

Zdravnikovo ravnanje naj ne bi nikoli škodilo bolniku. To je verjetno najpogosteje kršeno načelo, ker vsak zdravstveni ukrep lahko povzroči tudi stranske učinke. Zlasti je problematičen pri izvajanju javnozdravstvenih ukrepov (preventivni programi, cepljenja) oz. ko moramo pretehtati med tveganjem preventivnega ukrepa in zanemarjanjem ogrožajočega dejavnika ali dobrobiti družbe. Primeri:

- Bolnik z zvišanimi maščobami in/ali sladkorjem v krvi odklanja zdravljenje zaradi možnih stranskih učinkov.
- Mati odklanja cepljenje svojega otroka, ker je slišala in brala o škodljivih učinkih cepljenja.

Bolnikova samostojnost

Pomeni pravico bolnika, da sam odloča o predlaganih postopkih zdravljenja. Z etičnimi dvomi na področju bolnikove samostojnosti se zdravniki dokaj pogosto srečamo. Spoštovanje bolnikove samostojnosti je predvsem odvisno od stopnje zaščitniškega odnosa zdravnika do bolnika. Izrazito zaščitništvo pomeni, da zdravnik odloča namesto bolnika, kar je sprejemljivo le takrat, ko se bolnik ni sposoben sam odločiti (19, 21). Ključnega pomena pri bolnikovem odločanju sta poučen pristanek (informed consent) in zaupanje v zdravnika. Poučen pristanek pomeni zdravnikovo dolžnost, da si pred kakršnim koli zdravstvenim ukrepom pridobi privolitev bolnika, potem ko ga je primerno poučil o možnih posledicah tega postopka (22). Poučen pristanek je na mestu pri vseh kliničnih odločitvah in ima ugoden vpliv na bolnikovo zaupanje v zdravnika. V primeru, da bolnik zavrača

zdravljenje se zdravnik mora prepričati, da je bolnik imel dovolj ustreznih informacij, da je razumel pomen predlaganih ukrepov, in ali je zares v tem času sposoben odločati samostojno in prostovoljno. Uporaba nekaterih zdravil in določena bolezenska stanja lahko vplivajo na sposobnost samostojnega odločanja. Bolnik ima tudi pravico vnaprej pisno izraziti svojo voljo (advance directive) in prepovedati oživljanje ali drugačno zdravljenje takrat, ko je nesposoben izraziti svoje želje. Primer:

- starejša bolnica z napredovalo rakasto boleznijo izrazi v pogovoru z zdravnikom in medicinskim osebjem v DSO (domu starejših občanov) željo, da se ji ne podaljšuje življenje za vsako ceno. Hčerka vztrajno zahteva parenteralno hidracijo in premostitev v bolnišnico. (V tem primeru bi bolniščina pisno izražena volja verjetno bila odločilnega pomena.)

Vsak zdravnik bi že vnaprej moral biti pripravljen na ravnanje v okoliščinah, ko so bolnikove želje v očitnem nasprotju z njegovo koristjo. Pri tem mu je v pomoč poznavanje nekaterih značilnih skupin bolnikov.

- a) Odrasel, duševno sposoben bolnik. Pred očmi je treba vedno imeti pravilo, da odraslega, duševno sposobnega bolnika, ni mogoče zdraviti proti njegovi volji (22). Pri tem bi zdravnik vedno moral preveriti ustreznost podajanja poučenega pristanka in stopnjo bolnikovega zaupanja.
- b) Starejši mladoletnik – Treba je omogočiti sodelovanje pri odločanju o zdravljenju, glede na stopnjo zrelosti in sposobnost razumevanja. V primeru, ko se starejši mladoletnik odreka nujnemu zdravljenju in ga pri tem starša podpirata, mora zdravnik odločitev spoštovati ali za posredovanje zaprositi drugega zdravnika.
- c) Mlajši otrok – Ko v imenu mladoletnega otroka nasprotujejo starši in je opredelitev v očitnem nasprotju z otrokovo koristjo, je v nepravdnem sodnem postopku možno odvzeti staršem skrbništvo in predlagati varuha za čas zdravljenja. V primeru, da obstaja poseg, ki je za starše sprejemljiv in je v skladu s strokovno doktrino, mora zdravnik izbrati tega, tudi če pričakuje za polovico manjšo verjetnost, da bo uspešen (22).

- č) Duševno nesposoben bolnik – Oviedska konvencija dopušča zdravljenje brez privolitve, kadar gre za hudo bolezen in bi brez zdravljenja nastala velika škoda na bolnikovem zdravju (7). Treba se je prepričati, da je poseg zares nujen in nezamenljiv s takšnim, ki je za bolnika sprejemljivejši.
- d) Brezupno bolni – Posebej težka so vprašanja o opustitvi ali ukinitvi zdravljenja pri brezupno bolnem ali umirajočem bolniku, ki ni zmožen razumno odločati. Zdravnike odločitve so na podlagi najboljšega znanja in osebne odgovornosti in morajo temeljiti na oceni nadaljnega poteka bolezni. Ukrepanje mora biti v bolnikovo največjo korist in je to lahko tudi opustitev ali prenehanje aktivnega zdravljenja brez soglasja bolnika (22). Treba je poznati temeljno razliko med »pomagati pri umiranju« (evtanazija) in »dovoliti umreti«. Drugo ne pomeni pasivne evtanazije, temveč spoštovanje človekovega življenja, ki se počasi izteka (23).

Zaradi izjemne občutljivosti takšnih odločitev se je tudi Komisija za medicinsko etiko (KME) Republike Slovenije izrekla s svojim Stališčem o ravnanju z umirajočim (22).

Primer:

- vsi terminalni bolniki, pri katerih smo v dvomih, ali bi sploh lahko preživeli transport do bolnišnice oz. ali bi le-ta bistveno poslabšal njihovo stanje in pospešil smrt.
- e) Samomorilci – odločitev za samomor ne pomeni veljavne zavrnitve zdravniške pomoči, tudi če ima svojo voljo zapisano v poslovilnem pismu (22).

Obstajajo tudi bolezenska stanja, ko je samostojnost bolnika omejena tudi z zakonski določili. Poleg opravilne nesposobnosti bolnika in težjih duševnih bolezni so to predvsem nalezljive bolezni, katerih prijava in zdravljenje sta obvezni – po seznamu nalezljivih bolezni (21, 24). V to skupino sodijo tudi obvezni ukrepi delodajalca za zagotavljanje varnosti pri delu in zloraba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi na delovnem mestu (25, 26).

Primeri:

- Moški ne želi, da bi žena izvedela za njegovo spolno prenosljivo bolezen in celo odklanja

zdravljenje (v pomoč so nam določila Zakona o zdravljenju nalezljivih bolezni).

- Delodajalec zahteva od delavca, da se začne zdraviti zaradi odvisnosti od alkohola.

Pravičnost

Opredelitev le-tega etičnega načela je zapisana že v 1. členu Kodeksa medicinske deontologije Slovenije in se glasi: »Z vsemi svojimi močmi bom čast in plemenita izročila zdravniškega poklica ohranjal in pri opravljanju svojih zdravniških dolžnosti ne bom dopuščal nobenih razlik zaradi vere, nacionalnosti, rase, politične pripadnosti ali socialnega položaja (8).« Vendarle načela pravičnosti v medicini ne moremo omejiti le na razmerje zdravnik–bolnik temveč le-ta nujno zajema precej širše področje – zdravstvene oskrbo in celotno zdravstveno politiko. V zdravstveni oskrbi pravičnost pomeni: enak dostop do zdravljenja, enakost v kakovosti zdravljenja in enakost v odločitvah. V anglo-saksonski literaturi se je izoblikoval izraz »the inverse care law«, kar pomeni, da imajo bolniki s slabim socialno-ekonomskim položajem običajno več zdravstvenih težav in slabšo dostopnost do zdravstvene oskrbe. Angleška fundacija »Pravičnost pri zdravstveni oskrbi« poudarja naslednjih pet prvin pravičnosti: zdravje, dostopnost, odgovornost, izbira in izobraževanje (27). Vse našete prvine so dolžni spoštovati tako uporabniki in ponudniki zdravstvenih storitev kakor tudi državne ustanove in poklicna združenja. Z razmeroma veliko zanesljivostjo je možno predvideti, da bodo čedalje pogostejši etični dvomi na tem področju tudi veliki izziv za ustvarjalce zdravstvene politike v prihodnje.

Etični dvomi s področja pravičnosti se tudi odsevajo v naklonjenosti zdravnika k tistim bolnikom, ki bolj zavzeto sodelujejo pri zdravljenju in se držijo zdravniških navodil (19). Pri tem se pred nas nujno zastavi vprašanje, na katero še nobenemu mislecu ni uspelo podati dokončnega odgovora: Ali je sploh možna in uresničljiva popolna pravičnost in človeštvo brez krivic?

Jasno, od zdravnika se pričakuje, da naj ne bi delal zavestnih krivic, vendar je to v zapletenem blodnjaku človeških želja in gmotnih zmogljivosti sleherne družbe vse prej kot lahka naloga. Še posebej je treba biti

pozoren na pretirano »pristne odnose« s proizvajalci zdravil tehničnih pripomočkov in medicinske opreme, kar lahko utegne pomembno vplivati na pravičnost zdravniških odločitev pri izbiri načina zdravljenja.

Primeri:

- Zdravnik se zateka k prirejanju diagnoz in podatkov, da bi zavedel zdravstveno zavarovalnico v korist bolnika.
- Zahteve bolnikov po diagnostičnih preiskavah, napatitvah, bolniškem staležu, zdravlilih, izdaji različnih potrdil.
- Odklonitev bolnišničnega zdravljenja zaradi bolnikovega slabega gmotnega statusa.

Zaupnost

Največkrat jo obravnavamo v sklopu načela bolnikove samostojnosti. Opredeljena je kot obljuba, da ne širimo zasebnih in občutljivih informacij o bolniku, in je zapisana že v Hipokratovi zaprisegi (28): »Kadarkoli bom pri izvrševanju svojega poklica videl in slišal ali izvedel o življenju bolnikov izven poklica, hočem, kolikor ne sodi v javnost, zamolčati in smatrati za zaupno skrivnost.« Slovenski Kodeks medicinske deontologije obravnava poklicno molčečnost in njene omejitve v 35., 36. in 37. členu, kjer je med drugim zapisano: »Zdravnik je dolžan varovati poklicno skrivnost tudi do družinskih članov bolnika in tudi po bolnikovi smrti« (35. 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 pretehtal, kaj od sporočenega bi bolniku lahko škodovalo in katere podatke bo zadržal v tajnosti« (36. člen). »V znanstveno-raziskovalnih objavah in pri pouku smejo biti podatki o rezultatih ugotovitev in preiskav sporočeni le tako, da je zagotovljena anonimnost bolnika. Javno prikazovanje bolnikov v znanstvene in učne namene je moč izvajati le z njihovim pristankom« (37. člen). Popolna zaupnost velikokrat ni izvedljiva in zaželeno, predvsem v primerih, ko gre za veliko tveganje bodisi za javno zdravje in varnost družbe ali za zdravje in varnost posameznika. Korist družbe pretehta pravico posameznika do

zaupnosti, npr. v primerih nasilja in kriminalnih dejanj, zlorabe in zanemarjanja ranljivih in v postopkih prijave nalezljivih bolezni (29). Iskanje ravnovesja med načelom zaupnosti in pravicami družbe ali nedolžnih tretjih oseb je včasih prava umetnost, ki terja od zdravnika potrpežljivost in preudarno ravnanje.

Uporaba sodobnih tehnologij in postopkov prinaša tudi številna nova etična vprašanja in pomisleke s področja zaupnosti. Najbolj značilna primera sta genetsko svetovanje in uporaba računalnika pri zdravnikovem delu. V družinski medicini, ki obravnava bolnika kot del »družinskega sistema« in skrbi za zdrave družine kot celote, so meje med hotenji in koristni posameznika in družine največkrat zabrisane. Vprašanja, ki se pri tem odpirajo glede razkrivanja posameznih zaupnih podatkov o posamezniku drugim družinskim članom, so za zdravnika vse prej kot lahka. Potrebno je dobro poznavanje delovanja posamezne družine, upoštevanje različnih kulturnih vrednot in ustrežna usposobljenost in veščine na področju sporazumevanja. Primeri:

- Starejši mladostnik (17 let), ki pred zdravnikom omenja možnost samomora.
- 15-letno dekle, ki ne želi, da bi starša izvedela za njeno nosečnost.

Pri omenjenih primerih je treba predvsem upoštevati dejstvo, da se mladostniki želijo dokazovati skozi uveljavljanje lastne volje in neodvisno odločanje na zelo občutljivih področjih. Zdravnik je dolžan vzpodbujati mladostnika, da privoli v vključitev staršev v zdravljenje.

Neredko smo tudi priče poskusom delodajalca, da bi izvedel kaj več o razlogih za pogoste odsotnosti z dela. V tem primeru je nedotakljivost bolnikove zaupnosti nesporna. Zdravnik mora biti pripravljen tudi na različne zahtevke (zavarovalnice, predhodni in obdobjni pregledi za delodajalca, zavod za zaposlovanje) po vpogledu v medicinsko dokumentacijo. V vseh tovrstnih primerih sta bolnikova privolitev in pisno pooblastilo nujna pogoja. Na kliničnih oddelkih se v zadnjih letih uveljavlja bolnikovo pooblastilo za dajanje določenih informacij le naprej določenim osebam. Posebna pozornost je potrebna pri podajanju informacij po telefonu, kjer se

tudi lahko zastavi vprašanje identitete klica-joče osebe.

Pomena etičnega načela zaupnosti se mora zavedati tudi nemedicinsko osebje (čistilke, vzdrževalci, vozniki ...) v zdravstvenih ustanovah in tudi začasni obiskovalci ambulanta (študenti, prostovoljci). V primerih nehotene kršitve načela zaupnosti se je bolniku treba opravičiti, vzeti dogodek pod drobnogled in tudi sankcionirati morebitno izrazito malomarnost zaposlenih (29).

REŠEVANJE ETIČNIH ZAGAT

Etični problemi so pri vsakdanjem zdravnikovem delu razmeroma pogosti in se pri ambulantnem delu pokažejo približno pri tretjini vseh obiskov (19). Prvi in najbolj pomemben korak k reševanju tovrstnih zagat je njihovo prepoznavanje, kajti tisti zdravnik, ki ni pozoren, jih bo največkrat spregledal (30).

Najbolj pogosto se etični problemi pojavljajo takrat, ko pridemo navzkriž s temeljnimi etičnimi načeli zdravstvene oskrbe, prikazanimi v prejšnjem poglavju. Vzrokov je nešteto in možnosti njihovega reševanja pogosto presegajo okvire ozkega razmerja med bolnikom in zdravnikom. Številne etične zadrege so povezane tudi z upoštevanjem mednarodnih standardov in priporočil v okoljih z različnimi družbenimi interesi, normami in gmotnimi zmožnostmi (31, 32). Enaka količina denarnih sredstev ima v različnih zdravstvenih sistemih različne učinke, zato so verjetno za marsikaterega zdravnika med najbolj perečimi zadregami tiste, povzročene z pritiski in zahtevami po »bolj racionalni in smotrni zdravstveni oskrbi« (33, 34). Ali se sploh preračunljivi ekonomist lahko zaobljubi Hipokratovi zaprisegi, je najbrž eno najbolj temeljnih medicinskih (ne le etičnih) vprašanj razvitega sveta (35). Postavljanje zdravnika, ki je s stanovsko zaprisego in deontološkimi pravilniki obvezan delati izključno v bolnikovo dobro, v vlogo hladnega ekonomista, se ni obneslo tudi v najpremožnejših državah (36, 37). Vendarle se bodisi klinik ali družinski zdravnik neredko znajdetta v precepu med neupravičenimi in neuresničljivimi bolnikovimi željami in pričakovanji, stvarnimi zmožnostmi sistema in temeljnimi etičnimi načeli ter deontološkimi pravili stroke.

Precej pester je lahko spekter zahtevkov po različnih diagnostičnih in terapevtskih postopkih, ugodnostih, izjemah in privilegijih s strani posameznih bolnikov. Tovrstnim zahtevam je v Sloveniji posebej izpostavljen zdravnik – v vlogi vratarja (gate-keeper) na osnovni ravni, predvsem zaradi znanih stalnic družinske medicine (38, 39).

Kako potemtakem ravnati v primerih, ko začitimo nelagodje zaradi pritiskov z različnih strani? Kadar menimo, da gre za bistvene etične pomisleke, bi se vedno morali vprašati komu služimo: bolniku? družbi? sebi? zavarovalnici? Kje ležijo meje naših obveznosti do bolnika? Katere druge obveznosti imamo zdravniki (40)? Očitno je, da ni lahkih odgovorov na ponujena vprašanja: možni odgovori so si včasih precej nasprotujoči. Treba se je zavedati, da je dobra strokovna praksa predpogoj za upoštevanje temeljnih etičnih načel medicinskega poklica. Skrbno spremljanje dosežkov z našega strokovnega področja je tudi dobro zagotovilo za ustrezne etične odločitve pri vsakdanjem delu. Vsekakor se je treba zavedati možne dolgoročne škode in zakonskih posledic, ki lahko nastanejo ob kršenju načela resnicoljubnosti in prirejanju medicinske dokumentacije v korist bolnika ali tretje strani.

Pri zahtevnejših etičnih ugankah bi se zdravnik moral posvetovati s starejšimi kolegi, vodji oddelkov in/ali etičnimi odbori. Kot je že bilo omenjeno, imajo nekatere stroke lastne etične kodekse in komisije (10). Pri zdravniški zbornici deluje odbor za pravno-etična vprašanja, ki sprejema stališča v zvezi s vprašanji, ki se nanašajo na izvajanje zdravniškega poklica v RS (41). Na najpomembnejša in najbolj aktualna medicinska in bioetična vprašanja v državi pripravlja odgovore in priporočila Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije (42).

Ob koncu tega prispevka se moramo tudi vprašati, s katerih področij bodo etična vprašanja v prihodnjih letih ponujala sodobnemu zdravniku največ izzivov. Znani angleški etik Singer omenja 5 pomembnih področij (43):

biotehnologija (raziskave na človeških zarodkih!), oskrba umirajočih bolnikov, obravnava zdravstvenih napak, spletno zdravljenje (E-health) in globalno zastavljanje prednostnih nalog. Javna zdravstva različnih držav se namreč spoprijemajo s številnimi novimi etičnimi ugankami, kot so npr. prionske bolezni, onesnažena okolja, genetsko spremenjena hrana, bioterorizem, bolezni nezdravega življenjskega sloga in izbruhi epidemij novih smrtonosnih bolezni (44). Zdravnikova poklicna dolžnost je spremljati tudi ta dogajanja in poznati najpomembnejše strokovne in etične javnozdravstvene izzive bližnje prihodnosti. O uporabi številnih novih tehnologij in načinov zdravljenja zaenkrat ni jasnih etičnih soglasij. Mednarodni in nacionalni etični odbori in pravilniki niso vedno zmožni ponuditi nedvomnih in pravočasnih odgovorov. Nekatera zdravniška združenja zato priporočajo uveljavljanje regionalnih etičnih odborov za uspešnejše reševanje etičnih problemov iz prakse (45).

SKLEPI

Slovenski zdravnik že med študijem spoznava osnovna etična načela in deontološka pravila zdravniškega poklica. Osnovna teoretična znanja nadgrajuje skozi praktični pouk, ob resničnih bolnikih in etičnih problemih, ki včasih nastanejo pri njihovem zdravljenju. Ko po opravljenih strokovnih in licenčnih izpitih začne samostojno delati, bi moral biti usposobljen za samostojno prepoznavanje in reševanje najpogostejših etičnih zadreg in problemov pri svojem delu. Težja etična vprašanja bo moral reševati po posvetu z izkušenejšimi kolegi, vodji oddelkov in po priporočilih strokovnih in etičnih kolegijev. Dobra strokovna praksa in spremljanje medicinskih dosežkov in zakonskih predpisov, ne le z ožjega poklicnega področja, so odločilnega pomena za etično neoporečno delo. Za dobro medicinsko prakso je pomembno tudi prepoznavanje etičnih problemov in njihovo reševanje, upoštevajoč etična načela na nivoju lokalnih skupnosti.

LITERATURA

1. Balažic J. Medicinska deontologija skozi prostor in čas. In: Balažic J, Kornhauser P, editors. *Medicinska etika-deontološka vprašanja pri delu zdravnika*. 9. Spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega, Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete, 2003: 7–9.
2. *Slovenski medicinski slovar*. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša Znanstvenoraziskovalnega centra SAZU in Zdravniška Zbornica Slovenije, Ljubljana, 2002.
3. Maier M. Introduction to medical ethics – electronic notes. Bled: EURACT-12th International Workshop, 2003.
4. *Leksikon Cankarjeve založbe*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2003: 667.
5. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU in avtorji. *Slovar slovenskega književnega jezika* – elektronska izdaja 1.0. Ljubljana: DZS, 1997.
6. Dolenc A. Medicina: umetnost, znanost, tehnologija. In: Balažic J, Kornhauser P, editors. *Medicinska etika-deontološka vprašanja pri delu zdravnika*. 9. Spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega – zbornik prispevkov, Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete, 2003: 10–25.
7. Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine. Council of Europe, Oviedo: European Treaty Series 1997, 164: 1–12.
8. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. *ISIS. Zbornični akti 2000*; 5: 47–52.
9. Kersnik J. Etični dvomi pri delu zdravnika družinske medicine v odnosu med zdravnikom in bolnikom. In: Balažic J, Kornhauser P, editors. *Medicinska etika-deontološka vprašanja pri delu zdravnika*. 9. Spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega, Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete, 2003: 94–96.
10. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Etični kodeks javnega delovanja zdravnikov družinske medicine. In: Kersnik J, editor. *Etika v družinski medicini*. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 69–78.
11. Balažic J. Pozdrav udeležencem 9. spominskega srečanja akademika Janeza Milčinskega. In: Balažic J, Kornhauser P, eds. *Medicinska etika-deontološka vprašanja pri delu zdravnika*. 9. Spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega, Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete, 2003: 5–6.
12. Kersnik J. *Etika v družinski medicini*. In: Kersnik J, editor. *Etika v družinski medicini*. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: i–ii.
13. Iljaž R, Švab I. Etičnost razmerja med zdravnikom in farmacevtsko industrijo. In: Kersnik J, editor. *Etika v družinski medicini*. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 35–48.
14. Jelantancev A, Hren T. Etična vprašanja oživiljanja. In: Kersnik J, editor. *Etika v družinski medicini*. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 29–34.
15. Tušek BK. Etične dileme v preventivi. In: Kersnik J, editor. *Etika v družinski medicini*. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 17–22.
16. Rotar PD, Zonik L. Etika in raziskovanje. In: Kersnik J, editor. *Etika v družinski medicini*. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 23–28.
17. Tušek BK, Kersnik J. Etične dileme pri obravnavi nasilja nad otrokom. In: Kersnik J, editor. *Etika v družinski medicini*. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 65–68.
18. Kopčavar GN, Milošević M. Učni proces v ambulanti družinske medicine: etične dileme. In: Kersnik J, editor. *Etika v družinski medicini*. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 55–60.
19. Voljč B, Švab I. Etični problemi. In: Švab I, Pavlič, Rotar D, eds. *Družinska medicina*. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana, 2002: 57–64.
20. Novack DH. Physicians' attitudes toward using deception to resolve difficult ethical problems. *JAMA* 1989; 261 (20): 2980–5.
21. Petek - Šter M. Bolnikova samostojnost In: Kersnik J, editor. *Etika v družinski medicini*. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 1–8.
22. Trontelj J. Bolnikova privolitve. In: Balažic J, Kornhauser P, eds. *Medicinska etika-deontološka vprašanja pri delu zdravnika*. 9. Spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete, 2003: 34–38.
23. Klevišar M. Etična vprašanja pri umirajočem bolniku. In: Balažic J, Kornhauser P, eds. *Medicinska etika-deontološka vprašanja pri delu zdravnika*. 9. Spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega, Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete, 2003: 39–41.
24. Zakon o nalezljivih boleznih. *Ur. list RS*, št. 69/1995.
25. Zakon o varnosti in zdravju pri delu. *Ur. list RS*, št. 56/99, 64/01.
26. Bilban M. Testiranje na prisotnost alkohola in/ali drog v podjetju. *ISIS* 2003; 2: 44–48.
27. Mirvis DM, Baeiley EJ. Commentary: Justice in Health care- a response to Tavistock. *BMJ*, 2001; 325: 619–620.

28. Derganc F. Hipokratova prisega – prevod. In: Dolenc. A. *Medicinska etika in deontologija* – dokumenti s komentarji. Ljubljana: Tangram, 1993: 22.
29. Petek D. Zaupnost. In: *Etika v družinski medicini*. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 9–17.
30. Lo B, Schroeder SA. Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient service. *Arch Intern Med* 1981, 141 (8): 1062–4.
31. Chantler C. The second greatest benefit to mankind. *Lancet* 2002; 360 (9348): 1870–7.
32. Sousa J. Ethics and equity – electronic notes. Bled: EURACT-12th International Workshop, 2003.
33. Oliver A, Haely A, Grand JL. Addressing health inequities. *Lancet* 2002; 360 (9332): 565–67.
34. Voljč B. Zdravnik, njegove omejitve in gmotne omejitve družbe – 138. skupščina slovenskega zdravniškega društva – zdravnik in etika. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 469–70.
35. Flis V. Ali se lahko ekonomist zaobljubi Hipokratovi zaprisegi. *ISIS* 2002; 4: 2–4.
36. Michener L. Health Care Systems in Evolution. In: *Proceeding of »Family medicine«*, Salzburg Dauke Seminar, 2003: 1–11.
37. Bradley D. Health Care Financing. In: *Proceeding of »Family medicine«*, Salzburg Duke Seminar, 2003: 24C–35C.
38. Švab I. Načela družinske medicine. In: Švab I, Pavlič - Rotar D, eds. *Družinska medicina*. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana, 2002: 14–27.
39. Taylor RB. Family medicine Principles: Current expressions In: Taylor RB. *Family Medicine*, fourth edition. New York: Springer – Verlag, 1993.
40. Green MJ. Inappropriate Requests for Medical Exemptions and Privileges. In: Sugarman J, editor. *20 Common Problems – Ethics in Primary Care*. McGraw-Hill, 2000: 13–25.
41. Pravilnik o delu pravno-etične komisije zbornice. *ISIS. Zbornični akti* 2000; 5: 103–4.
42. Trontelj J. Iz dela Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. *ISIS* 2003, 10: 48.
43. Singer PA. Recent advances. Medical ethics. *BMJ* 2000; 321 (7256): 282–5.
44. Roberts MJ, Reich MR. Ethical analysis in public health. *Lancet* 2002; 359 (9311): 1055–9.
45. Peile E. Supporting primary care with ethic advice and education-editorial. *BMJ* 2001; 323 (7313): 2–3.

Prispelo 17. 3. 2004