

АНАЛИЗ НА ЕТИЧНИ КАЗУСИ

Медицинските професионалисти се сблъскват ежедневно със сложни етични дилеми. Липсата на адекватна методология затруднява вземането на етични решения. Някои професионалисти вземат решения интуитивно; други прагматично; трети разчитат на авторитета за моралната си ориентация; а нерядко решения се вземат според очакванията на болшинството. Истинският професионализъм в медицинската етика изисква наличието на етичен метод за вземане на решения, който предразполага едновременно към морално вникване и последователни аргументирани решения.

Вземането на етични решения не е просто технически процес. Всички решения касаят въввлечените индивиди и следователно в тях са замесени човешки ценности. *Методологията за взимане на етични решения подsigурява рамка, която гарантира, че всички уместни факти са взети под внимание.* Тя изяснява правата и отговорностите и вдъхва увереност и на най-резервираната общественост, че решенията, важни за пациентите и техните семейства, не са взети случайно. Авторитетът на методологията идва от аргументираните решения взети в резултат на приложението ѝ.

Етапи на етичен анализ

1. Дефиниране на моралния проблем(и). Първа фаза на анализа, в която ясно трябва да се формулира проблема, по който ще се разсъждава.

- Самата формулировка трябва да е *ясна и конкретна* и като обем рядко превишава *едно-две изречения*.
- Предпочитаният стил може да бъде *прост въпрос* или конфликт на принципи, ако такъв се вижда още при първо запознаване с казуса.

- В редки случаи, когато ни е невъзможно веднага да определим моралния проблем, е допустимо да се ограничим с очертаване на категорията на проблема (например, проблем с информираното съгласие, проблем в областта на контрацепцията и др.). След разгръщане на анализа и изясняване на ситуацията е добре да се върнем към моралния проблем и да направим по-точна формулировка.
- В тази фаза не се прави преразказ на информацията в казуса.
- В казуси, в които има повече въввлечени лица (например пациент, лекар, медицинска сестра, близки на пациента) може да се очакват повече от един морални проблеми. В такива случаи можем да си позволим ранжиране на моралните проблеми, като първо разгледаме проблема, включващ директно пациента, а на второ място оставим проблемите в екипа.
- Формулирането на моралния проблем трябва да е *неутрално*, т.е. да не се усеща „присъда“ за правилно и погрешно още от самото начало. Пристрастните формулировки затварят по-нататъшната етична дискусия.
- Формулировката трябва да отразява непосредствения проблем, който стои пред медицинското лице в казуса.
- При значителни затруднения с дефинирането на моралния проблем може да си зададем въпроса: „Какво усещам, че не е наред в този казус?“, „В кой момент на казуса нещо вътрешно ме дразни?“.

2. Изясняване на информацията в казуса:

2.1. Изясняване на медицинската информация. Особено важна фаза, в която вече е допустим преразказ на данните от казуса. Представят се всички медицински данни, с които разполагаме – възраст на пациента, заболяване, терапия и др. Обикновено учебните казуси са оскъдни като информация, затова в тази фаза може да се търси допълнителна такава. Важно е, обаче, да не се залита в клинични детайли, които не допринасят за решаване на моралния проблем.

2.2. Ценности на пациента – директно дадени в казуса (като например религиозни ценности) или подразбиращи се от поведението на пациента. Трябва да внимаваме да не се увлечем в прекалено свободна интерпретация на ситуацията.

2.3. Организационно измерение. Фаза на анализа, в която включваме информация по наличното **законодателство** или **етични документи** по проблема. Тук се изясняват също правата и отговорностите на въввлечените лица, организацията на работата в болницата/отделението/извънболничната помощ и т.н.

3. Етична дискусия. Това е основната фаза на анализа, в която се прилагат различни етични теории. Обикновено се започва с принципализма, като доминираща теория в съвременната етика [2]. Важен момент в дискусията е разграничаването на отделните принципи и непосредственото им обвързване с предложения за решение на моралния проблем.

3.1. Уважение на автономността.

- Автономен ли е пациентът в случая? Ако нямаме изрични данни, сочещи към некомпетентност на пациента, го приемаме за компетентен.
- Ако пациентът е некомпетентен, трябва да изясним кой ще взема решения за него.
- Какво означава да уважим автономността на пациента в случая? Какво конкретно действие предлагаме?

3.2. Благодейние.

Какви идеи за „добро“ виждаме в случая?

- Какво би било „**медицински доброто**“ за пациента?
- Ако има въввлечени религиозни ценности в казуса, какво би било „**религиозно доброто**“?
- Какво би било „**социално добро**“ (доброто за социалното съществуване на пациента)?
- Какво би било „**обществено добро**“ (доброто за обществото като цяло)?
- Какво е добро за семейството като цяло? и т.н.

3.3. Ненанасяне на вреда. Обикновено го тълкуваме обвързано с благотодеянието.

3.4. Справедливост.

- Има ли в казуса характеристики на пациента, по които той/тя би могъл да бъде дискриминиран? Какво решение на моралния проблем ще е свързано с недискриминация на пациента?
- Какво разпределение на ресурсите в казуса би било справедливо?

3.5. Преглед на предложените варианти на решение при приложението на всеки от принципите (не е задължително всички принципи да са застъпени във всеки казус) и **обобщаване на очерталите се конфликти** между принципите.

3.6. Приложение на **друга етична теория** по предпочитание.

4. **Етично решение**, което трябва да е:

- логически следващо от етичната дискусия;
- ясно и конкретно, а не уклончиво;
- под формата на препоръка или съвет;
- практически осъществимо.

Примерен анализ на етичен казус

Сестра А.Б. наскоро е направила домашно посещение на 24-годишна пациентка, която току-що е родила 6-тото си дете. Поради религиозните си убеждения, пациентката практикува само естествените методи за контрол на забременяването. Последната бременност, обаче, протекла трудно, тъй като жената трябвало да се грижи за другите си деца и семейството изпитва значителни финансови затруднения. Това подтикнало пациентката да сподели със сестрата нежеланието си да забременява поне в близките няколко години и да поиска съвет и информация за методите на контрацепция. Сестра А.Б. дискутирала подробно методите за контрацепция с пациентката без да ѝ налага собственото си мнение и я посъветвала да се обърне към личния си лекар, който да подбере подходящото за нея средство. Няколко седмици по-късно пациентката посещава лекаря си, чиито религиозни убеждения съвпадат с тези на пациентката и му разказала за разговора си със сестрата. Лекарят

не подкрепил интереса на пациентката към контрацепцията и по-късно извикал сестрата, за да ѝ каже, че не е нейна работа да предоставя информация по семейно планиране на пациентите, особено когато религиозните им убеждения забраняват изкуствената контрацепция и да ѝ забрани такива действия за в бъдеще. (по S. Fry).

Дефиниране на моралния проблем. В така предложения казус се очертават два морални проблема. На първи план е проблемът между пациентката и лекаря, който може да бъде формулиран различно – нарушаване на правата на пациентката (право на здравно обучение и право на качествени медицински грижи по Ревизираната Декларация от Лисабон за правата на пациента [298], конфликт на лични и професионални ценности или дори най-общо проблем в сферата на контрацепцията. Моралният проблем би могъл да се определи и под формата на въпрос. Например: **Има ли право лекарят да откаже информация на пациентката по въпросите на семейното планиране?** На втори план в казуса се очертава проблема в самия здравен екип – **Има ли право лекаря да налага такова ограничение на медицинската сестра?** Този проблем е не по-малко важен от първия, тъй като от разрешаването му ще зависят бъдещите взаимоотношения в този екип, както и обема на сестринските грижи за пациентите в бъдеще. Бихме могли да си зададем и въпроса: **Има ли право медицинската сестра да дава информация за контрацепцията на пациентите?**

Изясняване на информацията в казуса. Медицински данни. Става дума за 24-годишна пациентка, чиято последна, шеста по ред, бременност е протекла трудно. Очевидно бременностите са били с къси интервали помежду си. При такива обстоятелства е невъзможно пълно възстановяване на майката, повишени са рисковете от анемия, преждевременно раждане, ниско тегло на детето при раждането и други проблеми. Знаем също така, че пациентката поради религиозните си убеждения е използвала само естествена контрацепция, която е с ниска ефективност. Уместно е

да се даде кратка информация за естествената и изкуствената контрацепция.

Ценности на пациента. Тук е мястото за изясняване на религиозните и културални ценности в случая. За съжаление казуса е оскъден по този въпрос. Болшинството религии са против изкуствената контрацепция, така че тази информация не е достатъчно насочваща. Нищо не знаем и за културалните ценности в по-широк план. Познаването на тези детайли е от съществено значение за по-нататъшния ход на етичната дискусия. Ако допуснем, че ситуацията се разиграва например в култура, която не признава автономността на жената и жените нямат право да търсят и получават медицинска помощ, ако не са съпроводени от роднина от мъжки пол, казусът би придобил драстично различен облик [80]. Етичната дискусия, която в крайна сметка трябва да доведе до вземането на адекватно „най-добро“ за конкретната ситуация решение, би била много по различна при такива обстоятелства.

Организационно измерение. Медицинската сестра е изпълнявала професионалните си задължения при домашно посещение на родилка. Организацията на следродилната помощ е различна в различните страни и тук би било уместно казуса да бъде отнесен към конкретния контекст, в който се обсъжда. Какви са отговорностите на медицинската сестра и има ли тя право да предостави търсената от пациентката информация? Една от четирите фундаментални отговорности на сестрата според Международния кодекс на сестрите е промоция на здравето. „Сестрата обезпечава предоставяне на достатъчно информация на индивида, въз основа на която той дава съгласие за грижи и съответно лечение“ [262]. Това, което сестрата няма право е да предписва медикамент на пациентката, но тя и не се е опитвала да го стори, а след предоставяне на информация по методите за контрацепция, дава съвет на пациентката да се обърне към личния си лекар. Следователно последното ни предположение при формулираното на моралния проблем отпада.

Друг момент, който може да внесе яснота по казуса е познаването на принципната организация на съответната здравна система. В условията на здравноосигурителната система у нас, напри-

мер, всеки пациент при възникнал здравен проблем първо би трябвало да се обърне към общопрактикуващия си лекар. Ако той от своя страна не е в състояние да се справи с проблема на пациента, може да го насочи към съответен специалист. Следователно, пациентката в казуса съвсем адекватно се е обърнала към личния си лекар.

Що се отнася до законовата и етична рамка, имащи отношение към формулирания морален проблем, можем да се опрема на няколко права на пациента според Ревизираната декларация от Лисабон (право на качествени медицински грижи без дискриминация, право на информация, право на самоопределение), както и на аналогичните права от Закона за здравето.

Етична дискусия. Ключов въпрос на тази фаза на анализа е въпросът за автономността на пациентката. Нямаме данни за некомпетентност от нейна страна, което означава, че *принципът на уважение на автономността* в случая изисква да гледаме на пациентката като на способна да взема решения сама за себе си (освен ако не се намираме в изключителен контекст, ограничаващ автономността на пациентката на основата на пола ѝ, както отбелязахме по-горе). За да може да вземе решение за себе си, пациентката трябва да получи информацията, която търси. Тук обаче нейната автономност влиза в конфликт с автономността на лекаря. Може ли да се намери решение, при което да бъде уважена автономността и на двамата? Според Становището на Световната медицинска асоциация по семейното планиране и правото на жената на контрацепция [306] „Ако жената изисква услуга, която лекарят не е в състояние да предостави, тя трябва да бъде насочена към друг лекар или институция.“ С подобен смисъл е и съдържанието на чл. 11 на Кодекса на професионалната етика в България: „Лекарят може да откаже лечението и консултацията, когато е убеден, че между него и пациента липсва необходимото доверие или липсват условия за изпълнението на неговите професионални права и задължения. Това не се отнася до задълженията му да окаже медицинска помощ при спешни случаи.“ [6]. С други думи, ако лекарят насочи пациентката към свой квалифициран колега, той би уважил автономността

й и в същото време не би бил принуден да пристъпи собствените си убеждения против контрацепцията.

Приложението на *принципа на благодеяние* към казуса изисква първо да определим какво е „добро“ в случая. Преплитат се няколко различни идеи за добро. От една страна, имаме *медицински доброто* за пациентката, което предвид на възрастта ѝ, шестте бременности в кратки интервали и проблемите, споделени от самата нея, би означавало да ѝ се препоръча ефективна изкуствена контрацепция. От друга страна, имаме *религиозното добро* или доброто според общността, към която се чувства принадлежна пациентката. Това схващане за добро изисква да не даваме информация за методите за изкуствена контрацепция. Тази дефиниция за добро влиза в конфликт с принципа на уважение на автономността. Трудно е да се даде еднозначна интерпретация за *обществено добро* в случая. От една страна, обществото може да цели увеличаване на раждаемостта и в този смисъл не трябва да се дава информация на жената на методите за изкуствена контрацепция. От друга страна, цел на общественото здраве е намаляване на майчината и детска смъртност. Рисковете от неблагоприятен изход на следваща бременност при пациентката в настоящия момент са високи и от тази гледна точка би било добре тя да получи търсената контрацептивна информация.

До какво решение би ни довел *принципа на ненанасяне на вреда*? Отговорът отново зависи от идеята ни за добро в случая. Ако това е медицински доброто, то непредоставянето на информация на пациентката е нарушаване на принципа на ненанасяне на вреда. Оформя се конфликт между принципа на ненанасяне на вреда и уважението на автономността на лекаря, който може да бъде разрешен по посочения по-горе начин.

Принципът на справедливост тълкуван като недискриминиране на пациентите изисква пациентката да бъде информирана независимо от изповядваната религия. СМА утвърждава, че жената има право, независимо от националност, социална принадлежност или вяра, отчитайки семейната ситуация, да осъществява индивидуален избор по отношение на контрацепцията [306].

Етично решение. При тълкуване на благодеянието за пациентката като медицински доброто за нея, бихме постигнали синхрон между четирите принципа и бихме стигнали до решение в полза на насочване на пациентката към друг лекар или получаване на информация от нейния личен лекар (загърбил собствените си виждания против контрацепцията). Дали това обаче е „най-доброто“ решение зависи от конкретния контекст. Той е от възлово значение и по отношение на проблема между медицинската сестра и лекаря. Както изяснихме медицинската сестра не е превишила правомощията си и е действала в интерес на пациентката. Какво обаче може да предприеме медицинската сестра на практика при така оформил се конфликт между нея и лекаря? Могат да се разгледат различни алтернативи като отнасяне към професионалната организация, отнасяне към контролните органи или дори отказ от работа в екип с този лекар. Кое би било най-уместното решение зависи от допълнителни фактори (безработица сред сестринското съсловие, възможност за намиране на друго работно място, правомощия и имидж на професионалната организация и др.), за които липсва информация в казуса.

Неизбежна е нуждата от клинична компетентност при решаването на етичните дилеми, тъй като разбирането на медицинската страна на проблема е отправна точка за по-нататъшните етични дебати. Това, разбира се, съвсем не означава, че всички специалисти по етика, трябва да са завършили медицина, но че е необходимо сътрудничество между специалистите по етика и медиците.