

Medicīnas ētika 21. gadsimtā

Vērojot rosību ap DRG (radniecīgas diagnožu grupas) principa ieviešanu medicīnas pakalpojumu apmaksā, publicitāti ap un par medicīnu, politiķu solījumus un to nepildīšanu, atgriezies pie galvenās tēmas – kas ir 21. gadsimta ārsts Latvijā, cik viņš ir varošs, zināošs, empātisks un profesionāls.

Lielā mērā tas ir tāpēc, ka cilvēki, kam būtu medicīnas studentiem jā māca medicīnas ētika, tiesības un filozofija, publiski apšaubā ārsta darbu un populistiski iestājas par sev saprotamām *pacientu tiesībām*. Šajā gadījumā es domāju docentes *Dr.iur.* Solvitas Olsenas skaidrojumu radio, kur jēdziens *pacientu tiesības* tika nonivelēts līdz atziņai, ka ārsta pienākums ir izrakstīt *lētākās zāles* un vēl informēt pacientu par zāļu cenu. Savukārt politiķi, ieņēmumu dienests un tiesībsargājošās institūcijas runā tikai par finansiāliem jautājumiem – vai mediķi ir nomaksājuši visus nodokļus, vai nav saņēmuši nedeklarētus ienākumus, vai nav pierakstījuši kādu neizdarītu manipulāciju. Šajā nepietiekajā karā pret ārstiem iesaistās arī raidījums *Aizliegtais paņēmieni* ar stāstu, ka ārsti lielākoties labprāt izrakstot nelikumīgas darba nespējas lapas.

Pārskatot pēdējo mēnešu presi, 80% diskusiju tajā ap un par medicīnu skatīti caur finanšu prizmu. Tā kā jau kādu laiku nav dzirdama arodbiedrības skaudrā prasība par nepieciešamību palielināt medicīnas finansēju-

mu, lielākoties tiek diskutēts par finanšu izlietojumu. Rodas iespaids, ka ārstam visvairāk ir nepieciešamas divu veidu zināšanas – pareizā birokrātisko dokumentu noformējumā un finanšu sistēmas optimizācijā.

Pauls Stradiņš kādreiz visai precīzi definēja, ka medicīna ir zinātne, prakse un māksla. Tiesa, Pauls Stradiņš runāja par medicīnu ideālajā gadījumā. Ar laiku medicīna sāka darboties uz četriem pamatiem – tā bija politisks uzstādījums, bizness, sociālā aizsardzība un amats. Un šim četrām bāzes lietām nebija grūti uzrakstīt ideālo modeli: gudra veselības rīcīpolitika, zināšanas, ētika un empātija, menedžments. 2009. gada Latvijas Ārstu kongresā lasīju lekciju ar šādām atziņām un nekādu bargu kritiku nesaņēmu.

Tātad aptuveni piecdesmitajos vai sešdesmitajos gados medicīnā uz visiem laikiem ienāca bizness vai otrādi – medicīna komercializējās. Šī attīstība bija stipri atšķirīga bijušajā PSRS un *pūstošajā* kapitālismā, taču arvien skaidrāk iezīmējās tendence pagarināties cilvēka mūža garumam, palielināties diagnostikas, ārstniecības un rehabilitācijas izdevumiem. Parādījās arvien jaunas diagnostikas un ārstniecības metodes, strauji attīstījās medikamentu rūpniecība, zāļu un aparatūras industrija savu ietekmi palielināja pasaules finanšu tirgos, politikā, sociālajā jomā un publiskajā sektorā. Bizness kā medicīnas ceturtais balsts kļuva par noteicošo astoņdesmito gadu beigās, un kopš tā laika medicīnā tērēto finanšu līdzekļu kopējums gadā pieaug par 3–5%, bet pasaules IKP – vidēji par 1,8–2,2%. Šis ietekmes, finanšu un resursu pieaugums ir līcis ļaunu apziņu medicīnu tvert finansiālā, nevis medicīnas ētikas, zināšanu un profesionalitātes skatījumā. Īpaši labi tas saprotams ASV, kur veselības aprūpei tiek tērēti 18% no IKP (2012. gada Pasaules Bankas ziņojums), bet tik un tā visiem veselības aprūpe netiek nodrošināta.

Sākoties 2015. gadam, es uzzīmēju jaunu mūsdienīgu medicīnas modeli. Es nepretendēju uz oriģinalitāti – dažāda veida shēmu un attēlu pasaules literatūrā netrūkst. Tiesa, šādu man nav izdevies atrast (skat. 1. attēlu). Shēmas centrā es ieliku pacientu drošību un veselības aprūpes kvalitāti. Esmu aizņēmis no teorijas spararata modeli, kur katrs posms ir svarīgs kopējai kustībai.

Septiņi virzošie rati, kas kustina centrā ielikto medicīnas atbildību par pacientu, ir profesionalitāte, zināšanas, klīniskās prasmes, attiecības ar pacientu, komunikācijas un sarunu prasmes, darbs komandā, menedžments un kreativitāte. Ja kāds no spararata zobratiem tiek piemirsts, atstāts novārtā un neejots, sliktāk strādā viss mehānisms.

Izejot no šīs shēmas, nav grūti iztēloties, kas tad īsti ir ārsts – īstens savas nozares eksperts: komunikators, kolaborators, menedžeris, veselības advokāts, izglītots cilvēks, kas visu mūžu mācās, profesionālis un vienkārši radošs cilvēks (skat. 2. attēlu). Radot šādu shēmu, jāņem vērā aksioma – mūsdienās attiecībām *ārsts un patients* klāt nākušas attiecības *ārsts un valdība, un politiķi; ārsts un spēka struktūras; ārsts un plašsaziņas līdzekļi un publiskās attiecības*.

1. attēls



2. attēls



Pamatā visam tomēr ir un paliek ārsta profesionalitāte. Profesionalitāte lielā mērā ietver sevī visus citus jēdzienus. Profesionalis, protams, ir izglītots, empātisks, kreatīvs. Viena no profesionāļa būtiskām iezīmēm nāk ar laiku – tā ir pieredze un medicīna kā dzīvesveids. Tiesa, tieši profesionalitāti publiskajā telpā mūsdienās piemin iespējami reti, to

mēdz uzskatīt par mazāk svarīgu ārsta praksē nekā senākos laikos. Līdz ar ārsta profesionalitātes atzišanas kritumu samazinājusies medicīnas profesionāļu reputācija, izbālējusi arī pietāte un cieņa pret ārstiem.

21. gadsimta ārsts darbojas realitātes šovā. Es nerunāju par TV raidījumiem, kur ārsti kā šovu veic kosmētiskas vai bariatriskās operācijas (Holandē TV pamanījās raidīt šovu par nieru transplantāciju). Drīzāk es runāju par dr. Hausu ikdienā, kad ārstu un pacientu vēro *Lielais brālis*, kad pilnībā izzūd ārsta un pacienta konfidencialitāte un privātums, ārstam ik dienu medicīniski lēmumi jāpieņem mazāk nekā sociāli, finansiāli, birokrātiski, populistiski lēmumi. Šo realitātes šova efektu pastiprina virkne publiskajā telpā nezināmu spēlētāju. Piemēram, universitātes slimnīcā, kurā strādā 500 izcilu ārstu un 1000 profesionālu māsu, kolektīvo empātiju veiksmīgi nojauc viens uzņemšanas nodaļas sanitārs vai jauniecelts administrators.

21. gadsimts ir informācijas gadsimts. Gluži tāpat kā vēlēšanās tauta bezjēdzīgi balso par Ivetu Griguli vai Ingunu Sudrabu atbilstoši reklāmās ieguldītajai naudai, informāciju par medicīnu un veselības aprūpi gūst no elektroniskajiem masu saziņas līdzekļiem, pakļaujoties tiešai vai netiešai reklāmai. Manā rīcībā nav Latvijas datu, bet vairākos Eiropas avotos lasāms, ka 48% medicīnas informācijas ir par slimībām, 44% par zālēm un 8% – par visu pārējo. Statistika par slimībām un ārstēšanu tiek izmantota kā ierocis, tas notiek pasaulē, Eiropā un Latvijā. Ja mēs mācētu lasīt lietuviešu, slovāku, slovēņu, bulgāru, rumāņu valodā, mēs viegli uzzinātu, ka visās diagnozēs vislielākā saslimstība un mirstība ir šajās valstīs, gluži tāpat kā, latviešu valodā lasot, mēs uzzinām, ka visos rādītājos pēdējā (vislielākajā) vietā esam mēs.

Informācijas gadsimts attiecas gan uz ārstiem, gan politiķiem un finansistiem, gan pacientiem. Skatoties publiskajā aktivitātēs, var redzēt tikai aisberga virsotni. Lasot vārdu kopas “putnu gripa”, “Ebolas vīruss” (vai pamanījāt, ka novembra beigās Ebolas vīruss pazuda no saziņas līdzekļu ziņām?), “SARS”, mēs nereti domājam – kam tas ir izdevīgi? Atbilde ir divaina – mums, mediķiem, jo kādas slimības glorifikācija ir vienīgā metode, kā pievērst planētas iedzīvotāju uzmanību nepieciešamībai palielināt rūpes (finansējumu, resursus) veselības aprūpei.

Patiesībā farmācijas joma ir viscaurspīdīgākā sabiedrības veselībā, jo īpaši jautājumos par iespējamo kaitējumu, ja vien farmācijas informāciju salīdzinām ar informāciju par tabaku, alkoholu, neveselīgu uzturu, vides kaitējumu. Tiesa, ļoti reti zem zāļu informācijas publiskajā telpā parakstās farmācijas kompānija, parasti informāciju preseī ir sniegusi publisko attiecību aģentūra, kura atbilstoši saprašānai ziņo, ka vakcīnas ir 100% drošas, ka zāļlīdzeklis dod 100% efektu utt. Rakstot par slimībām, šī publisko attiecību aģentūra parasti lieto tādus smalkus jēdzienus kā “klusais slepkava” (*silent*

killer) C hepatīts vai HIV/AIDS. Uzdevums ir promotēt slimību un ārstēšanu pacientiem, ārstiem un sabiedrības viedokļa veidotājiem.

Pirms pavisam neilga laikposma (nu kas ir 100 gadi pasaules vēsturē?!) ārsti spēja piedāvāt pacientam galvenokārt uzmanību, savu klātbūtni, uzmanību un rūpes. Lai arī terapija bija galvenokārt simptomātiska, tā balstījās uz izpratni par patoloģijas procesu kopumā un pacientu kā unikālu individu. Tāpēc ārsta darbs tika cienīts un augstu vērtēts.

Pēdējo divdesmit vai trīsdesmit gadu modernizācija ir radījusi fantastisku progresu medicīnas tehnoloģijās un farmakoloģijā, sperti milzīgi soļi diagnostikā un daudzu nopietnu slimību ārstniecībā. Pacienti dzīvo ilgāk un produktīvāk. Kopā ar to atnākusi arī depersonalizācija pacientu aprūpē (māsa norāda palīgam: “Aizved uz rentģenu to žultspūsli”), – domādama konkrētu pacientu, pusdienas pasniedzot: “Kuņģa vēzim šodien tikai kefirs...”), tests pāri sarunai, laboratorijas atbilžu izdruka pirms sarunas par sūdzībām.

21. gadsimta veselības aprūpes atslēgas vārdi ir ētika un empātija

Empātiju mēs saprotam kā cieņu vienam pret otru, spēju pieņemt cilvēku tādu, kāds viņš ir, radīt maksimāli iespējamo drošības sajūtu.

Tik plaša un atšķirīga klasifikācija kā medicīnas ētikai ir tikai smadzeņu anatomijai, kur katrs autors ierauga kaut ko pilnīgi atšķirīgu. Arī šoreiz esmu izvēlējis spararata principu, skaidrojot, ka kāda zobratīņa neesamība vai bezdarbība var apstādināt visu spararatu (skat. 3. attēlu).

Pirmais medicīnas ētikas princips ir **lēmuma pieņemšanas autonomija**. Ārsts ir brīvs savā profesijā. Tā ir ētiska vērtība, kas ļauj lēmumu pieņemt ārstam, taču palīdzēt arī pacientam izvēlēties ārstēšanu vai atteikties no tās. Ciešā saistībā ar autonomiju ir medicīnas ētikas *publiskā seja* – **informētā pacienta piekrišana**, proti, ārsta pienākums sniegt vispusīgu objektīvu informāciju kā bāzi pacientam lēmuma pieņemšanai un paša pacienta tiesības uz jaunās informācijas fona. Informētā piekrišana attiecas uz pacienta tiesībām izvēlēties vai atteikties no medicīnas procedūras, potenciāli bīstamas pārbaudes vai ārstēšanas. Informētā piekrišana kļūst par ļoti būtisku jautājumu arī pretējā gadījumā – kad tiek izlemts tālāk pacientu neārstēt radikāli, bet tikai paliatīvi, konservatīvi, kā arī gadījumos, kad pacients ir rīcībnespējīgs, nevar piekrišanas dokumentu parakstīt, kad lēmumu pieņem aizgādnieks vai ģimenes pārstāvis. Sarežģīti ir gadījumi, kad informatīva piekrišana jāsaņem no 15–18 gadus veca *tieņidžera* vai viņa vecākiem, un viedokļi var pilnībā atšķirties. Ne bērnam, ne viņa vecākiem nav pilnīgu zināšanu un izpratnes par iespējamajiem riskiem.

Labticība un labdarība ir autonomijai pretināms princips, kas nosaka, ka tiks veikts pats

labākais pacienta interesēs. Nereti šis princips ir pretrunā pacienta autonomijai izvēlēties ārstēšanos vai ne. Vismaz ceturtajā daļā gadījumu ārstam ir skaidrs, ka pacienta labklājība un tālākā veselība ir nodrošināma ar vienu vai otru ārstniecības metodi, kam nepiekrīt pacients. Īpaši svarīgs šis princips ir psihiatrijā, kur pacients vairākumā gadījumu kategoriski iebilst ārstniecības metodēm vai medikamentu lietošanai.

Nekaitēšanas princips (*primum non nocere*) balstīts uz senu aforismu, kas liek ārstam atkārtoti pārdomāt – vai nozīmētie medikamenti vai cita ārstēšana radīs kaitējumu, salīdzinot ar izārstēšanās iespējamību. Ārstam jāizšķiras starp risku un ieguvumu, starp rakstītu vārdu un personisko pieredzi, starp kolēģa rekomendāciju un savu nojautu. Izšķirošais ir zināšanas un literatūrā pieejamā informācija. Šim principam pasaules literatūrā ir dažādas variācijas, piemēram, ieguvumam jābūt lielākam par iespējamo risku, pozitīvam efektam lielākam par blaknēm, glābt dzīvību ir svarīgāk nekā saglabāt ekstremitāti utt. Mūsdienās lielā izšķiršanās, piemēram, ir invazīvajā angiogrāfijā, kur jāmēģina diferencēt risku par iespējamu insultu, izņemot vai neizņemot plāšu trombu no miegartērijas.

Konfidencialitāte ir pacienta ārstniecības privilēģija, kas palīdz aizsargāt pacienta privātumu, bet reizēm ir ļoti apgrūtināša ģimenes locekļiem, jo medicīnas darbinieks nevar un nedrīkst pilnībā pateikt viņiem to, kas īstenībā notiek ar viņu mīļoto slimnīcā. Konfidencialitāte vai šī principa interpretācija ir galvenais sliktas komunikācijas iemesls starp ārstu un pacienta radniekiem. Konfidencialitāte rada lielāko atbildības nastu ārstam, kurš ir vai nav saņēmis verbālu vai rakstisku atļauju no pacienta apspriest viņa ārstniecību ar radniekiem. Vēl lielākas konfidencialitātes problēmas rodas, kad tiesvedības procesos pacients vērsas pret ārstu vai slimnīcu, publiski apvainojot vai pat pazemojot, bet medicīnas darbinieka ētika un konfidencialitātes princips neļauj ārstam un slimnīcai atbildēt ar attaisnojošu informāciju. Tiesa, daži likumi un MK noteikumi paredz izņēmumus konfidencialitātē, piemēram, liek ārstiem ziņot par seksuāli transmisīvām slimībām, alkohola lietošanu traumas gūšanas gadījumā, šautām brūcēm, abortiem nepilngadīgām personām utt. Ziņas par šiem gadījumiem pēc tam nereti nonāk plašsaziņas līdzekļos, ar lielāko varbūtību tos nodod tiesībsargājošo institūciju zemāka ranga amatpersonas par nelieļu samaksu vai vienkārši tāpat.

Konfidencialitāte sasauca ar patiesības paausšanu. Dažādās kultūrās ir dažāda izpratne par nepieciešamību pacientam zināt visu, pat to, ko viņš nesaprot vai nevēlas zināt. Visvairāk pacients saņem informāciju ASV, viņš uzina visšausminošākās nianses par savu veselības stāvokli, turklāt šī informācija jebkurā gadījumā tiek interpretēta atbilstoši pacienta zināšanu līmenim kā vēl briesmīgāka par patieso. Negatīvas prognozes vai sarežģītas dia-

agnostiskas informācijas nodošana pacientam allaž saistīta ar stresu un nemieru (gan ārstam, gan pacientam), bet nereti ar psihosomatiskiem slimības komponentiem.

Interesešu konflikta esamība vai neesamība ir mazāk publiski diskutēta ētiska vērtība. Medicīnas praksē rodas ļoti daudz dažādu interesešu konfliktu, un dažkārt ir grūti novilkt robežu starp to, kas ir pieņemams un medicīniski ētisks, un to, kas nav. Būtiskākais tomēr ir – vai finanšu vai citas nemedicīniskas intereses var vai nevar ietekmēt medicīnisko slēdzienu un tālākas taktikas izvēli medicīniskajā aprūpē. Politiski cenšas visus interesešu konfliktus ierobežot ar likumdošanu, bet ārstu profesionālās organizācijas uzskata, ka tas nav pamatoti, un interesešu konfliktu neesamību vai risinājumus nosaka profesionālās ētikas kodekss.

Publiskajā telpā pieņemts uzskatīt, ka galvenais interesešu konflikts rodas attiecībās ar farmāciju, kas potenciāli var ietekmēt zāļu izvēli. Patiesībā 21. gadsimta lielākais interesešu konflikts ir saistībā ar finansēšanas sistēmu, kad ārstam jāpakļaujas finanšu normatīvo aktu prasībām (piemēram, ar Nacionālo veselības dienestu finansiālās attiecībās esošs ārsts domā “HOPS”, bet raksta “astma”, jo šim diagnozēm ir atšķirīgs finansējums kompensējamajiem medikamentiem). Pasaules literatūrā pie interesešu konfliktiem ļoti daudz diskutē par medicīnisko aprūpi saviem ģimenes locekļiem vai personām, ar kurām bijis seksuāls kontakts. Kaut arī medicīniskā aprūpe saviem ģimenes locekļiem nav aizliegta, tomēr tā ir pretrunīga, īpaši attiecībā uz nopietnām medicīnas problēmām, nozīmīgām manipulācijām un operācijām. Daudzās pasaules valstīs ir aizliegta kompensējamo medikamentu, bet īpaši narkotisko un psihotropo vielu izrakstīšana radniekiem, bet Austrumu valstīs – arī pacientiem, ar kuriem ārstam bijušas seksuālas attiecības.

Neizdevīgas aprūpes noliegums ir ētikas princips, kas attiecas uz smagi slimiem pacientiem. Klasiskā formā tā ir ētiska nepieciešamība pārtraukt kardiopulmonālās reanimācijas pasākumus pacientam, kura nāve ir neovēršama ar vai bez ārstēšanas. Šis lēmums ir ļoti sarežģīts tuvinieku klātbūtnē, nereti lēmuma pieņemšanai ir vajadzīga informatīvā piekrišana, ģimene bieži var nepieņemt šis kardiopulmonālās reanimācijas un plaušu ventilācijas pārtraukšanu.

Izlemjot jautājumu – sākt vai nesākt atdzīvināšanu –, ārstam jāorientējas uz rezultātu, lai pacientu varētu pēc ārstēšanas izrakstīt no slimnīcas ar pieņemamu dzīves kvalitāti.

Reanimācijas pasākumi ir nesekmīgi 70–98% gadījumu, un reanimējamajam iestājas nāve. Savukārt veiksmīga atdzīvināšana pēc sirds apstāšanās ir nodrošinājusi labu dzīves kvalitāti lielākajai daļai no izdzīvojušajiem. Stacionāra vai medicīnas iestādes apstākļos sirdsdarbību atjaunot profesionālim ir lielas iespējas gandrīz jebkurā gadījumā, pat slimniekam ar ļoti smagu, ar ilgstošu dzīvi nesavienojamu patoloģiju.

Reanimācijas gadījums visvairāk pretnostata 21. gadsimta dilemmu – viena cilvēka dzīves pagarināšana vai sabiedrības veselība, kas pagarina veselas tautas vai visas zemeslodes iedzīvotāju dzīves ilgumu.

Resursu izmaksu efektīga lietošana ir viens no svarīgākajiem medicīnas ētikas jautājumiem 21. gadsimtā. Medicīnas izmaksas aug strauji, un pieeja medicīnas resursiem kļūst ierobežotas. Ārsta ikdienā ienāk jautājums – vai no solidāriem līdzekļiem var segt ķīmijterapiju 80 gadus vecam pacientam, hemodialīzei nieru slimības beigu stadijā vai ilgstoši ventilēt pacientu intensīvās terapijas nodaļā.

Šobrīd medicīna, ja vien tai ir pietiekami daudz līdzekļu, var pagarināt katra indivīda dzīvi ļoti ievērojami. Turklāt šo atziņu saprot gan ārsti, gan pacienti, gan viņu radnieki. Cilvēka dzīves ilgumu un kvalitāti pagarina 21. gadsimta medicīnas resursi – mediķa zināšanas, intuīcija, pieredze, darba laiks, telpas, aparatūra, medikamenti, nauda. Šie resursi tiek ieguldīti veselības aprūpē, specifiskajā profilaksē, diagnostikā, ārstniecībā un rehabilitācijā.

Katrs indivīds mūsdienās pretendē uz ļoti lielu kopējās naudas daudzumu savas dzīves pagarināšanai, kas, kā likums, ir solidāri iemaksāta (budžeta vai apdrošināšanas) nauda.

Visās valstīs neatkarīgi no valsts ekonomiskās bagātības medicīnas sektorā katastrofāli sāk trūkt naudas. Rodas medicīnas profesionāļu un iedzīvotāju neapmierinātība ar veselības aprūpes sistēmu un veselības aprūpes finansēšanu. Jo patiesībā 21. gadsimta medicīna ir paradokss – jo vairāk naudas tiek ieguldīts veselības aprūpē, jo cilvēki dzīvo ilgāk

3. attēls



(sadzīvo ar savu hronisko slimību), jo lielāki resursi būs vajadzīgi veselības aprūpei.

Šajā laikā visi pasaules ievērojamākie medicīnas organizatori par resursu ekonomisku izlietošanu sākuši runāt arī ētiskās kategorijās, turklāt zemeslodes vāro viedokli, kas nosaka katras apdzīvotas vietas, katras valsts un zemeslodes kopumā pretrunīgo un vienlaikus kopējo virzību uz cilvēku dzīves ilgumu un kvalitāti, parādās agresija un noliegums, rūpes un ignorance, viltus un tukšvārdība.

Medicīnas pētījumu ētikas principus nosaka Helsinku deklarācija, ko žurnāls *Latvijas Ārsts* ir jau publicējis. Helsinku deklarācijai lielākā daļa pasaules valstu ir pievienojušas, tamdēļ vismaz attiecībā uz medikamentu un tehnoloģiju pētījumiem pasaulē vērojama nopietna sakārtošanās. Tiesa, šā gada UNESCO medicīnas ētikas kongresā vairākkārt izskanēja viedoklis, ka medicīnas ētikas principi ne līdz galam tiek ievēroti pētījumos par vakcināciju.

Medicīnas ētikas jautājumu klāsts vēl ir ļoti plašs, piemēram, transplantoloģijā, reprodūktīvajā veselībā, reliģijas un medicīnas sadursmes punktos ir ļoti daudzas ētiskas dabas problēmas, par kurām ir vērts domāt, runāt, diskutēt, analizēt un rakstīt.

Pēteris Apinis