

БІОЕТИЧНІ РЕГУЛЯТИВИ ВЗАЄМВІДНОСИН “ЛІКАР—ПАЦІЄНТ”

Плешко Олександр Степанович,

Національна Академія державного управління при Президентові України

Біоетика намагається осмислити етичні проблеми, що виникають в результаті прогресу біології і медицини, у сфері розвитку біомедичних технологій. [1, с. 127–153; 2, с. 6–12] І важко в сучасній медицині знайти такі галузі, яких би не торкнувся науковий і технологічний прогрес, під впливом якого традиційні проблеми медичної етики трансформуються в проблеми біоетики.

Біомедична біоетика, як комплексна дисципліна, аналізує і вирішує моральні проблеми, які виникають в ході діяльності служб охорони здоров'я. Духовно-етичні і філософські питання ставляться не у формі філософського діалогу і не у вигляді певної політичної або економічної концепції, вони є стрижнем повсякденної діяльності лікаря. Відповіді на них, отримані за допомогою біомедичної етики, є регуляторами і ціннісними підставами взаємодії лікаря і пацієнта.

До базисних принципів біомедичної етики належать принципи: *автономії, не нашкодь, роби благо*. [3, с. 5–22]. *Принцип автономії* постулює усвідомлення і повагу гідності і автономії пацієнта. Автономія розуміється як форма вибору, як особиста свобода дій, реалізація якої дозволяє людині ухвалювати рішення і здійснювати вчинки відповідно до своїх цінностей і принципів. У біоетиці виділяються поняття *автономної особи, автономного вибору і автономної дії*. Принцип автономії, затверджує право особи на невтручання ззовні в її плани і вчинки і, відповідно, обов'язок інших не обмежувати автономні дії.

З цього, звичайно, не витікає, що принцип автономії є абсолютним, а особа має абсолютне право на повне самовизначення і абсолютну автономність дій. В кожному випадку обмеження автономії повинне спеціально обґрунтовуватися іншими принципами. І якщо в тій або іншій конкретній ситуації вимоги принципу автономії вступають в суперечність з вимогами якого-небудь іншого принципу, наприклад, принципу “не нашкодь”, то виникає можливість порушення одного з них. У цих випадках етичний пріоритет завжди належить принципу “не нашкодь”.

На практиці принцип автономії виражається в правилі інформованої згоди. Правило інформованої згоди є необхідною умовою для забезпечення шанобливого відношення до пацієнтів, а також мінімізації загрози їх здоров'ю, соціально-психологічному благополуччю або моральним цінностям унаслідок некоректних дій фахівців.

Інформована згода припускає, що пацієнт або інший суб'єкт добровільно і усвідомлено погоджується з втручанням ззовні, і ця згода заснована на розумінні відповідної інформації. Передбачається також, що на рішення пацієнта не чинять тиску зовнішні чинники, а саме воно є лише дозволом на втручання.

Як концепція “інформованої згоди”, так і практика її дотримання є соціальними феноменами, які не можуть бути адекватно оцінені незалежно від історичного контексту, в якому вони виникли. З одного боку, в наш час набрав силу широкий суспільний рух за права пацієнта [4, с. 115–116; 5, с. 174–180; 6, с. 4–6]. З іншого, відбулися серйозні зміни в традиційній медичній етиці розвинених країн: стара патерналістська модель взаємин лікаря і пацієнта вже не може задовільним чином вирішувати проблеми медичної практики, виникає потреба в новому моральному

мисленні не тільки лікаря, але і пацієнта [7, с. 271–282].

У філософській, правовій, медичній, психологічній літературі розглядаються наступні елементи інформованої згоди: відвертість, розуміння, добровільність, компетентність, згода. Існує два основні концептуальні підходи щодо поняття інформованої згоди: як *автономний дозвіл з боку окремого пацієнта* або суб'єкта та як *колективна форма соціальної практики* (інституційна згода).

Недоліком першої концепції є те, що спочатку передбачається, що пацієнт повною мірою розуміє обставини, що склалися, і що на його рішення не робитимуть впливу ніякі зовнішні обставини. Ця ідеальна конструкція, звичайно, не відповідає дійсності. Правова ж доктрина є також уразливою з погляду презумпції невинності. Згідно правової версії інформованої згоди, відносини між суб'єктами регулюються на підставі припущення про можливий збиток. Таким чином, спочатку в основу взаємин лікаря і клієнта вважається можливість спричинення збитку, що, звичайно, протирічить основній букві клятви Гіппократа.

Центральна проблема “інформованої згоди” — це, скоріше, проблема людських взаємин, чим проблема “юридичних стандартів”. Є три версії того, яка інформація повинна повідомлятися:

1. професійна
2. індивідуальна — версія “розумної особи”
3. суб'єктивна.

Перша точка зору полягає в тому, що об'єм передаваної інформації повинен регулюватися нормами, що склалися, і традиціями професійного співтовариства. В цьому випадку пацієнт або будь-який інший суб'єкт вважається нездібним ухвалити рішення, якщо він не володіє знаннями експерта. Недоліком такої моделі є неможливість забезпечення автономії рішення.

Друга версія інформованої згоди встановлює пріоритет стандарту розумної особи. Цей стандарт припускає, що при повідомленні інформації (визначенні її характеру і об'єму) потрібно орієнтуватися на усередненого “розумного” пацієнта. У разі суб'єктивного стандарту право вирішувати, яка інформація надається, а яка ні конкретному пацієнтові.

Важливо, щоб пацієнт ставив питання, міг висловити свої інтереси, і це може бути важливішим, ніж кількість інформації, яка при цьому передається з боку лікаря. Головне, щоб сторони розділяли певну загальну точку зору, розуміли один одного. Відсутність розуміння призводить до монологу або мовчання однієї із сторін, яке іншою стороною помилково тлумачиться як згода. Більшість пацієнтів, проте, навіть сьогодні вважають себе не готовим до такої форми відносин з лікарем. Крім того з точки зору лікаря, вислів побоювань з боку пацієнта — достатньо складний шлях для досягнення позитивних результатів в лікуванні.

В світлі проблеми інформованої згоди особливо гостро виявляється конфлікт двох моделей взаємин лікар-пацієнт: автономної та патерналістської [8, с.15–16]. Безумовно, що стосується благополуччя кожного пацієнта, то ніхто окрім пацієнта не є в цьому остаточним авторитетом. Але є такі моменти, коли, як лікарі, так і пацієнти, однаково розподіляють пріоритети в рішенні ряду питань: у одному випадку професіоналам, в іншому — пацієнтам. Наприклад, рішення щодо хірургічного втручання повинне належати пацієнтові, тоді як питання, про те, яким чином вводити антибактеріальні засоби — лікарю.

Автономна модель базується на припущенні про те, що благополуччя пацієнта

зростатиме у міру того, як пацієнт володітиме все більшим авторитетом в ухваленні остаточного рішення. Власне рішення пацієнта щодо медичної допомоги, її об'єму і характеру сприятиме психологічному благополуччю пацієнта. З іншого боку, хто як ні сам пацієнт, знає себе і свій організм кращий за інших, і може знати, що буде для нього кориснішим. Ще один аргумент на користь автономії пацієнта — можливість встановлення контролю за ризиком для здоров'я пацієнта з боку медичного втручання. Таким чином, по суті, автономна модель і пошана автономного вибору пацієнта отримують високу оцінку скоріше з погляду здоров'я і благополуччя пацієнта, чим ради самих цих понять по собі.

Автономна особа — перш за все компетентна особа. Проте поняття компетенції в праві, медицині та філософії не є співставимі. У медицині компетенція розуміється особливим чином. Якщо компетентна особа не може зробити вибір через свою непоінформованість, то їй надається необхідна інформація. Якщо вона знаходиться під контролем або тиском з боку сім'ї, то робляться спроби ослабити цей тиск. Встановлення ж факту некомпетентності припускає відсутність необхідності отримувати згоду. Інформація в цій ситуації передається третій стороні. Твердження про некомпетентність є одним з шляхів для того, щоб не отримувати згоду. У клінічному трактуванні це, так звані, “клінічні привілеї”, яке тривалий час використовувалися для виправдання практики “неотримання” згоди з боку пацієнта. Якщо говорити ширше, то це привілеї лікарів приховувати інформацію від пацієнта у будь-якому випадку, якщо розкриття цієї інформації може надати яке-небудь терапевтичне погіршення, навіть легке відхилення у фізичному, психологічному, емоційному стані пацієнта. У вузькому розумінні лікар може приховати інформацію від пацієнта тільки в тому випадку, якщо вона матиме серйозні наслідки для його здоров'я, та якщо ця інформація зробить його некомпетентним.

Наступним принципом біоетики є *принцип роби благо* (“не нашкодь”). Цей принцип є старим в медичній етиці: “*prima non nocere*” (“перш за все — не нашкодь. Принцип не нашкодь” зобов'язує не завдавати збитку пацієнтові не тільки прямо, навмисно, але і побічно. Для реалізації цього принципу і зменшення ризику шкоди або побічних ефектів пропонуються чотири вимоги:

1. те, що ми маємо намір робити, не повинне бути аморальним і не повинно бути злом;
2. передбачуваний ризик не повинен бути засобом для досягнення благої мети; планована дія може мати побічні ефекти, але це не означає, що блага мета виправдовує будь-які засоби;
3. побічний ефект не може бути спеціальною метою, а тільки тим, з чим доводиться змиритися;
4. для здійснення дії, яка може привести до небажаних або негативних наслідків, необхідні вагомі підстави, благо повинно переважати над ризиком.

Якщо підходити до ситуації з боку діяльності лікаря, можна розрізнити такі форми “шкоди”, що спричинені:

- бездіяльністю, ненаданням допомоги тому, хто її потребує;
- недбалістю або злим наміром, наприклад корисливою метою;
- невірними, необдуманими або некваліфікованими діями;
- об'єктивно необхідними в даній ситуації діями.

Перші дві ситуації ненадання допомоги і шкоди, заподіяного унаслідок недбалості, несумлінності (тобто неналежного виконання своїх прямих обов'язків, зафіксованих яким-небудь правовим актом) або *умисне, навмисно* є об'єктом скоріше

юридичного, чим етичного регулювання, хоча, звичайно ж, заслуговують і морального засудження.

Наступний різновид шкоди — шкода, обумовлена недостатньою кваліфікацією, невмінням лікаря якісно виконати свої обов'язки. У зв'язку з цим, проте, потрібно відзначити, що саме поняття кваліфікації лікаря має не тільки суто “клінічний”, але і моральний зміст — той, хто, ставши лікарем, не уміє робити того, що зазвичай робить лікар, гідний морального засудження.

Нарешті, четвертий з перерахованих різновидів шкоди — це об'єктивно необхідна шкода. На відміну від всіх інших перерахованих нами раніше різновидів шкоди, якої можна і потрібно уникати, в даному випадку — і це варто підкреслити ще раз — йдеться про таку *шкоду, яка об'єктивно неминуча*, якщо передбачається, що пацієнт отримає від лікаря якесь благо. І тут важливо, по-перше, щоб заподіювана шкода не перевищувала того блага, яке є результатом медичного втручання, і, по-друге, щоб при вибраному варіанті дій сам по собі ця шкода була мінімальною в порівнянні зі всіма іншими можливими варіантами.

Ще одна *форма шкоди пов'язана з інформуванням* пацієнта про те, що стосується його стану і прогнозу його захворювання. В цьому випадку шкода може бути спричиненою у зв'язку з приховуванням інформації, з обманом пацієнта, а також і з повідомленням йому правдивої інформації. З одного боку, одурюючи кого-небудь, ми цим *самим по собі* завдаємо йому шкоди, оскільки принижуємо його гідність, не кажучи про те, що людина, що робить щось на основі недостатньої або невірної інформації, може мимоволі заподіяти збиток і собі, і тим хто його оточує. З іншого боку, шкода може бути завдана і в тому випадку, якщо пацієнтові дається правдива, але бентежача інформація про стан його здоров'я, особливо коли це робиться в жорстких формах, без урахування його емоційного стану.

Шкода пацієнтові може виникати і внаслідок того, що лікар або будь-який інший працівник лікувальної установи повідомляє медичну інформацію про даного пацієнта третім особам (порушує правило конфіденційності). Розкриття цієї інформації є порушенням статті закону про конфіденційність. Але і в тих ситуаціях, коли закон допускає або навіть вимагає розкриття цієї інформації, пацієнтові, проте, може бути завдано шкоди, — хоч би тим самим і запобігається небезпека завдання шкоди іншим людям (наприклад, у разі небезпеки пацієнта психіатрична служба звертається в органи МВС для сприяння в госпіталізації небезпечного пацієнта). Таким чином, принцип “не нашкодь” має бути реалізованим таким чином, що шкода, що походить від лікаря, повинна бути об'єктивно неминучою та мінімізованою.

Наступний *принцип “роби благо”, “добродійності”* — це не заборона, а така норма, яка вимагає деяких *позитивних* дій. Принцип “роби благо” акцентує увагу на *активних діях* по запобіганню і (або) виправленню шкоди або зла. При цьому є на увазі не тільки і не стільки та шкода, яка вільно або мимоволі спричинена лікарем, а, взагалі кажучи, будь-яке зло, якому лікар в змозі запобігти або виправити, будь то біль, страждання, недієздатність, нарешті, смерть пацієнта.

Прийнято вважати, що добродійність здійснюється за наявності наступних умов: пресона, якій надається допомога, знаходиться в небезпеці або під загрозою серйозного збитку, лікар має в своєму розпорядженні реальні засоби для запобігання цій небезпеці або збитку, дії лікаря, найімовірніше будуть запобіжними щодо небезпеки або збитку; благо, яке особа отримає в результаті дій лікаря, переважає збиток, а самі дії представляють мінімальний ризик.

Принципи біомедичної етики, окрім правила інформованої згоди, також конк-

ретизуються іншими правилами: конфіденційності, правдивості, приватності і лояльності. *Конфіденційність* — це заборона на передачу третій особі тієї інформації, яка була зібрана в ході обстеження і лікування пацієнта. Предметом конфіденційності є діагноз захворювання, дані про стан здоров'я, прогноз і всі ті відомості, які лікар отримує в результаті обстеження або при вислухованні скарг пацієнта. Також є конфіденційною і немедична інформація про пацієнта або його близьких, що стала відомою лікареві в процесі виконання їм службових обов'язків.

Законодавством строго визначений достатньо вузьке коло ситуацій, при яких медичний працівник має право передати відому йому інформацію третім особам. Це ті випадки, коли пацієнт не здатний самостійно виразити свою волю із-за порушення свідомості або унаслідок свого неповноліття (вік до 15 років). Медична інформація про стан здоров'я неповнолітніх старше 15 років може бути передана батькам або іншим особам тільки з відома самих підлітків. “Основи законодавства України про охорону здоров'я” допускають порушення конфіденційності за наявності у лікаря підстави припускати, що збиток здоров'ю пацієнта є наслідком протиправних дій [9].

Правдивість (як вимога біоетики) є відносно новим правилом, яке з'явилося як конкретизація принципу автономії пацієнта. Це правило припускає взаємний обов'язок медичного працівника і пацієнта говорити правду. У медицині досить часто практикується “обман заради блага”, коли лікар не розкриває всієї інформації про стан здоров'я хворого, і надає тим самим йому благо. Порушення норми правдивості може бути виправдане, коли її виконання вступає в суперечність з іншими обов'язками, що мають пріоритет в конкретній ситуації. Типовий приклад такого випадку — інформування безнадійного хворого пацієнта про діагноз його захворювання. Саме повідомлення правдивої інформації в цьому випадку може завдати йому непоправної шкоди, підірвати його психічні і моральні сили. Тому якщо пацієнт сам не ставить питання про те, на що він хворий, лікар може і не повідомляти йому діагноз, хоча така дія і йтиме врозріз з принципом поваги автономії пацієнта. Відзначимо, втім, що нині чинне законодавство дає пацієнтові право знати про такий діагноз, але при цьому Дотримання правила правдивості забезпечує взаємну довіру лікаря та пацієнта як партнерів по соціальній взаємодії. Відмова від патерналістської моделі в сучасній медицині, а також розвиток правосвідомості і етико-правових відносин в охороні здоров'я ґрунтуються на визнанні пацієнтів рівноправними партнерами в правдивих і довірчих взаєминах з медичними працівниками. Правдивість — моральний обов'язок кожної людини, і хвороба аніскільки не зменшує його.

Обов'язок пацієнта говорити правду обґрунтовується також принципом “не нашкодь”. Підставою для пацієнта говорити правду є та обставина, що в процесі спілкування з пацієнтами у лікаря формуються досвід і знання про значущість тих або інших симптомів для постановки точного діагнозу, терапевтичній ефективності застосованих їм медичних призначень. Якщо пацієнт надає лікарю спотворену інформацію, то він бере на себе відповідальність за формування у лікаря помилкового знання, про ефективність або неефективність якого-небудь лікарського засобу. Це помилкове знання може послужити джерелом помилкових дій лікаря, по відношенню до пацієнтів.

Лояльність, як повага до автономії і позитивне благодіяння лікаря, його вірність обов'язку, сумлінність у сприянні благополуччю пацієнта, виникає з ролевих відносин, які встановлюються між лікарем і пацієнтом. Конфліктні ситуації виникають тоді, коли в цих відносинах з'являються пріоритети інтересів третіх осіб: бать-

ків (при лікуванні дітей і підлітків), соціальних інститутів (наприклад, правоохоронних органів, зацікавлених в розкритті інформації), студентів (в процесі навчання в клініці).

Таким чином, наведені принципи і правила (вимоги, норми) біоетики складають певну регулятивну систему, елементи якої ієрархічно організовані, збалансовані і логічно несуперечливі. Вони охоплюють питання біоетичної проблематики взаємин “лікар—пацієнт” і їх практична реалізація дозволить позитивно вплинути на якість надання медичної допомоги населенню.

Література

1. *Potter W.R.* Bioethics: Science of survival // *Persp. bioeth. med* — 1970. — №4 — P.127–153.
2. *Юдин Б.Г.* Принципы биоэтики // *Биоэтика: принципы, правила, проблемы* / М.: Эдиториал УРСС, 1998.— С. 5–22.
3. *Кундієв Ю., Кисельов М.* Біоетика: витоки, стан, перспективи // *Вісник НАН України*. — 1999. — №8. — С. 6–12
4. *Пустовит С.В.* Особенности дискурса европейской биоэтики и биоправа // *Развиток идей биоэтики у европейському контексті*. — Матеріали IV міжнародного симпозиуму з біоетики 11–12 травня 2006 р., Київ. — С. 115–116.
5. *Зилгалвис П.* Этические аспекты — перспективы для Европы. Права пациента в свете конвенции по правам человека и биомедицине / П. Зилгалвис // *Анестезиология и реаниматология*. — М.: Медицина, 1999. — Приложение. — С. 174–180.
6. *Комаров Ф.И.* Права человека и биомедицинская этика / Ф.И.Комаров, Ю.М.Лопухин // *Клиническая медицина*. — 1998. — Т.76. — N 4. — С. 4–6.
7. *Parve V.* Value-neutral paternalism // *Studies in the history and philosophy of science*. — 219 Boston studies in the philosophy of science: Kluwer academic publishers, 2001. — P. 271–282)
8. *Берри К.* Взаимоотношения врача и пациента // *Матеріали Первого Украинско-британского симпозиума по биоэтике* (г. Киев, 25–29 сентября 2000 г.). — К.: Киевская медицинская академия им. П.Л. Шупика, Киевский исследовательский центр “РЕАЛ”. — С. 15–16.
9. *Основи законодавства України про охорону здоров’я від 19 листопада 1992 р. № 2008-ХІІ* // *Відомості Верховної Ради України*. — 1993. №4. — Ст. 19.