

Упражнение 02 2023/2024 г.

Морални аспекти на взаимоотношенията лекар-пациент

ас. д-р Костадин Костадинов

Понятие за “пациент”

В медикоправната доктрина винаги са съществували много дискусии относно точната дефиниция на понятието за **пациент**. Като обобщение могат да се оформят принципно две становища:

1. Първото становище е, че „ПАЦИЕНТ“ е лице, което страда от заболяване“. Ако се приеме тази теза за меродавна, то тя може да се обори с аргумента, че не всяко лице, което страда от заболяване, търси или може да търси медицинска помощ. В този случай лицето не влиза в правоотношение с медицински специалист.
2. Второто становище е, че „ПАЦИЕНТ“ е лице, което се нуждае от медицинска помощ и/или му се оказва медицинска помощ. Счита се, че това определение обхваща най-точно всички правни елементи на статута на лицето и на правоотношенията му с медицинските специалисти и с трети лица.
3. Съществува и законово понятие за пациент. С приемането на Закона за здравето за първи път се даде легална дефиниция на понятието „пациент“ в чл. 84, ал. 1 - **„пациент е всяко лице, което е потърсило или на което се оказва медицинска помощ“**. Законът въвежда и понятието „регистрация на лице като пациент“. Макар и да не дава определение на понятието, явно става въпрос за вписване на имената и други данни на лицето в медицинска документация, която е доказателство за качеството на пациент, което лицето придобива.

Според закона лицето може да бъде регистрирано като пациент с **неговото информирано съгласие**, освен в случаите, посочени със закон.

Основни принципи в общуването на лекаря с пациента

В ежедневните си контакти с болните лекарят трябва да се ръководи от множество нравствени принципи:

1. Да формира индивидуален подход към болния, съобразен с неговата психика и болестно състояние;

2. Да щади болния - това изисква непрекъснато усъвършенстване на техниката на манипулациите и процедурите, с цел намаляване на болката и неприятните усещания. Трябва да се щади и психиката на болния, като не се допуска възникване на ятрогенния ¹.
3. Да използва словото за предизвикване на положителни емоции у болния и като лечебен фактор. Значението на словесното въздействие се изразява по сила с въздействието на лекаря и неговия авторитет. Големият руски клиницист Бехтерев казва: „Ако на болен не му олекне след разговор с лекаря - това не е лекар.”
4. Да бъде по-близо до болния човек - не бива да се допуска техницизъм в медицината. Многобройните съвременни лечебно-диагностични апарати не бива да застават между болния и медицинския работник.
5. Отнасяй се с болния така, както би искал да се отнасят с теб, ако си болен! Професията на лекаря изисква всичко, което той прави за болния да е проникнато от топлота, отзивчивост, загриженост и искрено съчувствие.
6. Да уважава и зачита авторитета на своя болен - при лекаря идва не болестта, а болният човек.
7. Да пази професионална тайна

Практически обстоятелства за добър контакт „лекар-пациент”:

1. Лекарят и пациентът да са на едно ниво - напр., ако пациентът е в седнало положение, лекарят също трябва да е седнал;
2. Установяване на очен контакт.
3. Избягване на предметни бариери - при общуване в кабинета на лекаря, лекаря да мине от страната на бюрото, където е пациентът.
4. Вземане на мерки за непрекъсване на разговора.
5. Изчакване на пациента, когато той има нужда от време за намиране на подходящите думи.
6. Активно насърчаване на пациента да сподели притесненията си.
7. Засвидетелстване на внимание с невербални знаци, като кимане.

Взаимоотношения лекар - пациент

Добре известно е, че за изхода от лечение основно значение имат взаимоотношенията между лекаря и пациента. Съществуват редица проучвания в тази посока. Формулирани са **3 основни модела** на взаимоотношения - патерналистичен, автономен и партньорски.

Патерналистичен модел

Това е модел на взаимоотношения, при който моралният принцип на благодеяние стои по-високо от моралния принцип на уважение на автономността, т. е. автономността на индивида се ограничава поради причини, изключително насочени към благополучието или потребностите на личността. При този модел на взаимоотношения решенията **се вземат**

¹ Ятрогенни болести са тези, които са породени от въздействието на лекаря върху пациента - от неговото поведение, жестове, изказвания, действия, мимики. Лекарят не само без да иска, но и без да съзнава това, може да стане източник на тежки преживявания на своите болни.

от лекаря еднолучно в полза на пациента. Традицията на патернализма е много стара в медицината. Той идва от дълбока древност и остава водещ принцип в отношенията между лекаря и пациента от времето на Хипократ (V век пр.н.е.) до 60-те години на XX век. За целия този период е характерно, че лекарите **сами решават проблемите, свързани с техните пациенти**, задоволяват потребностите им от лечение, ин формация и консултация, а потребностите на пациента се свеждат само до потребности от медицинска помощ. Патернализмът се основава на идеята, че лекарят притежава по-добра проникателност по отношение на интересите на пациента, което се свързва със спецификата на неговите знания от една страна, а от друга - с ограниченията породени от болестните преживявания на пациента. Традиционният пациент в патерналистичния модел е страдащ, зависим и търсещ помощ човек, като неговото съгласие да **предаде “пълномощията”** на лекаря се под разбира, щом като сам е дошъл да търси успокоение и изцеление. От друга страна, професионалните отговорности на лекаря предполагат той да осъществи всичко полезно за здравето на пациента, дори и тогава, когато то не се преценява като добро от самия пациент. Затова лекарят е този, който взема решение и прави избора. Липсва елементът на съгласие от страна на пациента. Патерналистичният модел допуска прилагането на методи, които от съвременна гледна точка на отношенията „лекар-пациент” са неприемливи - **сила, лъжа, измама, непредоставяне на информация, дори принуда**. Но във всички тези ситуации лекарят действа в името на благополучието на пациента, като прилага всички свои знания, умения и средства за доброто на този пациент. В този смисъл патернализмът не е *“лош”* независимо от използваните методи. Патернализмът предпазва пациентите от опасността сами да си нанесат вреда, така както майката и бащата предпазват своите деца. Широко разпространено в англоезичната литература е определението на Джералд Дворкин, който разглежда патернализма като *„намеса в свободата на действие на личността, оправдана изключително с причини, насочени към благополучието, доброто, потребностите, интересите или ценности те на индивида, който се принуждава.”* Според Джеймс Чилдрес патернализмът представлява *“отказ от търсенето на съгласие при осъществяване на искания и желания на друг човек в името на доброто на този човек.”*

Моделът основан на идеите, че:

1. Лекарят избира лечението на базата на своите знания и опит;
2. При болест има вероятност пациентът да не оцени реално състоянието си. Поради болката или страданието, което изпитва, той не винаги е в състояние да вземе най-доброто решение. Лекарят има възможност да прецени по-трезво ситуацията и да приложи адекватен подход, защитавайки интересите на болния;
3. Професионалните отговорности на лекаря предполагат той да осъществява всичко полезно за здравето на пациента, дори когато то не се оценява като полезно от последния. При този модел се реализира принципът на **благодеяние**, но той влиза в противоречие с принципа на **автономност** на пациента.

Патернализмът може да се прояви по три основни начина:

1. Чрез речта: *„Днес ние ще започнем лечението.” „Ако ти си много добър, ние ще те пуснем вкъщи в събота.”*
2. Чрез поведението - *да стоиш прав над пациента, да го караш да те чака, да си снизходителен и т.н.*
3. При вземането на решения за другите, които имат право сами да вземат тези решения за себе си: *„Нямаше да е добре за тебе, ако знаеше.” „Нека аз да взема решенията.” „Ти няма нужда да знаеш.”*

През последните десетилетия приложението на традиционния патернализъм в медицината среща сериозен отпор. Изтъкват се следните основания за това:

1. Съвременният пациент е със собствено мнение, изгражда свои концепции за здравето и живота и желае да участва във вземането на свързаните с неговото здраве решения. Оттук произтича и първото сериозно ограничение в прилагането на патерналистичния модел днес. Медицинският патернализъм е силно критикуван, защото нарушава фундаменталното право на човека да решава свободно и да носи отговорност за себе си. От гледна точка на принципа за уважение на автономността се счита за недопустимо една личност да взема решения и да ги налага на друга личност напълно компетентна да стори това сама.
2. Развитието на технологиите в медицината днес е достигнало такава степен, че задачата на лекаря се свежда не само до осъществяване на максимум лечение за спасяване на живота на хората, както е било в миналото, но и да прави избор между различни лечебни подходи и процедури. Въпросът е вече не само и не толкова да се осигури лечението, а по-скоро как то да се съчетае с грижите за пациента, които предполагат разбиране, уважение, респект, доверие от страна на лекаря към болния. Патерналистичният модел не съдържа в себе си уважение и разбиране към пациента. Затова и възраженията към патернализма са насочени към съществуващата та практика лекарят да лекува по-скоро болестта, а не болестта на конкретния пациент, и особено към случаите, когато лекарят систематично игнорира или не зачита ролята на пациента в този процес.
3. В процеса на вземане на медицинските решения както на обществено, така и на индивидуално ниво присъстват икономически и редица други съображения. Този момент предполага идентифициране, ранжиране, дискутиране и точно определяне на доброто за пациента в конкретната ситуация. Сериозен недостатък на патерналистичния модел е, че той взема предвид само медицинските съображения, без да отчита особеностите на конкретната ситуация, в резултат на което патерналистичният модел универсализира даден контекст, чийто характеристики може да не са валидни за друга ситуация. От друга страна, недостатъкът респект към ценностната система на пациента също е една от най-честите причини за недоволство от лекарския патернализъм. Основното положение, че медицински доброто е най-голямото добро и то надделява над всички останали ценности, е може би най-големият проблем на патернализма. Съхранява нето на живота на човека “на всяка цена” не винаги е добро за самия човек, за когото важното е не само дали изобщо ще живее, а как ще живее (проблемът за качеството на живота).
4. Съвременният пациент, като автономна, имаща право на самоопределение, личност изисква пълна и точна информация за здравословното си състояние, която да му позволи да направи пълноценен избор относно лечението.

Видове патернализъм:

1. **Силен патернализъм** - пациентът е **компетентен** да даде съгласие, но лекарят не му предоставя възможност. Той не му предоставя достатъчна информация или не зачита доброволния му и информиран избор. Компетентният пациент е в състояние да вземе правилно решение, за което носи отговорност.
2. **Слаб патернализъм** - действието е в интерес на пациента, който **не е в състояние** да реализира напълно информирано съгласие поради определени причини: - непълнолетие; - психичен статус; - не му е осигурена възможност за свободен избор;

Когато един пациент бива определен като некомпетентен, му се определя настойник, който да защитава неговите интереси. Съществуват стандарти за некомпетентност:

- неспособност да се изрази или направи предпочитание или избор;
- неспособност да се разбере дадена ситуация и последствията ѝ;
- неспособност да се разбере съответна информация;
- неспособност да се аргументира;
- неспособност да се определи разумна причина (въпреки че могат да се посочат някои второстепенни причини)
- неспособност да се направи анализ на рисковете и ползите;
- неспособност да се стигне до разумно решение.

Моделът е приложим при:

1. Спешни и неотложни ситуации;
2. Пациентът не е в състояние да вземе решение под въздействие на силна болка, стрес, безсъзнание или в шок (клинични ситуации като анестезия, кома или делириум).
3. При деца, възрастни пациенти, психично болни, когато отсъства попечител и при спешна ситуация;
4. При инфекциозно болни, когато са опасни за околните.

Автономен модел

При този модел принципът на уважение на автономността е водещ, т.е. решенията, касаещи здравното състояние на пациента се вземат от самия него и той носи отговорността за последиците от тях. Произходът на думата е от гръцки: *autos* (сам, себе си) и *nomos* (управление, ръководене). Автономният модел е **противоположен на патерналистичния**. При него се реализира принципът за уважение на автономността чрез взимане на **информирано съгласие** за изследвания и лечение. Решенията, свързани със здравното състояние на пациента, се взимат с негово участие и той също носи отговорност за последиците, т.е. **пациентът е въввлечен в процеса** на взимане на решение.

В литературата се разграничават няколко схващания за автономността на пациента:

1. Като **свобода на действие** - на преден план изпъква контрастът между автономността и принудата, която предполага преднамерено използване на сила или заплахата от увреждане.
2. Като **свобода на избор** - набляга върху възможностите за ограничаване на обхвата на избор на пациента; в случая липсата на свобода не е равнозначна на принуда, но в същото време автономността на личността е ограничена. Двете виждания фокусират върху външните за пациента фактори, които биха могли да ограничат неговата автономност.
3. Като **ефективно обсъждане** - насочва вниманието върху вътрешното състояние на пациента и свързаните с него вътрешни ограничения. Тук възлови са критериите за рационалност - способността на човека за избор на подходящи цели и способността му да избере най-добрите средства за постигане на тези цели. Вътрешни фактори, които биха могли да повлияят и ограничат ефективното обсъждане са:
 1. невъзможност за развитие или недостатъчно развитие на способности за рационално мислене (деца, олигофрени, дебили и имбецили);
 2. силни емоции (страх, тревожност, агресивност);

3. наличие на болка (силна, продължителна във времето);
4. неконтролируеми желания и привычки (алкохолна злоупотреба, наркоманици, злоупотреба с психотропни вещества).

Автономният модел предполага осъществяване на такива взаимоотношения между лекаря и пациента, които изискват:

1. Лекарят да предостави на пациента пълна и точна информация за здравното му състояние и резултатите от диагностичните изследвания и находки.
2. На автономния пациент да се съобщи пълната и точна диагноза, начините на лечение, включително алтернативите и прогнозата.
3. Пациентът да бъде поощрен от лекаря в доброволното вземане на решение.
4. Пациентът сам да избере начина на лечение и сам да поеме отговорност за резултата от това лечение. Пациентът има право да каже “не” на възможност, която от медицинска гледна точка изглежда най-добра.

Съществуват обаче и редица ограничения на медицинския модел за автономност:

1. Не отделя необходимото внимание на въздействието на болестта върху способността за автономност на пациента. Болният човек е страдащ, уязвим, прекалено ангажиран с болестта си, принуден е да преоценява своите ценности и цели в живота. Често той е тревожен, гневен, дори враждебен към останалите, може да има изживявания за виновност. Поради всичко това съществува вероятност болният да прави съждения, които не би направил при добро здраве, т.е. той е некомпетентен.
2. Не отделя полагаемото се място на лечението като компонент на отношението „лекар-пациент”. Заслужава разбиране идеята, че правата не могат да имат предимства над доброто. И лекарят, и пациентът са задължени да действат за доброто здравно състояние на организма.
3. Корените на модела идват от движенията за права и свободи, които имат граждански характер, а не от специфичните характеристики на медицината.
4. Утвърждава неуязвимостта на моралните убеждения, решения и действия на всеки човек, при което той сам е арбитър на постъпките си, няма контрол и дискусия. С това се загубва и чувствителността на обществеността за идентифициране, защото няма консенсус за доброто на обществото откъдето автономността.

Модел на партньорство

При него решението се взема съвместно **от лекаря и пациента** въз основа на подробна информация за това, кое е най-добро от медицинска гледна точка. Това е точката на постигане на **доверие**, така необходимо за по-нататъшното сътрудничество и успех при лечението. Реализират се принципите за благодеяние и уважение на автономността. В медицината общата цел на лекаря и болния е справяне с болестта. Тя трябва да обединява двете страни. При този модел и лекарят и пациентът трябва да са **равнопоставени автономни личности**. Между тях трябва да се изградят взаимоотношения, основани на взаимно доверие и конфиденциалност. Това ще предразположи пациентът да сподели с лекаря всичко, което касае болестното му състояние. Само в такава атмосфера може да се постигне консенсус по отношение на диагностичните процедури и лечението. Пациентът съдейства съзнателно при взимането на решение относно терапията. Чисто човешката връзка между лекар и пациент е пълноценна и плодотворна.

Съвместно се решава кое е добро за пациента като се взимат в съображение съществуващите проблеми и интереси на болния. От своя страна последният е способен да разсъждава и да направи своя избор. Съществува възможност пациентът свободно да реши **да предостави възможност на лекаря за взимане на някои решения**. Моделът на партньорство изисква процес на активна обмяна на информация, договаряне и обсъждане на различни решения. Пациентът е експерт по отношение на собствения си живот, а лекарят, със своите знания и опит, е експерт в медицински аспект. Ролите на лекар и пациент се определят от взаимната работа и равнопоставеност на двете страни. В английската литература това се нарича *“equipoise”* или „балансирано решение“. Моделът е най-подходящ при по-леко и при хронични болни пациенти.

При този модел принципите на **благодеяние и уважение на автономността са равнопоставени**, т.е. кое е добро за пациента и неговото здраве, се решава съвместно от него и медицинския работник в контекста на реалните проблеми и интереси на болния. Автономията и патернализмът са двете диалектични крайности при взаимоотношенията лекар-пациент. Общата цел за лекаря и за болния - овладяването на болестта - трябва да обединява двете страни. Между тях трябва да се постигне пълно взаимодействие, което да доведе до излекуване или поне до максимално облекчаване на страданията на болния.

В литературата са описани различни модели на партньорство:

1. Договорен модел: Тук правата и задълженията на двете страни са точно **регламентирани и фиксирани**. Посочени са ангажиментите, които поема всяка от страните. Разпределени са ролите, които ще се изпълняват на всеки етап от лечението. Чрез изпълнение или неизпълнение на поетите ангажименти, пациентът е пряко отговорен за изхода от лечението. Моделът се наблюдава при лечение на наркомани чрез сключване на т.нар. терапевтичен договор.
2. Бизнес модел: При него медицинският труд се представя като **стока с определена цена**. За всяко действие и всеки вид дейност се предвижда определено заплащане. Взаимоотношенията се представят като взаимоотношения между продавач и купувач.

Други модели

1. В здравното законодателство като стандарт е наложен **информативният модел**. Патернализмът не е погрешен сам по себе си, но ако лекарят реши да го прилага, трябва да предложи стабилна аргументация за решението си.
2. Съществува **“обсъждащия модел”**, който отговаря най-точно на очакванията на пациентите. Лекарят при този модел е не само в ролята на експерт, но е и участник в процеса на изясняване на подходящите ценности за конкретното здравно състояние на пациента. В този случай автономността изисква от индивидите да са в състояние критично да преценят собствените си ценности и да ги реализират в действия. Взаимоотношението „лекар-пациент“ е споделен процес на обучение за справяне с болестта, така че пациентът да може да живее по-добре от преди.
3. **Инженерингов модел**. Инженеринговият модел се характеризира със задължението на лекаря да информира пациента относно заболяването му и лечението му, което ще провежда. Но за разлика от патерналистичния модел пациентът сам решава какво да предприеме измежду предложените му възможности.

Медицинската грешка

Определение

Неблагоприятните събития (*adverse events/sentinel events*) се свързват с увреждане на пациента, настъпило не в резултат на неговото заболяване, а във връзка с медицинското обслужване. Те могат да бъдат предотвратими и непредотвратими. Медицинска грешка е само предотвратимо **неблагоприятно събитие**, което се изразява в неправилно изпълнение на даден план за лечение или изпълнение на неправилен план за лечение.

Одобряването на качеството в здравната ни система означава предоставяне на подходящите здравни услуги на всеки пациент по всяко време в неговите основни компоненти, един от който е сигурност/безопасност – лечението се провежда по начин, безопасен за пациента и пациентите да са сигурни, че няма да бъдат обект на медицински грешки по време на лечението си.

Наличието на медицински грешки/сериозни инциденти предполага съществуването на проблем в цялата здравна система не само от медицинска, но и от икономическа, правна, етична и обществена гледна точка. Това е показател за нивото на качество в здравеопазването, който изисква вниманието да се насочи не само към медицинската грешка сама по себе си, но и към извършване на подобрения във всички аспекти на медицинското обслужване.

Видове медицински грешки

1. **Открита (явна)** — грешка, която се проявява при директния контакт между специалиста и пациента, чиито ефекти могат да бъдат установени веднага след изпълнението.
2. **Скрита (неявна)** — грешка по време на проектиране, организация или изпълнение на медицинската помощ, чиито последици за пациента обикновено се намират в латентно състояние за дълъг период от време.
3. **Ятрогенния** - вреди, причинени от лечебните действия, които са вредни за здравето на пациента и са в резултат на лекарска грешка.
4. **Егзотрогенния** - вреди, причинени от други пациенти в рамките на общото ползване на медицински услуги.

Причини за възникване на медицински грешки

1. характеристики на **пациента** – сериозност на заболяването, проблеми с комуникацията (чужденец), други персонални и социални фактори;
 2. фактори, произтичащи от **характера на самата работа** – наличие и използване на протоколи, наличие на резултати от изследванията, точност на резултатите;
 3. фактори, произтичащи от **индивидуалните характеристики на лекаря** / мед. сестра – знания, умения и компетентност, умора, мотивация, физическо и психично здраве;
1. **Незнание** - Представлява липса на теоретични познания или практически умения за успешното и безопасно упражняване на определено занятие или професия, спадаци към правно регламентирани дейности.

2. Немарливото изпълнение - Негативно явление, порочен момент в дейността на лицата, упражняващи правно регламентирана дейност, дефектно изпълнение на професионалните задължения, липса или отклонение от дължимото и адекватно поведение на тези лица.
4. фактори, произтичащи от **работата в екип** – комуникация по време на оказване на медицинската помощ в рутинни и кризисни условия, наблюдение и търсене на помощ, лидерство;
5. фактори, произтичащи от **условията на труд** – натовареност, наличие и използване на оборудването, административна подкрепа;
6. фактори, произтичащи от **организацията на работата и управлението** – финансови ресурси, време, физическа среда (липса на място, ниво на шум и др.).

Предпоставки за търсене на отговорност на лекаря

1. противоправно **деяние** (действие или бездействие);
2. противоправен **резултат** (вреда – телесна повреда, смърт и др.);
3. **причинна връзка** между деянието и резултата;
4. наличие на **вина** (умисъл или непредпазливост).

Видове отговорност:

1. **Наказателна** - Предвидена е за най-тежките нарушения (престъпления), които изрично са изброени в Наказателния кодекс – причиняване на смърт на друго лице поради немарливо изпълнение на лекарските задължения, извършване на аборт от лекар в разрез с утвърдените медицински стандарти или отказ на лекаря да помогне на лице в нужда без уважителна причина за това;
2. **Дисциплинарна** - Предвидена е в трудов кодекс забележка, предупреждение за уволнение или дисциплинарно уволнение.
3. **Гражданска** - Гражданската отговорност за лекарска грешка е механизмът, чрез която пострадащото лице може да получи **обезщетение** за неправомерните действия на лекаря. Гражданската отговорност може да бъде *договорна* и *деликтна* ²
4. **Административна отговорност** - изразява се в санкции, които се осъществяват вътре в системата на здравеопазването и се налагат от компетентен орган, предвиден в закона: порицание, глоба, отнемане на лекарски права

Типове грешки

1. Грешки свързани с **предписването** на лекарство (медикаментозни грешки);
2. Грешки свързани с **обезболяването**;
3. Неправилно водена или липса на **медицинска документация**;

²Договорната отговорност не покрива нанесените нематериални щети (болки, страдания, уплаха, стрес, загуба на доверие), докато при деликтната отговорност се дължи обезщетение и за тях.

- Документи, свързани с *лечебната дейност* (амбулаторен журнал, рецепти, направления и др.),
 - Документи, свързани с *експертна дейност* (болничен лист, медицинска бележка)
 - *Финансови* документи
4. Липса на **информирано съгласие**
 5. Неспазване на **медицинските стандарти**
 6. Неспазване на правилата за добра **медицинска практика**