

UREDNICI
Ana Borovečki
Slobodan Lang

JAVNO ZDRAVSTVO, ETIKA I LJUDSKA PRAVA



MANUALIA UNIVERSITATIS STUDIORUM ZAGRABIENSIS

MANUALIA UNIVERSITATIS STUDIORUM ZAGRABIENSIS

Urednici: Ana Borovečki, Slobodan Lang

JAVNO ZDRAVSTVO, ETIKA I LJUDSKA PRAVA

Izdavač

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet,
Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“

U Zagrebu, 2013.

Recenzenti

Prof. dr. sc. Selma Šogorić

Prof. dr. sc. Niko Zurak

Prof. dr. sc. Darko Polšek

Lektura

Branko Šimat

Prijelom i naslovnica

Alma Šimunec-Jović

DRUGO DOPUNJENO IZDANJE

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice
u Zagrebu pod brojem 747573

ISBN 978-953-6255-42-9



Korištenje naziva sveučilišni priručnik odobreno je: Odlukom Senata Sveučilišta u Zagrebu:
Klasa: 032-01/14-01/20; ur. broj: 380-063/117-14-2 na sjednici održanoj 16. rujna 2014.
(*Manualia Universitas studiorum Zagrabienensis*)

UREDNICI: **Ana Borovečki, Slobodan Lang**

JAVNO ZDRAVSTVO, ETIKA I LJUDSKA PRAVA

priručnik za stručne poslijediplomske studije iz javnog zdravstva,
medicine rada i športa te školske i sveučilišne medicine

SADRŽAJ

A. Borovečki, S. Lang: Uvod	5
A. Borovečki: Etika javnog zdravstva – je li javnome zdravstvu potrebna specijalna etika?	6
A. Borovečki, J. Mustajbegović: Istraživanja u javnome zdravstvu – neka etička promišljanja	11
JAVNO ZDRAVSTVO, ETIKA I LJUDSKA PRAVA – TEORIJSKE OSNOVE	
I. Pristaš: Etika javnog zdravstva	17
A. Čović: Integrativna bioetika i pluriperspektivizam	23
H. Jurić: Uporišta za integrativnu bioetiku u djelu Van Rensselaera Pottera	33
T. Matulić: Teološki uvod u etička pitanja u medicini	54
D. Šimonović: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini i njezin utjecaj na hrvatsko zakonodavstvo	73
JAVNO ZDRAVSTVO, ETIKA I LJUDSKA PRAVA – POSEBNI PROBLEMI	
Prava pacijenata	
M. Štifanić, S. Babić: Prava pacijenata u racionaliziranom zdravstvu	80
Nejednakosti u zdravstvenom sistemu	
M. Mastilica: Zdravstvene nejednakosti	86
H. Jurić: Zdravlje i vrijednosti	92
T. Matulić: Solidarnost u zdravstvu	97
E. Baccarini: Distributivna pravda i presađivanje organa	101
Medicina rada	
J. Mustajbegović: Etika i medicina rada	105
Prava djeteta	
A. Mujkić: Prava djeteta	109
Školska medicina	
V. Jureša, V. Musil, M. Majer: Medicinsko etički problemi u školskoj medicini	114
Štrajk glađu	
A. Borovečki: Štrajk glađu – perspektiva biomedicinske etike	137
S. Lang: Što treba svaki hrvatski građanin znati o štrajku glađu?	143
DODATAK A - Pregled relevantnih domaćih i međunarodnih dokumenata i legislative vezanih uz etička pitanja u javnom zdravstvu	145

UVOD

Medicinska etika područje je staro kao i zapadna medicinska tradicija i počinje već u antičkoj Grčkoj i danas aktualnim liječničkim kodeksom – Hipokratovom zakletvom. No, od antičke do suvremene zapadne medicine dogodio se niz obrata i problema koji su 70-ih i 80-ih godina 20. stoljeća bitno promijenili percepciju tradicionalnih vrijednosti vezanih uz odnos liječnik-pacijent iznjedriviši novu disciplinu - biomedicinsku etiku ili bioetiku.

Razvojem zapadne medicine i njezinim grananjem u niz novih disciplina pojavljuje se mnogo novih područja od kojih se javno zdravstvo bitno razlikuje svojim pristupom i fokusom. Naime, fokus medicine dugo je bio usmjeren na pitanje zdravlja pojedinca. U 19. i 20. stoljeću, kad javno zdravstvo doživljava svoj puni procvat, interes medicinske struke nije isključivo zdravlje pojedinca nego se on bitno širi i na pitanje zdravlja populacije.

Aktualiziranje etičkih pitanja u javnome zdravstvu počinje već 70-ih godina 20. stoljeća prvim raspravama o alokaciji resursa, pravednosti i (ne)jednakosti u zdravstvenom sustavu, potaknutim pitanjem nedovoljnog broja aparata za dijalizu u SAD-u naspram rastućih potreba stanovništva za tim medicinskim postupkom, te nekim pitanjima vezanim uz transplantacijsku medicinu. No, tek će se krajem 1980-ih i 1990-ih godina, vezano uz pitanja starenja stanovništva, rastućih troškova u zdravstvu, ulaska genetike u populacijska istraživanja te pojave epidemije HIV/AIDS-a, znatno povećati zanimanje istraživača iz područja medicinske etike za etička pitanja u javnome zdravstvu.

Ovaj priručnik posvećen je etičkim pitanjima u javnome zdravstvu, te otvara novo područje za istraživanja i promišljanja na ovim prostorima. Uz pomoć uglednih profesora i kolega s drugih fakulteta koji su odlučili sudjelovati u svojevrsnom interdisciplinarnome pilot-projektu, želja nam je bila ljudima koji se bave područjem javnog zdravstva prezentirati drugačija viđenja i pristupe problematici etike u javnome zdravstvu.

Autorski tekstovi koji slijede pisani su ponešto drugačije od uobičajenih tekstova s kojima su se pojedini čitatelji do sada imali prilike susresti. Nadamo se da to neće biti prepreka recepciji tih tekstova i da će njihov sadržaj i način izlaganja potaknuti čitatelje na buduća promišljanja i neke nove autorske doprinose raspravama na ovome području.

Ana Borovečki, Slobodan Lang

ETIKA JAVNOG ZDRAVSTVA – JE LI JAVNOME ZDRAVSTVU POTREBNA SPECIJALNA ETIKA?

(rad izvorno objavljen u HČJZ, vol 2, broj 6, 7. travanj 2006.)

Ana Borovečki

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Uvod

Danas i osnivači područja biomedicinske etike, poput Daniela Callahana, misle da se u razvoju biomedicinske etike, započeto 70-ih godina 20. stoljeća, malo pažnje posvećivalo etičkim problemima u javnome zdravstvu. Interes je većinom bio usmjeren na odnos liječnik-pacijent, probleme medicinskih profesija (liječnici, sestre), donaciju organa, etičke probleme povezane s razvojem genetike, reproduktivna pitanja i alokaciju resursa. Callahan također smatra da je težište u biomedicinskoj etici u početku bilo na pitanjima dobrobiti pojedinca i njegove autonomije (slobode odlučivanja), a ne na populaciji.

No, Callahan misli da javnozdravstvena pitanja doživljavaju svojevrsnu renesansu u Sjedinjenim Američkim Državama. Dva su razloga tome. Prvi je povezan s činjenicom da još nisu u potpunosti pobijedene zarazne bolesti, na primjer epidemija AIDS-a, koje su i dalje značajan javnozdravstveni problem, ne samo u svijetu nego i u Sjedinjenim Američkim Državama. Drugi razlog Callahan vidi u činjenici da zdravlje populacije ovisi ponajprije o dobrim socio-ekonomskim i javnozdravstvenim prilikama, a ne o biotehnološkom napretku medicine (1).

U Europi se također posljednjih godina javlja mišljenje da se o etičkim pitanjima u javnome zdravstvu do sada nije dovoljno raspravljalo. Autori poput Petera Bradleya, Amande Burls i Marcel Verweija pokušavaju svojim analizama i studijama popuniti tu uočenu prazninu u Europi. Ovaj članak daje pregled područja vezanog uz etiku u javnome zdravstvu. Ujedno će se ovim prikazom pokušati odgovoriti na sljedeće pitanje: je li javnome zdravstvu potreban poseban pristup u analizi etičkih problema koji se javljaju u njegovu području ili nam je za njihovu analizu dovoljan klasični biomedicinsko-etički pristup koji primjenjujemo u medicini?

Etika u javnome zdravstvu

Termin javno zdravstvo označava zdravlje pučanstva, ali ujedno može značiti i zdravlje određene ljudske populacije koja živi na nekom području. Čini ga zbroj svih aktivnosti namijenjenih unapređenju i zaštiti zdravlja ljudi na nekom području. No, javno je zdravstvo ujedno i akademska disciplina koja proučava zdravlje ljudi na nekome području i skup aktivnosti namijenjenih poboljšanju i zaštiti zdravlja (2).

Javno zdravstvo kao organizirana disciplina pojavljuje se prije 100 godina. Težište mu je prije na unapređenju zdravlja populacije nego pojedinaca – riječ je o socijalnom pristupu unapređenju zdravlja. Pristupom koji je više socijalan nego individualan javno zdravstvo nastoji unaprijediti dobrobit zajednice (3).

U javnozdravstvenoj praksi i istraživanjima pojavljuje se niz etičkih problema. Posljednjih godina učinjen je niz analiza posvećenih etici u javnome zdravstvu ne bi li se se istražila i razjasnila prava i dužnosti istraživača, javnozdravstvenih djelatnika, ispitanika, zajednica i vlada u nastanku mnogih etičkih problema u javnome zdravstvu. Iz područja javnoga zdravstva sastavljeno je i niz profesionalnih kodeksa i naputaka (npr. The ethical guidelines for health promotion objavljeni u American Journal of Preventive medicine u 1994.).

Rudiger Bittner u svojem članku „Ethics in Public Health” („Etika u javnome zdravstvu“) ovako sumira glavna etička pitanja ovoga područja: „U javnozdravstvenoj etici zanima nas odgovor na pitanja: što nam je činiti, kome, i tko za to treba platiti?“ Ovu izjavu možemo potkrijepiti Bittnerovim citatom: „Etička pitanja u javnome zdravstvu možemo shematski podijeliti na sljedeći način: tri su strane u javnozdravstvenim procesima važnim za unapređenje zdravlja. Ljudi koji provode neke javnozdravstvene mjere, ljudi na kojima se neki javnozdravstveni postupci provode i ljudi koji za te postupke osiguravaju financijska sredstva. Uza svaku od tih triju skupina ljudi pojavljuju se neka etička pitanja. Prvo je pitanje vezano uz javnozdravstvene postupke: što treba, a što ne treba činiti u sklopu javnoga zdravstva? Zatim pitanje tko profitira od provedenih postupaka: kako bi trebalo javnozdravstvene usluge alocirati? I konačno, pitanje vezano uz plaćanje: kako pravilno raspodijeliti javnozdravstvene troškove“. No Bittner nam u svojim promišljanjima ne nudi nikakve teorijske koncepte (4).

Daniel Callahan pak navodi da bi sljedeća područja trebala biti predmet analize etike javnoga zdravstva: promocija zdravlja i prevencija bolesti, epidemiološka i druga javnozdravstvena istraživanja, strukturalne i socioekonomske nejednakosti. Profesionalna etika, primijenjena etika i etika kritičke analize bile bi teorijska podloga analize etičkih problema u javnome zdravstvu po Callahnu (5-6). Steven S. Coughlin, Colin L. Soskolne i Kenneth W. Goodman u knjizi „Cases Studies in Public Health Ethics” („Analiza slučajeva u javnozdravstvenoj etici“) misle da bi sljedeća pitanja bila predmet analize u etici javnoga zdravstva:

1. pristanak informiranog pacijenta u javnozdravstvenim istraživanjima
2. zaštita privatnosti
3. randomizirani kontrolirani pokusi u javnome zdravstvu
4. nekorektno ponašanje znanstvenika
5. konflikt interesa i sponzorstva
6. intelektualno vlasništvo i razmjena podataka
7. komunikacija s javnošću
8. genetičko testiranje i istraživanja

9. prevencija i istraživanje HIV / AIDS-a
10. alokacija resursa
11. kroskulturalne studije
12. istraživanje na vulnerabilnim skupinama
13. praksa etičke analize u javnome zdravstvu

Navedeni autori preporučuju sljedeće metode analize etičkog problema: „principalizam” Beauchampa i Childressa, kazuistiku i model moralnih pravila i ideala Bernarda Gerta (7).

Peter Bradley i Amanda Burls u knjizi „Ethics in Public and Community Health” („Etika u javnome zdravstvu”) navode sljedeća pitanja bitnima za etiku javnoga zdravstva: raspodjela resursa, screening, promocija zdravlja i participacija javnosti u zdravstvu. Teorijska podloga analize etičkih problema uključuje teorije od „principalizma” do Rawlsove teorije pravednosti (8-10).

Marcel Verweij u knjizi „Preventive Medicine between Obligation and Aspiration” („Preventivna medicina između obaveze i htijenja”) koristi se kombinacijom „principalizma” i kazuistike sa znatnim naglaskom na konceptu medikalizacije u raspravi o etičkim pitanjima u preventivnoj medicini (11).

Je li javnome zdravstvu potrebna posebna etika?

Zajednička je crta tih teorija stajalište svih autora da je biomedicinska etika do sada premalo pažnje posvećivala etičkim pitanjima u javnome zdravstvu i da bi i takva pitanja trebalo analizirati, s etičkog aspekta. No, autori nisu sigurni koliko se sami etički problemi u javnome zdravstvu i njihova analiza razlikuju od onih u biomedicinskoj etici. Moje je mišljenje da se razlikuju.

Iako pitanja osobne autonomije pacijenta, dobročinstva i pravednosti u medicinskom kontekstu „principalističkog” pristupa Beauchampa i Childressa mogu biti korisna u analizi etičkih problema u javnome zdravstvu kad je riječ o nekim konfliktima na relaciji pacijent - javnozdravstveni djelatnik (12), ipak područje etičkih pitanja u medicini zaslužuje drugačiji pristup. U analizi većine etičkih problema u javnome zdravstvu teorijska bi podloga trebala biti šira od klasičnog pristupa biomedicinske etike i analiza bi se trebala provoditi s aspekta primijenjene etike. Etički problem u javnome zdravstvu ne može se analizirati samo s aspekta medicinske etike ili bioetike, jer u njega mogu biti uključene razne etičke dimenzije (13). Ovu tezu možda najbolje ilustrira primjer odgovornosti javnozdravstvenih djelatnika pri obavještanju pučanstva o nekom javnozdravstvenom problemu ili riziku. To se jasno uočava i iz primjera navedenog u knjizi „Case Studies in Public Health Ethics” („Analiza slučajeva u javnozdravstvenoj etici”) pod naslovom Media Accounts of Mad Cow Disease and Consumer Panic in Britain („Uloga medijskih priopćenja u slučaju „kravljeg ludila” i panike potrošača u Velikoj Britaniji”) (14-15). U ovome članku neće biti iznesen cijeli slučaj, nego ćemo se samo prisjetiti važnijih činjenica. Postojale su spoznaje o mogućem, ali ne i verificiranom putu prijenosa Creutzfeld-

Jakobove bolesti između stoke i ljudi preko hrane i medicinskih pripravaka od goveđeg biološkog materijala (umjetne moždane opne načinjene od goveđeg tkiva). U početku je britanska vlada pokušala umanjiti opasnost od širenja ove bolesti, no tada je došlo do povećanja broja novootkrivenih slučajeva i u ljudi i kod stoke. Rezultat takvog obavješćavanja javnosti bila je panika među potrošačima i veliki gubici britanskih uzgajivača stoke.

Ovaj nam slučaj pokazuje kako jedan javnozdravstveni problem, na prvi pogled povezan s upravljanjem medicinskim informacijama, zapravo u sebi ima zanimljivu etičku pozadinu. Tu nije riječ samo o tome da javnozdravstveni djelatnici nedovoljno informiraju javnost ili o pravu javnosti da bude informirana o nekom javnozdravstvenom problemu. Ne bi bilo dobro ni analizirati taj slučaj s aspekta svake osobe koje je dobila Creutzfeld-Jakobovu bolest, pa vidjeti kolika je odgovornost britanske vlade za svaki pojedini slučaj. Važno je istaknuti i pitanje odgovornosti industrije mesa i industrije medicinskih proizvoda te vlade zbog pogrešnog informiranja britanske javnosti i umanjivanja potencijalne opasnosti za pučanstvo od Creutzfeld-Jakobove bolesti. Ovo je klasičan primjer degradacije moralnih vrijednosti u društvu. Takav se slučaj ne može analizirati isključivo s aspekta biomedicinske etike, nego je potrebna cjelovita analiza događajas aspekta primijenjene etike. No, je li javnome zdravstvu potreban poseban pristup u analizi etičkih problema koji se pojavljuju u njegovu području ili nam je za njihovu analizu dovoljan klasični biomedicinsko-etički pristup koji primjenjujemo u u medicini?

Činjenica je da u nekim primjerima klasična analiza etičkih problema s aspekta biomedicinske etike nije dovoljna, s obzirom na to da zastupa individualni pristup i ne pristupa analizi nekog etičkog problema s šireg aspekta. Taj je prošireni pristup u perspektivi vrlo važan prilikom analize etičkih problema u javnome zdravstvu. Ipak javnozdravstvena etika nije zasebna disciplina nego kombinacija klasičnih biomedicinskih pristupa i pristupa primijenjene etike.

Literatura

1. Callahan D. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. American Journal of Public Health, 2002;2;169-176.
2. Brittner R. Ethics in Public Health. U: Laaser U., de Leeuw E., Stock C.(edit.) Scientific Foundations for a Public Health Policy in Europe. Juventa, 1995.p. 89.
3. Kass, NE. An Ethics Framework for Public Health. American Journal of Public Health, 2001;11;1176-1782.
4. Brittner R. Ethics in Public Health. U: Laaser U., de Leeuw E., Stock C.(edit.) Scientific Foundations for a Public Health Policy in Europe. Juventa, 1995.p. 91-94.
5. Callahan D. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. American Journal of Public Health, 2002;2; 170-172.
6. Daniel Callahan(ed.). Promoting healthy behaviour: How much freedom? Whose responsibility? Washington DC; Georgetown University Press, 2000.

7. Steven S. Coughlin, Colin L. Soskolne, Kenneth W. Goodman. Case Studies in public health ethics. Washington DC; American Public Health Association, 1997.
8. Bradley, P. Application of ethical theory to rationing in health care in the UK: a move to more explicit principles? U: Bradely, P. Burls, A. (ed.): Ethics in public and community health. London, New York; Routledge, 2002.p. 3-19
9. Troop, P.Screening: general principles. U: Bradely, P. Burls A. (ed.): Ethics in public and community health. London, New York; Routledge, 2002.
- 10.Burls A., Cabello-Lopez J. Research methods in public health. U: Bradely P. Burls A. (ed.): Ethics in public and community health. London, New York; Routledge, 2002.
- 11.M. Verweij. Preventive medicine. Between obligation and aspiration. Utrecht, Kluwer Academic Publisher, 2000.
- 12.M. Verweij. Medical-Ethical Dimensions of Preventive Medicine. U: Preventive medicine. Between obligation and aspiration. Utrecht, Kluwer Academic Publisher, 2000.p. 25-45
- 13.Widdershoven. G.A.M.Health Ethics and health Sciences. U: Laaser U., de Leeuw E., Stock C.(edit.) Scientific Foundations for a Public Health Policy in Europe.Juventa, 1995.p. 95.-103
- 14.Guttman Nurit. Public Health communication interventions: values and ethical dilemmas. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2000.
- 15.Steven S. Coughlin, Colin L. Soskolne, Kenneth W. Goodman. Case Studies in public health ethics. Washington DC; American Public Health Association, 1997.p. 89-90

ETIKA U JAVNOZDRAVSTVENIM ISTRAŽIVANJIMA

Ana Borovečki, Jadranka Mustajbegović

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Istraživanja koja se izvode na ispitanicima (pojedinci, populacija) s namjerom dokazivanja znanstvene hipoteze, u svojoj osnovi ne smatramo terapijskim postupcima iako postoji potencijalna dobrobit za određene bolesnike koja se može pojaviti kao posljedica tih istraživanja. Naime terapijski je odnos onaj u kojem liječnik liječi pacijenta prema specifičnim obilježjima njegove bolesti, ali i specifičnim karakteristikama pacijentova organizma te mu pristupa kao pojedincu imajući u vidu profesionalnu etiku liječničke struke. Odnos liječnika/istraživača i ispitanika/pacijenta sadržava u sebi neke druge zakonitosti: pomnu primjenu istraživačke metodologije, prikupljanje kvalitetnih podataka, odabir adekvatnih ispitanika i njihov adekvatan tretman, a sve u cilju dokazivanja znanstvene hipoteze. Stoga se smisao etike u terapijskom odnosu liječnika i pacijenta temelji na činjenju dobra i brizi za pacijenta. Nasuprot tome, u odnosu liječnika/istraživača i ispitanika /pacijenta visoki etički standardi poistovjećuju se s visokom kvalitetom znanosti. Dakle, u istraživanjima dobročinstvo i nečinjenje zla imaju drugačije značenje jer se rizici i koristi ispitivanja procjenjuju ne samo u odnosu na pojedince nego i u odnosu na opće dobro, znanstvenu spoznaju. Nigdje u istraživanjima ovo opće dobro nije toliko važno kao u javnozdravstvenim istraživanjima. Pri provedbi javnozdravstvenih istraživanja težište je na populaciji. To je jasno vidljivo i iz područja u kojima radimo istraživanja u javnome zdravstvu: promocija zdravlja i prevencija bolesti, smanjivanje rizika, strukturalne i socioekonomske nejednakosti, sva područja kojima se bavi epidemiologija (1).

Govoreći o etici u javnozdravstvenim istraživanjima, vidljivo je da postoji niz sličnosti, ali i razlika s ostalim tipovima medicinskog istraživanja. U javnome zdravstvu možemo se katkada koristiti i dvostruko slijepim kliničkim pokusom (ponajprije u nekim epidemiološkim istraživanjima, npr. istraživanje učinkovitosti nekog cjepiva). Tada za taj tip istraživanja vrijede ista pravila kao i za sve kliničke pokuse (1).

Informirani pristanak zlatni je standard provođenja ovog tipa istraživanja u javnome zdravstvu. Davanje pristanka za sudjelovanje u nekom istraživanju osnovni je uvjet da bi se neki ispitanik uključio u istraživanje. Ispitanik pri tome mora biti osoba s poslovnom sposobnošću odlučivanja, što znači da ne smije biti maloljetna, ili osoba kojoj je oduzeta poslovna sposobnost odlučivanja. Ovo je važno istaknuti jer to utječe na način i opseg provođenja istraživanja na određenim populacijama - npr. djeca, psihijatrijski bolesnici. Također je važno da osoba koja sudjeluje u istraživanju nije ni na koji način prisiljena na sudjelovanje (silom, financijskim ponudama, ne smije biti zatvorenik). Proces uzimanja pristanka jest proces razmjene informacija u kojemu se ispitaniku

jasno i njemu razumljivim jezikom objašnjava o kakvom se istraživanju radi, a u koje ga se želi uključiti, koje su potencijalne prednosti tog istraživanja za njega, određenu skupinu bolesnika ili društvo uopće, te koji su nedostaci ispitivanja za njega (nelagode, neki bolni postupci koji će se tijekom istraživanja provoditi i slično). Nakon što su pomno odabranom ispitaniku po navedenim kriterijima prenesene sve važne informacije, na njemu je da odluči želi li ili ne želi sudjelovati u nekom istraživanju. Ako on to želi, to će i potvrditi svojim potpisom na formularu za pristanak. Važno je istaknuti da ispitanik može u bilo kojem trenutku odbiti sudjelovati u istraživanju, čak i nakon što je dao svoj pristanak, pa čak i kad je istraživanje već započeto (1, 3).

Osim pitanja informiranog pristanka ispitanika za javnozdravstvena su istraživanja jednako važna i sljedeća pitanja koja su važna i za sve ostale tipove istraživanja;

- 1. pitanje dobrog metodološkog nacrtu istraživanja, odabira odgovarajućeg uzorka, te dobra mogućnost testiranja hipoteze**
- 2. pitanje izbjegavanja „bias” u analizi podataka**
- 3. pitanje sukoba interesa i točnog i korektnog prikaza podataka**
- 4. pitanje plagiranja i istraživačkog integriteta (3,2).**

Postoje i neka posebna pitanja o kojima trebamo razmišljati kada govorimo o etici u javnozdravstvenim istraživanjima:

1. Promoviramo li javnozdravstvenim istraživanjima neke skrivene vrijednosti u populaciji?

Naime, ponekad nesvjesno nekim istraživanjima zdravstvenih navika pojedinaca ili zdravstvenih rizika određeni tipovi ponašanja i određeni zdravstveni rizici implicitno mogu biti shvaćeni od populacije kao poželjni, a drugi kao nepoželjni iako za to u trenutku istraživanja možda ne postoje spoznaje utemeljene na dokazima.

2. Ima li smisla uzimati populacijski orijentiran informirani pristanak ispitanika, tj. tražiti informirani pristanak za neko javnozdravstveno istraživanje od populacije, a ne od svakog pojedinca u populaciji? Za neke tipove javnozdravstvenih istraživanja, npr. populacijska istraživanja vezana uz procjenu zdravstvenog stanja neke populacije i planiranje javnozdravstvenih intervencija, pristanak ispitanika nemoguće je dobiti. Naime u takvim se istraživanjima koristimo već od prije prikupljenim podacima o incidenciji i prevalenciji neke pojave ili bolesti u određenoj populaciji, koji su uglavnom opći bez identifikacijskih oznaka. U takvim slučajevima uistinu i nije potrebno, a i nemoguće je uzeti pristanak od svakog pojedinog sudionika u istraživanju. No ima li smisla u takvim okolnostima uzeti pristanak za istraživanje na populacijskoj razini? Treba li ipak nekoj populaciji najaviti određenu studiju njezina zdravstvenog stanja, objasniti zašto je to važno i pitati je li suglasna da se ta studija provede? To može biti posebno važno u

istraživanjima koja se rade na osjetljivim populacijama (zaraženi HIV-om, socijalno ugrožene skupine).

3. Kako zaštititi privatnost tijekom uglavnom opservacijskih istraživanja u javnome zdravstvu?

Zaštitu privatnosti teško je provesti u dugotrajnim prospektivnim studijama, ovisno o pojavi koja se ispituje, pogotovo ako je riječ o istraživanjima u malim zatvorenim sredinama. Istraživači trebaju učiniti sve kako bi privatnost ispitanika bila zaštićena.

4. Kako zaštititi privatnost u istraživanjima na već prikupljenim podacima za neke druge svrhe i treba li takve podatke uopće rabiti? Na primjer, rađeno je istraživanje prevalencije hepatitisa B i C među dobrovoljnim davateljima krvi, može li se iz istih uzoraka sada provesti i istraživanja prevalencije zaraze HIV-om u istoj populaciji, ako je poznato da sudionici prvog istraživanja za to nisu dali pristanak? Obično se za dodatna istraživanja na već od prije uzetom materijalu treba ponovno zatražiti pristanak ispitanika ako s tim uzorcima želimo raditi nova istraživanja za koje ispitanici nisu dali svoj pristanak. Posebno je to važno napraviti ako se radi o podacima s jasnim indentifikacijskim oznakama i u istraživanjima čiji rezultat može uvelike utjecati na svakodnevni život ispitanika. Ako se radi o materijalu bez identifikacijskih oznaka, to nije potrebno učiniti. Da bi se izbjegle ovakve situacije, moguće je kod uzimanja pristanka za neko istraživanje pitati ispitanike jesu li voljni ustupiti svoj materijal i za neka druga istraživanja koje tada treba kod uzimanja pristanka navesti.

5. Ima li smisla uvijek u javnozdravstvenim istraživanjima raditi isključivo rukovodeći se općim dobrom? Treba li ponekad reći ne ispitivanju neke javnozdravstvene intervencije ako ona uvelike ograničava slobodu odlučivanja pojedinca? U javnozdravstvenim istraživanjima pitanje općeg dobra i činjenja dobra i koristi za zajednicu vrlo je važno. No ponekad to opće dobro može znatno ugroziti i ograničiti autonomiju pojedinca (3). Stoga treba izbjegavati ona istraživanja koja uvelike ograničavaju slobodu odlučivanja pojedinaca.

Za područje javnozdravstvenih istraživanja postoje smjernice kao i za ostala područja medicinskih istraživanja. CIOMS - Council of International Organizations of Medical Sciences (Vijeće međunarodnih organizacija iz područja medicinskih znanosti) je tako 1991. donio smjernice International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Research (Međunarodne smjernice za etičku analizu epidemioloških istraživanja) (4).

Svjetska zdravstvena organizacija ima Scientific Working Group on Epidemiology (Znanstvenu radnu skupinu za epidemiologiju) u kojoj surađuju

UNPD - United Nations Development Programme (Program za razvoj Ujedinjenih nacija), Svjetska Banka, World Health Organization Special Programme on Research and Training in Tropical Diseases (Specijalni program Svjetske zdravstvene organizacije za istraživanje i poduku u području tropskih bolesti). Ona je 1989. godine donijela Ethical Guidelines for Epidemiological Investigations (Etičke smjernice za epidemiološka istraživanja) koje su svojevrsan dodatak smjernicama CIOMS, a također je donijela i smjernice vezane za javnozdravstvene intervencije i HIV /AIDS te izdaje razne publikacije vezane uz javnozdravstvena istraživanja (5).

Vijeće Europe također je izdalo nekoliko preporuka važnih za javnozdravstvena istraživanja:

- 1981- Preporuka R (81) 1 – principi koje se odnose na automatizirane banke medicinskih podataka
- 1983- R(83) 10 – zaštita osobnih podataka koji se upotrebljavaju u znanstvenoistraživačke svrhe i statističkoj obradi
- 1987- Preporuka R (87) 25 – zajednička europska javnozdravstvena politika vezana uz HIV/AIDS
- 1989- Vijeće ministara- Preporuka R (89) 4 – o prikupljanju epidemioloških podataka u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (6).

Europska unija također je donijela dvije direktive važne za ovo područje:

Direktivu (95/46/EC) o zaštiti pojedinaca vezano za obradu njihovih osobnih podataka i slobodno korištenje tih podataka (7); te Direktivu (2001/120/EC) (8) koja se odnosi na klinička istraživanja. Neke stručne udruge također imaju svoje smjernice. International Epidemiological Association donijela je smjernice: Good Epidemiological Practice (GEP): proper conduct in epidemiological research (Dobra epidemiološka praksa: pravilno postupanje prilikom epidemioloških istraživanja) (9).

U Republici Hrvatskoj ne postoji posebna legislativa vezana za istraživanja u javnome zdravstvu, nego postoji legislativa koja se bavi kliničkim istraživanjima. 1997. donesen je Zakon o lijekovima i medicinskim proizvodima koji uređuje pitanja vezana uz klinička istraživanja lijekova i medicinskih proizvoda (10). Ovaj će zakon kroz svoje novije verzije iz 2003. i 2007. (11,12), te Pravilnikom o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi iz 2003., 2007. i 2010. (13,14). nastojati prilagoditi klinička istraživanja standardima koji vladaju u Europskoj uniji. Godine 1999. donesen je Zakon o dobrobiti životinja, a 2006. Zakon o zaštiti životinja kojima se regulira zaštitom životinja za pokuse i druga istraživanja (15,16). Nažalost u RH neki se tipovi javnozdravstvenih istraživanja nalaze u pravnom vakuumu i trebalo bi raditi na legislativi koja bi primjereno pokrila ovo područje. To se prije svega odnosi na populacijska istraživanja u kojima se uzima biološki materijal, te istraživanja u kojima se primjenjuju

postupci procjene zdravstvenog stanja pojedinca koji uključuju uzimanje biološkog materijala te razne postupke (npr. ergometrija) koji mogu za sudionika u istraživanju nositi određeni rizik neželjenog događaja.

Literatura

1. Delfosse ML. Experiments Carried out on Human Subjects and the Physician-Patient Relationship. u: Lie RK, Schotsmans PT. (urednici). Healthy Thoughts: European Perspectives on Health Care Ethics. Leuven, Paris, Sterling-Virginia: Peters, 2002 ; str.113-136.
2. Coughlin SS, Soskolne Case CL, Goodman KW (urednici). Studies in Public Health Ethics American Public Health Association, 1998.
3. Lie RK. Randomized Clinical Trails. u: Lie RK, Schotsmans PT. (urednici). Healthy Thoughts: European Perspectives on Health Care Ethics. Leuven, Paris, Sterling-Virginia: Peters; 2002. str.171-188.
4. CIOMS International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Research Geneva, 1991 (<http://www.cioms.ch/>)
5. WHO: The Scientific Working Group on Epidemiology: Ethical Guidelines for Epidemiological Investigations (http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/en/)
6. Council of Europe Recommendations (<http://www.coe.int/>)
7. Directive 95/46/EC on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (http://www.bfdi.bund.de/nn_946430/EN/DataProtectionActs/Artikel/Directive-95_46_EC-EuropeanDirectiveOnDataProtectionOf24Oct1995,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Directive-95_46_EC-EuropeanDirectiveOnDataProtectionOf24Oct1995.pdf)
8. EU Clinical Trails Directive (2001/120/EC) (http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol1_en.htm)
9. International Epidemiological Association Good Epidemiological Practice (GEP):proper conduct in epidemiological research (<http://www.dundee.ac.uk/iea/>)
10. Zakon o lijekovima i medicinskim proizvodima, Narodne novine 124/1997.
11. Zakon o lijekovima i medicinskim proizvodima, Narodne novine 121/2003.
12. Zakon o lijekovima, Narodne novine 71/2007.
13. Pravilnik o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi, Narodne novine 175/2003.
14. Pravilnik o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi, Narodne novine 121/2007, 14/2010.
15. Zakon o dobrobiti životinja, Narodne novine 19/1999.
16. Zakon o zaštiti životinja, Narodne novine 135/2006.

JAVNO ZDRAVSTVO, ETIKA I LJUDSKA PRAVA –TEORIJSKE OSNOVE

ETIKA JAVNOG ZDRAVSTVA

Ivan Pristaš

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Javno zdravstvo (socijalna medicina), kao grana medicine i često vladina djelatna mreža, na savjetodavno-legislativnoj i izvršnoj razini proučava koje bi mjere neko društvo trebalo poduzimati kako bi se postigla državna načela u najprihvatljivijoj kombinaciji s univerzalnim medicinskim načelima koje zagovara Svjetsko udruženje liječnika (WMA). Općenito, argumenti o pitanju što bi društvo trebalo činiti redovito zadiru u etiku kao filozofsku disciplinu i stoga bi etika trebala biti neizostavno oruđe i u svakodnevnoj javnozdravstvenoj praksi.

Mnogima se specifični javnozdravstveni ciljevi (zdravlje populacije, učinkovitost zdravstvenog sustava itd.) doimaju dovoljno jasno tehnički definiranim ciljevima bez potrebe za uplitanjem etike. No, upravo se u takvogm pristupu krije opasnost mogućeg kršenja univerzalnih i relativnih etičkih načela poput pravičnosti, ljudskih prava, sloboda itd.

Unatoč razvijenoj medicinskoj deontologiji i postojanju smjernica i propisa o etičkom postupanju za većinu poznatih medicinskih etičkih dvojbi, pojedinci i dalje ostaju krajnje odgovorni za ispravno donošenje etičkih odluka (1).

Prilikom donošenja etičkih odluka postoje različiti pristupi koji se ugrubo mogu podijeliti na *iracionalne i racionalne*:

Iracionalni pristupi su: *poslušnost* (čest način donošenja etičkih odluka, npr. kod djece ili u visoko autoritarnim strukturama poput vojske, policije, religijskih organizacija i mnogih poslovnih organizacija; moralno postupanje obuhvaća praćenje uputa autoriteta bez obzira na suglasnost mišljenja), *oponašanje* (slično poslušnosti s razlikom da se osoba prati kao model i oponaša je se u nekoj drugoj sličnoj situaciji; obično su to u medicinskoj struci kolege s više iskustva i sl.), *osjećaji i želje* (subjektivni pristup donošenju etičkih odluka i moralnom ponašanju; dobro je ono što zadovoljava želje, a loše je ono što ih ne zadovoljava; postupanje u sličnim situacijama izrazito varira među pojedincima kao i kod istog pojedinca tijekom vremena), *intuicija* (naglo shvaćanje koji je ispravan postupak u određenoj situaciji; također potpuno subjektivan pristup, ali bliže racionalnim oblicima donošenja odluka, iako nesistematski i u obliku jednostavnog bljeska providenja; također izrazito varira među pojedincima kao i kod istog pojedinca tijekom vremena) i *navika* (vrlo učinkovit pristup, jer ne zahtijeva sustavnu analizu pri donošenju odluke; često se primjenjuje kod moralnih dvojbi koje su se već slične jednom dogodile i bile uspješno razriješene, ali je vrlo nepouzdana zbog velikog broja mogućih primjera i rješenja i nemogućnosti primjene sličnih obrazaca).

Racionalni pristupi su: *deontologija* (proizvodnja dobro definiranih pravila koji postaju osnove pri donošenju etičkih odluka; ponekad je teško univerzalno

definirati pravila koja nisu u međusobnom sukobu, poput npr. odnosa: ubojstvo – abortus – smrtna kazna), *konzekvencijalizam* (temelji donošenje odluka na analizi mogućih posljedica ili ishoda različitih odluka; ispravna odluka je ona koja proizvodi najbolje ishode; moguća su neslaganja oko vizije što je najbolji ishod, a postoje i mnoge poteškoće pri izboru prikladnog načina mjerenja ishoda; zanemaruju se etički principi pri donošenju odluka; često postoji opasnost da cilj opravdava sredstvo u etički neplauzibilnim situacijama), *principalizam* (koristi se etičkim principima kao temeljem za donošenje odluka; autonomija, dobročinstvo, neškodljivost i pravda su temeljni etički principi koji, međutim, mogu biti u međusobnom sukobu) i *etika vrlina* (drži se da su suosjećanje, poštenje, mudrost i predanost vrline koje pomažu pri donošenju ispravnih etičkih odluka).

Nijedan od navedenih pristupa nema prednost pred drugima i svi imaju dobre i loše strane. Najbolji je pristup kombinacija nekoliko njih. Izrazito je važno prethodno prepoznati ozbiljnu etičku situaciju, često u praksi olako shvaćenu, što je i najčešći uzrok pogrešaka.

Kroz noviji povijesni razvoj civilizacije iskristalizirale su se tri glavne etičke doktrine razumijevanje kojih nam pomaže pri donošenju sudova i zauzimanju najprihvatljivijih stavova o određenim zdravstvenopolitičkim mjerama. To su: *utilitarizam, liberalizam i komunitarizam* (1).

Utilitarizam

U razvijenim zemljama najzastupljeniji pristup donošenju etičkih prosudbi procesa u zdravstvenom sustavu temelji se na mjerenju rezultata i posljedica. Ovaj pristup obuhvaća potrebu da se političke mjere procjenjuju njihovim utjecajem na pojedince u društvu, a među njima valja odabrati onu koja najviše poboljšava ukupnost njihova blagostanja. Pitamo li se čije se blagostanje mjeri, koliko ono relativno vrijedi i kako se može mjeriti za potrebe zdravstvene reforme, dolazimo do račvanja ove teorije na *subjektivni utilitarizam i objektivni utilitarizam* (2).

Subjektivni utilitarizam

Proizilazi iz radova engleskog filozofa iz 19. stoljeća Jeremyja Bentham, koji je držao da pojedinci mogu donositi za sebe najbolje prosudbe i odluke s kojima su sretni. Ljudi doživljavaju različite razine unutrašnjeg zadovoljstva ovisno o svojim ukusima i sklonostima. Ispravnost određene akcije određena je „hedonističkim kalkulusom“ u kojem su uračunati užitek i patnja kao posljedice te akcije. Ispravna akcija je ona koja postiže najveću sreću najvećeg broja ljudi.

Svaki pojedinačni užitek ima ravnopravnu vrijednost, što dovodi do decentralizacije evaluacije, jer svaki pojedinac prosuđuje vlastitu sreću sam za sebe. *Cost-benefit* analiza ekonomski je proizvod ove doktrine koja služi za identifikaciju akcije koja donosi najveću ukupnu korist.

Teorija bi bila prihvatljiva ako bi tržište funkcioniralo besprijekorno, ako bi potrošači imali potpuno znanje i ako bi tržišta bila savršeno kompetitivna. Međutim, tržišta zdravstvene zaštite su daleko od savršeno kompetitivnih u kojima se pacijenti oslanjaju na upute liječnika (koji mogu imati i sekundarne interese) i teško mogu objektivno procijeniti kliničku kvalitetu zdravstvenih usluga.

U ovoj doktrini zanemareno je pitanje pravičnosti u dostupnosti zdravstvene zaštite, a zdravlje nije postavljeno kao prioritetno dobro nego kao samo jedna od povlastica koje građani kupuju ili ne po izboru. Ovakav optimističan pogled i baziranje društvenog uređenja na slobodnim željama i odlukama pojedinca izložen je mnogim kritikama pobornika nešto drugačijih stavova, poput sljedbenika objektivnog utilitarizma (2).

Objektivni utilitarizam

Reformatori koji žele promovirati individualno blagostanje, ali su skeptični na pouzdanost i valjanost individualnog izbora drže da odluke o mjerama za postizanje individualnog blagostanja u populaciji treba donositi skupina eksperata. Ti eksperti razvijaju pokazatelje koji su prepoznatljive i mjerljive sastavnice blagostanja i koje služe za objektivnu evaluaciju.

Začetnica je u 19. stoljeću bila Florence Nightingale, koja je pokazala da je isplativije liječiti britanske ratne ranjenike nego ih pustiti da umru i regrutirati nove. Poslije su se kroz mnoge pokušaje da se proizvedu pokazatelji zdravstvenog statusa pojavile mjere kvalitete života (QUALY i DALY) kao glavna oruđa ove doktrine. *Cost-effectiveness* analiza uvodi kao napredak konačan izračun ukupne koristi koje se ne mjeri u monetarnim jedinicama (za razliku od *cost-benefit* analize).

Objektivni utilitaristi centraliziraju tamo gdje je Bentham decentralizirao. Uporaba jednog pokazatelja blagostanja ne poštuje individualne varijacije u sklonostima. Netko želi izbjeći oštećenje i nesposobnost na uštrb duljine života, a nekome je najvažnije proživjeti što dulji život bez obzira na patnje. Međutim, ove varijacije su zanemarene u objektivnom utilitarizmu i zbog toga je izložen brojnim kritikama i čestom neprihvatanju u društvu. Također, postoje mnoge tehničke poteškoće u izračunu i interpretaciji pokazatelja te u predviđanju mogućih posljedica poduzetih mjera, što predstavlja veliko ograničenje za takav način provedbe mjera.

Dva su glavna ograničenja za kompletnu primjenu svih utilitarnih etičkih perspektiva u zdravstvenoj politici, a to su nepouzdanost i vrijeme. Posljedice zdravstvene reforme su uvijek u određenoj dozi nepredvidljive, a mnoge će se dogoditi s odgodom i po nekoliko godina (2).

Liberalizam

Utilitaristi u skladu sa svojim konceptom mogu postupati s pojedinim osobama kao sa sredstvom za postizanje cilja, a pojedine smatrati ciljevima. Takvom

shvaćanju su se oštro suprotstavili pobornici ljudskih prava. Najutjecajniji filozof povezan s konceptom poštovanja pojedinca i autonomije u 18. stoljeću, bio je Nijemac Immanuel Kant. Prema njegovu učenju svi ljudi imaju urođeni kapacitet za moralno djelovanje, moć da prepoznaju moralnu ispravnost i odluče se pratiti je ili ne. Rawls je zajedno s ostalim sljedbenicima Kanta u 20. stoljeću razvio liberalnu teoriju o tome kako države trebaju biti organizirane i kako sukladno tome politike trebaju biti određene. Osnovni koncept su *prava* koja pojedinci imaju uz međusobno poštovanje. Prema shvaćanju ljudskih prava i njihovoj zaštiti liberalizam se dijeli na dvije osnovne skupine, *libertarizam i egalitarni liberalizam* (2,3)

Libertarizam

Libertaristi vjeruju da treba štiti samo *negativna prava*. Ona pojedincima jamče slobodu da rade što žele bez uplitanja države u osobni izbor (npr. pravo na govor, okupljanje i sudjelovanje u politici). Od države se traži ograničena uloga u zaštiti prava na individualno vlasništvo i zaštiti osobnih sloboda. Libertaristi se redovito protive restrikcijama, npr. pitanje uporabe droga, zabrane abortusa i licenciranje liječnika (2,3).

Egalitarni liberalizam

U suprotnosti libertarizmu egalitarni liberali tvrde da je pravo na izbor bezvrijedno ako ne postoje odgovarajući resursi potrebni za ispunjenje tih izbora. Istinsko poštovanje drugih kao moralnih subjekata ogleda se u pružanju preduvjeta koji im omogućuju donošenje smislenih odluka. Tako svatko ima *pozitivno pravo* na minimalnu razinu usluga i resursa kako bi se postigle jednake prilike. Rezultat na državnoj razini su najčešće redistributivne mjere koje favoriziraju najugroženije pojedince. Tako i zdravstveni sustav mora prepoznati prioritet sprečavanja preranih smrti ispred produljenja života starijih osoba. No, egalitarni se liberali međusobno ne slažu u potpunosti na koji bi način trebalo osigurati jednakost u zdravlju, putem ekonomskih i socijalnih mjera ili u zdravstvenom sustavu kao korektivnom čimbeniku ili na svim tim razinama. Osigurati minimum zdravlja za sve ili pružati najviše zdravstvene skrbi onima čiji je zdravstveni status najlošiji te u kojoj mjeri je država odgovorna za dostupnost zdravstvene zaštite, navike i ponašanje pojedinaca i koliko se smije uplitati u osobne slobode kako bi popravila zdravstveno stanje populacije? Na ova, kao i na mnoga druga pitanja, uključujući preraspodjelu ograničenih sredstava u zdravstvu s obzirom na zdravstvene potrebe populacije i učinkovitost mjera i medicinskih postupaka, liberalizam još uvijek teško pronalazi održiva rješenja. Stoga i postoje značajne varijacije u prioritarnim trendovima liberalno organiziranih zemalja sukladno stalnoj promjeni prevladavajućih stavova u tim državama (3).

Komunitarizam

Zagovornici trećega pristupa drže da je u procjeni javne politike najvažnije uzeti u obzir kakvo društvo i kakvog pojedinca država nastoji stvoriti. Obilježja zajednice ovise o odlikama pojedinaca koji je sačinjavaju. Država tako treba omogućiti da pojedinci poprime dobre osobine kako bi razvilo dobro društvo. Također, kao i kod prethodne dvije etičke perspektive, i u komunitarizmu postoje dvije grane, *univerzalni komunitarizam i relativni komunitarizam* (4, 5).

Univerzalni komunitarizam

Drži se da postoji jedan univerzalni model dobrog pojedinca i dobrog društva. Monoteističke religije, poput kršćanstva i islama, ekološki aktivizam, feministički pokret, revolucionarni maoizam, neki su od brojnih primjera primjene univerzalnog komunitarizma na sekularnoj i religijskoj razini. Očito je koliko su međusobne razlike po moralnim stavovima unutar ovog pojma izraženije nego unutar liberalizma ili utilitarizma. Najzorniji primjer primjene u zdravstvenom sustavu jest konfucijanizam, kojim su se koristili zdravstveni reformatori u istočnoj Aziji propisujući kako bi se ljudi trebali ponašati i kao pojedinci i kao kolektiv (4, 5).

Relativni komunitarizam

Ova perspektiva prepoznaje postojanje velikih razlika u kulturama svijeta i u intenzitetu uključenosti i uklobljenosti pojedinaca u te kulture. Ističe se da svaka zajednica treba imati svoje norme i način društvene organizacije. Moral je imanentno kontekstualan, bez postojanja univerzalne vanjske referentne točke. Tako se odobravaju i svi običaji različitih zajednica, pa čak i oni najradikalniji poput genitalnog sakaćenja žena u nekim plemenima u Africi. Naravno da se tu javlja niz etičkih pitanja dobrovoljnog pristanka pojedinca na običaje, pravila i norme zajednice kojoj pripada i općenito njegova slobodnog izbora s obzirom na stanje zdravstvene i druge educiranosti.

Komunitarni argumenti imaju utjecaj na zdravstvene politike u svijetu kroz mnoge primjere. Primjerice, za mnoge u javnome zdravstvu zdrav način života nije samo poboljšanje zdravstvenog statusa već i dragocjena ljudska vrlina. Tako pušenje i drogiranje nisu samo nezdravi, nego i etički neprihvatljivi samouništavajući oblici ponašanja. U mnogim zemljama je zbog sličnih stavova zabranjen pobačaj, u Kini prestanak rada srca kao kriterij za smrt ograničava doniranje organa, dok u Austriji pretpostavka da je svaka preminula osoba donor organa osim uz protivljenje obitelji, uvelike olakšava proces transplantacije, ali i povlači određene etičke probleme (4, 5).

Zauzimanje etičkih stavova

Svaka etička teorija pruža važan uvid u smjernice koje pomažu u odlučivanju pri zdravstvenoj reformi. Utilitaristi gledaju rezultate – gdje ljudi završavaju,

liberali ljudska prava – gdje ljudi započinju, a komunitaristi oblike ljudi i društava koje želimo stvoriti.

Kako bi ozbiljan sudionik u reformi zdravstva trebao zauzeti etičko stajalište koje bi odgovaralo njegovom osobnom vrijednosnom ustroju, a da bude prihvatljivo za zdravstvenu politiku? Jedan od pristupa je razmatranje dopadljive teorije i mogućih posljedica njezine primjene u praksi. Drugi je pristup obrnut, preuzimanje određenih primjera iz prakse i njihova teorijska analiza. Ovakav iterativni postupak može upozoriti na negativne strane neke teorije kao i odabranih praktičnih primjera. Tako se specifične intuicije i opće teorijske ideje dovode u unutrašnju konzistenciju koja se naziva *reflektivni ekvilibrij*. Obično je rezultat sistematizirana kombinacija dijelova nekoliko različitih etičkih perspektiva koja je u bitnoj suprotnosti s nasumično i „po potrebi” odabranim trenutačnim načelima koja su često prisutne u političkoj praksi u zemljama u tranziciji i koje još nazivamo šank-etikom.

Nije pretjerano ponovno istaknuti važnost prethodnog prepoznavanja ozbiljne etičke situacije i razmatranja toga stanja koristeći se pritom svim dostupnim pomoćnim sredstvima i ekspertizama te, kad god je moguće, konsenzusom uz preuzimanje individualne liječničke odgovornosti (bilo u odnosu liječnik-pacijent, ili prilikom predlaganja zdravstvenopolitičkih mjera i programa) donijeti najprihvatljiviju odluku (2,3, 5).

Literatura

1. Williams JR. Medical Ethics Manual, World Medical Association, 2005.
2. Singer P. Practical Ethics – Second edition. Cambridge University Press, 1999.
3. Rawls J. Justice and Fairness, A Restatement, Harvard University Press, 2001.
4. Bell D. Communitarianism and Its Critics. Oxford University Press, 1993.
5. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR eds. Getting Health Reform Right - A Guide to Improving Performance and Equity, Oxford University Press, 2004.

INTEGRATIVNA BIOETIKA I PLURIPERSPEKTIVIZAM*

Ante Čović

Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Sažetak

Integrativna bioetika u odnosu prema svojem predmetnom području povezuje različite pristupe i perspektive u jedinstveni duhovni horizont, što znači da pluralizam perspektiva, odnosno pluriperspektivizam predstavlja njezino metodološko polazište. Pluriperspektivizam je širi pojam koji u svom značenju nadilazi poznate oblike znanstvene integrativne metodologije (interdisciplinarnost, transdisciplinarnost i multidisciplinarnost), jer ravnopravno uključuje i neznastvene pristupe kao što su religijski, umjetnički, svjetonazorski, građanski itd., koje bismo mogli objediniti pod nazivom – kulturne perspektive. Znanstvene i kulturne perspektive moguće je, međutim, dovesti u istu epistemološku ravninu i integrirati u zajednički horizont samo na pretpostavci kategorijalnog razlikovanja „objektne i smisla istine“ (Friedrich Kaulbach), koje se pod drugim vidom može iskazati kao razlika „uporabnog i orijentacijskog znanja“ (Jürgen Mittelstraß). Prvi dio rada posvećen je filozofskoj elaboraciji, te povijesnom i pojmovnom određenju pluriperspektivizma, dok će u drugom dijelu ideja integrativne bioetike biti izložena na sustavan način, prema njezinim metodološkim, predmetnim i društveno-kulturnim obilježjima.

Uvod

Međunarodna konferencija *Bioetika u južnoj i jugoistočnoj Europi*, koja je, kao prvo okupljanje bioetičara iz južne, jugoistočne i središnje Europe, održana od 1. do 3. listopada 2004. godine u Dubrovniku – već je u svojem podnaslovu obznanila programsku usmjerenost prema „integrativnoj etičkoj refleksiji na podlozi intrakulturalnih razlika u Europi“. U raspravama koje su pokrenute na ovoj konferenciji i koje su nastavljene u istome krugu bioetičara, to je integrativno polazište razvijeno do zaokruženog koncepta *integrativne bioetike*. Utoliko se ideja integrativne bioetike može smatrati specifično europskim konceptom koji je ne samo intelektualno izgrađen nego i institucionalno etabliran upravo u području jugoistočne Europe.

Dubrovački bioetički skup, kojim je faktično utemeljena bioetička suradnja u ovom dijelu Europe, bio je obilježen duhovnim poletom i svojevrsnim pionirskim raspoloženjem, što se u završnoj raspravi iskristaliziralo u jednodušnom

* Rad je izvorno objavljen u: Velimir Valjan (ur.), *Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije*, Bioetičko društvo u BiH, Sarajevo, 2007., str. 65-75.

zaključku sudionika da uspostavljeni dijalog svakako treba nastaviti, te da je što prije potrebno stvoriti čvrsti institucionalni okvir, u kojem bi se započeta suradnja mogla uspješno i svestrano razvijati. Prvi korak u zacrtanoj institucionalizaciji napravljen je osnivanjem stalne konferencije *Bioetički forum za jugoistočnu Europu*. Drugi korak činimo upravo ovim skupom, koji je znakovit svojim naslovom i povijesno važan svojom ulogom. Znakovit je stoga što se na njemu pojam „integrativne bioetike“ prvi put pojavljuje u nazivu jednoga znanstvenog skupa. Od povijesne je važnosti stoga što se njime priprema duhovni teren za djelovanje Bioetičkog društva u Bosni i Hercegovini, koje zapravo već postoji *in statu nascendi*. U ovoj godini, koja će na bioetičkom planu ostati zabilježena kao iznimno plodonosna, predviđeno je stvaranje još jedne institucije, koja bi trebala infrastrukturno podržavati razvoj bioetike i bioetičke suradnje u području južne, jugoistočne i središnje Europe. Riječ je o Referalnom centru za bioetiku u jugoistočnoj Europi. No ni ta, naizgled tehnička institucija nije zamišljena kao konceptualno neutralna, jer je predviđeno da u svojem ustrojstvu i svojem djelovanju slijedi ideju integrativne bioetike. Utoliko mi se čini primjerenim da u ovoj prilici izložim isti onaj prikaz integrativne bioetike koji sam na 1. *Bioetičkom forumu za jugoistočnu Europu* (Mali Lošinj, 16.-18. 6. 2005.) ponudio kao konceptualnu podlogu za osnivanje i izgrađivanje Referalnog centra za bioetiku u jugoistočnoj Europi.¹

Glavna je prednost integrativne bioetike u odnosu na postojeća shvaćanja bioetike u njezinom metodološkom utemeljenju na ideji pluriperspektivizma. Time se metodološki vidokrug bioetike, koji je prema definiciji iz drugog izdanja *Bioetičke enciklopedije* bio ograničen na *etički pluralizam* i *znanstvenu interdisciplinarnost*, ustvari proširuje i na *pluralizam kulturnih perspektiva*.

Izlaganje će u prvome dijelu biti posvećeno filozofskoj elaboraciji, te povijesnom i pojmovnom određenju pluriperspektivizma, dok će u drugome dijelu ideja integrativne bioetike biti prikazana na sustavan način, prema njenim metodološkim, predmetnim i društveno-kulturnim obilježjima.

I. Pluriperspektivizam kao metodološka posebnost integrativne bioetike

Institucionalni i supstancijalni pluralizam

Pojam pluralizma i sam je pluralističan; može se odnositi na različita područja, prema čemu poprima omeđena značenja: politički, kulturni, religijski, umjetnički, filozofski itd. No, i nakon takvih „topografskih“ obilježavanja pojam pluralizma ostaje tek formalan, tako da njegovo pobliže i sadržajno određenje treba potražiti u gramatičkoj razini objektnog genitiva. Pluralizam čega?

Kada pak govorimo o pluralizmu u području filozofije ili, najopćenitije, u području mišljenja, temeljno je pitanje u čemu, odnosno od čega se sastoji dotični pluralizam. Uobičajeno se odgovara da je riječ o pluralizmu filozofskih orijentacija ili misaonih pristupa, pri čemu se podrazumijeva njihova formalna

¹ Izlaganje je održano pod naslovom „Izgradnja Referalnog centra za bioetiku u jugoistočnoj Europi: korak u institucionaliziranju bioetičkog pluriperspektivizma“.

ravnopravnost i prihvaća pravo na institucionalno postojanje. To je zapravo institucionalna razina filozofskog pluralizma, na kojoj se pluralizam odnosi na institucionalni prostor u kojem se odvija i ostvaruje (filozofsko) mišljenje, te osigurava otvorenost i neutralnost filozofskih institucija. Institucionalni filozofski pluralizam od velike je važnosti za razvoj filozofske misli i, premda nerijetko biva ugrožen s različitih strana, s načelnoga i deklarativnog stanovišta uglavnom nije sporan.

Međutim, filozofski pluralizam postaje prijeporan na supstancijalnoj razini, na kojoj se pluralizam odnosi na postizanje istine kao imanentnog i krajnjeg cilja svakog (filozofskog) mišljenja. Po prirodi stvari svaka filozofska pozicija pretendira na istinitost, pa čak i na apsolutno posjedovanje istine, tako da na ovoj razini ne treba ni tražiti niti očekivati toleranciju među filozofskim stajalištima. Vrlina snošljivosti pripada institucionalnoj razini filozofskog pluralizma. Štoviše, snošljivost u supstancijalnom odnosu filozofskih gledišta ne bi uopće više bila vrlina nego prije mana. Najviše što se u tom odnosu može postići jest interaktivnost. Interaktivnost može pak prerasti u integrativnost, a integrativnost može dovesti do zajedničke i cjelovite istine. Samo u vidokrugu takvog poimanja istine može se održati supstancijalni filozofski i spoznajni pluralizam i to samo u posebnom obliku – kao pluriperspektivizam.

Monoperspektivizam kao duhovno obilježje znanstveno-tehničke epohe

U odnosu prema istini pluralizam gubi smisao, jer *stricto sensu* istina može biti samo jedna. Doduše, netko bi mogao zastupati i pluralizam istina, samo što bi mu svaka daljnja tvrdnja u najmanju ruku bila suvišna. Istina se može pluralizirati samo „prema unutra“, može se umnogostručavati u svojim aspektima. Monizam istine nužna je pretpostavka svih spoznajnih napora, svih rasprava i polemika, svake izmjene i sukoba mišljenja. Monizam istine odgovara jedinstvu uma.

Unutrašnji pluralizam istine nazivamo pluriperspektivizmom, a sastoji se u mnoštvenosti njezinih aspekata i mnogostrukosti perspektiva u kojima se oni sagledavaju. No, istina nije samo teorijski nego i praktički pojam, ona podjednako sabire spoznajne i egzistencijalne perspektive. U različitim razvrstavanjima i grupiranjima perspektiva neizbježne su upravo navedene perspektivne strane, dok se iz njihova međusobnog odnosa, iz uspostavljene konstelacije generira duh vremena i konstituira specifični karakter određene svjetskopovijesne situacije, koju obično nazivamo epohom.

U vidiku koji je otvoren suvremenim prelamanjem epoha jasno se ocrta perspektivna jednostranost i perspektivni redukcionizam kao ključno ograničenje epohe na izmaku. Perspektivna jednostranost znanstveno-tehničke civilizacije vodi u dezorijentiranost i upućuje na izravnu opasnost koju nosi inertno perpetuiranje znanstveno-tehničkog napretka. Utoliko uzročno-posljedični niz perspektivnog redukcionizma, gubitka orijentacije i rađanje globalne opasnosti sabire one značajke u kojima se očituje iscrpljenost unutrašnjih mogućnosti i bitna dovršenost novog vijeka kao znanstveno-tehničke epohe.

Perspektivna jednostranost novovjekovlja sastoji se u svođenju istine na njezinu teorijsku stranu, te reduciranje teorijske strane na kontemplaciju činjenica u formi egzaktne znanosti. Amputirana praktička strana istine nadomještena je tehničkom protezom, praktičnom primjenom egzaktno kontempliranih činjenica, da bi u konačnici i sama praktička primjena, tj. tehnika postala područjem znanosti. Time je zatvoren krug novovjekovnog poimanja istine, te uspostavljen znanstveni monoperspektivizam kao duhovno obilježje epohe. Dakako, takvu je definiciju novovjekovlja moguće izraziti samo s obuhvatnije pozicije pluriperspektivnog razumijevanja istine i u vidokrugu perspektivističke filozofije.

Razlikovanje u pojmu „perspektivizma“

No, u prvom koraku potrebno je otkloniti moguće nesporazume koji prate pojam perspektivizma. Termin „perspektivizam“ u prvoj asocijaciji doista upućuje na relativizam, jer sugerira da se isti predmet može sagledavati na različite načine, koji u načelu ostaju istovrijedni, budući da su nepodložni vanjskoj provjeri, usporedbi ili vrednovanju. Takvom shvaćanju Hans Jörg Sandkühler u svom enciklopedijskom članku o pluralizmu otvara široko područje važenja:

„Teorijski reflektirani pluralizam, koji se također može nazvati *perspektivizmom*, zastupa načelnu historijsku relativnost slika svijeta, religija, umjetničkih oblikovanja, znanstvenih spoznaja i morala te formulira osnove ne totalitarnog, nego takvog mišljenja, ponašanja i političkog djelovanja koje je svjesno svoje kulturno-antropološke, socijalno-kulturne i socijalno-historijske relativnosti.“²

Navedeno razumijevanje perspektivizma ima svoj teorijski legitimitet, pa čak i etimologijsku utemeljenost. Ne želimo ga stoga osporavati, nego tek jasno razgraničiti prema ovdje zastupanom konceptu u kojem se perspektivizam zasniva na drugim premisama i u kojem zadobiva bitno drukčiji smisao. Prvo shvaćanje možemo nazvati relativističkim perspektivizmom, a kada se na toj crti mišljenja želi posebno naglasiti povijesna i kulturna uvjetovanost, odnosno relativnost važenja spoznaje, obično se govori o historicizmu. Perspektivizam koji u polazištu pretpostavlja izoliranost spoznajnih perspektiva nužno završava u relativizmu. Međutim, perspektivizam koji podrazumijeva interaktivni, odnosno integrativni pluralizam perspektiva može s punim opravdanjem iskazati pretenzije na postizanje općevažećih spoznaja. U razlici prema relativističkom perspektivizmu, taj integrativni perspektivizam nazivamo jednostavno – pluriperspektivizam.

Friedrich Kaulbach: objektna i smisaona istina

Perspektivizam kao eksplicitna filozofska orijentacija, izgrađeni sistem ili filozofska škola zapravo ne postoji, ali je moguće, pa i sasvim izgledno da, upravo u protuteži prema monoperspektivizmu novovjekovlja, perspektivistička filozofija, pluriperspektivni koncept istine i tome sukladna integrativna

² Hans Jörg Sandkühler, „Pluralismus“, *Dialektik*, 3/1996 (tematski broj: *Pluralismus – Erkenntnistheorie, Ethik und Politik*), str. 25.

metodologija „treće znanosti“³ postanu dominantnim duhovnim obilježjem nadolazeće epohe. To, međutim, ne znači da perspektivistička linija mišljenja nije prisutna i u dosadašnjoj povijesti filozofije. Premda su filozofi s kojima se perspektivizam terminološki povezuje, Nietzsche i Ortega y Gasset, pripadali aforističkoj i empfatičkoj školi mišljenja, perspektivistička linija razumijevanja istine može se sustavno rekonstruirati, i to nezavisno od povijesti termina. Kao što je slučaj sa svim rekonstrukcijama filozofskih kategorija i pogleda, tako i povijesno-filozofijska rekonstrukcija perspektivizma nalazi svoj motiv, te zadobiva važnost kao i posve novi akcent upravo u duhovnoj situaciji u kojoj se poduzima. Tu situaciju već smo imenovali – prijelom epoha.

Da je rekonstrukcija i revitalizacija perspektivističkog mišljenja izravno potaknuta tom situacijom, te da predstavlja odgovor na objektivistički monoperspektivizam novovjeke znanosti i na njezine monopolističke pretenzije na istinu, izrijeком svjedoči i autor najozbiljnijeg pokušaja obnavljanja i osvještavanja filozofije perspektivizma:

„U središtu perspektivističke filozofije stoji misao, da istina o našem svijetu ovisi o položaju koji zauzimamo naspram bitka, te o načinu koji je primjeren tom položaju i na koji mi taj svijet tumačimo, na koji ga ‘vidimo’ i pod kojim vidom u njemu djelujemo. U osnovi perspektivističke misli je intencija da se čovjek oslobodi od zahtjeva apsolutno obvezujuće istine o ‘objektivno’ postojećem.“⁴

Slijedom navedene intencije Kaulbach će izvesti kategorijalno razlikovanje *objektne* i *smisaone istine* (*Objektwahrheit und Sinnwahrheit*) kako bi relativirao znanstveni monopol na istinu, rehabilitirao izvanznanstveno područje smisaone istine, te u njemu nanovo legitimirao „spoznaju koja pruža orijentaciju u svijetu“ (*Weltorientierende Erkenntnis*).⁵

Jürgen Mittelstraß: uporabno i orijentacijsko znanje

Perspektivnu jednostranost suvremene znanosti i novovjeke paradigme znanja, koju F. Kaulbach utvrđuje i nastoji prevladati s pomoću navedene distinkcije, izrazio je i Jürgen Mittelstraß sličnim pojmovnim razgraničenjem te elaborirao u programatskim istupima tijekom osamdesetih godina prošlog stoljeća, sabranim u knjizi *Znanost kao oblik života* sa rječitim podnaslovom *Govori o filozofskim orijentacijama u znanosti i na sveučilištu*.⁶ Znanost Mittelstraß definira kao poseban oblik društvene djelatnosti u kojem se stvara znanje, a sveučilište kao mjesto na kojem se ono stvara i posreduje, te pritom uočava kako je pala u zaborav izvorna ideja prema kojoj znanost i sveučilište nisu samo institucije

³ Usp. Ante Čović, *Etika i bioetika*, Pergamena, Zagreb, 2004., str. 65.

⁴ Friedrich Kaulbach, *Philosophie des Perspektivismus, I. Teil: Wahrheit und Perspektive bei Kant, Hegel und Nietzsche*, J. C. B. Mohr (P. Siebeck), Tübingen, 1990., str. 1.

⁵ „Spoznaja koja pruža orijentaciju u svijetu ima perspektivističko značenje, ona se ne zasniva na znanju o objektivnom bitku svijeta.“ – Ibid., str. 214.

⁶ Jürgen Mittelstraß, *Wissenschaft als Lebensform. Reden über philosophische Orientierungen in Wissenschaft und Universität*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1982.

koje proširuju znanje, nego i institucije koje pružaju orijentaciju u društvenom životu. Štoviše, može se konstatirati da je u modernim industrijskim društvima, koja Mittelstraß naziva „tehničkim kulturama“, gotovo u potpunosti iščezao orijentacijski oblik znanja. Da bi opisao to stanje, Mittelstraß utvrđuje pojmovnu razliku između „(parcijalnog) znanja o ovladavanju prirodom i društvom“ i „(univerzalnog) znanja o orijentiranju u prirodi i društvu“, što se upečatljivo sažima u kategorijalnom razlikovanju između *Verfügungswissen* (= uporabno, instrumentalno ili tehničko znanje) i *Orientierungswissen* (= orijentacijsko znanje).⁷ Bez obzira na okolnost da Mittelstraß problem ne razmatra u epohalnom razmjeru nego u ravni suvremenog društva, on ga definira precizno dosežući i njegove krajnje epohalne konzekvencije. Tek se iz ponuđenih rješenja može uvidjeti da je pritom i sam ostao zarobljenik epohalne iluzije da novovjeka znanost može i treba producirati orijentacijsko znanje:

„U onoj mjeri u kojoj se znanost danas gotovo općenito shvaća kao izgradnja i posredovanje znanja o ovladavanju (prirodom i društvom), postao je zarušen njezin stariji smisao kao znanja o orijentiranju (u prirodi i društvu). Stoga je ovdje ponuđena također promjena znanstvene svijesti i znanstvenih odnosa, kako znanost u potpunosti ne bi ostala bez svoje uloge da pod idejom autonomnih životnih oblika organizira teorijsko i praktičko znanje o našim životnim prilikama.“⁸

Znanost i filozofija u paradigmi bioetičkog pluriperspektivizma

Međutim, ako moderna znanost zbog svoje metodološke konstitucije nije u stanju stvarati orijentacijsko znanje, ne znači da ona ne može i da ne treba sudjelovati u građenju orijentacijskog okvira i proizvodnji orijentacijskog znanja. Ona je, štoviše, *condicio sine qua non* za orijentiranje suvremenog čovjeka u znanstveno-tehničkoj civilizaciji, ali samo kao nositeljica određenih, zapravo tehničkih perspektiva u pluriperspektivnom tvorenju orijentacijskog znanja.

Drugim riječima, moderna znanost mora se u ulozi gradivne perspektive uklopiti u paradigmu stvaranja orijentacijskog znanja, koja se bitno razlikuje od njezine vlastite paradigme po tome što je obuhvatnija, što se zasniva na pluriperspektivnom razumijevanju istine i što se služi sukladnom, integrativnom metodologijom. To je ujedno put prerastanja moderne znanosti u integrativnu „treću znanost“, put kojim civilizacija znanstveno-tehničkog napretka prelazi u civilizaciju bioetičkog obzira, te put kojim razdoblje novog vijeka prelazi u novu – bioetičku epohu. Svi nabrojeni „putovi prijelaza“, koji tvore i obilježavaju aktualnu svjetskopovijesnu situaciju prijeloma epoha, postavljeni su u sudbonosnoj protuteži prema zastrašujućoj alternativi koja se sve jasnije ocrtava kao – put propasti. U taj novi obrazac znanja, koji teorijski utemeljuje te – istodobno i podjednako – praktički omogućuje nastupajuću epohu, mora se uklopiti i filozofija u punoj širini svoga institucionalnog pluralizma. Upravo u onoj mjeri u kojoj se, nošena snagom integrativnog mišljenja, upusti u

⁷ Ibid., usp. str. 7, 20, 28, 50, 58.

⁸ Ibid., str. 103.

pluriperspektivnu interakciju, filozofija će postati produktivnom u tvorenju smisla istine i duhovnom zasnivanju nove epohe.

Kao što je orijentacijsko znanje moguće metodološki zasnovati samo na premisama integrativnog pluralizma perspektiva (pluriperspektivizam), tako je i taj tip znanja moguće uspostaviti i osmisliti kao novu epohalnu paradigmu znanja samo u obuhvatnom horizontu integrativne bioetike. Utoliko je opravdano paradigmu orijentacijskog znanja istoznačno nazivati također i bioetičkom paradigmom. Pritom se podrazumijeva da atribut „bioetički“ ovdje zastupa integrativnu bioetiku, koja se, u razlici prema drugim formama i konceptima bioetike, u prvom redu odlikuje filozofskom i metodološkom zasnovanošću, ali i metodološkom inovacijom. Svoje filozofsko utemeljenje integrativna bioetika nalazi u filozofiji perspektivizma, posebice u perspektivističkom razumijevanju istine. Kao što sam naziv odaje, njezino je temeljno metodološko određenje integrativnost, i to posebna forma integrativnosti, naime interspektivnost, koja zahvaća i spoznajno posreduje široki raspon heterogenih perspektiva, što se sažima upravo u pojmu pluriperspektivizma. Inovativni moment u metodološkoj poziciji pluriperspektivizma svakako predstavlja teorijsko legitimiranje neznanstvenih pristupa, koje nazivamo „kulturnim perspektivama“, te njihovo uključivanje, zajedno sa znanstvenim i normativnim perspektivama, u jedinstveni metodološki obrazac stvaranja orijentacijskog znanja.

Prihvatanje i preuzimanje kulturnih perspektiva u novu paradigmu znanja zasniva se prije svega na svijesti o orijentacijskim potencijalima kojima te perspektive raspolažu. Otkrivanje i aktiviranje tih potencijala korespondira s gubitkom povjerenja u orijentacijsku funkciju znanstvenog monoperspektivizma, odnosno s raspadanjem orijentacijskog okvira koji je držao novovjekovnu znanstveno-tehničku sliku svijeta. Taj dvostrani proces svakako je jedan od najpouzdanijih znakova koji detektiraju dovršenost novog vijeka kao znanstveno-tehničke civilizacije, te upućuju na rađanje novog duha vremena i na nastupanje nove epohe.

II. Integrativna bioetika prema metodološkim, predmetnim i društveno-kulturnim obilježjima

Integrativna bioetika prema metodološkim obilježjima

Integrativna bioetika, kao što je već naznačeno, u tvorbi orijentacijskog znanja metodološki objedinjuje tri temeljne skupine perspektiva:

- znanstvene (u užem smislu);
- normativne;
- kulturne.

Nositelji su znanstvenih perspektiva empirijske i egzaktna znanstvena discipline. Njihovo metodološki zasnovano povezivanje radi postizanja integriranih spoznaja nije nikakva novost, te je u različitim formama i

konceptima (interdisciplinarnost, multidisciplinarnost, transdisciplinarnost) postalo uobičajenom praksom znanstvenih istraživanja.

Nositelji su normativnih perspektiva različiti smjerovi i tradicije unutar etike kao filozofske discipline, ali i druge discipline unutar filozofije i teologije kao normativnih znanosti. Interaktivno povezivanje etičkih razmišljanja sa znanstvenim spoznajama načelno nije moguće prema konceptu novovjeke znanosti, koji se zasniva na dvije logički čvrsto povezane dogme (aksioma), kojima se znanost i znanstvenici zapravo oslobađaju svake odgovornosti za negativne posljedice svojih postignuća: na dogmi o vrijednosnoj neutralnosti znanosti (*Wertfreiheit der Wissenschaft*) i dogmi o striktnom razdvajanju postizanja i primjene znanstvenih rezultata. S druge strane, na normativnoj razini filozofska metodologija ne dopušta miješanje i povezivanje oprečnih i konkurentskih etičkih pristupa – deontološkog i konzekvencijalističkog. Nasuprot tome, bioetika je od svojega nastanka postupno rušila navedene metodološke barijere i stvarala pretpostavke ne samo za integriranje različitih perspektiva u sklopu etičkog pluralizma nego i za međusobno povezivanje egzaktno-znanstvenih i normativno-znanstvenih perspektiva uopće. Taj epistemološki doseg bioetike kodificiran je i akademski etabliran njezinom definicijom u drugom izdanju *Bioetičke enciklopedije*:

„Bioetika je sustavno proučavanje moralnih dimenzija – uključujući moralne poglede, odluke, postupke i težnje – u znanostima o životu i zdravstvenoj skrbi, koje se služi različitim etičkim metodologijama u interdisciplinarnom okružju.“⁹

Nositelji kulturnih perspektiva mogu biti različiti protagonisti građanskog života, društveni pokreti, političke pozicije i programi, etablirani svjetonazori, religijske ustanove i učenja, moralne refleksije, umjetnička ostvarenja i programi, mediji, javno mnijenje itd. Kulturne perspektive možemo definirati *via negationis* kao one oblike društvene i kulturne osviještenosti koji nastaju izvan sustava znanosti uopće, dakle izvan okvira u kojem se stvara metodološki strukturirano, deskriptivno (egzaktno) i normativno znanje. A upravo objedinjavanje heterogenih perspektiva, onih kulturnih i znanstvenih, u novu paradigmu orijentacijskog znanja predstavlja metodološku posebnost i dalekosežnu epistemološku inovaciju integrativne bioetike.

Integrativna bioetika prema predmetnim obilježjima

Povijesni razvoj bioetike prema stadiju integrativnosti odvijao se na metodološkom planu kao postupno širenje kruga perspektiva u sagledavanju bioetičkih problema, od prihvaćanja etičkog pluralizma preko znanstvene interdisciplinarnosti do pluriperspektivizma. S druge strane, paralelno se odvijao proces širenja, ali i produbljivanja problemskog područja kojim se bioetika bavila, od početnih problema medicinske skrbi i biomedicinskih istraživanja preko problematike ne-ljudskih živih bića i općih uvjeta održanja života (ekologija) do

⁹ Warren Thomas Reich, „Introduction“, u: Warren Thomas Reich (ur.), *Encyclopedia of Bioethics*, sv. 1, New York, ²1995., str. XXI.

poniranja u dubinsku, filozofijskopovijesnu dimenziju tih problema, u kojoj su se otvorila pitanja svjetskopovijesnog razmjera – naime, pitanja o karakteru znanstveno-tehničke epohe, o metodološkoj konstytuciji i povijesnoj ulozi moderne znanosti, o mijenama u temeljnom odnosu čovjeka i prirode – i u kojoj su se, naposljetku, detektirali procesi prelamanja svjetskopovijesnih epoha. Podrazumijeva se da je proširivanje i produbljivanje problemskog područja zahtijevalo na metodološkoj strani uvođenje novih perspektiva, odnosno disciplina u bioetički vidokrug poput filozofije povijesti ili pak filozofije prirode, ali to nipošto ne znači da je metodološki pluriperspektivizam predmetno uvjetovan.

Zato je integrativne značajke bioetike potrebno posebno definirati na metodološkom, a posebno na predmetnom planu. Dok integrativna bioetika na metodološkom planu povezuje različite perspektive u jedinstveni pluriperspektivni obrazac orijentacijskog znanja, na predmetnoj razini ona povezuje brojne problemske sklopove preko problemskih polja i krugova u jedinstveno bioetičko problemsko ili predmetno područje. Premda je problemsko područje bioetike moguće parcelizirati i stratificirati na različite načine, lako je uočiti glavne problemske krugove, koje ćemo u ovoj prilici navesti tek pod natuknicama: čovjek, neljudska živa bića, priroda, znanje, povijest. Tome možemo dodati i problemski krug konstitucionalne bioetičke debate, tj. krug bioetičke autorefleksije.

Integrativna bioetika prema društveno-kulturnim obilježjima

Bioetika nedvojbeno postaje sve važnijom sastavnicom društvenog života i društvene svijesti, odnosno stanja duha u određenoj političkoj ili kulturnoj zajednici. Tu dimenziju društvenog života i društvene svijesti možemo izdvojiti, te zasebno definirati kao bioetičku situaciju,¹⁰ koju unutar određenog političkog i kulturnog okvira tvore tri bitna momenta:

- moment bioetičke racionalnosti (bioetika kao interdisciplinarno znanstveno područje);
- moment bioetičke senzibilnosti (bioetika kao društveno kretanje i duhovno raspoloženje);
- moment bioetičke institucionalizacije.

Bioetička institucionalizacija sabire sve one oblike u kojima momenti bioetičke racionalnosti i bioetičke osjećajnosti dopijevaju do svoje društvene realizacije, a koji se u načelu mogu razvrstati u dvije skupine:

- a) normativni oblici institucionalizacije (zakoni, regulacije, deklaracije itd.);
- b) organizacijski oblici institucionalizacije (povjerenstva, istraživački projekti, obrazovni programi, instituti, referalni centri, skupovi, udruge itd.)

¹⁰ Usp. Ante Čović, „Bioetika u uvjetima postkomunizma – slučaj Hrvatska“, *Arhe*, Novi Sad, 5-6/2006., str. 359–360.

O društvenim i kulturnim značajkama bioetike, odnosno o njezinom društvenom i kulturnom određenju nije moguće govoriti na apstraktan način nego samo u striktno određenom okviru konkretne društvene ili kulturne zajednice. Upravo je stoga u ovo razmatranje bilo potrebno uvesti kategoriju „situacije“, koja pretpostavlja konkretni socijalni i kulturni okvir kao i njegovu imanentnu osviještenost. Situacija, naime, ne znači „položaj“ ili „stanje po sebi“ koje bi se definiralo na izvanjski, tj. „objektivan“ način. Premda je pojam „situacije“ postao filozofskom kategorijom u ozračju egzistencijalističke filozofije, unutar koje se ponajprije odnosio na individualnu egzistenciju, nema nikakvih logičkih ni semantičkih zapreka da se podjednako primjenjuje i na različite oblike i razine kolektivne egzistencije. Sam Karl Jaspers, koji je prvi filozofski elaborirao pojam situacije, u tom smislu govori o „duhovnoj situaciji vremena“, što je u značenju „povijesne“ ili pak „epohalne situacije“ postalo natuknicom u daljnjim intelektualnim i filozofskim raspravama.

Prema tome, bioetička situacija može se rekonstruirati te pratiti u njezinim mijenama unutar različitih formi društvenog i kulturnog života kao i na različitim razinama kolektivne egzistencije. Pritom treba imati na umu da se u svim formatima bioetičke situacije ne samo osvještava nego i povijesno odigrava mijena u svjetskopovijesnoj situaciji koju nazivamo epohom. Drugim riječima, bioetika je postala određujućim momentom i znakom u kojem nastupa – nova epoha.

UPORIŠTA ZA INTEGRATIVNU BIOETIKU U DJELU VAN RENSSELAERA POTTERA*

Hrvoje Jurić

Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Sažetak

Usprkos još uvijek postojećim tendencijama sužavanja pojma bioetike na (bio)medicinsku ili čak kliničku bioetiku, jasno je da bioetika danas objedinjuje rasprave o mnogo širem spektru pitanja, od biomedicinskih do globalno-ekoloških. Širenje predmetnog područja bioetike rezultat je uvida o isprepletenosti problema s kojima se u tehno-znanstvenom dobu suočava čovjek, i onih problema koji se tiču i drugih živih bića, te prirode u cjelini. Uvid o problemskoj isprepletenosti (i isprepletenosti samih odnosa unutar svijeta živoga) doveo je do umrežavanja različitih znanosti, djelatnosti i ne-znanstvenih pogleda, što poznajemo pod imenom multi-, inter- i trans-disciplinarnosti, te pluriperspektivizma. No, bioetika se ne bi smjela zadovoljiti pukim mehaničkim okupljanjem različitih disciplinarnih i svjetonazorskih pogleda, nego bi trebala težiti zbiljskoj integraciji, izradi jedinstvene platforme za raspravu o etičkim problemima vezanima uz život u svim njegovim oblicima, stupnjevima, fazama i pojavnostima. Razvijanje ovih početnih premisa zadaća je *integrativne bioetike*. U izvršenju te zadaće neizbježno je osvrnuti se na djelo Van Rensselaera Pottera, budući da se njegova ideja bioetike i razvoj njegove bioetičke misli uvelike podudara s onim što bioetika općenito znači, te s njezinim povijesnim mijenama: od trenutka kad je skovao izraz „bioetika“, preko utemeljenja tzv. *mostovne bioetike*, do njezina sadržajnog preformuliranja i proširivanja u tzv. *globalnoj bioetici*. Namjera ovog rada je da ispita u kojoj mjeri koncept *integrativne bioetike* može naći poticaj i uporište u Potterovu djelu.

Bioetika i integrativna bioetika

Što je to – *bioetika*? Odgovor na to jednostavno pitanje uopće nije jednostavan. Nema, naime, *jedne* definicije bioetike koja bi zadovoljila sve one koji se smatraju bioetičarima ili se bave problemima koje nazivaju bioetičkim. Upravo suprotno, postoji mnoštvo i, što je još važnije, mnoštvo različitih, nerijetko i međusobno suprotstavljenih definicija bioetike.

Činjenica da rasprave i neslaganja već i o samoj *definiciji* bioetike traju od njezina nastanka do danas, nesmanjenim intenzitetom – vrlo je indikativna. No, u razmatranje uzroka i posljedica toga ovdje neću opširnije ulaziti, nego ću navesti nekoliko primjera koji ilustriraju različita poimanja (ili samo-poimanja) bioetike.

* Rad izvorno objavljen u: Velimir Valjan (ur.), *Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije*, Bioetičko društvo u BiH, Sarajevo, 2007, str. 77-99.

U *prvu skupinu* spadaju oni autori koji pod bioetikom podrazumijevaju uglavnom razmatranje problema vezanih uz kliničku praksu, sisteme zdravstvene skrbi, biologijska, biomedicinska i farmaceutska istraživanja, te njihovu primjenu, kao i druga pitanja koja se tiču ljudskoga života i zdravlja. To bismo mogli nazvati *užim*, i to *humanim biomedicinskim* shvaćanjem bioetike, budući da u horizont tako shvaćene bioetike ne ulaze ona pitanja koja nisu neposredno vezana uz ljudsko zdravlje, kao ni pitanja vezana uz druga živa bića i prirodu u cjelini.¹¹ Stoga se tu često kao sinonimi rabe izrazi „bioetika“ i „biomedicinska etika“.

Na tom tragu nastaje veliki broj *ad hoc* definicija bioetike, koje možemo pronaći u različitim Internet-enciklopedijama, novinama, televizijskim emisijama i slično, ali takvo shvaćanje bioetike prisutno je i kod nekih koji su se pitanjem određenja bioetike vrlo ozbiljno bavili. Tako, primjerice, Daniel Callahan, jedan od pionira bioetike, smatra bioetiku „mjestom na kojem se opći interes za etiku susreće s medicinskim stručnjacima“.¹² Tom Beauchamp i James Childress, u svojoj glasovitoj knjizi *Principi biomedicinske etike*, bioetiku također izjednačavaju s biomedicinskom etikom.¹³ To čine i Peter Singer i Helga Kuhse, urednici itekako utjecajnih i za etabliranje bioetike važnih zbornika *Antologija bioetike* i *Priručnik za bioetiku*.¹⁴

Iako je ova tendencija sužavanja pojma bioetike na medicinsku ili biomedicinsku etiku još uvijek snažna, osobito u anglo-američkom svijetu, u bioetičkim je raspravama sve prisutniji uvid da bioetika nije (odnosno – *više* nije) naprosto isto što i nova medicinska ili biomedicinska etika, nego da obuhvaća mnogo širi spektar pitanja, od kliničkomedicinskih do globalno-ekoloških.

¹¹ Tematiziranje problematike zaštite okoliša kao uvjeta za očuvanje i poboljšanje ljudskoga života i zdravlja, te tematiziranje pokusa na životinjama isključivo s obzirom na pitanja humane medicine – primjeri su koji pokazuju da pitanja koja se tiču drugih živih bića i prirode na određeni način ipak ulaze u horizont humano-biomedicinski postavljene bioetike, ali u pravilu kao „pomoćna“ i krajnje sporedna pitanja, jer i gledište i krajnji doseg promatranja i dalje ostaju ograničeni na ono ljudsko. – Čini mi se paradoksalnim da i Peter Singer, jedan od vodećih bioetičara i „animal philosophers“, pitanja moralnog statusa životinja i ljudskog odnosa prema životinjama, kao i pitanja zaštite prirode, razmatra u kontekstu tzv. „praktične etike“ (usp. Peter Singer, *Practical Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge, 1993.), dok u knjigama koje se može smatrati svjedočanstvom njegovog poimanja bioetike – jer se u njima pruža pregled, a time, na određeni način, i koncept i program bioetike kao discipline – ta pitanja dolaze do izražaja tek u ograničenoj mjeri, upravo u prethodno navedenom smislu, u kontekstu rasprave o humano-biomedicinskim problemima (usp. Helga Kuhse & Peter Singer (ur.), *Bioethics. An Anthology*, Blackwell, Malden/Oxford/Carlton, 2003.; Helga Kuhse & Peter Singer (ur.), *A Companion to Bioethics*, Blackwell, Malden/Oxford/Carlton, 2004.).

¹² Daniel Callahan, „The Development of Biomedical Ethics in the United States“, u: Daniel Callahan & G. R. Dunstan (ur.), *Biomedical Ethics: An Anglo-american Dialogue*, The New York Academy of Sciences, New York, 1988., str. 2.

¹³ Usp. Tom L. Beauchamp & James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1994.

¹⁴ Usp. Helga Kuhse & Peter Singer, „Introduction“, u: H. Kuhse & P. Singer (ur.), *Bioethics. An Anthology*, str. 1-7; Helga Kuhse & Peter Singer, „What Is Bioethics? A Historical Introduction“, u: H. Kuhse & P. Singer (ur.), *A Companion to Bioethics*, str. 3-11.

Kao primjer ove *druge skupine* definicija može poslužiti leksikonski sažeta natuknica „Bioetika“ koju je napisao Otfried Höffe u svojem *Leksikonu etike*:

„Bioetika (...) se razumijeva kao interdisciplinarno zasnovana znanost o preživljavanju, koja ponajprije želi izgraditi mostove između duhovnih i prirodnih znanosti. Usmjerena protiv puko instrumentalnog odnosa prema prirodi, bioetika se bavi gospodarskim, društvenim, političkim, kao i kulturnim pretpostavkama ljudskoga odnosa prema prirodi. Proširena u područje *biomedicinske etike*, ona razmatra čudoredna pitanja rađanja, života i smrti, osobito s obzirom na noviji razvoj i mogućnosti biologijsko-medicinskoga istraživanja i terapije. Ona istražuje, među ostalim, moralnu problematiku pobačaja, sterilizacije i kontrole rađanja, (genske) manipulacije, eutanazije i eksperimenata na ljudima (...), kao i zaštitu životinja.“¹⁵

Na ovom je tragu, u određenoj mjeri, i članak „Bioetika“, koji je u drugome izdanju *Enciklopedije bioetike* napisao Daniel Callahan. U razlici spram prije citirane Callahanove definicije (koja je objavljena 1988. godine), u *Enciklopediji* (objavljenoj 1995. godine) primjetno je određeno proširenje u njegovu shvaćanju bioetike. Callahan, naime, rođenje bioetike tumači iz sinergijskog djelovanja dvaju faktora: izvanrednog tehnološkog napretka u području biomedicine i postupnog osvještavanja ekoloških rizika izazvanih ljudskom gladi za ekonomskim napretkom i dominacijom nad prirodom.¹⁶ Bioetiku naziva „djetetom značajnih napredaka u biomedicinskim, okolišnim i socijalnim znanostima“, napredaka koji su „zauvijek promijenili ono što se može učiniti s obzirom na vulnerabilnosti prirode te ljudskoga tijela i uma“ i koji se tiču, među ostalim, „naših zajedničkih dužnosti jednih prema drugima i prema prirodi“.¹⁷

U ovom se kontekstu može spomenuti i članak „Bioetika“ Christopha Rehmann-Suttera – objavljen u opsežnom *Priručniku etike*, urednikâ Marcusa Düwella, Christopha Hübenthala i Miche H. Wernera – koji upućuje na prijepore oko shvaćanja i definiranja bioetike, ali se ipak priklanja širem shvaćanju bioetike, što dolazi do izražaja ne samo u njegovoj definiciji bioetike,¹⁸ nego i u njegovu pobranju „diskutiranih područja prakse“ u bioetici, gdje su navedeni: profesionalni odnosi, razmnožavanje, transplantacija, medicinska genetika,

¹⁵ Otfried Höffe, „Bioethik“, u: Otfried Höffe (ur.), *Lexikon der Ethik*, Beck, München, ⁵1997., str. 28.

¹⁶ Usp. Daniel Callahan, „Bioethics“, u: Warren T. Reich (ur.), *Encyclopedia of Bioethics*, sv. I, Macmillan, New York, ²1995., str. 248

¹⁷ Ibid., str. 247-248. – Pritom se ipak ne smije zanemariti činjenicu da Callahan, kao i neki drugi autori, iako deklarativno proširuje predmetno područje bioetike, u članku naglasak ipak stavlja na humano-biomedicinska pitanja, a to kaže i eksplicitno: „Budući da se ova natuknica fokusira primarno na medicinu i zdravstvenu skrb, djelokrug bioetike – kao što enciklopedija u cjelini čini to jasnim – treba obuhvatiti brojna područja i discipline, koji su široko grupirani pod nazivom 'znanosti o životu' (*life sciences*). (...) Ipak je bioetika svoj početni poticaj pronašla u medicinskim i biologijskim znanostima, u kojima je primjetna i najintenzivnija aktivnost. Stoga se čini primjerenim da se tu aktivnost ovdje stavi u centar pažnje.“ (Ibid., str. 248.)

¹⁸ „Bioetikom se smatra kritičko sučeljavanje s moralnim dimenzijama u onim kontekstima djelovanja koji se tiču bioznanosti, a to su *biomedicina*, *biotehnologije* i *ekologija*.“ (Christoph Rehmann-Sutter, „Bioethik“, u: Marcus Düwell, Christoph Hübenthal, Micha H. Werner (ur.), *Handbuch Ethik*, Metzler, Stuttgart/Weimar, 2002., str. 247.)

odluke na kraju života, sistemi zdravstvene skrbi, istraživanja na ljudima, ali također i eksperimenti na životinjama i uzgoj životinja, biotehnologija i patentiranje, te priroda.¹⁹

Nadalje, Ludwig Siep u svojem članku o bioetici – objavljenom u zborniku *Primijenjena etika*, urednikâ Annemarie Pieper i Ursa Thurnherra – bioetiku definira kao „ono područje etike, koje se bavi ispravnim načinima djelovanja čovjeka u odnosu prema živome (...) ili prirodi u cjelini“.²⁰

S obzirom na pitanje određenja problemâ kojima se bioetika bavi i ima baviti, oba navedena članka u skladu su sa širim shvaćanjem bioetike, za koje i ja plediram, ali ono što kod njih smatram problematičnim jest činjenica da oba – bilo implicitno (Rehmann-Sutter) ili eksplicitno (Siep) – bioetiku smatraju jednom sub-disciplinom *filozofijske* etike, točnije, jednom granom *primijenjene* etike.

Ovakvo viđenje položaja bioetike u razdiobi filozofijsko-etičkih disciplina (kao i problematičnost tog viđenja) mogu ilustrirati i programatski predgovori u knjigama *Primijenjena etika* (Annemarie Pieper i Urs Thurnherr), te *Priručnik za bioetiku* i *Antologija bioetike* (Helga Kuhse i Peter Singer).

Pieper i Thurnherr *filozofijsku etiku* dijele na *opću etiku* i *primijenjenu etiku*. Opća etika se nadalje dijeli na *deskriptivnu*, *normativnu* i *metaetiku*, a primijenjena etika na *bioetiku* (ekološka, medicinska i životinjska etika), *socijalnu etiku* (pravna, gospodarska i politička etika), *etiku znanosti* (etika tehnike i evolucijska etika), *filozofijsku praksu*, *feminističku etiku* i *pedagogijsku etiku*.²¹

Iako je ova shema pregledno strukturirana, a svaka od navedenih grana primijenjene etike je u zasebnom tekstu iscrpno obrađena, na koncu ipak ostaje dojam da cjepljanje predmetnog područja (primijenjene) etike ne pridonosi ni jasnoći niti koherentnosti prikaza. Jer bioetičke teme se, nakon posebnog članka o bioetici (Ludwig Siep), razmatraju ponovno u zasebnim člancima o „ekološkoj etici“ (Andreas Brenner), „životinjskoj etici“ (Urs Thurnherr), „medicinskoj etici“ (Hans-Martin Sass) i „psihologijskoj etici“ (Alfred Schöpf), a prisutne su i u nekim drugim člancima, primjerice u „Etika tehnike“ (Günter Ropohl) te „Etika znanosti“ (Hans Lenk i Matthias Maring). Ovo smatram indikatorom nemogućnosti da se široko i unutar sebe isprepletено predmetno područje bioetike strogo diferencira, kako je to u ovoj knjizi učinjeno, a također i indikatorom nemogućnosti da se problemi koji su sami po sebi polivalentni „uguraju“ u suženi, monodisciplinarno ustanovljeni okvir (primijenjene) filozofijske etike.²²

¹⁹ Usp. ibid., str. 250-252.

²⁰ Ludwig Siep, „Bioethik“, u: Annemarie Pieper & Urs Thurnherr (ur.), *Angewandte Ethik. Eine Einführung*, Beck, München, 1998., str. 16.

²¹ Usp. A. Pieper & U. Thurnherr (ur.), *Angewandte Ethik*, str. 9.

²² Ostavljam po strani to što su neke grane primijenjene etike ovdje izdvojene *po principu pristupa* etičkoj problematici (feministička etika, evolucijska etika), iako je čitava razdioba načinjena *po principu*

Kuhse i Singer, pak, definiraju bioetiku kao „specijalizirano, iako interdisciplinarno, područje istraživanja“, ali odmah potom i kao „granu etike ili, specifičnije, primijenjene etike“,²³ što se već i na prvi pogled čini proturječnim. Naime, ako je nešto *disciplinarno*, određeno kao disciplina i kao takvo omeđeno, ne može u isti mah (unutar sebe) biti i *inter-disciplinarno*, jer interdisciplinarnost podrazumijeva interrelacije dviju ili više zasebnih disciplina. Konkretno, ako je bioetika samo *grana etike* (primijenjene etike) kao jedne discipline, odnosno samo jedna sub-disciplina, onda ne može biti interdisciplinarna, nego samo monodisciplinarna s eventualnom „primjenom“ u nekom posebnom problemskom području, tj. sa stavljanjem naglaska na to područje. Ako je, pak, bioetika *interdisciplinarno područje*, onda ne može više biti smatrana *granom etike* kao jedne discipline, nego bi morala okupljati različite discipline, s manjom ili većom ulogom etike. Dakle, što se tiče ove definicije Kuhse i Singera, problematičnim ne smatram onaj prvi dio („specijalizirano, iako interdisciplinarno, područje istraživanja“), jer nešto može biti i interdisciplinarno i specijalizirano, tj. fokusirano na određeni problem ili spektar problema. Problematičnim smatram uključivanje onog drugog dijela definicije („grana etike ili, specifičnije, primijenjene etike“), jer nešto ne može biti interdisciplinarno, a da još uvijek ostane u domeni jedne discipline.

Stvar postaje još kompliciranija kad isti autori, ali na drugom mjestu, bioetiku definiraju kao „modernu verziju mnogo starijeg područja mišljenja, naime medicinske etike“, iako bioetika, kako nadalje kažu, u odnosu na medicinsku etiku ima „izrazito različit pristup“, pa je stoga „novo i zasebno istraživačko područje“,²⁴ ali ipak primarno fokusirana na probleme medicine. Ta „nova medicinska etika“ je, prema Kuhse i Singeru, „gotovo od početka bila interdisciplinarni pothvat“, što znači sljedeće:

„Dok je etika bila gotovo ekskluzivna domena moralnih filozofa i religijskih mislitelja, bioetika je zakoračila ne samo u medicinu, sestrinstvo i biomedicinske znanosti, nego i u pravo, ekonomiju i javnu politiku.“²⁵

Ako dobro razabirem, bioetika je, za Kuhse i Singera, *primijenjena etika* koja nije samo stvar etike i njezine primjene, te *medicinska etika* koja nije samo stvar medicine i etike. No, ne ulazeći u daljnje razrješavanje njihovih kontradikcija, izdvajam ovdje dvije stvari iz navedenih tekstova, koje smatram tipičnima za shvaćanje bioetike koje je još uvijek dominantno u bioetičkim krugovima, pa i izvan njih: bioetika je (*nova*) *medicinska etika* i/ili *grana (primijenjene) etike*.

predmeta (predmetnog područja) etičkog razmatranja. Po strani ostavljam i raspravu o samom konceptu „primijenjene etike“, koji zavređuje opsežniju obradu, pa se ovdje neću posebno osvrnuti na taj problem.

²³ Usp. H. Kuhse & P. Singer, „Introduction“, u: H. Kuhse & P. Singer (ur.), *Bioethics. An Anthology*, str. 1.

²⁴ Usp. H. Kuhse & P. Singer, „What Is Bioethics?“, u: H. Kuhse & P. Singer (ur.), *A Companion to Bioethics*, str. 3-4.

²⁵ Ibid., str. 10.

Nasuprot tome, smatram da bioetika, jednako kao što nije naprosto medicinska ili biomedicinska etika, nije niti podvrsta filozofijske etike, iako filozofijska etika i filozofija u cjelini u bioetici imaju važnu – štoviše, ključnu – ulogu, s obzirom na opće i specifične zadaće bioetike.

Pritom već dolazi do izražaja da problem definiranja bioetike nije samo problem *određivanja tematskog ili problemskog polja bioetike*, nego i njezina *smještanja u postojeći sistem znanjâ i znanostî*, odnosno njezina utemeljenja, metodologije, itd. No, ovdje zasad ipak stavljam naglasak na pitanje tematskoga ili problemskoga polja bioetike, budući da smatram kako – u jednoj, takorekuć, „meta-bioetičkoj“ raspravi – najprije treba riješiti taj problem, da bi se uopće moglo pristupiti rješavanju daljnjih i kompleksnijih problema vezanih uz samu bioetiku.

Ovaj kratki pregled pokušajâ definiranja bioetike, zaključit ćemo s nečim što se pritom ne bi smjelo izostaviti. Radi se o onoj definiciji koja predstavlja svojevrsnu „službenu definiciju“ bioetike; naime, o definiciji koju je dao Warren T. Reich u drugome izdanju *Enciklopedije bioetike* iz 1995. godine. Po Reichu je bioetika:

„... sustavno proučavanje moralnih dimenzija – uključujući moralne poglede, odluke, ponašanje i djelovanje – u sklopu znanostî o životu (*life sciences*) i zdravstvene skrbi, koje se pritom služi različitim etičkim metodologijama u interdisciplinarnom okruženju.“²⁶

Znakovito je da se ni u ovoj „službenoj definiciji“, ni u većini (ili barem velikom broju) drugih pokušaja definiranja bioetike, ne govori o bioetici kao o *znanosti* i *znanstvenoj disciplini*, budući da bi takvo karakteriziranje podrazumijevalo mnogo toga što bioetika nema, još nema, a možda čak nikada neće ni imati, odnosno neće moći imati.

Iako bi sljedeća tvrdnja – s obzirom na zahtjeve znanstvene i disciplinarne strogosti – mogla izgledati neprimjereno jednom pokušaju određivanja i definiranja, smatram da *takvom oznanstvenjivanju* i *takvom discipliniranju* bioetike ne treba ni težiti, barem ne u smislu usmjeravanja svih napora k tom cilju. Jer: u takvoj „određenoj neodređenosti“ bioetike kriju se, po mome, upravo njezine prednosti.

Bioetika bi – ako je riječ o načelima – trebala težiti prije utvrđivanju metodoloških načela rasprave o bioetičkim problemima, negoli utvrđivanju

²⁶ Warren T. Reich, „Introduction“, u: W. T. Reich (ur.), *Encyclopedia of Bioethics*, sv. I, str. XXI. – Ovdje treba napomenuti da se, kao i kod Callahana (u njegovom proširenom pogledu na predmetno područje bioetike; usp. fusnotu 6), iz Reichove definicije i drugih njegovih navoda, te iz strukture, odnosno sadržaja *Enciklopedije bioetike*, može iščitati takav pristup koji *načelno otvara* bioetičko područje za teme koje se tiču i drugih živih bića te prirode u cjelini, ali je *faktički ograničen* na humane, tj. humano-biomedicinske teme. Naime, među dvjestotinjak natuknica u *Enciklopediji*, samo je njih nekoliko posvećeno pitanjima koja se tiču drugih živih bića (odnosno životinja i biljaka), te prirode (odnosno prirodnog okoliša). To su: „Istraživanja na životinjama“, „Dobrobit i prava životinja“, „Ugrožene vrste i biodiverzitet“, „Etika okoliša“, „Okoliš i religija“ i „Priroda“, a u određenom smislu također: „Poljoprivreda“, „Okolišno zdravlje“, „Okolišna politika i pravo“, „Genetički inženjering (Životinje i biljke)“, „Život“, „Patentiranje organizama“, „Održivi razvoj“ i „Veterinarska etika“.

čvrstog i definitivnog *seta* bioetičkih načelâ u smislu *principalizma* koji se kao tendencija pojavio u ranim danima bioetike.²⁷

U tom smislu, a na tragu onih definicija koje odražavaju jedno šire shvaćanje bioetike, sada bismo mogli ponuditi jednu sintetičku, ali još uvijek polazišnu definiciju bioetike:

Bioetika je otvoreno područje susreta i dijaloga različitih znanosti i djelatnosti, te različitih pristupa i pogleda na svijet, koji se okupljaju radi artikuliranja, diskutiranja i rješavanja etičkih pitanja vezanih za život, za život u cjelini i u svakom od dijelova te cjeline, za život u svim njegovim oblicima, stupnjevima, fazama i pojavnostima.

Pretpostavka ove definicije je uvid u *isprepletenost odnosâ unutar svijeta živoga*, a potom i u *isprepletenost problemâ* s kojima se u tehno-znanstvenom dobu suočava čovjek, s jedne strane, te onih problema koji se tiču i drugih živih bića, te prirode u cjelini, s druge strane.

Glavne karakteristike tako shvaćene bioetike mogu se sažeti pojmovima multi-, inter- i trans-disciplinarnosti, pluriperspektivnosti, te integrativnosti.

Multidisciplinarnost bi značila – okupljanje svih ljudskih znanosti i djelatnosti relevantnih za bioetička pitanja; *interdisciplinarnost* – poticanje dijaloga i iznalaženje modusa za suradnju svih tih disciplina; a *transdisciplinarnost* – nadilaženje međusobnih razlika, odnosno objedinjavanje različitosti u jedinstvenom, bioetičkom pogledu fokusiranom na pitanja koja ne mogu biti proniknuta iz perspektive *jedne* znanosti ili *jednog* područja.

Time se već uvodi u igru pojam *pluriperspektivnosti*. Ovaj bi pojam, također u vrlo sažetom obliku, značio objedinjavanje i dijaloško posredovanje ne samo znanstvenih, nego i ne-znanstvenih, odnosno izvan-znanstvenih prinosa, uključujući različite načine refleksije,²⁸ različite misaone i kulturne tradicije,

²⁷ O tome usp. Tom L. Beauchamp, „Načela u bioetici“, *Društvena istraživanja*, 23-24 (3-4/1995), str. 533-544, ili već spomenutu knjigu *Principles of Biomedical Ethics* Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa (usp. fusnotu 3).

²⁸ Npr. umjetnost, tj. umjetnička refleksija (koju se uglavnom posve isključuje iz „ozbiljnih rasprava“) – u obzoru (bioetičke) pluriperspektivnosti mogla bi imati važnu orijentacijsku ulogu. U tom je smislu vrlo vrijedan prilog knjiga Mary Midgley *Science and Poetry* (Routledge, London, 2001.), ali poticaje za razmišljanje o mogućem doprinosu ne-znanstvenih (poetskih i drugih umjetničkih) načina refleksije integraciji ljudskih spoznaja i senzibiliziranju za pitanja vezana uz opstanak čovjeka i prirode možemo pronaći na mnogo mjesta. Aldo Leopold se usprotivljuje „čeličnom tabuu“ po kojem se znanstvenici trebaju baviti konstrukcijom instrumenata, dok je zadaća pjesnikâ da prepoznaju harmoniju „pjesme svih pjesama“. A Leopold je u svom djelu *A Sand County Almanac* ne samo tvrdio, nego i vlastitim primjerom (jednako kao i Henry David Thoreau prije njega, u svome djelu *Walden*, primjerice) pokazao kako su i znanstvena i poetska refleksija jednakovrijedni modusi čovjekova pristupanja prirodi i samome sebi. Daniel Berthold takav Leopoldov pristup naziva „poetskom znanošću“ (usp. Daniel Berthold, „Aldo Leopold: In Search of a Poetic Science“, *Human Ecology Review*, 11 (3/2004), str. 205-214), a J. Baird Callicott, koristeći nazive Leopoldovih eseja „Land Ethic“ (Etika zemlje) i „Conservation Esthetic“ (Estetika konzervacije), govori o Leopoldovoj „Land Aesthetic“, *estetici zemlje* (usp. J. Baird Callicott, „The Land Aesthetic“, u: J. Baird Callicott (ur.), *Companion to A Sand County Almanac. Interpretative and Critical Essays*, Wisconsin, Madison, 1987., str. 131-171). – Kao primjer ovdje možemo navesti i knjigu *Le scaphandre et le papillon* Jean-Dominiquea Baubyja (*Skafander i*

odnosno različite poglede koji počivaju kulturnim, religijskim, političkim i inim posebnostima.

Dakle, pojam pluralnosti u bioetici bio bi „prekratak“ ako bismo se ograničili samo na „pluralnost znanstvenih disciplina“ i „pluralnost etičkih smjerova“, kako primjećuje Ante Čović.

„(I)znimnost i inovativnost bioetike, njezin istinski *proprium*, sastoji se u činjenici da ona prema svom metodološkom obrascu u raspravu i rješavanje problema ravnopravno uključuje i one ne-znanstvene i izvan-etičke perspektive...“²⁹

No, bioetika se ne bi smjela zadovoljiti pukim mehaničkim okupljanjem različitih perspektiva, različitih disciplinarnih i svjetonazorskih pogleda, nego bi trebala težiti *zbijskoj integraciji*, izradi jedinstvene platforme za raspravu o etičkim problemima vezanima uz život – u cjelini i u svim kontekstualno odredivim nijansama. *Integrativnost* bi stoga trebala označavati zadaću (odnosno sposobnost) bioetike da sve različitosti o kojima je bilo riječi okupi u jedinstveni *bioetički pogled*, radije negoli u disciplinarni i disciplinirani znanstveni okvir. Prije se, dakle, radi o promoviranju bioetičkog pogleda u različitim disciplinama i pristupima, negoli o utjerivanju različitih partikularnih pogleda u jedan, bioetički disciplinarni kalup. *Integrativnu bioetiku* bi se, u tom smislu, moglo pojmiti kao čvrsto tijelo u određenom prostoru, čija je uloga da permanentno upija energiju, te da je isijava prema drugim tijelima u prostoru, koja su za tu energiju prijemčiva.

Također, prije je riječ o tome da bi bioetika trebala ponuditi *orijentaciju*, negoli utvrditi konačne objektivne istine o *biosu*. Pružanje *orijentacije* za odgovaranje na neke od ključnih problema čovječanstva i Planeta bio bi stoga prvi i najvažniji cilj integrativne bioetike.

U tom smislu, Ante Čović smatra da sve discipline i perspektive integrirane u bioetičkom području imaju „orijentacijsku vrijednost“, te da sve one mogu dati „doprinos u interaktivnom građenju orijentacije“, što znači da „bioetika ima samo jedan cilj – pružiti orijentaciju“. U skladu s tim, Čović bioetiku definira kao „integrativnu orijentacijsku znanost“, odnosno „pluriperspektivno područje na kojem se u interakciji raznorodnih perspektiva stvaraju uporišta i mjerila za

leptir, Pergamena, Zagreb, 1997.), koja je mnogo učinila na planu senzibilizacije za probleme koji nastaju u suočenju ljudskoga života i tehnizirane medicine, a koju Ante Čović naziva „biopoetičkim“ štivom i s pravom je tumači uz pomoć aparata egzistencijalne, osobito Jaspersove egzistencijalne filozofije (usp. Ante Čović, „Biopoetika i bioetika u egzistencijalnoj prozi *Skafander i leptir* J.-D. Baubyja“, u: Ante Čović, *Etika i bioetika. Razmišljanja na pragu bioetičke epohe*, Pergamena, Zagreb, str. 69-90.) – U svakom slučaju, vrijedi da poezija i svaka druga umjetnost (ali ne kao „ne-racionalni“ pristupi, nego kao *drugačiji vid refleksije*) ne bi smjele biti isključene iz mišljenja koje teži integrativnosti, jer su u stanju da otkriju nove dimenzije problemâ koji, u konačnici, ne mogu biti osvijetljeni samo znanstvenim aparatom.

²⁹ Ante Čović, „Bioethik unter den Bedingungen des Postkommunismus – Fallbeispiel Kroatien“, u: Ante Čović & Thomas Sören Hoffman (ur.), *Bioethik und kulturelle Pluralität. Die südosteuropäische Perspektive*, Academia Verlag, Sankt Augustin, 2005., str. 150.

orijentiranje u pitanjima koja se odnose na život ili na uvjete i okolnosti njegova očuvanja“.³⁰

Drugi i također vrlo važan cilj integrativne bioetike bilo bi njegovanje i artikuliranje rastućeg *bioetičkog senzibiliteta*,³¹ za koji se više ne bi moglo reći da je u embrionalnoj fazi, iako se zbog još uvijek snažnih sistemskih kontratendencija razvija i uobličava prilično sporo.

Pretpostavka *integrativne bioetike* je stoga integriranje različitih (i svih) tema i problema vezanih uz *bios*, kao i integriranje različitih (i svih) pristupa tim temama i problemima.

Narav bioetičkih problema i narav bioetike – naravno, ako se bioetiku shvati na prethodno eksplicirani način – ne dopuštaju zatvaranje u okvire pojedinih disciplina i pristupa. Štoviše, u bioetici dolazi do izražaja ono što bi zapravo trebalo biti slučaj u svakoj refleksiji: da treba slijediti put od problemâ prema konceptualizaciji, od problemâ prema traženju primjerenih pristupa i orijentacije, a ne obrnuto, i ne u smislu jedne kazuistike. No, to nam ispostavlja potrebu za konceptualiziranjem i ozbiljenjem *tematskog* ili *problemskog* integriranja kao i integriranja *pristupâ*, što bismo mogli nazvati *horizontalnim* i *vertikalnim* integriranjem na niti vodilji jedne integrativne bioetike.

Potreba za jednom obuhvatnom bioetičkom koncepcijom kao što je integrativna bioetika jasnija je što je jasniji uvid da se čovječanstvo nalazi na pragu jedne nove, post-tehnoznanstvene epohe, koju obilježava novi, drugačiji odnos prema znanosti i tehnologiji, te ideji neograničenog i besciljnog znanstveno-tehnološkog napretka, kao i novi i drugačiji odnos prema životu, odnosno svijetu živoga.³² Novovrsna pitanja zahtijevaju i novovrsne odgovore, a bioetika u integrativnom smislu ima kapacitet da na njih pruži orijentacijski valjane odgovore.

Projekt integrativne bioetike još uvijek je u povojima, što znači da je okupljanje i sistematiziranje različitih integrativno-bioetičkih tendencija u razuđenoj bioetičkoj raspravi, koje su do sada zasebno razvijane, još uvijek u početnoj fazi. No, dosadašnje artikulacije ideje i ciljeva integrativne bioetike, koje se

³⁰ Usp. *ibid.*, str. 150-151.

³¹ Izraz „bioetički senzibilitet“ je, koliko znam, prvi upotrijebio Ante Čović koji „bioetički senzibilitet“ definira kao „novu planetarnu osjećajnost“ koja bi mogla „ograničiti postojeću znanost integrativnim obzirima“ (usp. Ante Čović, „Znanje i moralnost“, u: A. Čović, *Etika i bioetika*, str. 65).

³² Ovaj aspekt novosti integrativne bioetike – naime, integriranje (bio)etičkog pristupa onim pitanjima koja su vezana uz čovjeka s onim pitanjima koja se tiču drugih živih bića i prirode u cjelini – iscrpno je i filozofijski fundirano elaboriran u knjizi Heike Baranzke *Würde der Kreatur? Die Idee der Würde im Horizont der Bioethik* (Königshausen & Neumann, Würzburg, 2002.), osobito u poglavlju „Auf der Suche nach einer integrativen Bioethik“ (str. 309-349). Baranzke sistematski i historijski prati razvoj i međudodnos pojmova, koncepcija i tradicija „ljudskoga dostojanstva“ i „dostojanstva stvorenja“, ukazujući na „indikatorsku funkciju pojma ‘dostojanstvo stvorenja’ u potrebi za jednom integrativno-bioetičkom i integrativno-pravnom refleksijom“ (str. 312), pri čemu se kao cilj, ili barem kao izazov, postavlja „traganje za integrativnim rješenjem“ (str. 310) ili, specifičnije, „traganje za integrativnom bioetikom na Kantovu temelju“ (str. 313).

može pronaći na različitim mjestima,³³ dopuštaju nam zaključiti kako su već postavljeni dovoljno čvrsti temelji za izgradnju i daljnje razvijanje integrativne bioetike. Ipak, koncept integrativne bioetike još uvijek čeka svoju sistematičniju i ekstenzivniju eksplikaciju. Formuliranje i provedba znanstvenoistraživačkih projekata, objavljivanje daljnjih znanstvenih članaka, publikacijâ zborničkoga tipa i očekivanih monografskih djela svakako će pridonijeti *teorijskom fundiranju* integrativne bioetike, a bitan poticaj će nesumnjivo doći i iz paralelnog *institucionalnog etabliranja* integrativno-bioetičkog projekta. Pritom mislim ponajprije na *Bioetički forum za jugoistočnu Europu* – međunarodni skup koji se od 2005. godine održava u Malom Lošinj, a utemeljen je i razvija se u konceptualnom horizontu integrativne bioetike – te na druge sastavnice ambiciozno postavljenog projekta, koje su začete u krugu inicijatorâ i sudionikâ *Bioetičkog foruma* (bioetičke ljetne škole, Referalni centar za bioetiku u jugoistočnoj Europi, itd.).³⁴ U ovom kontekstu valja spomenuti i *Lošinjske dane bioetike*, međunarodnu znanstveno-kulturnu manifestaciju koja se, također u Malom Lošinj, održava od 2002. godine.

Razvijanje koncepta integrativne bioetike ambiciozno je i u tom smislu što cilja preko granica bioetike. Naime, model integrativne bioetike – zahvaljujući nastojanju da riješi načelne probleme interdisciplinarnih i interperspektivnih diskusija – mogao bi poslužiti kao model integrativnog pogleda i na ne-bioetičke probleme, odnosno kao model integrativnih rasprava i u drugim sferama, i o onim pitanjima koja nisu bioetička.

No, ako je riječ samo o bioetičkim pitanjima (odnosno samo o pitanjima o *bioetici*), govor o integrativnoj bioetici razložen je stoga što je proces etabliranja i institucionaliziranja bioetike dosegno visoki stupanj, a da oko pitanja definiranja i utemeljenja bioetike još nije postignut konsenzus. Stoga se nameće potreba ozbiljnog promišljanja o tome što je bioetika, te što od nje očekujemo i možemo očekivati, potreba ozbiljnog promišljanja dosadašnjih dosega, te budućeg razvoja i ciljeva bioetike, potreba ozbiljnog promišljanja prošlosti i budućnosti bioetike.

³³ Ovdje se može navesti već citirane članke Ante Čovića („Bioethik unter den Bedingungen des Postkommunismus – Fallbeispiel Kroatien“, usp. fusnotu 19; „Znanje i moralnost“, usp. fusnotu 21) i neke druge njegove radove, zatim knjigu *Würde der Kreatur?* Heike Baranzke (usp. fusnotu 22), kao i niz članaka iz zbornika *Bioethik und kulturelle Pluralität. Die südosteuropäische Perspektive* (ur. Ante Čović i Thomas Sören Hoffman, Academia Verlag, Sankt Augustin, 2005.). No, valja napomenuti da bi jedna „bibliografija integrativne bioetike“, čak i u ovoj ranoj fazi njezina razvoja, bila mnogo šira.

³⁴ O nastanku *Bioetičkog foruma za jugoistočnu Europu*, njegovim idejama-vodiljama i perspektivama usp. npr. „Tagungskonzept“, u: Ante Čović & Thomas Sören Hoffmann (ur.), *Bioethik in Süd- und Südosteuropa. Chancen einer integrativen ethischen Reflexion vor dem Hintergrund intrakultureller Differenzen in Europa (Programmheft)*, Interuniverzitetski centar, Dubrovnik, 2004., str. 7-8; „Tagungskonzept“, u: Ante Čović & Thomas Sören Hoffmann (ur.), *1. Südosteuropäisches Bioethik-Forum. Integrative Bioethik angesichts inter- und intrakultureller Differenzen (Programmheft)*, Hrvatsko filozofsko društvo, Zagreb, 2005., str. 13-15; „Vorwort der Herausgeber“, u: A. Čović & Th. S. Hoffmann, *Bioethik und kulturelle Pluralität*, str. 7-8.

Bioetika Van Rensselaera Pottera

Upravo u tom smislu, čini se korisnim osvrnuti se na jednu koncepciju bioetike koja je najuže povezana s nastankom bioetike uopće. Riječ je o bioetici Van Rensselaera Pottera (1911.–2001.), američkoga znanstvenika i bioetičara.

Potter je po struci bio biokemičar, a čitavu svoju znanstvenu karijeru posvetio je istraživanju raka, u čemu je postigao zapažene rezultate i pritom odgojio generacije uspješnih znanstvenika.³⁵ No, ovdje nas ne zanima Potter kao onkolog, nego Potter kao bioetičar, štoviše, kao „otac bioetike“. Naime, riječ „bioetika“ skovao je i počeo se njome koristiti upravo Potter, i to 1970., u dva svoja članka,³⁶ te godinu dana nakon toga, u knjizi *Bioetika: most prema budućnosti*.³⁷ Potter je u toj svojoj knjizi, najavljenoj nekolicinom prethodno objavljenih članaka, izložio vlastitu bioetičku poziciju koju je nazvao „mostovnom bioetikom“ (*bridge bioethics*). Kako je jednom prilikom sâm rekao:

„Riječ 'most' upotrijebio sam jer sam bioetiku shvaćao kao novu disciplinu koja će izgraditi *most* između prirodnih i humanističkih znanosti ili, jasnije rečeno, *most* između bioloških znanosti i etike...“³⁸

S druge strane, Potterova kovanica „bioetika“ je, kako je kasnije rekao H. Tristram Engelhardt, imala „snažno heurističko značenje“, jer je najednom kristalizirala čitav niz pitanja, okupljajući širok spektar interesa i važnih kulturnih promišljanja. Stoga riječ „bioetika“ Engelhardt svrstava među one riječi koje „mogu okupiti dugi niz slika i značenja, te nam time pomoći da uočimo odnose između onih elemenata zbilje koji su ranije u našem viđenju bili razdvojeni i mišljeni jedino kao zasebni“.³⁹

Naravno, nije se radilo samo o novim i simpatičnim riječima i sintagmama, nego o onome što je u njima bilo mišljeno i intendirano. Potterova je namjera bila da u svrhu rješavanja gorućih problema čovječanstva, a uz pomoć onoga što je nazvao bioetikom, pridonese premošćivanju jaza između znanosti kako bi čovječanstvo izgradilo čvrst most prema budućnosti. Njegov je motiv pritom bila, s jedne strane, nezainteresiranost etike i drugih društvenih i humanističkih znanosti za rastuće dileme u medicinskoj praksi i biomedicinskim istraživanjima, kao i za ekološka pitanja koja u to vrijeme još nisu bila tako široko diskutirana kao danas. S druge strane, njegove je bioetičke ideje motivirala nezainteresiranost liječnika i prirodnih znanstvenika za promišljanje i

³⁵ Usp. James E. Trosko & Henry C. Pitot, „In Memoriam: Professor Emeritus Van Rensselaer Potter II (1911-2001)“, <http://cancerres.aacrjournals.org/cgi/content/full/63/7/1724>.

³⁶ Van Rensselaer Potter, „Bioethics: The Science of Survival“, *Perspectives in Biology and Medicine*, 14/1970, str. 127-153; „Biocybernetics and Survival“, *Zygon – Journal of Religion & Science*, 5/1970, str. 229-246.

³⁷ Van Rensselaer Potter, *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1971.

³⁸ Citirano prema: Ivan Šegota, *Van Rensselaer Potter II: „otac“ bioetike (Bioetički svesci, sv. 6)*, Katedra društvenih znanosti – Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, 1990., str. 7.

³⁹ Usp. H. Tristram Engelhardt, Jr., „Foreword“, u: Van Rensselaer Potter, *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*, Michigan State University Press, East Lansing, 1988., str. VII, IX.

konceptualiziranje rastućih problema s kojima se svakodnevno susreću u praksi. Ilustraciju ove Potterove frustracije postojećim stanjem u znanostima (ponajprije prirodnim i tehničkim) i društvu, koja ga je navela na promišljanja kasnije nazvana bioetikom, može predstavljati sljedeći odlomak:

„Kao pojedinci ne možemo dopustiti da naša sudbina bude prepuštena u ruke znanstvenikâ, inženjerâ, tehnologâ i političarâ, koji su zaboravili ili nikad nisu ni poznavali jednostavne istine. U našem modernom svijetu imamo botaničare koji proučavaju biljke i zoologe koji proučavaju životinje, ali većina njih su specijalisti koji se ne bave grananjima svog ograničenog znanja.“⁴⁰

Dakle, jedan je poticaj za oblikovanje bioetike došao iz Potterova vlastitoga iskustva rada u području biomedicine koja je s ubrzanim razvojem tehnologije bila suočena s novim izazovima. No, drugi i još važniji poticaj predstavljale su misli Alda Leopolda, američkoga šumara, konzervacionista, ekologa i pisca, čije je djelo preteča suvremene ekofilozofije, odnosno prototip onoga što će se kasnije početi nazivati *dubinskom ekologijom* (*deep ecology*). Leopoldova *etika zemlje* (*land ethic*) – čija je srž izložena u njegovu istoimenom eseju,⁴¹ ali je razrađena i opimjerena i u drugim esejima iz knjige *A Sand County Almanac*, te u daljnjim Leopoldovim spisima – zahtijevala je zaokret u ljudskom mišljenju i djelovanju, koji bi jedino mogao osigurati preživljavanje čovjeka i Planete.

„Etika zemlje, naravno, ne može spriječiti mijenjanje, gospodarenje i iskorištavanje 'resursâ', ali ona afirmira njihovo pravo na daljnju egzistenciju i, gdje god je to moguće, njihovu daljnju egzistenciju u prirodnom stanju.“⁴²

Po Leopoldu je zemlja biotički mehanizam ili, bolje rečeno, biotička zajednica, i „nije samo tlo; ona je fontana energije koja protječe kroz krug talâ, vodâ, biljaka i životinja“.⁴³

Potter je Leopolda smatrao proto-bioetičarem, začetnikom onoga što je poslije sâm nazvao bioetikom:

„Kao prva osoba koja je objedinila i definirala riječi 'zemlja' i 'etika' u ekološkom značenju, Leopold je neupitno bio prvi bioetičar; on je prvi predvidio novu etičku osnovu za ljudsko ponašanje, prvi je razvio ekološku etiku (koju je nazivao *etikom zemlje*) i prvi jasno obrazložio zašto je ona potrebna.“⁴⁴

Na Leopoldovu tragu, Potter je stekao uvid o *umreženosti problemâ* koji se tiču života, o umreženosti mikro- i makro-razine života, o tome da život predstavlja složen sustav interakcija. Uvid o umreženosti problema implicira i potrebu *umrežavanja pristupâ*, tj. jednog obuhvatnog pogleda na probleme zdravlja i opstanka čovjeka i drugih živih bića, te prirode ili života u cjelini.

⁴⁰ V. R. Potter, *Bioethics: Bridge to the Future*, str. 1.

⁴¹ Aldo Leopold, „The Land Ethic“, u: Aldo Leopold, *A Sand County Almanac, and Sketches Here and There*, Oxford University Press, New York, 1987., str. 201-225.

⁴² Ibid., str. 204.

⁴³ Ibid. str. 216.

⁴⁴ V. R. Potter, *Global Bioethics*, str. XIII.

Primarna zadaća u tom smislu jest integriranje *biologijskoga znanja* i *znanja o ljudskim vrijednosnim sistemima*:

„Ja sam na stajalištu da znanost o preživljavanju mora biti izgrađena na znanosti biologije i proširena preko tradicionalnih granica kako bi mogla uključiti najbitnije elemente društvenih i humanističkih znanosti s naglaskom na filozofiji u strogom značenju 'ljubavi prema mudrosti'. Znanost o preživljavanju mora biti više od same znanosti i stoga predlažem pojam *bioetika* kako bih naglasio dva najvažnija sastojka u stjecanju nove mudrosti, koja tako očajnički trebamo: biologijsko znanje i ljudske vrijednosti.“⁴⁵

Tako polazište Potterove bioetike predstavlja teza da *etika (više) ne može biti odvojena od bioloških činjenica*. Drugim riječima, ovu Potterovu tezu moglo bi se interpretirati na sljedeći način. Tradicionalno se etika bavila *dobrim životom*, a *život* kao biološki faktum nije ulazio u njezin vidokrug. Danas, pak, etika ne može više apstrahirati od života u biološkome smislu, ali se jednako tako ne smije zaboraviti da je taj „goli život“ samo pretpostavka dobrog života, iako ima i vlastitu inherentnu vrijednost. Dakle, život i dobar život stvari koje se mogu razdvajati metodološki, ali ne i stvarno. I pitanja iz područja biomedicine i ekološka pitanja to su nam pokazala u punom svjetlu. A do istoga uvida, samo u izokrenutom obliku, valjalo bi doći i s biologijsko-medicinske, odnosno prirodoznanstvene strane.

Uvid u umreženost problemâ i potrebu umrežavanja pristupa tim problemima, odnosno problemu života u cjelini (i *kao* cjelini), implicira jedan koliko *obuhvatan* toliko i *dugoročan* pogled, koji će se fokusirati na ono što Potter smatra ciljem bioetike, a to je – *preživljavanje (survival)* čovječanstva i Planete. Navest ću jednu od prvih Potterovih formulacija tog zahtjeva:

„*Instinkt* za preživljavanje nije dovoljan. Moramo razviti *znanost* preživljavanja, a ona mora započeti s novom vrstom etike – bioetikom.“⁴⁶

Kasnije Potter precizira da nije riječ o pukom ili bijednom preživljavanju, niti o idealističkom ili neodgovornom preživljavanju, nego o onome što se može nazvati *prihvatljivim preživljavanjem (acceptable survival)*.⁴⁷

Kao svako preživljavanje, tako je i „prihvatljivo preživljavanje“ adaptacija, ali i biološka i kulturna (niti samo biološka, niti samo kulturna) adaptacija.

U tom je smislu Potter (kao Leopold i niz drugih autora prije njega) smatrao da se svjetska populacija mora stabilizirati, čemu može i treba pomoći kontrola fertiliteta. A tu se ponovno susreću biomedicinska i ekološka pitanja, pod jednim, obuhvatnim vidikom. Stoga ovaj problem, uz to što je za Pottera vrlo važan, predstavlja i paradigmatički primjer njegove globalno-bioetičke namjere:

⁴⁵ V. R. Potter, *Bioethics: Bridge to the Future*, str. 1.

⁴⁶ Ibid., str. 3.

⁴⁷ Usp. V. R. Potter, *Global Bioethics*, str. 43-52.

„Uzorak jedne teme u globalnoj bioetici uključuje medicinske opcije vezane uz ljudski fertilitet, u konfrontaciji s ekološkom potrebom da se ograniči eksponencijalni rast ljudske populacije.“⁴⁸

Osim toga, globalno-bioetički pogled ne tiče se samo ljudske populacije. Iako je kratkoročni (medicinsko-bioetički) pogled fokusiran na ljudske probleme (na ljudsko, individualno zdravlje i zdrav okoliš), dugoročni (ekološko-bioetički) pogled fokusira se na preživljavanje vrstâ i zdrav ekosistem, što više ne uključuje samo ljude. A to bi tek bio pravi smisao (globalne) *bio*-etike.⁴⁹

Nedugo nakon Potterova „izuma bioetike“ ta je riječ prihvaćena od kruga ljudi sa Sveučilišta Georgetown, koji su je ugradili u naziv novoosnovanog *Kennedy instituta za proučavanje ljudske reprodukcije i bioetiku* (*Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics*). No, koliko je god za daljnji razvoj, odnosno ubranu ekspanziju bioetike to bilo bitno – što je priznavao i sam Potter – ipak se radilo o pogrešnom, krajnje suženom shvaćanju izvorne intencije koja je upisana u riječ „bioetika“. To je bilo najuže povezano sa „zaboravom“ Potterove zasluge u kovanju riječi „bioetika“ te iniciranju bioetičke rasprave, o čemu je sam Potter 2001. godine zapisao:

„Dugo vremena, od 1970. do 1990., nitko nije spominjao moje ime niti je želio biti dijelom misije. U Sjedinjenim Američkim Državama odmah se dogodila eksplozija uporabe riječi 'bioetika' od medicinara koji su propuštali spominjati moje ime ili naziv bilo koje od četiriju mojih publikacija objavljenih 1970. i 1971. godine. Nažalost, njihova je predodžba bioetike odgodila nastanak onoga što sada postoji.“⁵⁰

Peter J. Whitehouse to potvrđuje:

„Čini se da u Sjedinjenim Američkim Državama neki smatraju Potterovo originalno kovanje pojma 'bioetika' 1970. godine irelevantnom historijskom bilješkom. Iako su neki prepoznali njegove doprinose i promicali šire shvaćanje bioetike, u mnogim programima biomedicinske etike ne poučava se o Potterovu

⁴⁸ Ibid., str. 2.

⁴⁹ U tom smislu, Michael W. Fox, Potterov sumišljenik i jedan od bliskih njegovih suradnika, u svojoj knjizi *Bringing Life to Ethics. Global Bioethics for a Humane Society* kaže da „globalna bioetika promovira i ujedinjuje skrb za Zemlju, skrb za ljude, skrb za životinje i skrb za zdravlje, za dobro svijet“, te da nas „globalna bioetika poziva da jednako uvažavamo tri sfere moralnog obzira: dobrobit ljudi (prava i interesi), dobrobit neljudskih bića (prava i interesi), dobrobit okoliša (biodiverzitet i integritet ekosistema). Globalna bioetika nas poziva da budemo odgovorni za naša djelovanja i želje s obzirom na ove tri sfere; te da istražimo koliko su društvo, naše politike, zakoni, ekonomije (industrija i trgovina), religijske, obrazovne i druge tradicije i institucije, kao i naši osobni životi, u skladu s bioetičkim principima koji ujedinjuju ove tri sfere u svjetlu i u jeziku suosjećanja, poniznosti i poštovanja svetosti života.“ (Michael W. Fox, *Bringing Life to Ethics. Global Bioethics for a Humane Society*, State University of New York Press, New York, 2000.; sinopsis ove knjige može se pronaći na web-stranici: <http://tedebay.tripod.com/drmichaelwfox/id34.html>.)

⁵⁰ Van Rensselaer Potter, „Global Bioethics Final Message“, <http://www.mcardle.wisc.edu/faculty/bio/PotterGlobalBioethics.html>.

nasljeđu. Povrh toga, on nije adekvatno uključen u važne prikaze povijesti ovoga polja.“⁵¹

Ipak, u već spomenutoj enciklopedijskoj natuknici o bioetici, Daniel Callahan spominje Pottera u kontekstu prikaza razvojnog puta bioetike, od Potterovog širokoobuhvatnog pojma preko sužavanja na područje kliničkomedicinske etike do ponovnog šireg shvaćanja, naglašavajući da „protu-potterovski“ „snažan, gotovo ekskluzivan naglasak na moralnim obvezama liječnika i na odnosu liječnik-pacijent (...) nije bio u stanju da obuhvati veliki raspon nastajućih tema i perspektiva“.⁵²

Pottera spominju i Helga Kuhse i Peter Singer, u predgovorima dvaju već citiranih zbornika.⁵³ Ali Kuhse i Singer, zapravo, samo kratko konstatiraju činjenicu da je Potter, kao autor pojma „bioetika“, zastupao drugačije, šire shvaćanje pojma nego oni koji su ga preuzeli i popularizirali u užem smislu. No, Kuhse i Singer, doima se, nisu ni najmanje nezadovoljni s takvim razvojem povijesti pojma i discipline, a osim toga, oni niti iscrpnije prikazuju Potterovu intenciju i koncepciju, niti prate drugu, „potterovsku“ liniju u povijesti bioetike. A u tome nisu usamljeni, jer je njihov prikaz, kao i Callahanov, pisan u duhu koji je još uvijek dominantan u bioetičkim krugovima, barem onim anglo-američkim, zbog čega se Whitehouse s pravom žali da važni prikazi bioetike ne uključuju Pottera na adekvatan način, što ne znači da ga uopće ne spominju.

U svakom slučaju, bilo je potrebno dosta vremena da se izvorna Potterova ideja ponovno probije u bioetički *mainstream*, na čemu je on sâm također intenzivno radio. Svakako najvažnija stvar u tom smislu jest njegova knjiga *Globalna bioetika: zasnivanje na Leopoldovu nasljeđu*, objavljena 1988. godine.⁵⁴

Ovdje su i dalje prisutne temeljne ideje i inspiracije iz tzv. *mostovne bioetike*, ali su korigirane, precizirane i proširene, odnosno razrađene s obzirom na dotadašnji razvoj (i zastranjenja) bioetike:

„Danas je nužno ići iznad Leopolda i iznad medicinske bioetike. Moramo uvidjeti da pretjerana specijalizacija u bilo kojoj branši može biti kontraproduktivna za cilj prihvatljivog preživljavanja na globalnoj skali. Dvije grane globalne bioetike treba harmonizirati i ujediniti do konsenzualnog gledišta koje bi se moglo nazvati globalnom bioetikom, naglašavajući dva značenja

⁵¹ Peter J. Whitehouse, „The Rebirth of Bioethics. Extending the Original Formulations of Van Rensselaer Potter“, *The American Journal of Bioethics*, god. 3, br. 4 (2003), str. 26.

⁵² D. Callahan, „Bioethics“, u: W. T. Reich (ur.), *Encyclopedia of Bioethics*, str. 250.

⁵³ Usp. H. Kuhse & P. Singer, „What Is Bioethics“, u: H. Kuhse & P. Singer (ur.), *A Companion to Bioethics*, str. 3; H. Kuhse & P. Singer, „Introduction“, u: H. Kuhse & P. Singer (ur.), *Bioethics. An Anthology*, str. 1.

⁵⁴ Van Rensselaer Potter, *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*, Michigan State University Press, East Lansing, 1988.

riječi 'globalna'. Sistem etike je globalan, s jedne strane, ako je ujedinjen i obuhvatan, a u uobičajenijem smislu, ako je proširen po čitavom svijetu.⁵⁵

Potter je u *globalnoj bioetici* posebno i jače istaknuo globalno-ekološka pitanja,⁵⁶ te je – već u ovoj knjizi, a osobito u kasnijim radovima – upozoravao na potrebu susreta bioetike s duhovnošću i politikom.

Potterova *Globalna bioetika* doživjela je mnogo veći uspjeh negoli njegova prva knjiga, što je konačno dovelo i do ustanovljavanja *Global Bioethics Network* (*Mreža globalne bioetike* ili *Globalna mreža bioetike*) početkom devedesetih godina.⁵⁷ Ali ni *Globalna bioetika* nije bila lišena pogrešnoga razumijevanja. Naime, mnogi su, kao i u slučaju prve Potterove knjige, uzeli od nje samo ime, ali ne i ideju. Mnogi, nažalost, globalnu bioetiku shvaćaju u „turističkom smislu“; naime, kao globaliziranje bavljenja bioetikom kao biomedicinskom etikom, odnosno kao svojevrsni globalni bioetički (tj. biomedicinsko-bioetički) konferencijski turizam, što je, dakako, posve pogrešno.

Bioetika Van Rensselaera Pottera kao uporište za integrativnu bioetiku?

Iz izlaganja ideje integrativne bioetike te iz izlaganja Potterove bioetičke ideje moglo je postati jasno koje su njihove dodirne točke.

Potreba temeljitog promišljanja i promišljanja bioetike na visokom stupnju njezina razvoja, uključujući i pitanje definiranja i utemeljenja bioetike, kao i potreba šireg shvaćanja bioetike – svakako su prve stavke na tom popisu.

Međutim, zajedničko promišljanje ideja *integrativne* i *globalne* bioetike ne može se razvijati samo u pravcu uočavanja njihovih srodnosti i podudarnosti, budući da postoje i bitne, pa čak i načelne međusobne razlike. Na njih ću upozoriti ističući glavne nedostatke Potterove bioetike, i to u tri točke.

Kao prvo, Potterova duboka skepsa prema današnjoj znanosti kao redukcionističkom sustavu objektivnih istina pod vodstvom prirodnih znanosti, njegov otklon od tako shvaćene znanosti, a posljedično i odustajanje od oznanstvenjivanja bioetike, nisu sami po sebi problematični. Uostalom, takve su tendencije u velikoj mjeri i inicirale nastanak bioetike. No, po pitanju alternative, Potterova se intencija pokazuje problematičnom. On, naime, smatra kako se u bioetici više ne radi toliko o *znanju* i posredovanju različitih znanja,

⁵⁵ Ibid., str. 78.

⁵⁶ Štoviše, Ludwig Siep kaže da je Potter „prvenstveno imao u vidu problem uvjeta preživljavanja ljudskoga roda i njegovih kultura u prirodnom okolišu“, te da je Potter pod bioetikom shvaćao „ono što se danas radije naziva ‘etikom okoliša’ ili ‘ekološkom etikom’“ (L. Siep, „Bioethik“, u: A. Pieper & U. Thurnherr (ur.), *Angewandte Ethik*, str. 16). Ova je tvrdnja ipak samo dijelom točna, jer Potter nikada nije gubio iz vida probleme povezane s njegovim primarnim profesionalnim područjem (i ishodištem bioetike), tj. sa medicinom i *life sciences*.

⁵⁷ O nastanku i širenju *Global Bioethics Network* Potter govori u svojoj bioetičkoj oporuci koju je uputio pred samu smrt (6. rujna 2001.) elektroničkom poštom na adrese 38 najbližih suradnika posvećenih promišljanju i popularizaciji njegove globalne bioetike (usp. Van Rensselaer Potter, „Global Bioethics Final Message“, <http://www.mcardle.wisc.edu/faculty/bio/PotterGlobalBioethics.html>).

koliko o jednoj *životnoj mudrosti*⁵⁸ koju, kao osobni *credo*, svatko treba aplicirati u svakodnevnom životu, kao *way of life*. U tom smislu, Potter radije govori o moralnosti negoli o etici, a na kraju knjige *Globalna bioetika* objavljuje „Bioetičko vjerovanje za pojedince“ s nizom uvjerenja i obveza, zapravo niz jednostavno formuliranih instrukcija za ponašanje u svakodnevici s obzirom na zdravlje i okoliš.⁵⁹ Osim toga, iako u knjizi *Globalna bioetika* ističe da globalna bioetika mora biti sekularna bioetika, u svojim daljnjim, osobito zadnjim radovima sve više pažnje poklanja ulozi religije i „religije bazirane na prirodi“ (*nature based religion*). No, koliko god bioetika morala poštovati individualni moralni senzibilitet i „osobne etičke programe“, kao i različite religijske pristupe, te religioznost uopće, ni jedna se etička refleksija ne može zadržati na toj razini. Kako je Hans Jonas ustvrdio:

„Ono što treba biti primjereno temi mora nalikovati *čeliku*, a ne *pamuku*. Pamuka dobre savjesti i besprijeorne namjere (...) u etičkoj refleksiji naših dana već je dovoljno.“⁶⁰

Time Potter čini istu grešku koju čini i veliki broj drugih teoretičara – primjerice, neki od takozvanih dubinskih ekologa – koji iz pustinje redukcionističke prirodne znanosti i tehnologije nastoje pobjeći prečacem, uz pomoć različitih religijskih, sinkretističko-religijskih, kvazi-religijskih i spiritualističkih ideja. Tako, primjerice, Peter J. Whitehouse, Potterov bliski suradnik i nastavljatelj, sugerira proširenje, tj. produbljenje globalne bioetike u *dubinsku bioetiku* koja, prema njegovu mišljenju, u srž bioetike treba unijeti spiritualnu dimenziju, odnosno osjećaj mistične povezanosti s prirodom.⁶¹

Kao *drugi* nedostatak Potterove bioetike navest ću nešto što također načelno nije problematično, ali se s obzirom na razvijanje i konačno uobličenje osnovne ideje pokazuje problematičnim. Riječ je o ključnoj intenciji Potterove bioetike, a to je prevladavanje jaza između prirodnih i duhovnih znanosti, te još važnije, prevladavanje jaza između pitanja ljudskoga zdravlja i pitanja okoliša ili prirode, odnosno između biomedicinskih i ekoloških problema. Potter, sažet i izravan kao i uvijek, kaže:

„Sudbina svijeta počiva na integraciji, očuvanju i širenju znanja koje posjeduje relativno mali broj ljudi koji su tek počeli shvaćati kako je neprimjerena njihova snaga i kako je enormna njihova zadaća.“⁶²

No, *mehaničkom razdvajanju* ovih pitanja i problema, koje obilježava medicinu i prirodne znanosti, Potter se u konačnici suprotstavlja jednim *mehaničkim*

⁵⁸ Iako su takvi stavovi razasuti po čitavoj *Globalnoj bioetici* i drugim Potterovim kasnijim spisima, ilustrativan je naslov jednoga poglavlja iz *Globalne bioetike*: „Od znanja do mudrosti“ (usp. V. R. Potter, *Global Bioethics*, str. 58).

⁵⁹ Usp. *ibid.*, str. 193-195.

⁶⁰ Hans Jonas, *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1984., str. 9-10.

⁶¹ Usp. P. J. Whitehouse, „The Rebirth of Bioethics“, str. 27.

⁶² V. R. Potter, *Bioethics: Bridge to the Future*, str. 2.

spajanjem – primjerice, vlastitog koncepta „osobnog zdravlja“ i Leopoldove „etike zemlje“ – bez dostatnog promišljanja i eksplikacije *integrativnih faktora*.

Moglo bi se čak reći da Potter ne uzima ozbiljno problem interdisciplinarnosti i metodologijska pitanja koja se nameću kada se okupljanje različitih disciplina, znanosti, pristupa itd. jednom postavi kao imperativ (ili barem kao preporuka). U čemu se sastoji ovaj problem, sažeto izriče Daniel Callahan:

„Interdisciplinarnom području ne služi nužno čvrsta, uska metodologija. Njegova je svrha da bude otvoreno za različite perspektive i različite metodologije u različitim disciplinama. Znači li to onda da iako dijelovi mogu biti rigorozni – filozofijski dijelovi, uzeti sami za sebe, ili pravni dijelovi – područje u cjelini može biti osuđeno na rastuću neodređenost, u cjelini nikada tako strogo kao što su njegovi dijelovi? Povremeno je području (bioetici, op. H.J.) upućivana ovakva optužba, pa stručnjacima nije bilo lako pronaći ispravan balans širine, kompleksnosti i analitičke strogosti.“⁶³

Istina, ni Callahan nema čvrstog i definitivnog odgovora na pitanje o bioetičkoj metodologiji, pa skromno zaključuje da bioetika, kao novo područje, „nastoji bolje definirati sebe i rafinirati svoje metode“, ali Callahan, za razliku od Pottera, barem locira i artikulira problem.

Kratkog, jednostavnog i definitivnog odgovora na pitanje o bioetičkoj metodologiji (ili metodologiji bioetike) možda i nema. Ali, barem u perspektivi integrativne bioetike, sasvim je jasno gdje ga treba tražiti. Naime, bioetici je primjerena jedino metodologija koja će jamčiti uspjeh konceptima interdisciplinarnosti, pluriperspektivnosti i integrativnosti. To svakako nije metodologija neke „egzaktne“ znanosti, pa čak niti bilo koje druge posebne znanosti. Bioetici je primjerena jedino *integrativna metodologija*, čije bi razvijanje, prema mišljenju Ante Čovića, moglo „uspostaviti novu paradigmu – treće znanosti“,⁶⁴ za razliku od prve (starinske) znanosti, s integralističkom metodologijom, i druge (novovjekovne) znanosti, s redukcionističkom metodologijom.⁶⁵ U svakom slučaju, u čitavom rasponu rasprave o metodologiji – od uspostave i razvijanja interdisciplinarnog dijaloga o pojedinim etičkim pitanjima do iznalaženja epohalne orijentacije čovječanstva u perspektivi filozofije povijesti – uloga filozofije bit će nezaobilazna.

Već i u prethodno iznesenom, a osobito u ovome što ću iznijeti kao *treći* načelni prigovor Potterovoj bioetici, postaje jasno da je osnovni problem Potterove bioetike nepostojanje čvršće podloge i preciznijeg aparata, koji, smatram, ne mogu biti osigurani bez pomoći filozofije. Jedino se, naime, uz pomoć filozofije može prirediti pojmovni aparat za bioetičku raspravu i jedino filozofija može pružiti konceptualnu podlogu i okvir za tu raspravu, odnosno konceptualizirati i

⁶³ D. Callahan, „Bioethics“, u: W. T. Reich (ur.), *Encyclopedia of Bioethics*, str. 250.

⁶⁴ A. Čović, „Znanje i moralnost“, str. 65.

⁶⁵ Usp. *ibid.*, str. 37-54. – Po Čoviću, „pridjev *integralistički* se odnosi na ono što izražava, odslikava određenu cjelovitost ili iz nje proizlazi, dok inačica *integrativan* označava ono što stvara, održava ili pospješuje neku cjelovitost“ (*ibid.*, str. 38).

realizirati transdisciplinarnost, pluriperspektivnost i integrativnost, uključujući također rješavanje načelnih i pojedinačnih problema kulturnog i etičkog relativizma.

Doduše, filozofija u Potterovim bioetičkim razmatranjima nije ostala nespomenuta. Štoviše, u knjizi *Globalna bioetika* Potter se pozabavio i načelnim etičkim pitanjima i pitanjem ograničenjâ filozofije, dakle i kritikom filozofije,⁶⁶ ali s jedne strane, kritička razmatranja filozofije bazirana su prije svega na sekundarnoj literaturi, a s druge strane, odnose se zapravo samo na anglo-američku filozofiju, onu pragmatističke i utilitarističke provenijencije, iako su formulirana kao kritika filozofije uopće, iz čega se može zaključiti da je euro-kontinentalna filozofijska tradicija Potteru bila posve nepoznata.

Dakako, Potter je kao prakticirajući znanstvenik i liječnik napravio i više nego znatan iskorak iz svojega matičnog disciplinarnog područja, pa bi, s obzirom na to, vjerojatno bilo pretjerano zahtijevati od njega da zadovolji i veliki filozofijsko-bioetički apetit, tim više što je bio vođen namjerama, vizijama i ciljevima, čija je vrijednost neupitna. Ali to ipak nije razlog da se ne upozori na taj nedostatak Potterove koncepcije, osobito zato što on često ne dolazi do očiglednih filozofijskih pitanja, a ako se i probije do njih, onda ih ili olako preskače ili promašuje odgovor.

S druge strane, u integrativnoj bioetici, filozofija i filozofijska etika – ponajprije zbog svojih inherentnih integrativnih značajki – imaju istaknutu ulogu, što nije u suprotnosti s metodološkim načelom transdisciplinarnosti i pluriperspektivnosti.

U tome se integrativna bioetika razlikuje ne samo od Potterove nego i od mnogih drugih bioetičkih koncepcija. Pritom ovo prožimanje bioetike i filozofije, ovo *pofilozofljenje bioetike* ni u kojem slučaju ne znači prisvajanje bioetike od strane filozofije, tretiranje bioetike kao sub-subdiscipline filozofijske etike, od kojega nema nikakve koristi niti filozofija niti bioetika. Intencija pofilozofljenja bioetike u načelu je drugačija od intencije tzv. primijenjene ili praktične etike, koja nastaje i primarno se razvija u horizontu anglo-američke filozofije.

Stoga *pofilozofljenje bioetike* ujedno znači i *europeiziranje bioetike*,⁶⁷ što opet nije u suprotnosti s načelom interkulturalnosti i općenito pluriperspektivnosti. *Europeiziranje bioetike* znači aktiviranje potencijala euro-kontinentalne etičke, odnosno filozofijske misli u bioetičkim okvirima, kako bi bioetika mogla udovoljiti svojoj izvornoj intenciji koja ne može biti ozbiljena isključivo s pomoću onog pristupa koji počiva na problemsko-tematski reduciranom (biomedicinska ili medicinska etika, klinička bioetika) ili disciplinarno-metodologijski reduciranom (praktična ili primijenjena etika) shvaćanju bioetike.

Proces pofilozofljenja bioetike podrazumijeva i nastojanje koje bi se moglo nazvati *bioeticizacijom filozofije*, što znači bioetičko čitanje pojedinih važnih autora i djela euro-kontinentalne filozofijske tradicije u cilju pronalaženja uporišta za uspostavljanje i razvijanje dijaloga između bioetike i filozofije, te

⁶⁶ Usp. npr. V. R. Potter, *Global Bioethics*, str. 80-84.

⁶⁷ Za ovaj programatski pojam valja također zahvaliti Anti Čoviću.

poticajâ za njihovo zajedničko promišljanje bioetičkih problema. U tom smislu, čini mi se da bi, primjerice, aktualiziranje i reinterpretacija Aristotelove trijade znanjâ i znanostî mogli biti od velike koristi u raspravama o načelnim, metodologijskim pitanjima bioetike. Budući da se u Aristotelovoj sistematici ne radi samo o suptilnom diferenciranju problemâ, pristupâ i područjâ nego i o uočavanju te razvijanju imanentnih kohezivnih elemenata, ova bi integrativna trijada, ako ništa drugo, mogla biti jedan od poticaja u potrazi za modelima bioetičke pluriperspektivnosti i integrativnosti. Osim toga, pojedini autori i njihova djela, koji se na prvi pogled čine vrlo udaljenima od predmetnog područja bioetike, primjerenim bi pristupom mogli postati inspirativni sugovornici bioetičarima. Sjajan je primjer za to bioetičko čitanje Kanta kakvo je ponudio Thomas Sören Hoffmann u članku „O Kantovoj aktualnosti za bioetiku“,⁶⁸ a vrlo zanimljivima smatram i radove Michaela E. Zimmermanna, posvećene uspostavljanju veza između dubinske ekologije i Heideggerove filozofije, koji su – iako ne pod imenom bioetike – svakako relevantni za ono što sam ovdje nazvao bioeticizacijom filozofije.⁶⁹

No, da se vratimo Potteru, njegova se globalna bioetika pokazuje manjkavom ponajprije iz perspektive filozofije, odnosno jedne *filozofijski osviještene bioetike*. U tom smislu, moglo bi ju se pokušati korigirati, odnosno dopuniti uz pomoć neke druge razvijene i zaokružene, ali filozofijski artikulirane bioetičke koncepcije. Jedan takav „operativni zahvat“ mogao bi se izvršiti, primjerice, uz pomoć Hansa Jonasa, čija je etika odgovornosti (a jednim dijelom i njegova „filozofijska biologija“) u nekim aspektima kompatibilna s Potterovom globalnom bioetikom.⁷⁰ Navest ćemo, u smislu naznake, samo nekoliko dodirnih točaka: isticanje potrebe za prevladavanjem jaza između prirodnih i duhovnih znanosti (Jonasova „filozofijska biologija“ i Potterova „mostovna bioetika“); program jedne „nove etike“ (Jonasova etika odgovornosti kao etika budućnosti i makroetika za tehnološku civilizaciju, Potterova budućnosno orijentirana globalna bioetika); Jonasov kategorički imperativ preživljavanja čovječanstva i života na Planeti i Potterov imperativ dugoročnog („prihvatljivog“) preživljavanja čovječanstva; usmjeravanje nove (bio)etičke koncepcije prema području političke prakse kod obojice, itd.

Ali ipak, budući da se kod Pottera u ovom aspektu radi, takorekuć, o „sistenskoj pogrešci“, svaki pokušaj takovrsne korekture i rekonstrukcije bio bi

⁶⁸ Usp. Thomas Sören Hoffmann, „Zur Aktualität Kants für die Bioethik“, *Synthesis philosophica*, 39 (1/2005), str. 121–140. – Usp. također već spomenuto bioetičko čitanje Kantove etike kod Heike Baranzke (fusnota 22).

⁶⁹ Usp., među ostalim, Michael E. Zimmerman, „Toward a Heideggerean Ethos for Radical Environmentalism“, *Environmental Ethics*, god. 5, br. 2 (1983), str. 99-131; „Rethinking the Heidegger–Deep Ecology Relationship“, *Environmental Ethics*, god. 15, br. 3 (1993), str. 195-224; „Heidegger and Deep Ecology“, u: *Encyclopedia of Phenomenology*, ur. Lester Embree i dr., Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1997., str. 137-141.

⁷⁰ Jedan takav „operativni zahvat“ izvršio sam u svom (neobjavljenom) referatu „Global Bioethics of the Future. The Possibility of a New Ethics on the Scent of Jonas’ Ethics of the Future and Potter’s Global Bioethics“ (simpozij „Bioetika i znanost u novoj epohi“, u okviru 10. Dana Frane Petrića, Mali Lošinj, 24.-26. rujna 2001.).

suviše opsežan, a na koncu bi nužno rezultirao nečim što više ne bi bila Potterova globalna bioetika.

Budući da je nastanak i razvoj Potterove bioetike najuže povezan s nastankom i razvojem bioetike općenito, su-mišljenje integrativne bioetike i globalne bioetike je i opravdano i poželjno, osobito u fazi u kojoj se bioetika nalazi danas. Kao što kaže već spomenuti Peter J. Whitehouse, oživljavanje izvornih bioetičkih koncepcija moglo bi prevenirati „demenciju bioetike“, koja je obilježena „selektivnom amnezijom“ vezanom uz prošlost i neobaziranjem na pitanja koja su važna za preživljavanje Planete. U podlozi ove demencije, prema Whitehouseu, leži „sindrom neučinkovite nepovezanosti“, tj. „sindrom rascjepkanih ciljeva i vrijednosti“. ⁷¹

Slažući se u načelu s ovom Whitehouseovom tvrdnjom, iz perspektive integrativne bioetike Potterovoj globalnoj bioetici treba priznati neporecive zasluge, ali joj uputiti i ozbiljne kritičke primjedbe, koje sam ovdje nastojao ocrtati. Na temelju toga, može se reći da je ideja jedne integrativne bioetike, po svojim općim polazištima i općim ciljevima, *kompatibilna*, ali ne i *istovjetna* s Potterovom idejom globalne bioetike. To znači da integrativna bioetika nije naprosto novo utjelovljenje globalne bioetike ili novi stupanj u razvoju globalne bioetike Potterova kova. No, ipak, Potterova globalna bioetika integrativnoj bioetici može predstavljati i *uporište* i *poticaj*, odnosno *jedno* od uporišta i *jedan* od poticaja.

⁷¹ Usp. P. J. Whitehouse, „The Rebirth of Bioethics“, str. 30.

TEOLOŠKI UVOD U ETIČKA PITANJA U MEDICINI

Tonči Matulić

Katolički bogoslovni fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Sažetak

Tekst se bavi pitanjima načelne prirode povezanim s mogućim doprinosom teologije u rješavanju etičkih problema u medicini. Podijeljen je u tri glavna dijela. Prvi dio je najopćenitijeg karaktera, a fokusira se na neke važne elemente sustavnog teološkog promišljanja o etičkim pitanjima u medicini. U prvi plan izbija temeljno pitanje o mjestu i ulozi teologije u medicinskoetičkim aktivnostima pod načelnim vidom stanja suvremenoga društva. To je stanje obilježeno dvjema karakteristikama: činjeničnim pluralizmom i odvojenosti religije (Crkve) od države. U tom se kontekstu nameće tolerancija kao angažirano poštivanje drugoga u službi primicanja društvenoga mira. U nastavku se tekst bavi individualizacijom i analizom nekih problemskih aspekata medicine i medicinske prakse u suvremenom dobu. To su potreba za kulturološkom integracijom medicine, zatim za implementacijom holističkog pristupa u medicini, osobito kliničkoj praksi, potom prihvatanja promjena u shvaćanju binoma život-smrt, zdravlje-bolest, tijelo-duh, dijagnoza-terapija, te na kraju zahtjev za prevladavanjem tradicionalnog liječničkog paternalizma u prilog partnerskim odnosima na relaciji liječnik-pacijent. Drugi dio doprinosa je fokusiran na sustavno teološko-etičko promišljanje o etičkim pitanjima u medicini pri čemu se zaustavlja na utvrđivanju načelnog odnosa između pojmova „etično“ i „tehnično“ te „objektivno“ i „subjektivno“ u etici općenito s pogledom na medicinsku etiku posebno. Treći dio donosi neke sadržajne elemente teološko-etičkog doprinosa etičkim pitanjima u medicini, među kojima se posebno ističu tri teološka načela koja sintetiziraju smisao kršćanskog personalizma.

Uvod

Doprinos je naslovljen „teološki uvod u etička pitanja u medicini“. Naslov sugerira općenitost i načelnost u pristupu obradi ove teme. Čitatelj se stoga ne treba nadati nikakvim konkretnim rješenjima određenih moralnih problema u medicini, jer to nije ni tema ovog doprinosa. Opravdano je nadati se načelnim postavkama o mjestu i ulozi teologije u rješavanju etičkih pitanja u medicini. Budući da je nekako uvriježeno mišljenje, barem se tako čini piscu ovog doprinosa, kako teolog ne smije misliti svojom već očito nečijom tuđom glavom, onda to ima dalekosežne negativne posljedice za samu teologiju kao i na njezinu ulogu u društvu. To je razlog zašto se treba direktno pozabaviti pitanjem o mjestu i ulozi teologije u etičkim pitanjima u medicini, a koje je blisko

povezano s pitanjem o ulozi teologije u društvu općenito. Time će se moći indirektno odgovoriti onima koji misle da je teologija zapravo službena ideologija. ili magija. ili čak frenologija, a da je teolog samo glasnogovornik tih „izopačenosti“. Pita se, stoga, o čemu doista mogu dijalogizirati medicina i teologija? Moglo bi se reći o svemu. No, bit će korisno u nastavku naznačiti koja su to posebna područja koja teologiju u susretu s medicinom posebno „golicaju“, a imaju izuzetan etički naboj. Teološko-etičko promišljanje o etičkim pitanjima u medicini svakako je zanimljivo poglavlje u mogućem odnosu između teologije i medicinske etike. No, da bi se izbjegli nesporazumi i nedoumice, teološko-etičko promišljanje se zasniva na nekim važnim distinkcijama sasvim načelne prirode. U doprinosu ćemo se posebno pozabaviti distinkcijama između „etičkog“ i „tehničkog“ te „objektivnog“ i „subjektivnog“ u etici s osvrtom na medicinsku etiku. Ono vlastito i posebno što teologija unosi u rješavanje etičkih pitanja u medicini, bit će izloženo u posljednjem dijelu ovoga doprinosa, a ponajprije se tiče razumijevanja čovjeka kao osobe, iz čega se onda dosljedno izvode svi relevantni kriteriji za konkretno moralno promišljanje, vrednovanje i zaključivanje o etičkim pitanjima u medicini iz teološko-etičke perspektive.

1. Sustavno teološko promišljanje o etičkim pitanjima u medicini

1. 1. *Explicatio terminorum*

Doprinos „teološki uvod u etička pitanja u medicini“ otvaramo sustavno-teološkim promišljanjem koje bi nam, barem u nekim osnovnim crtama, trebalo podastrijeti mjesto, ulogu i važnost teološkog pristupa medicinskoetičkim temama i dilemama općenito, te teološkog pristupa u njihovu rješavanju u kontekstu konkretnoga (bio)etičkog povjerenstva i uopće u kontekstu svakodnevnog obavljanja medicinske prakse. Prije toga je važno odrediti približno značenje samim pojmovima, da se okvirno zna o čemu je riječ, a da bi se izbjegli nepotrebni nesporazumi. „Theologia“ je, kako sam grčki pojam kaže, govor o Bogu. No, to je za ovu temu preopćenito određenje toga pojma, koje više zbunjuje, nego objašnjava samu stvar. Stoga je potrebno dodatno razjašnjenje. U širem smislu „theologia“ može biti filozofski, metafizički, mitološki, prirodno-spoznajni ili himnički tip govora o Bogu. U strogom, užem smislu taj govor je po svojoj biti osobno angažirano slušanje povijesno dogođene objave Božje riječi, te nastojanje oko njezine znanstveno metodičke spoznaje i sustavnog razvijanja spoznajnog predmeta u skladu s formalnim određenjem teologije kao znanosti. Zbog toga se teologiju može shvatiti i kao znanstveno raspravljanje o vjeri, kao vlastitom predmetu istraživanja. Teologija o kojoj govorimo pretpostavlja povijesnu božansku objavu. Ona je ne izmišlja ni u formi događaja ni u formi sadržaja, već je uzima kao svoje neupitno polazište. Kad se kaže da je teologija znanstveno promišljanje o vjeri, onda to ponajprije znači kritičko i dijakritičko promišljanje o vjeri, koje omogućuje da se vjera shvati u onim dimenzijama i sastavnicama u kojima je vjeru moguće shvatiti kao eminentno osobni čin i kao povijesni društveni fenomen. Prema tome, predmet teološkog istraživanja i promišljanja je ponajprije osobna vjera u Boga,

a zatim manifestacije te vjere u povijesnim i društvenim okolnostima. Dakle, ne vjera kao takva, već povijesna vjera, to jest vjera koja se tiče konkretnih ljudi u konkretnim povijesnim i društvenim okolnostima. Vjera (religiozna) je u svojoj biti božanska stvarnost. No, to odmah ne znači da je takvim određenjem vjere čovjeku onemogućen pristup vjeri, već se samo kaže kakva je njezina bit. Sama činjenica da ovdje govorimo o božanskoj vjeri, potvrđuje da je ona itekako i ljudska stvarnost. Upravo zato ona dolazi u dodir s ostalim ljudskim stvarnostima, ako konkretni čovjek, kao bitno jedinstveno biće, osigurava pravo „mjesto“ susretanja različitih stvarnosti. Ovdje nas prije svega zanima vjerska stvarnost u odnosu prema medicinskoj stvarnosti, ali ne prema medicinskoj stvarnosti uopće, već prema etičkim temama i dilemama koje se javljaju kao specifične i vlastite u medicinskoj praksi i liječničkoj profesiji.

Sintagma „etička pitanja u medicini“, prema onome kako pisac ovog doprinosa shvaća tu sintagmu, već sadržava uvjerenje da nije potreban nikakav postupak dokazivanja da u medicinskoj praksi postoje neka otvorena, ozbiljna, zahtjevna i nerijetko veoma teško rješiva etička pitanja, nego polazi od pretpostavke da je to već poznato i dokazano, te da sada treba temeljito ispitati načine, mogućnosti i granice njihova sustavnog rješavanja. Pri tome je u teološkom pristupu ovoj problematici posebno važno voditi računa o odnosu između medicine i teologije na globalnoj razini.

1. 2. *Status quaestionis*

U čemu se sastoji problem? D. Gracia, španjolski bioetičar, u svojim istraživanjima je iznio na vidjelo sud po kojemu tradicionalna medicinska etika nije više prikladna za rješavanja suvremenih medicinskoetičkih problema, i to iz dva razloga. Prvo, tradicionalna medicinska etika nikada nije bila „medicinska“, već je bila čista *asketska* primjena, od strane liječnika, čitavog niza moralnih načela koji su bili elaborirani u okvirima određenoga konfesionalnog morala. Drugo, profesionalna – ovdje liječnička – deontologija nikada nije bila „etika“, već samo *etiketa* u službi očuvanja ostvarene ili još neostvarene slike liječničke profesije.⁷² Gracia je više nego drastičan u svojoj prosudbi. Iz nje bi mogao uslijediti zaključak da tradicionalna medicinska etika uopće nije vršila funkciju koju je imala u prošlosti i koju ima u sadašnjosti. To uopće nije ni bio ni ostao slučaj. Jer, ni Gracia, a ni nitko drugi nije dokazao da su liječnici u prošlosti samo lutali od mila do nedraga, ne znajući kako riješiti goruća etička pitanja prouzročena medicinskom praksom. Isto se može reći za liječničku deontologiju. Naime, ako je ona samo bila i ostala „etiketa“, te nema nikakve veze s etikom, tada je dovedena u pitanje liječnička profesija *tout court*, njezina stručna umijeća, kao i sam ugled i položaj u društvu. Nije ovdje naša zadaća da obavimo apologetski posao u prilog ni tradicionalne medicinske etike u njezinu vršenju zadane funkcije, ni izvrsnosti i položaja liječničke procesije u društvu. Ali nije moguće ne primijetiti da se iza iznesene prosudbe krije, makar tek

⁷² Usp. D. Gracia, „Bioetica clinica“, u: S. Spinsanti (ur.), *Bioetica e antropologia medica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991., str. 44.

podvučeno, sud po kojemu se razlika, i to one fundamentalne prirode, između tzv. tradicionalne medicinske etike i tzv. suvremene medicinske etike temelji upravo na radikalno izmijenjenim odnosima između medicine, medicinske prakse i liječničke profesije, s jedne, te religije, teologije i vjere, s druge strane. Suvišno je ponovno dokazivati ono što je već na više načina i u više navrata dokazano, a to su ponajprije dvije stvari. Prvo, medicinska etika, kao i sama liječnička profesija, posljedično, i čitava medicinska praksa od samih svojih početaka, pri čemu poglavito mislimo na tzv. hipokratovsku tradiciju, pa sve do uspostave moderne medicine, blisko su bile povezane s religijom i vjerskom tradicijom.⁷³ Ta tvrdnja ne vrijedi samo za kršćanstvo, ona vrijedi za sve religije, počevši od tzv. primitivnih do onih tzv. razvijenijih religija.⁷⁴ Drugo, obnova medicinske etike u novim tehno-znanstvenim okolnostima tijekom pedesetih i šezdesetih godina XX. stoljeća, kao i sam nastanak bioetike najviše imaju zahvaliti radu teologa i njihovu neumornom dijalogu s medicinskom praksom i s danostima biomedicinskog progresa općenito.⁷⁵ Kasnije, a vremenski bliže nama danas, stvari su se odvijale ponešto drugačije, no interes teologa i teologije za medicinsku etiku i bioetiku nije se smanjio. Štoviše, taj se interes intenzivirao, no sada u novim okolnostima u kojima se bioetika pretvorila u javnu arenu za pluralističko sučeljavanje moralnih vizija, stavova i rješenja. U tim okolnostima postoje otvoreni glasovi protiv sudjelovanja teologije u javnim bioetičkim i medicinskoetičkim raspravama. Taj problem zaslužuje kratak kritički osvrt.

Izneseno neminovno uvodi u problem smisla i uopće potrebe teologije u kontekstu rješavanja etičkih pitanja nastalih na polju medicinske prakse. B. Mitchell, profesor filozofije religije iz Oxforda, taj je problem ovako formuirao: „Sama tvrdnja da teologija treba vršiti određenu ulogu u bioetici (medicinskoj etici, op. T.M.) vuče za sobom jednu dvojbu. Ili su načela koja se primjenjuju u medicinskoj praksi, ili u biološkim istraživanjima, takva da mogu biti dokazani u očima svake razumne osobe, u kojem slučaju nema nikakve potrebe za prizivom na teologiju; ili religija nudi jednu među inim perspektivama, iz kojih se razmatraju moralne problematike, te nije jasno zašto bi se u jednom „pluralističkom društvu“ takva perspektiva trebala preferirati spram ostalih. Teologija je ili suvišna ili nametljiva“.⁷⁶ Ovo nije Mitchellov zaključak, nego tek

⁷³ Usp. Usp. P. Carrick, *Medical Ethics in the Ancient World*, Georgetown University Press, Washington, D.C. 2001.; usp. S. Hauerwas, „Religione e medicina“, u: G. Russo i sur. *Bioetica fondamentale e generale*, Società Editrice Internazionale, Torino 1995., str. 320-324. Također o tome usp. T. Matulić, *Bioetika*, Glas Koncila, Zagreb 2001., str. 333-350.

⁷⁴ U prilog toj tvrdnji idu svi oni doprinosi, ali nipošto jedini i najvrjedniji, objavljeni u *Encyclopedia of Bioethics* (¹1978., ²1995.), koji sintetički predstavljaju odnos između medicine i medicinske etike te pojedinih religijskih i vjerskih tradicija.

⁷⁵ Usp. A. R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York – Oxford 1998., str. 3-64; usp. L. Walters, „La religione e la rinascita dell'etica medica negli Stati Uniti: 1965-1975“, u: E. E. Shelp (ur.), *Teologia e bioetica. Fondamenti e problemi di frontiera*, Edizioni Dehoniane, Bologna 1989., str. 37-55. Također o tome usp. T. Matulić, *Bioetika*, nav. dj., str. 371-373.

⁷⁶ B. Mitchell, „Il ruolo della teologia nella bioetica“, u: E. E. Shelp (ur.), *Teologia e bioetica...*, nav. dj., str. 129-147, ovdje str. 129.

polazna premisa u promišljanjima o mjestu i ulozi teologije u bioetici, posljedično, medicinskoj etici. U pozadini iznesene premise nalazi se svijest o dvjema neupitnim činjenicama koje obilježavaju suvremena Zapadna demokratska društva. Prvo, ta se društva temelje i razvijaju na ustavom zajamčenoj odvojenosti države od religije (Crkve). Drugo, ta su društva bitno pluralistička, što najprije u negativnom smislu znači da u njima ne može dominirati jedna moralna vizija, pa bila ona teološki utemeljena, nad ostalim moralnim vizijama, ili u pozitivnom smislu da u njima mogu sasvim legitimno koegzistirati različite, čak međusobno suprotstavljene moralne vizije, pa slijedom toga treba biti mjesta i za teološki utemeljenu moralnu viziju. Očito je da se tu radi o svojevrsnoj pomirbenoj dijalektici između činjeničnog vrijednosnog – odnosno svjetonazorskog – pluralizma, s jedne, te pretpostavljene društvene tolerancije, kao preduvjeta za miran i snošljiv suživot, s druge strane.

Ako bi se mjesto i uloga teologije u medicinskoj etici prosuđivali isključivo prema parametrima spomenute pomirbene dijalektike, onda bi svaki namjerni pokušaj isključivanja ili marginaliziranja teologije iz medicinsko-etičkih aktivnosti bio protivan proklamiranom načelu tolerancije. Nekome se, zbog osobnih stavova, uvjerenja ili nečeg trećega, ne mora sviđati da teolog i teologija sudjeluju u medicinskoetičkim aktivnostima, no zbog poštivanja činjeničnog pluralizma ne preostaje drugo nego da se to tolerira. Dakako, ovdje se pod pojmom „tolerancija“ ne misli prvotno – grubo – značenje toga pojma, kao puko podnošenje, odnosno čista pacifistička koegzistencija, već se misli na uznapređovalo značenje, kao angažirano prihvaćanje i poštivanje drugoga koji drugačije misli i/ili vjeruje. U prvom slučaju imamo toleranciju radi izbjegavanja ratnog stanja. U drugom slučaju imamo toleranciju radi unaprjeđenja društvenog mira i suživota među svim ljudima. Razlika među tim značenjima etički je vrlo relevantna. U prvom slučaju slogan „homo homini lupus“ nije prestao vrijediti, već je samo stavljen pod društvenu kontrolu snagom prijetnji sankcijama i kaznama. U drugom slučaju spomenuti slogan prestaje vrijediti, a na snagu stupa svijest o jednakom dostojanstvu svih ljudskih bića bez obzira na njihova osobna uvjerenja i stavove. U prvi plan izbija primat čovjeka ako je čovjek, a ne ako nešto misli i/ili vjeruje. Prema tome, temeljna istina o čovjeku koja se nameće u pluralističkom društvu može se formulirati ovako: svaki čovjek, bilo žena ili muškarac, posjeduje urođeno dostojanstvo koje postulira apsolutnu bezuvjetnost poštivanja i zaštite.

Međutim, time problem mjesta i uloge teologije u medicinskoetičkim aktivnostima nije do kraja riješen, jer postoje stavovi da bioetika, posljedično, suvremena medicinska etika bitno uključuju tzv. otvoreni govor (*lingua franca*), a što religija općenito i teologija posebno ne mogu ostvariti. Razlog za to navodno bi se nalazio u činjenici što svaka vjera i vjerska tradicija nosi sa sobom određenu moralnu viziju, dok bioetika, posljedično, medicinska etika pretendira na status neutralnosti. Međutim, tu se ne bi radilo o neutralnosti kao takvoj, koja je teorijski i praktično nemoguća, nego o neutralnosti bioetike i medicinske etike spram moralne vizije izgrađene na temeljima vjere i vjerske

tradicije.⁷⁷ Taj stav počiva na dvjema temeljnim premisama. Prvo, suvremeno društvo je sekularno i bitno pluralističko. Drugo, teološke i njima vlastite metafizičke premise imaju strogo „privatno“, to jest „osobno“, a ne „javno“ odnosno „društveno“ značenje. Prema tome, sve što se tiče religije, teologije i vjere, a to ponajprije znači što se tiče određene moralne vizije utemeljene u vjeri, spada u sferu privatnosti te kao takvo nema nikakva društvenog značaja. Glede toga valja reći sljedeće. Osobna moralna vizija, a pritom mislimo prije svega na teološki utemeljenu moralnu viziju, nije odvojiva od osobe kao njezine nositeljice. Osobna moralna vizija ne može se skinuti kao što se skida kaput. Osobna moralna vizija bitno određuje osobu, i to ponajprije njezinu unutarnju usmjerenost k dobru. Prema tome, kao što je konkretna osoba i javna i privatna veličina, tako je i njezina moralna vizija i javna i privatna veličina. Spada na odgovornost konkretne osobe određivanje načina kako će ona ostvarivati u svakodnevnom životu svoju temeljnu usmjerenost k dobru. Ali nitko nema pravo, ni država ni politička stranka ni bilo tko drugi, zahtijevati od konkretne osobe da prestane biti usmjerena k dobru, posljedično, da prestane biti dobra osoba na način koji odgovara njezinim temeljnim uvjerenjima i stavovima. Ono što ostaje kao zahtjev jest to da nijedna religija ne smije postati službena državna religija (teokracija), da se Crkva ili Crkve ne smiju miješati u civilno funkcioniranje države i društva, kako je definirano ustavom, te da se teologija ne smije zloupotrijebiti i pretvoriti u nekakvu službenu ideologiju, bilo čiju, kao što je donedavno na ovim prostorima bio slučaj s jednom filozofijom – onom marksističkom. Toliko o odnosu „javnog“ i „privatnog“. Što se tiče mogućnosti da teologija sama razvija jedan tip „otvorenoga govora“, valja reći da ona to stalno čini, jer joj je takav govor imanentan po samoj definiciji. Naime, teologija otvoreno govori o Bogu, bez sustezanja i okolišanja. U odnosu na stvarnost koja je bitno određuje, teologija se neprestano nalazi u stanju otvorenoga govora. Ponekad to ide tako daleko da teologija mora nužno poduzeti samokritiku teološkoga pozitivizma, ne bi li samozatajno priznala vlastita „predmetna“ ograničenja. Kako bilo, „theologia“ je po definiciji *lingua franca*. Sasvim je drugoga reda pitanje o stajalištu iz kojega se upućuju kritike na račun teologije. Ideološka motiviranost takve kritike je gotovo neizbježna. No, u svemu je najvažnije izbjeći opasnost od zamjene teologije s izrečenom ideološkom kritikom *tout court*. Osim toga, vrlo je važno pitanje o tome kako teologija doista vrši svoju kritičku funkciju u društvu? Prigovori na račun toga ponekad su opravdani, a uvijek su dobrodošli.

Iz rečenoga proizlazi da se u prethodnoj kritici uopće ne radi o nekom novom problemu u odnosu na ranije citirani pasus/kritiku iz Mitchella, nego o jednom te istom problemu samo formuliranom na drugačiji način s drugačijim intelektualnim i društvenim pretenzijama. U temelju čas prije spomenute bioetičke i medicinskoetičke neutralnosti stoje dvije osnovne teze. Prva teza tvrdi da je nemoguće racionalno dokazati Božju opstojnost. Druga teza tvrdi da

⁷⁷ Usp. M. Mori, „Sulla natura e sulla storia della bioetica: una replica al Dipartimento di medicina e scienze umane del S. Raffaele“, u: *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, vol. 3 (1994.), br. 2, str. 354-355.

je nemoguće razumski spoznati moralnu normu.⁷⁸ Prva teza, preko eksplicitne afirmacije ateizma, implicitno tvrdi da je teologija suvišna i nepotrebna u javnim bioetičkim i medicinskoetičkim raspravama i aktivnostima. Druga teza, preko eksplicitne afirmacije moralnog ne-kognitivizma i skepticizma, implicitno tvrdi da su teološki utemeljene moralne norme također nemoguće i besmislene. Uz dužno poštovanje i prihvaćanje osobe kao nositeljice izrečenih teza, o njima valja reći sljedeće. U tezi izrečenoj protiv mogućnosti racionalnog dokaza Božje opstojnosti sadržana je već antiteza. Dakle, ako nije moguće racionalno dokazati Božju opstojnost, onda je nije moguće ni racionalno opovrgnuti. Ako bi, ipak, bilo moguće racionalno opovrgnuti Božju opstojnost, onda bi već sam „predmet“ opovrgavanja označio neku pozitivnu stvarnost. Jednako je tako u tezi izrečenoj protiv mogućnosti razumske spoznaje moralne norme sadržana njezina antiteza. Hoćemo li sada uskočiti u *circulus vitiosus* ovih rasprava i doista prepustiti pukom slučaju mogući pozitivni doprinos teologije u rješavanju medicinskoetičkih pitanja? Takav bi potez bio ravan apsurd.

Poštovanom čitatelju/ici može se učiniti da nas je promišljanje o ovoj temi odvelo u neželjene vode. Ipak, valja priznati da logika poštivanja drugih slijedi logiku poštivanja sebe samoga. Upravo poštivanje sebe samoga nalaže da se čovjek oslobodi suvišnih predrasuda. Ovdje se valja osloboditi dviju zakučastih predrasuda. Prva se tiče uzimanja za dokazano ono što uopće nije dokazano. Druga se tiče uzimanja za nedokazano ono što je već odavno, ako ne svima, onda barem mnogima jasno i dokazano. Prema tome, sustavno teološko promišljanje o etičkim pitanjima u medicini, sve i da hoće, ne može zaobići pitanja o mjestu i ulozi teologije u bioetičkom diskursu općenito, s jedne, te medicinsko-etičkim aktivnostima, s druge strane. Pri tome je važno izbjeći stupicu apriornog uzimanja za dokazano ono što uopće nije dokazano, i obrnuto. K tome, ako je izneseno pomoglo da se barem uoči gdje leži problem, poduzeti trud nije uzaludan. U nastavku doprinosa naznačit ćemo neke aspekte ovog problema o kojima teološki pogled na etička pitanja u medicini sustavno vodi računa. Teologija pod povećalo stavlja četiri međusobno povezana aspekta problema definiranog kao „etička pitanja u medicini“: (1) kulturološka integracija medicine; (2) implementacija holističkog pristupa u medicini i medicinskoj praksi; (3) razumijevanje binoma život-smrt, zdravlje-bolest, tijelo-duh, dijagnoza-terapija; (4) prevladavanje jednostranog liječničkog paternalizma u prilog partnerskim odnosima na relaciji liječnik-pacijent. Svaki od navedenih aspekata zaslužuje kraći osvrt da bi se barem na razini intuicije stekao razumski uvid u problem o kojemu govorimo.

⁷⁸ Isto.

1. 3. Medicina i medicinska praksa u optici teologije

Kulturološka integracija medicine. Teologija niti stvarno dovodi u pitanje niti ima namjeru dovoditi u pitanje znanstvenost medicine, kao i njezinu autonomiju u istraživanjima i planiranjima. Medicina je medicina.⁷⁹ No, medicina ima svoju drugu stranu. Osim što počiva na temeljima prirodnoznastvene racionalnosti, njegujući rigoroznu znanstvenu objektivnost i dokazanost, medicina je također humanistička djelatnost. Slijedom toga medicina nameće pitanje o ispodstojećem modelu humanizma. Humanistička perspektiva nije jednoznačna ni u sadržajnom ni u metodološkom smislu. Humanistička perspektiva, stoga, može poprimiti različita praktična značenja i obilježja. U kontekstu govora o potrebi kulturološke integracije medicine valja reći sljedeće. Medicina kao prirodna znanost je univerzalna, s opravdanim pretenzijama na status objektivne znanosti. Medicina kao eminentno humanistička djelatnost, u segmentu kliničke prakse, nije istoznačno univerzalna s prethodnim određenjem medicine kao prirodne znanosti. Istina, međunarodni i nacionalni kodeks(i) medicinske etike i deontologije potvrđuju suprotno, to jest da medicinska klinička praksa treba slijediti općeprihvaćena profesionalno-etička načela za liječničko djelovanje, kao i drugog medicinskog osoblja. No, to je sasvim načelne prirode. U to nisu uključene sve one kulturološke posebnosti sredine u kojoj medicinska praksa živi i djeluje. Primjerice, medicinska znanost u Japanu i Hrvatskoj trebala bi biti jedna te ista medicina. Posljedično, medicinska klinička praksa također bi trebala biti zajednički prepoznatljiva. Sve to nije problematično. Problem se pojavljuje u trenutku gledanja svega toga sa strane pojedinačnog pacijenata i društva u cjelini. U društvu postoje neka dominantna uvjerenja, stavovi, vizije i gledanja na određene stvari. Od toga nije pošteđena ni medicina. I da skratimo. Kulturološki integrirati medicinu znači poraditi na stvaranju koliko je god moguće skladnog odnosa između medicinske prakse, s jedne, te društva i u njemu dominantnih stavova i uvjerenja, s druge strane. Ta tvrdnja ne isključuje prihvatanje postojećih društvenih razlika, nego samo potvrđuje težinu i ozbiljnost takve zadaće. To bi, sasvim konkretno, moglo značiti sljedeće: kako gledati na susret liječnika i pacijenta koji imaju bitno različita gledanja, primjerice, na smrt i život, na zdravlje i bolest, na tijelo i duh? U odgovoru na ovo pitanje nije moguće jednostrano pobjeći u sferu dokazivanja da je medicina objektivna znanost, te da osobna uvjerenja i stavovi u svemu tome nemaju ili ne bi trebali imati nikakvu ulogu. Na taj smo način zapravo došli do opravdanja naše teze. Upravo zato jer osobna uvjerenja i stavovi imaju odlučujuću ulogu u medicinskoj kliničkoj praksi, a o čemu za uzvrat najbolje svjedoči recentno afirmirano načelo za poštivanjem autonomije pacijenta, potrebna je sustavna i planirana kulturološka integracija medicine. U tom kontekstu doprinos teologije nije moguće preskočiti ili zanemariti. Teologija, stoga, nije ni suvišna ni

⁷⁹ U prilog tome mogu biti od koristi iznesena promišljanja na drugom mjestu. Usp. T. Matulić, „Autonomija trajne liječničke izobrazbe u kontekstu sukoba interesa u medicinskoj praksi“, u: I. Bakran – G. Ivanišević (ur.), *Suradnja liječnika i farmaceutske industrije u trajnoj izobrazbi*. Knjiga izlaganja na III. proljetnom bioetičkom simpoziju Hrvatskoga liječničkog zbora održanom u Zagrebu, 06. lipnja 2003., Hrvatski liječnički zbor, Zagreb 2003., str. 16-29, ovdje str. 25-28.

nametljiva. Doprinos teologije je jednostavno nužan. Od svih mogućih – možda loših – rješenja, najgore rješenje bi bilo da se doprinos teologije podcijeni i/ili zanemari.

Implementacija holističkog pristupa u medicini i medicinskoj praksi.

Medicinska znanost dijeli sudbinu ostalih prirodnih znanosti glede sve veće podjele na specijalistička područja istraživanja te sve većeg utjecaja tehnike do granica njihova doslovnog svođenja na tehniku.⁸⁰ I dok je to sasvim razumljivo iz perspektive medicine kao zasnovane prirodne znanosti te njezine rigorozne znanstvene objektivnosti, to postaje problematično iz perspektive medicine kao kliničke djelatnosti. Medicina je ipak usmjerena na prevenciju i liječenje bolesti, kao i na unapređenje profilaktičkih, prognostičkih, dijagnostičkih i terapijskih postupaka i sredstava. Drugim riječima, medicina je usmjerena na stvarne ili potencijalne pacijente, posljedično, usmjerena je na društvo u cjelini. To znači da je usmjerena na sve ljude. Etička relevantnost medicinske kliničke prakse osobito se potencira u trenutku susreta s konkretnom oboljelom osobom. U tom susretu se pojavljuje opasnost na koju medicinska praksa nije imuna. Ta opasnost se sastoji u činjenici da se pacijent u istoj mjeri raspadne na dijelove kao što je, uvjetno govoreći, medicina „raspadnuta“ na grane, discipline i specijalizacije. Opasnost od poistovjećivanja pacijenta s njegovom patologijom *tout court* je realna. To bi onda upozorilo na gubljenje iz vida činjenice da pacijent i njegova patologija nisu jedno te isto. Pragmatički mentalitet, koji nije stran medicini, često se u svojim teorijama zadovoljava parcijalnim spoznajama i neprikladnim slikama. „Stvar možda ne bi bila od većeg značenja kad se u ime tih parcijalnih spoznaja, koje zbog svoje osiromašene jednostavnosti mogu posjedovati privlačnost nečega što je samo po sebi razumljivo, ne bi u tehnološku i tehnokratsku praksu uvlačio i čovjek kao čisti objekt te i on svodio na neke osiromašene sheme. One ga – budući da su često dio nekog manipulativnog procesa – već samim time pretvaraju u neku manipulatornu jedinicu, lišavajući ga temeljnog prava na autentičnu egzistenciju i slobodno djelovanje kao subjekta događaja“⁸¹. Znanstveni trend medicine za rigoroznom objektivizacijom svih postupaka neminovno dovodi do toga da se i čovjek-pacijent počne više shvaćati kao objekt, a sve manje kao subjekt. Stvar postaje još gora kad se čitav čovjek svede na neku osiromašenu znanstveno utemeljenu shemu koja je posve lišena duhovnih, moralnih i emocionalnih implikacija subjekta. Zahtjev za izbjegavanjem takvog srozavanja pacijenta nameće sama medicinska klinička praksa koja pretendira na status humanističke djelatnosti *par excellence*. Takvo srozavanje je moguće izbjeći putem implementacije holističkog pristupa u medicinskoj praksi. Pojednostavljeno govoreći, to bi trebalo imati značenje da liječnik u stvarnosti nikada ne liječi patologiju, već liječi pacijenta kao autentičnu egzistenciju koja

⁸⁰ Usp. W. Heisenberg, *Fizika i filozofija*, (S. Kutleša, preveo), KruZak, Zagreb 1997., str. 158.

⁸¹ V. Bajsić, „Ideološki elementi znanstvenog mišljenja“, u: Isti, *Filozofija i teologija u vremenu*. Članci i rasprave, [S. Kušar (ur.)], Kršćanska sadašnjost, Zagreb 1999., str. 33-46, ovdje str. 35.

ima pravo na status subjekta svih događaja koji ga se tiču.⁸² Teologija gaji osobitu zainteresiranost za čovjeka, kao i za metode i načine pristupa tom čovjeku. Teologija priznaje legitimnost znanstveno-metodičkog redukcionizma medicinske znanosti. Međutim, teologija je preosjetljiva na epistemološki redukcionizam u medicini koji pretendira na status „službene ideologije“ glede shvaćanja čovjeka. Da se razumijemo, teologija nema problema s činjenicom da medicina razrađuje sebi svojstvenu medicinsku antropologiju. No, problem nastaje u trenutku poistovjećivanja medicinske antropologije i antropologije *tout court*. Stoga nema nikakve sumnje da je upravo čovjek kao pacijent autentično „mjesto“ susreta i zapodijevanja partnerskog dijaloga između medicine i teologije.

Razumijevanje binoma život-smrt, zdravlje-bolest, tijelo-duh, dijagnoza-terapija. Predaleko bi odvela sustavna teološka analiza spomenutih binoma. Ono što je važno istaknuti jest činjenica da su se slijedom suvremenog razvoja medicinske znanosti i medicinske prakse, posebno pod vidom njihove hipertehnologizacije i dehumanizacije, dogodili bitni pomaci i „prestrojavanja“ u tumačenju i razumijevanju navedenih binoma u odnosu na ne tako davnu prošlost. Binom život-smrt nameće danas svijest o jedinstvu i međusobnoj upućenosti jednog na drugo. To posebno vrijedi za onaj dio medicinske kliničke prakse koja skrbi za pacijente u terminalnoj fazi života. Tu se pojavljuju ozbiljna medicinsko-etička pitanja o „liječenju koje nema smisla“ te o terapijskom nasilju. Međutim, to još nije kraj problema, nego njegov početak, jer ispod tih pitanja leži jedno daleko složenije i zahtjevnije pitanje o značenju i smislu „biološkog života“ i „osobnog života“ čovjeka kao pacijenta, te pitanje o njihovu međusobnom odnosu. U suvremenoj bioetičkoj literaturi, poglavito neoliberalne inspiracije, već je uvriježen stav da konkretni čovjek može postojati na način radikalne odvojenosti između biološkog i osobnog života. Po tom stavu biološki život čovjeka ima vrijednost samo u odnosu na njegov osobni život. To nije problematično. Problematično je to što se osobni život čovjeka razmatra pod vidom mjerljivih parametara, kao da se tu radi o geometrijskoj, a ne ontološkoj veličini. Takva se „šizoidna“ antropologija onda neminovno proteže i na polje razumijevanja ostalih – spomenutih – binoma. Na kraju se dolazi do nekih problematičnih zaključaka: konkretni čovjek posjeduje tijelo; zdravlje je puka odsutnost bolesti; duh vrijedi samo dok tijelo vrijedi, itd. Nasuprot tome, valja reći da čovjek ne posjeduje tijelo, već on jest tijelo. Tijelo je, osim toga, temeljni komunikacijski medij čovjeka. Nadalje, zdravlje nije puka odsutnost bolesti, niti je bolest puka odsutnost zdravlja. To su, htjeli ne htjeli priznati, dva autentična egzistencijalna stanja čovjeka u kojima on/ona ni jednog trenutka ne prestaje biti čovjek. Ono što se želi time reći jest to da čovjek ne prestaje biti čovjek ni u zdravlju ni u bolesti, a svakom pametnom je jasno što je bolje za čovjeka i njegovo blagostanje. Radikalno suprotstavljanje duhovnog i materijalnog odnosno tjelesnog elementa u čovjeku dovodi do posvemašnjeg raspadanja

⁸² O tome također vidi: usp. T. Matulić, „Prijedlog projekta sveučilišnog Centra za bioetiku. Od pretpostavki do realizacije“, u: *Nova prisutnost. Časopis za intelektualna i duhovna pitanja*, I/1, proljeće-ljeto 2003., str. 171-188, ovdje posebno str. 173-175.

samoga čovjeka na dijelove, o čemu je već dana kratka misaona natuknica u prethodnim promišljanjima. Čovjek, uzet sam za sebe, jedno je nepodijeljeno jedinstvo. Njegova fundamentalna – ontološka – kvaliteta ne ovisi ama baš o ničemu, osim o samoj činjenici da je čovjek. Čovjek je čovjek, bio on zdrav ili bolestan, mlad ili star, bogat ili siromašan, itd. Svaki pokušaj da se čovjeka rasloji vuče za sobom posljedice neprihvatljive degradacije čovjeka. Time se otvara tema ljudskog dostojanstva o kojemu teolog kaže samo jedno: oko poštivanja i zaštite ljudskog dostojanstva nema parničenja. Tu je teologija posebno osjetljiva, te je spremna tu osjetljivost podijeliti s drugima, osobito s medicinskom praksom koja svakodnevno iskušava „granice“ izdržljivosti liječničkog ispravnog ophođenja s čovjekom kao pacijentom i njegovim urođenim dostojanstvom.

Prevladavanje jednostranog liječničkog paternalizma u prilog partnerskim odnosima na relaciji liječnik-pacijent. Prethodna promišljanja su već bacila dosta svjetla na ovu temu. Osim toga, o njoj je posljednjih desetljeća toliko toga napisano, objavljeno i diskutirano, da se čini pomalo depasiranim ponavljati rezultate tih istraživanja i promišljanja.⁸³ Sasvim ukratko se može reći da je jednostranom – dakako onom rigidnom – liječničkom paternalizmu odzvonilo. Otišao je u ropotarnicu povijesti. Time se ne tvrdi niti zagovara ideologija „svezanih ruku“ liječnika u odnosima prema pacijentu. Baš suprotno od toga. Time se samo skreće pozornost na urgentnu potrebu dosljedne provedbe ispravnog re-dimenzioniranja odnosa liječnik-pacijent u novim tehnološkim okolnostima. Taj pothvat ide najprije u prilog liječniku i njegovoj praksi, budući da više nije moguće zatvarati oči pred radikalnim promjenama što su se dogodile u medicini, zdravstvenoj skrbi i društvu u cjelini. Tim promjenama su prethodili određeni povijesni procesi koje valja iščitavati kao naučene lekcije za izbjegavanje starih pogrešaka u sadašnjosti i budućnosti. „Historia magistra vitae est“. Nije moguće tako lako zaboraviti sustavno planirane i provođene zloupotrebe medicinske znanosti i medicinske prakse u čisto ideološke i **anti**-humane svrhe.⁸⁴ Osim toga, postalo je vrlo teško braniti tezu po kojoj je suvremena medicina totalno lišena svih oblika zloupotrebe, u razne svrhe. U međuvremenu su se promijenile samo metode i tehnike njihove realizacije. Postale su suptilnije i sofisticiranije s većom dozom opreza. Nije rijetkost traženje prešutnog konsenzusa za neka medicinska istraživanja. Nasuprot svemu tome dogodila se afirmacija autonomije pacijenta te pratećeg etičkog načela za poštivanjem autonomije pacijenta. Liječnik više nije „bog“. Netko će reći da nikad nije ni bio. To je teologu više nego jasno. No, posrijedi je metafora koja boljem poznavatelju problematike puno toga kaže. Slijedom načela za poštivanjem autonomije pacijenta afirmirala se jedna specijalna vrsta ljudskih prava. To su prava pacijenta. O njima je već puno toga rečeno.⁸⁵ Te su

⁸³ Kratku orijentaciju glede toga usp. T. Matulić, *Bioetika, nav. dj.*, str. 313-318.

⁸⁴ O tome usp. isto, str. 25-36.

⁸⁵ Za orijentaciju usp. T. Matulić, „Od liječničke dobrotvornosti do autonomije pacijenta. O pravima pacijenta općenito i pedijatrijskoj praksi posebno“, u: G. Ivanišević (ur.), *Prava djeteta kao pacijenta*.

činjenice nametnule potrebu redefiniranja klasičnog odnosa liječnik-pacijent. Danas bi se taj odnos trebao temeljiti na partnerskim osnovama. Otvoreni optimizam spram novonastalih okolnosti u odnosima liječnik-pacijent ne želi biti jednostran. Neki problemi su nestali. No, pojavili su se novi. Pedijatrijski, psihijatrijski, onkološki i gerijatrijski pacijenti stavljeni su nezavidan položaj, jer mnogi od njih ne mogu udovoljiti zahtjevima autonomije. Prema tome, umjesto da se upadne u stupicu gledanja na stvari crno-bijelom tehnikom, valja istaknuti da se ovdje uopće ne radi o ostvarenju nekakvog projekta koji bi nekome nanio štetu, u ovom slučaju liječnicima, već o ostvarivanju projekta koji ide za olakšanjem života i rada liječnika i pacijenata na obostranu i uzajamnu korist. To nije moguće previdjeti. To je uostalom jedino važno u čitavom projektu napuštanja tradicionalnog liječničkog paternalizma. Ne traži se da liječnik prestane biti liječnik, da se odrekne svojih znanja, umijeća, društvenog statusa i ugleda, nego se traži da se ispravno valorizira mjesto i uloga pacijenta u čitavom sustavu zdravstvene skrbi. To nikako ne može štetiti liječničkoj profesiji. A teologija sa svoje strane sve to svesrdno prati i podupire nastojeći dati svoj pozitivan doprinos u razvoju situacije nabolje.

2. Sustavno teološko-etičko promišljanje o etičkim pitanjima u medicini

Sveobuhvatno teološko-etičko promišljanje o etičkim pitanjima u medicini i medicinskoj praksi ovdje nije moguće provesti. Polazi se od pretpostavke da ne treba ponavljati sve ono što je već ostvareno na tom planu.⁸⁶ U kontekstu naše teme od presudne je važnosti najprije istaknuti dvije stvari sasvim načelne prirode, a tek onda iznijeti neke konkretne sadržaje. Prva stvar se tiče odnosa između „etičnosti“ i „tehničnosti“ liječničkog djelovanja. Druga stvar se tiče odnosa između „subjektivizma“ i „objektivizma“ u etičkom promišljanju općenito s pogledom na medicinsko-etičke evaluacije.

„**Etično**“ i „**tehnično**“. Da bi se shvatio poželjan odnos među tim pojmovima, obratit ćemo se za pomoć grčkom filozofu Aristotelu. On je u prologu *Nikomahove etike* iznio važnu distinkciju između *téhne* (grč. τέχνη = umijeće, obrt) i *phronesis* (φρόνησις = razboritost, promišljenost). To je zatim detaljno razradio u VI. knjizi istoga djela.⁸⁷ Aristotel je također razlikovao između *poiesis* (grč. ποίησις = proizvodnja, tvorba) i *praxis* (grč. πραξις = čin, djelovanje). Shvatio ih je na način nesvodivosti jedne na drugu, u smislu da bi se stavile u odnos kao što je vrsta u rodu. Razlika počiva u činjenici da proizvodnja (*poiesis*) ima za svoj objekt svrhu koja nije sama proizvodnja (objekt

Knjiga izlaganja na II. proljetnom bioetičkom simpoziju Hrvatskoga liječničkog zbora održanom u Zagrebu, 07. lipnja 2002., Hrvatski liječnički zbor, Zagreb 2002., str. 9-19, ovdje posebno, str. 10-16.

⁸⁶ Izdvajamo nekoliko korisnih bibliografskih jedinica: usp. B. Häring, *Medical Ethics*, St. Pauls, Middlegreen (UK) – Maynooth (IRL) ³1995.; usp. K. Demmer, *Leben in Menschenhand. Grundlagen des bioethischen Gesprächs*, Studien zur theologischen Ethik, Universitätsverlag – Verlag Herder, Freiburg i. Ue.- Freiburg i. Br. 1987.; usp. V. Pozaić, *Čuvari života. Radosti i tjeskobe djelatnika u zdravstvu*, Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove – Centar za bioetiku, Zagreb 1998.

⁸⁷ Usp. Aristotel, *Nikomahova etika*, (T. Ladan, preveo), Globus – Liber, Zagreb 1988., I, 1094a, 4; VI, 1139a-1145a.

proizvodnje kuće nije proizvodna djelatnost, nego sama kuća). Proizvodnja i djelovanje su, stoga, dva različita načina upotrebe praktičnog razuma koji odgovaraju dvjema trajnim i bitno različitim čovjekovim sklonostima. Proizvodnji (*poesis*) odgovara tehnika (*téchne*), dok djelovanju (*praxis*) odgovara razboritost (*phrónesis*). Na taj se način uspostavljaju korelati: proizvodnja-tehnika (*poesis-téchne*); djelovanje-razboritost (*praxis-phrónesis*). Čemu služe te distinkcije? Moderne prirodne znanosti, a među njih svakako spada i medicina, izvršile su snažan utjecaj na razumijevanje ljudskog *djelovanja*, tako da se još i danas propituju unutarnji (moralnost) i vanjski (okolnosti, posljedice) uvjeti toga djelovanja. S punim se pravom i razlogom pitamo „je li sve što je tehnički izvedivo ujedno etički dopustivo?“. „Tehničnost“ omogućava čovjeku da proizvede dobro. To su tzv. „proizvodna dobra“. Čovjek proizvodi proizvode koji su „savršeni“. To se „savršenstvo“ otkriva u činjenici da proizvod *savršeno* služi svrsi radi koje je napravljen (primjerice, kuća *savršeno* služi za stanovanje). Razboritost, kao sposobnost, omogućuje čovjeku da djeluje dobro. Pritom se ne misli na djelovanje u svrhu pravljenja „proizvodnih dobra“, nego na ispunjavanje onih izbora koji su u skladu s duhovnom naravi osobe prepoznatim kao dobro. Prema tome, dobro djelovati izvorno znači ljudski djelovati, a ljudski djelovati sa svoje strane znači razborito djelovati, dok opet razborito djelovanje označava praktično prosuđivanje konkretnih izbora iz perspektive temeljnog zahtjeva onog dobra što izbija iz duhovne naravi osobe kao moralne veličine *par excellence*. Iz svega slijedi da proizvodnja dobara (*poiesis*), ma kako savršenih i svrsishodnih čovjeku, ne isključuje zahtjev za dobrim – to jest moralnim – djelovanjem (*praxis*), a čiji vrijednosni zahtjev izbija iz samoga ljudskog djelovanja. To djelovanje treba biti razborito djelovanje, odnosno ono treba odgovarati na zahtjeve dobrog djelovanja, koje opet sa svoje strane treba biti u skladu sa zahtjevima najvišega dobra. Nesumnjivo da tehnika, kao oblik proizvodnje, predstavlja također oblik ljudskog djelovanja. Tako shvaćena tehnika nipošto ne može umaći etičkom prosuđivanju. Međutim, tzv. *ratio technica* je u medicinskoj praksi učinila svoje, i to potiskivanjem *ratio ethicae* iz etičke prosudbe istraživanja i proizvodnje rezultata tih istraživanja. U prosudbi takvih aktivnosti često se vodi isključivom logikom tehničke učinkovitosti. Drugim riječima, ako je neko medicinsko (liječničko) djelovanje znanstveno utemeljeno, ako još k tome to što je znanstveno utemeljeno obećava u budućnosti određene pozitivne – kliničke – rezultate, tada se uzima, kao sama po sebi razumljiva, etička dopustivost takvog medicinskog djelovanja. Teološko-etičko promišljanje, pak, sa svoje strane polazi od istog načela u prosudbi etičkih pitanja u medicini i medicinskoj praksi, ali ostajući vjerno izvornom smislu spomenutog načela. Dakle, „sve što je tehnički izvedivo nije ujedno etički dopustivo“. U temeljima se nalaze dva druga važna etička načela, koja dodatno ekspliciraju smisao prethodne tvrdnje. Prvo, svrha ljudskog djelovanja nikada, ni pod kojim uvjetima, ne može moralno opravdati primijenjena sredstva za postignuće pretpostavljene svrhe. Drugo, moralna dobrota osobe i ispravnost ljudskog djelovanja nisu jedno te isto. Drugim riječima, teološko-etičko promišljanje ide prije svega za tim da u prosudbi konkretnog liječničkog djelovanja otkrije i pojasni uvjete za ostvarivanje unutarnje morale dobrote, ne zaustavljajući se samo na izvanjskim

parametrima za prosuđivanje (ne)ispravnosti djelovanja. Bilo koja konkretna osoba, pa tako i liječnik, može izvršiti sve što je propisano vanjskim zakonima i pravilnicima, a da ipak ne udovolji zahtjevima moralne dobrote. U suvremenoj znanstveno-tehničkoj civilizaciji prevladava svijest da je moralna dobrota osobe privatna stvar, nešto poput prije spomenute vjere, a da se je za društveno – pluralističko i sekularno – okruženje dovoljno zaustaviti na prosuđivanju (ne)ispravnosti djelovanja. To ne bi bilo problematično kad se takvo prosuđivanje, ne bi na kraju krajeva, totalno svelo na ideologiju zvanu „ono što je u skladu s pozitivnim zakonom“. Tako se događa da su danas liječnici više okrenuti, primjerice, prema Saboru (zakonodavac) i pravnicima (tumači zakona), nego prema vlastitoj medicinskoetičkoj tradiciji, prema svojim profesionalnim etičkim povjerenstvima ili prema profesionalnim etičarima. Istina, sve se to poštuje i podržava, no na kraju zadnju riječ uvijek ima pozitivni zakon. Ne tvrdi se da je to totalno loše. Naprotiv, u pluralističkom društvu nužan je pozitivni zakonski okvir koji sprječava kaos i sukobljavanja u društvu. No, valja imati na umu da etika i pravo nisu jedno te isto, da pozitivni zakon pretpostavlja tek minimum (određenoga) morala, a što uvijek ni ne mora biti slučaj, te da je pozitivna zakonska regulativa samo okvir za općedrušvenu prosudbu nekog djelovanja i ponašanja, a nipošto ne predstavlja, niti osigurava, uvjete za ostvarivanje moralne izvrsnosti osobe. Postavljamo jedno pitanje koje testira logično mišljenje u skladu s iznesenim premisama. Ako bi zakonodavac izglasao zakon kojim se, na primjer, legalizira aktivna eutanazija, bi li to *eo ipso* značilo moralno opravdanje eutanazijskog čina? U odgovoru na to pitanje teološko-etičko promišljanje se bitno razlikuje od svih onih promišljanja koja kažu da su na taj način samo osigurani uvjeti za poštivanje autonomije pojedinca (tj. terminalnog bolesnika) koji ima pravo odlučivati o vlastitoj smrti. Čak ako se takvom objašnjenju ne bi imalo što prigovoriti, a što uopće nije slučaj za teološko-etičku perspektivu, i dalje ostaje nejasno pitanje o kojim bi to medicinskoetičkim uvjetima i kriterijima liječnik trebao, ili smio, sudjelovati u takvoj raboti, samo-opravdavajući se da čini nešto što je u skladu s etičkim zahtjevima liječničke profesije? Jedino što mu preostaje je priziv na pozitivni zakon. No, taj priziv je čisto kozmetičke prirode, jer da bi liječnik djelovao, ono što djeluje trebalo bi također biti u skladu s njegovim unutarnjim moralnim određenjem, odnosno u skladu s njegovom savješću. Liječnik ne djeluje samo u skladu s načelom da je zakonodavac nešto zakonski odredio ili dopustio ili zabranio, nego djeluje također i u skladu s načelom vlastite savjesti s pomoću koje prosuđuje (ne)moralnost određenoga čina što ga dopušta pozitivni zakon. Prema tome, primat moralnog zakona nad bilo kojim pozitivnim zakonom je neupitan. Upitno je ono što se podrazumijeva pod moralnim zakonom. To se pitanje osobito potencira u kontekstu medicinske prakse u kojemu bi postojala svijest po kojoj bi, na primjer, aktivna eutanazija bila moralno prihvatljiva. Kako bilo, još uvijek je teško oteti se dojmu poruke koju šalje klasična medicinskoetička maksima: *Medicus: vir bonus, curandi peritus*.

„Subjektivno“ i „objektivno“. U razmatranju odnosa između subjektivnoga i objektivnoga u etici, polazimo od teze da je problem etike u tome što ona nije ni sasvim subjektivna ni sasvim objektivna. Ta teza nije nikakvo suvremeno iznašasće. Baš suprotno od toga, ta se teza provlači kao karakteristika etike od

njezinih prvih početaka kad je promovirana u filozofsku disciplinu. Da bismo stoga bolje shvatili doprinos teologije u etičkim pitanjima u medicini, a imajući pritom na umu stanje činjeničnog pluralizma u društvu, potrebno je sasvim kratko osvrnuti se na tu karakteristiku etike. Klasična etika, pod čime se misli na etiku aristotelovske inspiracije, razlikovala je dvije razine moralnog promišljanja. Prva razina moralnog promišljanja je spekulativne prirode. Njezina temeljna karakteristika je da se izražava na način davanja univerzalnih i sigurnih tvrdnji. Paradigmatski primjeri za prvu razinu moralnog promišljanja su tvrdnje tzv. prirodnog moralnog zakona. Na primjer, jedno univerzalno i sigurno načelo što ga nalaže prirodni moralni zakon glasi: „dobro treba činiti, a zlo izbjegavati“ (*bonum est faciendum, malum vitandum*). Tom načelu se mogu dodati mnoga druga načela, na primjer „treba živjeti pošteno i čestito“, „ne smije se činiti zlo drugima“, „treba dati svakome što mu pripada“, itd. Pozivanje na načela prirodnog moralnog zakona tijekom povijesti je omogućilo uspostavu jednog posebnog tipa moralne argumentacije nazvanog deontološki. Na ovoj, nazvanoj prvoj razini moralnog promišljanja, to jest argumentiranja, moralna objektivnost je posvemašnja – totalna. Međutim, umjesto ove razine postoji također druga razina moralnog promišljanja koje se zaustavlja na vrednovanju konkretne situacije pod vidom dobra. Klasična – aristotelovska – etika zauzela je stav da se u moralnim vrednovanjima onog posebnog, to jest konkretnog, ne može imati posvemašnja sigurnost. Zbog toga, klasična etika ovu drugu razinu moralnog promišljanja ne smješta u red „znanosti“, u smislu klasičnog pojma *epistémē*, nego je smješta u red „mišljenja“, u smislu klasičnog pojma *dóxa*. Sada je od presudne važnosti shvatiti sljedeće, naime, da bi se dogodio prijelaz iz općenitih, univerzalnih i sigurnih moralnih načela (prirodni morali zakon) na konkretnu, posebnu i nesigurnu moralnu situaciju (konkretna norma djelovanja), zahtijevano je određeno posredovanje. Tu posredničku ulogu ima moralni razum. Drugim riječima, da bi univerzalno moralno načelo „dobro treba činiti, a zlo izbjegavati“ bilo primjenjivo na konkretnu situaciju, potrebno je detaljno proučiti tu konkretnu situaciju pod vidom svih relevantnih sastavnica moralnog čina (motiv i nakana djelatnog subjekta, urgentnost i okolnosti, itd.). Upravo ta činjenica može dovesti do divergentnih mišljenja o konačnom rješenju jedne te iste konkretne situacije. Nema ništa čudnog u tome. Tradicionalna katolička moralna teologija je tijekom više od tri i pol stoljeća, počevši od 1600. godine pa sve do sredine XX. stoljeća, u svojem okrilju njegovala tzv. moralne sustave.⁸⁸ Pod moralnim sustavima se misli na danas već klasične priručnike katoličke moralne teologije koji sadržavaju moralne doktrine različitih teoloških škola o oblikovanju suda savjesti djelatnog subjekta koji se nalazi nasuprot zakonâ koji su objektivno nesigurni. Poruka te moralne tradicije je sljedeća: u procesu oblikovanja konkretnog moralnog suda moguća su različita mišljenja, čak i međusobno suprotstavljena. Da bi se ta mogućnost izbjegla, preostaje kao prikladno sredstvo „vijećanje“, „odlučivanje“ ili „zaključivanje“. Klasična etika je to sredstvo zvala *boúleusis*. Po tome proces

⁸⁸ Sintetičku lekciju o moralnim sustavima vidi: usp. D. Capone, „Sistemi morali“, u: *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, [F. Compagnoni – G. Piana – S. Privitera, (ur.)], Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) ²1990., str. 1246-1253.

odlučivanja predstavlja postupak koji omogućuje da se dođe do mudre i razborite odluke. Klasična etika je to zvala *phrónesis*. Ako se dobro shvati podvučena razboritost (*phrónesis*), tada ona ne sprječava da različite osobe tijekom procesa mudrog i razboritog odlučivanja (*boúleusis*) dođu do različitih zaključaka. U tome se sastoji paradoks. Taj paradoks je bio također prisutan u udžbenicima tradicionalne katoličke moralne teologije. Paradoks se može sastojati u tome da se imaju dva različita mišljenja koja su zastupljena kod podjednakog broja mudrih i razboritih osoba. Takvo stanje moralnog paradoksa je tradicionalna katolička morala teologija zvala „ekviprobabilizam“. Nadalje, paradoks se može sastojati u tome da je broj mudrih i razboritih osoba koje slijede neko mišljenje veći od broja osoba koje slijede tome suprotno mišljenje. Takvo stanje se zvalo „probabiliorizam“ zbog jednog vjerojatnijeg mišljenja od drugog koje je samo vjerojatno mišljenje. Konačno, paradoks se može sastojati u tome da je određeno mišljenje iznimno vjerojatno, a njemu suprotno mišljenje vrlo malo vjerojatno. Prvo stanje se zvalo „tuciorizam“, a drugo „laksizam“. Ovo objašnjenje nema samome sebi svrhu. Ono služi da bi se shvatio temelj u kojemu je ležalo načelo po kojemu u sferi konkretnih moralnih sudova nisu mogući sudovi koji bi u sebi sadržavali karakteristiku apsolutne sigurnosti. Da je inače drugačije od toga, doista bi bilo teško shvatiti stvarno ili moguće postojanje suprotstavljenih mišljenja, kao i činjenicu da je tradicionalna katolička moralna teologija o svemu tome pedantno vodila računa. Moralno odlučivanje je potrebno da bi se došlo do koliko je god moguće zajednički podijeljenog zaključka. Osim toga, poželjna je i konfrontacija mišljenja, jer u protivnom čovjek nikada ne bi znao je li njegovo mišljenje izrazito vjerojatno, vjerojatnije, samo vjerojatno i malo vjerojatno. Važnost bolničkih etičkih povjerenstava, kao i etičkih povjerenstava za pred-klinička i klinička (ne)terapijska istraživanja, sastoji se upravo u tome da se različita mišljenja konfrontiraju, ali ne radi puke i sterilne konfrontacije, nego radi toga da bi proces odlučivanja bio doista odraz mudrih i razboritih osoba kojima je stalo da dođu do što je moguće kvalitetnijeg i zajednički podijeljenog zaključka. Pri tome nije moguće izbjeći subjektivnu komponentu etike. No, subjektivna komponenta nije ni jedina ni odlučujuća komponenta etike. Subjektivnu komponentu valja dovesti u vezu s objektivnom komponentom etike. U prilog tome može se reći da je Kodeks medicinske etike i deontologije objektivna komponenta profesionalne liječničke etike, dok je savjest pojedinog liječnika subjektivna komponenta. Iz toga slijedi jedan važan zaključak: liječnik ne smije djelovati samovoljno, pozivajući se na svoju savjest. Treba nastojati oko usklađivanja svoje osobne savjesti s temeljnim etičkim načelima sadržanim u Kodeksu medicinske etike. „Usklađivanje“ je nužno i neminovno budući da propisana načela tek treba primijeniti u kliničkoj praksi. Za taj je posao potreban proces odlučivanja. Moralni razum, shvaćen kao posrednik između univerzalno važećih etičkih načela, s jedne, te konkretne situacije, s druge strane, igra odlučujuću ulogu u tom procesu odlučivanja. Ako je odlučivanje povjereno radu etičkog povjerenstva zdravstvenoga tipa, tada ista pravila vrijede za njega. Etičko povjerenstvo, međutim, nije mjesto za neograničene teorijske i često sterilne akademske rasprave o biti i podrijetlu morala te o univerzalno važećim moralnim načelima. Etičko povjerenstvo je mjesto za rješavanje konkretnih

moralnih problema s kojima se svakodnevno susreću liječnici u obavljanju medicinske kliničke prakse ili znanstvenih istraživanja. U svemu je važno voditi računa da se praktična strana rada etičkog povjerenstva ne otrgne ispod kontrole etičkih načela, pod izlikom da etička načela spadaju u sferu spekulativnoga uma, dok se ono zanima samo za praktični um. To bi označilo kraj etike, jer etika nema samo objektivnu ili samo subjektivnu komponentu, već posjeduje obadvije zajedno i nerazdvojivo. Iznesena zapažanja su sasvim načelne prirode. Ona ne osiguravaju nikakve kriterije za rješavanje konkretnih moralnih problema, već samo skreću pozornost na neke važne elemente iz moralnog promišljanja i zaključivanja. Za teološko-etičko promišljanje o etičkim pitanjima u medicini od presudne važnosti ostaju dva međusobno povezana pravila. Prvo, etika se sastoji od dvaju bitnih dijelova, to jest od spekulativnog i praktičnog. Etičko promišljanje treba pomno voditi računa o objektivnom i subjektivnom etičkom elementu u svrhu izbjegavanja jednostranog objektivizma (teorijska etika lišena praktične relevantnosti), s jedne, te jednostranog subjektivizma (praktična etika lišena teorijske utemeljenosti), s druge strane.

3. Sadržajno teološko-etičko promišljanje o etičkim pitanjima u medicini

Na red dolaze konkretna promišljanja o sadržaju što ga teologija unosi u dijalog s medicinom i medicinskom etikom. Teologija prihvaća koliko je rečeno u prethodnom paragrafu. Izneseno joj predstavlja svojevrzni, makar tek djelomično obrađeni, načelni okvir za dijalog s medicinom i medicinskom etikom pod etičkim vidom. Čitatelj će primijetiti da se tu ne radi o strogo teološkim, već više o racionalnim izvodima. Primjedba je na mjestu. Opravdanje toga se sastoji u tome što teologija nije ni magija ni frenologija, nego znanstveno-metodičko promišljanje o svojem predmetu – vjeri. Da bi se ostvario prelazak iz vjerskih načela (vjerske istine) u etička načela (etičke istine), potrebna je posrednička uloga vjerskoga razuma (*intellectus fidei*). Osim toga, uloga razuma se kudikamo snažnije potencira u procesu prelaska iz etičkih načela (etičke istine – „moralni zakon“) u konkretne norme djelovanja i ponašanja (moralne norme – npr. „kodeks“). Vjerskim istinama se bavi dogmatika. Etičkim istinama se bavi moralna teologija. Među njima postoji unutarnja povezanost i međuovisnost. Iz te unutarnje povezanosti izvode se neka teološka načela relevantna za našu temu.

Prvo teološko načelo glasi: čovjek je slika Božja. To načelo se može konkretno eksplicirati idejom primata čovjeka kao osobe u kontekstu medicinsko-kliničkih djelatnosti. Čovjek kao pacijent je osoba. To konkretno znači da ljudska osoba, kao ontološka i moralna veličina, predstavlja jedinstvenu *punctum referentiae* u svim etičkim i moralnim promišljanjima iz teološke perspektive. Najbolji pojam za eksplikaciju dubine smisla i značenja ljudske osobe je dostojanstvo. Dostojanstvo ljudske osobe je urođeno. I neka ljudska prava su urođena, poput prava na život. Ljudska prava su dodatna eksplikacija temeljne relevantnosti ljudskog dostojanstva u suvremenoj kulturi. Dostojanstvo se, dakle, niti stječe niti gubi. Ono je apsolutno i kao takvo nepovredivo. Povredama tog dostojanstva slijede sankcije. Priroda sankcija ovisi o stupnju i težini nanесene

povrede. Teologija te spoznaje crpi iz vrela božanske objave koja otkriva mjesto i uloga čovjeka, svakog konkretnog čovjeka, u Božjem naumu spasenja svijeta i čovječanstva. Taj je naum definitivno razotkriven u događaju Isusa Krista. Isus Krist je otkrio vrijednost čovjeka čovjeku samome, potvrđujući da je čovjek, ama baš svaki čovjek, najprije miljenik Božji. Odatle zahtjev da se dostojanstvo ljudske osobe, bila ona zdrava ili bolesna, poštuje apsolutno i bezuvjetno. To je izvorna apsolutna bezuvjetnost što je teologija unosi u dijalog s medicinom i medicinskom praksom. Povreda te apsolutne bezuvjetnosti označava uvredu nanesenu samome Bogu. Medicinskoetičko načelo *poštivanja autonomije* pacijenta smisleno se podudara s teološkim načelom čovjekove bogosličnosti.

Drugo teološko načelo izvodi se iz unutarnje povezanosti dogmatike i moralne teologije: ljudski život nije apsolutna, već fundamentalna vrijednost. To konkretno povlači za sobom potrebu diferenciranog pristupa konkretnom čovjeku općenito, a posebno konkretnom čovjeku kao pacijentu u medicinsko-kliničkom okruženju. Liječnik smije zahvaćati u ljudski život, odnosno u psiho-fizičke sfere ljudskog organizma. Opravdanje za to leži u činjenici što ljudski život, življen u granicama i mogućnostima biološkog organizma, nije apsolutno trajna i nepropadljiva veličina. To je vlastitost čovjeka kao osobe, a ne čovjeka ako postoji u „ovom“ biološkom organizmu. Međutim, u konkretnoj osobi između njezina osobnog identiteta i njezina biološkog organizma ne postoji nikakva suprotstavljenost i isključivost, nego uzajamnost i intimna povezanost. Konkretna ljudska osoba nije duh ili anđeo, već tjelesno stvorenje sa svojim vlastitostima. Stoga, liječnik koji zahvaća u psiho-fizičku sferu ljudskog organizma uvijek zahvaća u ljudsku osobu. Ljudska osoba, ovdje shvaćena kao konkretni pacijent sa svojim urođenim dostojanstvom i pravima, ostaje temeljni kriterij i jedinstvena *punctum referentiae* za etičku ili moralnu prosudbu liječničkog zahvata u njegovu psiho-fizičku sferu. U prvi plan opet izbija primat pacijenta kao osobe u medicinsko-kliničkom okruženju. Medicinsko-etičko načelo *neškodljivosti* (*primum non nocere*) smisleno se podudara s teološkim načelom vrijednosti ljudskog psiho-fizičkog života.

Treće je teološko načelo: ljudski život je svet. To načelo dodatno učvršćuje prethodno načelo. Ono ističe vrijednost ljudskog života kao življene stvarnosti, od začeca pa do prirodne smrti, u odnosu na sam izvor cjelokupnog života – Boga. Teologija iz vrela božanske objave izvodi istinu da je Bog tvorac svega života općenito i svakog ljudskog života posebno. Zbog toga sav život u prirodi ima sebi svojestvenu vrijednost i svetost. Ljudski život, pak, je svet na poseban način. Nije svet samo zato što mu je izvor života Svet, nego zato što utjelovljuje sposobnost za osobnu svetost. Teološki gledano, gospodstvo nad ljudskim životom i smrću pripada samo Bogu u apsolutnom i jednoznačnom smislu. Bog daje život i oduzima ga. Ljudski život je stoga Božji dar čovjeku. Međutim, čovjek u svemu tome nije pasivni promatrač. Bog je povjerio čovjekovoj odgovornosti njegov život, život drugih ljudi i život svih stvorenja na Zemlji. Čovjek stoga treba mudro i razborito upravljati svojim i tuđim životima. Nije moguće ne uočiti u tome afirmaciju ljudske autonomije i slobode. Upravo se na tim vjerskim spoznajama temelji zahtjev teologije da pridonesu razvoju i

usavršavanju liječničke mudrosti i razboritosti glede načina i mogućnosti ophođenja s ljudima kao pacijentima, ali i ophođenja sa životima životinja u istraživačkim ustanovama. Medicinskoetičko načelo *dobročinstva* (*salus aegroti suprema lex*) smisleno se podudara s teološkim načelom svetosti života.

Time naravno ne završava teološka „priča“ o svemu što teologija može pridonijeti i stvarno pridonosi u prepoznavanju, rasvjetljavanju i rješavanju etičkih pitanja u medicini. Iznescena tri teološka načela konkretan su vrijednosni supstrat što ga teologija unosi u partnerski dijalog s medicinom i medicinskom etikom. No, kao što je ranije rečeno da se etika općenito dijeli na spekulativnu i praktičnu, pri čemu spekulativna razrađuje univerzalna i sigurna načela, a praktična istražuje konkretne norme ponašanja i djelovanja, tako valja reći da tri iznesena načela predstavljaju ono što teologija smatra univerzalnim i sigurnim ili, drugim riječima, istinom o čovjeku i to istinom o svakom čovjeku ako je čovjek, dakle bez obzira na razlike među konkretnim ljudskim bićima. Teologija je stoga angažirana oko promicanja dobrobiti svih ljudi. No, opisana tri načela, kako sama riječ kaže, načelne su prirode te zahtijevaju praktičnu primjenu da bi se ono što je u načelu sadržano kao univerzalno pretočilo u praktičnu normu kao partikularno i konkretno. Za to je potrebna, rečeno je, posrednička uloga razuma. Teologija također poznaje koncept moralnoga razuma čija je zadaća posredovanje između univerzalnoga (općenitoga) i partikularnoga (konkretnoga) ili, kako je naznačeno, između objektivnoga i subjektivnoga. Međutim, da bi u tom pothvatu moralni razum zadržao teološko obilježje, treba ostati otvoren transcendentnoj vjeri kao formalnom vidu pod kojim izvodi svoja promišljanja, vrednovanja i zaključivanja. Time, ipak, ne prestaje biti razum, već samo biva prosvijetljen vjerom.

KONVENCIJA O LJUDSKIM PRAVIMA I BIOMEDICINI I NJEZIN UTJECAJ NA HRVATSKO ZAKONODAVSTVO

Dubravka Šimonović

Ministarstvo vanjskih poslova Republike Hrvatske

Polazeći od načela utvrđenih Općom deklaracijom o ljudskim pravima UN iz 1948. godine te ostalih globalnih i regionalnih međunarodnih ugovora na području ljudskih prava, Vijeće Europe usvojilo je Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini na Konferenciji u Oviedu, 4. travnja 1997. godine. Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini ili Konvencija Oviedo prvi je međunarodni ugovor koji uređuje zaštitu ljudskih prava u pogledu primjene biologije i medicine.

Ideja za izradu ove konvencije potječe od Chaterine Lalumiere, tadašnje Glavne tajnice Vijeća Europe, ona je tu zamisao iznijela 1990. godine na konferenciji ministara pravosuđa. Odbor ministara je odlučio da se pristupi izradi konvencije te je zadužio Odbor za bioetiku (CDBI) da izradi „*okvirnu konvenciju koja će sadržavati zajedničke opće standarde zaštite ljudske osobe u kontekstu biomedicinske znanosti.*“ Predviđeno je da njezini posebni protokoli podrobnije urede pojedina područja. Odbor za bioetiku izradio je prvi nacrt Konvencije 1994. godine, a u njemu je upotrijebljen skraćeni naziv *Konvencija o bioetici*. U konačnom nacrtu iz 1996. godine on je izmijenjen u *Konvencija o biomedicini*. Nacrt konvencije usvojio je Odbor ministara Vijeća Europe 19. studenog 1996. te je ona otvorena za potpisivanje u Oviedu u Španjolskoj 4. travnja 1997. godine. Stupila je na snagu 1. prosinca 1999. godine, a do listopada 2009. godine Konvenciju je potpisalo 34, a ratificiralo 23 države članice Vijeća Europe.

Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini sadržava osnovna načela zaštite ljudskih prava ljudskoga bića na području biologije i medicine, a detaljniju razradu pojedinih područja uređuju njezini dodatni protokoli. Dosad je Konvencija sadržajno dopunjena:

- Dodatnim protokolom o zabrani kloniranja ljudskih bića, otvorenog za potpisivanje u Parizu 12. siječnja 1998. godine, a na snagu je stupio nakon pet ratifikacija 1. ožujka 2001. godine, te
- Dodatnim protokolom o presađivanju organa i tkiva ljudskog porijekla koji je otvoren za potpisivanje 24. siječnja 2002. godine u Strasbourgu, a stupio je na snagu 1. svibnja 2006. godine;
- Dodatnim protokolom o biomedicinskim istraživanjima koji je stupio na snagu 1. rujna 2007. godine;

- Dodatnim protokolom o genetskim testovima koji je otvoren za potpisivanje 27. studenog 2008.

Republika Hrvatska od 1995. godine sudjeluje u radu Upravnog Odbora za bioetiku (Steering Committee on Bioethics - CDBI) Vijeća Europe kao promatrač. Republika Hrvatska primljena je u Vijeće Europe 6. studenog 1996. godine, te otada pristupanjem europskim konvencijama koje je izradila ta organizacija, usklađuje svoje zakonodavstvo s europskim pravnim standardima. Republika Hrvatska potpisala je u Budimpešti 7. svibnja 1999. godine Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i biomedicini te Dodatni protokol uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine o zabrani kloniranja ljudskih bića.

Hrvatski sabor je potvrdio Konvenciju o ljudskim pravima i biomedicini, Dodatni protokol o zabrani kloniranja ljudskih bića i Dodatni protokol u vezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla 14. srpnja 2003. godine (1). Oni su stupili na snagu za Republiku Hrvatsku tri mjeseca nakon predaje isprave o ratifikaciji Glavnom tajniku Vijeća Europe. Bitno je istaknuti da, prema članku 140. Ustava Republike Hrvatske (2), međunarodni ugovori koji su sklopljeni i potvrđeni u skladu s Ustavom i objavljeni, a koji su na snazi, čine dio unutarnjeg pravnog poretka Republike Hrvatske, a po pravnoj su snazi iznad zakona. Određenje da oni čine dio unutarnjeg pravnog poretka Republike Hrvatske te da su po pravnoj su snazi iznad zakona, znači da se mogu direktno primjenjivati te da zakoni na području ljudskih prava trebaju biti sukladni s ratificiranim međunarodnim ugovorima na području ljudskih prava, odnosno Konvencijom o ljudskim pravima i biomedicini i dodatnim protokolima. Također je pritom važno istaknuti da sudovi u Republici Hrvatskoj prigodom donošenja presuda koje se tiču zaštite ljudskih prava pojedinca, direktno primjenjuju međunarodne konvencije. Tako u članku 5. Zakona o sudovima stoji sljedeće:

„(1) Sudovi sude na osnovi Ustava i zakona.

(2) Sudovi sude i na osnovi međunarodnih ugovora, koji su dio pravnog poretka Republike Hrvatske

(3) Sudovi primjenjuju i druge propise koji su donijeti sukladno Ustavu, međunarodnom ugovoru ili zakonu Republike Hrvatske“ (3).

Republika Hrvatska iskoristila je mogućnost sukladno članku 36. Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, te ostavila rezervu kojom je isključila ograničenja sadržana u članku 20. stavku 2. podstavku ii Konvencije, uz objašnjenje da navedena odredba nije u skladu važećim zakonom Republike Hrvatske, odnosno Zakonom o uvjetima za uzimanje i presađivanje dijelova ljudskog tijela (Narodne novine 53/91.). Naime odredbom 20. stavkom 2. podstavkom ii. Konvencije, iznimno se omogućuje odstranjivanje regenerativnog tkiva s osobe koja nije sposobna dati pristanak, samo ako nema na raspolaganju kompatibilnog davatelja sposobnog dati pristanak, a primatelj je brat ili sestra davatelja. Iskazanom rezervom u Republici Hrvatskoj je dopušteno odstranjivanje regenerativnog tkiva, npr. koštane srži, od maloljetne osobe u korist roditelja (4).

Svaka stranka Konvencije preuzela je obvezu poduzeti prikladne mjere u svojem unutarnjem zakonodavstvu kako bi provela odredbe Konvencije. Nacionalni zakoni moraju biti usklađeni s Konvencijom. Stoga od dana kad je Hrvatska ratificirala ovu Konvenciju naši zakoni moraju biti usklađeni s odredbama konvencije, a ako to nije slučaj ili nekog propisa nema, onda bi se Konvencija trebala primjenjivati direktno, naravno u mjeri u kojoj je to moguće s obzirom na karakter norme koju treba primijeniti. Konvencija Oviedo kodificira temeljna načela zaštite ljudskih prava u pogledu primjene biologije i medicine na ljudska bića. U Konvenciji se rabi termin „ljudsko biće“ kako bi se osigurao njezin što širi obuhvat, ali ona ne definira pojam ljudskog bića, već to prepušta nacionalnim zakonodavstvima. Na nacionalnim je zakonodavstvima da definiraju trenutak početka života, ali i početak njegove pravne zaštite.⁸⁹

Načela sadržana u konvenciji su:

- Zaštita digniteta i identiteta ljudskog bića;
- Nediskriminacija u zaštiti ljudskih prava u primjeni biologije i medicine;
- Nediskriminacija na osnovi genetskog naslijeđa;
- Interes i dobrobiti ljudskog bića imaju prednost pred znanošću
- Pravičan pristup zdravstvenoj zaštiti.

Konvencija uvodi opću zabranu diskriminacije u pogledu zaštite ljudskih prava u vezi primjene biologije i medicine, ali i novi temelj za zabranu diskriminacije te zabranjuje sve oblike diskriminacije neke osobe temeljem njezina genetskog naslijeđa. Ona donosi i ograničenja u pogledu genetskih testova na ljudskim bićima, tako da ograničava genetske testove samo na one koji pretkazuju genetske bolesti ili služe za identifikaciju ispitanika kao nositelja gena odgovornog za bolest, dok se zahvat na ljudskom genomu može poduzeti samo ako je usmjeren preinaci ljudskoga genoma određene osobe za preventivne, dijagnostičke ili terapijske svrhe, i samo ako mu cilj nije uvođenje bilo kakvih preinaka u genomu bilo kojeg potomka.

Konvencija daje i neke načelne odredbe relevantne za posebna područja, kao što je to, primjerice, medicinski pomognuta oplodnja, te određuje da nije dopuštena primjena postupaka medicinski pomognute oplodnje u svrhu odabira spola budućeg djeteta, osim za izbjegavanje ozbiljne nasljedne bolesti vezane uz spol.

Zbog straha od mogućih zloupotreba pri namjernom mijenjanju ljudskoga genoma (stvaranje ljudi s određenim karakteristikama i kvalitetama), Konvencija u čl. 13. dopušta poduzimanje intervencija koje teže promjeni ljudskoga genoma samo u preventivne, dijagnostičke i terapijske svrhe, i to

⁸⁹ Naš zakonodavac nigdje ne definira trenutak početka života, ali započeti život štiti od protupravnog prekida trudnoće, a ne štiti ga od dopuštenog prekida trudnoće do desetog tjedna od začeća.

ako cilj tih intervencija nije uvođenje promjena u genom potomaka.⁹⁰ Ovaj članak Konvencije zabranjuje trajne promjene u genomu potomaka te se može smatrati da time posredno zabranjuje reproduktivno kloniranje jer bi ono u ljudi značilo i trajnu promjenu u genomu potomaka u odnosu na prirodnu prokreaciju.

Članak 18. o *istraživanju na zametcima in vitro* sadržava odredbu kojom se zabranjuje stvaranje ljudskih zametaka u istraživačke svrhe. Ova odredba isključuje stvaranje zametaka za terapijsko kloniranje. Stavak 1. ovoga članka obvezuje države stranke koje su ratificirale Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i biomedicini i koje dopuštaju istraživanje na zametcima *in vitro*, da osiguraju njihovu primjerenu zaštitu. Drugi stavak zabranjuje stvaranje ljudskih zametaka u istraživačke svrhe, čime se države stranke obvezuju pridržavati zabrane stvaranja zametaka *in vitro* radi istraživanja na njima. Navedeno znači da se u tim državama eventualno istraživanje na zametcima *in vitro* može provoditi samo na „višku“ zametaka koji nisu stvoreni za istraživanje već, primjerice, za prokreaciju para primjenom postupaka medicinski pomognute oplodnje koja je poslije napuštena. U takvim okolnostima države stranke obvezne su osigurati "adekvatnu" zaštitu takvih zametaka prema prvome stavku ovoga članka. Konvencija ne određuje što znači standard "adekvatna zaštita" nego je to prepušteno nacionalnim zakonodavstvima. Primjerice adekvatna zaštita može uključivati prethodno pribavljanje informiranog pisanog pristanka od osoba od kojih zametak potječe kako bi se izbjegla njihova neovlaštena uporaba. Isto tako, moguće je ograničiti takva istraživanja određenjem za koju se svrhu ona mogu provoditi ili pak izdavanjem posebnih dozvola za istraživanje ili pak zahtjevom da očekivani rezultat mora biti od medicinske važnosti.

Upravo stoga što Konvencija o zaštiti ljudskih prava i biomedicini ne sadržava izričitu odredbu o kloniranju, ona je 1998. godine dopunjena Dodatnim protokolom o zabrani kloniranja ljudskih bića, koji je stupio na snagu nakon pet ratifikacija 1. ožujka 2001. godine. Ovaj Protokol temelji se na odredbama članka 1., 13. i 18. Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini i zajedno s njima tvori temelj za daljnji razvoj medicine i biologije u ovom području.

Prigodom stvaranja propisa glede kloniranja valja razlikovati tri situacije: a) kloniranje stanica kao tehnika – smatra se svuda u svijetu tehnički prihvatljivim, b) uporaba stanica zametka u svrhu kloniranja – prihvatljivost ovog valjalo bi regulirati u posebnom Protokolu koji bi se odnosio na zaštitu zametka i c) kloniranje ljudskih bića primjenom tehnike podjele zametka (*embryo splitting*) ili transferom jezgre (*nuclear transfer*). Na ovu treću situaciju odnosi se sadržaj Protokola o zabrani kloniranja ljudskih bića.

Dodatni Protokol o zabrani kloniranja ljudskih bića sadržava izričitu odredbu kojom se zabranjuje „svaki postupak namijenjen stvaranju ljudskog bića

⁹⁰ Čl. 13. glasi - *Zahvati na ljudskom genomu: "Zahvat usmjeren preinaci ljudskog genoma može se poduzeti samo za preventivne, dijagnostičke ili terapijske svrhe, i samo ako mu cilj nije uvođenje bilo kakvih preinaka u genomu bilo kojeg potomka."*

genetski istovjetnog drugom ljudskom biću, bilo živom ili mrtvom". Potom se objašnjava da "*termin ljudsko biće „genetski istovjetno" drugom ljudskom biću znači ljudsko biće koje s drugim dijeli istu gensku jezgru*" (čl. 1.). Formulacija ove zabrane je takva da ona uključuje zabranu reproduktivnog kloniranja „ljudskog bića", genetski identičnog drugom ljudskom biću bilo živom bilo mrtvom, i to ili tehnikom podjele zigote (*embryo splitting*) ili pak transferom jezgre (*nuclear transfer*). U pogledu terapijskog kloniranja doseg ove odredbe pak ovisi o interpretaciji termina „ljudsko biće" na nacionalnoj razini. Ovaj protokol ne zabranjuje primjenu tehnike kloniranja u staničnoj biologiji i nema namjeru diskriminirati prirodne jednojajčane blizance.

Nakon ratifikacije Konvencije iz Ovieda i njezinih dodatnih protokola usvojen je niz zakona u Republici Hrvatskoj koji su u svoje odredbe nastojali uključiti odredbe iz Konvencije. U nekim slučajevima zakoni su doslovno u svoj tekst inkorporirali odredbe Konvencije, a u drugima se nastojalo prenijeti duh Konvencije.

Utjecaj Konvencije iz Ovieda očit je i u hrvatskom zakonodavstvu koje se tiče pitanja ljudskih prava općenito. Zakon o suzbijanju diskriminacije (10), koji je na snagu stupio 1. siječnja 2009. godine, izričito zabranjuje diskriminaciju ljudskih bića na osnovi njihova genetičkog naslijeđa.

U Kaznenom zakonu iz 2011. godine (6) postoje kaznene odredbe za kloniranje ljudskog bića, što je u skladu s Konvencijom, a osobito s njezinim Dodatnim protokolom o zabrani kloniranja ljudskih bića. Tako je ovim zakonom za kloniranje ljudskog bića predviđena zatvorska kazna.

Zakon o zaštiti prava pacijenata iz 2004. godine (5) potvrđuje osnovne postavke Konvencije iz Ovieda uvodeći pristanak obaviještenog pacijenta kao osnovni uvjet za započinjanje svih medicinskih postupaka osim onih u hitnim stanjima. Zakon također štiti privatnost pacijenata te jamči pravo na obaviještenost i zaštitu pacijenata koji sudjeluju u medicinskim istraživanjima (članak 16. i članak 17. tekst je doslovno preuzet iz teksta Konvencije iz Ovieda).

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama iz 1997 (7) te njegove izmjene nastoje u svojim odredbama prenijeti članak 7. Konvencije iz Ovieda, koji glasi: „U skladu sa zaštitnim uvjetima koje propisuje zakon, uključujući nadzorne, kontrolne i žalbene postupke, osoba s mentalnim poremećajem ozbiljne naravi može se, bez njezina pristanka, podvrgnuti zahvatu u cilju liječenja njezina mentalnog poremećaja samo ako bi, bez takva tretmana, vjerojatno došlo do teškog oštećenja njezina zdravlja.“

Iako Republika Hrvatska nije još ratificirala Dodatni protokol na Konvenciju o ljudskim pravima i biomedicini o biomedicinskim istraživanjima, njegove su odredbe sadržane u Zakonu o lijekovima iz 2007. godine (8) te Pravilniku o kliničkim istraživanjima i dobroj kliničkoj praksi (9) iz iste godine.

Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji, koji je stupio na snagu 2012. godine (11) u svoje je odredbe uključio i neke odredbe iz Konvencije iz Ovieda. Tako članak 27. zabranjuje odabir spola djeteta osim u slučajevima teških genskih

poremećaja povezanih sa spolom, a članak 32. izričito zabranjuje kloniranje ljudskog bića. Također članak 36. istog zakona zabranjuje stvaranje zametka za znanstvene i istraživačke svrhe te je zabranjen i znanstveni i istraživački rad na zametku.

Možemo zaključiti da je Konvencija iz Ovieda imala znatan utjecaj na hrvatsko zakonodavstvo, ali ona još uvijek nije široko poznata ni liječnicima ni pravnicima te se uglavnom ne primjenjuje direktno, već se primjenjuju zakoni koji sadržavaju istovjetne odredbe. Navedeno nije dovoljno, te je nužno provesti šire obrazovanje o pravima i obvezama koje proizlaze iz Konvencije kako bi se ona mogla i direktno primjenjivati te pristupiti prihvatanju Dodatnog protokola o biomedicinskim istraživanjima i Dodatnog protokola o genetskim testovima za medicinske svrhe.

Literatura

1. Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Narodne novine – međunarodni ugovori 13/2003.
2. Ustav Republike Hrvatske. Narodne novine 41/2001 i 55/2001.
3. Zakon o sudovima. Narodne novine 150/2005.
4. Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja. Narodne novine. 177/2004; 45/2009.
5. Zakon o zaštiti prava pacijenata. Narodne novine. 169/2004.
6. Kazneni zakon. Narodne novine 125/2011.
7. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Narodne novine 111/1997, 128/1999, 79/2002.
8. Zakon o lijekovima. Narodne novine. 71/2007.
9. Pravilnik o kliničkim istraživanjima i dobroj kliničkoj praksi. Narodne novine 121/2007, 14/2010.
10. Zakon o suzbijanju diskriminacije. Narodne novine 85/2008.
11. Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji. Narodne novine 86/2012.

JAVNO ZDRAVSTVO, ETIKA I LJUDSKA PRAVA – POSEBNI PROBLEMI

PRAVA PACIJENATA U RACIONALIZIRANOM ZDRAVSTVU

Mirko Štifanić, Sanja Babić-Bosanac

Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Uvod

Tranzicija kao kompleksni suvremeni društveni proces stvorila je brojne izazove s kojima je suočena i današnja Hrvatska. Model hrvatskog zdravstvenog sustava izložen je riziku jer su socio-zdravstvena i moralna dimenzija te poštovanje prava pacijenata potisnuti u drugi plan (1,2).

Jedna od evidentnih posljedica racionalizacije zdravstva je sljedeća: zdravlje nije više opće ljudsko pravo svakog građanina niti se smatra općim dobrom, već je to stvar svake osobe sukladno tržišnim principima. To donosi mutaciju, odnosno promjenu kulture: pravo na zdravlje sve češće je tek formalno opće ljudsko pravo, a u zbilji sve rjeđe; Zdravlje sve više postaje tržišno, a ne zajedničko dobro. Stoga je sve manja društvena prihvatljivost takvog modela zdravstva, odnosno njegova „uporabna vrijednost“. To utječe da se povijest hrvatskog zdravstva dijeli na dva razdoblja:

- a) prije i
- b) nakon racionalizacije.

Prije racionalizacije u zdravstvu postoje samo dva aktera: liječnik i pacijent. Između njih nema ljudskih, administrativnih ni tehničkih posredničkih struktura. Njihov međusobni odnos je profesionaliziran i zasniva se na povjerenju te uključuje kvalitetnu komunikaciju. Liječnikov pristup je individualiziran, a u prvom je planu dobrobit pacijenta kao pojedinca, bez obzira na platežne mogućnosti. U donošenju odluka o dijagnozi i liječenju liječnik je potpuno autonoman. Naime, njegove odluke plod su vlastitih prosudbi stanja pacijentova zdravlja/bolesti utemeljenih na teorijskom znanju, komunikaciji s pacijentom i praktičnom iskustvu.

Međutim, racionalizacija u zdravstvo uvodi sustav formalne racionalnosti, a to mijenja sve, pa i profesionalno ponašanje, odnosno kulturu liječnika, medicinske sestre (3).

Racionalizacija zdravstva i njezine posljedice

Racionalizacija zdravstva ima neke pozitivne, odnosno racionalne (razumne) posljedice, poput napretka tehnologije s ciljem spašavanja života, te ublažavanje rasta troškova za zdravstvo. Ali kao i svaki racionalni sustav, racionalizirano zdravstvo stvara niz iracionalnosti za: a) liječnika, b) pacijenta, te c) zdravlje nacije. Glavno obilježje racionalizacije zdravstva često je štednja na štetu pacijenata i nepoštovanje njegovih prava.

Za liječnika iracionalnosti proizlaze iz gubitka kontrole nad vlastitim radom, koju je ranije ograničavala samo kontrola kolege i zahtjevi pacijenata. Sada se povećava eksterna kontrola socijalnih struktura i institucija, a u njima menadžera i birokrata. Na taj se način narušavaju bitni elementi profesije - gubi se autonomija, krši se profesionalna etika kada se ne smije pružiti potpuno i kvalitetno liječenje onome tko ne može platiti troškove. Tome valja dodati slabljenje društvene moći profesije i opadanje profesionalnog standarda, što je u biti - deprofesionalizacija. Uz „akutnu“ deprofesionalizaciju moguća je i „tiha“ („puzajuća“), koja je bila na djelu u svim socijalističkim zemljama. U globaliziranom svijetu „tiha“ se deprofesionalizacija pojavljuje u svim razvijenim zemljama, pa i u zemljama u tranziciji, poput Hrvatske. Njezine posljedice (ni)je teško predvidjeti. Neke su već osjetili „obični“ pacijenti i dobri liječnici.

Pacijent se osjeća kao objekt na traci; gubi personalni odnos s liječnikom i drugim osobljem; osjeća se kao broj u sustavu, a ne kao osoba; kao i liječnik sve više osjeća kontrolu velikih struktura i institucija koje su mu daleke, indiferentne i nedodirljive. Konačno, pacijent je sve više u interakciji s impersonalnim tehnologijama i tehničarima. Ukratko, rezultat mnogih aspekata racionalizacije je sve veća dehumanizacija i depersonalizacija medicinske prakse.

Sa stajališta narodnog zdravlja racionalizacija može imati neočekivane posljedice: smanjenje kvalitete medicinske prakse i pogoršanje zdravlja pacijenata. Smanjivanje kvalitete usluge radi smanjenja troškova i povećanja profita, posebno će pogoditi siromašne. Neki će ljudi postati bolesniji i čak umrijeti zbog racionalizacije zdravstva (4,5).

Obveze zdravstvenih ustanova

Da bi se prava pacijenata definirana u Zakonu o zaštiti prava pacijenata (donijet 2004. godine) poštovala u svakodnevnoj praksi i razvijala kultura poznavanja i poštovanja prava pacijenata, potrebno je učiniti pomake u organizaciji i funkcioniranju zdravstvenog sustava, prije svega bolnice, tj. odgovoriti na pitanje, kako od zakona do prakse? Naime, u vezi svih prava pacijenata postoje i odgovarajuće obveze sustava, bolnica i liječnika. Spomenut ćemo obveze bolnica.

U vezi prava pacijenta da bude informiran, bolnica mora osigurati:

- pisane brošure o pacijentovim pravima
- definiranje vremena u kojemu mora pacijentu dati informaciju
- definiranje osoblja koje je dužno pacijentu dati informaciju
- definiranje osoblja i postupaka ako pacijent nije zadovoljan planom
- dostupnost telefonskih brojeva i drugih načina na koje pacijent može stupiti u kontakt sa svojim zdravstvenim osobljem
- pismene informirane pristanke sa specifičnim objašnjenjima za svaki rizični dijagnostički i terapijski postupak
- u svakom trenutku komunikaciju na jeziku bolesnika.

U vezi s pravom pacijenata na izbor u liječenju u bolnici koja jamči odgovarajući standard, znači da takav standard treba biti definiran za svaku vrstu bolesti i procesa liječenja, obično u obliku protokola koje donose međunarodna i nacionalna stručna društva.

U vezi s pravima pacijenata na pravedan i osiguran pristup hitnoj zdravstvenoj službi, trebaju biti doneseni profesionalni protokoli o hitnim postupcima koji bi omogućili racionalnu, ali kvalitetnu hitnu zdravstvenu zaštitu, zajamčenu u svakom trenutku na pravedan i jednak način svima. Oni uključuju vrijeme čekanja na zbrinjavanje, protokole trijažiranja, kvalitetnu procjenu stanja pacijenata, kao i procjenu prioriteta hitnosti. Oni podrazumijevaju zajamčeni kontinuitet skrbi za bolesnika nakon hitnog zbrinjavanja, što podrazumijeva njegov odlazak iz bolnice ili primitak na daljnje liječenje.

Povezano s pravom pacijenta da aktivno sudjeluje u odluci o liječenju, bolnica mora imati pisani protokol, koji svi zdravstveni djelatnici poznaju, o pisanom i potpisanom zastupniku pacijenta, osim u hitnom i nesvjesnom stanju pacijenta. Bolnica mora imati u pisanom obliku protokole o alternativnim postupcima liječenja ako pacijent ne pristane na predloženi, kako bi bila sigurna da je pacijent dobro razumio sve posljedice takvoga postupka.

U vezi prava pacijenata na poštovanje, dostojanstvo i nediskriminaciju, znači:

- da se liječnik pacijentu treba obraćati u normama prihvaćenim u društvu
- da mu mora biti dostupno zadovoljavanje vjerskih običaja (mnoge bolnice u svijetu imaju multivjerske dvorane s obilježjima svih religija)
- da zdravstveni radnici trebaju imati pisane protokole o postupcima u slučaju smrti pacijenta različitih religija (tijelo žene u muslimanskom vjerskom okruženju i sl.)
- da intimno smije biti izložen pogledima samo osoba koje toga trenutka sudjeluju u njegovu zbrinjavanju, da njegova invalidnost ne smije biti prepreka za sve normalne aktivnosti u bolnici koje su dostupne i drugim bolesnicima (hranjenje, kretanje, njega, komunikacija).

U vezi prava pacijenata na tajnu, bolnica mora, u obliku pisanog akta, oblikovati postupak kojim se objašnjava na koji način pacijent dobiva uvid u svoju dokumentaciju, tko mu je daje, u kojem vremenskom roku te tko kopira i ovjerava točnost te dokumentacije. Bolnica je dužna osigurati tajnost podataka o liječenju pacijenta tako da je dokumentacija zaključana ili dostupna zaštićenim kodom u informatičkom sustavu.

Društvo mora zakonski definirati pod kojim uvjetima se smiju podatci o bolesti dati u javnost, s time da bi pravo na zaštitu privatnosti pacijenta trebalo biti iznad prava na pristup informacijama.

Povezano s pravom pacijenta na žalbu, bolnica mora:

- imati zaštićene, ali centralizirane liste čekanja koje imaju definirane kriterije o prioritetima
- imati pisane formulare za žalbe pacijenata kao i točno poznate pisane postupke u vremenu i ljudima.
- definirati kako pacijent podnosi žalbu, tko je razmatra i kako mu se daje odgovor, ali i odgovarajuća, ako je to potrebno dodatna skrb (6,7).

Ankete o zadovoljstvu pacijenata

Mnoge zdravstvene ustanove, da bi imale bolji uvid u svoje funkcioniranje, provode ankete o zadovoljstvu pacijenata. One su u nekim državama, primjerice u Francuskoj, zakonom propisane. Često se materijalni izdaci navode osnovnim razlogom za neprovođenje raznih programa u bolnicama. Jasno je da je pri uvođenju standarda o zaštiti prava pacijenata najvažniji intelektualni i organizacijski kapacitet, a tek onda materijalni. Npr. kako zadovoljiti pravo pacijenta na komunikaciju na svom jeziku? Većina će pitati, tko plaća prevodioca? U jednoj bolnici u Francuskoj (Bordeaux) riješili su problem tako da su napravili popis s telefonima i imenima svih djelatnika te jezika koje govore, kako bi ih, prema potrebi, pozvali radi prevođenja (6).

Što učiniti?

Potrebno je mijenjati društvenu klimu i stanje u zdravstvu s ciljem da pacijent i njegova prava budu u središtu pozornosti, odnosno pacijentocentrizam. Poboljšati treba kulturu komunikacije i kulturu poštovanja prava pacijenata od liječnika i drugog osoblja. Njegovati treba međusobno poštovanje medicinara i pacijenata, a akteri takvih promjena mogu biti „novi“ liječnici i „novi“ pacijenti. Potrebno je uvesti i instituciju Pravobranitelja pacijenata.

Iako liječnički kodeks najčešće narušavaju pojedinci, nerijetko je, gledano s pozicije pacijenta, taj kodeks narušen generalno. Problem jest velik, ali je rješiv (7).

Zaključak

Glavno obilježje zdravstvenih reformi, pa tako i hrvatske je racionalizacija, odnosno ograničavanje zdravstvene potrošnje, te formalno poštovanje a u zbilji relativiziranje, odnosno implicate ili eksplicite, kršenje prava pacijenata, čak i u hitnim stanjima. I nakon donošenja Zakona o zaštiti prava pacijenata (2004.) razina poštovanja prava pacijenata u hrvatskom zdravstvu (odnosno kultura) je nezadovoljavajuća. Zakon nije promijenio položaj pacijenta jer zdravstvo je tek formalno pacijentocentrično, te nije donijet Program zaštite prava pacijenata nužan za implementaciju Zakona u svakodnevnu praksu zdravstva i za kontrolu provedbe. Inicijator takvog programa u SAD-u bio je osobno predsjednik Bill Clinton. U biti, Program koji još nemamo, mora definirati čitav niz standarda za zaštitu prava pacijenata, tj. definirane, odnosno pisane norme i kriterije za provedbu procesa zaštite prava pacijenata, te osnivanje pratećih organizacija za provedbu i razvijanje procesa zaštite prava pacijenata. O tome treba educirati zdravstveno osoblje s ciljem razvoja kulture poštovanja prava pacijenata, te pacijente, radi razvoja kulture poznavanja prava pacijenata. Bez tog instrumentarija nije moguće implementirati Zakon o zaštiti prava pacijenata i druge zakonske i ustavne norme u svakodnevnu praksu zdravstva, pa niti sustavno, promptno i efikasno poštovanje prava pacijenata. Stoga pacijenti i u 21. stoljeću imaju Zakon o zaštiti prava pacijenata, ali nemaju nužne mehanizme za zaštitu njihovih prava.

Danas se brojne profesije zalažu za osuvremenjivanje kulture odnosa prema javnosti, odnosno građanima. To je prijeko potrebno i u zdravstvu, s ciljem da u središtu pozornosti bude dobrobit pacijenta i njegova prava, odnosno kultura pacijentocentrizma. Da bi se osiguralo poštovanje prava svakog pacijenata, potreban je efikasniji sustav zaštite prava pacijenata na svim razinama, a prije svega u bolnicama, te, poput Italije, u svim bolnicama treba imenovati predstavnike pacijenata.

Ta neovisna institucija morala bi imati veće i konkretne ovlasti od sadašnjih županijskih povjerenstava za zaštitu prava pacijenata i čitav instrumentarij na svim razinama zdravstva za brzo i efikasno postupanje prigodom nepoštovanja prava pacijenata. Ona mora biti dobro organizirana i ekipirana, te raditi dvadesetčetiri sata na dan i sedam dana tjedno. Time bi se poslala jasna poruka pacijentima, ali i liječnicima. Osim toga, pacijentima je potrebno omogućiti suspenzivni veto da bi se onemogućile promjene koje smanjuju dosegnutu razinu prava pacijenata. Nužan je i općehrvatski Pokret za prava pacijenata (7,8).

Potrebno je reafirmirati zdravlje kao opće društveno dobro, a pravo na zdravlje kao univerzalno ljudsko pravo, što će se u hrvatskom društvu, odnosno zdravstvu poštovati s ciljem da zdravlje pojedinca ne ovisi o platežnoj sposobnosti, položaju u društvu i sl. Nužna je i promjena „tranzicijske kulture“: educirani pacijent te „novi“ profesionalizam i kultura poznavanja i poštovanja prava pacijenata. U biti, u društvu se treba i može postignuti novi društveni ugovor, odnosno vrijednosni konsenzus o zdravstvu, te mehanizmi za njegovu provedbu. U protivnom, proces racionalizacije zdravstva značit će daljnje

smanjenje kvalitete i ograničavanje kvantitete u zdravstvu, odnosno svakodnevno kršenje prava pacijenata sa svim, pa i pogibelnim posljedicama po pojedinca, obitelj i društvo. Naime, raskorak između normativnog i stvarnog položaja pacijenata bit će neprihvatljivo velik, a zdravstvena nejednakost, odnosno diskriminacija, nepodnošljivi. Želi li to izbjeći, Hrvatska, kao europska država, mora organizirati društveno prihvatljiv minimum zdravstvene solidarnosti kako bi izbjegla ugrožavanje društvenog napretka i slabljenje društvenog kapitala, koji u nas nije visoko razvijen. S time bi jačala društvenu koheziju i doprinijela etabliranju zdravstveno prihvatljive Hrvatske i Europe, jer one mogu opstati samo kao socijalno i zdravstveno pravedne zajednice za sve (8).

Literatura

1. Štifanić M. Ima li nade za kute i pidžame. Pacijent i liječnik i bolesnom zdravstvu. Rijeka: Adamić; 2003.
2. Štifanić M. Zdravstvo po mjeri Čovjeka. Rijeka; Adamić:2007.
3. Pahor M. Sociologija za zdravstvene delavce. Ljubljana: Sveučilište u Ljubljani; 1999.
4. Shorter E. La tormentata storia del rapporto medico paziente. Milano: Saggi/Feltrinelli; 1986.
5. Šustić A. Restrikcije odgađaju operacije. Novi list 24.11.2005.
6. Nasić M. Kako od zakona do prakse? Pacijent danas Rijeka 2004;11-12: 4-6.
7. Štifanić, M, Bošković, Z., (2007), Prava pacijenata. Vodič za kulturu poznavanja i poštovanja prava pacijenata
8. Štifanić M. Dobar liječnik. Kako se uzdignuti na razinu pacijenta?. Rijeka; Adamić:2006.

NEJEDNAKOSTI U ZDRAVSTVENOM SISTEMU

Miroslav Mastilica

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Zdravstvene nejednakosti

Određenje zdravstvenih nejednakosti

Odavno je poznato da pripadnost nekoj društvenoj skupini (staležu, klasi, sloju) može znatno utjecati na nečije zdravlje, pojavu bolesti, medicinski tretman, pa i na samu smrt (Sigerist 1944, Anderson 1958, Rosen 1973).

Društvene skupine općenito, bilo da je riječ o spolnim ili dobnim skupinama, socioprofesionalnim ili nekim drugim skupinama i slojevima, razlikuju se umnogome po svojem zdravstvenom stanju i zaštiti zdravlja. Društvena raspodjela zdravlja, bolesti i zdravstvenog ponašanja, međutim, nije slučajna, već je, kako to mnoga istraživanja pokazuju, najčešće povezana s društvenom stratifikacijom. Položaj koji društvene skupine zauzimaju unutar društvene ljestvice znatno se odražava na njihovo zdravstveno stanje i zdravstvenu zaštitu.

Razlike u zdravlju i zaštiti zdravlja koje se među društvenim skupinama pojavljuju kao posljedica njihova nejednakog stratifikacijskog položaja, nazivaju se zdravstvene nejednakosti.

Značenje zdravstvenih nejednakosti ne proizlazi iz razlika kao takvih. Ljudi se općenito međusobno mogu razlikovati po svom zdravstvenom stanju i zaštiti zdravlja, međutim, ako su te razlike na neki način uvjetovane pripadnošću određenom društvenom sloju ili različitim socioekonomskim statusom, onda te razlike imaju značenje društvenih zdravstvenih nejednakosti. Drugim riječima, ukupne strukturirane društvene razlike, odnosno nejednakosti koje postoje u položaju društvenih slojeva, utječu na nejednakosti u njihovom zdravstvenom stanju, kao i na nejednakosti u ukupnom zdravstvenom ponašanju - dostupnosti, iskorištenju zdravstvene zaštite, preventivnom zdravstvenom ponašanju i sl.

Shvaćanje o socijalnoj determiniranosti zdravlja

Istraživanje utjecaja društvene stratifikacije na zdravlje, odnosno problem društvenih nejednakosti u zdravlju kao teorijski i istraživački problem razvio se iz jednog šireg, socijalnog pristupa u određenju zdravlja.

Shvaćanje o socijalnoj determiniranosti zdravlja i bolesti dio je duge socijalnoepidemiološke i socijalnomedicinske tradicije iz sredine 19. st., čiji su najistaknutiji predstavnici bili Johann Peter Frank, Rudolf Virchow, Alfred

Grotjahn, a u nas Andrija Štampar. Socijalni pristup zdravlju podrazumijeva da društvena sredina, posebno socijalni uvjeti života imaju bitnu ulogu i u očuvanju zdravlja i u nastanku bolesti. Prema socijalnomedicinskoj paradigmi, bolesti imaju ne samo socijalne posljedice nego i socijalne uzroke. Bolest nikad nije isključivo pojedinačan događaj - poremećaj u ljudskom organizmu ili isključivo individualni slučaj. Bolest je uvijek i socijalni događaj. Pojava bolesti uvijek je povezana s pripadnošću većim ili manjim društvenim skupinama (Lewis 1953, Evang 1976). Istraživački interes potrebno je stoga usmjeriti ne na samu bolest već i na bolesnika i ukupnu društvenu situaciju u kojoj se nalazi (Siegrist 1974).

Istraživanja povezanosti socioekonomskih faktora i pojave bolesti u raznim društvenim skupinama bila su prva važna društveno-znanstvena istraživanja u području medicine i zaštite zdravlja. Ta istraživanja provodili su u Americi u 1920-im godinama, uglavnom epidemiolozi, javnozdravstveni istraživači i ekonomisti. Glavna sociološka istraživanja zdravlja, bolesti i zdravstvene zaštite, međutim, započinju u 1940-im godinama, i to iz perspektive „bihevioralnih znanosti“ (sociologije, socijalne antropologije i socijalne psihologije).

Od svojih početaka sociološki je pristup medicini nastojao povećati razumijevanje raznih društvenih, ekonomskih i sociopsiholoških faktora koji utječu na zdravlje i pojavu bolesti, te povezati te faktore s ukupnom društvenom strukturom. Jedan od pionira medicinske sociologije bio je Bernhard J. Stern, koji je prvi proučio odnos bolesti, zdravlja i društva te 1927. objavio prvi deskriptivni rad iz toga područja, pod naslovom "Social Factors in Medical Progress". Prvi istraživački izvještaj s tog područja koji je objavio jedan sociolog, jest rad Otisa D. Duncana: "Social Research on Health" iz 1946. godine (vidi Gordon et al. 1968). Sociološka istraživanja društvenih aspekata zdravlja i bolesti doživljavaju pravi procvat u Americi u 1950-60-im godinama. Dobar uvid u ta prva važnija sociološka medicinska istraživanja može se dobiti iz zbornika "Patients, Physicians and Illness" (Jaco, ed. 1958) i osobito iz "Disease, the Individual and Society" (Gordon et al, eds. 1968), u sklopu kojega je dan pregled preko 250 istraživanja od oko tisuću napravljenih u razdoblju 1954.-60. godine. Ona se uglavnom bave sociološkim, socioekonomskim, sociokulturalnim ili sociopsihološkim faktorima bolesti.

Objašnjenje nastanka zdravstvenih nejednakosti

Općenito se može reći da nejednakosti u zdravlju između viših i nižih društvenih slojeva proizlaze iz općih strukturiranih društvenih nejednakosti ili da su rezultat društvene stratifikacije. Nejednakosti koje postoje između različitih društvenih skupina u njihovom društvenom položaju (socioekonomskom statusu) u korijenu su zdravstvenih nejednakosti.

Tipično sociološko strukturalno objašnjenje nastajanja zdravstvenih nejednakosti objašnjava zdravstveno stanje društvenih skupina kao rezultat dugoročne

akumulacije zdravih ili štetnih utjecaja kojima su društvene skupine izložene unutar društvene strukture. Ti su utjecaji posljedica klasne pripadnosti (zanimanja), obrazovanja, bogatstva i odgovarajućih životnih šansi (Illsley 1986). Nejednakosti u zdravlju pojavljuju se ili direktno, kao posljedica društveno-ekonomske sredine (npr. zbog siromaštva, slabe prehrane, štetne okoline, rizičnog ponašanja) ili indirektno (npr. nedovoljno obrazovanje ili nedostupnost zdravstvene zaštite).

Društvene (klasno-profesionalne) nejednakosti u zdravlju pokušavaju se objasniti još nekim pristupima. U poznatom izvještaju o zdravstvenim nejednakostima u V. Britaniji "The Black Report" (Townsend and Davidson 1982; Blane 1985), spominje se nekoliko tipova objašnjenja pojave društvenih nejednakosti u zdravlju:

- 1) „Artefakt” objašnjenje (nejednakosti u zdravlju, statistički „artefakti” koji nastaju zbog „umjetnog” načina mjerenja varijabli zdravlja i društvene klase-zanimanja);
- 2) Objašnjenje prirodnom ili socijalnom selekcijom (zdravlje kao nezavisna varijabla utječe na socijalnu mobilnost i socio-profesionalni status);
- 3) Materijalističko ili strukturalno objašnjenje (zdravlje je zavisna varijabla faktora društvene strukture - socioklasne pripadnosti i socioekonomskih faktora);
- 4) Kulturalno / bihevioralno objašnjenje (zdravlje je rezultat niza faktora pozitivnog ili negativnog zdravstvenog ponašanja koje je pod širim utjecajem kulturalnih faktora).

Zdravstvene nejednakosti i princip pravednosti u zdravlju

Svjetska Zdravstvena Organizacija u svojim dokumentima „Zdravlje za sve” i „21 cilj za 21 stoljeće” (WHO 1998) proklamirala je princip pravednosti u zdravlju kao jedan od temeljnih principa zdravstvene politike, prihvaćen od svih zemalja u Europskoj regiji.

“Do 2020. godine jaz u zdravlju između socioekonomskih skupina unutar zemalja trebao bi se smanjiti za najmanje jednu četvrtinu u svim državama članicama, putem znatnog unapređenja razine zdravlja ugroženih skupina”

Cilj 2. - Pravednost u zdravlju

„Zdravlje 21” – Zdravstvena politika za SZO Evropsku regiju

Princip pravednosti u zdravlju znači da društvene nejednakosti u zdravlju (i zdravstvenoj zaštiti) nisu samo važne u statističkom smislu već imaju i jednu širu moralnu i etičku dimenziju. **One društvene razlike-nejednakosti u zdravlju koje nisu nužne i koje se mogu spriječiti, smatraju se nepoštenim i nepravednim** (Whitehead 1990).

Nisu sve društvene razlike u zdravstvenom stanju nepravedne. Da bi se odredilo koje su zdravstvene razlike one koje su neizbježne, one koje nije moguće spriječiti – a koje su nepotrebne i nepravedne – potrebno je analizirati osnovne determinante koje dovode do tih zdravstvenih razlika. Iako postoje razlike od zemlje do zemlje i od vremena do vremena, općenito se može govoriti o sedam temeljnih odrednica razlika u zdravlju:

KOJE SU ZDRAVSTVENE RAZLIKE NEPRAVEDNE?		
Odrednice zdravstvenih razlika	Moguće izbjeći	Općenito smatrane neprihvatljivima
1. Prirodne, biološke razlike	ne	ne
2. Zdravstveno oštećujuće ponašanje ako je slobodno izabrano (kao što je sudjelovanje u nekim sportovima i zabavama)	da	ne
3. Privremena zdravstvena prednost skupina koje prije prihvaćaju zdravstveno promotivno ponašanje (ako ih druge skupine mogu lako dostići)	da	ne
4. Zdravstveno oštećujuće ponašanje pri čemu je izbor načina življenja ograničen socioekonomskim čimbenicima	da	da
5. Izloženost iznimnim zdravstvenim rizicima u fizičkom i socijalnom okruženju	da	da
6. Ograničena dostupnost osnovnih zdravstvenih službi	da	da
7. Sa zdravljem povezana socijalna pokretljivost (bolesni ljudi spuštaju se na društvenoj ljestvici)	niski prihodi - da	niski prihodi - da

(Prema Dahlgren and Whithead 1992)

Zdravstvene razlike uzrokovane odrednicama pod 1, 2 i 3 ne smatraju se nepravednim. Razlike u zdravlju kao rezultat prirodnih bioloških razlika su neizbježne – npr. dobne razlike u zdravlju (veća učestalost koronarne bolesti srca u muškaraca starijih od 70 godina u odnosu na dvadesetogodišnjake nije nikako nepravedna već je rezultat prirodnog procesa starenja. Ili, spolno specifični zdravstveni problemi, kao što je veća pojavnost osteoporoze u starijih žena u odnosu na muškarce rezultat je bioloških razlika a ne utjecaja iz društvenog okruženja.

S druge strane, zdravstvene razlike uzrokovane onim čimbenicima (najčešće iz šireg društvenog okruženja) koje je moguće i spriječiti i koji se općenito smatraju neprihvatljivim – imaju značenje nepravednosti. Jesu li društveno uvjetovane razlike u zdravlju nepravedne ili ne, ovisi u velikoj mjeri o tome mogu li ljudi

utjecati na društvenu situaciju (čimbenike) koja dovodi do bolesti ili je to izvan njihove kontrole (LeGrand 1991).

Prvo (pod 5), to su one razlike uvjetovane nezdravim životnim i radnim okruženjem, a što je posljedica nedostatka osnovnih materijalnih sredstava za život. Siromašne skupine nemaju drugog izbora nego da žive u nezdravim stanovima, rade na teškim i opasnim poslovima, i u pravilu često su nazaposleni. Siromaštvo, nezaposlenost, loše stanovanje, stres i opasni uvjeti rada, loša prehrana, nedostatak obrazovanja, socijalne skrbi, zagađenje iz okoline – sve su to čimbenici koji dovode do nepravdenih razlika u zdravlju.

Drugo, nepravednim se mogu smatrati i one zdravstvene razlike uvjetovane osobnim zdravstveno opasnim ponašanjem (pod 4), kao što su pušenje, loša prehrana, nedostatak fizičkog vježbanja, ako je takvo ponašanje u velikoj mjeri uvjetovano društvenom i ekonomskom situacijom (uvjetima) u kojoj se pojedinac nalazi. Stoga je takvo ponašanje i češće u skupinama nižeg socioekonomskog položaja.

Treće, nepravednim se mogu smatrati i one razlike koje nastaju zbog nejednake dostupnosti zdravstvenih službi ili nejednake kvalitete pruženih usluga (pod 6), koje nisu odgovarajuće u odnosu na zdravstvene potrebe. Posebna su kategorija one nepravedne zdravstvene razlike (pod 7) koje nastaju kao rezultat tendencije da bolesni ljudi postaju siromašni. Osiromašenje – smanjivanje prihoda zbog bolesti ne može se smatrati prihvatljivim i moguće ga je spriječiti. U nekim društvenim skupinama mnogi čimbenici zdravstvenih nepravdenosti međusobno se isprepleću čineći ih posebno zdravstveno ugroženim. Takve društvene skupine koje podnose najteži teret bolesti i izloženosti zdravstvenim rizicima, u pravilu su i socijalno najugroženije skupine, kao što su osobe s niskim prihodima, niskog stupnja obrazovanja, nekvalificirani radnici, osobe koje rade u fizički i psihički otežanim uvjetima rada, nezaposleni, stari ljudi, osobe s tjelesnim oštećenjima, žene, neke etničke skupine i sl.

Cilj mjera zdravstvene politike za većom pravednošću u zdravlju nije eliminiranje svih zdravstvenih razlika tako da svi imaju istu razinu zdravlja, već smanjenje ili eliminiranje onih zdravstvenih razlika čije uzroke je moguće spriječiti i za koje se smatra da su nepošteni.

Literatura

1. Blane D. An assesment of the Black's explanations of helath inequalities. *Sociology of Health and Illness* 1985. 7:423-45.
2. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in helath. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen: 1992.
3. Evang K. Health and sisease concepts. *Sand.J. Soc.* 1976. 4: 109-114.
4. Illsley R. Conceptual overview and helath policy implications in relation to the health burden od social inequities. u: Illsley R. And Swensson PG. (ur.) *The Helath Burden of Social Inequities*. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen: 1986.
5. LeGrand J. *Equity and Choice*: London: Harper Collins:1985.

6. Lewis A. Health as social concept. *British Journal of Sociology* 1953. 2:109-24.
7. Rosen G. *The Specialization of Medicine*. New York; Arno Press:19742.
8. Sigerist J. *Lehrbuch der Medizinischen Soziologie*. München; Urban and Schwartzberg: 1974.
9. Townsed P, Davidson N. (ur.) *Inequalities in Health*. Harmondworth: Penguin Books: 1982.
10. Whitehead M. *The Concepts and Principles of Equity in Helath*. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen: 1990.

ZDRAVLJE I VRIJEDNOSTI

(rad izvorno objavljen u HČJZ, vol 2, broj 6, 7. travanj 2006.)

Hrvoje Jurić

Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Sažetak

Članak polazi od konstatacije da rasprave o etičkim aspektima javnoga zdravstva često počivaju na nereflektiranoj uporabi važnih etičkih pojmova, odnosno da se često pretpostavlja njihovo značenje, ali ih se ne razmatra eksplicitno, zbog čega ostaju nejasni i podložni različitim manipulacijama. Teorijska manjkavost, pak, može negativno utjecati i na javnozdravstvenu praksu. Stoga je cilj ovoga članka da ponudi skicu za raspravu o nekim od ključnih načelnih pitanja vezanih uz javno zdravstvo. Razmatranje se ograničava na jedan pojam/problem važan za medicinskoetičke, odnosno javnozdravstvene rasprave – naime, vrijednosti – a nužnim se pokazuje i definiranje te razmatranje samoga zdravlja. U zaključku se iznosi stav da je promišljanje i (re)fundiranje ovih pojmova jedan od važnih uvjeta koji trebaju biti ostvareni ako se želimo suprotstaviti trendu pogleda na zdravlje kao na robu i birokratizaciji javnoga zdravstva.

Uvod

Kad je riječ o javnome zdravstvu, nerijetko se – i s pravom – uzimaju u razmatranje etički aspekti ove problematike. No, kao što to i inače biva s pozivanjem na „etiku“, „etičko“, „moral“, „moralno“ i druge moralno-etičke pojmove, probleme i njihove sklopove, govor o etičkome u kontekstu ove problematike često je manjkav, odnosno nereflektiran, čak rutinski, bez razumijevanja izvorišta i (mogućih) dosega etičke refleksije općenito i o navedenom pitanju napose. Stoga kao jedan od glavnih problema u etičkoj raspravi o javnome zdravstvu detektiramo samorazumljivost onoga što nije samorazumljivo i ne bi smjelo biti smatrano samorazumljivim, nego bi trebalo biti predmet stalnoga propitivanja i re-fundiranja. U tu svrhu, ovaj će se članak koncentrirati na kontekstualizirano razmatranje bitnih pojmova, s namjerom da se ponudi skica za raspravu o nekim od ključnih načelnih pitanja vezanih uz javno zdravstvo, prije negoli „konkretni“ odgovori na ta pitanja. Razmatranje ćemo odmah ograničiti na jedan pojam/problem koji se često spominje u medicinskoetičkim, a onda i javnozdravstvenim raspravama. Riječ je o – vrijednostima. Ovaj pojam, pak, izdvajamo ne samo zbog frekventnosti njegove upotrebe u navedenim raspravama, nego i zato što smatramo kako se nakon njegova razjašnjenja može krenuti i u pravcu promišljanja drugih važnih

pojmovi i problema u ovom kontekstu. Uz prihvaćanje dosegnute razine i intenziteta rasprava, kao i razvijene institucionalne logistike u području javnoga zdravstva, smatramo da nije neumjesno postaviti osnovna pitanja: što su to vrijednosti i o kakvim vrijednostima ovdje treba biti riječi?

Zdravlje i vrijednosti

Pođemo li od jedne plauzibilne definicije vrijednosti, prema kojoj su vrijednosti „orijentacijski standardi i predodžbe kojima se vode individue i skupine u svojem izboru djelovanja“ (1), možemo se zapitati: na kojim vrijednostima počiva današnja medicina, s naglaskom na ono što spada u područje javnoga zdravstva? Na tako izravno postavljeno pitanje prvi bi odgovor vjerojatno bio da je temeljna vrijednost na kojoj počiva medicina – oduvijek, pa tako i danas – zdravlje. U globalno prihvaćenom konceptu javnoga zdravstva i praksama koje se od zemlje do zemlje u pojedinostima razlikuju, ali u bitnome slažu, ovaj odgovor svakako može računati na konsenzus. No, iako točan, ovaj odgovor nije dovoljan, nego može biti tek polazište za daljnja pitanja, odnosno daljnje odgovore. U tom smislu, valja najprije odgovoriti na pitanje: Što je to zdravlje? Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, zdravlje je „stanje potpune fizičke, mentalne i društvene dobrobiti, a ne samo odsutnost bolesti ili slabosti“ (2). Christina Schachtner, na temelju različitih izvora, zdravlje definira slično: kao „stanje ravnoteže (...) koje postoji ako se neka osoba u svojem fizičkom, psihičkom i socijalnom razvoju nalazi u skladu s vlastitim mogućnostima i ciljevima“. Međutim, Schachtner ističe da je, usprkos tome što je definicija Svjetske zdravstvene organizacije službena i deklarativno općeprihvaćena, u današnjem medicinskom mainstreamu dominantno „biomedicinsko“, reducirano shvaćanje zdravlja, kojemu ona – pozivajući se ponovno na relevantne izvore – suprotstavlja drugačije, „sociopsihosomatsko“ shvaćanje zdravlja. Tako, prema Schachtner, o zdravlju može biti riječi kada se radi o „suočavanju pojedinca sa socijalnim, ekonomskim i ekološkim uvjetima života“, te mu treba pristupiti „ne kao organskom, nego kao psihofizičkom zbivanju“. U skladu s time, valja „perspektivu usmjeravati manje na bolest, a više na zdravlje, te na pojedinca, ali i na njegov životni okoliš“ (3). U skladu s ovim shvaćanjem, koje možemo smatrati prihvatljivim, osobito s obzirom na zahtjeve javnoga zdravstva, valja postaviti i daljnje pitanje, koje je ključno u javnozdravstvenoj diskusiji: koji modeli javnozdravstvene skrbi omogućuju održavanje i poboljšavanje (unapređivanje) zdravlja pojedinaca, a onda i pojedinih društvenih zajednica i čovječanstva u cjelini? U toj se točki zdravlje, koje je istaknuto kao temeljna vrijednost, susreće s vrijednostima oko kojih je teže doći do konsenzusa negoli u prvom slučaju, budući da se tu uključuju pitanja društveno-političke i ekonomske naravi, na koja odgovori nisu ni približno jednoznačni. Ako, pak, postoji pravo na zdravstvenu skrb, kao moralno i kao legalno pravo, o čemu ekstenzivno raspravlja Norman Daniels (4), onda možemo govoriti i o nekim vrijednostima s kojima je to pravo povezano, odnosno na kojima se ono temelji. Ovdje ćemo spomenuti samo neke: ravnopravnost (u pristupu sredstvima za održavanje i/ili poboljšavanje zdravlja), pravednost (u raspodjeli tih sredstava), solidarnost (globalna, intrasocijalna i intergeneracijska), subsidijarnost (s

obzirom na odgovornost pojedinaca i institucija) itd. Iako je pluralizam vrijednosti u današnjem svijetu neosporna činjenica, i oko ovih vrijednosti će se, barem deklarativno, većina složiti, i to bez obzira na to raspravlja li se na razini mikro-alokacije (5) ili na razini makro-alokacije (6). No, to vrijedi u idealnom slučaju. Nasuprot tome, vrijednosti na kojima počiva (javno)zdravstvena skrb danas su snažno obilježene društveno-političkim i ekonomskim realitetom. Drugim riječima, definiranje ovih vrijednosti, a potom i praksa koja bi bila u skladu s njima, ovise ponajprije o vladajućem društveno-političkom uređenju i ekonomskom sustavu, s naglaskom na ovo drugo. Gotovo apsolutna globalna prevlast (neo)liberalističkog ekonomskog modela i slabljenje socijalne države – osobito očito u tzv. tranzicijskim zemljama, što možemo pratiti i na vlastitom primjeru – reflektira se i na javnozdravstvenu problematiku, uključujući i ovdje istaknuto pitanje vrijednosti na kojima javnozdravstvena skrb počiva ili bi trebala počivati. Iako je, u znanstvenom smislu, pojam vrijednosti sve do 19. stoljeća bio upotrebljavan uglavnom u ekonomskim raspravama, a otada – posebno u prvoj polovici 20. stoljeća – ulazi i u filozofiju (1, 7), njegovo filozofijsko-etičko utemeljenje i diferencijacija više ne bi smjeli dopuštati radikalan povratak na „primitivno“, ekonomsko značenje vrijednosti u kontekstu etički intoniranih rasprava. A danas svjedočimo upravo tome. Uzmemo li za primjer bilo koju javnu, medijski posredovanu raspravu o problematici zdravstvene skrbi – ali, nažalost, i neke znanstvene i stručne rasprave – uočiti ćemo da se u njima kao ključni pojmovi („vrijednosti“) pojavljuju: učinkovitost, ekonomičnost, racionalnost, isplativost, profitabilnost, štedljivost i sl. Uglavnom, dakle, izrazi iz sfere ekonomije. Jasno je da je njihova upotreba u ovom kontekstu nužna, budući da zdravstvena skrb i zdravstvena politika umnogome ovise o financijskim sredstvima koja su nam na raspolaganju i koja su uvijek ograničena. No, ono što nije nužno jest premoć ekonomskoga žargona u onim raspravama koje bi svoj pogled ipak trebale usmjeravati u drugome pravcu. A ne radi se samo o žargonu; njegova dominantna upotreba upućuje na nešto mnogo važnije. Naime, u raspravama o problematici zdravlja, na mjesto etičkih vrijednosti stupile su tržišne vrijednosti ili točnije – tržišne „vrijednosti“. Tako je medicina danas izložena dvjema opasnostima, dvama trendovima čije napredovanje sve više zamagljuje njezinu bit, koju bismo, pak, mogli iskazati kao sustavno i obuhvatno promišljanje zdravlja, te umijeće (p)održavanja zdravlja i liječenja bolesti, utemeljeno na tom permanentnom promišljanju. Naime, ne radi se više samo o trendu tehnologiziranja medicine, na čiju problematičnost upućuju medicinskoetičke, odnosno bioetičke rasprave u posljednjih nekoliko desetljeća, nastojeći sve dominantnijem tehnouznanstvenom načinu razmišljanja suprotstaviti onaj baziran na etici. Danas također, i sve više, problem predstavlja trend ekonomiziranja medicine, na koji smo već upozorili. Njegova je opasnost tim veća što još uvijek nije prepoznat kao prioritetan problem, kao i zato što su kontrolni mehanizmi, u skladu s globalnim kretanjima, optimistično gledajući, još uvijek nedovoljno utvrđeni, a pesimistično gledajući, sve slabiji.

Vrijednosti i zdravlje

Zadržavanje u vidu (ili oživljavanje) etičkih vrijednosti, kao protuteže tržišnim „vrijednostima“, stoga se pokazuje kao iznimno važna zadaća, i to osobito u području javnoga zdravstva, u kojemu se pitanje zdravlja pojedinca i društvene zajednice pokazuje u punom svjetlu, budući da je tu perspektiva u kojoj se promišlja o zdravlju i brine o njemu nužno mnogo šira negoli među zidovima laboratorija, bolničkih soba ili operacijskih dvorana. Kao što je i inače slučaj s idealima i orijentirima, tako ni ovdje nema preciznih i definitivnih recepata za dolazak do poželjnoga cilja. Zadaća realizacije (ozbiljavanja, ostvarivanja, oživljavanja) onih vrijednosti koje smo istaknuli kao idealne, uključujući i samo zdravlje, prospektivna je i perspektivna zadaća. Ovim se vrijednostima, dakle, treba približavati, čuvati svijest o njima, promovirati ih, što znači ujedno i podupirati te poticati one praktične oblike brige o zdravlju u kojima te vrijednosti zaživljavaju ili preživljavaju. Sve to vrijedi ponajprije za zdravlje, jer zdravlje je ono što bi u temelju medicine i svih oblika brige o zdravlju trebalo uvijek pulsirati kao bitno, sržno. No, kako smo već spomenuli, iako je o zdravlju kao temeljnoj vrijednosti u medicini oduvijek bilo moguće postići široki konsenzus, i samo zdravlje, kao temeljac medicine, u današnjoj konstelaciji na različite načine dolazi u pitanje. Uzmemo li za primjer inače sjajan Leksikon etike Otfrieda Höffea (8), vidjet ćemo da pojam „Zdravlje“ (Gesundheit) nema vlastitu natuknicu, nego je presumjeren na natuknicu „Bolest“ (Krankheit). Iako bi se opravdanje za to moglo pronaći u nužnosti leksikonske racionalizacije i ekonomičnosti, ovaj bi primjer mogao poslužiti i kao ilustracija današnjeg prevladavajućeg stava prema problemu zdravlja, koji bi se mogao opisati Gadamerovim izrazom „skrivenost zdravlja“. „Što je zdravlje?“, pita Gadamer u svojoj fenomenologiji zdravlja i nastavlja: „Otprilike se zna što su bolesti. (...) One su, po načinu svojega pojavljivanja, predmet, nešto što pruža otpor koji treba slomiti. (...) Zdravlje nije nešto što se kao takvo pokazuje u istraživanju, nego nešto što jest upravo stoga što se oduzima. Zdravlja, dakle, nismo stalno svjesni i ne brine nas kao bolest. (...) Ono spada u čuda samozaborava“ (9). No, današnja medicina – usmjerena ponajprije na „slučajeve“, na liječenje bolesti i na tehnologiju liječenja bolesti – ovu „prirodnu skrivenost“ zdravlja dodatno potencira. Zdravlje tako nije tek „samo po sebi“ skriveno, nego je dodatno skriveno u sistemima zdravlja, zdravstvenim sustavima. To, pak, možemo detektirati i na terminološkoj razini, tamo gdje govor o zdravlju biva potisnut govorom o zdravstvu. Ne shvatimo li pojmove zdravlja i zdravstva kao puke tehničke termine, nego se zapitamo o smislu ovih pojmova, mogli bismo ustvrditi da su u izrazu „narodno zdravlje“ (kao zdravlje naroda, određene populacije koja obuhvaća određene pojedince) – koji se danas vjerojatno smatra staromodnim – sadržajni, pa i vrijednosni momenti vezani uz zdravlje bili kudikamo vidljiviji i dostupniji negoli u desubjektiviziranom i apersonalnom izrazu „javno zdravstvo“. No, ostavimo li po strani terminološke finese, imperativ održavanja prsnog odnosa između pojedinca, njegova zdravlja i njegova okoliša, kao i prsnog odnosa između zdravlja pojedinca (kao individualnog dobra) i zdravlja određene zajednice (kao općega dobra) ono je što bi trebalo preživjeti, zaživjeti ili naprosto živjeti i u javnome zdravstvu.

Zaključak

Prethodna razmatranja može se shvatiti i kao apel za povratak sadržaju zdravlja, odnosno povratak sadržaja u raspravu o zdravlju, uključujući i rasprave o javnome zdravstvu. To znači povratak pitanjima koja, kako je uvodno istaknuto, ne bi smjela biti uzimana kao samorazumljiva, jer o njihovoj osviještenosti i artikulaciji ovisi i regulacija „konkretnijih“ pitanja. Drugim riječima, teorijska manjkavost može negativno utjecati i na javnozdravstvenu praksu.

U suprotnome doista nećemo imati oslonca za suprotstavljanje trendu promatranja zdravlja kao robe na „tržištu svega i svačega“, te birokratizaciji javnoga zdravstva, pri čemu se pojedinac, slikovito rečeno, u potrazi za zdravljem lako može izgubiti u labirintu bolničkih hodnika i ureda drugih zdravstvenih institucija.

Literatura

1. Horn Ch, Wert. In: O Höffe, Hrsg. Lexikon der Ethik. München: Beck; 1997, S. 332-334.
2. WHO, Constitution of the World Health Organisation. Geneva: World Health Organisation; 1948.
3. Schachtner Ch, Ärztliche Praxis. Frankfurt a/M: Suhrkamp; 1999.
4. Daniels N, Is there a right to health care and, if so, what does it encompass?. In: H Kuhse, P Singer, Eds. A Companion to Bioethics. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell; 2003, pp. 316-325.
5. Harris J, Micro-allocation: deciding between patients. In: H Kuhse, P Singer, Eds. A Companion to Bioethics. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell; 2003, pp. 293-305.
6. Wikler D, Marchand S, Macro-allocation: dividing up the health care budget. In: H Kuhse, P Singer, Eds. A Companion to Bioethics. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell; 2003, pp. 306-315.
7. Krijnen Ch, Wert. In: Düwell M, Hübenthal Ch, Werner MH, Hrsg. Handbuch Ethik. Stuttgart, Weimar: Metzler; 2002, S. 527-533.
8. Höffe O, Hrsg. Lexikon der Ethik. München: Beck; 1997.
9. Gadamer HG, Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt a/M: Suhrkamp; 1994.

SOLIDARNOST U ZDRAVSTVU?

(rad izvorno objavljen u HČJZ, vol 2, broj 6, 7. travanj 2006.)

Tonči Matulić

Katolički bogoslovni fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Priča o solidarnosti u zdravstvu uvjetovana je našim razumijevanjem i solidarnosti i zdravstva. Stoga na samom početku nije s gorega zapitati se što imaju zajedničkoga solidarnost i zdravstvo, ako ih treba staviti u tako intimnu vezu, kao što je to slučaj s ovim natpisom. Ako se kaže da zdravstvo bez solidarnosti ne može, onda je bespredmetno svako pisanje o solidarnosti u zdravstvu, jer bi o tome trebale govoriti gole činjenice. No, ipak, zahtjev da se nešto kaže o solidarnosti u zdravstvu pretpostavlja da solidarnost nije naprosto dana u zdravstvu, barem ne u suvremenom zdravstvenom sustavu, koji grca u procjepima između znanstvene i etičke kompetencije, između tehničke organizacije i moralne dosljednosti, između zdravstvene politike i socijalne pravednosti, između dužnosti liječnika i autonomije bolesnika, da nabrojimo samo neke.

Procjep znanstvene i etičke kompetencije očituje se u banalnoj činjenici da najveća moguća medicinska stručnost i znanje ne jamče najveću moguću etičku stručnost i znanje. Kad bi među njima vrijedio znak jednakosti, svaki govor o solidarnosti u zdravstvu bio bi bespredmetan. Naime, solidarnost bi bila naprosto dana u najvećoj mogućoj medicinskoj stručnosti i znanju.

Procjep između tehničke organizacije i moralne dosljednosti očituje se u banalnoj činjenici da najveća moguća opremljenost dijagnostičkim i terapijskim sredstvima uopće ne jamči najveću moguću opremljenost moralnom dosljednošću i sviješću u kliničkom djelovanju. Kad bi među njima vrijedio znak jednakosti, svako govor o solidarnosti u zdravstvu bi bio bespredmetan. Naime, solidarnost bi naprosto bila dana u najvećoj mogućoj opremljenosti medicinskim sredstvima.

Procjep između zdravstvene politike i socijalne pravednosti u zdravstvu očituje se u banalnoj činjenici da najopsežnija zdravstvena politika ne jamči najveću moguću socijalnu pravednost u zdravstvu. Kad bi među njima vrijedio znak jednakosti, tada bi svaki govor o solidarnosti u zdravstvu bio bespredmetan. Naime, solidarnost bi naprosto bila dana u projektu sveobuhvatne zdravstvene politike koja tek čeka na svoju realizaciju ili na kraju svoje realizacije opet postavlja isto pitanje, tj. pitanje o socijalnoj pravednosti i solidarnosti u zdravstvu.

Procjep između dužnosti liječnika i autonomije bolesnika očituje se u banalnoj činjenici da najveća moguća svijest o dužnostima liječnika ne jamči najveću

moguću svijest o autonomiji bolesnika. Kad bi među njima vrijedio znak jednakosti, tada bi govor o solidarnosti u zdravstvu opet bio bespredmetan. Naime, solidarnost bi naprosto bila dana u najvećoj mogućoj svijesti o dužnostima liječnika, tj. u onome što najčešće predstavlja razloge nesporazuma s bolesnicima koji imaju neka svoja zajamčena prava.

Ovih nekoliko primjera služi samo kao logički pokazatelj vrijednosti tvrdnje s početka ovog natpisa, naime da o solidarnosti u zdravstvu itekako ima smisla pisati, ali ne kao pohvalu postojećem stanju, nego kao ponudu vrijednosnog određenja solidarnosti u zdravstvenom sustavu koji, očito je, grca u mnoštvu procjepa, neujednačenosti i neuravnoteženosti koji svakodnevno doprinose njegovom dubljem urušavanju. Naravno, ovdašnja kvalifikacija urušavanja je eminentno moralne, a ne ni stručne, ni organizacijske, ni ekonomske prirode, o čemu su pozvani govoriti kompetentniji. Prema tome, govor o solidarnosti u zdravstvu ne zahtijeva ni stručno-medicinsku, ni tehnički-organizacijsku, ni političko-ekonomsku kompetenciju. Govor o solidarnosti u zdravstvu zahtijeva etičku i moralnu kompetenciju, tj. kompetenciju na razini argumentirane etičke prosudbe, s jedne strane, i kompetenciju na razini moralne dosljednosti i ispravnosti u djelovanju, s druge strane.

S obzirom na etičku kompetenciju, valja reći da je solidarnost eminentno etička kategorija i da se njezina implementacija u svim sferama i sektorima javnoga i privatnoga života, uključujući i sektor zdravstva, mora voditi etičkom i moralnom, a ne čisto znanstvenom, tehničkom, ekonomskom i političkom logikom. Dakle, solidarnost nije tek jedna čarobna riječica kojom suvremeni tehnokrati i planeri mogu pokrivati svoje nesolidarne namjere ili nesposobnosti, nego je ona jedna etička kategorija koja posjeduje vlastitu i specifičnu moralnu strukturu, a koja, upravo zato jer je moralna, ne može biti totalno ni izrečena ni srozana na znanstveni, tehnički, politički i ekonomski jezik. Prema tome, svako planiranje cjelovite zdravstvene politike mora povesti računa o solidarnosti s vlastitim i specifičnim moralnim ustrojem koji se kao takav tiče osoba, a ne stvari, tiče se ljudskoga, a ne tehničkoga ponašanja, tiče se djelovanja čovjeka, a ne ekonomskih faktora i pokazatelja. Drugim riječima, teorijski je moguće zamisliti postojanje slabo razvijenoga zdravstvenog sustava, ali s razvijenom i istančanom sviješću o solidarnosti. Solidarnost se tiče ljudi, tj. njihove moralne svijesti i senzibilnosti, njihovog djelovanja, a ne sustava kao takvoga. A upravo su sve veći zahtjevi za učinkovitijim, boljim, opremljenijim i dostupnijim zdravstvenim uslugama nametnuli pitanje o solidarnosti, ali i obrnuto, jer gdje postoji kriza, rađa se ujedno nastojanje za njezinim prevladavanjem iznutra. Solidarnost, kao relativno mlada eksplicitno etička kategorija, oduvijek je imala ulogu u ljudskim odnosima i oblikovanju moralne svijesti, no tek se u novije vrijeme, tj. u vremenu kompleksnih društvenih odnosa, kako u pojedinačnom sektoru života tako i među množinom različitih sektora života, solidarnost nametnula sa svom vrijednosnom žestinom i urgentnošću.

Iz dosad rečenoga slijedi da govor o solidarnosti u zdravstvu mora krenuti od utvrđivanja vrijednosne, tj. moralne supstancije solidarnosti kao takve, a što je zadaća etičkog prosuđivanja. Po tom pitanju se može reći da solidarnost nije puka sućut prema onima koji nemaju, koji su siromašni ili koji su socijalno

ugroženi. Solidarnost nije ni isto što i socijalna pravednost u zdravstvu, jer bi se u tom slučaju radilo o pukoj zamjeni pojmova, tj. o sinonimima. Solidarnost je suvremeni izričaj za staru ideju bratstva (*fraternité*) koja ima daleko dublje povijesne i vrijednosne korijene od proglasa Francuske revolucije. Zbog toga je ideja bratstva dugo ostala zaboravljena, za razliku od ideja slobode i jednakosti koje su prolazile kroz nebrojene interpretacije i reinterpretacije. Solidarnost kao bratstvo upućuje na jedan bitan element ljudskoga, a to je da ljudska bića međusobno nisu jedni drugima ni vukovi, ni neprijatelji, ni stranci, nego da su svi braća i sestre. Prema tome, onkraj pukog sućutnog razumijevanja ideje solidarnosti stoji univerzalna ideja jedinstva ljudskoga roda kao jedne humane obitelji koja je sastavljena od slobodnih ljudskih bića kao braće i sestara. Ovo je ontološki temelj solidarnosti, koji nije statičan, nego se dinamično pretače u praksu, u svakodnevicu ljudskog življenja koja, ako želi ostati na visini moralnog zadatka dostojnog čovjeka, mora potvrđivati bliskost, upravo bratstvo među svim ljudima, a osobito bratstvo među ljudima u svakodnevnom kontaktu u različitim sektorima života, uključujući i zdravstveni. Na razini prakse solidarnost se može izreći kao trajno nagnuće prema općemu dobru, tj. prema dobru svih ljudi koji sačinjavaju jednu jedinstvenu obitelj. Ovo trajno nagnuće prema trajnom vršenju općega dobra u kontekstu solidarnih zahtjeva ne misli se više teorijski, nego praktički, tj. misli se na uvjete i mogućnosti *hic et nunc* ostvarenja solidarnih zahtjeva općega dobra. No, opće dobro nije sasvim dano u, primjerice, pojedinom sektoru života, primjerice zdravstvenom sektoru, nego je dano u općenitosti svih sektora života zajedno, tako da ostvarivanje solidarnosti u zdravstvu pretpostavlja ostvarivanje solidarnosti u svim ostalim sektorima života, budući da solidarnost nije pridržaj nekog sustava, nego je pridržaj osobe, kao eminentno moralne veličine. Nemoguće je stoga govoriti o solidarnosti u zdravstvu dok u ostalim sektorima života postoji šutnja ili neuviđavnost prema solidarnosti, budući da je čovjek, kao moralni subjekt, nositelj solidarne kulture i vrline u društvu u cjelini. Jer, solidarnost se ovdje ne misli kao puka mehanička kategorija, a što je bila vlastitost jednog sociološkog pristupa solidarnosti u xx. stoljeću, nego se misli strogo kao moralna kategorija utemeljena na ontološkom supstratu ljudskosti u čovjeku, a to je bitna vlastitost vrijednosnog pristupa solidarnosti koji solidarnost ne misli kao ravnomjernost u raspodjeli ili suosjećanje prema „izgubljenima“, nego se misli kao trajno djelotvorno stanje svijesti i duha svakog pojedinca koji je aktivno uključen u ostvarivanje općega dobra u pojedinom sektoru života, uključujući i zdravstveni sektor. Današnjim očima gledano, liječnika profesija je nezamisliva bez solidarne dimenzije, a ta se dimenzija najbolje očituje u moralnoj svijesti za pomaganjem ugroženima koja je konstitutivna liječničkom činu kao takvom.

Ukratko, solidarnost kao etička kategorija upućuje naše promišljanje u strogo moralnom smjeru, tj. u smjeru onih uvjeta koji su nužni da bi solidarnost uopće mogla zaživjeti kao stvarnost ljudskoga djelovanja i ljudskih odnosa. A uvjeti o kojima je riječ jesu bitno moralne prirode, tj. podrazumijevaju čovjekovu moralnu svijest o potrebi djelovanja sukladno zahtjevima bratstva, dobrote, pravednosti, suodgovornosti, poštenja, transparentnosti, stručnosti i kompetencije. Odatle slijedi da solidarnost jednostavno mora prožimati cijeli kompleks moralnoga djelovanja, uključujući i kompleks djelovanja u zdravstvu.

Solidarnost, dakle, nije nešto što se može izreći pukim matematičkim jezikom. Ona nije kategorija koja se može kvantificirati bilo kojim projektom ili programom. Solidarnost je, naime, eminentno moralna vrлина, tj. trajno djelatno stanje moralne svijesti koje, ako se doista radi o vrлиini solidarnosti, prožima cijeli kompleks konkretnoga ljudskoga djelovanja, uključujući i pojedinačne sektore života kao što je zdravstvo. Zdravstvo bez vrline solidarnost zasigurno nije dovršeno zdravstvo, tj. zdravstvo s kojim bismo trebali biti zadovoljni. No, pritom je riječ isključivo o moralnim pokazateljima zdravstva, tj. o pokazateljima življene vrline u djelatnicima u zdravstvu. Ima se pravo izreći nezadovoljstvo zbog postojećega stanja u zdravstvu, ali koje nezadovoljstvo se ne oslanja na drugačije političke, pravne, stručne, znanstvene, tehničke, ekonomske i organizacijske pokazatelje, nego koje se oslanja na eminentno moralne pokazatelje koje tek treba dosegnuti.

Solidarnost u zdravstvu stoga ne može odgovoriti na pojedinačno pitanje o stručnim, znanstvenim, tehničkim, organizacijskim i ekonomskim faktorima, nego odgovara odjednom na najvažnije pitanje od svih pitanja. Naime, odgovara o moralnom ustrojstvu cjelokupnoga zdravstvenog sustava na razini osobnih i kolektivnih odluka, čina, planova, projekata, postupaka, ponašanja i načina odlučivanja u zdravstvu. Solidarnost, uključujući pritom i solidarnost u zdravstvu, predstavlja svojevrsnu vrijednosnu transverzalu koja iznutra povezuje cjelokupni sustav u jednu organsku – kreposnu – cjelinu u svjetlu prihvatljivoga i poželjnoga moralnog – djelatnog i djelotvornog – funkcioniranja zdravstvenoga sustava. Samo je na taj način moguće ublažiti ili posve ukloniti postojeće procjepe u zdravstvu koji su tek naznačeni na početku ovog napisa.

Literatura

1. Baloban S., Črpić G. (ur.) (2004.): *O solidarnosti i supsidijarnosti u Hrvatskoj*, Centar za promicanje socijalnog nauka Crkve – KS, Zagreb.
2. Baloban, S. (1997.): *Etičnost i socijalnost na kušnji. Socijalna problematika u Hrvatskoj*, KS, Zagreb.
3. Matulić, T. (2003.): Autonomija trajne liječničke izobrazbe u kontekstu sukoba interesa u medicinskoj praksi, u: Hrvatski liječnički zbor, *Suradnja liječnika i farmaceutske industrije u trajnoj izobrazbi*, [Bakran I. – Ivanišević G. (ur.)], HLZ, Zagreb, str. 16-29.
4. Martini, C. M. (2000.): *Etika socijalne države*, Katehetski salezijanski centar, Zagreb.
5. Razni autori, Teološko fundiranje solidarnosti u hrvatskom društvu, u: *Bogoslovska smotra*, vol. 74 (2004.), br. 2, 349-558.
6. Valković M. (ur.) (1991.): *Sto godina katoličkoga socijalnog nauka*, Socijalni dokumenti Crkve, KS, Zagreb.

DISTRIBUTIVNA PRAVDA I PRESAĐIVANJE ORGANA

(rad izvorno objavljen u HČJZ, vol 2, broj 6, 7. travanj 2006.)

Elvio Baccharini

Filozofski fakultet, Sveučilište u Rijeci

Sažetak

Cilj je teksta raspravljanje o distributivnim pitanjima presađivanja dijelova ljudskog tijela. Posebice, riječ je o tematici komercijalizacije organa i o ustanovljivanju načela pravednosti koja omogućavaju liberalizaciju, odnosno ograničenja u ovom području. Slijedi se teorijska metoda uporabe općih načela pravednosti i zaključivanja o načelima koja imaju primat u rješavanju određenog pitanja. Posebice, primjenjuje se društveno-ugovorni pristup zasnivanja teorije pravde. Rezultati i zaključci članka su: 1. nije dopušteno proširiti konzekvencijalistička distributivna načela tako da određuju uporabu dijelova ljudskog tijela i presađivanje; 2. nije dopuštena komercijalizacija dijelova ljudskog tijela nakon smrti pojedinca.

Pitanja distributivne pravde u području medicine pojavila su se i kroz teme uporabe organa za presađivanje. Ovdje ću ukratko razmatrati dvije takve rasprave. U prvoj je riječ os distribuciji organa, a vezana je uz pretpostavku teorije distributivne pravde, koja je egalitaristička. Tema druge rasprave je prodaja organa mrtvih osoba, a vezana je uz libertarijanski pristup u teoriji pravedne distribucije.

1. Opći problem u raspravi o presađivanju organa je pitanje o tome kome od pacijenata bi raspoloživi organi trebali prioritetno pripasti. Drugim riječima, radi se o pitanju kriterija za određivanje kome dati organ za presađivanje, kada se nalazimo pred ograničenim raspolaganjem, s obzirom na potrebe. Netko bi mogao favorizirati mlađe, ili one s većim mogućnostima preživljavanja, ili one društveno korisnije, ili se pozvati na još neki kriterij. U ovom tekstu neću razmatrati ove mogućnosti, već ću se ograničiti samo na prijedlog o kome govori Eric Rakowsky (E. Rakowsky, *Equal Justice*, Oxford University Press, Oxford 1993), i to da se ne dodjeljuju organi osobama koje su same uzrokovale svoje stanje obavljanjem posebno rizičnih radnji. Problem s kojim nas Rakowsky suočava je legitiman. Svakako je smisleno postaviti pitanje smije li osoba koja je sama skrivila svoje stanje raspolagati društvenom pomoći kao i osoba koja je činila sve što je u njezinoj mogućnosti da se ne dovede u stanju u kome joj je pomoć potrebna.

Mislim da je glavni problem u primjeni ovog distributivnog načela u mogućnostima provjeravanja uvjeta za ispunjenje prava. Potrebe provjeravanja

bitno bi ugrozile pravo na privatnost građana. Trebalo bi spoznati, na primjer, ne samo je li pojedinac bio sklon pretjeranom konzumiranju alkoholnih pića, već, primjerice, i kakvom se vrstom hrane koristio. Ne vidi se, naime, razlog zbog kojeg bi uporaba hrane koja je rizičnija za zdravlje organizma, bila manje legitiman faktor razlikovanja u odnosu na pretjerano konzumiranje alkoholnih pića. Isto bi se moglo reći i za način življenja općenito, primjerice za nedovoljno posvećivanje pažnje zaštiti od stresa uzrokovanom poslom. Doima se, međutim, da bi uz takvo širenje određenja ponašanja koja oduzimaju pravo na organe za presađivanje, skoro sve osobe bile isključene. Neki su dodatni kriteriji potrebni. Ali se, tada, pojavljuje opasnost da ti dodatni kriteriji preslikavaju moralne standarde zajednice, a ne puke liječničke opise ponašanja koja su štetna za pojedine organe ljudskog tijela. To bi značilo opasan slučaj posrednog nametanja moralnih standarda (ili, barem, na njima temeljene diskriminacije), što interferira s načelom samoodređenja pojedinaca. Mislim da je Rakowskyjev kriterij teško primjenjiv s obzirom na važna prava koja se njime mogu ugroziti.

2. Bavit ću se sada pitanjem je li dopustivo omogućiti tržište za prodaju organa mrtvih osoba. Misli se na okolnosti kad osoba koja još uvijek raspolaže mogućnošću odlučivanja, želi da njezini organi budu prodani nakon njezine smrti (pretpostavljam da se to može očitovati na dva načina; u prvom slučaju, osoba dok je živa sklapa ugovor i dobiva novac, u drugom slučaju, osoba sklapa ugovor, a novac dobivaju njezini nasljednici, kada se organi iskoriste). Za takvo tržište zalaže se James Blumstein (J.F. Blumstein, *Legalizing Payment for Transplantable Cadaveric Organs*, u H. Kuhse, P. Singer (ur.), *Bioethics. An Anthology*, Oxford, Blackwell, 1999). On smatra da tri argumenta govore u prilog barem limitiranom eksperimentiranju u tržištu dijelova tijela mrtvih osoba u svrhu presađivanja. Prvo, postoji pravo na autonomiju, koje se očituje i slobodnim sudjelovanjem na tržištu svim raspoloživim resursima. Drugo, ovim pristupom došlo bi se do veće raspoloživosti organima za presađivanje; tržište bi poticalo veći broj osoba na stavljanje svojih organa na raspolaganje za presađivanje. Treće, praksa financijskog poticanja postoji u drugim domenama liječničke pomoći (na primjer, za lijekove, ili razne oblike aktivnosti liječnika), pa, po analogiji, nije jasno zašto bi upravo presađivanje bilo isključeno iz tržišta.

Smatram da ne bi trebalo biti prostora za prodaju organa mrtvih osoba. Ne mislim da pravo na autonomiju koje se očituje u pravu korištenja svih vlastitih resursa na tržištu, može biti neograničeno i uvijek potpuno zaštićeno. Ovako određenje prava u nekontroliranom obliku odgovara samo libertarijskoj doktrini i mislim da ga, stoga, Blumstein neopravdano pretpostavlja u raspravi. Čak i liberalne doktrine govore o mogućnostima limitiranja sloboda, te o limitiranom određenju sloboda koje se nikako ne smiju ograničiti. Takav je stav zastupao još John Stuart Mill, koji je govorio da je ekonomska djelatnost aktivnost koja tipično ulazi, načelno, u domenu legitimnog javnog interferiranja: „Trgovina je društveno djelovanje. Tko god se bavi prodajom neke robe drugim ljudima, čini nešto što zadire u interese drugih ljudi i interese društva općenito, pa tako njegovo ponašanje, u načelu, potpada pod jurisdikciju društva“ (J.S.

Mill, *O slobodi*, u *Izabrani politički spisi*, Zagreb, Informator, 1988, 180 (*On Liberty*, u *Collected Works of John Stuart Mill*, Toronto, Toronto University Press, 1963)). A suvremeni liberal John Rawls govori o potpunoj zaštiti onih sloboda koje su nužne za razvoj moći racionalnosti i moći razločnosti, dakle ne o svim slobodama (J. Rawls, *Politički liberalizam*, Zagreb, KruZak, 2000, 259-330 (*Political Liberalism*, New York, Columbia University Press, 1993, 259-330)). Dakle, uz pretpostavku da je libertarijanska pozicija (koja je u ovom svom stavu usamljena) u krivu, postoji legitimitet zajednice da interferira sa slobodama u tržišnoj domeni.

Ovako interferiranje, kako će i liberali prihvatiti (što, primjerice, veoma eksplicitno čini već spomenuti Mill), može biti utemeljeno i na važnom društvenom interesu. Koji bi društveni interes mogao utemeljiti ograničavanje tržišta organa mrtvih osoba? Mislim da bi dobar razlog mogao biti manja dostupnost besplatnih organa bez bitnog povećanja apsolutne dostupnosti organa. Odnosno, kada se ne bi bitno povećao broj osoba koje bi donirale organe, nego bi se taj broj uglavnom održao, jedino bi se smanjio broj onih koji doniraju besplatno, došlo bi do znatne društvene štete koja bi opravdala ukidanje tržišta.

Nedostatak motivacije, putem financijskih poticaja, za češće stavljanje na raspolaganje organa može biti i razlog koji razlikuje područje presađivanja od drugih područja liječničke potpore u kojima je tržište dopušteno. Naime, može se opravdano reći da bez financijskih poticaja farmaceutske industrije ne bi bile motivirane za nova istraživanja, niti bi, primjerice, mnoge nadarene osobe bile motivirane da se bave liječničkom profesijom. To je ono što opravdava tržišne odnose u nekim sektorima medicine. Da bi se opravdalo tržište organa za presađivanje mrtvih osoba, trebalo bi se pokazati da takvo tržište djeluje isto tako poticajno.

Blumstein, uistinu, ne bi to nužno negirao. On ne traži odmah potpuno dopuštanje tržišta organa, već samo limitirane eksperimente, kako bi se moglo ustanoviti što bi se uistinu dogodilo. Kritičari ovog prijedloga mogu reći da je takvo eksperimentiranje nedopustivo, jer bi sam nagovještaj doveo do rušenja prakse doniranja, sa spomenutim lošim posljedicama koje sam već spomenuo. Na to Blumstein odgovara da kritičari ne mogu samo izraziti sumnju, već se zabrana može temeljiti samo na jasnim dokazima, a takvih jasnih dokaza nema dok se eksperimentiranje ne provede. Mislim da Blumstein griješi u svojoj pretpostavci da je teret dokaza na strani onih koji zastupaju zabranu tržišta organa. Ovakva se zabrana temelji na analogiji između ovog sektora medicinske pomoći i drugih medicinskih aktivnosti, kao i na libertarijanskoj pretpostavci. Već smo vidjeli, međutim, da se ne može pretpostaviti niti ova analogija niti libertarijansko načelo. U najmanju ruku, teret se dokaza nalazi podjednako na objema stranama. Na strani zabrane, prije empirijske provjere, jest činjenica da je jako malo vjerojatno da će osobe donirati organe, ako mogu sklopiti ugovor o njihovoj prodaji nakon smrti i ostvariti prihod u životu ili ostaviti dodatna financijska sredstva svojim nasljednicima nakon smrti. Blumstein može samo zastupati hipotezu da bi se znatno povećala količina organa kojima bi se raspolagalo. Ali, u tom slučaju, prije eksperimentiranja prakse koja može

donijeti loše posljedice, valja provjeriti mehanizme koji bi mogli dodatno favorizirati doniranje. Primjerice, to bi mogla biti praksa pretpostavke doniranja, ako se osoba nije tijekom života drugačije izjasnila.

Literatura

1. Blumstein JF. Legalizing Payment for Transplantable Cadaveric Organs. u: Kuhse H., Singer P. (ur.). Bioethics. An Anthology. Oxford: Blackwell, 1999.
2. Dal Bo' C. Siamo proprietari dei nostri organi?. u: Bioetica, 4/2003.
3. Harris J. The Survival Lottery. u: Kuhse H. i Singer P. (ur.). Bioethics. An Anthology. Oxford: Blackwell, 1999.
4. Mill JS. O slobodi, u Izabrani politički spisi. Zagreb: Informator, 1988. str. 180
5. Rawls J. Politički liberalizam. Zagreb: KruZak, 2000. str. 259-330.

ETIKA I MEDICINA RADA

Jadranka Mustajbegović

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Uvod

Opći razvoj umnožio je i usložio stručne i znanstvene spoznaje u ljudskoj djelatnosti, tako da je za obavljanje društvenih zadaća koje iz njih proizlaze nužno usmjeravanje, specijalizacija. Medicina rada jedna je od specijalizacije iz područja javnog zdravstva. Važnost znanja i stručnosti važne su odlike djelovanja stručnjaka u području medicine rada. Budući da stručno znanje podliježe stalnim promjenama, kako bi specijalist medicine svoju kompetentnost održao na visokoj razini, on mora stalno pratiti zbivanja i novosti u znanosti, proučavati ih i usvajati. U suprotnom postoji opasnost da podlegne površnoj rutini. Svoju stručnost specijalisti medicine rada će obnavljati i unaprjeđivati temeljnim praktičnim radom, pohađanjem tečajeva trajnog usavršavanja, sudjelovanjem na stručnim sastancima te praćenjem stručnih knjiga i časopisa. Osim stručnosti za svakodnevni rad specijalista medicine rada, važna su i etička pravila koja ih obvezuju.

Etika i etički kodeksi

Etika je znanost temeljena na moralnim načelima, nauk o ćudoređu, moralu na osnovi načela zdravog razuma (grčki *ēthikós* znači moralan, ćudoredan, a *ēthos* običaj, narav, karakter). I dok etika sustavno izučava i prosuđuje ljudsko djelovanje u svjetlu moralnih vrijednosti i moralnih načela, za uređenje djelovanja mogućih vrijednosnih dvojbi unutar profesije razvila se, kao posebni dio etike, znanost o dužnostima – deontologija. Deontologija je samosvojni sustav načela i obvezujućih pravila: grčki *déon* = ono što obvezuje.

Tradicionalno su etički problemi bili prepušteni struci, a javnim problemom postali su nakon II. svjetskog rata, nakon ekstremnih slučajeva zločinačke primjene medicinskog znanja, kada se donose prvi etički pravilnici koji određuju postupke liječnika: Nürnberški zakonik 1947., Međunarodni kodeks medicinske etike 1949. Za obavljanje i drugih zvanja od većeg društvenog interesa počinju se donositi kodeksi koji, uz ukupnost etičkih načela rada određene profesije, uključuju i pravne posljedice njihova rada - deontološki kodeksi. Uz deontološke kodekse liječnika najčešće se spominju deontološki kodeksi odvjetnika i novinara (1,2).

Godine 1996. Međunarodna komisija za medicinu rada (ICOH) donijela je Međunarodni etički kodeks za stručnjake medicine rada (koji je ovdje predstavljen u cijelosti kao prilog).

Prema ovome kodeksu praksa medicine rada mora se provoditi u skladu s najvišim profesionalnim mjerilima i etičkim principima. Stručnjaci zaposleni u djelatnosti medicine rada moraju služiti zdravlju i socijalnoj dobrobiti radnika pojedinca i svih radnika zajedno. Svojim radom oni također pridonose zdravijem okolišu i zdravijoj zajednici.

Među obveze stručnjaka u djelatnosti medicine rada pripadaju zaštita života i zdravlja radnika, poštovanje ljudskog dostojanstva i promicanje najviših etičkih principa u djelatnosti medicine rada i njezinim programima. Integritet u profesionalnom vladanju, nepristranost te zaštita tajnosti zdravstvenih podataka i osobnih podataka radnika dio su tih obveza.

Stručnjaci u djelatnosti medicine rada moraju uživati punu profesionalnu nezavisnost u obnašanju svojih funkcija. Moraju se osposobiti za obavljanje svojih dužnosti i zadržati tu sposobnost, a nužni su im uvjeti u kojima će svoje zadatke moći obavljati na najbolji mogući način i u skladu s profesionalnim etičkim načelima (3).

Praktično značenje etike za medicinu rada

Donošenje odluka pri rješavanju slučajeva u svakodnevnoj medicinskoj praksi uključuje sljedeće elemente:

- **znanje**
- **prethodno iskustvo**
- **vrijednosni sudovi (etički aspekti).**
 - *Za donošenje odluka u svakodnevnoj medicinskoj praksi potrebno je razmisliti s etičkog aspekta i o posljedicama koje naše odluke i postupci mogu imati. U kliničkoj praksi najčešće odluke vezane su uz izbor terapijskih postupaka (bolesnik odbija određene terapijske postupke), donošenje odluka vezanih uz transplantaciju, odluke vezane uz kraj i početak života. Osnovni koraci u modelu rješavanje etičkih problema u kliničkoj praksi su:*
- **definirati problem,**
- **prikupiti sve dostupne medicinske informacije o slučaju,**
- **analizirati moguće etičke probleme,**
- **svakako donijeti zaključak i rješenje problema (2,4).**

Međutim, u višedisciplinarnim i međusektorskim pristupima i u zdravstvenoj djelatnosti, one koji su u njega uključeni povezuju brojne obveze i složeni odnosi. Tipični je primjer djelatnost medicine rada.

Veliki broj disciplina dotiče se medicine rada jer ona je veza između tehnologije i zdravlja, koja obuhvaća tehničke, medicinske, socijalne i pravne aspekte. Uključeni su stručnjaci različitih profila: specijalisti medicine rada i medicinske sestre, inženjeri zaštite na radu, inspektori zaštite na radu, psiholozi, specijalisti koji se bave ergonomijom, sprječavanjem nesreća i unaprijeđivanjem radnog okoliša, kao i oni koji se bave istraživanjima na području medicine rada i sigurnosti na radu. I etički kodeksi za stručnjake zaposlene u djelatnosti medicine rada razlikuju se od etičkih kodeksa namijenjenih liječnicima. Zato je važno definirati ulogu specijalista medicine rada i njihov odnos prema stručnjacima drugih struka, drugim medicinskim stručnjacima i socijalnim partnerima u području ekonomske, socijalne i zdravstvene politike i razvoja. Kako bi to bilo moguće, nužan je jasan stav o etičkim načelima specijalista medicine rada i mjerilima njihova profesionalnog ponašanja.

Specijaliste medicine rada, kao i sve ostale liječnike, obvezuje prije svega etički kodeks liječničke struke, što u našoj zemlji znači Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatske liječničke komore (5). Osim toga, etičke obveze specijalista medicine rada i svih ostalih stručnjaka, koji su članovi Hrvatskog društva za medicinu rada Hrvatskog liječničkog zbora, određene su prema Međunarodnom etičkom kodeksu za stručnjake medicine rada udruženja Međunarodne komisije za medicinu rada, krovne organizacije za djelatnost medicine rada kojoj je Društvo pristupilo 1995. godine (3).

Kada specijalisti nekoliko profesija rade zajedno služeći se višedisciplinarnim pristupom, važno je da svoje postupke temelje na zajedničkim etičkim principima i na uzajamnom razumijevanju obveza, odgovornosti i profesionalnih normi. Područje djelatnosti medicine rada opterećeno je etičkim problemima i dvojbama koje nisu lako rješive. Posebnu pozornost treba posvetiti etičkim aspektima, osobito kad je riječ o konfliktnim pravima kao što su pravo na zaštitu zaposlenja i pravo na zaštitu zdravlja, pravo na informaciju i pravo na povjerljivost te kad se radi o individualnim i kolektivnim pravima. Potrebno je bolje spoznavanje složenih i katkad kompetitivnih odgovornosti koje stručnjaci za zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu imaju u odnosu prema radnicima, poslodavcima, javnosti, mjerodavnim upravnim organima i drugim tijelima (organima za javno zdravstvo i rad, organima socijalne sigurnosti i pravosudnim organima). Nadalje, stalno povećavanje broja ordinacija medicine rada i organizacija za sigurnost i zaštitu na radu što je rezultat obveznog ili dragovoljnog osnivanja tih službi, zahtijeva izgradnju etičkih principa, obveza, odgovornosti i profesionalnih normi (6).

Podrazumijevajući široko moralne principe kao što su autonomija, poštivanje profesionalnosti, ne škoditi, činiti dobro, pravda, odgovornost i integritet osobnog i povjereničkog odnosa - mogu pomoći u vođenju donošenja odluke. Poštena i pažljiva procjena socijalnog, ekonomskog, političkog i institucionalnog konteksta problema mogu pružiti pogled, te razumno razmatranje i rasprava s ostalima. Ti koraci mogu također pomoći u pokazivanju puta ka rješenju, što ne znači nužno da u praktičnom životu teže izbore rješenja čine lakšima. Međutim, napredci u medicini, znanosti i tehnologiji nagovješćuju povećanje broja kompleksnih etičkih problema, kao što

je u nas porast kompetitivnosti tržišta za zdravstvenu zaštitu i sigurnost na radu, što uključuje i ordinacije medicine rada te društva, udruge, odnosno stručne tvrtke za obavljanje poslova zaštite na radu. Stoga je krajnji trenutak za izradu nacionalnog etičkog i deontološkog kodeksa za stručnjake u djelatnosti medicine rada. Osim toga, potreba za strukturnim osiguranjem, zaštitom profesionalaca u medicini rada nikad nisu bili jasniji. Osim ako se ti profesionalci mogu nekako izolirati od osobnih ekonomskih represalija (kaznenih mjera). Razvoj strukturnog osiguranja, zaštite zahtijevat će jasnoću i zakonodavnu akciju. Konstruktivna rješenja također traže poštenu dijalog i jasno razumijevanje svih strana o tome kako njihove akcije i očekivanja mogu doprinijeti oboma - kreaciji i rješavanju etičkih zadataka u medicini rada.

Literatura

1. Miličić V. Deontologija profesije liječnik: život čovjeka i integritet liječnika - čudoredna raskrižja bioetike. Sveučilišna tiskara, Zagreb, 1996.
2. Znidarčić Ž (ur). Medicinska etika 1. Centar za bioetiku Filozofsko-teološkog instituta Družbe Isusove, Zagreb, 2004.
3. Međunarodna komisija za medicinu rada. Međunarodni etički kodeks za stručnjake medicine rada. Hrvatsko izdanje: Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada, Zagreb, 1996.
4. Nacionalno bioetičko povjerenstvo za medicinu Vlade Republike Hrvatske. Etika u medicinskim istraživanjima i kliničkoj praksi. (ur. Borovečki A.) Medicinska naklada, Zagreb, 2003
5. Hrvatski liječnički zbor i HLK. Kodeks medicinske etike i deontologije. Hrvatski liječnički zbor, HLK. Zagreb, 2008.
6. Društvo sudskih vještaka. Vještak. (ur. Sabol Ž.) Multigraf, Zagreb, 1985.

PRAVA DJETETA

Aida Mujkić

Generalna skupština Ujedinjenih naroda je 20. studenog 1989. godine prihvatila „Konvenciju o pravima djeteta“, koja je stupila na snagu 2. rujna 1990. godine. Time smo u području prava djeteta dobili najvažniji dokument iako Konvencija nije prvi, a naravno niti posljednji međunarodni dokument koji određuje prava djeteta (1).

Rasprave o prirodnim pravima čovjeka nalazimo još kod Platona i Aristotela, u kasnoantičkom stoičkom poimanju, a također i u kršćanskom svjetonazoru (2). Prava čovjeka su i zahtjev dokumenata klasičnog liberalizma 18. stoljeća. Najpoznatiji primjer je „The Virginia Declaration of Rights“, dokument države Virđinije iz 1776. godine koji deklarira prirodna prava čovjeka uključivo pravo pobune protiv neodgovarajuće vlasti, a koji je temeljen na starijim dokumentima te vrste, ponajprije „The English Bill of Rights“ (1689) (3). Slijedom vremena i povijesnih događanja deklaracija iz Virđinije je utjecala na mnogobrojne slične dokumente među kojima je vjerojatno najpoznatija „The French Revolution's Declaration of the Rights of Man and of the Citizen“ (1789). Nakon II. svjetskog rata, 1948. godine, Ujedinjeni narodi donose „Opću deklaraciju o pravima čovjeka“ (4).

Iako prava čovjeka podrazumijevaju, kad god je moguće i smisleno, i prava djeteta, već odavno je uočena potreba posebnih prava djeteta s obzirom na djetetove specifičnosti i položaj u zajednici. Tako je 1924. godine donesena „Ženevska deklaracija o pravima djeteta“, a 1959. „Deklaracija o pravima djeteta“. Mnogi drugi međunarodni i nacionalni dokumenti posvećeni su pravima djeteta. Za zdravstvene djelatnike od posebne je važnosti „Otavska deklaracija o pravu djeteta na zdravstvenu zaštitu“ (5).

Ono što je novo u Konvenciji o pravima djeteta, jest prepoznavanje djeteta kao subjekta prava, činjenica da su prava djeteta odgovornost odraslih da osiguraju njihovu primjenu te da je nužno cjelovito sagledavanje svih prava djeteta i međusoban odnos (6). Možemo reći da Konvencija pruža holistički pristup pravima djeteta. Dijete ima mnoga ograničenja u usporedbi s odraslom osobom koja proizlaze iz fizičke, psihičke i socijalne nezrelosti te manje ili veće ovisnosti o roditeljima i drugim odraslim članovima društva. U kontekstu prihvaćenih prava djeteta dijete osobno ne zastupa i ne brani svoja ljudska prava, nego to u njegovo ime čine odrasle osobe. Takvi odnosi često dovode do kršenja prava djeteta, a i evolucija prava djeteta je sporija od evolucije prava odraslih. U svijetu u kojemu prevladava moć sile i koji, na žalost, pokazuje sve veće društvene razlike i raslojavanje u okviru neoliberalnog kapitalizma i globalizacije prava slabih, ponajprije djece, ali i starih, invalida i nacionalnih manjina, dobivaju još veće značenje. Pitanje dječjih prava zadire u gotovo sve

segmente društva, ali možda nigdje nije tako istaknuta važnost kao u zdravstvenom sustavu budući da odluke koje donose zdravstveni stručnjaci utječu na dječje živote na dubok, intiman i vrlo snažan način. Članci Konvencije mogu se svrstati u tri skupine: oni koji definiraju zaštitu od zanemarivanja, zlostavljanja, eksploatacije, diskriminacije (članci 6,9,19,20,32,33,34), pravo na uvjete koji pomažu djeci da ostvare svoje potencijale, standard u zdravlju i zdravstvenim uslugama kao i standard življenja općenito smještaj, hrana, obrazovanje (članci 24,27) i sudjelovanje same djece pravo na poštovanje, aktivnu ulogu u obitelji, zajednici kao i u organizacijama koje služe djeci (članci 7,8,12,13,17,23) („protection, provision, participation“) (7). Od 54 članka Konvencije neki se više odnose na prava djeteta iz sfere zdravstvene zaštite. Na primjer članak 12., stavak prvi navodi: „Države ugovornice osigurat će djetetu koje je sposobno oblikovati vlastito mišljenje pravo na izražavanje misli o svim stvarima koje se odnose na njega te im pridavati značenje u skladu s uzrastom i zrelošću djeteta.“ Komitet za prava djeteta, međunarodno tijelo odgovorno za praćenje primjene Konvencije od strane pojedinih vlada, smješta ovaj članak na mjesto centralnog principa koji se mora razmatrati uza sva druga prava (8). Ovaj članak ne govori samo o pristanku djeteta na neki medicinski tretman nego ima šire značenje. On uključuje obvezu poštivanja prava djece koja su u stanju izraziti svoja gledišta, da budu saslušana i shvaćena ozbiljno kada se radi o odlukama koje se tiču djece (9). U svakodnevnom životu djeca se osjećaju isključenima iz procesa u kojima se prenose informacije i donose odluke važne za njihove živote (10). Istraživanja pokazuju da i vrlo mala djeca žele biti informirana i mogu prihvatiti i bolne informacije ako su im prenesene na jasan i suptilan način (11). S druge strane, odrasli su često skloni zadržavanju informacija smatrajući kako time štite djecu. Međutim, djeca ocjenjuju da takvo ponašanje pridonosi stresu i anksioznosti (12). Pravo koje donosi članak 12. Konvencije ne odnosi se samo na zaštitu prava djeteta kao pojedinca, on uključuje i sagledavanje dječjih gledišta o pitanjima djece kao populacije, u čemu djeca još manje sudjeluju nego kada su u pitanju individualna prava. Istraživanje „Stepney Community Nursing Development Unit“ provedeno među 4-5 - godišnjacima iz istočnog Londona o njihovom lokalnom okolišu, pokazalo je da su djeca, bolje negoli bi to učinili odrasli, iznijela svoj strah od prometa, nasilja, droga i žohara. Željela su više drveća i zelenila, ali su npr. odbila ideju prekrivanja dječjeg igrališta travom zbog straha od odbačenih igala i psećeg izmeta (13). U engleskom gradu Derbyju su pitali djecu za mišljenje prilikom izgradnje nove dječje bolnice. Jedan od dječjih zahtjeva je bio i vidjeti osobu koja mu se obraća na prijemnom mjestu, a što je djeci gotovo uvijek nemoguće zbog visine namještaja ili prozora za komunikaciju (14). Aktivno sudjelovanje djece u odlučivanju važno je kao princip koji omogućuje djeci ono što i odrasli imaju: pravo usluge i servise koji uzimaju u obzir njihove dvojbe, iskustvo i gledišta, ali je važno i kao sredstvo poboljšanja kvalitete i povećanja standarda i razvoja usluga u cjelini.

Drugi centralni princip naveden je u članku 3. Konvencije, koji u stavku prvom kaže: „U svim djelima koje radi djece poduzimaju javne ili privatne ustanove socijalne skrbi, sudovi, upravne vlasti ili zakonodavna tijela, interesi djeteta trebaju imati prvenstvo.“ Stavljajući na prvo mjesto interes djeteta, ovaj članak

ima utjecaja na pojedino dijete, ali također i na položaj djece u sistemu. Govoreći o položaju djece kao populacije, u okviru zdravstvenog sustava to znači osiguravanje odgovarajućih sredstava primjereno potrebama i udjelu djece u populaciji, razvoj servisa za zadovoljavanje potreba djece, uključivanje u programe istraživanja, skraćivanje lista čekanja za djecu. Izvješće „The Health Select Committee“ iz 1997. godine nalazi, između ostalog, da djeci ne daju dovoljan prioritet političari i zdravstveni stručnjaci, zdravstvene usluge često se temelje na tradicionalnom pristupu ili profesionalnim interesima, zdravstvene usluge djeci često pruža nedovoljno obrazovano i iskusno osoblje, česta je fragmentiranost sustava (15). Stavljajući u žarište u prvome redu interes djeteta na individualnoj osnovi, postavlja se pitanje kako određujemo najbolji interes djeteta? Tradicionalno najbolji interes djeteta je ono što su odrasli smatrali najboljim i često se može uočiti da ono što je u određenom času smatrano najboljim za dijete, danas ne samo da ne smatramo najboljim već smatramo neprihvatljivim. Pogledajmo samo primjer rodilišta u kojima se dijete poslije rođenja odvajalo i donosilo majci nakon 24 ili više sati, da bi se „dijete i majka odmorili“, majke se podučavalo da štipaju i lagano čupaju kosicu oko uha kako bi probudile dijete koje su dobile na podoj, a koje, prije toga nahranjeno bočicom, spava. Ili primjer bolničke prakse oko posjeta hospitaliziranoj djeci. Majkama je doslovce bilo zabranjeno posjećivati djecu „da se ne uzrujavaju“, tonzile su uklanjane kome je trebalo i kome nije trebalo, invalidna djeca su smještavana u ustanove daleko od obitelji na dugotrajna razdoblja. Najbolji interes djeteta može značiti i da to nije najbolji medicinski odabir - npr. novorođenče s Hiršprungovom bolešću je, medicinski gledano, najbolje zbrinuti cijelo vrijeme u bolnici dok čeka operaciju, međutim to ima negativne posljedice na obiteljske i emocionalne odnose, posebno djeteta i majke, tako da djetetovo zdravstveno pravo sagledavamo kroz prizmu svih prava, u konkretnom slučaju prava na obitelj (16). Naravno da se tu ponovno dolazi do toga na koji način su organizirane zdravstvene ustanove za djecu, znači je li moguć trajni boravak roditelja s djetetom, odnosno je li bolnica ili odjel „prijatelj djece“. Još ne tako davnih, 1980-ih godina prošloga stoljeća vodile su se debate o potrebi analgezije operirane novorođenčadi. Napredak u razumijevanju fiziologije novorođenčeta, prije nego prihvatanje prava djeteta, doveo je do prihvatanja primjene sredstava protiv bolova u djece svih dobi, što bi trebalo biti standard danas. U nekim situacijama dobivanje informiranog pristanka za neki zahvat na djetetu postaje jako komplicirano ako taj pristanak daju roditelji, a oni se razilaze međusobno u stavovima. Na primjer, realne situacije su prihvatanje ili odbijanje nekih postupaka religiozno uvjetovanih - npr. cirkumcizija muške djece (17). U raznim povijesnim razdobljima i raznim kulturama percepcija najboljeg interesa djeteta se jako razlikuje. Naša predanost provođenju tog principa u praksi ne daje uvijek jednoznačne i jednostavne odgovore, ali to ne znači da se uvijek ponovno ne trebamo propitivati o tome što je zapravo najbolji interes djeteta i onda prema tomu postupati.

Živimo u vremenu kada su prava djeteta na razini dokumenata: konvencija i deklaracija, raznih propisa, zakona na vrlo visokoj razini. No, to je samo prvi korak. Usvojena i prihvaćena prava djeteta temelj su krajnjega cilja, a to je

primjena svih tih prava u slučaju potrebe svakog pojedinog djeteta. U stvarnom, svakodnevnom životu odgovornost za primjenu prava djeteta na svakoj je odrasloj osobi, a osobito na onima koji imaju znanje, razumijevanje i mogućnost djelovanja. Pedijatri su pritom na posebnom mjestu, i opet potvrđujemo općepoznatu tvrdnju da su upravo pedijatri „odvjetnici“ djece. Konvencija o pravima djece otvara dva jasna izazova za zdravstvene djelatnike: jedan je zastupanje prava djece unutar zdravstvenog sustava, a drugi izvan njega. Unutar zdravstvenog sustava riječ je o utjecaju na već spomenute segmente - pravo odlučivanja, informirani pristanak, najbolji interes djeteta, prikladni uvjeti smještaja u zdravstvenim ustanovama, optimalna terapija, human i empatičan odnos prema djeci i sve to u okviru holističkog pristupa kakav od zdravstvenog sustava očekuje i zahtijeva Konvencija. Početni korak praktične primjene prava djece u svakodnevnoj pedijatrijskoj praksi može biti, suprotno od tradicionalnog pristupa u kojemu se razgovara isključivo s roditeljem/pratnjom djeteta, komunikacija izravno s djetetom neovisno o dobi (18). Velik dio sredstava zdravstvenog sustava troši se na popravljjanje štete učinjene djeci zbog socijalnih i ekonomskih faktora na koje se može djelovati odlukama i akcijama koje daleko premašuju mogućnosti zdravstvenih profesionalaca. No, upravo su pedijatri ti koji se susreću sa posljedicama za djecu koje nastaju zbog socijalnih nejednakosti, siromaštva, ratova, izbjeglištva, zlostavljanja i zanemarivanja, interesa profita i raznih interesnih skupina. Zbog svega toga pedijatri imaju jasnu odgovornost zastupanja interesa djece traženjem socijalnih, ekonomskih i političkih promjena koje će djeci osigurati ostvarivanje najboljeg mogućeg zdravlja. U globaliziranom svijetu pedijatri će se sve češće susretati sa zdravstvenim problemima djece uzrokovanim upravo takvim globaliziranim svijetom (19).

U svakom ljudskom djelovanju postoji pitanje prioriteta i naravno da djeca nisu jedina skupina sa neostvarenim pravima i mogućnostima. Međutim, upravo je ulaganje u djecu izazov suvremenog svijeta koji omogućuje stabilno, humano, demokratsko i ekonomski održivo društvo budućnosti. Zdravstveni djelatnici, napose pedijatri, roditelji i djeca sama, trebaju učiti o pravima djece, ali isto tako i o odgovornostima (20).

Literatura

1. Djeca prije svega. UNICEF
2. Gjurić G. Prava djeteta-30 godina Deklaracije o pravima djeteta. 119-25. Pedijatrija danas, ur. Gjurić G. i Sabol Z. Zagreb, 1989.
3. http://en.wikipedia.org/wiki/Virginia_Declaration_of_Rights 30. listopada, 2008.
4. <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/src2.htm> 30. listopada, 2008.
5. World Medical Association Declaration of Ottawa on the Rights of the Child to Health Care, Adopted by the 50th World Medical Assembly Ottawa, Canada, October 1998.
6. Lansdown G. Implementing children's rights and health. Arch. Dis. Child. 2000;83:286-8.

7. Brook GD. Challenges and outcomes of working from a rights based perspective. Arch. Dis. Child. 2005;90:176-8.
8. Office of the High Commissioner for Human Rights. The Convention on the Rights of the Child, Marta Santos Pais, in Manual on Human Rights reporting under six major human rights instruments. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights,1997.
9. Lansdown G.Takong Part: Children's participation in decision making.London:IPPR,1995.
10. Pandrich C ed.We HAVE rights okay:children's views on the UN Convention on the Rights of the Child. London: Save the Children,1999.
11. Alderson P. Children's consent to surgery. London: Open Press,1993.
12. Marshall K.Children's rights in the balance: the participation-protection debate.London: The Stationery Office,1997.
- 13.Stepney and Wapping Community Child Health Project. Stepney Community Nursing Development Unit research and development programme 1993-5. London.
- 14.Wilow C. Hear! Hear! Children and young people's participation in local democracy. London:Local Government Information Unit,1997.
- 15.Health Select Committee report. Health services for children and young people. London,1997.
- 16.Wheeler R.Children' rights. Arch. Dis. Child. 2005;90:174-5.
- 17.General Medical Council.Guidance for doctors who are asked to circumcise male children. London:GMC,1997.
- 18.Waterston T. A general paediatrician's practice in children's rights. Arch. Dis. Child. 2005;90:178-81.
- 19.Waterston T, Goldhagen J. Why children's rights are central to international child health. Arch. Dis. Child. 2007;92:176-80.
- 20.Hall DMB.Children, rights and responsibilities. Arch. Dis. Child. 2005;90:171-3.

MEDICINSKO ETIČKI PROBLEMI U ŠKOLSKOJ MEDICINI

Vesna Jureša, Vera Musil, Marjeta Majer

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“

Školska medicina je svojevrsna posebnost u području javnoga zdravstva s obzirom na medicinske probleme koje rješava, pristup tim problemima i populaciju koja čini područje njezina interesa.

Školska medicina obuhvaća djelatnost za zaštitu zdravlja školske djece i mladih s posebnim naglaskom na mjerama za očuvanje i unapređenje njihova zdravlja (1). Školsku djecu i mlade čine svi polaznici osnovnih i srednjih škola te redoviti studenti, ali i djeca i mladi koja nisu obuhvaćena školovanjem, a u dobi su kad je školovanje obavezno i uobičajeno. Zdravstvena zaštita ovog djela populacije ima svoje posebnosti i zakonsku regulativu koja se razlikuje u pojedinim zemljama. Pružanje medicinske skrbi u okviru školske medicine prelazi okvire klasičnog medicinskog modela i blisko je povezana s odgojem i obrazovanjem. Školska medicina je slijedom svojeg povijesnog razvoja, ali i zbog promjena u opsegu i trajanju školovanja, te novih zahtjeva koje pred nju postavlja suvremeno društvo, ovisno o državama i modelu organizacije zdravstvene zaštite može uključivati ne samo preventivnu nego i kurativnu zdravstvenu zaštitu (2). Stoga kada govorimo o etičkim problemima u školskoj medicini, oni iako imaju određene sličnosti s etičkim problemima koje nalazimo u ostalim medicinskim strukama, osobito primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili javno-zdravstvenim strukama, imaju i posebnosti koje čine svakodnevnu praksu liječnika školske medicine vrlo složenom. U ovome tekstu bit će prikazani osnovni etički problemi koji se pojavljuju u školskoj medicini.

Specifičnosti populacije kojom se bavi školska medicina i dvojnost u pružanju zdravstvene zaštite, i preventivna i kurativna, očituje se i u etičkim problemima koji se pojavljuju u radu školske medicine. Istovjetni postupci, kao što su savjetovanje ili profilaktičko davanje lijekova, potvrđuju kako su granice između preventivne i kurativne zdravstvene zaštite u praksi puno „mekše“ nego što se to teorijski doima. Potrebno je istaknuti kako preventivni postupak ne završava otkrivanjem nekog poremećaja ili bolesti, upravo suprotno – može i treba uključivati intervenciju, kurativni postupak ili liječenje. U praksi to znači potrebu liječenja osobe (ne samo davanje lijeka, nego i fizikalnu terapiju, psihoterapiju, upute o prehrani i drugo) kojoj je na sistematskom pregledu otkrivena bolest, kao integralni dio toga preventivnog postupka.

Djecu, adolescente i maloljetne mlade osobe ubrajamo u vulnerabilne skupine ponajprije zbog razvojnih i bioloških obilježja, a u medicinskoj praksi i zbog činjenice da oni, za razliku od odraslih i kompetentnih pacijenata, ne mogu dati

pristanak na preventivne i kurativne postupke koji se pružaju ovoj populaciji u okviru cjelokupne zdravstvene zaštite, pa tako i u okviru školske medicine.

Pitanje davanja i pribavljanja obaviještenog pristanka u djece i adolescenata potaknulo je niz rasprava među ljudima koji se bave područjem medicinske etike. Naime, djeca i adolescenti nisu u mogućnosti dati pun obaviješteni pristanak bilo za profilaktičke bilo za kurativne postupke jer ih zakonodavac najčešće prepoznaje kao osobe koje ne mogu dati pristanak ili koje ga mogu dati u manjem opsegu ovisno o dobi u kojoj se nalaze. Stručna i znanstvena literatura iz toga područja upućuje na ozbiljnost toga problema, ali rješenja uvelike ovise o zakonodavstvu u pojedinim državama.

Merlo i suradnici, u svojem članku, u odjeljku o autonomiji pacijenta i stadijima razvoja djece, navode da se u dobi od 6 do 11 godina u djece pojavljuje konkretna predodžba, što ima za posljedicu ono što nazivamo „orijentacija u realnosti“. Poslije, tijekom razvoja, aktivnosti ili postupci postaju namjerni, namjeravani i planirani. U dobi od 12 godina pojavljuje se apstraktno mišljenje i oblikovano je u 15. godini života. Na osnovi navedenih razloga autonomiju nije moguće osigurati ili provesti u male djece, ali pri donošenju medicinskih odluka kod starije djece nju svakako treba uzeti u obzir (3).

U suvremenom se društvu danas sve više raspravlja o pravima djeteta i njihovu sudjelovanju u medicinskom odlučivanju. Tako etičko povjerenstvo Američke akademije za pedijatriju (American Academy of Pediatrics) u svojim preporukama „Informirani pristanak, roditeljska dozvola/suglasnost i prihvatanje djeteta u pedijatrijskoj praksi“ (Informed consent, parental permission and assent in pediatric practice), navodi u zaključcima kako su u ponovljenoj analizi informiranog pristanka utvrđena ograničenja i problemi njegove primjene u pedijatrijskoj praksi. U praksi je potrebno poštivati dva principa, koja uključuju, dopuštenje roditelja i pristanak pacijenta. Američka akademija za pedijatriju vjeruje da najčešće liječnik ima etičku i pravnu obvezu dobiti pristanak roditelja za provedbu preporučenog medicinskog postupka. U raznim okolnostima liječnici trebaju nastojati tražiti/pribaviti pristanak pacijenta u skladu s njegovim stupnjem razvoja. Liječnici trebaju tražiti informirani pristanak od pacijenta ako je riječ o samostalnoj (emancipiranoj) ili primjereno zreloj djeci sa sposobnošću donošenja odluka, ili kada to zahtijeva zakon u pojedinoj zemlji (4).

U praksi to najčešće znači da zakonodavac ne predviđa mogućnost da mlađa školska djeca imaju sposobnost odlučivanja kad je riječ o raznim medicinskim postupcima, nego umjesto njih odluku donose roditelji ili skrbnici, ponekad po potrebi i liječnici, uglavnom u hitnim stanjima.

Unutar kurativnog aspekta školske medicine najčešće se pojavljuju problemi vezani uz terapijski odnos liječnika i pacijenta bilo da je riječ o pitanjima vezanim uz sam odnos liječnika i pacijenta (pitanje pristanka na liječenje i odbijanja liječenja, čuvanje liječničke tajne) ili pak o dilemama vezanim uz provedbu nekih terapijskih i dijagnostičkih postupaka. Ovi se problemi ne razlikuju bitno od sličnih etičkih problema koje nalazimo u ostalim područjima kurativne medicine, s jednom iznimkom, a to su posebnosti koje proizlaze iz

karakteristika populacije kojom se školska medicina bavi. U nas je malen broj istraživanja koja se bave etičkim problemima u radu s djecom, posebice školskom djecom i mladima. Novaković, u svojem istraživanju o medicinsko-etičkim problemima u pedijatrijskoj praksi, provedenom na pedijatrijskim odjelima, prijemnim ambulantama bolnice i dječjim i školskim dispanzerima u Zagrebu, našla je učestalost etičkih problema od 2,5% do 9,2% na pedijatrijskim odjelima i prijemnim ambulantama bolnice te 0,5% u tadašnjim dispanzerima za zaštitu zdravlja predškolske i školske djece u odnosu na broj pregledane djece. Najčešće dileme bile su iz skupine „odnos liječnik-bolesnik/roditelj“, te „nesklad između dobro za bolesnika – dobro za zajednicu“ (ograničeni materijalni izvori), slijede „terapijske dileme“, „dileme u vezi s dijagnostičkim postupcima i ispitivanjima na djeci“, „etika radnika u zdravstvu“ i „poteškoće u radu zdravstvene zaštite“ (5).

Posebice važno područje medicinske etike povezano je s provedbom preventivnih mjera zdravstvene zaštite djece i mladih, iz nekoliko razloga: preventivni postupci vrlo često obuhvaćaju veliki broj populacije djece i mladih, pojedini preventivni postupci (npr. cijepljenje) mogu imati neželjene posljedice ili komplikacije, prepoznavanje poremećaja ili bolesti za koje ne postoji uspješno liječenje, otkrivena bolest ili poremećaj mogu biti stigmatizirajući za dijete ili ograničavajući pri izboru škole ili profesije i drugo.

Hodges i suradnici, u članku pod naslovom „Profilaktičke mjere u djece: ravnoteža između ljudskih prava i javnozdravstvenog interesa“ (Prophylactic interventions on children: balancing human rights with public health), navode šest pretpostavki koje treba zadovoljiti kako bi se jedna preventivna mjera provela bez pristanka u nekoj populaciji, a radi općeg javnozdravstvenog dobra:

1. Opasnost za zdravlje populacije mora biti znatna.
2. Bolest mora imati znatne posljedice za stanovništvo ako se prenese i proširi u populaciji.
3. Učinkovitost intervencije mora većini populacije omogućiti zaštitu od određene bolesti i mora biti potvrđena/dobro argumentirana.
4. Zdravstvena intervencija za koju smo se odlučili mora biti primjerena, najmanje nasilna (invazivna) od svih intervencija kojima možemo postići željeni cilj.
5. Pojedinaac od intervencije mora imati neposrednu korist, neovisno o mogućem ponašanju pacijenta u budućnosti.
6. Dobrobit za zajednicu u prevenciji zaraznih bolesti ili drugih teških (pogubnih) stanja koja bi ugrozila zdravlje naroda, mora uvelike premašivati moguće poteškoće koje ta intervencija može prouzročiti pojedincu.

Hodges i suradnici, posebice u zaključku, ističu da su preventivne mjere u djece neetične kad je riječ o bolestima koje se u razumnoj mjeri mogu izbjeći prikladnim ponašanjem u odrasloj dobi (6).

Sve navedene preduvjete trebalo bi primijeniti i na preventivne postupke kojima se koristi školska medicina.

Intervencije u populaciji upravo su obilježje javnoga zdravstva. Odgovornost i etičke dileme povezane s postupcima u javnome zdravstvu, imaju svoje specifičnosti, kao što imaju i kliničke struke. Upravo zaštita zdravlja djece i mladih, posebice preventivne aktivnosti, u velikom broju država, povjerene su javnom zdravstvu.

Etičke okosnice za javno zdravstvo koje u svojem radu iznosi Kess (An ethics framework for public health), vrijede i za ovu populaciju školske djece i mladih. Kess navodi da se javno zdravstvo s obzirom na svoju usmjerenost na populaciju, stalno susreće s dilemama u vezi s dosegom svojih aktivnosti i njihovim eventualnim utjecajem na osobne slobode pojedinca. Za unapređenje tradicionalnih javnozdravstvenih ciljeva, uz povećanje osobnih sloboda i unapređenje socijalne pravde, javnozdravstvene intervencije moraju smanjiti morbiditet i mortalitet; podacima se mora dokazati/potkrijepiti da program zaista smanjuje morbiditet ili mortalitet; posljedice, štete ili opterećenja (burden) koje program uzrokuje moraju biti poznate i smanjene; program se mora ravnomjerno provoditi i mora s vremenom smanjiti postojeće socijalne nejednakosti; moraju se primjenjivati prikladne metode utvrđivanja prihvatljivog opterećenja programom za zajednicu. Kako navodi Kes, iako principi koje su osnivači bioetike postavili vrijede i za javno zdravstvo, pokazali su se nedovoljno primjerenim za javno zdravstvo. Načela primjenjiva za medicinsku skrb i istraživanja općenito, daju visok prioritet autonomnosti pojedinca, koja možda nisu primjerena za javnozdravstvenu praksu. Javnozdravstveni profesionalci moraju proći sve stupnjeve etičke analize kako bi uvjerali populaciju u svoju dobronamjernost. Javnost mora biti uvjeren da će javnozdravstveni profesionalci ponuditi samo ono što unapređuje zdravlje populacije, predložene mjere će imati minimalne negativne posljedice i primjereno provedeni postupci, zbog veličine problema i koristi koje će donijeti, prevladavaju nad različitim moralnim zahtjevima. Očekivano, populacija je zabrinuta i propituje koji postupci su potrebni, a koji previše opterećuju, nasilni su ili su jednostavno rasipanje. Proces provjere mora biti integriran u svaki postupak, mora biti stalan i stalno se mora provoditi. Najvažnije obilježje koje javno zdravstvo može imati jest povjerenje populacije da se radi za nju i u njezinu korist. U tom kontekstu javnozdravstveni profesionalci moraju zastupati svoja uvjerenja procjenjujući etički najprihvatljiviji pristup za unapređenje socijalne pravde i javnoga zdravlja (7).

Školska i adolescentna medicina, kao javnozdravstvena struka, susreće se u zaštiti zdravlja mladih s problemima i etičkim dilemama koje su specifične obzirom na populaciju o kojoj skrbi. Pružanje zdravstvene zaštite adolescentima i mladim maloljetnim osobama vrlo često liječnicima i zdravstvenom osoblju nameće u kojoj i kolikoj mjeri njihovi pacijenti mogu samostalno odlučivati o provedbi mjera zdravstvene zaštite, neovisno o tome je li riječ o preventivnim ili kurativnim postupcima.

Diaz i suradnici, u članku o pravnim i etičkim izazovima s kojima se susreću profesionalci u zdravstvenoj zaštiti adolescenata (Legal and ethical issues facing adolescent health care professionals), razmatra pravnu osnovu i etičke dileme u pružanju zdravstvene skrbi adolescentima, odnosno adolescentnim pacijentima. Autori navode da su nesigurnosti i dvojbe u tom području rezultirale nedovoljnim pružanjem skrbi adolescentima. Uobičajeno, pravo pristanka na zdravstveni postupak pripada roditeljima ili zakonskim starateljima adolescenata. No, često adolescenti mogu dati osobni pristanak. Važan čimbenik koji određuje kad adolescent može dati osobni pristanak jest „zrelost“ adolescenta. Zakon uglavnom podupire prosudbu zrelosti pacijenta koju daje pružatelj usluge. Maloljetnici imaju pravo na povjerljivost podataka u gotovo svim okolnostima u kojima imaju pravo davanja pristanka. Pružatelji usluga moraju biti svjesni zakona specifičnih za svoju državu, braneći ponajprije interes svojih pacijenata. Pružatelji usluga moraju poticati sudjelovanje i komunikaciju s roditeljima u vezi s odlukama o postupku, poštujući pritom prava adolescenata na povjerljivost. Nadalje, autori zaključuju da su adolescenti i mladi odrasli dobna skupina s najmanje pruženih usluga u sustavu zdravstvene zaštite. Mnogi liječnici ne znaju primijeniti principe povjerljivosti za svoje adolescentne pacijente i ne znaju tipove usluga za koje adolescenti mogu dati osobni pristanak, odnosno sami dati svoj pristanak. Zakoni koji reguliraju prava na povjerljivost za maloljetne osobe, razlikuju se od države do države i profesionalci koji pružaju usluge adolescentima moraju te zakone poznavati i educirati se o pravima maloljetnika u svom lokalnom okružju. Pravo povjerljivosti maloljetne osobe, adolescenata, temelji se na prosudbi zrelosti mlade osobe. Na nesreću, definicija zrelosti maloljetnika različita je u raznim državama. Uobičajeno, pružatelj zdravstvenih usluga prosuđuje zrelost maloljetnika tada kada se taj maloljetnik sam prijavljuje na postupak/ liječenje. Iako su mnoge države neodređene u preciznoj definiciji maloljetničke zrelosti, zakon uglavnom podupire liječnikovu prosudbu. Čimbenici koji se moraju uzeti u obzir pri prosudbi zrelosti su: kronološka dob, rizik, potreba i dobrobit od predloženog liječenja te tinejdžerova sposobnost emocionalnog i kognitivnog razumijevanja podataka o liječenju. Osoba ispod 18 godina ili maloljetnik može sam dati pristanak na vlastito liječenje u situacijama definiranim zakonom. U gotovo svim okolnostima u kojima maloljetnici imaju pravo na pristanak na vlastitu skrb, oni imaju pravo i na povjerljivost. Na osnovi toga pružatelj usluga nije u mogućnosti da nakon što pruži uslugu tinejdžeru, bez izravnog pristanka tinejdžera, podijeli informacije s roditeljima pacijenta, zakonskim zastupnikom ili bilo kojom drugom osobom koja nije uključena u skrb o pacijentu. No pravo na povjerljivost može se prekršiti ako je tinejdžer prijetnja samome sebi ili zdravlju drugih te u slučajevima zlostavljanja (8).

Diaz i suradnici u radu citiraju Povjerenstvo za bioetiku Američke akademije za pedijatriju, koje u svojem dokumentu ističe: „Odgovornost liječnika za svog pacijenta - dijete, postoji neovisno o željama roditelja i pristanku zastupnika“. Povjerenstvo napominje da princip „prije svega ne štetiti“ ostaje temelj odnosa liječnik – pacijent. Istodobno navode da postoji pet područja u kojima pravo na povjerljivost predstavlja zakonske i etičke izazove pružatelju zdravstvenih usluga, što uključuje: a) prirodu odnosa pacijent – pružatelj usluge; b)

pacijentovu zabrinutost; c) reakcije roditelja; d) plaćanje usluga; e) liječnikov sustav vrijednosti. I na kraju zaključuju: „Blizak odnos između tinejdžera i osoba koje mogu kompetentno, pristupačno i povjerljivo pružati zdravstvenu skrb pomaže adolescentima da postanu zdravije odgovorne odrasle osobe“ (8).

Specifičnosti zdravstvene zaštite školske djece i mladih u Hrvatskoj

Do 1998. godine u Hrvatskoj je opstojao integrirani model zdravstvene zaštita školske djece i mladih, te se u Dispanzerima (ili službi) za školsku djecu i mlade pružala kurativna i preventivna zdravstvena zaštita toj populaciji. Dispanzeri - službe za školsku djecu i mlade bili su dio domova zdravlja kao temeljne zdravstvene ustanove na primarnoj razini zdravstvene zaštite. U dispanzerima su u pravilu radili specijalisti ili specijalizanti školske medicine u timovima s jednom ili dvjema medicinskim sestrama. Pojedini je tim bio zadužen za učenike jedne ili više osnovnih i srednjih škola, ovisno o veličini škola, prilikama na terenu i specifičnostima u lokalnoj zajednici. Isti je liječnik provodio preventivnu zdravstvenu zaštitu učenika škole za koju je bio zadužen i za većinu učenika kurativnu zdravstvenu zaštitu. taj se model zdravstvene zaštite uspješno i dobro provodio za učenika osnovne škole, i to zbog dostupnosti kroz mrežu Službi za školsku medicinu, roditeljima prihvatljivog i logičnog rješenja da isti liječnik pruža i preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu njihovu djetetu, školama je omogućivao suradnju i laku i brzu intervenciju pri pojavi zdravstvenih problema pojedinog učenika ili u kolektivu. Također, ne manje važno, specijalistička edukacija profesionalaca – školskih liječnika omogućila je specifičnu i prepoznatljivu zdravstvenu zaštitu školske djece i mladih, što je imalo za posljedicu vrlo specifičan odnos i djece i roditelja sa školskim liječnikom kao osobe od povjerenja kojoj se, ne samo kad su bolesni, mogu obratiti za pomoć i savjet.

Ovaj oblik zdravstvene zaštite osobito je bio primjeren za adolescente, koji su školske liječnike doživljavali kao „svoje liječnike“, a ne liječnike svojih roditelja, a liječnici su susrete u kurativnoj zaštiti nerijetko iskorištavali za prepoznavanje i drugih poteškoća (od školskog neuspjeha do mladenačkih kriza ili rizičnih ponašanja). Još se jedan važan proces događao u ovom modelu zdravstvene zaštite, s obzirom na povjerenje roditelja u rad službe, u skladu s dobi učenika, osobito starijih adolescenata, roditelji su omogućivali samostalan dolazak učenika liječniku pokazujući time da svojem djetetu priznaju i omogućuju dio samostalnosti i autonomnost te do neke mjere prihvaćaju i samostalnost djeteta. Nažalost, taj model zdravstvene zaštite bilo je teže provesti u zdravstvenoj zaštiti srednjoškolaca, budući da su učenici iz manjih mjesta putovali u mjesto školovanja, što je u slučaju bolesti onemogućivalo odlaske istome liječniku koji je pružao preventivnu zdravstvenu zaštitu učenicima srednje škole koju je učenik pohađao. Posve je jasno da su učenici iz takvih mjesta išli radi liječenja najbližem liječniku, u pravilu obiteljskim liječnicima. Važno je istaknuti da su, neovisno o opisanom modelu zdravstvene zaštite učenika, roditelji mogli u svakom trenutku promijeniti školskog liječnika kad je

riječ o liječenju svog djeteta te umjesto školskog liječnika izabrati pedijatra ili obiteljskog liječnika ili drugog školskog liječnika.

Krajem devedesetih godina dvadesetog stoljeća, reformom zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, došlo je do promjena i u zdravstvenoj zaštiti školske djece i mladih. Preventivne, specifične i zdravstveno odgojne mjere zdravstvene zaštite školske djece i mladih odvojene su od kurativne zdravstvene zaštite učenika (potom i studenata), a provode ih Službe za školsku i sveučilišnu medicinu pri županijskom zavodima za javno zdravstvo. Od stotinjak dispanzera - službi za školsku medicinu koje su postojale pri svakome domu zdravlja, smanjenjem broja domova zdravlja i praktički po jednim na razini svake županije i tri u Gradu Zagrebu, sada postoji pri svakom županijskom zavodu za javno zdravstvo i gradu Zagrebu po jedna Služba za školsku i sveučilišnu medicinu, sveukupno 21. U Službi za školsku i sveučilišnu medicinu rade u pravilu specijalisti školske medicine i najčešće više medicinske sestre. Svaka osnovna i srednja škola i fakultet/veleučilište u Hrvatskoj ima ovlašteni školski tim – jednoga specijalista školske medicine i jednu (višu) medicinsku sestru. Ovi timovi pružaju preventivne, specifične i zdravstveno odgojne mjere zdravstvene zaštite školskoj djeci i mladima, a za kurativnu zdravstvenu zaštitu roditelji mogu izabrati obiteljskog liječnika ili pedijatra.

Zaštita studenta organizirana je unatrag pet godina na jednak način kao i zaštita učenika osnovnih i srednjih škola, a dotada postojeće ambulante, poliklinike ili domovi zdravlja u velikim sveučilišnim centrima prestali su s radom. Studenti, kao punoljetne osobe, sami biraju liječnike za kurativnu zdravstvenu zaštitu.

Ovaj nešto opširniji opis zdravstvene zaštite učenika i studenata u Hrvatskoj bio je potreban kako bismo objasnili neke od etičkih dilema iz prakse s kojima se susreću ponajprije školski liječnici.

Najveći broj preventivnih postupaka školske djece i mladih: sistematski pregledi (izuzev pregleda prije upisa u školu), skriningi, cijepljenje, savjetovani rad (djeca i mladi mogu doći i bez roditelja) i zdravstveni odgoj, dostupni su djeci i mladima bez pratnje roditelja ili se odvijaju u školi.

Pravne specifičnosti zdravstvene zaštite školske djece i mladih u Hrvatskoj

U ovome dijelu sačinjen je kratki pregled zakonske regulative u Republici Hrvatskoj i izdvojeni su dijelovi teksta koji posebice govore o pravima i zaštiti djece i mladih.

U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine 150/2008.) u članku 17. navode se mjere zdravstvene zaštite i, posebice u stavku 9., ističe se zaštita djece i mladeži: „osiguravanje cjelovite (preventivne, kurativne i rehabilitacijske) zdravstvene zaštite djece i mladeži“. U članku 26., koji govori o zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini i što ona obuhvaća, navedeno je i **"specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, osobito u osnovnim i**

srednjim školama te visokim učilištima na svom području, zdravstvenu zaštitu osoba s invaliditetom, preventivnu zdravstvenu zaštitu rizičnih skupina i ostalih stanovnika u skladu s programima preventivne zdravstvene zaštite i organiziranjem obveznih preventivnih pregleda, savjetovanje, zdravstveno prosvjećivanje i promicanje zdravlja radi njegovog očuvanja i unapređenja, zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i duševnom razvoju" (9).

Pravo na zdravstveno osiguranje djece do 18 godine jasno je definirano Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine 180/2013.), u kojem se, u članku 4., navodi: "Osiguranim osobama kojima se osiguravaju prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja u smislu ovog Zakona smatraju se osiguranici, **djeca do navršene 18. godine života**, članovi obitelji osiguranika i druge osigurane osobe obvezno zdravstveno osigurane u određenim okolnostima."

U članku 7. pojašnjene su i neke specifičnosti u vezi sa zdravstvenim osiguranjem učenika i redovitih studenata, te se navodi „Na obvezno zdravstveno osiguranje prema ovom Zakonu obvezno se osiguravaju i stječu status osiguranika: (... stavak 14.) **osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj iznad 18. godine života koje su prema propisima o školovanju Republike Hrvatske, izgubile status učenika, odnosno redovitog studenta ako su se prijavile Zavodu u roku od 30 dana od dana gubitka statusa učenika ili redovitog studenta i ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,...**". U članku 9. još su pojašnjene neke specifičnosti: "Prema ovom Zakonu, status osigurane osobe kao članovi obitelji osiguranika mogu steći: (... stavak 2.) **djeca (rođena u braku, izvan braka ili posvojena, pastorčad), te druga djeca bez roditelja, ako ih osiguranik uzdržava,...**" Članak 19. govori ovo: „Pravo na zdravstvenu zaštitu iz članka 18. ovoga Zakona osigurava se pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe Zavoda. Osiguranim osobama Zavoda u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 18. ovoga Zakona Zavod osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za: **1. cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djeci do navršene 18. godine života i djeci iz članka 10. stavka 5. i 6. ovoga Zakona, 2. preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,**". U članku 82. je navedeno da „**Republika Hrvatska osigurava u državnom proračunu posebna sredstva za prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, i to za:...**d) preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata (10).

Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (Narodne novine, 126/2006.) definiran je sadržaj zdravstvene zaštite školske djece i mladih u točki 1.8. „Program mjera za djelatnost preventivno-odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata“ i za izvršitelja je naveden „nadležni tim školske medicine zavoda za javno zdravstvo, odnosno nadležni tim u djelatnosti preventivno-odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata ili nadležni tim školske medicine". Vrlo opsežno su nabrojani postupci i mjere zdravstvene zaštite školske djece i studenta i za

pojedine od njih razvidno je da ih učenici i studenti mogu samostalno primijeniti. Ukratko su nabrojene mjere kako bi se dobio bolji uvid u zdravstvenu zaštitu učenika i studenata i rad školske medicine.

Sistematski pregledi (sistematski pregled djeteta prije upisa u prvi razred osnovne škole, peti i osmi razred osnovne škole, prvi razred srednje škole i prvu godinu studija), ostali preventivni pregledi, kontrolni namjenski pregledi i izdavanje potvrda i mišljenja.

Probiri (screening) u tijeku osnovnog i srednjoškolskog obrazovanja (skrininzi za čitavu populaciju - rast i razvoj, vid, vid na boje, anemija, krvni tlak (mm/Hg), proteinurija, skolioza, sluh, gušavost, spolni razvoj i reproduktivni sustav, ponašanje, socijalizacija i prilagodba na školu, rizične navike i ponašanje (pušenje, alkohol, psihoaktivne droge, spolno ponašanje), mentalno zdravlje, skrininzi koji se preporučuju u učenika i studenata s rizikom – hiperkolesterolemija, sluh, eksperimentiranje sa psihoaktivnim drogama (učenici i studenti s rizikom za zlouporabu prema stručnim kriterijima), spolna aktivnost (za spolno aktivne djevojke i mladiće). **Zdravstvena i tjelesna kultura** radi utvrđivanje zdravstvenog stanja i sposobnosti učenika za svladavanje redovitog ili prilagođenog programa tjelesne i zdravstvene kulture i rekreativno bavljenje sportom. **Mjere zaštite od zaraznih bolesti**, cijepljenje i docjepljivanje te sprječavanje i suzbijanje zaraznih bolesti. **Zaštita i unapređenje školskog okruženja**, higijenska kontrola škole, učeničkog i studentskog doma, nadzor nad prehranom učenika i studenata, kontrola školskih kuhinja i jelovnika te poticanje zdravijih prehrambenih navika. **Savjetovališni rad**, u obvezno izdvojenom i oglašenom vremenu za savjetovalište u svrhu pomoći i rješavanja osnovnih problema s kojima se susreću djeca, adolescenti, njihovi roditelji, skrbnici, nastavnici i učitelji: prilagodba na školu, školski neuspjeh, poremećaji ponašanja, problemi razvoja i sazrijevanja, kronični poremećaji zdravlja, planiranje obitelji, zloupotreba psihoaktivnih droga i drugi oblici ovisnosti, problemi mentalnog zdravlja i dr. Savjetovanje u svrhu čuvanja i unaprjeđenja zdravlja i zdravijeg načina življenja. Rad s učenicima i studentima u rješavanju najčešćih zdravstvenih i psihosocijalnih problema te usmjeravanje prema usvajanju zdravijih navika i stavova. Konzultacije s nastavnicima i stručnim suradnicima škole i rad s roditeljima. Posebice je navedeno: savjetovanje o očuvanju i unapređenju reproduktivnog zdravlja – savjetovališni rad s mladima i studentima o odnosima među spolovima, usvajanju odgovornog spolnog ponašanja te uporabi kontracepcije; savjetovanje o očuvanju i unapređenju mentalnog zdravlja – savjetovališni rad s mladima i studentima o najčešćim problemima mentalnog zdravlja (stres, depresija, anksioznost, nedostatak samopouzdanja i samopoštovanja i dr.); aktivna skrb o djeci, mladima i studentima s kroničnim poremećajima zdravlja; skrb o djeci, mladima i studentima s rizicima po zdravlje (prekomjerna tjelesna težina, sklonost ovisničkom ponašanju – konzumiranju alkohola, eksperimentiranju s psihoaktivnim drogama, sklonost promiskuitetnom ponašanju, bijeg od kuće, izbjegavanje nastave, maloljetničkoj delikvenciji i dr.), individualni savjetovališni i zdravstvenoodgojni rad. Suradnja sa stručnim službama škole, s obitelji djeteta, adolescenta ili studenta te centrima za socijalni rad. Skrb o učenicima s

ometenošću u psihičkom ili fizičkom razvoju – registracija i evidencija učenika koji su zbog ometenosti u psihičkom ili fizičkom razvoju razvrstani po stručnim komisijama zdravstva i prosvjete ili socijalne skrbi. **Zdravstveni odgoj i promicanje zdravlja** obavlja se kao zasebna aktivnost i/ili integrirana u sistematske preglede i cijepljenja za učenike (individualni i grupni rad prema zahtjevima i indikacijama, zdravstveni odgoj se u pravilu provodi u školi, a metode su predavanja, rasprava, radionica, intervju, rad u malim skupinama, parlaonica, tribina, edukacija vršnjaka, sudjelovanje u medijskim programima. Zdravstveni odgoj za roditelje i radnike škole. **Utvrdjivanje psihofizičke sposobnosti učenika i primjerenog oblika školovanja.** Ostale aktivnosti su: timska sinteza, ciljani pregledi, ekspertiza, planiranje mjera i aktivnosti prema predviđenom programu rada, priprema pojedinih aktivnosti, suradnja i koordinacija na razini primarne zdravstvene zaštite i s ostalim sudionicima u zdravstvenoj zaštiti, socijalnoj skrbi i drugim sektorima, registriranje, evidentiranje, evaluacija i izvješćivanje (11).

U Zakonu o socijalnoj skrbi iz 1997. godine (Narodne novine, 73/1997, izmjene i dopune 44/2006 79/2007) posebice se spominju djeca i njihova zaštita u članku 3. stavak (2) „Radi sprječavanja, ublažavanja i otklanjanja uzroka i stanja socijalne ugroženosti socijalnom skrbi pruža se potpora obitelji, posebice djeci i drugim osobama koje ne mogu brinuti same o sebi.“ i stavak (3) „Predškolske, školske i zdravstvene ustanove, policija, pravosudna i druga državna tijela, pravne i fizičke osobe koje su po posebnim zakonima određeni za brigu o obitelji, djeci i drugim osobama koje se ne mogu brinuti same o sebi, radi zaštite njihovih interesa dužne su surađivati s ustanovama socijalne skrbi.“ (12). U Zakonu o socijalnoj skrbi iz 2013. godine (Narodne novine, 157/13) se više izrijeком ne navodi, u zasebnom članku, zaštita djece i mladih kao niti obveze drugih institucija i osoba u zaštiti ove populacije. U brojnim člancima ovog Zakona spominju se i prava djece i mladih u okviru drugih socijalnih prava. U članku 5 navodi se da je „(1) Svatko je dužan brinuti se za zadovoljavanje svojih životnih potreba i životnih potreba osoba koje je po zakonu ili po drugoj pravnoj osnovi dužan uzdržavati. (2) Svatko je svojim radom, prihodom i imovinom dužan pridonositi sprječavanju, otklanjanju ili ublažavanju vlastite socijalne ugroženosti, kao i socijalne ugroženosti članova svoje obitelji, posebice djece i drugih članova obitelji koji se ne mogu brinuti o sebi.“, u članku 17 „(3) U postupcima u kojima se odlučuje o djetetovim pravima i interesima djeteta ima pravo na prikladan način saznati važne okolnosti slučaja, dobiti savjet i izraziti svoje mišljenje te biti obaviješteno o mogućim posljedicama uvažavanja njegovog mišljenja. Mišljenje djeteta se uzima u obzir u skladu s njegovom dobi i zrelosti.“ u članku 21 „Korisnici socijalne skrbi su: - djeteta bez roditelja ili bez odgovarajuće roditeljske skrbi, mlađa punoljetna osoba, djeteta žrtva obiteljskog, vršnjačkog ili drugog nasilja, djeteta žrtva trgovanja ljudima, djeteta s teškoćama u razvoju, djeteta i mlađa punoljetna osoba s problemima u ponašanju, djeteta bez pratnje koje se zatekne izvan mjesta svog prebivališta bez nadzora roditelja ili druge odrasle osobe koja je odgovorna skrbiti o njemu te djeteta strani državljanin koje se zatekne na teritoriju Republike Hrvatske bez nadzora roditelja ili druge odrasle osobe koja

je odgovorna skrbiti o njemu.“ i članku 78 „2) Savjetovanje i pomaganje obitelji uključuje podršku obitelji, intenzivnu podršku obitelji u krizi i dugoročni rad s članovima obitelji usmjeren na poboljšanje obiteljskih odnosa. Savjetovanje i pomaganje obitelji uključuje i psihološku pripremu djeteta za odlazak roditelja na izdržavanje kazne zatvora te za kontakte djeteta s roditeljem zatvorenikom u penalnoj ustanovi.“ Centar za socijalnu skrb obavlja i poslove savjetodavnog i preventivnog rada s djecom i mladima, „koordinira i provodi aktivnosti u području sprječavanja trgovanja ljudima, nasilja u obitelji, vršnjačkog nasilja i problema ovisnosti putem županijskih koordinatora.“ što se navodi u članku 128 te druge stručne poslove, koji se odnose na „– razvoj socijalizacijskih vještina djece i mladih, posebno komunikacijskih vještina i nenasilnog rješavanja sukoba među djecom i mladima.“ navedeno u članku 129 (13).

Obiteljski zakon (Narodne novine 116/2003., izmjene i dopune 17/2004., 136/2004., 107/2007.), u poglavlju o pravima i dužnostima roditelja djece, navodi djetetova prava i dužnosti, te su ovdje izdvojeni samo oni članci i stavci koji se odnose za zdravlje djeteta. U članku 87. stavak (1) navodi „Dijete ima pravo na skrb za zdravlje i život.“, u članku 88. „Roditelji i ostali članovi obitelji ne smiju dijete podvrgavati ponižavajućim postupcima, duševnom ni tjelesnom nasilju, odnosno zlostavljanju.“, članak 89. stavak (1) „Dijete ima pravo tražiti zaštitu svojih prava pred mjerodavnim tijelima koja su o tome dužna obavijestiti centar za socijalnu skrb.“ i stavak (5) „U postupcima u kojima se odlučuje o nekom djetetovom pravu ili interesu, dijete ima pravo na prikladan način saznati važne okolnosti slučaja, dobiti savjet i izraziti svoje mišljenje te biti obaviješteno o mogućim posljedicama uvažavanja njegova mišljenja. Mišljenje se uzima u obzir u skladu s njegovom dobi i zrelosti.“. U dijelu o roditeljskoj skrbi u članku 91. stavak (1) „Roditeljsku skrb čine odgovornosti, dužnosti i prava roditelja, s ciljem zaštite dobrobiti djeteta, osobnih i imovinskih interesa.“ i članku 92. stavak (1) „Roditelji su dužni skrbiti o životu i zdravlju djeteta i omogućiti mu korištenje mjera za unaprjeđenje, čuvanje i vraćanje zdravlja, sukladno propisima iz područja zdravstva i zahtjevima medicinske znanosti.“, stavak (2) „Roditelj je dužan štiti dijete od ponižavajućih postupaka i tjelesnog kažnjavanja drugih osoba.“ i članak 94. stavak (1) „Roditelji su dužni čuvati i njegovati dijete i skrbiti za njegove potrebe.“ U mjerama za zaštitu prava i dobrobiti djeteta u članku 108. navodi se u stavku (1) „Svatko je dužan obavijestiti centar za socijalnu skrb o kršenju djetetovih prava, a posebice o svim oblicima tjelesnog ili duševnog nasilja, spolne zloporabe, zanemarivanja ili nehajnog postupanja, zlostavljanja ili izrabljivanja djeteta.“ i stavak (2) „Centar za socijalnu skrb dužan je odmah po primitku obavijesti iz stavka 1. ovoga članka ispitati slučaj i poduzeti mjere za zaštitu djetetovih prava.“ U članku 111. definirano je što podrazumijeva veće zanemarivanje djeteta, između ostalog u stavku (2) navodi: „Smatra se da roditelj u većoj mjeri zanemaruje podizanje, odgoj i obrazovanje djeteta, primjerice, ako ne skrbi dovoljno o prehrani, higijeni, odijevanju, medicinskoj pomoći, redovitom pohađanju škole, ne sprječava dijete u štetnom druženju, zabranjenim noćnim izlascima, skitnji, prosjačenju ili krađi.“ te u članku 114. stavku 9. „ne skrbi za osnovne životne

potrebe djeteta s kojim živi ili se ne pridržava mjera koje je radi zaštite prava i dobrobiti djeteta prethodno donijelo nadležno tijelo“ (14).

Kakva prava ima dijete kao pacijent, dijelom je moguće prosuditi i na osnovi Zakona o zaštiti prava pacijenata (Narodne novine, 169/2004.). U članku 8. se navodi „Pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost o: svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka, preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje, mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata, svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima, mogućim zamjenama za preporučene postupke, tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite, daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite, preporučenom načinu života, pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava. Pacijent ima pravo dobiti obavijesti na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti. Pacijenti s invaliditetom imaju pravo dobiti obavijesti u njima pristupačnom obliku. Te prema članku 9. „Obavijesti iz članka 8. stavka 1. ovoga Zakona na usmeni zahtjev pacijenta obavezan je dati zdravstveni radnik visoke stručne sprema koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge.“ No, ovo pravo Zakon ograničava pojedinim skupinama uključujući maloljetne osobe. Tako se u članku 17. navodi: „Za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije, suglasnost iz članka 16. stavka 2. ovoga Zakona potpisuje zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta. U interesu pacijenta osoba iz stavka 1. ovoga članka može suglasnost u bilo koje vrijeme povući potpisivanjem izjave o odbijanju pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Ukoliko su interesi pacijenata iz stavka 1. ovoga članka i njihovih zakonskih zastupnika, odnosno skrbnika suprotstavljeni, zdravstveni radnik je dužan odmah o tome obavijestiti nadležni centar za socijalnu skrb.“ Iznimka od ovog pravila navedena je u članku 18. „Ako se zbog hitne situacije ne može dobiti suglasnost zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika iz članka 17. stavka 1. ovoga Zakona pacijent će se podvrći dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku samo u slučaju kada bi zbog nepoduzimanja postupka bio neposredno ugrožen njegov život ili bi mu prijetila ozbiljna i neposredna opasnost od težeg oštećenja njegovoga zdravlja. Postupak se može provoditi bez pristanka zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika pacijenta samo dok traje navedena opasnost. Kad je riječ o znanstvenom istraživanju i uključivanju pacijenata u medicinsku nastavu, u članku 19. se navodi „...Za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta, pristanak daje njegov zakonski zastupnik ili skrbnik...“ i „...Znanstveno istraživanje nad poslovno nesposobnim pacijentom, pacijentom koji nije sposoban za rasuđivanje te nad maloljetnim pacijentom može se poduzeti ako su uz uvjete iz članka 20. točke 1., 2., 3. i 4. ovoga Zakona ispunjeni i svi sljedeći uvjeti: 1. rezultati istraživanja mogu pridonijeti stvarnoj i izravnoj koristi za zdravlje pacijenta, 2. istraživanje usporedive učinkovitosti ne može se provoditi nad pacijentima koji su sposobni dati pristanak, 3. pribavljena je suglasnost zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika, 4. pacijent se ne protivi istraživanju. Iznimno od stavka 1. ovoga

članka, u slučaju kada istraživanje ne može proizvesti rezultate od izravne koristi za pacijenta, istraživanje se može odobriti pod uvjetima iz stavka 1. točke 2., 3. i 4. ovoga članka te uz uvjete: 1. cilj istraživanja je postizanje rezultata koji mogu koristiti pacijentu ili drugim pacijentima iste dobne skupine, odnosno pacijentima s istom bolešću, 2. istraživanje obuhvaća minimalni rizik i minimalno opterećenje za pacijenta.” (15).

Jedan od rijetkih zakona koji i maloljetne osobe u određenoj dobi izjednačavaju s punoljetnim osobama jest Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (Narodne novine, 18/1978.). U članku 18. navodi: „Prekid trudnoće se vrši na zahtjev trudne žene. **Uz zahtjev za prekid trudnoće koji podnosi maloljetnica koja nije navršila 16 godina života, potreban je i pristanak roditelja ili staratelja uz suglasnost organa starateljstva.**“ Troškovi prekida trudnoće su bili regulirani člankom 41. „Troškove prekida trudnoće snosi trudna žena, ukoliko samoupravnim općim aktom samoupravne interesne organizacije zdravstvenog osiguranja i zdravstva nije drukčije određeno. Ako se prekid trudnoće vrši zbog kojeg od razloga iz člana 22. ovoga zakona, kao i u slučaju neželjene trudnoće žena koje koriste intrauterina sredstva za kontracepciju, troškove prekida trudnoće snosi samoupravna interesna zajednica zdravstvenog osiguranja i zdravstva. Za trudnu ženu koja je u stanju socijalno-zaštitne potrebe, troškove prekida trudnoće snosi samoupravna interesna zajednica zdravstvenog osiguranja i zdravstva u općini na području koje trudnica ima prebivalište, a pod uvjetom i na način utvrđen samoupravnim općim aktom.“ Promjenom društvenopolitičkog uređenja i zdravstvenog sustava u Hrvatskoj devedesetih godina dvadesetog stoljeća predviđeni način podmirenja troškova nije više moguć i uglavnom ide na teret same žene kad se radi o prekidu trudnoće na osobni zahtjev (16).

U ovome dijelu spomenut ću i Zakon o zaštiti tajnosti podataka (Narodne novine, 108/1996.) i to stoga što se u njemu izrijeком spominju i zdravstveni radnici i jasno definira pojam profesionalne tajne, kojoj pripada i liječnička tajna. U članku 2. ovog Zakona navodi se „Tajna je podatak koji je zakonom, drugim propisom, općim aktom ili drugim aktom nadležnog tijela donesenim na temelju zakona, određen tajnim. Podaci u smislu ovoga Zakona su dokumenti te njihov sadržaj i prilozi, predmeti, objekti, mjere ili postupci, kao i usmena priopćenja ili informacije povjerljive naravi iznijeti u radu tijela državne vlasti jedinica lokalne samouprave i uprave, ustanova i pravnih osoba koje imaju javne ovlasti (u daljnjem tekstu: javnih tijela) te drugih pravnih osoba....“ U članku 3. govori se o vrstama tajni „Prema vrsti tajne podaci su državna, vojna, službena, poslovna ili profesionalna tajna. Prema stupnju tajnosti podaci mogu biti državna tajna, vrlo tajni, tajni i povjerljivi.“ Članak 27. pojašnjava što predstavlja profesionalnu tajnu: „Profesionalnu tajnu predstavljaju podaci o osobnom ili obiteljskom životu stranaka koje saznaju svećenici, odvjetnici, zdravstveni i socijalni djelatnici, i druge službene osobe u obavljanju svog poziva...“(17).

Specifičnosti postupanja u liječničkoj praksi s djecom i maloljetnim osobama razvidne su i u Kodeksu medicinske etike i deontologije (Narodne novine,

55/2008.), koji je donijela Skupština Hrvatske liječničke komore na 5. sjednici održanoj dana 10. lipnja 2006. godine a na temelju članka 38. Zakona o liječništvu („Narodne novine“ 121/03) te članka 14. Statuta Hrvatske liječničke komore. Ovaj kodeks zajednički su prihvatili i Hrvatski liječnički zbor i Hrvatska liječnička komora, a prvi Kodeks medicinske etike i deontologije donio je Hrvatski liječnički zbor 2002. godine.

Iz Kodeksa ističem dijelove koji se izrijeком odnose na djecu i maloljetne osobe. U članku 1. stavak 3. „Liječničku će pomoć pružati jednako svima bez obzira na dob, spol, rasu, narodnost, vjeru, političko uvjerenje, društveni položaj ili bilo koje druge okolnosti, poštujući pri tome ljudska prava i dostojanstvo osobe.“ U obvezama prema pacijentu/bolesniku, posebice djeci, u članku 2. navodi se u stavcima: „1. Liječnik će poštovati prava pacijenta smatrajući dobrobit pacijenta svojom prvom i osnovnom brigom..... 4. Poštovat će pravo duševno sposobnog i svjesnog pacijenta da, dobro obaviješten, slobodno prihvati ili odbije pojedinog liječnika, odnosno preporučenu liječničku pomoć. Kad pacijent nije sposoban o tome odlučivati, o tome odlučuje njegov zastupnik. Ako zastupnik nije nazočan, liječnik će, ako se s odlukom ne može pričekati, primijeniti, po svom znanju, najbolji način liječenja. 5. Pregled i pružanje liječničke pomoći djeci i maloljetnim osobama liječnik će učiniti uz suglasnost roditelja ili skrbnika, odnosno starijih najbližih punoljetnih članova obitelji, osim u hitnim slučajevima. On će primijeniti najprikladniji postupak, a otkloniti zahtjeve laika koji bi mogli ugroziti zdravlje ili život djeteta i maloljetne osobe. Pri sumnji na zlorabu ili zlostavljanje djece i malodobnih osoba, liječnik je obavezan upozoriti odgovorna tijela, obazrivo čuvajući privatnost i interes djeteta, odnosno maloljetne osobe.“ (18).

Među rijetkim pravnim dokumentima koji se cjelovito bavi pitanjem zaštite prava djeteta (a riječ je o osobama do navršene 18 godine života) je Konvencija o pravima djeteta. Konvencija je prihvaćena na 44. zasjedanju Opće skupštine Ujedinjenih naroda, 20. studenoga 1989. godine (rezolucija br. 44/25), stupila je na snagu 2. rujna 1990. godine. Republika Hrvatska stranka je Konvencije o pravima djeteta od 6. listopada 1991. godine prema Odluci o objavljivanju mnogostranih međunarodnih ugovora kojih je Republika Hrvatska stranka na temelju notifikacija o sukcesiji. Tu odluku donijela je Vlada Republike Hrvatske 30. rujna 1993. godine (Narodne novine – Međunarodni ugovori, br. 12/1993.). Ovom odlukom Konvencija je postala dio pravne regulative u Republici Hrvatskoj i očekivano je da zakoni koji reguliraju prava djece budu i u skladu s njom. Iz Konvencije su odabrani izvodi koji bi mogli biti posebice važni za osiguranje zaštite i očuvanja zdravlja djece. U članku 2. Konvencije stavak 2. „Države stranke poduzet će sve potrebne mjere za **zaštitu djeteta od svih oblika diskriminacije ili kažnjavanja** koji polaze od položaja, djelatnosti, izraženog mišljenja ili uvjerenja roditelja, zakonskih skrbnika ili članova obitelji....“. U članku 3. govori se o zaštiti interesa djeteta, stavak 1. „U svim akcijama koje u svezi s djecom poduzimaju javne ili privatne ustanove socijalne skrbi, sudovi, državna uprava ili zakonodavna tijela, mora **se prvenstveno voditi računa o interesima djeteta**.“, stavak 3. „Države stranke osigurati će da službe i ustanove odgovorne za skrb ili zaštitu djece budu pod stručnim

nadzorom i da svoje djelovanje usklade sa standardima nadležnih vlasti, osobito glede **pitanja sigurnosti, zdravlja te broja i stručnosti osoblja.**" U članku 12. govori se o slobodi mišljenja i izražavanja: „Države stranke osigurat će djetetu koje je u stanju **oblikovati vlastito mišljenje**, pravo na **slobodno izražavanje svojih stavova** o svim stvarima koje se na njega odnose, te ih **uvažavati u skladu s dobi i zrelošću djeteta.....**" te u članku 13. stavak 1. „Dijete ima pravo na **slobodu izražavanja**; to pravo mora, neovisno o granicama, uključivati **slobodu traženja, primanja i širenja obavijesti i ideja** svake vrste, usmeno ili pismeno, tiskom ili umjetničkim oblikovanjem ili kojim drugim sredstvom prema izboru djeteta.....". Ograničenja su moguća samo u određenim situacijama:“ Uživanje ovoga prava može biti podvrgnuto samo onim ograničenjima koja su određena zakonom i koja su prijeko potrebna: a) radi zaštite prava i ugleda drugih, ili b) radi zaštite nacionalne sigurnosti ili javnog poretka (ordre public), **javnog zdravlja** (stavak 2. članka 13). Od država se traži (članak 14.) da djetetu priznaju pravo na slobodu misli, savjesti i vjere, te u stavku 2. navode „Države stranke poštivat će prava i dužnosti roditelja i, u određenim slučajevima, zakonskih skrbnika, u svezi s pružanjem **pomoći djetetu u korištenju svojih prava na način koji je u skladu s njegovim razvojnim sposobnostima**“, te u stavku 3. propisuje ograničenja „Sloboda izražavanja vjere ili uvjerenja može biti podvrgnuta samo onim ograničenjima koja su zakonom određena i koja su prijeko potrebna radi zaštite javne sigurnosti, zdravlja ili morala ili temeljnih prava i sloboda drugih“. Posebice se ističe privatnost djeteta u članku 16. stavak 1. „Niti jedno dijete ne smije biti izloženo proizvoljnom ili nezakonitom **miješanju u njegovu privatnost, obitelj, dom ili prepisku**, niti nezakonitim napadima na **njegovu čast i ugled...**“. U članku 17. se govori o pristupu javnim informacijama „Države stranke priznaju važnost koju imaju sredstva javnog priopćavanja te će djetetu **osigurati pristup obavijestima i materijalima iz različitih nacionalnih i međunarodnih izvora, osobito onih koji teže promicanju društvene, duhovne i moralne dobrobiti djeteta, kao i njegova tjelesnoga i duševnoga zdravlja.** U tom cilju, države stranke će: a) poticati sredstva javnog priopćavanja na širenje obavijesti i materijala koji za dijete imaju društvenu i kulturnu vrijednost u duhu članka 29.; b) poticati međunarodnu suradnju u proizvodnji, razmjeni i širenju takvih obavijesti i materijala iz raznovrsnih kulturnih, nacionalnih i međunarodnih izvora; c) poticati proizvodnju i širenje knjiga za djecu; d) poticati sredstva javnog priopćavanja da osobitu pozornost posvete jezičnim potrebama djeteta koje pripada manjinskoj grupi ili je starosjedačkog podrijetla; e) imajući na umu odredbe članka 13. i 18., poticati razvoj odgovarajućih naputaka za zaštitu djeteta od obavijesti i materijala koji škode njegovu razvoju. Zaštita zdravlja djece definirana je u članku 24. „Države stranke **priznaju djetetu pravo na uživanje najviše moguće razine zdravlja i na olakšice glede ozdravljenja i oporavka.** Države stranke će nastojati osigurati da nijednom djetetu ne bude uskraćeno njegovo pravo pristupa zdravstvenim službama. 2. Države stranke će se zalagati za puno ostvarenje toga prava i osobito poduzimati odgovarajuće mjere: a) za smanjenje smrtnosti novorođenčadi i djece; b) **za pružanja potrebne zdravstvene pomoći i zdravstvene njege svakom djetetu, s težištem na jačanju primarne**

zdravstvene zaštite; c) za suzbijanje bolesti i neishranjenosti u okvirima primarne zdravstvene zaštite primjenom, inter alia, lako dostupne tehnologije te osiguranjem odgovarajuće hranjive prehrane i pročišćene pitke vode, imajući na umu opasnosti i rizike od zagađenosti okoliša; d) za osiguranje prenatalne i postnatalne zdravstvene zaštite majki; **e) za pružanje obavijesti, obrazovanja i potpore u korištenju temeljnih spoznaja o dječjem zdravlju i prehrani, prednostima dojenja, osobnoj higijeni i čistoći okoliša te sprječavanju nezgoda, svim slojevima zajednice, osobito roditeljima i djeci;** f) za razvoj preventivne zdravstvene zaštite, savjetovaništa za roditelje te obrazovanja i službi za planiranje obitelji. 3. Države stranke će poduzeti djelotvorne i odgovarajuće mjere za suzbijanje tradicionalnih postupaka koji štete zdravlju djece. 4. Države stranke se obvezuju da će promicati i podržavati međunarodnu suradnju u cilju postizanja punog ostvarenja prava priznatih u ovom članku. U svezi s tim, osobita pozornost posvetit će se zemljama u razvoju.“ (19).

U skladu sa zaštitom prava djeteta proizašlim iz Konvencije o pravima djeteta, ali i potrebe reguliranja područja istraživanja u koja su uključena djeca, u Hrvatskoj je 2003. godine objavljen Etički kodeks istraživanja s djecom, koji su uredili Marina Ajduković i Vladimir Kolesar, u izdanju Državnog zavoda za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži i Vijeća za djecu Vlade Republike Hrvatske. Autori navode da su temelj za donošenje ovog Kodeksa: Konvencija Ujedinjenih naroda o pravima djeteta (1989), ali i drugi međunarodni akti kojima se štite prava čovjeka, a kojih je Republika Hrvatska strankom (Opća deklaracija o pravima čovjeka, Međunarodni pakt o gospodarskim, socijalnim i kulturnim pravima, Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, Helsinška deklaracija Svjetske liječničke udruge) ili će to postati pristupom Europskoj uniji. Također autori navode da je „...zadaća ovog Etičkog kodeksa na prvome mjestu razvijati dobru praksu istraživanja koja osigurava najbolje interese djece sudionika“ a temeljna pitanja koje uređuje „...jesu status djece sudionika različitih istraživanja – humanističkih, društvenih, edukacijskih, medicinskih i svih drugih istraživanja, a koja na neposredan ili posredan način mogu utjecati na njihov integritet kao cjelovitih osoba“.

U Kodeksu se navode načela koja treba poštovati u istraživanjima s djecom: „načelo zaštite dobrobiti djeteta i njegova prava na tjelesni, duševni i emocionalni integritet, odnosno integritet cjelovite osobe; načelo poštovanja ljudskih prava, vrijednosti i dostojanstva osobe; načelo poštovanja privatnosti i anonimnosti sudionika; pravo djeteta na izražavanje vlastitog mišljenja; načelo poštovanja prava djeteta na samoodređenje; načelo odgovornosti u slučaju etičkih dvojbi; načelo zaštite integriteta znanosti i znanstvenika; načelo objektivnosti, točnosti i poštenja u radu.“ Opće pretpostavke za provedbu istraživanja su: „Istraživanje se mora temeljiti na utvrđenim znanstvenim i profesionalnim dostignućima discipline; Istraživači početnici mogu obavljati istraživanja s djecom isključivo pod vodstvom (mentorstvom) i nadzorom iskusnih istraživača.; Pretpostavka za provođenje neposrednog istraživanja s djecom jest poznavanje psiholoških i tjelesnih razvojnih procesa. Prije istraživanja u područjima izvan psihologije, istraživač je dužan savjetovati se sa

stručnjacima koji se bave emocionalnim, kognitivnim i socijalnim aspektima ljudskoj razvoja; U multidisciplinarnim istraživanjima procjenjuje se kompetentnost svih istraživača, uz dužnost uzajamnih konzultacija, međusobnog poštovanja i podrške; Istraživanja s djecom kao sudionicima provode se samo onda kad se značajne spoznaje o dobrobiti djeteta ne mogu steći na drugi način; Postupci istraživanja moraju biti prilagođeni dobi i zrelosti djeteta; Okolnosti u kojima se istraživanje provodi moraju jamčiti tjelesnu, emocionalnu i opću psihološku sigurnost djece; Istraživač mora od nadležnih tijela odnosno nadležnih etičkih povjerenstava pribaviti dopuštenje za istraživanje prije njegova započinjanja, tj. istraživanje ne smije započeti prije pribavljanja dopuštenja; Istraživači poduzimaju sve mjere radi izbjegavanja bilo kakva duševnoga ili tjelesnog ugrožavanja (nanošenje boli, izazivanje tjeskobe, straha i sl.) djece sudionika ili njima bliskih osoba. Ako to nije moguće, ugrožavanje moraju svesti na najmanju moguću mjeru, te se istraživanje smije provesti samo ako je moguća opasnost manja od očekivane koristi o čemu odluku donosi nadležno etičko povjerenstvo; Pristanak na sudjelovanje u istraživanju; Za provođenje istraživanja potreban je pristanak djeteta, odnosno roditelja ili skrbnika, kad je to ovim Kodeksom propisano; Pisani pristanak je potreban za istraživanja u kojima postoji opravdana sumnja da mogu imati nepovoljan učinak na dijete. Prosudbu o tome daje etičko povjerenstvo; **Za dijete do 14 godina pisani ili usmeni pristanak daje roditelj; Dijete starije od 14 godina sâmo daje pisani ili usmeni pristanak; Djetetu starijem od 7 godina, a koje nije navršilo 14 godina, mora biti objašnjenja svrha i način provođenja istraživanja u skladu s njegovom zrelošću;** Dijete, odnosno roditelj ili skrbnik (tzv. suglasnost upućene osobe) daju svoj pristanak nakon što su obaviješteni o: svrsi istraživanja, općim i posebnim koristima istraživanja, rizicima, vrsti i trajanju postupka, povjerljivosti dobivenih podataka, zaštiti privatnosti sudionika, posljedicama koje istraživanje može izazvati, dragovoljnosti sudjelovanja, pravu na odustanak od sudjelovanja u istraživanju; Neovisno o tome je li potreban njegov pristanak za sudjelovanje djeteta u istraživanju, roditelji ili skrbnik mora biti prethodno informiran o istraživanju u skladu s odredbama navedenima u točki 3.6.; Osobe od kojih se dobije pristanak mogu u svako doba, bez obrazloženja, odustati od sudjelovanja u istraživanju.“ (20).

Primjeri iz prakse školske medicine

Djelatnost školske i sveučilišne medicine u Hrvatskoj, temeljem Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (11), ima također zadaću savjetovanja djece o različitim područja njihova života, ponašanja i zdravlja, od prehrane, ovisnosti, reproduktivnog zdravlja i drugih, ali provoditi iprikladne mjere radi neposredne zaštite zdravlja, kao što su zaštita od zaraznih bolesti (npr. cijepljenje), dijagnostičke postupke (upućivanjem u laboratorij, različite pretrage) i specijalističku obradu, te druge postupke koji su proizašli iz preventivnog rada s djecom. Kurativna zaštita i liječenje u užem smislu te riječi, odnosno prepisivanje lijekova na recept koji je financijski odobrilo Hrvatsko zdravstveno osiguranje, može izdati samo izabrani liječnik

primarne zdravstvene zaštite (koji za maloljetnu osobu izabire roditelj), a ne i školski liječnik kojem je, prema odgovarajućoj mreži u Službi školske i sveučilišne medicine pri županijskom zavodu za javno zdravstvo, dodijeljena pojedina osnovna škola, srednja škola i/ili fakultet. Privatni recept može izdati svaki liječnik koji je položio stručni ispit i ima prikladan „faksimil“ kao doktor medicine. Kako je prije navedeno, većina preventivnih postupaka, savjetovanja i zdravstveno odgojnih mjera provodi se s učenicima bez prisutnosti roditelja, a poneki se provode i u prostorima škola (npr. cijepljenje ili savjetovani rad), što svakako stavlja u vrlo specifičan i zahtjevan položaj školske liječnike. Školski liječnik je dužan poštivati prava djeteta kao pacijenta, njegovu privatnost i autonomnost, a pri tome zakonodavac u Republici Hrvatskoj daje pravo odlučivanja roditelju ili skrbniku o izboru medicinskih postupaka liječenja djeteta. Ovakvo rješenje često puta stavlja liječnike školske medicine u odnos dvostruke lojalnosti: one prema svome pacijentu – adolescentu i one prema roditeljima i zakonodavcu, posebice kad je riječ o odlukama pri kojima „ništa ne činiti“ ili tražiti suglasnost roditelja uz izričito protivljenje o adolescenta, zapravo znači štetiti djetetu – adolescentu.

Ono što u našoj medicinskoj praksi svakako nedostaje, to je češće stručno suočavanje s ovakvim problemima i dilemama, objavljivanje stručnih analiza i upoznavanje javnosti s poteškoćama iz prakse i unapređivanje prakse za dobrobit djece i mladih i njihovu bolju zaštitu zdravlja.

Primjer 1. Primjena hormonalne kontracepcije

Početak aktivnog spolnog života vezan je vrlo često upravo uz adolescentu dob. Upravo je zato i povećan rizik od neželjenih trudnoća i/ili spolno prenosivih bolesti, ili s time povezanih psihičkih trauma, ali i nesnalaženje u odnosima koje donose veze, novi partneri i odgovornost za moguće posljedice takvih veza.

Savjetovanje adolescenata o zaštiti od neželjene trudnoće podrazumijeva cjelovitu informaciju o sredstvima zaštite, od apstinencije, prirodnih metoda zaštite, kondoma do hormonalne kontracepcije. Jedna od zadaća školske medicine je provedba edukacije iz ovoga područja, savjetovanje i zaštita reproduktivnog zdravlja mladih ljudi.

No, životne priče obično izgledaju nešto drugačije i nije ih jednostavno rješavati. Mjesec je lipanj, završila je školska godina, u vašu školsku ambulantu ulazi djevojka, 16 godina, završila prvi razred srednje škole, dobra učenica, i s veseljem vam povjerava da su joj ovo ljeto po prvi puta roditelji dopustili da ljetuje na moru, kod prijateljičine tete, u društvu s nekoliko prijateljica. Vjerojatno s tim školski liječnik ne bi imao ništa da nije u prvom razredu srednje škole držao predavanje o kontracepciji i spolno prenosivim bolestima i još dao broj telefona i adresu savjetovišta školske ambulante. Djevojka želi dodatne informacije o kontracepciji i zaštiti od neželjene trudnoće, do sada nije imala seksualni odnos. Na upit o planovima, napominje kako će u istome mjestu ljetovati i skupina mladića među kojima je i njezin dečko. Neovisno o tome koliko ste umješni, koliko ste opetovano razgovarali s adolescenticom/

adolescentom, ako su donijeli odluku o stupanju u spolne odnose, vrlo je teško tu odluku promijeniti ili odgoditi za neko vrijeme ili ostati pri izričitom stavu da preporučujete samo uporabu kondoma bez primjene (ako na tome adolescentica insistira) hormonalne kontracepcije.

Koje su mogućnosti: 1. Ustrajati, s obzirom na to da je osoba maloljetna, ako želi i hormonalnu kontracepciju, mora doći s roditeljima, 2. Ostati pri izričitom stavu da preporučujete uporabu kondoma bez primjene hormonalne kontracepcije, 3. Uputiti (izdati uputnicu) djevojku ginekologu i time prepustiti odluku drugome, 4. Postići dogovor o redovitoj uporabi prezervativa i prepisati prikladnu kontracepciju uz prethodnu dobru anamnezu i klinički pregled i ev. laboratorijske pretrage (na privatni recept, napomena: „nisko-dozažni“ kontraceptivi se i ne mogu besplatno dobiti na recept Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje).

Kad bih se našla u situaciji rješavati takav problem, dvije postavke ili činjenice smatram važnima za odluku o postupanju: „Prije svega ne štetiti“ (jer katkad, ne činiti ništa može značiti nanošenje štete) i „Naši zakoni daju pravo osobi s 16 godina da samostalno odluči o prekidu trudnoće“.

Slična priča se može ispričati, ali s iznimkom kao se dogodio spolni kontakt i pukao prezervativ i postoji opasnost od neželjene trudnoće, a odluka bi samo na prvi pogled bila lakša.

Primjer 2. Sumnja na zlostavljanje djeteta u obitelji

Uz djecu i maloljetne osobe roditelji su neposredni sudionici u pružanju dijela zdravstvene zaštite koju provodi školska medicina. Zakonodavac roditeljima u Republici Hrvatskoj daje velike ovlasti u skrbi za njihovo dijete, ali je predvidio i sankcije za neizvršavanje roditeljskih obaveza, te za zlostavljanje i zanemarivanje djeteta. Liječnici školske medicine, uz službe socijalne skrbi, liječnike obiteljske medicine, stručne službe škole i učitelje, mogu imati bitnu ulogu u prosudbi obiteljske dinamike te otkrivanju svih početnih oblika zlostavljanja i zanemarivanja djece. Svojim djelovanjem oni mogu biti pokretači postupka oduzimanja prava roditeljstva ili posredno utjecati na oduzimanje prava roditeljskog odlučivanja.

U školsku ambulantu dolazi starija žena sa zamolbom kako se želi posavjetovati s liječnikom o jednoj djevojčici, njezinoj susjedi. Predstavila se, rekla je svoju adresu i ispričala zašto dolazi. U njezinoj zgradi i na istome katu stanuje obitelj s dvoje djece, sinom studentom i djevojčicom koja ide u viši razred (peti ili šesti) osnovne škole. Unatrag godinu dana, njoj se doima da se djevojčica promijenila, postala povučenija i zatvorenija. Upravo toliko vremena unazad roditelji odlaze svaki vikend u svoju kuću izvan grada i ostavljaju djevojčicu i starijeg brata s njegovom djevojkom u stanu. Ništa neobično, ali ju je začudilo da baš nikad ne vode djevojčicu sa sobom. U susjedskom razgovoru doznala je od roditelja kako se oni idu odmoriti u vikendicu i smatraju starijeg brata i njegovu djevojku dovoljno odgovornima za čuvanje i brigu o djevojčici. Ono što je dodatno pobudilo njezinu sumnju jest buka iz njihova

stana tijekom vikenda i zvukovi koji bi mogli upućivati na seksualnu aktivnost i s djetetom. Školskog liječnika osnovne škole u koju ide djevojčica, moli za pomoć djetetu, jer na njezin pokušaj razgovora o tome, roditelji djevojčice su ustvrdili da je za njih sve, posve u redu.

Školski liječnik je, primjereno svojim kompetencijama, ne iznoseći razloge, o djevojčici razgovarao u školi s razrednicom, stručnim suradnicima škole i doznao da se ona promijenila (onako kao što je susjeda opisala), ali su to uglavnom opravdavali razvojnim promjenama u pubertetu. Školski pedagog je preuzeo obvezu pratiti što se s djevojčicom događa i obavijestiti školskog liječnika ako bude potrebno. Uslijedio je poziv školskog liječnika majci djevojčice, na koji se ona odazvala. Školski je liječnik s majkom razgovarao o njezinim zapažanjima o promjenama kod djevojčice, no ona u tome nije vidjela ništa posebno. Potvrdila je susjedinu priču o njihovim odlascima u vikendicu i ostanku djevojčice kod kuće s bratom. Nije vidjela ništa loše u tom postupku smatrajući starijeg brata dovoljno odgovornim za skrb za djevojčicu. Nije držala potrebnim da se ponovno vidi (sama ili s djevojčicom) i porazgovara sa školskim liječnikom.

Koje su mogućnosti rješenja ovoga problema: 1. Zatražiti od mjerodavnog Centra za socijalnu skrb izvid u kući zbog sumnje na zanemarivanje djeteta, 2. Prijaviti Državnom odvjetništvu ili policiji sumnju na zlostavljanje, 3. Ustrajati na ponovnom razgovoru s cijelom obitelji radi dobivanja dodatnih informacija, 4. Obavijestiti izabranog liječnika djevojčice i zamoliti ga za suradnju i razgovor s roditeljima jer se ponašanje djevojčice primijenilo i trebalo bi pažljivije ispitati razloge (ne ulazeći u detalje priče), 5. Priču susjede, budući da iz drugih izvora nije bilo sumnji na zlostavljanje ili zanemarivanje, smatrati nedovoljnim razlogom za prije navedene postupke i ne poduzimati više ništa, 6. Nastaviti održavati komunikaciju s roditeljima i školom i tek naknadno se odlučiti za neku intervenciju.

Kad bih se našla u situaciji rješavati ovakav problem, sljedeće smatram važnim za odluku o postupanju: „Liječnik nije dužan dokazivati zlostavljanje ili zanemarivanje“, „Liječnik (ali i drugi profesionalci iz prosvjete, socijalne skrbi....) dužni su prijaviti i sumnju na zlostavljanje ili zanemarivanje“.

Primjer 3. Roditeljsko odbijanje pristupa djeteta obveznom cijeljenju

Preventivne mjere zdravstvene zaštite pretežiti su dio djelovanja školske medicine. Pritom ćemo nailaziti na slične etičke problema na koje nailazimo i u ostalim područjima javnog zdravstva ili primarne zdravstvene zaštite u kojima se provode preventivne i specifične mjere zdravstvene zaštite s velikim obuhvatom pojedinaca i populacijskih skupina.

Punoljetne osobe mogu dati pristanak ili odbiti preventivne medicinske intervencije, no u iznimnim okolnostima, kad je riječ o zaštiti od zaraznih bolesti, ta sloboda je ograničena radi općeg dobra i interesa. Neovisno o tome, sve takve javnozdravstvene i preventivne mjere (uključujući cijepljenje) mogu se provoditi samo na osnovi temeljito utvrđenih pravila i pravnih normi. Mogu

se primjenjivati i na stanovništvo, općenito bez pristanka, zbog znatne koristi za zdravlje određene populacije i društva. Kad je riječ o djeci, maloljetnim osobama, odgovornost i roditelja i profesionalaca je veća, jer djeci nije dano pravo odlučivanja i pristanka na pojedini postupak. Cijepljenje školske djece i mladih upravo je primjer kako se mora pažljivo odvagnuti moguće štetne posljedice za pojedino dijete od koristi za zajednicu ili svu djecu.

Djevojčicu koja se upisuje u prvi razred osnovne škole roditelji odbijaju cijepiti protiv svih bolesti koje se prema kalendaru obveznog cijepljenja provodi u toj dobi (cjepivo protiv difterije, tetanusa, dječje paralize, ospica, rubeole i zaušnjaka). Djevojčica je u predškolskoj dobi redovito cijepljena i nije bilo nikakvih nuspojava ili komplikacija. Roditelji su fakultetski obrazovani ljudi, čitali su o cjepivima, no nedavno su čuli i pročitali na internetu kako su ta cjepiva opasna, mogu prouzročiti teške bolesti i oštećenja (multiplu sklerozu, dječju paralizu i druge), a navodno je i tajnik Svjetske zdravstvene organizacije izjavio „da cjepiva ionako ne štite“. U nekoliko navrata školski je liječnik razgovarao s roditeljima i pokušao objasniti potrebu cijepljenja, s detaljnim informacijama o nuspojavama i komplikacijama cijepljenja protiv pojedinih bolesti, uputio ih na stručnu (ali laicima primjerenu) literaturu i službene stranice relevantnih zdravstvenih institucija, ponudio (ako žele) razgovarati s ekspertima u našoj zemlji koji se bave cijepljenjem. Školski liječnik je zamolio roditelje za dodatne informacije o tome gdje su dobili podatke koji su u njih pobudili takvu reakciju. Roditelji su odbili ovaj prijedlog, uz izliku da kao liječnik može sam potražiti podatke na internetu. Školski liječnik je, kao mogućnost, predložio da u prvoj prigodi kad budu djetetu vadili krv (iz nekog drugog razloga ili ako žele odmah) učine pretragu kojom bi utvrdili ima li dijete protutijela na uzročnike bolesti protiv kojih se cijepi. Ako su protutijela prisutna u dovoljnoj mjeri, možemo smatrati (zasada) dijete zaštićenim. I ovu su zamolbu roditelji odbili i upisali dijete u privatnu školu, jer „tamo ima i druge djece koja nisu cijepljena“.

Koje su mogućnosti za rješenje ovoga problema: 1. Prijaviti roditelje ovlaštenom Centru za socijalnu skrb zbog sprječavanja provedbe obveznog cijepljenja, 2. Ustrajati na ponovnom razgovoru s roditeljima i ponuditi im dodatne informacije, 3. Pričekati početak školske godine i provjeriti obuhvat cijepljenjem školske djece u školi koju će pohađati djevojčica. Potom, ako je obuhvat prema epidemiološkim pravilima dostatan i osigurava dobar kolektivni imunitet, ne poduzimati (neposredno) ništa, 4. Izdati uputnicu za određivanje protutijela na uzročnike bolesti protiv kojih se djevojčica treba cijepiti, neovisno o tome žele li roditelji odvesti dijete na vađenje krvi, te ih upozoriti kako je to jedini način kako možemo saznati je li njihovo dijete zaštićeno ako se u školi pojavi neka od ovih zaraznih bolesti ili se ona ozlijedi, 5. Roditelje još jedanput informirati o svemu, sačiniti zapis o tome u medicinskoj dokumentaciji, upozoriti na obvezu cijepljena i uskraćivanje cijepljenja je i u skraćivanje djetetu dijela zdravstvene zaštite.

Kad bih se našla u situaciji rješavati takav problem, sljedeće smatram važnim za odluku o postupanju: „Uskraćivanje zdravstvene zaštite djetetu, kad je riječ o cijepljenju, može biti zanemarivanje djeteta“, „Dijete ima pravo na najbolji

mogući oblik zdravstvene zaštite“, „Neposredna korist postupka mora višestruko nadmašivati moguću lošu ili štetnu posljedicu po dijete“.

Istraživanja koja uključuju školsku djecu i mlade

Posebno poglavlje su istraživanja koja uključuju školsku djecu i mlade. Školska djeca vrlo često su subjekti u istraživanjima ne samo u zdravstvu nego i u drugim strukama (osobito kada se radi o različitim anketama), jer odlično surađuju, lako su dostupni i nekako se „podrazumijeva“ lako prikupljanje podataka anketiranjem, kad se u učenici u školi naučeni na „testira i ispitivanja“.

Pitanja vezana uz istraživanja u medicini u koja su uključena djeca i maloljetne osobe, iznimno su zahtjevna i nužno podliježu poštivanju najstrožih etičkih pravila. O kliničkim istraživanjima koja uključuju djecu, neće biti riječi, budući da se provode samo u iznimnim okolnostima i uz strogo propisane protokole. Istraživanja koja uključuju djecu i u Hrvatskoj se mogu provoditi samo u posebnim uvjetima. Prema Pravilniku o kliničkim istraživanjima i dobroj kliničkoj praksi iz 2007. godine, istraživanja na djeci mogu se provoditi uz odobrenje pravobranitelja za djecu te posebnog stručnog povjerenstva za pedijatriju pri Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske. Također postoji i Etički kodeks istraživanja s djecom, koji je 2003. godine donio Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.

Istraživanja u javnome zdravstvu imaju veliko značenje osobito stoga što se ta istraživanja provode na vulnerabilnim skupinama čija je sposobnost donošenja odluka zakonski umanjena ili nepostojeća i podrazumijevaju odobrenje etičkog povjerenstva ustanove u kojoj se provode. Trajno ostaje pitanje nesklada između dobrobiti za pojedinca (u istraživanjima u javnom zdravstvu često nije riječ o bolesniku) i dobrobiti za zajednicu pri provedbi istraživanja kojima se vrjednuju preventivni medicinski postupci, prosuđuje utjecaj ili povezanost različitih čimbenika rizika i navika na zdravlje i pojavu bolesti te problemi vezani uz organizaciju zdravstvene zaštite, korištenje zdravstvene zaštite i preraspodjele sredstava u zdravstvu.

U Etičkom kodeksu istraživanja s djecom, prihvaćenom u Hrvatskoj 2003. g., vrlo jasno je istaknuto da: „tijela nadležna za davanje suglasnosti za provođenje istraživanja u kojemu sudjeluju djeca ili koja se odnose na djecu dužna su izraditi odgovarajuće akte u kojima će jasno naglasiti u kojim je vrstama istraživanja potrebna njihova suglasnost, a u kojim je vrstama istraživanja dovoljna upućenost neposredno zadužene osobe za njihovo provođenje u skladu s odredbama ovog Kodeksa“, navedena tijela dužna su osnovati etička povjerenstva te „u istraživanjima s djecom treba poštovati sljedeća načela: načelo zaštite dobrobiti djeteta i njegova prava na tjelesni, duševni i emocionalni integritet odnosno integritet cjelovite osobe; načelo poštovanja ljudskih prava, vrijednosti i dostojanstva osobe; načelo poštovanja privatnosti i anonimnosti sudionika; pravo djeteta na izražavanje vlastitog mišljenja; načelo poštovanja prava djeteta na samoodređenje; načelo

odgovornosti u slučaju etičkih dvojbi; načelo zaštite integriteta znanosti i znanstvenika; načelo objektivnosti, točnosti i poštenja u radu“, i na kraju, ne manje važno, jest novina u proširenju prava djeteta „Za dijete do 14 godina pisani ili usmeni pristanak daje roditelj; Dijete starije od 14 godina samo daje pisani ili usmeni pristanak; Djetetu starijem od 7 godina, a koje nije navršilo 14 godina, mora biti objašnjena svrha i način provođenja istraživanja u skladu s njegovom zrelošću.“

Literatura

1. Prebeg Ž. Organizacija zdravstvene zaštite učenika i mladeži. U: Kovačić L. (ur.) Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti. Medicinska naklada: Zagreb 2003. str. 201-208.
2. Jureša V. Zdravstvena zaštita školske djece i mladih - školska i sveučilišna medicina - prednosti i nedostaci pojedinih modela zdravstvene zaštite. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2007:10 (3), <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/src2.htm> 30. listopada, 2008.
3. Novaković B. Medicinsko-etički problemi u pedijatrijskoj praksi. Magistarski rad, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1986.
4. Merlo DF, Knudsen LE, Matusiewicz K, Neibrój L, Vähäkangas. Ethics in studies on children and environmental health. Journal of Medical Ethics 2007: 33:408-413.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission and assent in pediatric practice. Pediatrics 1995:95(2):314-317.
6. Hodges FM, Svoboda JS, Van Howe RS. Prophylactic interventions on children: balancing human rights with public health. Journal of Medical Ethics 2002: 28(1):10-16.
7. Kass NE. An ethics framework for public health. American Journal of Public Health 2001:11(91): 1776-1782.
8. Diaz A, m.d., Neal W, Nucci AT, Ludmer P, Bitterman J, Edwards S. Legal and ethical issues facing adolescent health care professionals. The Mount Sinai Journal of Medicine 2002:3(71):181-185.
9. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine, 150/2008, izmjene i dopune 155/2009, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 154/2011, 12/2012, 70/2012, 144/2012, 80/2013, 82/2013.
10. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Narodne novine, 80/2013.
11. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine, 126/2006.
12. Zakon o socijalnoj skrbi. Narodne novine, Narodne novine, 73/1997, izmjene i dopune 44/2006 79/2007.
13. Zakon o socijalnoj skrbi. Narodne novine, 157/13
14. **Obiteljski zakon.** Narodne novine, 116/2003., izmjene i dopune 17/2004., 136/2004., 107/2007.

15. Zakon o zaštiti prava pacijenata. Narodne novine, 169/2004.
16. **Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece.** Narodne novine, 18/1978.
17. Zakon o zaštiti tajnosti podataka. Narodne novine, 108/1996.
18. Kodeks medicinske etike i deontologije. Hrvatska liječnička komora 2006. Narodne novine, 55/2008.
19. Konvencija o pravima djeteta. Narodne novine - Međunarodni ugovori, 12/1993.
20. Marina Ajduković, Vladimir Kolesar. Etički kodeks istraživanja s djecom. Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži i Vijeće za djecu Vlade Republike Hrvatske, Zagreb, 2003.

ŠTRAJK GLAĐU – PERSPEKTIVA BIOMEDICINSKE ETIKE

(rad izvorno objavljen u HČJZ, vol 3, broj 9, 7. siječanj 2007.)

Ana Borovečki

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Uvod

Štrajk glađu, tj. voljno i svjesno odbijanje hrane (katkad i pića) ne bi li se pokušalo postići određene političke ciljeve ili potaknuti neke društvene promjene, kroz povijest je prihvaćen kao jedna od metoda za postizanje tih ciljeva. Poznati su tako štrajkovi glađu britanskih sufražetkinja iz ranih 1900-ih, Mahatme Gandija - koji gladovao barem 14 puta ne više od 21 dan. Poznat je i niz štrajkova glađu političkih disidenata i zatvorenika u bivšem Sovjetskom Savezu, zatvoru Maze u Belfastu u Sjevernoj Irskoj, u Socijalističkoj Federativnoj Republici Jugoslaviji, te Turskoj i najnovije u Guantanamu na Kubi. Također je zabilježen i niz štrajkova glađu osoba koje traže azil u raznim zemljama u svijetu, ali i raznih članova nevladinih udruga, pa i liječnika (Poljska i Indija) zbog nezadovoljstva radnim uvjetima (1). Bilo da se radilo o političkim zatvorenicima ili slobodnim ljudima koji štrajkanjem glađu žele skrenuti pažnju na neki društveni problem, zbog medicinskih posljedica koje takav oblik protesta može imati za njegove sudionike, te zbog brojnih etičkih problema koje se u pristupu takvoj osobi postavljaju pred liječnika, svaki je štrajk glađu za liječnika svojevrsan izazov. Cilj je ovoga članka dati pregled poznatih smjernica vezanih uz postupanje liječnika sa štrajkašima glađu, uz nekoliko napomena vezanih uz neke spoznaje o fiziologiji gladovanja, njegovim potencijalnim utjecajima na psihi štrajkaša, ali ujedno i potaknuti promišljanje čitatelja o mogućim manipulacijama ovom, pomalo nekonvencijalnom metodom društvenog pritiska.

Štrajk glađu - osnovni dokumenti i smjernice

Jedne od prvih smjernica za postupak s osobama koje štrajkaju glađu dane su u Tokijskoj deklaraciji svjetskog liječničkog udruženja (Smjernicama liječnicima u vezi s mučenjem i drugim okrutnim, nečovječnim ili ponižavajućim postupcima i kažnjavanjima osoba u pritvoru i zatvoru). Ove su smjernice donesene na 29. skupštini Svjetskog liječničkog udruženja u Tokiju u Japanu u listopadu 1975. godine. Ova je deklaracija odonda doživjela još dvije izmjene - u svibnju 2005. i svibnju 2006. U članku šest ove deklaracije daju se osnovne smjernice za postupak sa zatvorenikom koji odbija hranu. Ovdje se navodi da ako liječnik drži da zatvoreniku koji štrajka glađu nije smanjena sposobnost

razumnog prosuđivanja, nego je štrajk posljedica dobrovoljne zatvorenikove odluke da štrajka glađu, liječnik ne smije primijeniti umjetno hranjenje takvog zatvorenika. Odluku o procjeni sposobnosti odlučivanja takvog zatvorenika mora potvrditi, uz liječnika koji vodi skrb takvog zatvorenika, još jedan neovisni liječnik. Liječnik je dužan zatvoreniku objasniti posljedice odbijanja hrane za njegovo zdravlje (2).

Ipak se najvažnijim međunarodnim smjernicama za ovo područje smatra Deklaracija Svjetskog liječničkog udruženja o štrajkašima glađu, prihvaćena na 43. skupštini Udruženja na Malti u studenome 1991. Ova je deklaracija doživjela izmjene 1992. na 44. skupštini Udruženja u Marbelli u Španjolskoj, te izmjenu u listopadu 2006. u Pilanesbergu u Južnoj Africi. U ovome dokumentu u uvodnome se dijelu jasno izlažu osnovne etičke dvojbe koje se u liječnika pojavljuju pri postupanju sa štrajkašima glađu. S jedne strane imamo štrajkaša koji je autonomno odlučio štrajkati glađu iako taj postupak za njega može imati teške medicinske posljedice i može čak završiti smrću. S druge strane imamo liječnika čija je dužnost da iskoristi svoja znanja i sposobnosti ne bi li spasio ljudski život - u ovome slučaju i život štrajkaša glađu ako on bude ugrožen. U sukobu principa autonomije štrajkaša glađu i liječnikove dužnosti da mu čini dobro i pomogne ako svojim postupkom ugrožava svoj život, u ovome dokumentu prevaga je na autonomnoj odluci štrajkaša. To znači da se štrajkaša glađu ne smije prisilno hraniti. Ne smije ga se ni umjetno hraniti bez njegova bilo eksplicitnog ili implicitnog dopuštenja. Štrajkaš glađu definiran je kao duševno normalna osoba koja se izjasnila o svojoj odluci da štrajka glađu i odbila uzimanje hrane i/ili tekućine duže vrijeme. Štrajk glađu smatra se oblikom protesta ljudi koji ne posjeduju druga sredstva kojima bi skrenuli pozornost javnosti na svoje zahtjeve. Štrajkaši glađu ne smatraju se osobama koje žele umrijeti, ali neki od njih mogu biti spremni na to ne bi li ostvarili svoje ciljeve. U ovome dokumentu posebna se pažnja posvećuje pitanju dobrovoljnosti štrajkaša glađu, posebno ako je riječ o grupnim štrajkovima glađu. Liječnik je dužan pritom provjeriti postoji li neka vrsta pritiska bilo skupine koja štrajka glađu, bilo obitelji štrajkaša glađu, ili pak nekog trećeg na štrajkaša, tj. nužno je provjeriti dobrovoljnosti štrajkaševe odluke da štrajka glađu. Inzistira se također na neovisnosti liječnika koji se brine za štrajkaše glađu, te na podupiranju načela povjerljivosti između liječnika i štrajkaša, osim ako bi neki postupak štrajkaša mogao dovesti nekog drugog u opasnost. Pitanje povjerenja između liječnika i štrajkaša vrlo je važno i na njemu se inzistira. Dane su i jasne smjernice liječniku za postupanje sa štrajkašem glađu. Liječnik je dužan uzeti odgovarajuću anamnezu i status, te procijeniti štrajkaševu sposobnost donošenja odluka kao i njegova duševnog stanja. Ako se utvrdi da je štrajkaš osoba narušena duševnog zdravlja, tj. ako mu se utvrdi duševna bolest, ne bi mu se smio dopustiti štrajk glađu. Štrajkaš treba biti upoznat sa svim posljedicama i promjenama koje se mogu dogoditi tijekom štrajka bilo na razini tjelesnog bilo na razini duševnog zdravlja jednostavnim i razumljivim jezikom, uz prevoditelja ako je potrebno. Ovdje je navedeno da štrajkaši glađu često prihvaćaju liječenje infekcija i savjet da povećaju oralni unos tekućine (ili dobiju infuziju fiziološke otopine). Odbijanje takvih intervencija ne bi smjelo utjecati na druge oblike zdravstvene skrbi za štrajkaša. Smije se

primjenjivati samo ono liječenje na koje je on pristao. Liječnik treba provjeriti postoji li pritisak na štrajkaša da štrajka glađu. Treba o štrajku obavijestiti obitelj štrajkaša. Štrajkašu mora biti dostupan onaj liječnik u kojeg on ima najviše povjerenje. Liječnik treba svakodnevno biti u kontaktu sa štrajkašem, razgovarati s njime i pregledati ga kad god je to potrebno i štrajkaš to želi, te utvrditi želi li štrajkaš i dalje nastaviti sa štrajkom. Nužno je da liječnik traži na početku štrajka informirani pristanak štrajkaša o načinu postupanja i njegova liječenja ili neliječenja ako dođe do medicinskih komplikacija tijekom štrajka. Ako liječnik preuzme slučaj nekog štrajkaša glađu, a on je već izgubio svijest te se od njega ne mogu dobiti informacije o slijedu postupanja, treba provjeriti postoji li kakav pismeni ili usmeni nalog od strane štrajkaša o tome. Ako to ne postoji, liječnik treba postupiti onako kako smatra da je u najboljem interesu za štrajkaša. Pritom također postoji poziv savjesti. Ako se liječnik ne slaže s štrajkaševim odlukama o mogućim postupcima vezanim uz njegovo liječenje ili neliječenje zbog medicinskih komplikacija koje se mogu pojaviti tijekom štrajka glađu, on je dužan to reći štrajkašu i pobrinuti se da mu nađe liječnika koji bi se složio s njegovim željama (3).

Hernan Reyes iz Međunarodnog komiteta Crvenog križa, za razliku od Malteške deklaracije, ekskluzivan je u svojem definiranju osobe koja štrajka glađu. Za njega se odbijanje hrane kao reakcija na neku situaciju, neku frustraciju ili zbog ljutnje ne može okvalificirati kao štrajk glađu. Da bi netko bio štrajkaš glađu, treba dobrovoljno gladovati uz iznošenje razloga za gladovanje, i to onda za Reyesa predstavlja štrajk glađu (4).

Smjernice Britanskog liječničkog udruženja o štrajku glađu iz 1974. i 1992. također jasno kažu da nijedan bolesnik koji je u mogućnosti donositi razumne odluke i koji je svjestan posljedica odbijanja hrane ne treba biti prisilno hranjen. Ovdje je također naglasak na autonomiji štrajkaševih odluka (5).

Fondacija za zdravlje i ljudska prava Johannes Wier iz Nizozemske je u suradnji s Kraljevskim nizozemskim liječničkim udruženjem 1992. donijela smjernice o štrajku glađu, potaknuta štrajkom 180 vijetnamskih azila 1991. u Nizozemskoj (6). Ovaj dokument traži da svim zatvorenicima koji štrajkaju glađu treba omogućiti pristup liječniku u kojeg imaju povjerenja i da im to zatvorski liječnici trebaju omogućiti. Također, ovaj dokument navodi da bi štrajkaši glađu trebali na početku ispuniti dokument koji bi davao smjernice postupanja s njima od trenutka kad izgube svijest, tj. žele li ili ne žele biti liječeni. Takav dokument bio bi tajan za sve osim za liječnika i štrajkaša glađu. Onog trenutka kada štrajkaš izgubi svijest, taj bi dokument postao poznat javnosti (7).

Neke napomene o mogućim fiziološkim i psihičkim promjenama vezanim uz štrajk glađu

Postoji nekoliko tipova štrajkova glađu. Neki se štrajkaši odlučuju za ekstremne tipove prestanka uzimanja i hrane i tekućine. Takvi štrajkovi vrlo brzo završavaju loše uz teška i ponekad ireverzibilna oštećenja štrajkaševa zdravlja.

Drugi tip jest onaj u kojem štrajkaš ne uzima hranu, ali uzima tekućinu, isključivo vodu, tada se preporučuje klistiranje i obilno kretanje. Ovakav tip također može imati teške posljedice posebno nakon produženog gladovanja. Postoji i tip štrajka glađu koji se pojavio u turskim zatvorima. Pri tome štrajkaš glađu uzima vodu, sol, šećer i vitamin B1, i štrajka na taj način do smrti ako se njegovi zahtjevi ne prihvate (8). Bilo kako bilo, svaki od ovih oblika štrajka glađu može imati teške posljedice za štrajkaševo zdravlje. Razna istraživanja ljudi koju su iz raznih razloga gladovali navode niz zdravstvenih problema koji se kod takvih osoba mogu uočiti. U zdravih ljudi, srednje mišićno-koštane građe, u slučaju gubitka 10% tjelesne mase preporučuje se medicinski nadzor. Ako nije poznata težina osobe koja štrajka glađu, već gladovanje od 10 dana ili indeks tjelesne mase manji od 16,5 kg/m² može uzrokovati zdravstvene smetnje, a ozbiljni problemi nastaju pri gubitku 18% tjelesne mase. Bradikardija (usporenje srčanog ritma), pad krvnog tlaka, slabost, omaglica i vrtoglavica česti se simptomi koji se pojavljuju u pojedinaca koji gladuju. Dehidracija je ozbiljan problem koji se može pojaviti ako osoba koja štrajka glađu ne uzima tekućinu. Potreban je dnevni unos 1,5 l tekućine uz uzimanje jedne čajne žlice soli na dan da bi se spriječila pojava dehidracije i elektrolitskog disbalansa. Treba paziti da se ne bi razvila hipokalemija (pad koncentracije kalija u krvi), koja se često pojavljuje u ljudi koji gladuju. Prilikom ponovnog započinjanja uzimanja hrane mogu se u ljudi koji su gladovali duže od tri tjedna pojaviti ozbiljni zdravstveni problemi. Wernekeova encefalopatija jedno je od takvih stanja, koje se može pojaviti nakon uzimanja neprikladne hrane nakon dugog gladovanja. Kardiološki problemi, od kojih je prolongacija QT-intervalu svakako jedna od najopasnijih, također se mogu pojaviti kod ponovnog uzimanja hrane nakon produženog gladovanja (1). 77% štrajkaša glađu pokazuje kliničke znake depresije i emocionalne nestabilnosti. Psihološke smetnje koje se pojavljuju tijekom gladovanja, mogu varirati i zasad nije jasno mogu li i u kojoj mjeri utjecati na odluke štrajkaša glađu. Neke od tih smetnji mogu utjecati na sposobnost prosudbe štrajkaša te se liječnicima u tim slučajevima preporučuje da slijede preporuke vezane uz liječenje ili neliječenje koje je štrajkaš glađu dao na početku štrajka. Ako gladovanje i ne umanjuje sposobnost odlučivanja štrajkaša, ono u svakome slučaju može utjecati na povećanje impulzivnosti i agresivnosti, i povećati mogućnost da se štrajkaši izgledne do smrti. Stoga se preporučuje štrajkaše glađu unaprijed upoznati s mogućim psihološkim posljedicama njihova štrajka glađu (9).

Štrajkovi glađu danas i neka promišljanja o ovoj temi

Danas u literaturi nalazimo rasprave i navode o dvama osnovnim tipovima štrajkova glađu. Jedna tip jest štrajk glađu političkih zatvorenika, a tu bi smo mogli ubrojiti i štrajkove ljudi koji traže azil u raznim azilantskim centrima. Drugi tip jest štrajk glađu društvenih skupina ili članova nevladinih udruga i raznih drugih aktivista. Ovaj drugi tip pred liječnika postavlja obično manje etičkih dilema i problema, jer su ovakvi štrajkovi glađu rijetko dugotrajni, a štrajkaši, s obzirom na to da su često aktivni i dobro integrirani članovi društvene zajednice sa svim građanskim pravima i slobodama, najčešće dobiju određeni stupanj

odgovora i povratne reakcije od strane društvenog sistema. Puno je problematičniji prvi tip štrajka glađu, koji u sebi nosi niz etičkih i društvenih dilema. Štrajkaši su u tom slučaju zatvorenici ili azilanti, ljudi koji su zakinuti za neka ili katkada sva prava i građanske slobode. Ako se radi o društvima totalitarnog tipa, ili onima s totalitarnim sklonostima, štrajkovi glađu političkih zatvorenika predstavljaju svojevrsan otpor, zadnju instancu borbe za osnovna ljudska prava i slobode. Pritom postoji opasnost, pogotovo ako se radi o lošim uvjetima i načinu postupanja sa zatvorenicima (mučenju, ispitivanjima, nečovječnom postupanju) da štrajk glađu može predstavljati svojevrsno rješenje i oslobođenje od takvih postupaka, s možda čak prikrivenim suicidalnim tendencijama. Ovakav štrajk glađu, iako s moralne strane ima jasne implikacije, prije svega je posljedica nečovječnog postupanja prema zatvorenicima a tek potom legitimno sredstvo političke borbe. U ovakve štrajkove glađu spada većina štrajkova danas u turskim zatvorima i u zatvoru Guantanamo na Kubi. Liječnici u takvim okolnostima danas moraju birati strane - ili biti na strani štrajkaša ili na strani represivnog državnog aparata. Turska liječnička udruga stala je na stranu zatvorenika i jasno rekla da liječnici u turskim zatvorima ne smiju prisilno hraniti zatvorenike koji štrajkaju glađu niti sudjelovati u lomljenju štrajkova lađu (10). S druge strane, liječnici zaposleni u američkoj vojsci u zatvoru Guantanamo često su u dvojbi, poslušati ili ne zahtjev za prisilnim hranjenjem štrajkaša glađu. George J. Annas, u članku nedavno objavljenom o toj temi, mišljenja je da liječnici zaposleni u američkoj vojsci imaju dužnost ne poslušati naredbu koja se protivi principima medicinske etike (7).

Ostaje nam na kraju za razmotriti još jedan slučaj, a to je manipulacija štrajkom glađu od strane zatvorenika. Ovaj primjer najbolje bi bilo opisati slučajem iz sudske prakse. Riječ je bila o osuđenom ubojici troje djece iz Velike Britanije Ianu Bradyju, koji je započeo štrajk glađu u zatvoru. U njegovom slučaju započeto je prisilno hranjenje, i njegova žalba zbog takvog postupka odbijena je na sudu u Velikoj Britaniji. Sudac je prilikom donošenja odluke u obzir uzeo mišljenje forenzičkog psihijatra, koji je Bradyjevo odbijanje hrane opisao „primjerom njegove psihopatologije na djelu“ (11). Kao što vidimo, i takav razvoj događaja je moguć.

Bilo kako bilo, štrajk glađu pred liječnika postavlja niz problema. Ovaj je članak pokušao upozoriti i dati smjernice za rješavanje barem nekih od tih problema, te potaknuti u čitatelja raspravu o nekim ovdje spomenutim pitanjima. Nadam se da je u tome barem djelomično uspio.

Literatura

- 1 Peel M. Hunger strikes (editorial). BMJ 1997; 315: 829-830.
- 2 World Medical Association. Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment, 1975., revizija 2005. i 2006. na (<http://www.wma.net/e/policy/c18.htm>).

- 3 World Medical Association. Declaration on hunger strikes (Declaration of Malta), 1991, revizija 1992. na (<http://www.wma.net/e/policy/h31.htm>).
- 4 Reyes H. Medical and ethical aspects of hunger strikes in custody and the issue of torture. Geneva: International Committee of Red Cross, January 1988. na ([http://icrc.org/Web\(Eng/siteeng=.nsf/wpList302/F18AA3CE47E5A98BC1256B66005D6E29\)](http://icrc.org/Web(Eng/siteeng=.nsf/wpList302/F18AA3CE47E5A98BC1256B66005D6E29))).
- 5 Ethical statement. Artificial feeding of prisoners. MJ 1974; iii:52-3.
- 6 Assistance in hunger strikes: a manual for physicians and other health personnel dealing with hunger strikes. Amersfoort, the Netherlands: Johannes Wier Foundation for Health and Human Rights, 1995.
- 7 Annas GJ. Hunger Strikes at Guantanamo-Medical Ethics and Human Rights in a "Legal Black Hole". The New England Journal of Medicine 2006;13: 1377-1382.
- 8 Ooguz NY, Miles SH. The physician and prison hunger strike: reflecting on the experience in Turkey: Journal of Medical Ethics 2005; 31: 169-172.
- 9 Fessler DMT. The implications of starvation induced psychological changes for the ethical treatment of hunger strikers. Journal of Medical Ethics 2003; 29:243-247.
- 10.English V, Gardner J, Romano-Critchley G, Sommerville A. Ethics briefings. Management of prisoners on hunger strike. Journal of Medical Ethics 2001; 27:203.
- 11.Dyler C. Force feeding of Ian Brady declared lawful. BMJ 2000;320:731.

ŠTO TREBA SVAKI HRVATSKI GRAĐANIN ZNATI O ŠTRAJKU GLAĐU

(preuzeto iz HČJZ, vol 3, broj 9, 7. siječanj 2007)

Slobodan Lang

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Kakav je odnos pravne države i štrajka glađu? Odnos prema štrajkašima glađu u zatvorima jedan je od ključnih pokazatelja ljudskih prava, medicinske etike i pravne države.

Tko definira štrajk glađu? Etičke upute donosi Svjetsko Medicinsko Udruženje, za 8 milijuna liječnika iz cijeloga svijeta. Deklaracija o štrajkašima glađu donesena je na Malti, 1991. i obnovljena 2006. To je za sve obvezujući dokument o štrajkašima glađu.

Što je štrajk glađu? Štrajk glađu je dragovoljna nenasilna metoda po kojoj sudionici gladuju kao čin protesta i zbog postizanja promjene odluka, postupaka ili čak cijeloga sustava.

Koji su oblici gladovanja kod štrajka glađu? Štrajk glađu se provodi raznim oblicima gladovanja. Najčešći oblici su: apsolutni (bez hrane i vode, ugrožava život nakon 3-4 dana), totalni (samo voda i sol, traje 55-75 dana) i produženi (minerali, vitamini i čaj, a negdje i med, smrt nakon otprilike 200 dana). Svaki od ovih oblika gladovanja konačno dovodi do smrti. Tvrdnja da produženi oblik nije pravi štrajk glađu je ugrožavanje ljudskih prava, a takav stav liječnika povreda je medicinske etike.

Može li se štrajk glađu usporediti sa samoubojstvom? Štrajkaši glađu ne žele umrijeti, ni kad iskazuju da su 'spremni ići do kraja' ako se ne ispune njihovi zahtjevi. Oni žele živjeti – za svoje ciljeve, za suradnike, za svoje političke ideale. Nazivanje štrajka glađu „samoubojstvom“ grubo je kršenje ljudskih prava. Time se pokušava izbjeći razmatranje njihovih zahtjeva, a javnosti prikazati štrajkaše kao patološke osobe i tako dobiti „medicinski alibi“ za intervenciju.

Smije li se štrajkaše glađu prisilno hraniti? Deklaracije iz Tokija i Malte Svjetskog medicinskog udruženja zabranjuju prisilno hranjenje.

Smije li se štrajkašima glađu dopustiti da umru? O sudbini štrajkaša glađu u presudnom trenutku života i smrti odlučuje isključivo njihov liječnik. O štrajkašima se brine priznavajući njihovo pravo i da odbiju liječenje. Prisilna intervencija održavanja života je obilježje države koja ne poštuje ljudska prava,

manifestacija moći nad ljudima, a ne morala. Javnosti se želi uskratiti informiranost, odgovornost i moguća moralna potpora štrajkašima glađu.

Tko je odgovoran za štrajkaša glađu? Od prvog do zadnjeg trenutka gladovanja, zdravstveno i etički, za štrajkaša su odgovorni liječnici. Bitno je da od početka grade odnos povjerenja, da štrajkaš bude potpuno siguran kako je liječnik lojalan prije svega njemu. Ako je štrajkaš u zatvoru, zatvorski liječnici, zbog opasnosti sukoba interesa (vlasti i štrajkašu), ne smiju biti jedini koji brinu o štrajkašu.

DODATAK A –

Pregled relevantnih domaćih i međunarodnih dokumenata i legislative vezanih uz etička pitanja u javnom zdravstvu:

1. Kodeks medicinske etike i deontologije (Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora). Narodne novine 55/2008.
2. Zakon o liječništvu, Narodne novine 121/2003, 117/2008.
3. Zakon o zaštiti prava pacijenata, Narodne novine 169/2004
4. Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja, Narodne novine 177/2004, 45/2009.
5. Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Narodne novine – međunarodni ugovori 13/2003.
6. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, 111/1997, 128/1999, 79/2002.
7. Zakon o lijekovima, Narodne novine 124/ 1997, 121/2003, 71/2007.
8. Pravilnik o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi, Narodne novine 175/03, 121/07, 14/10.
9. Zakon o dobrobiti životinja, Narodne novine 19/1999.
10. Zakon o zaštiti životinja, Narodne novine 135/2006.
11. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine, 150/2008, izmjene i dopune 155/2009, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 154/2011, 12/2012, 70/2012, 144/2012, 80/2013, 82/2013.
12. Kazneni zakon, Narodne novine 125/2011
13. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Narodne novine, 150/2008.
14. Zakonu o socijalnoj skrbi. Narodne novine, 33/2012, izmjene i dopune 46/2013. i 49/2013.
15. Obiteljski zakon. Narodne novine, 116/2003., izmjene i dopune 17/2004., 136/2004., 107/2007.
16. Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece. Narodne novine, 18/1978.
17. Zakon o zaštiti tajnosti podataka. Narodne novine, 108/1996.
18. Konvencija o pravima djeteta. Narodne novine - Međunarodni ugovori, 12/1993.
19. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine, 126/2006.
20. Marina Ajduković, Vladimir Kolesar. Etički kodeks istraživanja s djecom. Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži i Vijeće za djecu Vlade Republike Hrvatske, Zagreb, 2003.

21. Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji. Narodne novine, 86/2012.
22. Međunarodna komisija za medicinu rada. Međunarodni etički kodeks za stručnjake medicine rada. Hrvatsko izdanje: Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada, Zagreb, 1996.
23. CIOMS International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Research Geneva, 1991 (<http://www.cioms.ch/>)
24. WHO: The Scientific Working Group on Epidemiology: Ethical Guidelines for Epidemiological Investigations (http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/en/)
25. Council of Europe Recommendations (<http://www.coe.int/>)
26. Directive 95/46/EC on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (http://www.bfdi.bund.de/nr_946430/EN/DataProtectionActs/Artikel/Directive-95_46_EC-EuropeanDirectiveOnDataProtectionOf24Oct1995_templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Directive-95_46_EC-EuropeanDirectiveOnDataProtectionOf24Oct1995.pdf)
27. EU Clinical Trails Directive (2001/120/EC) (http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol1_en.htm)
28. International Epidemiological Association Good Epidemiological Practice (GEP): proper conduct in epidemiological research (<http://www.dundee.ac.uk/iea/>)
29. World Medical Association. Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment, 1975., revizija 2005. i 2006. na (<http://www.wma.net/e/policy/c18.htm>).
30. World Medical Association. Declaration on hunger strikes (Declaration of Malta), 1991, revizija 1992. na (<http://www.wma.net/e/policy/h31.htm>).
31. Reyes H. Medical and ethical aspects of hunger strikes in custody and the issue of torture. Geneva: International Committee of Red Cross, January 1988. na ([http://icrc.org/Web\(Eng/siteeng=.nsf/wpList302/F18AA3CE47E5A98BC1256B66005D6E29\)](http://icrc.org/Web(Eng/siteeng=.nsf/wpList302/F18AA3CE47E5A98BC1256B66005D6E29))).