

Medicinska etika - skripta

Jukić, Marko

Authored book / Autorska knjiga

Publication status / Verzija rada: **Published version / Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Publication year / Godina izdavanja: **2024**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:843557>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-25**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



Marko Jukić

MEDICINSKA ETIKA - SKRIPTA



Marko Jukić

Medicinska etika - skripta

Vlastita naklada autora

Marko Jukić: Medicinska etika - skripta

ISBN 978-953-50382-2-1

© 2024. Marko Jukić. Sva prava pridržana. Ova je knjiga zaštićena autorskim pravima i ne smije se ni djelomično reproducirati ili koristiti u bilo kom obliku ili na bilo koji način uklopiti u drugi rad, prenijeti u bilo koju formu, osim za kratke citate, bez pismenoga dopuštenja autora.

Split, 2024.

Marko Jukić

MEDICINSKA ETIKA – SKRIPTA

Split, 2024.

Život je Božji dar, čuvaj ga!

**„Tko želi mijenjati svijet, najbolje je da
započne od sebe“**

Phil Bosmans

**„Počni raditi ono što je potrebno, a zatim
učini ono što je moguće i odjednom radiš
nemoguće.“**

Sv. Franjo Asiški

Medicinska etika - Skripta

(skripta za studente medicine)

Sadržaj

1. Uvod u medicinsku etiku	7
1.1. Definicije: etika, moral, medicinska etika, bioetika, deontologija	8
1.2. Kratki osvrt na povijest nastanka medicinske etike i bioetike	10
1.3. Načela biomedicinske etike,	15
1.4. Praktičan pristup	26
2. Profesionalna etika	28
2.1. Etika zdravstvenih djelatnika	29
2.2. Profesionalni kodeksi	31
3. Prava pacijenata	65
3.1. Prisilno liječenje	66
3.2. Obavijesni pristanak, obavještajni pristanak (<i>informed consent</i>)	71
4. Pravo na život	97
4.1. Pravo na život temeljno je ljudsko pravo	99
4.2. Pravo na pobačaj	103
4.3. Status ljudskog embrija	110
4.4. Medicinski potpomognuta oplodnja	111
4.5. Surogat-majčinstvo	115
4.6. Priziv savjesti	117
4.7. Reprodukcijska prava	120
5. Medicinskoetički problemi vezani uz završetak ljudskog života	124
5.1. Palijativna medicina	124
5.2. Beskorisno liječenje	133
5.3. Produživanje i kvaliteta života	136
5.4. Načelo čina s dvostrukim učinkom	149
5.5. Eutanazija	151
6. Etički aspekti transplantacijske medicine	165
6.1. Transplantacijska medicina	165
6.2. Doniranje organa	166
6.3. Utvrđivanje moždane smrti, eksplantacija i transplantacija organa	167
6.4. Trgovina organima	168
6.5. Ksenotransplantacija – slučaj „Beba Fae“	171
6.6. Slučajevi	173
7. Etička povjerenstva	176
7.1. Etička povjerenstva	176
7.2. Etičke komisije, povjerenstva u Hrvatskoj	185
7.3. Slučajevi iz prakse	188

8. Liječničke pogreške	192
8.1. Pitanje odgovornosti	196
8.2. Nasavjesno liječenje – slučajevi	198
8.3. Izvještavanje o liječničkim pogreškama	199
8.4. Skandinavski modeli osiguranja pacijenata od štetnih događaja	201
8.5. Liječničke pogreške u Hrvatskoj	204
8.6. Nesavjesno liječenje – zakonski članci	205
9. Eugenika	207
9.1. Eugenika	207
9.2. Medicinska eugenika	210
9.3. Prisilna sterilizacija	211
9.4. Ujedinjeni narodi i kontrola rađanja	215
9.5. Akcija T 4	216
10. Etika i medicinska genetika	218
10.1. Etika i medicinska genetika	218
10.2. Genetičko savjetovanje i testiranje	221
11. Kiborgizacija i čipiranje	227
11.1. Kiborgizacija	227
11.2. Čipiranje	231
11.3. Kloniranje	234
12. Etičnost na razini zdravstvenog sustava	237
12.1. Odgovornost bolničkih uprava	238
12.2. Zdravstveno osiguranje	239
12.3. Odgovornost liječnika	239
12.4. Odnos medija prema zdravstvenim radnicima	244
13. Profesionalna autonomija liječnika	251
13.1. Madridska deklaracija o profesionalnoj autonomiji i samoregulaciji	251
Literatura	253

Napomena: Skripta su napisana 2012. – 2013. godine za studente medicine.

1. Uvod u medicinsku etiku

1.1. Definicije: etika, moral, medicinska etika, bioetika, deontologija

1.1.1. Etika

1.1.2. Moral

1.1.3. Medicinska etika

1.1.4. Bioetika

1.1.5. Deontologija

1.2. Kratki osvrt na povijest nastanka medicinske etike i bioetike

1.2.1. Povijest nastanka bioetike

1.3. Načela biomedicinske etike

1.3.1. Načelo neškodljivosti

1.3.2. Načelo dobročinstva

1.3.3. Načelo autonomije

1.3.4. Načelo pravednosti

1.3.5. Povjerljivost

1.3.6. Neovlašteno otkrivanje profesionalne tajne

1.4. Praktičan pristup

1. Uvod u medicinsku etiku

U praksi treba prepoznati postoji li etički problem u sljedećim situacijama: bolesnikova suglasnost za dijagnostički postupak i liječenje, punomoć, kada ne reanimirati, kada prekinuti reanimaciju, moždana smrt, uzimanje organa, transplantacija, pomoć bolesnicima koji su u terminalnom stadiju bolesti, kada otkloniti primjenu sofisticirane tehnike pri liječenju bolesnika, eksperimenti na embrijima, kloniranje, čipiranje, istraživanje novih lijekova i metoda liječenja.

Pitanje edukacije liječnika glede gospodarstva vrlo je loše i takva loša edukacija također pretpostavlja etičke dvojbe. Trebalo bi liječnike educirati da razmišljaju o svrsishodnosti liječenja i gospodarskim učincima takvog liječenja. Nema nijedne države u svijetu koja bi mogla platiti troškove neracionalne zdravstvene zaštite i zato, osim medicinskih čimbenika, treba uzeti u obzir i gospodarske čimbenike. Zanemarivanje gospodarskih čimbenika etički je dvojbeno jer nesvrshodnom potrošnjom u jednom slučaju onemogućujemo liječenje drugih u kojih bi liječenje bilo učinkovitije i svrsishodnije.

Svaki liječnik-kliničar u svojem radu mora se koristiti metodom kliničko-etičke analize (prema Jonsenu). Treba odgovoriti na sljedeća pitanja.

- Koja je medicinska indikacija za medicinske postupke (dijagnostiku, terapiju)? Poboľšava li postupak ili pogoršava bolesnikovo stanje?
- Kakva je kvaliteta života prije medicinskih postupaka, a kakva se oćekuje nakon primjene medicinskih postupaka?
- Što bolesnik Źeli, oćekuje?
- Što sve utjeće na donošenje odluke: obiteljske prilike, socijalni status, novćane teškoće, politićke prilike, razlićiti interesi itd.?
- Donosi li se odluka o postupcima ili o odustajanju od tih postupaka pod pritiskom?
- Tko je izložen pritisku: lijećnik, bolesnik ili i jedan i drugi?

O slućajevima vezanima za medicinsku etiku raspravljat će medicinski stručnjaci s tog podrućja, pravni stručnjaci, teolog, sociolog, novinar, predstavnik zainteresirane skupine pacijenata i neovisni laici (graćani). Svi oni moraju biti osposobljeni za to da raspravljaju o medicinskoj etici s razlićitih stajališta. Osobe koje ništa ne znaju o etici, medicinskoj etici i deontologiji ne bi trebale biti uključene u ovakve timove jer njihova nekompetentnost moŹe napraviti nepopravljivu štetu, a ne pomoći da se problem prepozna i riješi na najbolji naćin. Svaka rasprava mora biti dobro medicinski obraćena, usporećena sa slućajevima iz literature. Rasprava nije stručno medicinska, već je rasprava o etićkim problemima koji su se pojavili u nekom odrećenom slućaju. Problem ne mora biti etićki, nego moŹe biti emocionalni, autoritarni ili neke druge prirode. VaŹno je znati prepoznati etićki problem.

Nadalje se ispituju: sposobnost rukovoćenja, gospodarska pouzdanost, primjena rijetkih sredstava, profesionalni i ugovorni rezultati, javni nastupi.

Jezik komunikacije veoma je vaŹan i u edukaciji treba posebnu pozornost posvetiti tomu. Naćin na koji se lijećnik verbalno odnosi prema kolegama, bolesnicima ili rodbini vrlo je vaŹan jer loš jezik komunikacije uzrokuje niz konfliktnih situacija. Preporućuje se kolege odvratiti od uporabe lošeg jezika komunikacije, upozoriti na neprimjeren jezik i istaknuti vaŹnost dobre komunikacije.

1.1. Definicije: etika, moral, medicinska etika, bioetika, deontologija

1.1.1. Etika

Termin je nastao u staroj Grćkoj, a korijen je u rijeći *ethos*, a znaći obićaj, narav, ćud, navika. U latinskom jeziku pandan za *ethos (ethicos)* jest u rijeći *mos (moralis)*. Etika je

filozofska disciplina koja proučava moral, nastanak morala, njegove izraze, razvoj, teorije, načela, ciljeve i smisao moralnoga djelovanja. Etika ide u red najstarijih filozofskih i znanstvenih disciplina, a ishodište joj je u sustavu Aristotelove filozofije. Još uvijek nema jasne granice između etike kao filozofske i znanstvene discipline i morala kao predmeta kojim se etika bavi.

Etika je teorija o ispravnome djelovanju ili disciplina koja definira dobro i zlo ili pak doktrina o najboljem izboru.

Također se navodi da je etika znanost o moralu. U užemu smislu predmet etike jest moral i moralno djelovanje. Etika ispituje načela toga djelovanja, nastoji ih dokazati i objasniti. Etika raspravlja o tome kakav treba biti ljudski život, kako je rekao Sokrat. Ona dakle ima uputno, usmjerujuće normativno obilježje. Ne govori o onome što jest, nego o onome što treba biti i zbog toga je filozofska, a ne sociološka ili pravna disciplina.

Za proučavanje etike vrlo su važni individualni i društveni čimbenici (povijesni, kulturni, religijski, etnički, gospodarski, politički i ostali).

Kršćanska je etika znanost o moralu utemeljenu na kršćanskim načelima.

1.1.2. Moral

Moral (ćudoređe) skup je običaja, navika, normi ili pravila ponašanja kojima se ljudi rukovode. Moral je praktična primjena teorijskih postavki. Često se pojmovi etika i moral rabe kao sinonimi, iako to nisu. Moralno djelovanje podrazumijeva osviještenost praktične situacije, stvaranje moralne prosudbe i donošenje praktične odluke. Moralno je djelovanje predmet etike (filozofske i znanstvene discipline).

Odnos ljudi između sebe, kao i odnos jedinke prema društvu, čine moralnu normu. Objektivne moralne norme često se izražavaju u obliku posebnih moralnih kodeksa u kojima su određeni zahtjevi i pravila ponašanja za članove društva, zajednice. Pod moralom razumijevamo što je dobro, a što zlo, što je ispravno, a što neispravno u međuljudskim odnosima i odnosima jedinke prema društvu. Moralnim sudom ocjenjuje se neki postupak. Objekt je uvijek ćovjek. Prosuđuju se motiv djelovanja, sam postupak kao takav i na temelju toga stvara se pojam moralne odgovornosti. Razvoj morala treba promatrati tijekom povijesti. Svaka je epoha imala svoje moralne zakone tako da je u jednom vremenu nešto bilo nemoralno, a u drugome je to isto bilo moralno.

1.1.3. Medicinska etika

Medicinska etika razmatra etičku teoriju i praksu u medicini i zdravstvu, a obuhvaća i profesionalnu etiku u području zdravstva (liječnik, sestra, ostali djelatnici u zdravstvu).

Medicinska je etika primijenjena etika. Jedna od definicija medicinske etike glasi: „Znanstvena disciplina koja je grana etike koja se bavi teorijskim i praktičnim moralnim pitanjima vezanim uz medicinu i zdravstvo.“

1.1.4. Bioetika

Urednik bioetičke enciklopedije (godine 1978.), Warren Thomas Reich, ovako je definirao bioetiku: „Sustavno proučavanje ljudskoga ponašanja na polju znanosti o životu i skrbi za zdravlje ako je ispitivano u svjetlu moralnih vrijednosti i načela.“ U drugom izdanju (godine 1995.) Reich je dao modificiranu definiciju bioetike: „Bioetika je sustavno proučavanje moralnih dimenzija – uključujući moralno gledanje, odluke, ponašanje i odgovorno držanje – znanosti o životu i skrbi za zdravlje, primjenjujući različite etičke metodologije s interdisciplinarnom impostacijom.“

Promjene u definiciji nisu kozmetičke, već su fundamentalne naravi. U prvoj definiciji najviše je prigovora bilo na pojam „načelo“. Kritičari su, naime, tvrdili da pojam „načela“ ne odgovara bioetici kao praktičnoj disciplini. Prihvaćajući kritiku, Reich je priznao pluralizam bioetike. Ne postoji jedna i jedinstvena fondacija bioetike koja bi kao takva bila univerzalno prihvaćena. Bioetika, neovisno o etičkom pluralizmu, može postojati kao samostalna disciplina.

Bioetika je „disciplina o etičkim problemima koji nastaju zbog razvoja znanosti, posebice biologije i medicine“. Bioetika obuhvaća mnoga područja društvenog života: znanost, kulturu, politiku, pravo, novinarstvo itd.

1.1.5. Deontologija

Termin deontologija stvorio je začetnik utilitarističke filozofije Jeremy Bentham 1834. godine kombinacijom grčkih riječi *deon* – dužnost i *logos* – govor, znanost.

Bît deontologije jest isticanje vrijednosti nekog moralnog čina kao takvog. Deontologija se bavi proučavanjem i određivanjem prava i dužnosti zdravstvenih radnika. Prava i dužnosti zdravstvenih radnika propisani su zakonima, pravilnicima i kodeksima. Zdravstveni radnici imaju svoje stručne komore koje propisuju etičke kodekse za svaku profesiju pa postoje liječnički i sestrijske kodeksi, kodeks fizioterapeuta, primalja i drugih djelatnika u zdravstvu.

1.2. Kratki osvrt na povijest nastanka medicinske etike i bioetike

Liječništvo je profesija koja je imala prvi povijesni etički kodeks, poznatu Hipokratovu prisegu. U staroj Grčkoj liječništvo je bilo uzor moralnoga djelovanja. Hipokratova prisega

(vidjeti poslije) nastala je 400 godina prije Krista. Hipokrat je znan kao otac medicine, rođen je u Grčkoj 460. godine prije Krista. On je pionir na nekim poljima „moderne“ medicine: proučavao je medicinske škole i ujedinio stajališta u prisegu o medicinskoj etici za liječnike. Ta je prisega temelj za mnoge medicinske prisege, za studente koji započinju medicinsku praksu. Glavne naznake prisege jesu:

- poštovanje učitelja medicinske umjetnosti
- dozvola za bavljenje medicinom samo onima koji polože tu prisegu
- praktično činiti dobro bolesniku, ne činiti štetu
- nikada ne dati sredstvo za izazivanje pobačaja ni ga izvesti
- ulazeći u bolesnikov dom koristiti bolesnom, uzdržavati se od nanošenja štete i korupcije
- dobar odnos između bolesnika i liječnika.

Kristijanizacija prisege nastala je u 10. ili 11. stoljeću. Čovjek treba nastojati djelovati prema drugome onako kako liječnik nastoji pomoći u ozdravljenju. Renesansni filozof Paracelsus, štoviše, smatra da je liječnik slika Kristove ljubavi prema ljudima.

Engleski bolnički liječnik Thomas Percival početkom 19. stoljeća (godine 1803.) uporabio je termin **medicinska etika**. Prvi je napisao kodeks profesionalne medicinske etike 1803. godine koji je poslije prilagodilo udruženje američkih liječnika.

Percivalov kodeks propisuje tvrdi moralni autoritet i neovisnost liječnika u službi za druge, afirmira profesionalnu odgovornost u brizi za bolesne i ističe osobnu čast.

Etički kodeks Američkoga liječničkog udruženja (AMA) nastao je 1847. godine. Prvi je to profesionalni medicinski kodeks koji je prilagodilo nacionalno udruženje liječnika. Revizije Kodeksa provedene su 1903., 1912., 1947., 1994. i 2001. godine.

Američko liječničko udruženje osnovalo je 1858. godine Komitet za etiku, a 1903. godine Kodeks je preimenovalo u Principe medicinske etike.

Etika medicinskih istraživanja mijenjana je nakon zabranjenih etičkih i moralnih standarda nacističkih doktora iz Drugoga svjetskog rata. Nekim je njemačkim doktorima (njima 23-ojici) suđeno jer su provodili kriminalne pokuse na logorskim zatvorenicima. Zato je nakon Drugoga svjetskog rata nastao Nürnberški kodeks (1947. godine) kojim se zahtijeva etički pristup pri istraživanju na ljudima. Zabranjena se istraživanja nisu događala samo u nacističkoj Njemačkoj u vrijeme rata nego i u drugim zemljama (SAD, Japan, Izrael i ostale), i to u vrijeme mira (nakon Drugoga svjetskog rata). Liječnici Američkog javnog zdravstvenog servisa izveli su neetično i rasističko istraživanje uskraćujući terapiju bolesnim afroameričkim

Crncima koji su bolovali od sifilisa. Terapija je uskraćena u 399 ljudi, a istraživanje je trajalo 40 godina (1932. – 1972. godina u Tuskegeeu).

Nürnberški kodeks iz 1947. godine

Kodeks je sastavljen od 10 načela (principa) glede etike medicinskih istraživanja i osiguranja ljudskih prava. Principi uključuju:

- informaciju i dobrovoljan pristanak osobe koja je uključena u istraživanje
- istraživanje mora biti sa svrhom da je potrebno i korisno za društvo
- istraživanje mora biti temeljeno na studijama na životinjama ili drugim racionalnim opravdanim ispitanicima
- izbjeci i zaštititi ispitanika od povrede i nepotrebne fizičke i mentalne patnje
- rizik za ispitanika ne će biti veći od humane važnosti problema
- istraživač mora biti znanstveno kvalificiran
- ispitanici mogu napustiti istraživanje u bilo koje vrijeme bez davanja obrazloženja.

1.2.1. Povijest nastanka bioetike

Bioetika je etička subdisciplina, tj. grana etike koja se počela osamostaljavati u šezdesetim godinama dvadesetog stoljeća. Razlog je promjena raspodjele gospodarske moći, vrednovanje ljudskih prava, poštovanje autonomije osobe. U pluralističkoj kulturi postoji sukob interesa, potrebna je konkretna analiza problema i odrednice najboljega djelovanja. Nagla ekspanzija novih spoznaja u svim područjima ljudskoga znanja zahtijeva novi izbor i nove prioritete. Posebna se briga posvećuje fundamentalnim vrijednostima kao što su fizički i mentalni integritet, pravednost, autonomnost, korektnost.

Bioetika nije proizašla iz filozofske etike. Ona je nastala kao moralna refleksija. Nastanak bioetike obično se povezuje s osnivanjem prvoga bioetičkog komiteta. Javnost je o djelovanju „Božjeg komiteta“, kako je nazvan, bila obaviještena glasovitim člankom „Oni odlučuju tko živi, a tko umire“ novinarka Shane Alexander, koji je objavljen 9. studenoga 1962. u časopisu „Life“. Bioetika je nastala kao moralna reakcija u „novoj medicinskoj situaciji“ i zato njezin začetak treba isključivo tražiti u činu osnivanja prvoga bioetičkog komiteta. Kao društveni pokret bioetika je započela s objavljivanjem članka.

Prvi bioetički komitet osnovan je pri Centru za umjetni bubreg u Seattleu, nakon što je Belding Scribner usavršio aparat za hemodijalizu koji je kronične bubrežne bolesnike spašavao od neizbježne smrti. Nova je tehnologija bila dostupna samo malom broju bolesnika od 15 000 onih kojima je trebao umjetni bubreg (u samom Saettleu). U osnovano

povjerenstvo (komitet) ušla su samo dva liječnika, što je jasno upućivalo na to da se takva pitanja ne mogu razmatrati samo u stručnim medicinskim krugovima. To je bio začetak bioetike, ustrojena je nova metodologija i naznačeno da je problem općecivilizacijski. Etička su povjerenstva osnivana zato da bi razrješavala moralne dvojbe koje su nastale znanstveno-tehnološkim napretkom u području medicine.

Van Rensselaer Potter iskombinirao je pojam bioetika (1970. godine). Za Pottera je bioetika bila „znanost ravnoteže između čovjeka i prirode i most prema budućnosti čovječanstva“. Objavio je knjigu *Bioetika – most prema budućnosti (Bioethics – Bridge to the Future)*.

Drugi značajni etičar bio je Andre Hellegers koji je u naziv Kennedyjeva instituta stavio riječ bioetika (1971. godine) (*Rose and Joseph Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*). On je mislio prije svega na medicinsku etiku (bioetika je bila sinonim za medicinsku etiku).

Bioetika je nastala kao moralna refleksija na rješavanje novonastalih situacija u medicini. Bioetički je pristup interdisciplinaran. Dvije su faze u razvoju bioetike:

- a) faza moralne refleksije unutar biomedicinskog područja,
- b) faza dosezanja etičke refleksije i globaliziranja problemskog područja.

T. L. Beauchamp i J. F. Childress objavili su 1979. knjigu *Principi medicinske etike* (nova izdanja godine 1983., 1989., 1994.). Autori navode četiri načela medicinske etike: načelo poštovanja autonomnosti, načelo neškodljivosti, načelo dobročinstva i načelo pravednosti.

Pojam klinička etika pojavio se u drugom izdanju bioetičke enciklopedije, a riječ je o izmijenjenom „govoru“:

- kontrola plodnosti umjesto kontracepcije
- znanstveno istraživanje na ljudima umjesto eksperimentiranje na ljudima
- otkrivanje informacija umjesto iznošenje istine
- odnos zdravstveni radnik – pacijent umjesto odnosi u terapiji
- neslužbeno priznata medicina umjesto službeno priznata medicina
- bioetička edukacija umjesto edukacija medicinske etike
- preventivni zdravstveni pregledi i kontrole u kontekstu javnoga zdravstva umjesto masovni zdravstveni preventivni pregledi
- uzimanje organa i tkiva umjesto donacija organa.

Pokrenuti su etički pokreti (bioetički pokreti) za prava pacijenata, legalizaciju abortusa, etičnost medicinskih eksperimenata, humanu uporabom nove medicinske tehnologije itd.

Opće bioetičke teme jesu genetika, kloniranje, hrana i okoliš, populacijska kriza, pravednost, moždana smrt, međunarodna trgovina ljudskim organima.

Warren Reich je povjesničar bioetike i glavni urednik bioetičke enciklopedije u kojoj se razmatraju:

- odnos liječnik – pacijent, javno zdravstvo, društveno-politička pitanja u bioetici, zdravstvena skrb, plodnost i ljudska reprodukcija, biomedicinska istraživanja, mentalno zdravlje, seksualna etika, smrt i umiranje, genetika, populacijska etika, transplantacija organa i tkiva te umjetni organi, odnos prema životinjama, okoliš, etički kodeksi, prisege i ostali direktivni dokumenti.

Prema enciklopediji: „Bioetika je sustavno proučavanje ljudskog ponašanja na području znanosti o životu i zdravstvene skrbi, ako je to ponašanje ispitivano u svjetlu moralnih vrijednosti i načela.“

Albert Jonsen, jedan od pedesetak američkih utemeljitelja bioetike i jedan od nekolimko njezinih prvih povjesničara, prvotno je bioetiku smatrao medicinskom etikom novog doba, a poslije je tvrdio (zajedno s Andrewom Jametonom): „Bioetika je mnogo više od medicine i medicinske znanosti: to je proučavanje etičkih problema koji se pojavljuju kada ljudi i ono biološko u njima i njihovoj okolini djeluje jedno na drugo.“ Budući da bioetika obuhvaća medicinu i biologiju, njezino šire shvaćanje dovelo je s tim u vezi do nastanka pojma biomedicina koji je sintetički pojam za medicinu, biologiju i zdravstvo.

Prvi službeni etički odbor osnovan prema nalogu suda u slučaju Karen Ann Quinlan, djevojke koja je dospjela u stanje trajnog vegetiranja koje su roditelji htjeli prekinuti i morali su se obratiti sudu da bi se prekinulo umjetno održavanje života. Vrhovni sud američke države New Jersey u tom je predmetu 31. ožujka 1976. zatražio prognostičko mišljenje bolničkoga etičkog komiteta, koji je u povodu toga osnovan, da bi na osnovi pribavljenog mišljenja otklonio daljnju uporabu respiratora. Ovom je presudom razriješen konkretan slučaj, ali je i utvrđeno načelno stajalište za slične slučajeve u budućnosti da etički komitet treba razriješiti slučaj bez dolaska na sud. Znanstveno-tehnološki napredak u medicini doveo je do mnogobrojnih moralnih dvojbi. To su razlozi i okolnosti nastanka bioetike.

Nakon pojave „ekoetike“ i ekspanzije ekoloških problema, u bioetiku se počela uključivati i ekologija, a s vremenom i etička pitanja populacijske politike i zaštite životinja, pa je bioetika postala sintetički pojam za etička pitanja biomedicine, javnoga zdravstva, zdravstvene ekologije, populacijske politike i zaštite životinja. Tendencija je da se ona pojmovno još više

širi i da se zapravo vrati izvornom Potterovu shvaćanju bioetike kao „etike života“, u sklopu koje mogu egzistirati sve ostale etike.

Nova definicija bioetike glasi: „Bioetika je sustavno proučavanje moralnih dimenzija – uključujući moralne poglede, odluke, ponašanje i djelovanje – u sklopu znanosti o životu i zdravstvene skrbi, koje se pritom služi različitim etičkim metodologijama u interdisciplinarnom okruženju.“

1.3. Načela biomedicinske etike

Etička načela ili principi jesu polazne točke, osnovno pravilo ponašanja liječnika.

Načela su neškodljivost, dobročinstvo, autonomnost i pravednost (ovo vrijedi za medicinsku etiku, a ne za opću etiku). Načela dobročinstvo i neškodljivost pripadaju tradicionalnoj medicinskoj etici još od Hipokrata, a novija su načela autonomnost i pravednost. Gornja su načela primarna, a načela: istinoljubivost, lojalnost, privatnost i povjerljivost sekundarna su načela medicinske etike. Bioetika se čvrsto veže za bioetička načela (1978. godine), a potom se načela izostavljaju iz definicije, a umjesto njih ističu se interdisciplinarnost i pluralizam etičkih metodologija.

Navedena načela postoje u medicinskoj bioetici, ali nisu svojstvena općoj etičkoj teoriji. Bioetika kao neodređena disciplina ili kao interdisciplinarno područje nema nikakvih načela, tj. ne temelji se ni na kakvim načelima, već se u samoj praksi ravna prema situaciji, tj. ovisno o konkretnoj situaciji i vlastitome osjećaju onoga koji u tom trenutku odlučuje! S druge strane, današnja se bioetika temelji na mnoštvu načela, što je u konačnici isto kao i u prvom slučaju, jer mnoštvo načela, koja se onda nužno množe i dalje, ne osigurava nikakvo čvrsto utemeljenje i artikulaciju načela.

Tri su glavna načela američke Nacionalne komisije za etiku: autonomnost, dobročinstvo i pravednost. Pod pojmom autonomnost razumijevalo se obvezno poštovanje želje pacijenata i ispitanika, pod pojmom dobročinstvo razumijevalo se činjenje dobrog, uključujući nezlonamjernost, a pod pravednosti se razumijevalo ravnomjerno raspoređivanje štete i koristi.

Navedena su načela mjerilo za prosuđivanje i vrednovanje i teorijskog i praktičnog ponašanja. Osnovni elementi pravila jesu dispozicija i sankcije. Dano je pravilo ponašanja, a ako se to pravilo ne primjenjuje, tada se primjenjuju sankcije. Osim etičkih normi, postoje pravne, običajne, religijske, društvene i ostale norme.

Tom L. Beauchamp i James F. Childress napisali su sredinom sedamdesetih godina 20. st. *Načela biomedicinske etike (Principles of Biomedical Ethics)*, koja uključuju kvartet

bioetičkih načela: načelo autonomije (*principle of autonomy*), načelo neškodljivosti (*principle of nonmaleficence*), načelo dobročinstva (*principle of beneficence*) i načelo pravednosti (*principle of justice*).

U biomedicinskoj etici postoje načela (principi) koja pomažu liječniku u svakodnevnom radu. Načela bioetike nisu apsolutna jer mnogo čimbenika utječe na odluku liječnika i sve se životne situacije ne mogu predvidjeti. Liječnik treba poznavati temeljna načela medicinske etike, treba biti educiran da prepozna etički problem i treba poznavati osnovne obrasce koji će ga usmjeriti pri donošenju prave odluke. Načela služe za pravilnu orijentaciju. Međutim, ako ukinemo sva načela, može se dogoditi da nastane anarhija u kojoj svatko ima pravo i gdje nema nikakve temeljne odrednice na osnovi koje će se procjenjivati etičnost ili neetičnost postupka. Kako u kliničkoj medicini postoje simptomi na osnovi kojih postavljamo dijagnozu, kako postoje dogovorena stajališta o tome koja je terapija najprihvatljivija i kako postoje postupnici ponašanja u određenim situacijama, tako u medicinskoj etici postoje temeljna etička načela koja usmjeruju liječnika na polju medicinske etike.

Osnovno je ne naškoditi bolesniku i zatim učiniti više koristi nego štete. Ako bolesnik boluje od akutne kirurške bolesti (npr. upala crvuljka), treba izvesti kirurški zahvat. Kirurški zahvat, operacija, odstranjenja upaljenog crvuljka od koristi je za bolesnika, ali operacija zahtijeva da bolesnik dobije opću anesteziju koja nije bez rizika. Budući da je korist za bolesnika veća nego šteta koja može nastati od opće anestezije, bit će obavljena operacija. Liječnik vodi brigu o odnosu koristi i štete za bolesnika. Prvotna je liječnikova dužnost da pomogne bolesniku i da pritom izbjegne učinke štetne za bolesnika. U praksi nije uvijek lako postići traženo i moralna osoba uvijek važe učinak koristi i učinak štete.

Temeljna načela medicinske etike jesu:

1. načelo neškodljivosti (*nonmaleficence*),
2. načelo dobročinstva (*beneficence*),
3. načelo poštovanja autonomije bolesnika (*autonomy*),
4. načelo pravednosti (*justice*).

Još postoje dodatna načela: korisnost, povjerenje, povjerljivost, istinoljubivost.

1.3.1. Načelo neškodljivosti

Od zdravstvenog se osoblja traži da ne naškodi bolesniku bilo čineći lošu radnju bilo propuštajući učiniti radnju kojom bi šteta bila spriječena. U običnom jeziku, mi određujemo nemar kao nametnutu nebrigu ili neodgovoran rizik štete. Osiguranjem prikladnog standarda

brige izbjegavamo ili svodimo na najmanju moguću mjeru rizik od štete što je moralna, ali i zakonska obveza. Pravni kriteriji za određivanje nebrige jesu:

- a) da postoji profesionalnim djelovanjem oštećena osoba,
- b) da postoji prekršaj profesionalne dužnosti,
- c) da oštećena osoba ima štetno iskustvo i
- d) oštećenje mora biti uzrokovano povredom dužnosti.

Bez ovih se elemenata ne može govoriti o nebrizi. Ova načela traže potvrdu medicinski kompetentne osobe ili stručnoga tijela. Jasno je da su medicinske pogreške moguće, ali je u praksi važno utvrditi je li došlo do stručne pogreške. Sve ovo služi tomu da se bolesnika zaštititi od medicinske pogreške, odnosno od štete koja može nastati zbog te pogreške.

1.3.2. Načelo dobročinstva

Glavno obilježje tog načela jest dužnost zdravstvenih radnika da rade na dobrobit bolesnika, da spriječe moguću štetu koja bi nastala ako se ne bi poduzeli medicinski postupci. Takve su dužnosti vidljive kao očite i široko su usvojene kao prikladan vodič u medicini. Takvi su vodiči primjenjivi za pojedinačne osobe i za dobrobit društva u cjelini (npr. cijepljenje).

Drži se da je stalna dužnost ne naškoditi, da nikada ne naškodimo osobi. Dobročinstvo je ograničena dužnost. Liječnik ima dužnost nastojati pomoći bilo kojemu ili svim svojim bolesnicima. Kada istodobno pomoć treba dvoje ili više bolesnika, tada situacija postaje kompleksna i treba razlučiti komu je pomoć najpotrebnija i najsvrsishodnija. Pritom trebaju biti uzeti u obzir kriteriji hitnosti i pomoć će biti pružena onomu komu je najpotrebnija i najsvrsishodnija.

1.3.3. Načelo autonomije

Načelo autonomije bolesnika počiva zapravo na imperativu (dužnosti) poštovanja slobode drugoga i njegovih odluka (deontološki element). Poštovanje se uvijek odnosi na osobu, nikada na stvar. Poštovati drugoga znači priznati mu sposobnost samoodređenja u konkretnim situacijama kao bitnu vlastitost. U medicinskoj praksi načelo autonomije podrazumijeva poštovanje pacijentovih stajališta i odluka te pravnu obvezu slobodnoga i obaviještenoga pristanka u svrhu izbjegavanja situacija u kojima bi pacijent bio sveden na objekt. Pacijent je autonoman subjekt koji odlučuje. Bolesnik mora biti informiran o svojem zdravlju i treba sam odlučiti o postupcima koji će biti primijenjeni. U postupku zdravstvene brige treba poštovati bolesnikovo pravo na točno informiranje o dijagnozi, postupcima, rizicima,

komplikacijama i poštovati njegovu odluku. Sve spomenuto obuhvaćeno je dokumentom „obavijesni pristanak“ kojim se uspostavlja odnos između liječnika i bolesnika i provodi zdravstvena briga.

1.3.3.1. Autonomija bolesnika

Pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka, propisuje članak 16. *Zakona o zaštiti prava pacijenata (ZZPP-a)*:

Pacijent ima pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepodužimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegovoga zdravlja.

Prihvaćanje pojedinoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka pacijent izražava potpisivanjem suglasnosti.

Obrazac suglasnosti te obrazac izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo.

Slijepa osoba, gluha osoba koja ne zna čitati, nijema osoba koja ne zna pisati i gluhoslijepa osoba, prihvaća pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak izjavom u obliku javnobilježničkog akta ili pred dva svjedoka iskazanom izjavom o imenovanju poslovno sposobne osobe koja će u njeno ime prihvaćati ili odbijati pojedini takav postupak.

1.3.3.2. Odlomak iz članka prof. dr. sc. Ksenije Turković, dipl. iur.

Katedra za kazнено pravo

Potreba za promjenom odredaba koje reguliraju odbijanje medicinskog tretmana

„Informirani pristanak iznikao je iz načela autonomije i veličanja individualizma u okviru američkog društva i raširio se po svijetu. No čak i u Sjedinjenim Američkim Državama trebalo je dugo vremena da se bolesnicima u okviru prava na informirani pristanak prizna pravo da odbiju preporučeni tretman liječnika. Često se u sudskoj praksi isticalo da pravo bolesnika na odbijanje liječničkih postupaka nije apsolutno i da se mora sagledati u kontekstu državnog interesa: 1) za očuvanjem života, 2) zaštitom trećih, 3) prevencije samoubojstva te 4) zaštite etičkog integriteta medicinske profesije.

Trudnicama, osobama koje imaju djecu, osobama koje odbijaju primiti hranu ili tekućinu (štrajk glađu) ili osobama koje ne pate od terminalne bolesti često se osporavalo pravo da odbiju liječnički postupak, no počevši sa slučajem Saikewicz sudovi su sve više zauzimali stav da nijedan od ovih interesa nije dovoljno snažan da bi prevladao bolesnikovo pravo na samoodređenje koje uključuje i pravo na odbijanje predloženog liječničkog postupka.

Tako je Sud u slučaju Cruzan priznao pravo bolesnika koji je sposoban da donese odluku da odbije predložen liječnički tretman čak i kada taj tretman spašava odnosno produžava život, a u slučaju Glucksberg sud je potvrdio da je odluka da se odbije neželjeni liječnički postupak osobna i duboka. Danas je u SAD-u pravo bolesnika da odbije neželjeni liječnički postupak neupitno.

U slučajevima koji se odnose na osobe sposobne da donesu odluku američki sudovi su smatrali da pravo bolesnika na samoodređenje prevladava nad interesom države za zaštitom života, čak i kada se bolesnik ne nalazi u terminalnom stanju bolesti, npr. u slučaju Lane v. Candura, kada je Sud presudio da liječnici moraju poštovati odluku bolesnice da joj se ne amputira noga unatoč tome što to za nju znači sigurnu smrt. Odluka bolesnika o zdravstvenoj skrbi za liječnika je obvezujuća. Liječnik je mora prihvatiti čak i ako mu se čini pogrešnom ili se mora povući sa slučaja. No još uvijek postoji nepodudarnost između prava i prakse. Liječnici nerijetko oklijevaju poštovati pravo bolesnika da odbije medicinski zahvat, ukoliko ovo odbijanje ugrožava život bolesnika. S jedne strane liječnici se boje odgovornosti zbog nepružanja tretmana, no s druge su strane sankcije zbog nepoštivanja odluke bolesnika male ili ih uopće nema. Po nekima ovo oklijevanje zapravo pokazuje da se liječnici ne žele odreći paternalističkog odnosa prema bolesnicima.

U Europi, kao što je rečeno, još uvijek ne postoji jedinstveni standard glede prava na odbijanje medicinskih tretmana. Dok se ovaj standard ne uspostavi, na nama je da odlučimo želimo li slijediti sve veći broj europskih zemalja koje pravo na odbijanje medicinskih tretmana ograničavaju samo ako bi odbijanje ugrozilo život ili ozbiljno ugrozilo zdravlje drugih osoba i time potenciraju ostvarenje načela autonomije (tako su nedavno postupili i Slovenci), ili pak želimo još uvijek zadržati jedan više paternalistički stav i ograničiti pravo bolesnika na odbijanje tretmana i u slučajevima kad bi odbijanje ugrozilo njihov vlastiti život. Želimo li biti društvo koje istinski vrednuje slobodu izbora i pravo na samoodređenje, **zakonodavac mora izmijeniti čl. 16. st. 1. Zakona o zaštiti prava pacijenata (ZZPP-a)** tako da bolesnik bude jedina osoba koja ima pravo odlučiti što je za nju važnije – kvaliteta ili kvantiteta života, a liječnici se moraju pomiriti s time da moraju postupati s bolesnicima sukladno njihovim željama i da se te želje ne moraju uvijek poklapati s profesionalnim mišljenjem liječnika o tome što je u konkretnoj situaciji za bolesnika iz medicinske perspektive najbolje. Zadržimo li i dalje paternalistički stav, uzimajući u obzir suvremene tendencije u razvoju prava na odbijanje liječničkog tretmana, moramo biti svjesni da odredba čl. 16. st. 1. ZZPP-a kojom se ograničava pravo bolesnika na odbijanje tretmana u slučajevima kad odbijanje može ugroziti život bolesnika najvjerojatnije neće zaštititi Hrvatsku

u slučaju da se zbog ovakvog ograničenja pokrene postupak pred ESLJP (Europski sud za ljudska prava) zbog povrede prava na privatni život, već će biti temelj za njenu osudu.

Institut informiranog pristanka u praksi postaje problematičan u trenutku kad bolesnik donese odluku koja iz perspektive liječnika izgleda nerazumno – odbije tretman ili se odluči za tretman čiji su izgledi na uspjeh manji, pogotovo kad nepoduzimanje određenog medicinskog zahvata može za posljedicu imati ugrožavanje života i/ili zdravlja bolesnika.

U članku se obrađuje pitanje prava bolesnika na odbijanje predloženog medicinskog tretmana te prava i dužnosti liječnika u slučajevima u kojima bolesnik odnosno njegov zakonski zastupnik odbije predloženi tretman. Prema ZZPP-u odluka bolesnika mora se poštivati, osim ako se radi o neodgodivoj medicinskoj intervenciji čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje bolesnika ili izazvalo trajna oštećenja njegovoga zdravlja. Ovo ograničenje značajno limitira slobodu informiranog pristanka u nas, a djelomično je, kao što smo pokazali, i suprotno odredbama Europske konvencije za zaštitu ljudskih prava (EKLJP). Ukoliko bolesnik odbije predložen medicinski postupak, liječnici moraju razlikovati slučajeve u kojima to odbijanje ugrožava samo zdravlje bolesnika od slučajeva u kojima ugrožava život bolesnika. U svom dijelu u kojem negira pravo bolesnika da odbije medicinski zahvat u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo zdravlje bolesnika ili izazvalo trajna oštećenja njegovoga zdravlja, članak 16. st. 1. ZZPP-a je protivan i EKLJP i Bioetičkoj konvenciji i stoga nevažeći. Ignoriranje bolesnikova odbijanja u ovakvim slučajevima predstavlja samovoljno liječenje i ima za posljedicu i kaznenu i građansku odgovornost liječnika.

Drugačije je u slučajevima u kojima odbijanje medicinskog zahvata ugrožava život bolesnika. Unatoč tome što sve veći broj država zapadnih demokracija prednost daje pravu na samoodređenje nad svetošću života i unatoč tome što je ESLJP u slučaju *Pretty* dao naznaku da podržava takve stavove, za liječnike je, budući da ni EKLJP niti Bioetička konvencija, a niti sudska praksa ESLJP ne zauzimaju jasan stav glede odnosa između prava na odbijanje liječničkog tretmana i interesa države za očuvanjem života, pravno sigurnije poštivati odredbu čl. 16. st. 1. ZZPP-a u dijelu u kojem negira pravo bolesnika da odbije medicinski zahvat u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život bolesnika i poduzeti zahvat kojim se spašava život bolesnika usprkos njegovom protivljenju.

Na zakonodavcu je, a ne na liječnicima, da u ovom segmentu uskladi čl. 16. st. 1. ZZPP-a sa suvremenim tendencijama u zapadnim demokracijama – da isključi paternalističko odbijanje bolesnikovih želja i prepusti bolesnicima donošenje odluke o tome što je za njih važnije – kvaliteta ili kvantiteta života.“

1.3.3.3. Slučaj iz prakse

Alternativno liječenje – akupunkturom

Gospodin Chen (podrijetlom iz Kine, u dobi od 40 godina), zadnju godinu dana ima križobolju. Uvijek navodi sljedeće smetnje: tupi bol u desnoj nozi i nesposobnost da dulje vrijeme mirno sjedi. Rentgenski pregled otkriva prolaps slabinskog diska. Bio je liječen konvencionalnim lijekovima protiv bolova, ali je poboljšanje bilo minimalno.

Njegov liječnik preporučuje neurokirurško liječenje, ali gospodin Chen nije suglasan s tim, već želi liječenje akupunkturom. Prije je bio liječen akupunkturom i kaže da mu je to pomoglo pa bi pokušao ponovno.

Bolesnikovo osiguranje traži da liječnik gospodina Chena odobri liječenje akupunkturom da bi ga ono mogli platiti. Liječnik nije voljan odobriti (preporučiti) liječenje akupunkturom.

Odbijanje liječenja

Muškarac u dobi od 26 godina s HIV pozitivnim testom odbija vjerovati u istinitost svoje dijagnoze te ne prihvaća dopunske pretrage (npr. CD4+T STANICA, razina HIV RNA u serumu itd.) ni liječenje. Pet godina poslije bolesnik je morao biti primljen u jedinicu intenzivnog liječenja radi liječenja upale pluća (uzročnik *Pneumocystis carini*). Bolesnik ima povišenu razinu CD4+T stanica, teškoće prehrane i kožne lezije (Kaposijev sarkom). Odbija liječenje antivirusnim lijekovima. Njegova majka uporno traži da se liječenje antivirusnim lijekovima započne unatoč bolesnikovu odbijanju. Liječnik odbija dati terapiju bez pacijentova pristanka. Tjedan dana poslije, zbog upornosti bolesnikove obitelji, bolesnik pristaje na liječenje antivirusnim lijekovima. Nakon primjene terapije bolesnikovo se stanje poboljšava, liječenje je učinkovito i bolesnik nakon mjesec dana odlazi na kućnu njegu. Nakon toga bolesnik surađuje, dolazi na kontrole.

1.3.4. Načelo pravednosti

Pravednost se u zdravstvenoj skrbi definira kao poštenje. Obično nema dovoljno sredstava da bismo svima pomogli i stoga je važno pravedno rasporediti postojeća dobra. Općenito gledano, drži se da osobama koje su bolesne treba pružiti jednaku pažnju. Društvo upotrebljuje različite čimbenike kao kriterij za pravednu distribuciju, uključujući sljedeće:

- za svaku osobu jednaka doprinosa pružiti istu razinu skrbi
- za svaku osobu prema nastojanju, trudu
- za svaku osobu prema doprinosu, sudjelovanju
- za svaku osobu prema zaslugi

- za svaku osobu prema slobodnoj trgovačkoj razmjeni.

Mnoge nejednakosti u društvu rezultat su prirodne ili socijalne lutrije za čije djelovanje osobe nisu krive, društvo treba imati ulogu pomagača u neadekvatnim situacijama. U vremenu mnogih oprečnosti u društvu i zdravstvenoj brizi postavlja se pitanje tko ima pravo na zdravstvenu zaštitu. Društvo osigurava ili nastoji osigurati minimum zdravstvene zaštite za sve građane bez obzira na sposobnost plaćanja zdravstvene usluge. Načelno nije ništa prijeporno, ali, kada društvo nije dovoljno bogato i ne privređuje dovoljno da bi moglo osigurati željenu razinu zdravstvene zaštite za sve, tada se pojavljuju teškoće i nastaje društvena i profesionalna patologija (potezanje veza, korištenje nedopuštenim i neetičnim sredstvima).

Tri klinička etičara (filozof Jonsen, liječnik Siegler i pravnik Winslade) imaju razvijenu metodu koju primjenjuju za rješavanje teških slučajeva. Liječnik ili student treba naučiti vještinu kako postupiti s bolesnikom. Četiri su teme osnovne za svaku kliničku procjenu:

1. medicinska indikacija – uključuje postavljanje dijagnoze i terapijskih mogućnosti,
2. bolesnikove želje – liječnik izlaže plan dijagnostičkih postupaka i terapije bolesniku i pita ga što on želi,
3. kvaliteta života – objektivno se utvrđuje kakva je kvaliteta života prije medicinskih postupaka, a kakva se očekuje nakon tih postupaka,
4. paramedicinski čimbenici – uključuju odnos između liječnika i bolesnika te odnos prema obitelji, zakonu, polici osiguranja, osiguravajućoj kući itd.

Ove su četiri teme prisutne u svim slučajevima. I uvijek ih treba razmotriti. Kliničar treba postaviti više pitanja, da bi mogao donijeti ispravnu odluku.

- Kakav je rezultat medicinskoga djelovanja?
- Gdje je konflikt, prijeporni moment medicinskoga djelovanja?
- Što znamo o slučajevima koji su slični ovom slučaju? Postoji li jasan primjer, paradigmatičan slučaj iz prakse, medicinske literature?
- Kako je prisutni slučaj sličan paradigmatičnom slučaju? Koja je razlika? Je li sličan ili različit u etički bitnim načelima?
- Rješenje će u bilo kojem slučaju ovisiti o činjenicama toga slučaja.

Nakon analize teškog slučaja ovim putem, kliničari su obično sposobni misliti jasnije.

Primjena načela pravednosti u zdravstvu podrazumijeva pristup svim pacijentima na jednak način ako svi imaju pravo na zdravlje. U tome se ponovno vraćamo na temeljno etičko načelo koje zahtijeva jednaku obzirnost prema svim pacijentima kao osobama i poštovanje svih na isti način.

1.3.5. Povjerljivost

Testiranje na HIV

Testiranje na HIV iznimno je važno za planiranje i provođenje učinkovite i kvalitetne prevencije, praćenje trendova širenja, kao i za dijagnostiku i liječenje ove bolesti. HIV testiranje mora se provoditi uz poštovanje ljudskih prava i etičkih načela. Pri provođenju HIV testiranja, prema zajedničkim preporukama **UN-ove Tematske skupine za HIV/AIDS i Svjetske zdravstvene organizacije**, mora se osigurati okruženje privatnosti i pružiti odgovarajuće savjetovanje prije i nakon provođenja testiranja. Prema spomenutim preporukama, ta testiranja uključuju i obvezno testiranje za pojedine profesije. Obavijesni pristanak na testiranje podrazumijeva da je osoba informirana o testiranju i da je ono dobrovoljno. Sukladno tomu, obavijesni se pristanak mora sastojati od informacije o kliničkoj koristi i preventivskim koristima testiranja, o pacijentovu pravu da odbije testiranje, o pratećim uslugama koje će biti ponuđene i, ako je test pozitivan, o važnosti prepoznavanja potrebe za informiranjem bilo koga koji je u riziku, a koji na drugi način ne bi doznao da mu je izložen. Sukladno **Zakonu o zaštiti prava pacijenata**, osobe koje su sposobne dati pristanak imaju pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak. Ako bolesnik nije sposoban dati pristanak (osobe koje nisu pri svijesti, pacijenti s težim duševnim smetnjama, poslovno nesposobni te maloljetni pacijenti), traži se pristanak njegova ili njezina zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika. Pristanak/odbijanje mora biti u pisanom obliku.

Dobrovoljno savjetovanje i testiranje podrazumijeva povjerljiv odnos između osoba u procesu testiranja i savjetovanja te potpunu zaštitu identiteta testirane osobe. Proces savjetovanja i testiranja potpuno je anoniman (svi se podatci šifriraju). Testiranje na HIV obavlja se iz jednog uzorka krvi, u laboratorijskim uvjetima, uz metode za potvrdu nalaza iz kojih proizlazi visoka pouzdanost testa. Postupak laboratorijske obrade traje sedam dana, nakon čega se rezultat testa u neposrednom kontaktu predočuje isključivo testiranomu. Najčešće se primjenjuje osnovni ELISA test kojim se otkrivaju specifična protutijela u krvi ako postoji infekcija HIV-om. Mogu se rabiti i drugi testovi kao npr. *Western-Blot* koji traži

virusne proteine. Postoje i testovi kojima se otkriva sama virusna RNA (npr. PCR), i to već 10 do 15 dana otkako se infekcija dogodila, ali se takvi testovi ne primjenjuju često za rutinska testiranja. Važno je znati da tzv. brzi testovi koji se mogu kupiti u ljekarnama nisu za kućnu upotrebu i da se njima nikako ne treba koristiti za samotestiranje zbog nedovoljne preciznosti i zato što je svakoj osobi nužna potpora u trenutku kada saznaje rezultat. Rezultat testa može biti reaktivan (ili pozitivan, tj. seropozitivan) i nereaktivan (ili negativan, tj. seronegativan). Pozitivni rezultat znači da je organizam proizveo protutijela na HIV, da su ona potom pronađena u krvi i da infekcija postoji. Pozitivni rezultat uvijek se mora još jednom provjeriti drugom vrstom testa (*Western-Blot* testom). Negativan rezultat znači da protutijela na HIV nisu pronađena u krvi. Još preciznije, to znači da, ako su ispoštovani svi kriteriji vezani za vrijeme koje mora proći od posljednje prilike kada se infekcija mogla dogoditi („razdoblje prozora“ od 6 mjeseci), infekcija HIV-om ne postoji.

Postoje i različiti brzi testovi za dokaz infekcije koji se temelje na principu lateks-aglutinacije, ali su njihova osjetljivost i specifičnost manje i iznose 70 do 90 %.

Testiranje na HIV u Hrvatskoj

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj, pa tako i dijagnostiku, mogu pružati samo zdravstveni djelatnici, a dobiveni se rezultati izdaju isključivo osobi koja se testirala te su najčešće gotovi sedam dana od testiranja. **Ne smiju se davati telefonski, elektroničkom poštom ili poštom. Ako je nalaz pozitivan, osobu treba odmah uključiti u program kliničkog liječenja i praćenja te u službe pomoći i potpore.**

Testiranje se savjetuje osobama s povećanim rizikom od infekcije HIV-om. Savjetuje se osobama koje su imale nezaštićen homoseksualni ili heteroseksualni odnos, osobama koje su bile u kontaktu s krvlju ili tjelesnim tekućinama zaražene osobe ili bilo koje osobe s rizičnim ponašanjem za prijenos HIV-a te djeci čije su majke bile zaražene HIV-om tijekom trudnoće. U Republici Hrvatskoj testiranje na HIV provodi se isključivo u onih osobama koje dobrovoljno pristaju na testiranje, bez obzira na to radi li se testiranje osobama za koje se sumnja, na temelju kliničke slike, da su zaražene HIV-om ili je osoba došla na testiranje zbog primarno preventivnih mjera, zbog rizičnog ponašanja. Od 1987. uvedeno je i obvezno testiranje dobrovoljnih davatelja krvi pa je i testiranje na HIV, koje se provodi na uzorcima darivatelja krvi, zapravo dobrovoljno.

U samom procesu savjetovanja i testiranja ne bi trebala biti narušena tri osnovna pravila: dobrovoljnost, povjerljivost i anonimnost.

Savjetovanje prije testiranja nosi određene prednosti: smanjenje stigme oko HIV problematike – pružanje svih relevantnih informacija o HIV-u neutralnim i „neosuđujućim“ tonom pomaže korisnicima, kao i zdravstvenim djelatnicima, identificirati rizične čimbenike, pomaže korisnicima kako bi počeli razmišljati o dobivanju pozitivnog rezultata i kako će reagirati na rezultat. Otkrivanje je tajne ovlašteno:

- a) ako je tajna priopćena uz pristanak pacijenta ili njegova zastupnika, odnosno treće osobe na koju se tajna odnosi,
- b) ako je, prema procjeni Suda, tajna otkrivena u općem interesu ili interesu druge osobe koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne; taj će interes biti pretežniji ako je korist, koja se ostvaruje otkrivanjem tajne, veća od štete koju trpi osoba čija se tajna otkriva. U sklopu ovog vaganja dobara sudovi bi, primjerice, rješavali pitanje otkrivanja pozitivnog HIV statusa jednog supružnika drugom, unatoč protivljenju zaraženog supružnika).
- c) ako postoje opći razlozi isključenja protupravnosti, kao što su krajnja nužda ili pretpostavljeni pristanak i dr. (Pristanak pacijenta pretpostavlja se u slučajevima hitnje, čl. 18. ZZPP-a).
- d) ako je učinjena u skladu s posebnim propisima kojima se nalaže dužnost priopćavanja određenih podataka, unatoč tomu što su oni tajna (čl. 127. st. 2. ZZZ-a).

Posebni propisi obvezuju liječnika da prijavi određene slučajeve prekida trudnoće ili neke spolne bolesti (npr. HIV/AIDS); ili je liječnik obavezan podnijeti prijavu policiji ili državnom odvjetništvu kada tijekom obavljanja liječničke djelatnosti posumnja na to da je smrt ili tjelesna ozljeda osobe nastala nasilnim putem te kada posumnja da je malodobnoj ili nemoćnoj osobi zdravstveno stanje ozbiljno ugroženo zapuštanjem ili zlostavljanjem. HZZO i CST raznim reklamnim plakatima nastoje pozvati ljude koji su potencijalni nositelji HIV-a na besplatno i anonimno testiranje, sa svrhom poboljšanja zdravstvene skrbi za te ljude i sprječavanjem daljnjeg širenja.

Liječnici su obvezni testirati se na hepatitis B, ali ne i na HIV i nitko ih na to ne može prisiliti – ni zakon, ni šef odjela, ni javnost. Protuzakonito je bilo koga prisilno testirati na HIV. Obvezno testiranje na HIV dopušteno je samo pri doniranju organa ili davanja krvi.

1.3.6. Neovlašteno otkrivanje profesionalne tajne

Članak 145.

(1) Odvjetnik, javni bilježnik, zdravstveni radnik, psiholog, djelatnik ustanove socijalne skrbi, vjerski ispovjednik ili druga osoba koja neovlašteno otkrije podatak o osobnom ili obiteljskom životu koji joj je povjeren u obavljanju njezinog zvanja, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine.

(2) Nema kaznenog djela iz stavka 1. ovoga članka ako je otkrivanje tajne počinjeno u javnom interesu ili interesu druge osobe koji su pretežniji od interesa čuvanja tajne.

(3) Kazneno djelo iz stavka 1. ovoga članka progoni se po prijedlogu.

Nedozvoljena uporaba osobnih podataka

Članak 146.

(1) Tko protivno uvjetima određenima u zakonu prikuplja, obrađuje ili koristi osobne podatke fizičkih osoba, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine.

(2) Tko protivno uvjetima određenima u zakonu iznosi osobne podatke iz Republike Hrvatske u svrhu daljnje obrade ili ih objavi ili na drugi način učini dostupnim drugome ili tko radnjom iz stavka 1. ovoga članka sebi ili drugome pribavi znatnu imovinsku korist ili prouzroči znatnu štetu, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine.

(3) Kaznom iz stavka 2. ovoga članka kaznit će se tko djelo iz stavka 1. ovoga članka počini prema djetetu ili tko protivno uvjetima određenima u zakonu prikuplja, obrađuje ili koristi osobne podatke fizičkih osoba koji se odnose na rasno ili etničko podrijetlo, politička stajališta, vjerska ili druga uvjerenja, sindikalno članstvo, zdravlje ili spolni život te osobne podatke fizičkih osoba o kaznenom ili prekršajnom postupku.

(4) Ako kazneno djelo iz stavka 1. do 3. ovoga članka počini službena osoba u obavljanju svojih ovlasti, kaznit će se kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.

1.4. Praktičan pristup

Medicinske indikacije. Odrediti zdravstveno stanje i predložiti liječenje. Postaviti sljedeća pitanja: Uovoljava li to bilo kojem cilju u medicini? S kojom vjerojatnošću? Ako ne, je li predloženi tretman isprazan?

Želje bolesnika. Može se navesti sljedeće: Što bolesnik želi? Ima li bolesnik sposobnost za odlučivanje? Ako ne, tko će odlučiti umjesto bolesnika? Odražavaju li se bolesnikove želje na postupak kao što je informiranje, razumijevanje i dobrovoljnost?

Kvaliteta života. Kvalitetu bolesnikova života treba opisati njegovim riječima. Što bolesnik subjektivno misli pod pojmom kvaliteta života? Koji su pogledi na osiguranu brigu o kvaliteti života? Je li kvaliteta života manja nego minimalna?

Kontekstualna obilježja. Socijalni položaj, gospodarski i institucionalni odnosi u slučaju (što utječe na donošenje odluke, sposobnost plaćanja liječenja, neadekvatna društvena potpora).

2. Profesionalna etika

2.1. Etika zdravstvenih djelatnika

2.2. Profesionalni kodeksi

2.2.1. Hipokratova prisega

2.2.2. Ženevska liječnička prisega

2.2.3. Međunarodni kodeks liječničke etike

2.2.4. Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore

2.2.5. Međunarodni etički kodeks medicinskih sestara (ICN)

2.2.6. Odnos liječnika prema kolegama i prema drugim djelatnicima

2.2.7. Odnos liječnika prema bolesniku

2.2.8. Liječnička tajna

2.2.9. Odnos liječnika prema zatvorenima

2.2.10. Profesionalno ponašanje liječnika pri katastrofama i oružanim sukobima

2.2.11. Ponašanje liječnika pri istraživanjima, Helsinška deklaracija

2.2.12. Konvencija iz Ovida

2.2.13. Slučajevi iz prakse

2. Profesionalna etika

Profesionalna etika skup je načela i pravila, vrijednosti i ciljevi koje usvajaju pripadnici neke profesije da bi na osnovi njih primjenjivali svoja profesionalna znanja. Svaka profesija treba imati etička načela. Profesionalna udruge donose svoje etičke kodekse koji su obvezujući za članove te profesije. Profesionalni su etički kodeksi u suglasju s općim etičkim načelima, ali imaju i svoje dodatna etička načela. Kodeksi mogu imati formalni karakter kada su dogovoreni i napisani u krugu neke profesije, a mogu biti i neformalni kada se unutar neke profesije običajno prenose etička načela pri profesionalnom djelovanju. Prvi liječnički etički kodeks bila je Hipokratova prisega. Poznati su etički kodeksi: liječnika, novinara, medicinskih sestara, odvjetnika, sudaca itd.

Obilježja su kodeksa: sustavnost, eksplicitnost i altruizam.

Nije etički opravdano sve što je tehnički moguće izvesti na području medicine, nije etički upuštati se u neki zahvat a da nemaš sposobnost uspješno obaviti taj zahvat, liječnik treba raditi u skladu s profesionalnim standardom, odnosno primijeniti dostignuća koja su provjerena i sigurna. Liječnik se treba odnositi profesionalno prema kolegama, pacijentima, rodbini i ostalima.

Odnos prema klijentu treba biti emocionalno neutralan, a usluga treba biti pružena bez obzira na društveni i socijalni status klijenta (rasu, dob, spol, religiju itd.).

Zvanje je obrazovanje, manje ili više specijalizirano za neki posao, a zanimanje je posao koji netko obavlja bez obzira na zvanje. Tko nije liječnik po zvanju ne može biti liječnik po zanimanju. **Poluprofesija** ima neka obilježja profesije, ali nema sva. U većini je zemalja sestrištvo poluprofesija, u našoj je zemlji profesija.

2.1. Etika zdravstvenih djelatnika

Profesija je osposobljenost školovanjem za kreativno inovatorsko rješavanje problema. Profesiju čine ovi elementi: znanje, činjenje, pomaganje.

Elementi profesije jesu:

- razvijenost osnovnih teorija i metoda
- monopolizam na stručnu ekspertizu
- prepoznatljivost u javnosti
- organiziranost
- razvijenost profesionalne etike.

Profesionalna etika prva dva elementa podređuje trećem, tj. pomaganju. Osim altruizma, profesionalna etika obično sadržava još dva bitna elementa, to su poštovanje profesionalnih standarda, odnosno pridržavanje zdravstvenih dostignuća u profesionalnoj praksi (emocionalna neutralnost, davanje usluga).

Profesionalna patologija

Poznati oblici profesionalne patologije jesu: korupcija, nepotizam i favoritizam.

Korupcija: pokvarenost, podmitljivost, potkupljivost, podmićivanje, nepridržavanje etičkog kodeksa ili zlouporaba profesionalnog znanja i položaja za vlastite interese.

Nepotizam

Pod pojmom nepotizam misli se na povlaštenost rodbine i rođaka pri davanju službe ili položaja u službi, a na račun drugih koji su zaslužniji i koji bi trebali dobiti službu ili položaj na temelju svojih sposobnosti i zasluga.

Favoritizam

Naklonjenost prema nekome, davanje prednosti miljeniku (u službi) od uprave ili pojedinca.

Medicinska etika razmatra etičku teoriju i praksu u medicini i zdravstvu. Obuhvaća liječnike, medicinske sestre i druge djelatnike u zdravstvu. Profesionalna udruženja imaju svoje etičke

kodekse (kodeks liječnika, medicinskih sestara, doktora dentalne medicine, kiropraktičara itd.) koji su u skladu s općeprihvaćenim kodeksom medicinske etike. Liječnička je etika nastala prije 2500 godina, a profesionalna je etika je nastala u novije vrijeme kada su se formirale profesije. Sestrinska je etika mnogo mlađa jer je profesija medicinskih sestara nastala mnogo kasnije nego liječnička etika. Kada je sestrinsko zanimanje prešlo u profesiju, tada je i mogla nastati profesionalna etika medicinskih sestara.

Medicinska etika obuhvaća obveze moralne prirode koje vladaju medicinskom praksom i znanstvena je disciplina grana etike. Bavi se teorijskim i praktičnim moralnim pitanjima vezanima za medicinu i zdravstvo.

Medicinske etika bavi se pitanjima eutanazije, abortusa, odnosa liječnika prema bolesniku i obratno, liječničke tajne, transplantacije organa (ljudi, životinje), umjetne oplodnje, genske terapije, produljivanja života, istraživanja na ljudima, kloniranja, priziva savjesti i drugog.

Moralne prosudbe danas se odnose na medicinu u cjelini. Medicina je povezana s ostalim područjima društvenog života i drugim znanostima. Moguće je razlikovati nekoliko razina etičkih prijedora u medicini.

1. Filozofsko-teološko-pravni prijedori poput pitanja: Što je život, kada počinje i kada prestaje (točnije, kada počinje smrt)? Je li moguće i kako odrediti kvalitetu života? Riječ je o pitanjima koja se pojavljuju zbog nedostatka jedinstvene teorije o čovjeku. U današnje je vrijeme promijenjeno određenje bolesti. Medicina djeluje kod bolesti, ali i pri stanjima koja nisu bolest (korektivne operacije).
2. Gospodarsko-politički problemi: zdravstvena zaštita, jednakost prava i pravednost u zdravstvenom sustavu; financiranje i komercijalizacija medicinskih istraživanja i usluga. Zdravstveno je osiguranje je skupo, medicina traži velika financijska sredstva, a gospodarstvo nije u mogućnosti priskrbiti sredstva. Privatne bolnice osiguravaju bolju razinu zdravstvene skrbi, ali nisu dostupne većini. Tržišna je ekonomija uzela maha u zdravstvenoj skrbi (međunarodno tržište organima, farmaceutska industrija) i dovodi do etički upitnih ponašanja.
3. Biološko-tehnološki problemi. Uporaba tehnologije izmijenila je ulogu liječnika pa medicina sve više postaje tehnologizirana i dehumanizirana. Liječnik danas sprječava razvoj bolest, modificira simptome (ublažuje ih) i liječi bolest. Ljudsko tijelo postaje instrument na kojemu se provodi određeni postupak, na kojemu se istražuje, eksperimentira.

Sve su tri razine problema povezane, što medicinu čini moralno zahtjevnim područjem, a medicinsku etiku izdvaja iz ostalih profesionalnih etika. Medicinska se etika se također tiče

socijalnog odnosa liječnik – pacijent, riječ je o neposrednom djelovanju koje ima neposredne moralne posljedice.

2.2. Profesionalni kodeksi

Profesionalni kodeksi zdravstvenih radnika danas propisuju prava i dužnosti zdravstvenih radnika. Zdravstveni radnici moraju biti članovi profesionalne komore koja izdaje odobrenja (licence) za rad i propisuje strukovni etički kodeks. Imamo etičke kodekse Hrvatske liječničke komore, Hrvatske ljekarničke komore, Hrvatske udruge medicinskih sestara itd. Prvi etički liječnički kodeks bila je Hipokratova prisega.

2.2.1. Hipokratova prisega

„Kunem se Apolonom liječnikom, Asklepijem, Higijejom i Panakejom, svim bogovima i božicama, zovući ih za svjedoke, da ću po svim silama i savjesti držati ovu zakletvu i ove obveze. Stoga ću učitelja ovoga umijeća štovati kao svoje roditelje, davat ću mu što mu u životu bude potrebno, njegovu ću djecu držati svojom braćom, a budu li htjeli učiti ovu umjetnost, poučavat ću ih bez ugovora i bez plaće. Puštat ću da kod predavanja i poduke i u svemu ostalom znanju sudjeluju moja djeca i djeca mojega učitelja. Učit ću i đake koji se budu ugovorom obvezali i ovom zakletvom zakleli, ali nikoga drugoga. Svoje propise odredit ću po svojim silama i znanju na korist bolesnika i štitit ću ga od svega što bi mu moglo škoditi ili mu nanijeti nepravdu. Nikomu neću, makar me za to i molio, dati smrtonosan otrov, niti ću mu za nj dati savjet. Isto tako neću dati ženi sredstvo za pometnuće ploda. Čisto ću i pobožno živjeti i izvršavati svoju umjetnost. Neću operirati mokraćne kamence, nego ću to prepustiti onima koji se time bave. U koju god kuću stupim, radit ću na korist bolesnika, kloneći se hotimičnog oštećivanja, a osobito zavođenja žena i muškaraca, robova i slobodnih. Što pri svojem poslu budem saznao ili vidio, pa i inače, u odnosima s ljudima, ako se ne bude smjelo javno znati, prešutjet ću i zadržat ću tajnu. Budem li održao ovu zakletvu i ne budem li je prekršio, neka mi bude sretan život i uspješna umjetnost, neka steknem slavu i ugled kod ljudi do u daleka vremena; prekršim li tu zakletvu i zakunem li se krivo, neka me zadesi suprotno.“

Zbog napretka u medicini, novih metoda dijagnostike i liječenja, provedena je revizija Hipokratove prisega i usvojena je Ženevska liječnička prisega.

2.2.2. Ženevska liječnička prisega

Ženevska deklaracija iz 1948. godine

Svjetsko liječničko udruženje provelo je reviziju Hipokratove prisega:

- rad u službi humanosti
- poštovanje i stupnjevanje za učitelje

- svjesno i s poštovanjem u prakticanju umjetnosti
- dužna briga za zdravlje bolesnika, kolege i tradiciju umijeća
- praktično djelovanje u skladu sa zakonima humanosti, poštovanje ljudskog života od začetka
- dužno poštovanje rasnog, vjerskog, političkog i socijalnog statusa.

Kasnije su uvedene izmjene i dopune Ženevske deklaracije koje su je udaljile od Hipokratove prisege. Kodeks medicinske etike, gledajući načelne postavke, ostao je isti tijekom 2500 godina. Nažalost, danas postoji realna opasnost da se izgubi osnovno obilježje medicinske etike, a to je humanost (npr. ozakonjenje eutanazije).

Također su usvojene druge deklaracije, kodeksi i preporuke. Međunarodni kodeks liječničke etike prihvatilo je Svjetsko liječničko udruženje (*World Medical Association – WMA*) 1949. godine.

Helsinška deklaracija usvojena je 1964. godine, a osvježavana je i dopunjivana više puta. Valja naglasiti da se pri medicinskim istraživanjima treba skrbiti o dobrobiti ispitanika i da njegova dobrobit ima prednost pred interesima zajednice i društva. Liječnik mora raditi u najboljem interesu pacijenta i bolesnika i zdravlje pacijenta i bolesnika prva je briga liječnika. Principi Helsinške deklaracije ugrađeni su u nacionalne kodekse medicinske etike.

WMA je 1975. godine usvojila „**Tokijsku deklaraciju**“ protiv torture zatvorenika, 1981. godine izjasnila se protiv aktivnog sudjelovanja liječnika u izvršavanju smrtne presude. WMA donosi pravila ponašanja liječnika tijekom oružanih sukoba (1956., 1957. i 1983. godine).

Ujedinjeni narodi donose 1982. godine načela kodeksa ponašanja liječnika pri skrbi za zatvorenike i ratne zarobljenike, „Deklaraciju protiv torture“.

Organizacija Amnesty International donosi 1975. „**Stockholmsku deklaraciju**“ za aboliciju smrtne kazne, a 1981. godine deklaraciju protiv sudjelovanja liječnika pri izvršenju smrtne kazne. Godine 1997. usvojena je Konvencija iz Ovida o ljudskim pravima i biomedicini.

U našim zemljama (Kraljevina Hrvatska i Slavonija) o liječničkim je dužnostima pisano 1876. godine. Objavljen je 1895. tekst o dužnostima liječnika prema bolesniku i dužnostima bolesnika prema liječniku te dužnosti među liječnicima i liječničkoj profesiji („**Liječnički stališ i općinstvo**“).

Godine 1899. Objavljen je Etički kodeks udruženja liječnika Kraljevine Hrvatske i Slavonije, a sud časti ustanovljen je 1900. godine.

Godine 1920. objavljena su pravila Udruženja liječnika Hrvatske, Slavonije i Međimurja kojima su obuhvaćene i etičke dužnosti. Etički kodeks zdravstvenih radnika Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije, u čijem se sastavu tada bila Hrvatska, usvojen je 1963. godine.

Godine 1990. na 97. godišnjoj skupštini Hrvatskoga liječničkog zbora odlučeno je da se formira Komisija za ljudska prava i medicinsku etiku koja je svoju prvu sjednicu održala 21. travnja 1990. Predsjednik Komisije bio je prof. dr. Božidar Vrhovac. Komisija je izradila **Kodeks medicinske etike** (Hrvatskoga liječničkog zbora) koji je u veljači 1993. godine usvojen, a 2002. godine izmijenjen. Hrvatska liječnička komora također je donijela Kodeks medicinske etike, ali bitnih razlika nema gledajući na kodeks Zbora.

Godine 1995. – 1996. osnovana je Komisija za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatskoga liječničkog zbora i Hrvatske liječničke komore koja je rješavala pitanja iz medicinske etike i deontologije. Nakon 1999. godine postoje dvije komisije za medicinsku etiku i deontologiju, jedna u sklopu Zbora, a druga u sklopu Komore. Hrvatski liječnički zbor i Hrvatska liječnička komora dogovorili su 2006. godine da imaju isti kodeks medicinske etike. Također je osnovano Nacionalno bioetičko povjerenstvo za medicinu Republike Hrvatske, a odluka o osnivanju donesena je 12. travnja 2001.

Na teritoriju Hrvatske liječnici su pratili nove medicinske spoznaje i razvoj etičke misli te ih primjenjivali u svome svakodnevnom radu. Unatoč svim teškoćama, bilo materijalne i tehničke bilo političke prirode, liječnici su se brinuli o zdravlju svojih bolesnika i često rješavali socijalnu problematiku jer nije bilo drugih da to učine.

Liječnička prisega

„U času kad stupam među članove liječničke struke, svečano prisežem da ću svoj život staviti u službu humanosti. Svoje ću dužnosti obavljati savjesno i dostojanstveno. Najvažnija će mi briga biti zdravlje mog pacijenta. Čuvat ću tajnu onoga tko mi se povjeri. Svim svojim snagama održavat ću čast i plemenite tradicije liječničkog zvanja. Kolege će mi biti braća. U obavljanju dužnosti prema bolesniku na mene neće utjecati njegova vjerska, nacionalna, rasna, politička ili klasna pripadnost. Ljudski ću život poštovati od samoga začetka. Ni pod kojom prisilom neću dopustiti da se moje medicinska znanja iskoriste protivno zakonima humanosti. Ovo prisežem svečano i slobodno, pozivajući se na svoju čast.“

2.2.3. Međunarodni kodeks liječničke etike

Opće dužnosti liječnika

Liječnik se uvijek mora pridržavati najviših mjerila profesionalnog ponašanja. Ne smije dopustiti da materijalna dobit utječe na slobodu i neovisnost njegove stručne prosudbe u vezi s pacijentom. Liječnik mora u svim oblicima medicinske prakse nastojati da tehnički i moralno potpuno neovisno pruži stručnu medicinsku uslugu, suosjećajući s pacijentom i poštujući ljudsko dostojanstvo.

Liječnik se mora pošteno ophoditi s pacijentima i kolegama te nastojati da razotkrije liječnike manjkava značaja ili znanja ili pak one koji se upuštaju u prijevaru ili obmanu.

Neetičnim se ponašanjem smatraju sljedeći postupci:

- a) samoreklamiranje liječnika, osim u obliku u kojem je dopušteno zakonom ili etičkim kodeksom nacionalnoga liječničkog udruženja,
- b) plaćanje ili primanje bilo kakve novčane naknade ili drugog oblika nagrađivanja za pridobivanje pacijenata ili preporučivanje ili upućivanje pacijenata na neki drugi naslov.

Liječnik mora poštovati prava pacijenata, kolega i drugih zdravstvenih radnika te čuvati povjerljivost podataka o pacijentu. Liječnik se smije odlučiti za liječenje koje može oslabiti bolesnikovo fizičko i duševno stanje samo ako je to bolesniku u korist. U nestručnim krugovima liječnik se mora kloniti izjava o novim otkrićima ili postupcima liječenja. Liječnik smije izdavati potvrde ili mišljenja samo na osnovi vlastitih nalaza.

Dužnosti liječnika prema bolesniku

Liječnik mora uvijek imati na umu da mu je dužnost da čuva ljudski život. Bolesnik ima pravo očekivati da će mu liječnik biti odan i pružiti mu sve što medicinska znanost omogućuje. Ako liječnik zaključi da nužne pretrage i liječenje premašuju njegove mogućnosti, dužan je obratiti se drugom, odgovarajuće osposobljenom liječniku.

Liječnik je dužan držati u tajnosti sve što zna o bolesniku, čak i nakon njegove smrti.

Humana je obveza liječnika da pruži prvu pomoć, osim ako se uvjeri da tu pomoć može pružiti netko drugi koji je za to osposobljen.

Međusobne dužnosti liječnika

Liječnik se mora ponašati prema svojim kolegama onako kako bi želio da se oni ponašaju prema njemu. Ne smije svojim kolegama uzimati pacijente. Liječnik se treba pridržavati Ženevske deklaracije koju je usvojilo Svjetsko liječničko udruženje.

2.2.4. Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore

Članak 1. Temeljna načela

- 1. Liječniku je časna dužnost svoje životno usmjerenje i struku posvetiti zdravlju čovjeka.*
- 2. Liječnik će poštovati ljudski život od njegova početka do smrti, promicati zdravlje, sprječavati i liječiti bolest te poštivati ljudsko tijelo i osobnost i nakon smrti.*
- 3. Liječnik će pomoć pružiti 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.*
- 4. Svim svojim sposobnostima čuvat će plemenitu tradiciju liječničkog poziva održavajući visoke standarde stručnog rada i etičkog ponašanja prema bolesniku i njegovim bližnjima te zdravim osobama.*
- 5. U svojem će djelovanju čuvati ugled i dostojanstvo liječničkog staleža i časno se odnositi prema kolegama.*
- 6. Svoje znanje i umijeće uvijek će odgovorno primjenjivati u skladu s načelima ovoga Kodeksa.*
- 7. Liječnik će pismeno potvrditi samo činjenice koje je osobno utvrdio. (Vidjeti kodeks.)*

2.2.5. Međunarodni etički kodeks medicinskih sestara (ICN)

Etički koncepti koji se odnose na sestrinstvo

Osnovna je obveza medicinske sestre četverostruka: unapređivanje zdravlja, sprječavanje bolesti, obnavljanje zdravlja i ublaživanje patnje.

Potruga za njegom je sveopća. Sestrinstvu je svojstveno poštovanje života, dostojanstva i prava čovjeka bez obzira na nacionalnost, rasu, vjeru, boju kože, dob, spol, političko uvjerenje ili društveni položaj.

Medicinske sestre pružaju zdravstvene usluge pojedincu, obitelji i zajednici te usklađuju svoje djelovanje s drugim srodnim zanimanjima.

Medicinske sestre i pučanstvo

Prvotna je sestrinska odgovornost usmjerena na ljude koji traže sestrinsku skrb.

Medicinska sestra u pružanju skrbi poštuje vjerovanja, vrijednosti i običaje osobe.

Ona čuva povjerene joj osobne informacije i razborito se njima koristi.

Medicinska sestra i praksa

Medicinska sestra nosi osobnu odgovornost za obavljanje svoje prakse i održavanje svoje sposobnosti stalnim učenjem.

Ona pruža najvišu razinu sestrinske skrbi koja je u danim okolnostima realno moguća.

Medicinska sestra razborito prosuđuje svoje sposobnosti pri povjeravanju i preuzimanju odgovornosti.

U svojem profesionalnom djelovanju medicinska bi sestra uvijek trebala voditi brigu o razini osobnog ponašanja koje se može odraziti na ugled profesije (vidjeti kodeks).

2.2.6. Odnos liječnika prema kolegama i prema drugim djelatnicima

Odnos liječnika prema liječniku pokatkad u praksi nije u skladu s kodeksom medicinske etike. Kadšto je taj odnos vrlo loš. Svakodnevno se bolesnici susreću s izjavama: Tko vam je to radio? Sve su vam krivo napravili? Ništa oni ne znaju? Bez obzira na istinitost tvrdnje, način komunikacije nije primjeren za liječnički stalež.

Odnos liječnika prema liječniku prije svega je odraz kućnog odgoja (neodgoja), a potom društvenog, stručnog i političkog statusa, kao i shvaćanja i prihvaćanja medicinske etike. U Hrvatskoj postoji kodeks liječničke etike u izdanju Hrvatske liječničke komore koji je i kodeks Hrvatskoga liječničkog zbora i treba ih poštovati.

Sredstva javnog priopćavanja (televizija, radio, novine, javni portali) reklamiraju pojedine liječnika, a katkada postoji samoreklama, obično na lokalnoj razini. Nakon reklame ili samoreklame ti liječnici imaju prepune ambulante jer bolesnici misle da će sada riješiti svoje teškoće.

Primjer iz prakse. Rodbina gleda televizijsku emisiju u večernjem terminu, a nakon emisije fotokopira medicinsku dokumentaciju te s tom dokumentacijom odlazi na put, prethodno se telefonom najavivši za razgovor s uglednim liječnikom. Došavši k njemu, oni mu iznose svoj slučaj, priznati liječnik iznosi svoje mišljenje, a rodbina se uznemirena dolazi natrag u bolnicu s tim mišljenjem i nastaju problemi, izjave o lošem liječenju, potvore (klevete) na račun liječnika.

Komentar. Nažalost ugledni liječnik je samo djelomično imao pravo, jer nije znao tijekom događaja i njegovo je mišljenje u tom slučaju bilo nebitno. Naime, on nije imao dovoljno podataka da objektivno sagleda slučaj, nedostajala je informacija druge strane (liječnika). Rodbina prihvaća samo ono što ona želi, drugo pak mišljenje ona ne prihvaća. Rizično je dati mišljenje samo na osnovi fotokopirane dokumentacije jer je upitno je li bilo fotokopirano sve što je nužno za davanje mišljenja. Slučaj postaje etički upitan, a zapravo to nije.

Što znači novinski naslov „Mi to liječimo najbolje u svijetu“?

To je netočan, neetičan postupak samoreklamiranja liječnika.

Odnos liječnika prema drugom zdravstvenom osoblju katkada nije profesionalan, već je familijaran i to može negativno utjecati na radnu disciplinu.

2.2.7. Odnos liječnika prema bolesniku

Odnos prema bolesniku treba biti objektivan (točne informacije, istina), odgovoran (gdje se to može bolje liječiti), psihološka procjena bolesnika i rodbine. Liječnik se u odnosu prema bolesniku treba držati kodeksa liječničke etike i deontologije.

Često se informacije o teškome zdravstvenom stanju daju na hodniku, što je neprimjereno. Informacije treba davati u uredu, po mogućnosti uz prisutnost svjedoka, kada se ne narušava liječnička tajna. Također se informacije mogu davati u pisanom obliku i na taj način nije više prijeporno što je rečeno i isključena je zaboravnost osoba kojima je informacija dana. Nije etično davati lažnu nadu kao ni lošije informacije nego što je stvarno stanje. Informacije telefonom načelno ne treba davati, osim u iznimnim slučajevima, kada znamo tko zove.

Posjete bolesnicima treba dopustiti kada je to moguće. Treba ih dopustiti u određenom obliku i u jedinicama intenzivnog liječenja, i to tako da se ne remeti proces rada. Nije etično strogo zabraniti posjete u jedinici intenzivnog liječenja jer je bolesnik nečiji otac, muž, djed, nečije dijete. Informacije treba davati užoj rodbini ili osobama koje imaju pravo na informaciju (pravni zastupnik).

Korupcija u zdravstvu

O korupciji u zdravstvu mnogo se govori, ali su dokazi manjkavi. Senzacionalistički napisi i izjave pojedinaca (bolesnika, rodbine, novinara i političara) o korupciji u zdravstvu nisu dostatni za ozbiljnu raspravu i osudu onih koji ucjenjuju pacijente. S vremena na vrijeme vode se kampanje protiv mita u zdravstvu pa se obično nađe neki slučaj koji nije vrijedan spomena. Uvijek postoje dvije strane, jedna koja daje mito i druga koja ga prima. Budući da je davanje mita kazneno djelo kao i njegovo primanje, postupak dokazivanja vrlo je težak i obično sve ostaje na sumnjama.

Neetično je optužiti sav liječnički stalež za primanje mita zbog maloga broja liječnika koji uistinu primaju mito pa se treba kloniti uopćenih izjava i osuda. Svatko tko prima mito ima ime i prezime pa je neprihvatljivo optuživati sve liječnike nekog odjela, klinike ili bolnice.

Slučaj iz prakse

Danski državljanin P. B. tvrdio je da je njegova sestra, 1994. godine, bolovala od tumora i operirana je u Hrvatskoj tek nakon što je kirurgu dao mito u iznosu od 5.000 tadašnjih

njemačkih maraka. Dan nakon operacije sestra je preminula, a P. B. je protiv spomenutog liječnika podnio kaznenu prijavu. Liječnik je uvjeravao obitelj da je pacijentica preminula od plućne embolije koja je dokazana obdukcijom. Prijava oštećenika u Hrvatskoj je odbačena, nakon čega se obratio Sudu za ljudska prava u Strassbourgu. Taj je sud smatrao da je cijeli hrvatski sustav, od medicinskih fakulteta, Liječničke komore, bolnice do državnog odvjetništva zakazao zbog pristranosti. Republika Hrvatska mora oštećeniku isplatiti 7.900 eura za troškove sudskog postupka te još 10.000 eura na ime zadovoljštine.

Reklamiranje – slučaj doktora Oza

Mehmet Cengiz Oz ili, jednostavnije, dr. Oz je američko-turski kardiokirurg, autor i televizijska osoba, prvi put se pojavio u sklopu emisije Oprah Winfrey 2004. godine, a od 2009. ima vlastitu televizijsku emisiju koja se fokusira na medicinske probleme i osobno zdravlje. Problemi kojima se bavi obuhvaćaju dijabetes tipa 2, pretilost, hipertenziju, infarkt, zdravu prehranu, dijetu, mršavljenje, tjelesnu aktivnost, probleme s kožom i druge. Oz objašnjava kompleksne medicinske probleme na način koji bilo tko, neovisno o obrazovanju, može razumjeti i, što je još važnije, on zna kako privući pozornost publike. U jednom od prvih pojavljivanja u *Oprah showu*, pojavio se odjeven u kiruršku odjeću i sa sobom je donio kovčeg pun ljudskih organa. Stavio je ljubičaste lateks rukavice, koje su mu ubrzo postale i zaštitni znak, te je iz škrinje izvadio krupno, crveno srce. To je srce bilo dobro očuvano, a pripadalo je mladoj ženi koja je nedavno umrla u automobilskoj nesreći. Zatim je održao kratki govor, napominjući kako je srce spiritualni organ i kako je žilavo. Zatim je izložio jako oštećeno srce – napuhano, bijelo, puno masnoće. To je srce izgledalo kao da je tjednima stajalo u vodi. Uzeo je skalpel i zarezao srce. Ono što dr. Oz radi jest da prenosi informacije publici na izravan, okrutan i krvav način, izazivajući u njima bujicu emocija i čini ih svjesnima vlastita biološkog propadanja. On je zapravo revolucionar koji je imao viziju kako osvijestiti ljude o najčešćim bolestima današnjice.

Dr. Oz u svakoj svojoj emisiji reklamira određeni proizvod, a djelotvornost nekih od njih i njihova praktičnost često znaju biti upitne. Isto tako postoje i neke kontroverze u vezi s dr. Ozom, točnije, pojavljivanje pseudoznanosti u njegovoj emisiji i kombiniranje konvencionalnih medicinskih metoda s alternativnom terapijom.

Slučaj djevojčice N. Š.

Djevojčica se liječila u Zavodu za hematologiju i onkologiju Klinike za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb od prosinca 2010. godine zbog zloćudne hematološke bolesti.

Liječenje je započeto prema međunarodno priznatom protokolu za navedenu bolest, no pojavljivale su se nuspojave i komplikacije liječenja koje su vrlo dobro sanirane. Ipak, bolest se vraćala u tri navrata i svaki put je provedeno liječenje prema međunarodno priznatim protokolima za navedenu fazu i stanje bolesti. Prema mišljenju liječničkog tima, s obzirom na djetetovo stanje i nalaze, nije postojala indikacija za transplantacijskim liječenjem nesrodnog darivatelja koštane srži, pa je terapija nastavljena prema navedenim protokolima. Nažalost, ni ovakvim načinom liječenja nije postignuta kontrola osnovne bolesti (remisija). Svi oblici liječenja prema jasno dokazanim postupcima koji se primjenjuju u liječenju ovog oblika bolesti bili su iscrpljeni te je u obzir došla primjena eksperimentalne terapije u jednom svjetskom centru koja je u nekim slučajevima pokazala učinkovitost. Naravno, bilo je potrebno prikupiti milijunski iznos da bi se to ostvarilo. Samo je liječenje stajalo oko 20.000 dolara. Ostatak novca otpada na bolničke troškove koji su u SAD-u, kao što je poznato, astronomski jer Amerika praktički i nema sustav javnoga zdravstva. Tu su na djelo stupili brojni mediji koji su pokazali da su, unatoč ekonomskoj krizi koja je zahvatila cijelu Europu pa i Hrvatsku, ljudi htjeli pomoći. Svakodnevno su informacije o razvoju situacije stizale putem televizije, radija i interneta i zapanjujuće je u kolikoj su mjeri ljudi reagirali na tuđu patnju i pokazali želju da pomognu djevojčici, ali i brojnima drugima koji su se našli u sličnoj situaciji. Da nije bilo posredničke uloge medija, pomoć ne bi bila moguća. Pitanje koje se nameće ovdje jest etičnost samog postupka. Dakle, brojne osobne informacije o bolesnikovu stanju na ovakav način dospijevaju u javnost, a novinari opsjedaju roditelje pokušavajući doći do najnovijih informacija i plasirati priču.

Spomenuti je slučaj medijski bio vrlo dobro popraćen i to je postiglo pozitivan rezultat. Međutim, postavlja se pitanje koliko je još bilo sličnih slučajeva koji nisu bili nimalo medijski popraćeni!?

Pozitivna strana priče jest ideja da se stvori fond za slične slučajeve i da se na taj način pomogne svima kojima je pomoć potrebna ako ima izgleda da takva pomoć može biti učinkovita.

Ovakva situacija i mnoge slične njoj pokazuju zapravo koliku snagu imaju mediji i zbog toga je potrebno racionalno i pravedno koristiti se tom moću, a ne zlorabiti je.

Internet je olakšao traženje informacija o simptomima, omogućio komunikaciju različitih ljudi s istim simptomima te dobivanje informacija o dijagnozi kod drugih ljudi. To ima svoje loše i dobre strane. Loše bi bile da takve informacije mogu dovesti do pogrešne samodijagnoze, a dobra je strana što ljudi budu potaknuti otići k liječniku da bi dobili konačnu informaciju o vlastitu stanju. Internet je alat koji omogućuje laku komunikaciju između ljudi.

Vrlo lako se može pronaći specijalist bilo gdje u zemlji ili izvan nje. Internet može biti i alat za učenje. Liječnici mogu putem videokonferencije komunicirati jedni s drugima i pomagati jedni drugima u liječenju ili dobiti nova znanja o terapiji. U posljednje vrijeme u Americi *on-line video chat* s liječnikom postaje sve uobičajeniji te osiguravajuća društva plaćaju liječnicima takve intervencije. Pacijenti se mogu logirati 24 sata na dan i obično u roku od desetak minuta započnu komunikaciju s liječnikom. Pozitivna stvar u ovoj priči jest da će pacijenti ranije tražiti pomoć, odnosno prije nego što njihovo stanje bude zahtijevalo odlazak na hitnu pomoć. Najčešća stanja koja se mogu tretirati na ovaj način u Americi su vrućice, alergije, infekcije urinarnoga trakta, akne, upala sinusa i slična stanja.

Telemedicina. Razvijene se zemlje suočavaju s velikim problemima vezanim za rastuće troškove zdravstvene zaštite i demografske promjene koje radikalno mijenjaju zdravstveno tržište. Uvođenje telekomunikacijskih tehnologija omogućuje slanje podataka o bolesniku (umjesto slanja bolesnika) na velike, praktički neograničene udaljenosti. Podatci se šalju stručnjacima koji mogu pomoći u rješavanju bolesnikova zdravstvenog problema u kudikamo kraćem vremenu nego što bi to bilo moguće kada bi se umjesto podataka prenosio bolesnik. Eskalirajući porast troškova zdravstvene zaštite pripisuje se uglavnom tehnološkom napretku. Od telemedicine se očekuje da te troškove reducira. Potencijalne primjene telemedicine uključuju konzultacije međusobno udaljenih liječnika vezane za probleme interpretacije rentgenskih slika, prijenos EEG-a i drugih biomedicinskih signala u realnome vremenu ili brzi prijenos slika, telekirurgiju, telerobotiku, teleedukaciju i drugo.

Neučinkoviti lijekovi za regulaciju kolesterola

Hipolipemici su lijekovi koji snizuju razinu masnoća kolesterola i triglicerida u krvi. Veliku većinu propisivanih pripravaka ove skupine čine statini, lijekovi s djelovanjem na kolesterol, kako na ukupni, tako na LDL kolesterol, njegovu aterogenu (patogenu) frakciju. Statini su skupina od nekoliko preparata koji imaju vrlo sličan učinak. Oni su u početku propisivani pacijentima s visokim vrijednostima kolesterola i srčanom bolešću radi smanjenja šanse za budući infarkt. S vremenom su se počeli davati zdravim osobama za prevenciju vaskularnih bolesti općenito. To je obrazloženo antiaterosklerotskim, tj. protuupalnim, antioksidacijskim i antitrombocitnim učinkom statina. Danas se statini propisuju svim koronarnim bolesnicima i dijabetičarima, čak i bez hiperkolesterolemije, potom velikom broju osoba s poremećajem moždane cirkulacije (nakon inzulta i slično), zdravim osobama s povećanim kardiovaskularnim (KV) rizikom pa čak i onima bez većeg KV rizika, samo s blagom hiperkolesterolemijom.

Pitanje je: Opravdava li učinkovitost statina njihovu enormnu potrošnju i popularnost? Koliko su troškovi liječenja statinima i je li to opravdano?

2.2.8. Liječnička tajna

Određen broj liječnika ne zna što je to liječnička tajna pa prepričavaju slučajeve iz prakse, bilo u profesionalnim bilo u privatnim krugovima.

Nadalje, nove teškoće nastaju uporabom računala u kojima su pohranjene povijesti bolesti, a ne postoji sigurnosna zaštita i tako su te povijesti bolesti dostupne svima koji dođu do određenog računala ili mreže ako su računala umrežena. U povijestima bolesti ima dosta podataka koji su osobne prirode i njihova bi zlouporaba trebala biti kažnjiva. Za odavanje liječničke tajne nisu odgovorni samo liječnici nego i drugi zdravstveni djelatnici, djelatnici koji rade u zdravstvu, a nisu zdravstveni djelatnici, istražni organi (policajci, istražni sudci), odvjetnici, novinari itd.

Ima li predsjednik države karcinom? To je privatni problem koji trebaju razmotriti državni organi, i to u smislu procjene može li predsjednik obavljati svoje državničke dužnosti ili ne. Neetično je razglabati o predsjednikovoj bolesti u sredstvima javnog priopćavanja. Kako je dijagnoza došla u javnost? Zašto čovjek, bio on obični građanin ili državnik, nema pravo na privatnost? Kakva je to novinarska etika? Što rade pravosudni organi?

Da bi se situacija izmijenila, potrebno je educirati ne samo zdravstveno osoblje nego i policajce, sudce, odvjetnike, novinare itd. i, nadalje, treba donijeti jasne zakonske propise kojima će biti sankcionirano zadiranje u obiteljski, privatni život, dostojanstvo bilo koje osobe. Nikoga senzacionalistički pristup nekom slučaju nije usrećio, ali je mnoge povrijedio!

Međunarodna asocijacija za medicinsku informatiku (*International Medical Informatics Association – IMIA*) dala je preporuke za edukaciju zdravstvenog osoblja kako da stekne znanja i vještine u obradi podataka kao i u informacijskoj i komunikacijskoj tehnologiji. Opseg znanja i vještina definiran je u terminima znanja i praktičnih vještina zdravstvenog osoblja s obzirom na njihovu ulogu (a) kao korisnika informacijske tehnologije (IT) i (b) kao specijalista iz zdravstvene medicinske informatike (ZMI). Preporuke se odnose na tečajeve /skupine tečajeva iz ZMI-a kao dijela edukacijskog programa medicine, sestriinstva, zdravstvenog menadžmenta, stomatologije, farmacije, javnoga zdravstva, vođenja zdravstvene dokumentacije i informatike / računarskih znanosti, kao i posebnih edukacijskih programa u području ZMI-a (diploma, magisterij, doktorat).

Etički kodeks za medicinske i zdravstvene informatičare (MZI) mora biti jasan, nedvojbjen i lako primjenjiv u praksi. Štoviše, s obzirom na to da je informatičko područje u konstantnoj mijeni, kodeks mora biti fleksibilan kako bi se prilagodio nadolazećim promjenama bez žrtvovanja primjenjivosti temeljnih principa. Zato je neprimjereno da se etički kodeks za MZI-e bavi specifičnostima svake pojedine situacije koja se može dogoditi. To bi kodeks učinilo previše uskim, previše rigidnim i ovisnim o postojećemu statusu u informatici. Umjesto toga kodeks se mora usredotočiti na etičke pozicije MZI-a kao stručnjaka, i na odnos između MZI-a i drugih strana s kojima su u međudodnosu tijekom svoga profesionalnog rada. Te, „druge strane“ uključuju (ali nisu ograničene samo na) bolesnike, zdravstveno osoblje, administrativno osoblje, zdravstvene institucije, kao i osiguravajuća društva i vladine agencije itd.

Načela i smjernice zaštite osobnih podataka

Dokument „*Načela i smjernice zaštite osobnih podataka*“ nastao je kao rezultat rada Radne grupe za zaštitu podataka unutar Hrvatskoga društva za medicinsku informatiku. Smjernice predočuju konkretne operativne korake koje bi izvođači zdravstvene djelatnosti mogli rabiti tijekom svojega rada. To znači da područje zaštite osobnih podataka unutar zdravstvenoga informacijskog sustava (ZIS) u Republici Hrvatskoj ne bi više bilo prepušteno vlastitoj volonterskoj inicijativi. Svi parametri spomenutoga dokumenta dinamične su kategorije, što znači da svaki izvođač može dokument prilagoditi svojim potrebama. Međutim, njegova je glavna namjena promjena kulturnih navika s obzirom na uporabu osobnih podataka unutar ZIS-a. Dokument sadržava najnovije materijale na području zaštite osobnih podataka, koji su nastali na tom području unutar Vijeća Europe i Europske zajednice.

„Deklaracija o e-zdravlju“

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske je objavila „*Deklaraciju o e-zdravlju*“ radi senzibiliziranja svih dionika (pacijenti, zdravstveni djelatnici, ustanove, tijela državne uprave, dobavljači) u korištenju velikim potencijalima informacijsko-komunikacijske tehnologije i rješenja za unapređenje zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Deklaracija skreće pozornost na infrastrukturna područja, kao što su:

- obrazovanje, regulativa i normizacija, profesionalnost medicinske i zdravstvene informatike kao struke, obveza ustanova, tijela državne uprave i dobavljača.

Osim odgovora na pitanje „što?“, Deklaracija odgovara i na najvažnije pitanje – „kako?“. Umjesto postojeće „atomiziranosti“ i nepovezanosti projekata i rješenja, Deklaracijom se predlaže ostvarenje zajedničkog koncepta informatizacije u zdravstvu i za zdravlje putem

uspostavljanja središnjeg tijela na državnoj razini (agencija, ured, zavod) u kojemu će biti koncentrirana ekspertiza, odlučivanje i financiranje zdravstvenoinformatičkih projekata na državnoj razini. Spomenuto središnje tijelo treba funkcionirati na načelima profesionalnosti, neovisnosti i transparentnosti. Svrha prijedloga koji se nudi Deklaracijom jest u unapređenju upravljanja informatizacijom zdravstvenog sustava, čime bi se izbjegla zatvorenost unutar ustanova, omogućilo pribavljanje i svrhovita uporaba raspoloživih financijskih sredstava i stručnjaka te ostvarila nužna suradnja, što bi rezultate u informatičkoj potpori zdravstvenom sustavu približilo optimumu.

Slučaj iz prakse

N. N., muškarac zaposlen u ugostiteljstvu, bio je kod svojeg liječnika te je nakon savjetovanja pristao na testiranje na HIV. Muškarac je dobio rezultate koji su pokazali da je test HIV-pozitivan. Njegov ga je nadređeni prvo degradirao na manje plaćen posao, na kraju mu je dao otkaz. Zatim je liječnik informaciju da je N. N. HIV-pozitivan pustio u javnost, što je, zbog diskriminacije osoba koje žive s HIV-om, onemogućilo N. N.-ovo novo zaposlenje.

2.2.9. Odnos liječnika prema zatvorenicima

Upute liječnicima u vezi s mučenjem ili drugih oblicima okrutnog, nehumanog i degradirajućeg postupanja, te kažnjavanja pri zatvaranju i zatočeništvu usvojene su na 29. Svjetskoj medicinskoj skupštini u Tokiju u Japanu u listopadu 1975. godine i urednički revidirane na 170. i 173. zasjedanju Vijeća u Divonne-les-Bainsu u Francuskoj u svibnju 2005. i 2006. godine.

Tokijska deklaracija (Svjetsko medicinsko udruženje, godine 1975.)

Privilegij liječnika jest da obavlja svoju medicinsku praksu u službi humanosti, da čuva i ponovno uspostavlja tjelesno i psihičko zdravlje pacijenta, bez obzira na to o kome je riječ, te da ublaži i olakša njegove patnje. Najviši oblik poštovanja ljudskog života mora se održati čak i pod prijetnjom i nijedno medicinsko znanje ne smije se primjenjivati protiv zakona humanosti.

U svrhu spomenute deklaracije **tortura** se definira kao namjerno, sustavno ili okrutno nanošenje fizičke ili psihičke patnje od jedne ili više osoba koje djeluju samostalno ili po nalogu bilo koje vlasti u svrhu prisiljavanja druge osobe da pruži informacije, iznuđivanja priznanje ili bilo kojega drugog razloga.

Za potrebe Deklaracije mučenje je definirano kao namjerno, sustavno ili obijesno nanošenje tjelesnih ili mentalnih patnji od jedne ili više samostalnih osoba ili prema naredbi nekakvog autoriteta radi iznude informacija i priznanja ili zbog drugih razloga.

Deklaracija (izvadci)

Liječnik neće ustupati prostorije, instrumente, supstancije ili znanje za izvođenje torture ili drugih oblika okrutnog, nehumanog ili ponižavajućeg tretmana ili da bi umanjio sposobnost žrtve da se suprotstavi takvom tretmanu.

Liječnik neće biti prisutan tijekom bilo koje procedure u kojoj se tortura primjenjuje ili prijati torturom ili drugim oblikom okrutnog, nehumanog i ponižavajućeg tretmana.

Kada zatvorenik odbija uzimati hranu i kada je, prema mišljenju liječnika, sposoban ispravno i racionalno rasuđivati o posljedicama takvoga dobrovoljnog odbijanja hrane, neće se hraniti umjetnim putem. Odluku o sposobnosti takvog zatvorenika da prosuđuje treba potvrditi najmanje još jedan neovisan liječnik. Liječnik treba objasniti zatvoreniku posljedice odbijanja uzimanja hrane.

Kršenje Ženevskih konvencija uvijek mora biti prijavljeno nadležnim organima.

2.2.10. Profesionalno ponašanje liječnika pri katastrofama i oružanim sukobima

Izjava o medicinskoj etici u slučajevima katastrofe usvojena je na 46. Svjetskoj medicinskoj skupštini u Stockholm u Švedskoj u rujnu 1994.

„Katastrofa je neočekivana pojava nesretnog događaja, obično iznenadnog i nasilnog, koji dovodi do značajne materijalne štete, većeg preseljenja ljudi i/ili velikog broja žrtava i/ili pak značajnog narušavanja društva ili do kombinacije svega ovoga. Definicija u ovom kontekstu isključuje situacije koje potječu iz sukoba i ratova, bilo međunarodnih bilo unutrašnjih, koji dovode do pojave drugih problema, osim ovih koje razmatra ovaj dokument. S medicinske točke gledišta, situacije katastrofe karakterizira tijekom određenog perioda akutna i nepredvidljiva neravnoteža između kapaciteta i resursa medicinske profesije i potreba žrtava ili osoba čije je zdravlje ugroženo.

Obilježja su:

- a) iznenadna pojava koja zahtijeva brzu akciju;
- b) neadekvatnost medicinskih resursa, koji su prilagođeni za normalne uvjete: velik broj žrtava; nalaže da raspoloživa sredstva moraju biti uporabljena na najefikasniji način kako bi se sačuvalo što je moguće više života;
- c) materijalna ili prirodna rušenja čine pristup žrtvama teškim i/ili opasnim;
- d) štetni efekti na zdravstvenu situaciju zbog zagađenja i rizika od epidemija.

U slučaju katastrofa nužna je koordinirana akcija raznih službi da bi se stanje što prije stavilo pod nadzor. Treba (mora) imati razrađene protokole rada u kojima je razrađena shema tko i kako rukovodi, koordinira radom službi. Nužan je tim (stožer) koji će voditi akciju zbrinjavanja. Opća se etička načela moraju poštovati, osobno se etičko stajalište mora podrediti općemu etičkom gledištu. Prvo je potrebno napraviti medicinsku trijažu unesrećenih i odlučiti o prioritetima. Trijaža razvrstava unesrećene po redu hitnosti. Najprije će biti zbrinuti životno ugroženi kojima se pružanjem pomoći spašava život ili daju veliki izgledi za preživljenje. Trijažu provodi najiskusniji liječnik na prijamnoj punktu.

Liječnik mora odvojiti žrtve prema sljedećem:

- a) žrtve koje mogu biti spašene, a čiji su životi u neposrednoj opasnosti i kojima je pomoć nužna odmah ili u roku od nekoliko sati (prvi red hitnosti);
- b) žrtve čiji životi nisu u neposrednoj opasnosti i kojima je potrebna hitna, ali ne i neposredna medicinska pomoć (drugi red hitnosti);
- c) ozlijeđene osobe kojima je potrebno samo manje liječenje, koje mogu biti liječene kasnije ili to mogu učiniti spasioci (treći red hitnosti);
- d) psihološki traumatizirane žrtve kojima je potrebno smirivanje, kojima ne može biti pružena individualna pomoć, ali kojima može biti potrebno umirivanje ili sedativi ako su akutno uznemireni (treći red hitnosti);
- e) žrtve čije stanje nadilazi terapijske resurse koji stoje na raspolaganju, koje pate od iznimno teških ozljeda kao što su iradijacija ili opekline takvoga stupnja da ne mogu biti spašeni u specifičnim uvjetima mjesta i vremena, ili kompleksni kirurški slučajevi koji zahtijevaju posebno delikatne operacije koje bi predugo trajale i tako obvezivale liječnika da izabire između njih i drugih pacijenata. Stoga ovakve žrtve mogu biti klasificirane kao slučajevi „izvan hitne pomoći“ (četvrti red hitnosti).

Odluka o „napuštanju ozlijeđene osobe“ pri određivanju prioriteta u katastrofama ne može se smatrati „greškom u pružanju pomoći osobi u smrtnoj opasnosti“. To je opravdano kada je u pitanju spašavanje maksimalno mogućega broja žrtava.

S etičke točke gledišta, problem trijaže i stajališta koji se treba usvojiti prema žrtvama „izvan hitne pomoći“ uklapa se u okvir raspodjele neposredno raspoloživih sredstava u izvanrednim situacijama izvan ljudske kontrole. Neetično je za liječnika da uporno pokušava, po svaku cijenu, održati pacijentov život bez nade i na taj način beskorisno troši deficitarna sredstva koja su mu potrebna negdje drugdje. Ipak, liječnik mora takvim pacijentima pokazati suosjećanje i poštovanje dostojanstva njihovih života, na primjer, njihovim odvajanjem od drugih i davanjem odgovarajućih lijekova protiv bolova i sedativa.

Liječnik mora raditi u skladu sa svojom savješću, uzimajući u obzir sredstva koja su na raspolaganju. On treba pokušati postaviti redosljed prioriteta liječenja koji će sačuvati najveći broj ozbiljnih slučajeva koji imaju šansu za oporavak i koji će smrtnost ograničiti na minimum, prihvaćajući ograničenja nametnuta okolnostima.

Liječnik mora posebnu pozornost obratiti činjenici da djeca mogu imati posebne zahtjeve.

U slučaju katastrofe, liječnik treba pružiti medicinsku pomoć svakoj žrtvi bez diskriminacije i bez čekanja na molbu za pomoć.

Liječnik mora poštovati običaje, obrede i religiju stradalih i postupati potpuno nepristrano.

Ako je moguće, problemi s kojima se susreće pri identifikaciji žrtava trebaju biti zabilježeni radi daljnjega medicinskog praćenja.

Bolesnici moraju imati identifikacijski karton na kojemu su nužni podatci te podatci o pruženoj pomoći i lijekovima koje je dobio. Također na kartonu je naznačen red hitnosti.

2.2.11. Ponašanje liječnika pri istraživanjima, Helsinška deklaracija

Prihvaćena je na 18. Glavnoj skupštini Svjetskog medicinskog udruženja u Helsinkiju u lipnju 1964. godine, a dopunjivana u Tokiju 1975. godine, Veneciji 1983. godine, Hong Kongu 1989. godine, Somerset Westu 1996. godine, Edinburghu 2000. godine, uz dopunu 2008. godine.

A. Uvod

1. Svjetsko medicinsko udruženje usvojilo je Helsinšku deklaraciju kao izjavu o etičnim načelima kako bi pružilo načelo po kojem bi se ravnali liječnici i ostali sudionici medicinskih istraživanja na ljudima koji se mogu provjeriti.
2. Liječnička je dužnost da unapređuje i štiti zdravlje ljudi. Znanje i svijest liječnika posvećeni su ispunjenju te dužnosti.
3. Ženevska deklaracija Svjetskog medicinskog udruženja obvezuje liječnika riječima „*Zdravlje mog pacijenta na prvome je mjestu*“, a Međunarodni kodeks medicinske etike kaže da „*Liječnik djeluje u interesu pacijenta kada pruža liječničku njegu koja ne može imati učinak slabljenja pacijentova fizičkog i mentalnog stanja*“.
4. Medicinski je napredak zasnovan na istraživanjima koja naposljetku moraju djelomično počivati na pokusima koji uključuju ljude.
5. U medicinskim istraživanjima na ljudima prioritet bi trebala imati dobrobit ljudi u kojih se provode pokusi, a ne interesi znanosti i društva.
6. Osnovni cilj medicinskog istraživanja na ljudima jest unapređivanje profilaktičnih, dijagnostičkih i terapijskih postupaka te razumijevanje etiologije i patogeneze bolesti.

Čak se i djelotvornost, učinkovitost, dostupnost i kvaliteta najboljih profilaktičnih, dijagnostičkih i terapijskih metoda mora konstantno provjeravati kroz istraživanja.

7. U sadašnjoj medicinskoj praksi i medicinskom istraživanju većina profilaktičnih, dijagnostičkih i terapijskih postupaka uključuje i odgovornost.

8. Medicinsko je istraživanje podložno etičkim standardima koji promiču poštovanje prema svim ljudskim bićima i štite njihovo zdravlje i prava. Neke su grupe na kojima se provode istraživanja su ranjive i zahtijevaju posebnu zaštitu. Važno je uočiti posebne potrebe onih koji su ekonomski i medicinski u nepovoljnom položaju. Također je važno obratiti posebnu pozornost na one koji ne mogu sami dati ili dobiti pristanak, na one koji su podložni tomu da daju pristanak pod prisilom, na one koje neće imati osobne koristi od istraživanja te na one za koje je istraživanje kombinirano s brigom.

9. Istraživači bi trebali biti svjesni etičkih, pravnih i propisanih zahtjeva za istraživanje na ljudima u njihovim zemljama, kao i primjenjivih međunarodnih zahtjeva. Nijedan narodni, etički, pravni ili propisani zahtjev ne smije umanjiti ili eliminirati bilo koju od zaštita za ljude na kojima se obavljaju pokusi izneseni u ovoj deklaraciji.

B. Osnovni principi za sva medicinska istraživanja

10. Dužnost je liječnika u medicinskom istraživanju da štiti život, zdravlje, privatnost i dostojanstvo osobe na kojoj se izvodi pokus (dalje, v. Helsinšku deklaraciju i njezine dopune).

2.2.12. Konvencija iz Ovieda

Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića glede primjene biologije i medicine: konvencija o ljudskim pravima i biomedicini

Konvencija iz Ovieda jest Europska povelja o bioetici

Konvenciju za zaštitu prava čovjeka i dostojanstva ljudskoga bića glede primjene biologije i medicine, poznata kao Konvencija iz Ovieda, usvojena je nakon dugih priprema u Vijeću Europe 19. studenoga 1996., a stupila na snagu 1. prosinca 1999. (prvi međunarodni dokument ugovornog karaktera).

Konvencija štiti ljudska prava, temeljne slobode, dignitet i identitet ljudskog bića. To je objektivni okvir za primjenu biomedicine i njezinih dostignuća. Naglašava se potreba poštivanja ljudskog bića i njegove pripadnosti ljudskoj vrsti afirmacijom prije svega zaštite dostojanstva svake ljudske jedinke od mogućih zloupotreba dostignuća biomedicine. Polazi se od nakane da se zaštiti ljudska jedinka, njezino dostojanstvo, identitet i integritet od trenutka kada započinje život. Obavijesti o zdravstvenome stanju, dijagnostičkim i terapijskim

postupcima, očekivanjima, alternativnim mogućnostima, rizicima i komplikacijama obvezne su. Ako osoba nije kompetentna za razumijevanje obavijesti i davanje suglasnosti, tada se obavijest daje članu obitelji, skrbniku, pravnom zastupniku i oni daju suglasnost.

Zabranjuje se bilo kakva diskriminacija kada je riječ o naslijeđenoj genetskoj strukturi, zabranjuje se modifikacija naslijeđenoga genetskog sastava, osim ako je to u pacijentovu interesu. Postupak može biti terapijski, preventivni ili dijagnostički. Genetski su testovi dopušteni u svrhu istraživanja i zaštite ljudske jedinice. Preporučuje se zaštita embrija, zabranjeno je stvaranje ljudskih embrija u istraživačke svrhe. Presadba organa izvodi se samo u svrhu liječenja. Zabranjeno je kloniranje ljudskih bića, dijeljenje embrija i prijenos gena.

Konvencija iz Ovieda nije na odgovarajući način definirala ljudski genom. Diskriminacija na bazi naslijeđenog genoma, odnosno genetskog materijala u prošlosti je bila primijenjena u Europi, SAD-u i drugdje. Konvencija iz Ovieda zabranjuje diskriminaciju, kao i dokumenti doneseni prije: Opća deklaracija o ljudskim pravima, koju je proglasila Opća skupština Ujedinjenih naroda 10. prosinca 1948., Konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda od 4. studenoga 1950., Europska socijalna povelja od 18. listopada 1961., Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima i Međunarodni pakt o gospodarskim, socijalnim i kulturnim pravima od 16. prosinca 1966., Konvencija o zaštiti pojedinaca glede automatske obrade osobnih podataka od 28. siječnja 1981., Konvencija o pravima djeteta od 20. studenoga 1989.

Primat ljudskog bića

Interesi i dobrobit ljudskog bića imaju prednost nad samim interesom društva ili znanosti. Države, uzimajući u obzir zdravstvene potrebe i dostupna sredstva, poduzimaju odgovarajuće mjere kako bi na području svoje nadležnosti osigurale pravedan pristup zdravstvenoj zaštiti odgovarajuće kvalitete.

Profesionalni standardi

Svaki zahvat na području zdravstva, uključujući istraživanje, mora se provoditi u skladu s relevantnim profesionalnim obvezama i standardima.

Pristanak

Zdravstveni zahvat (postupak) može izvesti samo nakon što je osoba na koju se zahvat odnosi o njemu informirana i pošto je dala slobodan pristanak na njega. Toj se osobi prethodno daju

odgovarajuće informacije o svrsi i prirodi zahvata, kao i njegovim posljedicama i rizicima. Dotična osoba može slobodno i u bilo koje vrijeme povući svoj pristanak.

Zaštita osoba koje nisu sposobne dati pristanak

Zahvat na osobi koja nije sposobna dati pristanak može se obaviti samo za njezinu izravnu korist. Ako, prema zakonu, maloljetna osoba nije sposobna dati pristanak na zahvat, zahvat se može izvesti samo uz odobrenje njezina zastupnika ili organa vlasti, ili pak osobe ili tijela koje predviđa zakon.

Zaštita osoba s mentalnim poremećajem

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 svrhu liječenja njezina mentalnog poremećaja samo ako bi, bez takva tretmana, vjerojatno nastalo teško oštećenje njezina zdravlja.

Hitna situacija

Ako se zbog hitne situacije ne može dobiti odgovarajući pristanak, bilo koji medicinski nužan zahvat može se provesti odmah u korist zdravlja dotičnog pojedinca.

Privatan život i pravo na informaciju

Svatko ima pravo na poštovanje privatnoga života glede informacija o svome zdravlju. Isto tako svatko je ovlašten znati za svaku informaciju prikupljenu o svome zdravlju. Ipak, poštovat će se želje pojedinaca da ne budu informirani.

Nediskriminacija

Zabranjen je svaki oblik diskriminacije neke osobe na temelju njezina genetskog naslijeđa.

Pretkazujući genetski testovi

Testovi koji pretkazuju genetske bolesti ili služe za identifikaciju ispitanika kao nositelja gena odgovornog za bolest ili za otkrivanje genetske predispozicije ili podložnost na bolest mogu se obavljati samo u zdravstvene svrhe ili radi znanstvenog istraživanja vezanog za zdravstvene svrhe i uz odgovarajuće genetsko savjetovanje.

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.

Odabir spola

Nije dopuštena primjena postupaka medicinski pomognute prokreacije u svrhu odabira spola budućega djeteta, osim radi izbjegavanja ozbiljne nasljedne bolesti vezane za spol.

Zaštita osoba na kojima se obavljaju istraživanja

Istraživanja na nekoj osobi mogu se poduzeti samo ako su ispunjeni svi sljedeći uvjeti:

- a) ne postoji alternativa usporedive učinkovitosti istraživanju na ljudima,
- b) rizici kojima se izlaže ta osoba nisu nerazmjerni potencijalnim koristima od istraživanja,
- c) istraživački je projekt odobrilo nadležno tijelo nakon neovisnog ispitivanja njegove znanstvene vrijednosti, uključujući važnost cilja istraživanja i multidisciplinarnu ocjenu njegove etičke prihvatljivosti.

Zaštita osoba koje nisu sposobne dati pristanak za istraživanja

Istraživanja u osobe koja nema sposobnost davanja pristanka kako je predviđeno člankom 5. mogu se poduzeti samo pod uvjetom da su ispunjeni propisani uvjeti.

Istraživanja na zametcima *in vitro*

Kada zakon dopušta istraživanje na zametcima *in vitro*, on mora osigurati i adekvatnu zaštitu zametka. Zabranjeno je stvaranje ljudskih zametaka u istraživačke svrhe.

Opće pravilo

Uzimanje organa ili tkiva od živog darivatelja u svrhu presađivanja provodi se isključivo radi liječenja primatelja i kada ne postoji odgovarajući organ ili tkivo preminule osobe, te ne postoji druga, približno jednaka metoda liječenja.

Zabrana novčane dobiti

Ljudsko tijelo i njegovi dijelovi ne smiju, kao takvi, biti izvor novčane dobiti.

Potencijalni darivatelji organa

Uzimanje organa od živog darivatelja može se provoditi u korist primatelja s kojim je darivatelj u bliskoj emocionalnoj vezi, kako je određeno zakonom, ili, u nedostatku takve povezanosti, samo pod uvjetima određenima zakonom i uz odobrenje odgovarajućega neovisnog tijela.

Procjena rizika za darivatelja

Prije uzimanja organa ili tkiva provode se odgovarajuće medicinske pretrage i zahvati kako bi se procijenili i smanjili fizički i psihološki rizici za zdravlje darivatelja. Uzimanje se neće provoditi ako postoji ozbiljan rizik za život ili zdravlje darivatelja.

Obavijesti darivateljima

Darivatelj (osoba ili tijelo koje daje ovlaštenje) unaprijed će dobiti odgovarajuću obavijest o svrsi i prirodi uzimanja, kao i o posljedicama i rizicima. Također će biti obaviješteni o pravima koja su propisana zakonom u svrhu zaštite darivatelja.

Dodatni protokol uz konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića glede primjene biologije.

Zabrane

Zabranjen je svaki postupak namijenjen stvaranju ljudskog bića genetski istovjetnog drugom ljudskom biću, bilo živom bilo mrtvom. U svrhu primjene ovoga članka, termin ljudsko biće „genetski istovjetno“ drugom ljudskom biću znači ljudsko biće koje s drugim dijeli isti set gena stanične jezgre.

2.2.13. Slučajevi iz prakse

2.2.13.1. Studije sifilisa

U Norveškoj je napravljena retrospektivna studija o patološkim manifestacijama neliječena sifilisa u nekoliko stotina bijelih muškaraca (1928. godine).

Eksperiment u Gvatemali

Godine 2010. objavljena je tajna studija provedenih istraživanja u Gvatemali u razdoblju od 1946. do 1948. godine. Sifilisom su namjerno zaraženi zatvorenici u Gvatemali. Eksperiment je proveden pod vodstvom američkog liječnika Johna Cutlera, uz odobrenje Nacionalnog instituta za zdravlje SAD-a i vlade Gvatemale. U razdoblju od 1946. do 1948.

Godine američki liječnici htjeli su ispitati utjecaj penicilina na spolno prenosive bolesti, odnosno njegov utjecaj u sprječavanju njihova nastanka. Tajni su eksperimenti uključivali gvatemalske zarobljenike, vojnike i duševne bolesnike, koje su liječnici namjerno zarazili gonorejom, sifilisom i nekim drugim spolno prenosivim bolestima. Informacije o istraživanju otkrila je profesorica Susan Mokotoff s Wellesley sveučilišta dok je istraživala Tuskegee studiju, te je svoje spoznaje i Cutlerove arhivirane članke ustupila američkim državnim dužnosnicima.

Dok je Tuskegee studija pratila prirodnu progresiju bolesti u već zaraženih ispitanika, u Gvatemali su liječnici namjerno zarazili zdrave ljude sifilisom koji, ako se ne liječi, može imati i smrtonosne posljedice. Čini se da je cilj ovog istraživanja bio ispitati utjecaj penicilina na prevenciju i liječenje spolnih bolesti, pa tako i sifilisa. Znanstvenici koji su provodili gvatemalsku studiju platili prostitutke zaražene sifilisom i gonorejom da opće sa zatvorenicima gvatemalskog zatvora i mentalno bolesnim osobama. Kada se to pokazalo nedovoljno učinkovitim metodom širenja bolesti, oni su ih izravno izložili uzročnicima spolnih bolesti putem stvaranja ogrebotina na genitalijama, te izravno u kožu uštrcavanjem uzročnika injekcijom. Ubrzo nakon obolijevanja, žrtve su liječene penicilinom te se promatrao njegov učinak na razvoj bolesti. Od 497 ispitanika zaraženih sifilisom, 332 ispitanika liječena su barem djelomično, a 85 ispitanika, čini se, u potpunosti. Međutim, 71 je umro tijekom provođenja studije. Za eksperiment su također unovačili gotovo 400 djece bez roditelja koja nisu bila zaražena sifilisom, u dobi između 6 i 16 godina, kako bi ih iskoristili za usavršavanje procesa ispitivanja krvi. Studija je prekinuta 1948. godine, dijelom zbog medicinskih tračeva o neetičnom provođenju istraživanja, a dijelom zbog visokih cijena penicilina. Međutim, neka od laboratorijskih testiranja i promatranja pacijenata trajala su do ranih pedesetih godina 20. stoljeća. Znanstvenici su prevarili sudionike studije koji su najčešće bili iz ranjivih društvenih skupina. Osim toga, nisu se trudili zaštititi ih od rizika te su eksperimente provodili nelogičnim redom.

Rezultati istraživanja (cjeloviti) nisu nikada javno objavljeni. U listopadu 2010. godine vlada SAD-a ispričala se gvatemalskoj vladi zbog eksperimenta koji su proveli.

Tuskegee studija

Tuskegee studija sifilisa klinička je studija provedena od 1932. do 1972. godine. Poznata je i pod imenom studija sifilisa Pelkola. Sve je počelo 1932. godine, kada su u Tuskegee, grad u Alabami, stigli djelatnici američkog Zavoda za javno zdravstvo (PHS) koji su siromašnim crnačkim nadničarima trebali preporučiti nov tretman za sifilis. Odazvalo se

600 ljudi, od kojih je 399 bilo zaraženo sifilisom i 201 koji nije bolovao od sifilisa. Ispitanicima nije bilo rečeno da boluju od sifilisa, niti su liječeni od njega. Ispitanicima je rečeno da imaju „lošu krv“ (lokalni izraz koji se upotrebljavao za opis više bolesti, uključujući sifilis, anemiju i umor) te da će ih oni izliječiti, a uz to im je ponuđen topli obrok, prijevoz do klinike te, u slučaju smrtnog ishoda, pokrivanje troškova pogreba u iznosu od 35 USD (poslije 50 USD) ako bi pristali na obdukciju.

Studija je opisana kao „najduži neterapeutski eksperiment od početka medicinske povijesti“. Do kraja studije 1972. godine samo su 74 ispitanika ostala živa. Od 399 muškaraca, 28 je umrlo od sifilisa, 100 je umrlo od komplikacija uzrokovanih sifilisom, 40 žena je zaraženo i 19-ero djece je rođeno s kongenitalnim sifilisom.

Ovo je istraživanje osmišljeno kao dopuna norveškom istraživanju iz 1928. Norveško je istraživanje bilo retrospektivno istraživanje u kojemu su istraživači skupljali informacije iz povijesti pacijenata koji su već dobili sifilis, a nisu liječeni neko vrijeme. U ranijim fazama istraživanje nije bilo neetično jer nije bilo pravog lijeka za sifilis. Istraživanje je u početku osmišljeno tako da se ispitanici prate 6 do 8 mjeseci, a zatim bi se liječili arsfenaminom, merkurovim mastima i bizmutom. To su bili slabo učinkoviti lijekovi i jako toksični, ali jedini poznati u to doba. Istraživanje se produljilo mnogo više nego što se u početku očekivalo u svrhu istraživanja dugoročnih utjecaja bolesti na ispitanike. Produženjem istraživanja došlo je do zanemarivanja etičkih načela. Tako su pacijentima, da bi se osiguralo da će doći na potencijalno opasnu, bolnu i neterapijsku lumbalnu punkciju, slali pisma pod naslovom „*Zadnja šansa za specijalno besplatno liječenje*“. U istraživanju se također tražilo od pacijenata da pristanu na obdukciju nakon smrti da bi ostvarili svoje, prije obećano pravo na financiranje pogreba u slučaju smrtnog ishoda. Glavni se etički problem pojavio otkrićem penicilina. Do 1947. godine penicilin je postao glavni lijek za uspješno liječenje sifilisa. Međutim, istraživači su uskratili penicilin ispitanicima i nastavili provoditi pokus. Mnogim su pacijentima lagali i davali placebo da bi mogli pratiti dugoročni tijek ove bolesti. Vlada SAD-a sponzorirala je nekoliko javnozdravstvenih programa u svrhu eradikacije bolesti. Kada je kampanja za eradikaciju spolnih bolesti došla u Macon County, gdje se provodilo istraživanje, istraživači su spriječili svoje ispitanike u sudjelovanju. Godine 1966. Peter Buxtun, istraživač za spolne bolesti Američke službe za javno zdravstvo, poslao je pismo nacionalnom direktoru Divizije za spolne bolesti da izrazi svoju zabrinutost u vezi s etikom i moralom produljene Tuskegee studije. Tada je Centar za kontrolu bolesti (CDC), koji je tada vodio istraživanje, potvrdio potrebu za nastavak istraživanja sve do njegova završetka, tj. smrti svih ispitanika. Kraj je spomenutom istraživanju napokon došao 1972. Godine, kad je taj isti Peter Buxtun

iznio u novine priču o Tuskegee studiji. Priča je prvo objavljena u novinama „Washington Star“ od 26. srpnja 1972., a idući dan na naslovnoj stranici „New York Timesa“. Ubrzo nakon toga utvrđeno je da je studija medicinski neopravdana i naređen je njezin prekid. Nakon tužbe, američka je vlada isplatila 9 milijuna dolara odštete preživjelim sudionicima i članovima obitelji te omogućila besplatnu medicinsku skrb zaraženima. Nakon Tuskegee studije sifilisa znatno je narušeno povjerenje crnaca prema javnom zdravstvu u SAD-u. Kao rezultat toga mnogi nemaju povjerenja u medicinsku zajednicu i nisu voljni sudjelovati u programima poput donacije organa. Studija je možda pridonijela i nevoljkosti crne populacije u SAD-u da zatraže rutinsku preventivnu zdravstvenu skrb.

2.2.13.2. Eksperimenti na ljudima prije i nakon Drugoga svjetskog rata

„Jedinica 731“, jedinica japanske Carske vojske, tijekom Drugoga svjetskog rata bila je posebno formirana za potrebe tajnih istraživanja (vivisekcije, amputacije, bakterijske inokulacije i provođenje epidemija na velikom broju populacije). Vođa je bio Shiro Ishii – poznatiji kao Doktor Čisto Zlo. Jedinica je počela djelovati na početku 1932. godine i djelovala je tijekom drugog Kinesko-japanskog rata u sjeveroistočnoj Kini, često nazivana Azijskim Auschwitzom. Ona je 1938. postavljena kao vrhunska čuvana tajna o biološkom i kemijskom oružju. Smatra se da je odgovorna za smrt 200 000 civila i vojnog osoblja, među kojima su većinom bili Kinezi i Korejci, ali i jugoistočni Azijci, stanovnici pacifičkih otoka i ratni zarobljenici. U 6 km² velikom kompleksu u gradu Harbinu (sada dijelom sjeveroistočne Kine), oni koji su se nalazili iza bolesnog „istraživanja“ razvili su neke od najokrutnijih i sadističkih eksperimenata ikada provedenih nad ljudskim žrtvama. To je uključivalo vivisekcije, amputacije, ispitivanja u slučaju biološkog rata, testiranja eksplozivnog oružja i još mnogo toga.

Ako bi znanstvenici slučajno ostali bez subjekata za ispitivanja, tajna bi policija doslovce pomela gradske ulice i pokupila dovoljno laboratorijskih kandidata. Neki od najnasilnijih testova bili su vezani za pronalaženje najboljeg načina liječenja Japanaca od ozljeda uzrokovanih šrapnelima zadobivenih tijekom borbe. Zatvorenici bi bili vezani uz drva postavljena na različitim udaljenostima oko bombe prije nego što je ona detonirana. Preživjele bi se operiralo, a ostali su slani na autopsiju. Drugi bi zatvorenici postali ljudske mete za testiranje ostalog oružja kao što su bacači plamena, bombe koje otpuštaju klice i kemijsko oružje.

Bile su formirane i druge jedinice sa sličnom namjenom: Jedinica 1644 (djelovala u gradu Nankingu), Jedinica 1855 (djelovala u Beijingu), Jedinica 8604 (djelovala u Guangzhou) i

Jedinica 9420 (djelovala u Singapuru). Nakon rata, vrhovni zapovjednik okupacijskih snaga Douglas MacArthur dao je u ime SAD-a imunitet Shiruu Ishiiju i svim članovima istraživačkih jedinica u zamjenu za sve rezultate. Sjedinjene Američke Države blokirale pristup Sovjetima tim informacijama. Neke je članove jedinica Sovjetski Savez ipak osudio. Stravični su se eksperimenti sastojali od prisilnih pobačaja, srčanih i moždanih udara, operacija bez anestezije (npr. sterilizacije žena) te raznih zahvata na trudnicama. Zarobljenici su bili izlagani raznim bolestima, rezanim su im udovi, zatim spajani na suprotne strane tijela. Neki su ostavljani da se smrznju kako bi liječnici promatrali proces nastajanja gangrene, a gotovo sve zatvorenike silovalo je osoblje kako bi im se prenijele spolne bolesti.

Kada su lansirani napadi biološkim oružjem, inficirani su predmeti, uzgajane su buhe potrebne za biološke napade koje su zaražene kugom i ostalim kemijskim i biološkim agensima.

Ondje su se obavljali mnogi eksperimenti koji su djelovali na tisuće zatvorenika Jedinice 731, a to je uključivalo testiranje kemijskih oružja nad ljudima zatočenima u plinskim komorama, vrtnja ljudi u golemim centrifugama sve dok ne stradaju, vješanje pojedinaca naglavačke kako bi se testirala njihova izdržljivost prije nego što bi se ugušili, uštrcavanje zraka u arterije i konjskog urina u bubrege.

Njemačka

U sklopu nacističkih logora izvedeni su mnogobrojni i raznovrsni pokusi na ljudima. Neke od njih opisujemo u nastavku.

Pokusi s velikim visinama. U tu svrhu zatvorenike su zatvarali u komore s niskim tlakom, koje su simulirale uvjete na visinama i do 20 km. Pokušavali su otkriti koji je kapacitet ljudskog organizma da podnese i preživi velike visine.

Pokusi smrzavanja. Pokušavajući naći najbolji način liječenja hipotermije (pothlađivanja), zatvorenike su izlagali po 3 sata ležanju u ledenoj vodi ili su ih ostavljali gole na otvorenom na temperaturi ispod ništice po nekoliko sati. Nakon toga su istraživali razne metode zagrijavanja ljudi.

Pokusi sa sulfonamidom. Da bi istražili djelovanje antibiotika sulfonamida, najprije su zatvorenicima nanosili rane koje su inficirali streptokokima i klostridijom, a potom su im zaustavljali cirkulaciju podvezivanjem vena iznad i ispod rane i tako stvarali rane slične onima zadobivenima na bojišnicama. Nastale su infekcije još i pogoršavali stavljajući komadiće stakla i drva u ranu. Infekcija je liječena sulfonamidom i drugim lijekovima da bi se utvrdila njihova učinkovitost.

Pokusi sterilizacije. Gotovo 4 godine takvi su se pokusi provodili u mnogim logorima, ali najviše u Auschwitzu. Svrha im je bila razviti metodu kojom će se moći sterilizirati milijuni ljudi, a koja će biti brza, jeftina i učinkovita. Takvi su pokusi uključivali operacije, zračenje X-zrakama, različite lijekove, uštrcavanje kiseline. Na tisuće ljudi, najviše žena, sterilizirano je na ovaj način!!!

Pokusi s pjegavcem. Da bi istražili učinkovitost cjepiva protiv pjegavca, ali i drugih cjepiva, zatvorenike su namjerno zaražavali rikecijom. Više od 90 % njih je umrlo. Osim ovih, provodila su se istraživanja i s velikim boginjama, paratifusom, kolerom, malarijom i difterijom. Na stotine je zatvorenika umrlo tijekom takvih pokusa.

Pokusi s otrovima. Potajno su stavljali otrove u hranu zatvorenika, koji su nakon toga ili umirali od posljedica otrova ili ubijeni, a potom obducirani.

Sjedinjene Američke Države

Ministarstvo obrane SAD-a financiralo je niz pokusa na siromašnim, crnim pacijentima oboljelima od raka u razdoblju od 1960. do 1971. godine. Pacijentima je rečeno da im se daje lijek za njihovu bolest, a zapravo se pokušavao istražiti utjecaj visoke razine zračenja na ljudsko tijelo.

Eksperimenti s uranijem. Dr. William Sweet je 1956. uštrcao uranij u krvotok 11 terminalno oboljelih bolesnika radi utvrđivanja kemoterapijskih svojstava.

Istraživanja u Holmesburgu (kemijski eksperimenti). Više od 20 godina provodila su se kemijska istraživanja i njihovi dermatološki učinci na zatvorenicima, većinom crne puti, koji su služili kao zamorci. U jednoj od studija Dow Chemical Company koja je imala ugovor sa zatvorom izložila je zatvorenike bojnim otrovima kakvi su se upotrebljavali u Vijetnamu da bi promatrala njihov učinak.

Projekt Bluebird (psihološki eksperimenti). Američka je vojska iskoristila više od 7000 svojih vojnika kao poligon za testiranje učinka LSD-a, droge koja je u to doba imala još nepoznat učinak. To su činili bez znanja i pristanka testiranih. Više od 1000 bolesnika imalo je psihičke teškoće poput depresije i sklonosti suicidu.

Operacija Whitecoat u SAD-u (Fort Detrick u Marylandu kao sjedište američkog testiranja biološkog oružja) sastojala se od injiciranja uzročnika u žive subjekte te praćenje njihova učinka.

Studija Zvijer (Monster study) jest eksperiment mucanja na nezbrinutoj djeci (njih ukupno 22) u Davenportu u Saveznoj Državi Iowi, koju je u 1939. godini proveo doktor Wendell Johnson sa Sveučilišta u Iowi. Johnson je odabrao jednu od svojih studentica, Mary Tudor, kako bi provela njegov eksperiment, a on je nadzirao cijelo istraživanje. Nakon što je

postavila djecu u kontrolne i eksperimentalne skupine, Mary Tudor dala je pozitivan govor za terapiju mucanja polovici djece, hvaleći tečnost njihova govora i napredak. Negativni je govor bio upućen drugoj polovici, i to omalovažavanjem djece za svaku govornu nesavršenost, rugajući im se i pogrdno ih nazivajući „mucavcima“. Mnoga djeca s normalnom govornom sposobnošću, koja su svjedočila tom negativnom govoru i samoj terapiji, pretrpjela su negativne psihološke učinke te su neki zadržali teškoće u govoru tijekom cijelog života. Eksperiment je držan tajnim zbog straha od gubitka Johnsonova ugleda, ugleda Sveučilišta i SAD-a te samim time i straha da bi u očima svijeta „pali“ zbog provođenja eksperimenata na ljudima i djeci. Svijet je tada prijekorno gledao na eksperimente koje su provodili nacisti tijekom Drugoga svjetskog rata. Sveučilište u Iowi godine 2001. javno se ispričalo za „*Monster Study*“.

Istraživanje o jodu

Godine 1953. Američka komisija za atomsku energiju sponzorira istraživanja o jodu na Sveučilištu Iowa. U prvom su istraživanju istraživači trudnicama dali 100 do 200 mikrokirija joda-131 i nakon toga proučavali abortirane fetuse kako bi otkrili u kojoj fazi i do koje mjere radioaktivni jod ulazi u posteljicu. U drugoj su studiji istraživači uzeli 12 muške i 13 ženske novorođenčadi, u dobi do 36 sati, oralno ili intravenski dali su im jod-131 da bi poslije mjerili koncentraciju joda u štitastoj žlijezdi dojenčadi.

Kemijski oblak

Od 1950. do 1953. godine američka je vojska otpustila kemijski oblak nad šest američkih i kanadskih gradova kako bi ispitali način raspršivanja kemijskog oružja. Vojni dokumenti napominju da su takvi otrovni kemijski spojevi rabljeni iznad Winnipega u Kanadi, gdje su prijavljene brojne respiratorne bolesti.

Hepatitis

Iste te, 1950. godine dr. Joseph Stokes na Sveučilištu Pennsylvania inficira 200 zatvorenica virusnim hepatitisom kako bi istražio tu bolest.

Godine 1978. Centar za kontrolu bolesti u New Yorku započinje pokuse s eksperimentalnim cjepivima protiv hepatitisa B. Kao subjekti istraživanja posebice su se tražili muškarci homoseksualnih sklonosti. Profesor Wolf Szmunes s Kolumbijske sveučilišne škole za javno zdravlje napravio je zarazni serum iz skupnih krvnih seruma hepatitisom zaraženih homoseksualaca i zatim ga nastavio razvijati na čimpanzama, jedinim životinjama osjetljivima na hepatitis B, što je poslije dovelo do teorije da je HIV nastao u čimpanzama i da se potom cjepivom prenio na ljude. Nekoliko mjeseci nakon što su 1083 homoseksualca primila takvo cjepivo, liječnici u New Yorku počeli su primjećivati slučajeve Kaposijeva

sarkoma, *Mycoplasma penetrans* i novoga soja virusa herpesa u newyorškoj homoseksualnoj zajednici. To su bolesti koje se inače ne viđaju među mladim ljudima, ali će poslije postati zajedničke oportunističke bolesti povezane s AIDS-om.

Slučaj Pfizer. Godine 1996., kada je u nigerijskoj pokrajini Kano buknuła epidemija ospica, kolere i meningitisa, kompanija Pfizer na poziv Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) uključila se u akciju pomoći pogođenom stanovništvu, uglavnom djeci. Tada je Pfizer na 200 djece oboljele od meningitisa testirao još neodobreni lijek Trovan. Tom je prigodom polovica mališana dobila eksperimentalni lijek, dok je druga polovica dobila standardnu terapiju u liječenju meningitisa. Ubrzo je umrlo petero djece koja su uzimala Trovan te šestero onih koji su bili liječeni na standardni način. No, smatra se da su u mnoge djece koja su uzimala Trovan ostale trajne posljedice poput sljepoće, gluhoće, paralize i oštećenja mozga.

Velika Britanija

Tijekom 1930-ih i 1940-ih britanska vojska iskorištava stotine britanskih i domaćih domorodačkih indijskih vojnika kao „zamorci“ u svojim eksperimentima kako bi se utvrdilo nanosi li iperit (*Mustard gas, Sulfur mustard* – kemijsko oružje) veću štetu indijskoj koži u usporedbi s britanskom kožom. Pokusi su se obavljali u britanskom vojnom laboratoriju u bazi za istraživanje kemijskoga ratovanja Porton Down. U laboratorijima Porton Downa tijekom toga vremena eksperimentiralo se nad ukupno 20 000 vojnika. Među onima koji su se nakon toga razboljeli česte su bila bolesti dišnih putova, kožne i srčane bolesti te smetnje vida, a mnogi su poslije patili i od depresije. Nekim su vojnicima zubi postali poput krede i poispadali. Istina o ovom slučaju izašla je na vidjelo pri istrazi smrti 20-godišnjeg vojnika Ronalda Maddisona. Tvrdilo se da je u njegovu slučaju na komadić tkanine od kakve se šiju uniforme bio nakapan živčani agens sarin – nakon čega je tkanina flasterom pričvršćena za mladićevu ruku. Znanstvenici u Porton Downu htjeli su, čini se, utvrditi koliko je danog agensa potrebno da probije uniformu i izazove smrt.

Izrael

U Negevski nuklearnom istraživačkom centru 1998. godine otkriveno je da su zaposlenicima Centra davana pića s uranom bez medicinskog nadzora i bez ikakva pristanka samih zaposlenika.

Sovjetski savez

Sovjeti su testirali velik broj smrtonosnih otrova (iperit, ricin, digitoxin i mnoge druge) na zatvorenim iz Gulaga. Cilj je pokusa bio pronaći otrov ugodna okusa i mirisa koji je spoj

kemikalija koje se ne mogu otkriti *post mortem* (obdukcijom). Kandidati su dobili taj otrov u hrani i piću pod izlikom da je to zapravo lijek. „Otrovni laboratorij“ ili laboratorij otrova ustrojio je Ignatii Kazakov, po nalogu Pavla Sudoplatova i sovjetske tajne službe, također poznat pod nazivima „Laboratorij 1“, „Laboratorij 12.“ te „Kamera“, tj. Komora.

Uspješno napravljen otrov sa željenim svojstvima dobio je naziv C-2. Prema iskazima svjedoka, žrtve bi se fizički promijenile, postale manje i kraće, osoba bi uskoro oslabjela, postala mirna i tiha te umrla u roku od petnaest minuta. Kako je istraživanje dugo trajalo, mnogo se voditelja tog laboratorija promijenilo. Mairanovsky je dovodio u laboratorij ljude raznovrsnoga fizičkog stanja i dobi kako bi imali što cjelovitiju sliku o djelovanju svakog otrova.

Osim ljudskog eksperimentiranja, Mairanovsky je osobno ubijao osobe na kojima su provedeni eksperimenti pod nadzorom Pavla Sudoplatova.

Švedska

Istraživanja u Vipeholmu. Konsenzusom stomatološke zajednice i industrije šećera proveden je eksperiment na mentalno zaostalim osobama, i to od 1945. do 1955. godine, koji je trebao utvrditi povezanost ugljikohidrata sa zubnim karijesom. Iako su istraživanja dala mnoga znanja o dentalnome zdravlju, smatraju se etički neprihvatljivima.

Ljudi – pokusni kunići?

Većina informacija objavljenih u britanskom časopisu „*The Independent*“ rezultat je opsežna istraživanja koje je proveo dr. Chandr Gulhati. Istraživanjem je obuhvaćeno puno desetljeće testiranja lijekova na indijskoj populaciji. Dr. Gulhati ističe da je manjkava kontrola, prije svega, stvorila okruženje u kojemu su se u ispitivanja koja krše nacionalne i međunarodne smjernice uključile i mnoge vodeće institucije. „*Indijce zapadne tvrtke iskorištavaju da bi zaradile novac prodajom skupih lijekova na Zapadu! Koriste se nepismenima i siromašnim Indijcima koji si nikad neće moći sami priuštiti ove vrste lijekova!*“ rekao je dr. Gulhati.

Početkom 2011. godine indijski ministar zdravstva Ghulam Nabi Azad u tamošnjem je parlamentu podnio zapanjujući izvještaj prema kojemu je 10 stranih farmaceutskih tvrtki rodbini 22-oje ljudi koji su umrli tijekom ili nakon ispitivanja lijekova prethodne (2010.) godine isplatile u prosjeku samo 238.000 rupija ili 3.000 funti po čovjeku. Među tvrtkama koje su navedenu naknadu isplatile ističu se neke od najutjecajnijih farmaceutskih kompanija današnjice: Pfizer, PPD, Bristol-Myers Squibb, Amgen, Bayer, Eli Lilly, Quintiles, Merck

KGaA, Sanofi-Aventis i Wyeth. Većina navedenih kompanija ustrajno odbija dati bilo kakve pojedinosti o načinu dogovaranja i isplaćivanja naknada ožalošćenim obiteljima. Prema upitnim informacijama naknade su dogovorene i određene u suradnji s Etičkim povjerenstvom i Indijskim uredom kontrole lijekova.

Sudionici ispitivanja navode da su u pokusima sudjelovali po preporuci svoga liječnika koji je u velikom broju slučajeva bio i osoba koja je obavljala ispitivanje.

Prema navodima „*Independenta*“, masovna testiranja novih lijekova i dalje se intenzivno provode na stanovništvu Kine, Brazila, Južne Koreje, Ukrajine i Poljske. U istraživanja velikih farmaceutskih tvrtki (Astra Zanec, Pfizer, Merck, Brysto-Myers, Bayer, Sanofi-Aventis...) trenutačno je uključeno više od 150 000 ljudi. U periodu od 2007. do 2010. umrlo je čak 1730 „ljudskih kunića“.

Istraživanja ovoga tipa našla su svoje pokrovitelje u nekima od najutjecajnijih pojedinaca današnjice. Zaklada Billa i Melinde Gates financirala je testiranje cjepiva na stotinama malodobnih djevojaka. Većina djevojaka uključenih u navedena testiranja nisu imale roditeljsku suglasnost za to, a ishod je bio tragičan s nekoliko izgubljenih mladih života prije prekida izvođenja testiranja.

Kompanija Merck također je provodila nadasve neetična testiranja cjepiva na populaciji mladih djevojaka. Riječ je o anti-HPV cjepivu (GARDASIL-u). Tijekom provođenja testiranja smrt jedne od djevojaka uključenih u testiranje čelnici kompanije Merck proglasili su samoubojstvom!!! Za ostale tragične smrtne ishode ispitivanja kompanija odbija odgovornost. Apsurdna je izlika na temelju koje se proglašavaju nedužnima: smrt je uslijedila nekoliko tjedana nakon primjene cjepiva! U našoj zemlji spomenuto se cjepivo primjenjuje se za procjepljivanje populacije, a cijena procjepljivanja iznosi 3.300 kn!!

Kompanija Astra Zanece jedna je od rijetkih farmaceutskih tvrtki koja je priznala svoje „etičke propuste“ u testiranjima koja je provodila. Indijska se vlada pri tome nedvojbeno suglasila s tim da je tijekom izvođenja testova bilo mnogo propusta te da su ispitivanja često obavljana bez ikakve kontrole.

Upozorenja Europskoga parlamenta s početka 2011. godine ističu da samo u 36 zemalja svijeta postoje valjani zakoni koji reguliraju testove i omogućuju da se nad njima uspostavi adekvatna kontrola. Samo jedna afrička zemlja ima takvo zakonodavstvo, a slična je situacija i u Latinskoj Americi. Prava obećana zemlja za testiranje lijekova na ljudima jest Brazil gdje se trenutačno testira čak 2520 različitih lijekova! Zemlje Europske unije također su (u manjoj mjeri) plodno tlo za neetično postupanje vodećih farmaceutskih kompanija. Među

navedenima svakako se ističe Poljska, gdje se slična ispitivanja lijekova provode na brojnoj populaciji beskućnika i skitnica.

U testove su uključivane i žrtve najgore industrijske katastrofe u povijesti: žrtve Bhopala. Trećeg prosinca 1984. pri curenju metil izocijanata iz lokalne tvornice na stanovništvo slamova došlo je do katastrofe neslućenih razmjera s brojnim ljudskim žrtvama i posljedicama na zdravlje stanovništva vidljivima i danas. U nekoliko dana zbog posljedica curenja plina umrlo je više od 15 000 ljudi. Tijekom provođenja testiranja na žrtvama Bhopala umrlo je 14-ero ljudi. Lijekovi koji su bili ispitivani mahom su bili najrazličitiji antibiotici i lijekovi za srce. Nažalost, većina žrtava ovoga nesretnoga događaja nije znala da služe moćnicima kao pokusni kunići. Živjeli su u uvjerenju da im se lijekovima nastoji pomoći i izliječiti ih od problema koje imaju. Budući da je, ipak, većina njih nepismena, o svojoj sudbini nisu znali mnogo. Nekima je od njih, nakon testiranja, ipak rečeno da nisu bili liječeni, već da su poslužili kao predmet testiranja lijekova.

Tijekom 2002. godine diljem SAD-a, ali i na svjetskoj razini, provodila se promocija novog (spasonosnog) lijeka protiv AIDS-a, Nevirapina, čija je osnovna primjena planirana u Africi. Promocija novoga lijeka provodila se velikim dijelom pod pokroviteljstvom političke moći i veličine tadašnjeg američkog predsjednika Georgea Busha. Prema navodima agencije Associated Press, najviši javnozdravstveni dužnosnici znali su i pri tome bili posebno upozoreni da lijek izaziva vrlo teške popratne posljedice, uključujući i smrt. Usprkos navedenome, javnozdravstveni sektor pod pokroviteljstvom političkih vođa države objavljuje plan distribucije novoga lijeka diljem Afrike!

Očekivanja Amerike i cijeloga svijeta bila su dramatičnih razmjera. Govorilo se i pisalo po dnevnim tiskovinama većine civiliziranih i razvijenih zemalja o dostupnosti lijeka milijunu afričkih žena godišnje uz redukciju prijenosa virusa HIV-a na dijete tijekom porođaja za 50%. Tadašnji američki predsjednik davao je pompozne izjave svim medijima veličajući uspjeh ispitivanja i očekivane zadivljujuće rezultate primjene lijeka.

Jedna od izjava Georgea Busha koja je tada obišla svijet jest i ova: „*Moja administracija planira osigurati 500 milijuna dolara za prevenciju prijenosa virusa HIV-a s majke na dijete!*”

U međuvremenu, na površinu je isplivalo sve ono loše o samom istraživanju, što predsjednik u svojim govorima nikada nije priopćio široj javnosti. Nacionalni institut za zdravlje (vladina medicinska znanstvenoistraživačka agencija) u istom razdoblju odlučuje se obavijestiti Bijelu kuću o popratnim pojavama uporabe lijeka: potencijalno smrtonosnom oštećenju jetre i teškim

osipima. Iz priopćenja navedene organizacije, koje je naknadno citirao Associated Press, doznaju se široj populaciji neprihvatljive informacije koje su zgrozile cijeli svijet. Tijekom testiranja lijeka u Ugandi zabilježene su tisuće teških reakcija ispitanika, a 14 smrtnih slučajeva zabilježenih tijekom ispitivanja nikada nisu predloženi kao njegova najstrašnija posljedica. Podatci slični, ili gori od ovih, tajili su se od javnosti jer vodeći američki dužnosnici nisu željeli ugroziti jeftin način prevencije prijenosa HIV-a s majke na novorođeno dijete primjenom lijeka zabrinutošću zbog dvojbene sigurnosti lijeka. Testiranja lijeka u Ugandi, uz upozorenja tamošnje vlade na probleme testiranja, prekinuta su tijekom perioda od 15 mjeseci. Razdoblje od 15 mjeseci bilo je i više nego dovoljno da proizvođač lijeka povuče svoj zahtjev za dozvolu uporabe lijeka u zaštiti novorođenčadi u Sjedinjenim Državama!

Unatoč protivljenju svoga osoblja, voditelj programa istraživanja djelovanja Nevirapina naredio je nastavak studije, odbacujući sve probleme testiranja lijeka kao prenapuhane. Voditelja programa istraživanja podržali su i dužnosnici Nacionalnog instituta za zdravlje. Oni su i dalje (i nakon ponovnog razmatranja ispitivanja u Ugandi i nakon objavljivanja rezultata drugih studija o Nevirapinu) isticali da se lijekom kao takvim afričke majke mogu potpuno sigurno koristiti u jednoj dozi za sprječavanje prijenosa virusa HIV-a na svoje dijete tijekom porođaja.

Jonathan Fishbein, ekspert za lijekove u Nacionalnom institutu za zdravlje, oštro je, međutim, kritizirao poteze svoje agencije glede Nevirapina. Jedna od njegovih, hvalevrijednih, izjava, u kojima se kritički osvrnuo na problem ispitivanja Nevirapina jest sljedeća:

„To je jedan od najsrmotnijih medicinskih skandala za koje sam ikad čuo. Znamo za smrtne slučajeve zbog otkazivanja jetre. Znamo za strašne rane i vjerojatne smrtne ishode u vezi s osipom.”

Suprotno je mišljenje imao je tadašnji glasnogovornik bivšega američkog predsjednika Georgea Busha, Svott McClellan. Svojom je izjavom jasno dao na znanje da se zalaže za daljnju primjenu lijeka usprkos svim navedenim tragičnim posljedicama njegova testiranja.

Rekao je: *„Taj je lijek odobren za uporabu u Sjedinjenim Državama. On pomaže u spašavanju života. Američke javnozdravstvene smjernice i dalje preporučuju kratkoročnu terapiju Nevirapinom kao opciju za žene koje počinju liječenje u kasnome stadiju trudnoće.”*

Istraživanje lijekova za liječenje AIDS-a

U razdoblju između 1988. i 2001. uprava New Yorka za dječju službu počinje dopuštati da se djeca koja žive u dvadesetak dječjih domova koriste pri testiranju eksperimentalnih lijekova protiv AIDS-a. Testiranja je sponzorirao Nacionalni instituti za zdravstvo (NIH). Ta su djeca (465) iskusila ozbiljne nuspojave koje su uključivale nemogućnost hodanja, proljeve, povraćanje, otečene zglobove i grčeve. Zaposlenici dječjih domova nisu bili svjesni da su djeci davani eksperimentalni umjesto standardnih lijekova protiv AIDS-a.

„Sindrom Zaljevskog rata“

Godine 1990. SAD šalje 1,7 milijuna pripadnika oružanih snaga u Zaljevski rat („Pustinjska oluja“). Naređeno je da više od 400 000 vojnika dobije eksperimentalni lijek za živce naziva piridostigmin za koji se vjeruje da je poslije uzrokovao „sindrom Zaljevskog rata“ čiji su simptomi varirali od kožnih bolesti, neuroloških poremećaja, inkontinencije do nekontroliranog slinjenja i problema s vidom. Godine 1996. Ministarstvo obrane priznalo je da su vojnici koji su sudjelovali u Zaljevskom ratu bili izloženi kemijskim sredstvima. Međutim, 33 % svih vojnih osoba koje su bolovale od sindroma nisu nikada napustile SAD, što je diskreditiralo popularno uvjerenje da su ovi simptomi posljedica izloženosti iračkom kemijskom oružju.

Cjepivo protiv ospica

Centar za borbu protiv raka i Kaiser Farmaceutika (1990. godine) uštrcavaju šestomjesečnoj dojenčadi (1500 dojenčadi) eksperimentalno cjepivo protiv ospica koje nije licencirano za uporabu u SAD-u. Rizik je bio utoliko veći jer djeca mlađa od godine dana nemaju adekvatnu količinu mijelina oko svojih živaca, što je rezultiralo oštećenjem razvoja živčanog sustava zbog cjepiva. Centar poslije priznaje da roditelji nisu bili obaviješteni da je cjepivo eksperimentalno.

Istraživanje o serotoninu

Godine 1992. Psihijatrijski institut Sveučilišta Columbia u New Yorku i Medicinska škola Mount Sinai daju djeci 10 miligrama fenfluramina po kilogramu tjelesne težine. Istraživanje je provedeno na 100 afroameričke i latinoameričke djece u dobi između 6 i 10 godina kako bi testirali teoriju da su niske doze serotonina povezane s nasilnim ili agresivnim ponašanjem. Svaki je od sudionika dobio po 125 USD, uključujući i poklon-bon za igračke u vrijednosti od 25 USD.

Amfetamin

Godine 1994. u eksperimentu u newyorškoj VA bolnici istraživači oduzimaju lijekove (23 bolesnika) psihičkim bolesnicima na 30 dana. Šestorici shizofreničara tada je dan placebo, a 17 njih dobivalo je 0,5 mg/kg amfetamina, nakon čega su slijedila PET skeniranja u laboratorijima Brookhaven. Prema istraživačima, svrha je eksperimenta bila „konkretna procjena metaboličkih učinaka u ispitanika s različitim stupnjevima amfetaminima induciranih psihotičnih pogoršanja“. Jedan od pacijenata počinio je samoubojstvo.

Zračenje

Američki odjel za energiju (DOE) 1995. godine, objavljuje Pokuse zračenja nad ljudima, gdje se navodi 150 plus dodatnih 275 eksperimenata zračenja koje su proveli DOE i Komisija za atomsku energiju u razdoblju između 1940-ih i 1970-ih godina.

Godine 1997. istraživači daju kemikaliju naziva johimibin radi namjernog izazivanja Posttraumatskoga stresnog poremećaja (PTSP).

3. Prava pacijenata

3.1. Prisilno liječenje

3.1.1. Prisilno liječenje štrajkaša glađu

3.1.2. Upute za vođenje štrajkača glađu

3.1.3. Havajska deklaracija Svjetskog udruženja psihijatarata

3.2. Obavijesni pristanak, obavještajni pristanak (*informed consent*)

3.2.1. Obavijesni elementi

3.2.2. Kompetencija i kapacitet odlučivanja

3.2.3. Autonomija bolesnika

3.2.4. Poteškoće pri komunikaciji s bolesnikom

3.2.5. Odluka i autorizacija

3.2.6. Surogat-konsenzus

3.2.7. Obavijesni pristanak – pitanja i odgovori

3. Prava pacijenata

Prava pacijenata preporučuje Lisabonska deklaracija usvojena na 34. skupštini Svjetskog medicinskog udruženja u Lisabonu u Portugalu, u rujnu/listopadu 1981. godine.

Uzimajući u obzir moguće praktične, etičke i zakonske teškoće, liječnik treba uvijek raditi u skladu sa svojom savješću i uvijek u najboljem interesu pacijenta. Ova Deklaracija sadržava neka od osnovnih prava koja medicinska profesija treba osigurati pacijentima. Kada god zakonodavstvo ili neka vladina mjera negira ta prava pacijenta, liječnici trebaju tražiti odgovarajuće načine da ih osiguraju ili ponovno uspostave.

- a) Pacijent ima pravo na slobodan izbor liječnika.*
- b) Pacijent ima pravo da ga liječi liječnik koji slobodno donosi kliničke i etičke procjene bez ikakvog upletanja sa strane.*
- c) Pacijent ima pravo prihvatiti ili odbiti liječenje nakon dobivanja adekvatne informacije.*
- d) Pacijent ima pravo očekivati da će njegov liječnik poštovati povjerljivu prirodu svih informacija medicinske i osobne prirode.*
- e) Pacijent ima pravo umrijeti dostojanstveno.*
- f) Pacijent ima pravo primiti ili odbiti duhovnu i moralnu podršku, uključujući i pomoć svećenika odgovarajuće vjere.*

Uzimajući u obzir činjenicu da se u praksi mogu pojaviti različite poteškoće, kao i teškoće etičke i zakonske prirode u realizaciji prije navedenih prava, od liječnika se traži da uvijek radi u skladu sa svojom savješću i u najboljem interesu za pacijenta. Ako su zakonski ili na drugi način, recimo, nekom odlukom vlade, ugrožena prava pacijenta, liječnik je dužan tražiti odgovarajući način da ta prava osigura ili da ih ponovno uspostavi ako su izgubljena.

U pitanju je, svakako, jedna od veoma važnih deklaracija koja je nametnula obvezu da se navedena prava pacijenta dalje razrade ne samo u medicinskoj etici i putem pravnih propisa, već i organizacijom i metodologijom rada zdravstvene službe, kao i odgovarajućim internim propisima.

3.1. Prisilno liječenje

U kliničkoj se praksi se bolesnici katkada liječe protiv njihovo volje ili volje njihove obitelji. Navodimo neke slučajeve prisilnog liječenja.

Slučaj Elizabeth Bouvia

Poseban slučaj prisilnoga liječenja jest slučaj Elizabeth Bouvia. U dobi od dvadeset šest godina primljena je na odjel psihijatrije u Riverside General Hospitalu u Kaliforniji te je od uprave bolnice tražila da joj se omogući smrt glađu zbog iznimno jakih bolova uzrokovanih artritismom i kontrakturama koji su bili posljedica njezine dugogodišnje bolesti. Njezin je zahtjev odbijen te je uskoro bila hranjena preko nazogastrične sonde. Cijeli taj postupak stavljanja sonde i hranjenja izgledao je poprilično neugodno, a nerijetko je poprimao i karakter zlostavljanja. Medicinsko je osoblje ovakve postupke smatralo opravdanim jer su držali da je njezino stanje životno ugrožavajuće i prognozirali joj najmanje još 10 do 15 godina života uz adekvatnu njegu i skrb. Cijeli je ovaj slučaj dospio u javnost, a ubrzo i na sud koji joj je tek naknadno, tj. nakon žalbe na prvu presudu, omogućio pravo odbijanja svih medicinskih postupaka koji nisu u skladu s njezinom voljom. E. Bouvia je s vremenom odustala od cijelog postupka izgladnjivanja, no i dalje je smatrala da je njezin život poprilično besmislen.

Slučaj Schiavo

Slučaj Terri Schiavo započinje 1990. godine. Dana 25. veljače Terri Schiavo je pretrpjela teško anoksično oštećenje mozga kao posljedicu srčanog zastoja. Godine 1998., nakon što je osam godina bila u vegetativnom stanju, njezin je suprug od suda tražio da se prekine održavanje života hranjenjem preko sonde. To su mišljenje podržali liječnici i medicinsko osoblje. Prema tadašnjem zakonodavstvu, roditelji su također mogli odlučivati o

tome i usprotivili su se suprugovoj želji, a njih su podupirale brojne katoličke udruge, uključujući i Vatikan. Ove dvije strane sudjelovale su u više od 20 sudskih postupaka u sljedećim godinama, te se sonda za hranjenje dvaput vadila i stavljala. Nakon glasanja u Kongresu da se hranjenje prekine, sud je odbio zahtjev roditelja i Terri Schiavo je umrla 31. ožujka 2005., deset dana nakon odluke. Tijelo je poslano na obdukciju koja je potvrdila sljepoću i nedostatak moždane kore. Tim je nalazom potvrđena odluka suda i opravdana su stajališta struke.

3.2. Prisilno liječenje štrajkaša glađu

Štrajkovi glađu oblik su protesta ljudi kojim oni žele iskazati svoje zahtjeve. Pokatkad nemaju drugi način za iznošenje svojih zahtjeva pa pokušavaju štrajkom glađu izraziti svoj protest, nezadovoljstvo, skrenuti pozornost na nepravdu, stvoriti negativan publicitet vlasti. Odbijanjem uzimanja hrane na duže vrijeme želi se postići neki cilj. Štrajkaš glađu izlaže se opasnosti od trajnog oštećenja zdravlja ili smrti (što se u nekim slučajevima i dogodilo).

Dužnost je liječnika da utvrdi zdravstveno stanje osobe koja štrajka, da pokuša utvrditi nakane štrajkaša, da bude povjerljiv i da ne iznosi svoje spoznaje. Ako je riječ o kolektivnim štrajkovima, treba utvrditi postoji li pritisak skupine na pojedinca koji se koleba ili ne želi nastaviti štrajk. Sa štrajkašem glađu potrebno je razgovarati svaki dan, razjasniti mogući razvoj događaja i upitati osobu koja štrajka što ona želi. Treba znati što osoba želi kada više ne bude moguće komunicirati, odnosno kada izgubi svijest. Liječnik dolazi u nezgodnu situaciju jer, kada život osobe bude ugrožen, treba mu pružiti pomoć a, s druge strane, treba poštovati volju osobe koja štrajka. Ako osoba koja štrajka ne želi da se poduzmu mjere spašavanja, onda liječnik treba poštovati volju štrajkaša.

Liječnik je dužan poštovati volju bolesnika, zatvorenika, štrajkaša glađu i postupiti prema njegovoj želji. Etički je neprihvatljivo prisilno liječenje kada osoba (bolesnik, zatvorenik) to ne želi i zato je važno znati što osoba želi dok je još u dobroj kondiciji. Ako štrajkaš glađu prihvati da mu se daje umjetna prehrana, onda je etički prihvatljivo da ga se hrani na umjetan način.

Načelno je stajalište da liječnik treba učiniti „dobro djelo“, razgovarati sa štrajkašem i pokušati ga uvjeriti da to ne radi, ali, ako liječnik ne uspije uvjeriti štrajkaša glađu, onda liječnik mora poštovati njegovu volju i izbjeći prisilno liječenje. Ako liječnik radi u zatvorskoj ustanovi, on mora štiti interese zatvorenika. Liječnik ne smije popustiti pritiscima, mora zadržati kliničku neovisnost i mora sačuvati povjerene informacije koje je saznao od štrajkača glađu. Povjerljivost nije bezuvjetna i može se prekršiti ako se time

spriječava nanošenje štete nekoj drugoj osobi Također štrajkaša glađu treba pitati dopušta li dozvoljava informiranje članova obitelji o njegovu zdravstvenom stanju, željama. Ako štrajkaš zabranjuje davanje informacija članovima obitelji, onda liječnik ne smije prenositi informacije.

3.2.1. Upute za vođenje štrajkača glađu

Osoba koja nije mentalno sposobna mora se liječiti i ne smije joj se dopustiti da štrajka glađu. Liječnik/liječnici mora(ju) procijeniti mentalnu sposobnost štrajkaša glađu.

Liječnik će uzeti anamnezu, pregledati štrajkaša glađu, procijeniti zdravstveno stanje i objasniti osobi posljedice njezine odluke da štrajka glađu. Također treba razjasniti što osoba trenutačno želi i što želi kada se stanje pogorša. Treba razjasniti odbija li štrajkaš glađu uzimanje hrane i tekućine ili samo hrane, odnosno što dopušta (npr. primanje elektrolitskih otopina preko vene, umjetnu prehranu), a što ne dopušta. Liječnik uvijek mora isključiti prisilu nad štrajkašem glađu, odluka mora biti individualna. Ako štrajkaš glađu ima neku infekciju ili bolove, nužno je liječiti infekciju i ublažiti bolove. Liječenje ne smije biti uvjetovano prekidom štrajka.

Ako liječnik koji liječi štrajkaša glađu ne pristaje na želje štrajkaša, tada liječnik treba javno objaviti da ne može liječiti osobu i nužno je naći drugoga liječnika koji će poštovati želje štrajkaša bez obzira na ishod štrajka glađu.

Pregled štrajkaša i razgovor o njegovim željama moraju se obaviti svakog dana i na taj se način može utvrditi nastavlja li osoba štrajk glađu, ima li nove želje, zahtjeve. O svemu treba voditi evidenciju.

Etički je dopušteno umjetno hranjenje ako štrajkaš glađu pristaje na takav oblik hranjenja, a, ako odbije intravensko hranjenje, to se mora poštovati bez obzira na ishod (smrt).

Prisilno hranjenje nije nikada etički prihvatljivo.

Deklaracija o štrajkačima glađu

Malteška deklaracija o štrajku glađu, usvojena na 43. skupštini Svjetskog medicinskog udruženja na Malti u studenome 1991., dopunjena je na 44. skupštini Svjetskog medicinskog udruženja u Marabeli u Španjolskoj u rujnu 1992. godine i revidirana u Pilanesbergu u Južnoj Africi u listopada 2006. godine (vidjeti Deklaraciju i smjernice za postupanje sa štrajkašima glađu).

3.2.2. Havajska deklaracija Svjetskog udruženja psihijatara

Usvojena je 1977. godine na Havajima i potvrđena na Generalnoj skupštini Svjetskog psihijatrijskog udruženja u Beču 1983. godine.

Havajska deklaracija Svjetskog udruženja psihijatara

- 1. Cilj psihijatrije je liječenje mentalne bolesti i unapređenje mentalnog zdravlja. Koristeći na najboljim načinom svoje sposobnosti, u suglasnosti sa znanstvenim spoznajama i etičkim načelima, psihijatar treba služiti najboljim interesima pacijenta i treba se brinuti o zajedničkom dobru i pravilnoj raspodjeli zdravstvenih resursa. Ispunjenje ovih ciljeva zahtijeva kontinuirano istraživanje i kontinuiranu edukaciju zdravstvenog osoblja, pacijenata i javnosti.*
- 2. Svaki psihijatar treba ponuditi pacijentu najbolje liječenje, koje, prema njegovu znanju, stoji na raspolaganju i, ako ono bude prihvaćeno, mora pacijenta liječiti brižljivo i poštujući dostojanstvo svih ljudskih bića. Kada je psihijatar odgovoran za liječenje koje drugi provode, dužan je osigurati im kompetentnu superviziju i edukaciju. Kad god se pokaže potreba ili ako postoji opravdan zahtjev pacijenta, psihijatar treba tražiti pomoć drugog kolege.*
- 3. Psihijatar treba težiti terapijskom odnosu koji se zasniva na uzajamnu sporazumu. On zahtijeva povjerenje, povjerljivost, suradnju i uzajamnu odgovornost. Takav se odnos ne može uspostaviti s nekim pacijentima. U tom slučaju, treba uspostaviti kontakt sa srodnikom ili osobom koja je bliska pacijentu. Ako se i kada se uspostavi drukčiji odnos od terapijskog, kao npr. u sudskoj psihijatriji, prirodu takvog odnosa treba u potpunosti objasniti osobi koje se to tiče.*
- 4. Psihijatar treba obavijestiti bolesnika o prirodi njegove bolesti, terapijskim postupcima, uključujući moguće alternative, kao i mogući ishod. Obavijesti treba dati na razumljiv način i pacijentu se mora ostaviti mogućnost da obavi izbor između odgovarajućih metoda koje stoje na raspolaganju.*
- 5. Nijedan postupak ne treba provesti niti primijeniti liječenje protiv ili neovisno o osobnoj volji pacijenta, osim u slučaju kada pacijent zbog mentalne bolesti nije kadar prosuditi što je u njegovu najboljem interesu i, ako bi bez liječenja mogle nastupiti ozbiljne štete za pacijenta i druge.*
- 6. Čim razlozi za prisilno liječenje prestanu postojati, psihijatar treba osloboditi pacijenta od prisile i, ako je daljnje liječenje nužno, treba dobiti njegovu dobrovoljnu suglasnost. Psihijatar treba informirati pacijenta i/ili njegove srodnike ili značajne druge*

osobe o mehanizmima za žalbu zbog prisilnog zadržavanja, kao i za sve druge žalbe koje se tiču dobrobiti pacijenta.

7. Psihijatar nikada ne smije upotrijebiti profesionalne sposobnosti u svrhu povrede dostojanstva ili ljudskih prava bilo kojeg pojedinca ili grupe i nikada ne smije dopustiti da nepogodne želje, osjećanja, predrasude ili vjerovanja pacijenta poremete liječenje. Psihijatar se ne smije koristiti sredstvima svoje profesije, ako se utvrdi da psihijatrijska bolest ne postoji. Ako pacijent ili neka treća strana zahtijeva radnje suprotne znanstvenim ili etičkim načelima, psihijatar mora odbiti suradnju s njima.

8. Sve što pacijent kaže psihijatru ili psihijatar zabilježi tijekom ispitivanja ili liječenja, mora biti sačuvano kao povjerljivo, osim u slučaju kada pacijent oslobodi psihijatra ove obveze ili kada je nužno to učiniti da bi se spriječilo nanošenje ozbiljne štete samom pacijentu ili drugima. U takvim slučajevima pacijenta treba informirati o prekidu tajnosti.

9. Da bi se povećali i proširili psihijatrijsko znanje i vještina, nužno je sudjelovanje pacijenata. Ipak, poslije objašnjenja danih pacijentu, psihijatar mora dobiti njegov pristanak prije prikazivanja na predavanju i, kad god je moguće, za publiciranje povijesti bolesti u znanstvene svrhe, kada se, također, moraju poduzeti sve opravdane mjere da bi se sačuvali dostojanstvo i anonimnost pacijenta i da bi se zaštitio njegov osobni ugled. Pacijentovo sudjelovanje mora biti dobrovoljno, nakon potpunog informiranja o cilju, postupcima, rizicima i neugodnostima istraživačkog projekta i mora postojati razuman odnos između uračunanog rizika ili neugodnosti i koristi od istraživanja. U kliničkom istraživanju svaki subjekt mora zadržati i provoditi sva svoja prava kao pacijent. Kada su u pitanju djeca i drugi pacijenti koji sami ne mogu dati suglasnost nakon informiranja, suglasnost treba dobiti od zakonskog srodnika. Svaki pacijent ili istraživački subjekt ima pravo da se zbog bilo kojeg razloga i u bilo koje vrijeme povuče iz bilo kojeg dobrovoljnog liječenja ili istraživačkog programa u kojemu sudjeluje. Povlačenje, kao i odbijanje sudjelovanja u programu, ne smije nikada utjecati na napore psihijatra da pomogne pacijentu.

10. Psihijatar treba prekinuti sve terapijske, edukativne ili istraživačke programe koji su suprotni načelima ove deklaracije.

3.2.2.1. Nasilno psihijatrijsko liječenje

Slučaj koji je uznemirio javnost bio je slučaj M. F.-a kojemu su, prema tvrdnjama odvjetnice, narušena prava, koji je prisilno smješten u psihijatrijsku ustanovu. Desno orijentirani aktivist zbog posjedovanja oružja proveo je devet mjeseci u trima ustanovama — Remetincu, zatvorskoj bolnici u Svetošimunskoj i u psihijatrijskoj bolnici u Popovači nakon

što je, prema pisanju medija, ministru unutarnjih poslova na društvenoj mreži poručio da će ga objesiti na banderu zajedno s ostalim veleizdajnicima. M.F.-u je potom u pretrazi stana pronađeno oružje te je u sudskom postupku proglašen nebrojivim i opasnim za okolinu, zbog čega je na nekoliko mjeseci prisilno hospitaliziran. Takav su postupak osudili njegovi istomišljenici, ali i udruge za zaštitu ljudskih prava, no jesu li hospitaliziranom M. F.-u prekršena prava, odlučit će Ustavni sud kojemu je njegova braniteljica podnijela tužbu.

3.3. Obavijesni pristanak, obavještajni pristanak (*informed consent*)

Obavijesni je pristanak proces u kojemu liječnik informira bolesnika o njegovu zdravlju i o tome kako on sudjeluje u donošenju odluke. Ima dvije komponente: obavijest i pristanak. Bolesnik je upoznat sa zdravstvenim stanjem, planiranim dijagnostičkim ili terapijskim postupcima, tehnikom rada, mogućim komplikacijama liječenja, rizicima od liječenja i alternativnim mogućnostima ako ih ima.

Bolesnik potvrđuje da je upoznat sa svojim zdravstvenim stanjem i da odobrava predložene dijagnostičke i/ili terapijske postupke te potpisuje dokument. Rezultat obavijesnoga pristanka jest dokument kojim se potvrđuje da je bolesnik dobio obavijest o svom zdravlju i liječenju te da je suglasan s predloženim načinom liječenja. Pristanak ne smije biti formalan čin, već svjestan i dobrovoljan čin. U praksi se događa da je dokument formalno potpisan. Takav je dokument pravno, a i etički upitan. Dokument je obično u pismenoj formi. Suglasnost može biti verbalna kada je riječ o uobičajenim malim postupcima (uzimanje krvi za pretrage, rentgenska snimanja pri padovima, udarcima itd.) Dokument ima poučno, pravno i etičko značenje.

Obavijesni je pristanak također obavezan, i to u obliku dokumenta, pri medicinskim ispitivanjima novih lijekova, novih metoda liječenja bilo da je riječ o zdravim dobrovoljcima ili bolesnicima.

Obavijesni pristanak ima različite forme, ovisno o tome gdje se i zašto upotrebljava: dijagnostički postupci, terapijski postupci ili ispitivanje lijekova i metoda liječenja.

Bolesnik ima svoja zakonska i etička prava tako da treba znati istinu o svojem zdravstvenom stanju. Bolesnika treba poštovati kao osobu koja ima pravo da sazna istinu o svojem zdravlju i da samostalno donosi odluku o daljnjim postupcima liječenja. Idealno, pravna pravila označuju važne socijalne i kulturne vrijednosti. Jedno od takvih pravila, zakona, jest obavijesni pristanak. Oslikava odnos između liječnika i bolesnika. U zapadnoj kulturi temeljno pravo pacijenta jest pravo da bude gospodar svog života i tijela.

Dobar obavijesni pristanak obuhvaća dobar odnos liječnika i bolesnika, davanje potpune informacije bolesniku od liječnika, poštovanje prava bolesnika da odluči o prihvaćanju dijagnostičkih i/ili terapijskih postupaka ili da ih odbije.

Liječnikova je dužnost da točno obavijesti bolesnika o stanju njegova zdravlja. Bolesnik može prihvatiti predložene medicinske intervencije u cijelosti, može ih djelomično prihvatiti ili odbiti u cijelosti. Ako bolesnik ne dopušta neke postupke, mora se točno naznačiti koje postupke bolesnik dopušta, a koje ne dopušta (primjer: bolesnik pristaje na kirurško liječenje, ali odbija primiti krv).

Mnoge zemlje imaju pravne propise ili pravne obrasce koji određuju traženi standard za obavijesni pristanak. Velik broj zdravstvenih institucija ima smjernice koje upućuju zdravstveno osoblje o potrebi dobivanja obavijesnog pristanka. Na primjer, za sljedeće je postupke obavezan obavijesni pristanak: kirurški zahvat bilo koje vrste, anestezija (opća, regionalna i lokalna), invazivni postupci (davanje kontrasta, postavljanje katetera, bronhoskopija, gastroskopija itd.), kemoterapija, radioterapija i drugi zahvati. Pisani je pristanak rezultat razgovora bolesnika i liječnika o zdravstvenome stanju bolesnika, o postupcima koje liječnik planira i bolesnikova pristanka da se planirani postupci izvedu u interesu postavljanja dijagnoze ili poboljšanja njegova zdravlja. Odluku donosi bolesnik u suradnji s liječnikom. Liječnik je odgovoran za svoje medicinske postupke i pravilno obavještavanje bolesnika o njegovu zdravlju i potrebnim postupcima u svrhu dijagnostike i/ili terapije. Obavijesni je pristanak zakonski propisan, etički opravdan dokument kojim bolesnik potvrđuje da je informiran o svojem zdravstvenom stanju i da je odluku o dijagnostičkim ili terapijskim postupcima donio autonomno bez pritiska.

Pitanja koja se mogu postaviti u praksi jesu sljedeća:

- Što liječnik treba kazati bolesniku?
- Je li bolesnik točno obaviješten?
- Koliko je bolesnik sposoban da shvati dobivenu obavijest (informaciju)?
- Koliko mnogo informacija treba kazati liječnik da bi pristanak bio valjan i da bolesnik može donijeti adekvatnu odluku?
- Što bolesnik treba znati i razumjeti da bi donio odluku o pristanku?
- Koliko se bolesnici koriste svojim pravom?
- Koliko stresna situacija utječe na donošenje odluke?
- Što može pomoći bolesniku da bi donio odluku?

Ovo su teška pitanje iz svakodnevne prakse na koja se ne može točno odgovoriti. Liječnik procjenjuje bolesnikovo stanje (fizičko i psihičko), razinu bolesnikova shvaćanja novonastale situacije i njegova sposobnost da samostalno odlučuje. U nekim situacijama bolesnik nije kadar adekvatno sagledati situaciju i donijeti adekvatnu odluku.

Obavijesni je pristanak nastao iz praktičnih i pravnih razloga. Primjenom nekih medicinskih postupaka nastupile su zdravstvene komplikacije i bolesnici su tužili liječnike ili ustanovu zbog oštećenja. Ovdje spominjemo tri slučaja. Svaki bi liječnik trebao biti upoznat s tim slučajevima jer su jako poučni glede obavijesnog pristanka.

4. Slučaj Salgo (iz 1957. godine): bolesnik je postao paraplegičan nakon translumbalne aortografije. Sud je smatrao da bolesnik nije bio dovoljno informiran o mogućim komplikacijama dijagnostičke pretrage.
5. Slučaj Natanson (iz 1960. godine): ozbiljne su opekline nastale pri radioterapiji kobaltom. Sud je smatrao da je primijenjena nedovoljno ispitana metoda liječenja i da liječnici nisu bili dovoljno informirani o liječenju.
6. Slučaj Canterbury (iz 1972. godine): bolesnik je postao kvadriplegičan nakon laminektomije. Bolesnik nije bio upoznat o mogućim rijetkim komplikacijama liječenja.

Poruka i pouka spomenutih slučajeva bile su da bolesnik mora biti upoznat s postupcima liječenja i mogućim komplikacija liječenja, zatim da nije dopušteno primijeniti nedovoljno ispitane metode liječenja i da bolesnik mora biti informiran o rijetkim, mogućim, komplikacijama koje mogu nastati. Rezultat gore navedenih postupaka i drugih sudskih postupaka bio je poboljšanje obavijesnoga pristanka kao dokumenta, bolja informiranost bolesnika o njegovu zdravstvenom stanju, o dijagnostičkim i terapijskim postupcima, prednostima i nedostacima tih postupaka, komplikacijama koje mogu nastati te o rizicima postupaka i prognozi liječenja. Određen je profesionalni praktični standard za određene postupke.

Obavijesni pristanak ima formu koja omogućuje lakšu i razumljiviju primjenu u praksi.

Elementi obavijesnog pristanka jesu:

1. obavijesni elementi: a) profesionalni praktični standard, b) prikladni osobni standard, c) subjektivni osobni standard,
2. kompetencija i kapacitet odlučivanja,
3. dobrovoljnost i autonomnost u odlučivanju,
4. odluka i autorizacija odluke.

3.2.1. Obavijesni elementi

a) Profesionalni praktični standard uključuje potpunu informaciju o sljedećim elementima.

- Kako se odlučuje o postupku ili postupcima liječenja?
- Kako će biti proveden planirani dijagnostički postupak i/ili liječenje?
- Koje su alternativne metode dijagnostike i/ili liječenja s obzirom na planirano?
- Koje su prednosti, koristi, planiranog postupka, a koji su nedostaci?
- Koliki je rizik od predloženih postupaka, kolika je učestalost komplikacija?

Liječnik će bolesnika kratko i jasno obavijestiti o njegovu zdravstvenom stanju i objasniti što se planira učiniti u dijagnostičkom i/ili terapijskom postupku. Liječnik nije dužan objašnjavati stručne detalje, već ukratko objasniti što će biti učinjeno te obavijestiti o mogućim komplikacijama i njihovoj učestalosti. Liječnik odlučuje u svakome konkretnom slučaju koliko će biti opširno objašnjenje. Razuman (uobičajen) liječnički standard uključuje ono što liječnik uobičajeno kaže o uobičajenim tipičnim intervencijama. Treba kazati ono što je bitno za donošenje ispravne odluke. Iskustvo pokazuje da liječnik uobičajeno daje malo informacija bolesniku, liječnik se u praksi usredotočuje na problem iz svoje pozicije, a ne iz pozicije bolesnika. Nije potrebno ulaziti u detalje rada, a objašnjenja treba prilagoditi bolesniku. Liječnik treba kazati koliki je rizik od dijagnostičkog postupka ili liječenja, ali pri iznošenju tih podataka ne smije obeshrabiliti bolesnika.

Davanje informacija razumnoj osobi da bi ona donijela odgovarajuću odluku objektivni je standard. Razumna osoba dobiva informaciju o postojećem riziku od liječenja i svjesno odlučuje o njegovu prihvaćanju. Primjer: stenoza karotidne arterije, pri kojoj je potrebno izvesti endarterektomije praćena je rizikom od cerebrovaskularnog udara ili smrću. Ovo treba jasno pokazati osobi koja bi trebala biti operirana. Postoji rizik, a bolesnik treba odlučiti o prihvaćanju tog rizika ili ne. Za sud postoje ogledni slučajevi koji pomažu pri donošenju odluke o nesavjesnom liječenju. Neki se bolesnici odriču svojih prava i ne žele čuti ništa o komplikacijama i rizicima od liječenja i to treba prihvatiti. U nekim slučajevima, kada bolesnik ne želi čuti informaciju o dijagnostičkim ili terapijskim postupcima, treba informirati bolesnikovu rodbinu, a kadšto treba zatražiti pomoć rodbine da bi bolesnik surađivao.

Terapijski se privilegij tumači kao zadržavanje kliničkih informacija u vrijeme procesa obavijesnoga pristanka uz uvjerenje da bi otkrivanje informacije vodilo bolesnikovoj šteti ili patnji. Zakonski to može biti nesigurno, upitno, i zato se preporučuje da se to rijetko primjenjuje.

U nekim je studijama 80 % bolesnika željelo znati prirodu svoje bolesti, razloge za kirurško liječenje, prirodu operacije, očekivano trajanje boravka u bolnici, koje su šanse za uspješan rezultat, očekivano vrijeme za povrat u normalnu svakodnevnu aktivnost i posebno što se od njih traži da učine nakon operacije. Slično su bolesnici tražili kada su bili informirani o anesteziji. Neke studije pokazuju da 6 do 18 % bolesnika nije željelo postavljati pitanja o rizicima koje nosi liječenje. Pojedine studije pokazuju da rutinsko verbalno davanje informacija nije dovoljno efikasno te je primjenjivan i način da se informacije daju u pisanom obliku. Pri verbalnom davanju informacija bolesnici dio informacije (može biti važan) jednostavno zaborave. Također su informacije davane u jednom i drugom obliku (verbalnom i pisanom). Bolesnici negdje dobivaju i videokasete da bi bili bolje informirani. U nekim kulturama pojedinac ne može donijeti odluku sam (plemensko uređenje), nego je potrebno u proces odlučivanja potrebno uključiti užu obitelj ili starješinu plemena, obitelji.

b) Prikladni osobni standard: što prosječan bolesnik treba znati o propisu informiranja i njegovoj ulozi pri odlučivanju? Bolesniku se mora dati informacija o zdravstvenom stanju i što će biti konkretno učinjeno u njegovu slučaju. Treba odgovoriti na bolesnikova pitanja. Bolesniku treba reći sve ono što će mu pomoći da donese ispravnu odluku. Ovakav se standard temelji na određivanju onoga što bolesnik treba znati prije donošenja odluke. Neki bolesnici traže više, a neki manje informacija.

Iznošenje bitnih informacija o bolesnikovu kliničkom stanju, koje su bolesniku razumljive, bitno je da bi pristanak bio valjan. Informacija uključuje podatke o planiranom tretmanu, očekivanim učincima, bitnim alternativnim načinima liječenja, koristi i riziku od liječenja i posljedicama ako se tretman odbije. Informacija treba biti izrečena razumljivim jezikom. Liječnik treba objasniti kako će se liječenje odraziti na bolesnika, obitelj, finansijsku stranu liječenja, obiteljski život i druge osobne probleme. Liječnik treba obratiti pozornost na kulturna i religijska uvjerenja i kako oni mogu utjecati na otkrivanje informacije o bolesti. Informiranje, otkrivanje istine o bolesnikovu zdravlju, sastavni je dio obavijesnoga pristanka. Bolesniku treba dati bitne informacije o njegovu ili njezinu zdravlju na razumljiv način. Bitno je dati točnu i razumljivu informaciju bolesniku. Ako je informacija dobra, ali je bolesnik ne shvaća, tada nije postignut željeni cilj i takvi su obavijest i pristanak koji proizlazi iz nje upitni, ništavni.

Bolesnici su također odgovorni ako su nedovoljno zainteresirani za svoje zdravstveno stanje, nedovoljno se brinu o svojem zdravlju, ne usuđuju se pitati da ne naljute liječnika itd. Bolesnik je dužan obavijestiti liječnika o svojim navikama, bolestima, o svome zdravstvenom stanju, nasljednim osobinama. Bolesnik treba znati koji lijek uzima, koliko, od kada, zbog

čega, treba znati na što je alergičan itd. On treba čuvati svoju medicinsku dokumentaciju. U praksi bolesnici često ne znaju odgovoriti na pitanja o svojem zdravstvenom stanju i lijekovima koje uzimaju. U nekim situacijama liječnik prvi put susreće bolesnika neposredno prije medicinskog postupka i tada je jako važno da bolesnik točno odgovori na postavljena pitanja i da ima medicinsku dokumentaciju ako je riječ o ozbiljnoj ili kroničnoj bolesti, a kao primjer može se navesti izvođenje anestezije u bolesnika za elektivni zahvat.

Za davanje informacije bitno je etičko načelo poštovanja bolesnika kao osobe koja autonomno odlučuje o svojem zdravlju. Treba uspostaviti dobar odnos između bolesnika i liječnika. Povjerenje koje bolesnik ima u liječnika ne smije biti izigrano, bolesnika se ne smije lagati. Bolesniku se katkada ne može kazati istina, ne može se otkriti informacija u cijelosti jer to šteti bolesniku i tada se bolesniku kaže parcijalna istina. Bolesniku se može lagati u iznimnim situacijama kada iznošenje točne informacije nije bitno za bolesnika (terminalno stanje bolesti, skori smrtni ishod). Ako se bolesniku laže i on otkrije istinu, tada nestaje povjerenja između bolesnika i liječnika i više ga nije moguće vratiti. Ako se laže zbog materijalnih, novčanih i drugih razloga, tada bolesnik može doživljavati liječnika kao svojeg neprijatelja.

Zakonski gledano, elementi informacija trebaju biti:

- informacija o zdravstvenom stanju, dijagnoza ako je poznata
- planirani dijagnostički i/ili terapijski postupak
- očekivani rezultat liječenja (vrijeme boravka u bolnici, trajanje oporavka, ograničenja svakodnevnih ili drugih aktivnosti, mogući ožiljci)
- alternative opisanom liječenju te očekivane koristi i štete od alternativnih postupaka,
- moguće komplikacije tijekom liječenja, rizici od liječenja, objašnjena o posljedicama ako se ne poduzme liječenje.

Bolesnici trebaju dobiti odgovore na postavljena pitanja.

c) Subjektivni standard: što bolesnik treba znati i razumjeti o propisu pravljenja obavijesnog pristanka? Taj standard je veoma izazovan u praksi, traži da se za svakog bolesnika posebno stvara obavijest prema psihološkoj procjeni bolesnika. Odluka odražava bolesnikove želje (na neki način). Koliko mnogo informacija određuje da je obavijest odgovarajuća? Na ovo pitanje nije moguće dati adekvatan odgovor jer je svaki bolesnik osoba za sebe.

3.2.2. Kompetencija i kapacitet odlučivanja

Odrasla je osoba obično kompetentna da donosi odluke, osim u slučajevima u kojima je sud donio drukčiju odluku (niski kvocijent inteligencije, ozljeda ili oštećenje mozga). Ako je

osoba malodobna ili nije kompetentna, tada se određuje druga osoba koja daje suglasnost za postupke liječenja (roditelji, rodbina, prijatelji). Kada je riječ o hitnosti i nije moguće čekati suglasnost, liječnici postupaju u najboljem interesu bolesnika.

Pri uzimanju obavijesnog pristanka treba znati imaju li bolesnici dovoljan kapacitet odlučivanja da bi donijeli pravu odluku. Kapacitet se definira kao bolesnikova sposobnost da razumije informacije važne za odluku o liječenju. Za liječnika je važno postoji li kvalitetan kapacitet odlučivanja.

U odlučivanju o tome je li bolesnikov pristanak valjan, treba utvrditi je li bolesnik kompetentan da odlučuje ima li dostatan kapacitet odlučivanja i je li njegov pristanak dobrovoljan. Bolesnici se često osjećaju bespomoćno i ranjivo. Bolesnika treba ohrabriti da sam donese odluku, liječnik treba naglasiti da bolesnik sudjeluje u donošenju odluke i da njegov potpis nije samo čista formalnost, već da on treba donijeti konačnu odluku, jer bolesnik donosi odluku važnu za svoje zdravlje (život). Liječnik treba obvezno bolesniku iznijeti alternative vezane za liječenje. Treba procijeniti koliko bolesnik razumije situaciju u kojoj se nalazi i je li razumio što se događa, odnosno što će se događati. Bolesnici su pod stresom zbog svoje bolesti i mogu imati zabrinutost, strah i depresiju. Stres je udružen s bolešću. Valja procijeniti je li bolesnik u takvome stanju sposoban donijeti dobru odluku:

- razumijevanje situacije (on ili ona)
- razumijevanje pratećeg rizika pri odlučivanju
- komunikacija odlučivanja temelji se na razumijevanju.

Kada ovo nije jasno, treba se konzultirati sa psihijatrom. Naravno, ako bolesnik odbije intervenciju, to ne znači da nije kompetentan i da nema dovoljan kapacitet za odlučivanje. Kompetentni bolesnik, koji ima dostatan kapacitet odlučivanja, ima pravo odbiti liječenje, čak i onda kada mu taj postupak može spasiti život. Bolesnici imaju svoje razloge zbog kojih odbijaju liječenje (loša iskustva drugih, obiteljski razlozi, besperspektivnost i slično). Odbijanje liječenja kadšto za bolesnika ima posebnu važnost, na primjer oni to doživljavaju kao „pobjedu“ jer oni odlučuju o svojem zdravlju i životu.

Smatra se da, pravno gledano, ne postoji dostatan kapacitet odlučivanja u sljedećim stanjima:

- premedicirani bolesnici (koji leže u bolnici ili dnevna kirurgija)
- žene u stadiju porođaja (jaki bolovi)
- pacijenti pod stresom,
- bolesnici pod utjecajem alkohola, halucinogenih sredstava,
- pacijenti s poznatom mentalnom bolesti

- nezreli pacijenti (koji imaju nedostatan mentalni kapacitet – mentalno hendikepirani)
- pacijenti s organskom bolešću mozga
- bolesnici u hitnim stanjima.

Bolesnici koji u premedikaciji dobiju sedativ i/ili analgetik mogu imati smanjen kapacitet odlučivanja jer lijek može utjecati na sposobnost slušanja, razumijevanja situacije i odlučivanja o postupcima. Ako postoji povećani rizik pri zahvatu, više mogućnosti liječenja (kirurški ili nekirurški) o kojima treba odlučiti bolesnik, tada premedikacija može loše utjecati na donošenje odluke. U spomenutih bolesnika postoji situaciju da se ne sjećaju razgovora prije operacije (ili nekog drugog zahvata) niti pristanka na liječenje.

Kako fizički ili mentalni stres operacijske dvorane može utjecati na obavijesni pristanak?

Velik je broj studija ispitivalo kakva je sposobnost davanja pristanka tijekom porođaja. Mnoge se pacijentice poslije nisu sjećale postupka davanja pristanka. Pacijentice tijekom porođaja demonstrirale su sposobnost razumijevanja svoje situacije, razumijevanja predložene brige, rizika, alternativnih postupaka i hitnoga pristanka. Ne postoje točni pokazatelji o nesposobnosti pacijenata da shvate situaciju i donesu odluku. Neki bolesnici imaju loše iskustvo u operacijskoj dvorani i u njih je sposobnost odlučivanja kompromitirana zbog stresne situacije.

Što s bolesnicima kojima svakodnevno varira sposobnost donošenja odluke?

Bolesnik može željeti određeno liječenje, ali isto tako kratko nakon toga može odbiti to liječenje. Postoje lucidni trenutci kada bolesnik surađuje i trenutci kada nije sposoban da surađuje. Njihov dakle pristanak može biti pravno upitan jer su to bolesnici kojima kapacitet odlučivanja varira, mijenja se, iz dana u dan. Ovdje je potrebno zatražiti pomoć obitelji, psihologa, psihijatra ili pravnog savjetnika.

3.2.3. Bolesnikova autonomija

Bolesnik dragovoljno pristupa dijagnostičkim i terapijskim postupcima. Kada liječnik bolesnika informira o njegovu zdravstvenom stanju, dijagnostičkim i terapijskim postupcima, rizicima, učestalosti komplikacija, liječnik može uvjeravati bolesnika u svrsishodnost predloženih postupaka, ali se liječnik ne smije služiti manipulacijama, neistinama pri dobivanju dopuštenja. Primjena prisile kažnjivo je djelo. Bolesnik je autonoman pri donošenju odluke, može prihvatiti predložene postupke ili ih odbiti, odgoditi primjenu postupaka ili zatražiti da naknadno odluči o prihvaćanju ili neprihvaćanju predloženih postupaka.

Bolesnik je autonoman pri odlučivanju o tome koje dijagnostičke i terapijske postupke dopušta, a koje postupke ne dopušta (vidjeti **Zakon o zaštiti prava pacijenata**).

3.2.3.1. Jehovini svjedoci

Jehovini svjedoci odbijaju transfuzijsko liječenje zbog vjerskih razloga. Bolesnik Jehovin svjedok ima pravo izbora da ne primi transfuziju krvi ili krvnih pripravaka. Ako bolesnik ima urednu iskaznicu (u zemljama gdje se takva iskaznica upotrebljuje, izjavu ovjerenu kod javnog bilježnika), poštuje se bolesnikova želja i kada je u nesvjesnom stanju i stanju oslabljenog kapaciteta odlučivanja. Treba voditi brigu o datumu na iskaznici ili izjavi jer je u međuvremenu moglo doći do promjene mišljenja. Kod nekih stav nije toliko čvrst i uvijek treba pitati ostaju li oni ostaju pri izjavi.

Liječnik ima pravo odbiti liječiti takve bolesnike, osim u stanjima vitalne ugroženosti, odnosno kada takva odluka nema štetnih posljedica za bolesnika i liječnika koji preuzima bolesnika. Ako bolesnik nema urednu dokumentaciju u hitnim stanjima, a nalazi se u besvjesnome stanju, liječnik će dati krv ako je nužno.

Jehovini svjedoci kod liječnika nakon dobivenih informacija o dijagnozi, postupcima, prognozi i komplikacijama liječenja potpisuju suglasnost za postupke s kojima su suglasni i potpisuju posebno koju terapiju odbijaju primiti. Obavijesni pristanak o transfuzijskom liječenju i izjave uzimaju se bez prisutnosti istomišljenika sa strane, bez nagovaranja i pritisaka jer je bolesnik autonoman pri odlučivanju. Suglasnost za transfuzijsku terapiju ili njezino odbijanje može se napisati na poseban obrazac (formular). Obrazac će sadržavati sve bitne podatke o bolesniku, svjedoku, indikacijama za moguću terapiju krvlju, komplikacijama i rizicima od liječenja krvlju. Može biti napisana lista mogućih rizika, ali i ne mora, već će liječnik imati podsjetnik kojim će se poslužiti pri obavijesnom razgovoru. Preporučuje se napraviti takav formular samo za transfuzijsko liječenje jer je transfuzijsko liječenje invazivan postupak koji nosi određene rizike: posttransfuzijske hemolitičke reakcije (akutna, odgođena, kronična), infekcije (hepatitis, HIV) itd. Bolesnik daje suglasnost ili odbija transfuzijsko liječenje.

Djeca Jehovinih svjedoka bit će liječena krvlju i krvnim pripravcima kada je to prijeko potrebno bez obzira na protivljenje roditelja jer se drži da je dijete nekompetentno da odlučuje, a u interesu je djetetova zdravlja (života) da primi krv. Ovakav se pristup liječenju provodi u svim sredinama gdje nema jasnoga zakonskog propisa glede ovih pitanja. Ako zakon propisuje da je odluka roditelja/staratelja odlučujuća, tada se postupa prema želji roditelja bez obzira na mogući nepovoljni ishod liječenja.

Da bi se izbjegle konfliktne situacije u praksi, moraju se donijeti jasni zakonski propisi kojima se propisuju prava i obveze Jehovinih svjedoka, kao i prava i obveze liječnika koji liječe takve bolesnike. Neetično je poticati prava bolesnika da odlučuju, a kada loše odluče, tužiti liječnika

za „nesavjesno“ liječenje. Zakon treba navesti najčešće situacije i propisati što se dopušta ili zabranjuje. Dok ne bude jasnog zakona, svaki liječnik ima pravo postupiti prema svojem znanju i savjesti. Treba napomenuti da zakon ne može propisati sve životne situacije.

Slučaj 1.

Slučaj 28-godišnje roditelje V. R. Š., koja je članica vjerske zajednice Jehovinih svjedoka. Njezin slučaj počinje nakon što je u bolnici u Petrovoj rodila zdravo dijete, međutim, nastupile su poslijeporođajne komplikacije. Naime, u dva do pet posto vaginalnih porođaja, pa tako i u ovom slučaju, došlo je do ozljede rodnice i obilnog krvarenja. Kako krvarenje nije prestajalo, roditeljica je ponovno odvedena na šivanje te tada izgubila veću količinu krvi. Krv se mogla nadoknaditi transfuzijom, međutim, pacijentica je bila strogo protiv toga. U svemu tome, podupirao ju je i njen suprug, također član iste vjerske zajednice. Kako bi se i pravno osigurao, par je već pri prijemu u bolnicu donio potpisanu potvrdu, ovjerenu od javnog bilježnika, da ni u kojem slučaju ne žele da roditeljica primi tuđu krv. Liječnici su je i usprkos tomu pokušavali odgovoriti od tako sulude ideje, međutim, par je ostao čvrsto pri svojoj odluci. U Petrovoj bolnici tada je započela žestoka bitka za život ove mlade žene. Raznim joj se medicinskim preparatima pokušalo stabilizirati stanje. U zamjenu za krv primala je velike količine tekućina koje nisu krvni derivati kako bi se nadoknadio gubitak volumena. Međutim, tu nije bila riječ o adekvatnoj zamjeni za krv jer te tekućine ne sadržavaju eritrocite, jedine prijenosnike kisika u organizmu. Osim toga, roditeljici je dan jedan vrlo kvalitetan, ali zato skup lijek, eritropoetin, čija je funkcija poticanje produkcije eritrocita u koštanoj srži. No i nakon davanja tog lijeka pacijentici je preživljenje bilo upitno jer za početak djelovanja spomenutog lijeka treba od pet do sedam dana. Zbog toga je cijela Petrova bolnica bila na iglama, a osoblje praktički uopće nije spavalo danonoćno bdijući nad ovom mladom ženom. Nasreću, stanje se nakon nekog vremena stabiliziralo pa je roditeljica teškom mukom izvučena iz životno ugrožavajuće situacije. Druga strana medalje u ovom slučaju jest da su Petrovu bolnicu cijeli ovaj tretman i briga oko pacijentice stajali pola mjesečnog proračuna, od čega je Ministarstvo zdravstva pokrilo samo dio.

Slučaj 2.

Slučaj 59-godišnje S. O. koja je član vjerske zajednice Jehovinih svjedoka od svoje 15. godine. Tijekom života imala je šest operacija, od kojih su tri bile ginekološke, jedna operacija žuči, jedna operacija karcinoma dojke i posljednja operacija glave. Najgore su bile

ginekološke operacije koje je preživjela još kao mlada djevojka kada je zbog medicinskih razloga morala odstraniti maternicu.

„Kao mlada zbog ginekoloških problema triput sam bila na operaciji. Najgora je bila treća, 1988., kad mi je kirurg izvadio maternicu. Tada sam na jajniku imala i cistu povezanu s crijevom koja je u vrijeme operacije prsnula. Pojavila se sepsa i nastalo je mnogo problema. Bila sam 100 posto sigurna da sam u smrtnoj opasnosti. Nakon operacije otvorili su me još jednom da izvade gazu koja je ostala u trbušnoj šupljini. Ležeći u krevetu, razmišljala sam kako moram ostati budna jer, ako zaspim, neću se više probuditi. Tako sam tri noći probdjela. Cijelo vrijeme bila sam pri punoj svijesti, molila i vjerovala da me Bog neće ostaviti. Dobivala sam mnogo infuzije i oporavljala se brže nego druge pacijentice u sobi. To je bila jedina operacija kad su mi liječnici preporučili transfuziju krvi. Odbila sam njihov prijedlog, makar i po cijenu života, te ostala pri vlastitim uvjerenjima jer mislim da transfuzija krvi nije po Božjoj volji. Dosad nikad nisam odbila liječničku pomoć i nitko mi nije u lice rekao da sam luda. Nemam pravo nikoga osuđivati, ali mislim da oni koji primaju krv čine grijeh. Da u nesvjesnom stanju primim tuđu krv, bila bih očajna, izbezumljena. Ne znam kako bih to podnijela i mislim da nikad više ne bih bila ista osoba. Moj bi život tada bio jednak nuli. Najvažnije mi je održati dobar odnos s Bogom.“ ... „Vjera me spasila i ojačala, zato sam sretna, iako sam mnogo propatila. Da se sve ponovi, postupila bih na jednak način. Želim ostati vjerna sebi i Bogu“, kazala je S. O.

Slučaj 3. Malette protiv Shulmana

Slučaj Malette protiv Shulmana dobio je svoj epilog 1990. godine na Sudu u Ontariju. Naime, nakon teškog sudara gospođa Malette je primljena u bolnicu u Ontariju s teškim ozljedama i u šoku. U torbici joj je pronađena kartica na kojoj je izričito pisalo kako odbija bilo kakav oblik transfuzije krvi. Usprkos tomu, doktor Shulman koji ju je primio u bolnicu, zaključio je kako će pacijentica izgubiti život i da je transfuzija nužna. Njena se kći oštro protivila i tražila je od doktora da prestane s transfuzijama. Shulman je to odbio učiniti jer je smatrao da ta kartica nije dovoljan dokaz kako pacijentica uistinu ne želi transfuziju. Opravdao se time da je možda napustila svoju vjeru prije nesreće ili da je karticu potpisala na nagovor i pritisak obitelji.

Gospođi Malette stanje se popravilo te je nakon nekog vremena došlo do oporavka. Kada je saznala kako su joj davane transfuzije krvi, odlučila se na tužbu. Bez obzira na to što je posrijedi bilo hitno stanje, a transfuzije su joj spasile život, sud je smatrao kako je kartica u pacijentičinoj torbici imala pravnu težinu te kako gospođa Malette ni u kojem slučaju nije

smjela primiti transfuziju. Shulman je proglašen krivim i bio je dužan platiti 20 tisuća američkih dolara.

Autonomija bolesnika – slučaj Schloendorff protiv Bolnice

Slučaj Schloendorff protiv Bolnice New York iz 1914. godine zapravo je postavio presedan koji je davao pravo odraslim pacijentima da odbiju bilo kakav oblik liječenja. Riječ je bila o ženi koja je primljena u bolnicu zbog fibroma te je pristala na kirurški postupak u kojemu je liječnik samo trebao utvrditi je li tumor dobroćudan ili zloćudan. Pacijentica nije dala svoje dopuštenje, tj. zabranila je liječniku da izvadi tumor, čak i ako bi posrijedi bio malignom. Liječnik je otkrio da je riječ o malignom tumoru, zanemario je pacijentičine želje te izvadio tumor. Tijekom operacije nastupile su određena komplikacija. Kada se pacijentica oporavila, tužila je bolnicu i dobila spor. Sud je donio odluku koja je naglašavala kako svako ljudsko biće ima pravo odlučivati o tome kako će se postupati s njim i njegovim tijelom. Ta je odluka davala pravo pojedincu da odbije liječenje ako potpuno razumije rizike. Samim time, Jehovini svjedoci imaju puno pravo odbiti transfuziju krvi. Ova je presuda presedan i stvorila je osnovu za koncept informiranog pristanka.

3.2.3.2. Autonomija bolesnika – cijepljenje

U Hrvatskoj se, prema Programu obveznog cijepljenja koji je donijelo Ministarstvo zdravstva, cijepljenje provodi protiv sljedećih bolesti: tuberkuloze, difterije, tetanusa, pertusisa (DiTePer), poliomijelitisa, morbila, rubeole, parotitisa (MoPaRu), hepatitisa B i protiv bolesti uzrokovanih *Haemophilus influenzae* tipa B.

Radi zaštite pojedinca, ali i cijeloga društva, cijepljenje protiv nekih zaraznih bolesti u većini je zemalja obvezno i regulirano zakonom. Plansko masovno cijepljenje u Hrvatskoj provodi se već više od pola stoljeća i temelj je suzbijanja i kontrole mnogih teških zaraznih bolesti.

Postignuta je eradikacija varirole, potpuna eliminacija, vjerojatno i eradikacija difterije, eliminacija (uskoro i potpuna eradikacija) dječje paralize, redukcija pobola od tuberkuloze, rubeole, zaušnjaka, tetanusa i pertusisa za oko 90 %.

Cijepljenje u Republici Hrvatskoj zakonski je regulirano i treba se poštovati. Zdravstvene ustanove koje obavljaju obveznu imunizaciju, kao i zdravstveni djelatnik u privatnoj praksi dužni su voditi evidenciju o provedenoj imunizaciji za svaku osobu koja podliježe toj imunizaciji. Svi podatci o obavljenoj imunizaciji unose se u obrazac „karton cijepljene

osobe“. Međutim, u Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti ne postoji odredba kojom se roditelja može prisiliti da cijepi svoje dijete. Ako roditelj odbije čin cijepjenja svojega djeteta, bit će prijavljen Sanitarnoj inspekciji te ga Ministarstvo zdravstva može tužiti. U tom slučaju, dobiva novčanu kaznu od 2.000 kuna. Glavni razlog zbog kojega roditelji odbijaju cijepiti svoju djecu jesu nuspojave koje za sobom povlači cijepjenje. Nakon cijepjenja provedena tijekom 2010. godine u Republici Hrvatskoj službi za epidemiologiju zaraznih bolesti prijavljeno je 277 nuspojava. Najveći broj nuspojava (122) zabilježeno je kod primjene MoPaRu cjepiva: parotitis postvacc., meningitis serosa postvacc., limfadenitis vrata, egzantem, febrilno stanje i rubella postvacc. Drugo, po broju nuspojava, jest DTPa-IPV-HiB cjepivo (39): alergijska reakcija (urtikarija), hipotono-hiporesponzivna epizoda, lokalna reakcija, povišena tjelesna temperatura, neutješan plač, osip i tremor. Potom slijedi DTPa cjepivo čija je primjena izazvala pojavu pireksije i lokalne reakcije u 37 slučajeva. Primjena Td (+ IPV) uzrokovala je lokalnu reakciju u 24 slučaja. Na kraju možemo spomenuti kako je primjena BCG-a u određenih pojedinaca izazvala eritem, limfadenitis i lokalnu reakciju.

3.2.3.2.1. Cijepjenje i nuspojave cijepjenja

Jedno od važnijih načela u medicinskoj etici jest načelo čina s dvostrukim učinkom. Naime, riječ je o tome da jedan namjeren čin može, osim izravnoga željenog učinka imati i neizravni, neželjeni učinak koji je usko i neizbježno vezan za željeni učinak. Najbolji primjeri takvih činova jesu cijepjenje i terapija opioidima u terminalnoj fazi života. Popratne pojave cijepjenja mogu biti vrlo blage, ali i vrlo ozbiljne. Novim se tehnologijama nastoji dobiti cjepivo visoke imunogenosti i niske reaktogenosti, no popratne su pojave često neizbježne. U sredstvima javnoga priopćavanja spominju se slučajevi štetnih posljedica nakon cijepjenja, također se navode mišljenja stručnjaka koji se zalažu za cijepjenje i protiv cijepjenja. Navedeni su neki slučajevi za razmatranje bez izjašnjavanja 'za' i 'protiv' cijepjenja.

Štetne posljedice cijepjenja u BiH istražuju i Amerikanci (preuzeto iz javnih medija)

Do sada podnesene 74 prijave protiv domova zdravlja u Bosni i Hercegovini

Akcija Udruge roditelja teško bolesne djece u Bosni i Hercegovini „Prijavi svoga pedijatra“ postigla je velike rezultate. Kako su nam rekli u toj udruzi, do sada su podnesene 74 prijave protiv domova zdravlja u kojima su djeca primila sporna cjepiva od kojih su kasnije imali trajne komplikacije i poremećaje. Ne možemo tužiti pedijatre osobno jer svaki put dijete je prije primanja cjepiva primio drugi pedijatar. Zbog toga tužimo domove zdravlja jer smatramo da djeca nisu pregledana na ispravan način i postojale su indicije da dijete nije

trebalo primiti ta cjepiva – rekli su nam u spomenutoj udruzi. Oni su prije nekoliko dana izašli u javnost s podacima o tome koji će domovi zdravlja biti tuženi, a, naravno, reakcija nije izostala. Pedijatri u Širokom Brijegu, gdje su zabilježena tri spomenuta slučaja, opovrgnuli su svoju odgovornost u tim predmetima te su istaknuli da nije bilo propusta s njihove strane. U svakom slučaju, istraga bi u konačnici trebala pokazati tko je napravio propuste u tim slučajevima i jesu li djeca u određenom trenutku smjela primiti cjepivo. Udruženje roditelja teško bolesne djece u BiH u američki je sustav za prijavu štetnih posljedica cijepljenja (VAERS) dosad upisalo 30 prijava iz BiH. Radi zaštite privatnosti dojenčadi prijave se izravno upisuju u bazu ulaznih podataka jer je Udruženje od VAERS-a dobilo takvu uputu za unošenje podataka. Upisane se prijave odnose na štetne posljedice cijepljenja nastale nakon upotrebe doniranih cjepiva u BiH, a koje ili pedijatri nikada nisu prijavili ovlaštenim entitetskim povjerenstvima ili ih povjerenstva nisu službeno registrirala nakon prijma, kako bi se broj ovakvih komplikacija u našoj zemlji prikazao manjim nego što stvarno jest. VAERS (*Vaccine Adverse Events Reporting System*) ima 54 845 prijava komplikacija nastalih nakon cijepljenja iz Amerike i drugih zemalja u svijetu i čuva obrađene podatke od 1999. do 2011. godine. VAERS-u su prijavljena teška i trajna neurološka oštećenja zdravlja dojenčadi iz BiH nastala nakon cijepljenja u prvih dvanaest mjeseci života.

Za takva oštećenja naši su liječnici rekli „da nije od cijepljenja“, iako nije bilo dovoljno elemenata za zaključivanje.

Naime, dojenčadi uzorci krvi, tkiva, moždane tekućine i urina nisu slani na laboratorijske pretrage prije davanja mišljenja o postojanju ili nepostojanju uzročno-posljedične veze između cijepljenja i oštećenja zdravlja, a upotrijebljene bočice cjepiva također nisu poslane na toksikološku analizu. Udruženje je iz roditeljskih prijava iz BiH u ovu, prvu skupinu prijava poslanih u VAERS izabralo potpuno dokumentirane slučajeve kako bi se istaknuo problem prikrivanja broja štetnih posljedica cijepljenja u Bosni i Hercegovini izazvan doniranim cjepivima.

VAERS-u su do sada prijavljeni slučajevi samo one dojenčadi u koje se ozbiljna neurološka reakcija pojavila ili samo nekoliko sati nakon primanja cjepiva ili samo nekoliko dana nakon primanja cjepiva.

Mišljenje dr. sc. Lucije Tomljenović (radi u laboratoriju na Medicinskom fakultetu Sveučilišta Britanska Kolumbija)

Zašto se baš toksični aluminij upotrebljuje u cjepivima? Znamo da novorođenče u dobi od dva mjeseca u Americi preko cjepiva unese 862,5 µg Al/kg tjelesne mase. Što pokazuju toksikološka istraživanja? Kolika je količina štetna za ljudski organizam, napose dječji?

Aluminij se upotrebljava u cjepivima jer je prilično efikasan stimulator imunosti. Medicinski autoriteti, nadalje, tvrde da su rizici za zdravlje zanemarivi, no takve su izjave u oštroj suprotnosti s gomilom znanstvene literature. Na primjer, injekcija 1 mg/kg aluminijskih nanočestica dovoljna je da u odraslih štakora prouzroči značajne upalne manifestacije u mozgu životinja. Prema američkom rasporedu cijepljenja, djeca u dobi od 2, 6 i 15 mjeseci primaju slične količine aluminija putem rutinskih pedijatrijskih cjepiva. Dobro je utvrđeno da jaka stimulacija imunskog sustava može izravno stimulirati sintezu proupalnih citokina u mozgu. Štoviše, proupalni citokini koji su obično uzrokovani stimulacijom cjepivima, povišeni su u krvi, cerebrospinalnoj tekućini i u mozgu autističnih osoba.

Najnovija istraživanja također pokazuju da nanočestice aluminijskih adjuvansa imaju jedinstvenu sposobnost da prijeđu krvno-moždanu barijeru i potaknu štetne upalne reakcije u središnjemu živčanom sustavu. Ta zapažanja djelomice razjašnjavaju zašto velika većina prijavljenih nuspojava nakon cijepljenja pripada kategoriji neuroloških i neuropsihijatrijskih poremećaja.

*... Objavili ste rad o HPV cjepivu, Gardasilu.***** Što mislite o njegovoj djelotvornosti? Naime, to se cjepivo i u Hrvatskoj preporučuje (nije obvezno) osobama ženskoga spola u dobi od 9 do 26 godina.*

Obrazloženje trenutanih programa cijepljenja širom svijeta protiv humanog papillomavirusa (HPV) polazi od dviju osnovnih premisa:

- 1) kako će HPV cjepiva spriječiti rak materničnog grljka i spasiti živote te*
- 2) kako nema opasnosti od ozbiljnih nuspojava.*

Dakle, trebalo bi se raditi na tome da se što više djevojčica predadolescentne dobi cijepi kako bi se smanjio broj oboljelih od raka grljka maternice. No, pažljiva analiza podataka o HPV cjepivu skupljenih prije i nakon odobravanja cjepiva pokazuje kako nijedna premissa nije u suglasju s činjeničnim dokazima te su obje uvelike izvedene iz značajnoga pogrešnog tumačenja dostupnih podataka.

Činjenica je da HPV cjeviva do sada nisu spriječila nijedan jedini slučaj raka materničnog grljka (a kamoli smrt od njega) no, još uvijek se nastavljaju promovirati kao cjeviva protiv raka grljka maternice...

3.2.3.2.2. Odbijanje cijepljenja

Cijepljenje

Majka koja je odbila cijepljenje pobijedila na sudu: Ovo je dokaz terora. Zlostavljanje i prijetnje kazneno su djelo samih državnih organa, za koje ne vjerujem da će itko ikada odgovarati. Datum objave: 20. 7. 2015 | 08:53 Autor: pz/VL

Majka sedmomjesečnoga djeteta I. B. odluku o necijepljenju svoga djeteta donijela je zajedno sa suprugom, pri čemu su imali potporu obitelji, kao i većine prijatelja. Glavni razlog bila su razna svjedočanstva roditelja čija su se djeca zbog toga razboljela.

Pismeno se obratila i Ministarstvu zdravstva RH i tražila da joj izdaju potvrdu da joj dijete neće razviti nikakvu nuspojavu na cjeviva kojim bi ga trebala cijepiti prema programu. Međutim, dobila je odgovor da joj takvu potvrdu nitko ne može izdati jer nuspojave postoje, piše „Večernji list“.

Samo četiri sata nakon što je rodila počeli su pritisak, prijetnje i nagovaranje da pristane svoje dijete cijepiti. Pedijatrica u bolnici tražila je da potpiše različite izjave i pitala ju je li svjesna da svojom odlukom ugrožava svoje dijete, ali i drugu djecu. Pri tome nije znala reći ništa o sastavu cjeviva kao ni o ozbiljnijim nuspojavama. Na kraju ništa nije potpisala, ali unatoč svim pritiscima, nije dopustila cijepljene djeteta. Međutim, samo 15 dana od porođaja na kućnu adresu dobila je obvezni prekršajni nalog Ministarstva zdravstva uz rok od osam dana za prigovor.

„Odmah nakon rođenja svog djeteta, doslovno četiri sata nakon porođaja, trpjela sam zlostavljanje medicinskih djelatnika, raznih službi, a pretrpjela sam i golem strah i to ponajprije za zdravlje djeteta. Strahovala sam od raznih optužbi do te mjere da sam se bojala pokušaja oduzimanja djeteta. Bila sam diskriminirana, i ja i moje dijete je diskriminirao pedijatar. Zlostavljanje je bilo u tolikoj mjeri da smo ja i suprug planirali napustiti Hrvatsku, a tu namjeru i dalje imam u slučaju da se takav teror nastavi nad mojom obitelji“, riječi su majke sedmomjesečnog djeteta I. B. iz Zagreba koja je među rijetkima u Hrvatskoj dobila sud zato što je odbila cijepiti dijete odmah nakon rođenja.

Nekoliko mjeseci nakon porođaja i nakon nedavno donesene presude kaže kako ona za nju i obitelj znači veliku satisfakciju, piše „Večernji list“.

„Ova oslobađajuća presuda samo dokazuje teror i zlostavljanje koji se provodilo nad mojom obitelji, a koji se i dalje provodi nad roditeljima, koji zbog straha od kazne cijepaju svoju djecu. Mislim tu na nasilno tjeranje roditelja da se pridržavaju propisa koji nisu u skladu s Ustavom i zakonima RH, kao ni s međunarodnim konvencijama o ljudskim pravima, što je upravo natjeralo 18 zemalja EU da ukinu obvezu cijepjenja, a što stoji i u obrazloženju presude. U konačnici takvo postupanje, zlostavljanje i prijetnje sasvim sigurno predstavljaju kazneno djelo samih organa države, za koje ne vjerujem da će itko ikada odgovarati“, zaključila je I. B.

Što ako odbijete cijepiti dijete?

U Hrvatskoj je cijepljenje djece obvezno i zakonom propisano, a roditelje koji odbiju cijepiti svoju djecu može se i novčano kazniti. Ako roditelji odbiju cijepiti dijete, liječnik ih može prijaviti i Centru za socijalnu skrb zbog zanemarivanja djeteta. To nije spriječilo roditelje koji ustraju na stajalištu da je od cijepjenja više štete nego koristi da osnuju udrugu pod nazivom „**Život ili cijepljenje**“ kojom žele informirati javnost o potencijalnoj štetnosti cijepjenja kako bi se sadašnji zakon promijenio i kako bi svaki pojedinac samostalno mogao donositi odluke o svom zdravlju za sebe i za svoju djecu a ne pod prisilom zakona.

Udruga na svojim web-stranicama navodi kako je *„mnogim ljudima koji su za sebe i svoju obitelj istražili temu cijepjenja u našoj zemlji i izvan nje jasno da je cijepljenje sustavan, podmukao i krajnje opasan oblik eliminacije i potpune kontrole stanovništva. Neki od tih ljudi smo mi, osnivači udruge Život ili cijepljenje, koji smo odlučili učiniti konkretne akcije u svrhu osvješćivanja stanovnika Republike Hrvatske na temu cjepiva, odnosno cijepjenja te mogućnosti izražavanja elementarnog prava svake osobe, prava na zdrav život, kroz promjenu trenutačne represivne zakonske regulative. Do osnutka udruge nije postajao niti jedan organizirani pravni subjekt koji jasno odgovara na pitanje mnogih građana Republike Hrvatske: Da li su cjepiva, odnosno cijepljenje, štetna za mene i moje dijete?“*

Kazna za necijepljenje je 2000 kuna.

Ako roditelji odbijaju cijepiti dijete, tada su, prema Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti, liječnici dužni roditelja prijaviti Sanitarnoj inspekciji. Na temelju odredbe čl. 77. Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti, kazna iznosi 2 tisuće kuna za roditelja, odnosno skrbnika, koji ne provede imunizaciju protiv bolesti utvrđenih Programom cijepjenja. Roditeljima koji odluče ne cijepiti dijete savjetuje se da slijede upute koje je sastavio Europski ured Svjetske zdravstvene organizacije. Svaki put kada je dijete bolesno i

zbog toga se vozi u kolima hitne pomoći, ako posjetite hitnu službu u bolnici ili pak posjetite djetetova liječnika ili drugog liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti morate reći zdravstvenim djelatnicima da dijete nije primilo sva cjepiva preporučena za svoju dob.

Dva su razloga zbog kojih liječniku svakako morate predložiti djetetov cjepni status: pri procjeni djetetova zdravstvenog stanja liječnik će uzeti u obzir mogućnost da dijete ima bolest protiv koje se provodi cijepljenje, poput ospica, zaušnjaka, hripavca ili difterije. Ove bolesti još uvijek postoje i liječnik će morati računati na mogućnost da je dijete oboljelo od neke od njih. Ako dijete ima neku od bolesti protiv koje se cijepi, zdravstveni djelatnici koji se brinu o djetetu mogu poduzeti mjere poput izolacije, da se bolest ne proširi na druge osobe. Inače, po zakonu su kontraindikacije na cjepivo opravdan razlog za odbijanje cijepljenja, a procjena je pedijataru kako je u populaciji manje od pet posto djece koja imaju alergijske reakcije na cjepivo.

Ogorčena i šokirana majka: Kako je moguće da je moje dijete dobilo bolest protiv koje je cijepljeno?

ZADAR – Šestogodišnja djevojčica iz Zadra, koja uskoro kreće u prvi razred, prije dva tjedna primila je cjepivo protiv ospica, zaušnjaka i rubeole. Riječ je o obaveznom cjepivu Mo Pa Ru, koje pred polazak u školu moraju primiti sva djeca predškolske dobi. Međutim, 16. dan nakon cijepljenja djevojčica je dobila zaušnjake! Njezina majka, ogorčena i šokirana time što se dogodilo njezinoj djevojčici, razmišlja o tužbi.

Zašto se predškolska djeca i dalje cijepu MoPaRu-om kad stručnjaci već godinama upozoravaju na štetnost toga cjepiva? Kako je moguće da cijepim dijete protiv zaušnjaka, a ono nakon dva tjedna dobije tu bolest? To je suludo! Ne želim niti pomisliti što bi bilo da je dobila meningitis, koji je isto tako nuspojava toga cjepiva.

3.2.4. Poteškoće pri komunikaciji s bolesnikom

U kliničkoj praksi ima slučajeva otežane komunikacije zbog mentalnih poteškoća koje bolesnik ima te nepoznavanja/nerazumijevanja jezika pa je nužno naći osobu koja može pomoći liječniku. Ako je riječ o nepoznavanju jezika, treba naći prevoditelja koji će pomoći liječniku da obavijesti bolesnika o njegovu zdravstvenom stanju, dijagnostičkim i terapijskim postupcima.

Bolesnik, 69-godišnji imigrant iz Irana, doveden je u bolnicu jer: iskašljava krv, teško diše, osjeća bol u prsima, umor i ima glavobolju. Nakon stabilizacije stanja napravljena je dijagnostička obrada. Postoje poteškoće u komunikaciji s bolesnikom jer on ne govori engleski, govori samo materinski jezik.

U bolesnikovoj su pratnji njegova supruga, koja ne govori engleski, i njegov sin koji govori engleski. Budući da u bolnici nitko ne zna bolesnikov materinski jezik, teško se sporazumjeti i potrebno je okupiti zdravstveno osoblje kada je sin u bolnici tako da se uz njegovu pomoć komunicira s bolesnikom. Bolesnik ima svoje navike i vjerska uvjerenja pa zbog toga odbija jesti bolničku hranu. Hranu mu donose supruga i sin izvana.

Nakon dijagnostičke obrade liječnik želi priopćiti bolesniku rezultate obrade pa odlazi do bolesnika da mu ih priopći. U njegovoj je pratnji bolesnikov sin koji će pomoći kao prevoditelj. Liječnik se rukuje s bolesnikom i nakon kratkog uvoda kaže bolesniku da ima rak. Sin kaže ocu da je bolestan, ali ne prevede točno što je liječnik rekao. Nakon toga liječnik, pokazujući dva prsta, objašnjava bolesniku da se liječenje može provesti kemoterapijom i zračenjem. Prvo bi trebalo primijeniti kemoterapiju. Bolesnik shvaća da je situacija ozbiljna i postaje uznemiren, a njegov sin mijenja liječnikovu izjavu i kaže da je liječnik kazao da mora dobro jesti i da se mora više odmarati! Također kaže ocu da je liječnik preporučio neke „jake lijekove“ koji bi mu mogli biti od pomoći. Bolesnik kaže da bi on želio biti u krugu svoje obitelji te poboljšati svoju prehranu i više se odmarati nego uzimati „jake lijekove“. ...

3.2.5. Odluka i autorizacija

Kada bolesnik donese odluku, on potpisuje izjavu (autorizira) i time potvrđuje da je informiran o dijagnozi, planiranim postupcima, mogućim komplikacijama, rizicima od liječenja i očekivanoj prognozi liječenja. Ako bolesnik nije razumio o čemu je riječ, tada on ne posjeduje odgovarajući kapacitet odlučivanja. Bolesnik ne treba potpisati izjavu ako nije razumio obavijest o svojem zdravstvenom stanju i postupcima koji se planiraju poduzeti. Bolesnik je odgovoran za svoje zdravstveno stanje, on treba govoriti istinu tako da bi liječnik mogao donijeti najbolju odluku u njegovu interesu. Ako bolesnik ne govori istinu, on onemogućuje liječnika da donese ispravnu odluku.

Treba naglasiti da obavijesni pristanak ne može uvijek biti potpun, da ne postoji potpuna bolesnikova autonomija pri odlučivanju, ne postoji cjelovit kapacitet odlučivanja, ne postoji

cjelovita obaviještenost o bolesnikovu zdravstvenom stanju i uvijek se ne ostvaruje plan liječenja.

Kako se može utjecati na bolesnika u vrijeme dobivanja pristanka?

Utjecati se može na taj način da se bolesniku daju krive informacije, možemo ih svrstati u tri kategorije: prisiljavanje, manipulacija i nagovaranje. Prisila je uvijek neetičan postupak. Manipulacija podrazumijeva nepotpunu informaciju i djelomično neistinitu informaciju, odnosno određenu laž, izostavljanje vitalne informacije ili promišljeno (namjerno) varanje. Manipulacija je uvijek etički upitna. Nagovaranje uključuje iznošenje racionalnih argumenata za neki izbor i dopuštena je čak i poželjna u vrijeme postupka dobivanja pristanka. Bolesnik doživljava liječnika kao eksperta na tom području. Upitno je da li je dotični liječnik uistinu ekspert ili se predstavlja kao takav?

U praksi rijetko susrećemo idealne situacije te propisani standard brige mora biti u skladu s realnim mogućnostima.

Tijekom edukacije liječnici trebaju naučiti kako nastaje obavijesni pristanak, njegovo medicinsko, pravno i etičko značenje. Liječnik se treba izvježbati za postupke nastanka obavijesnoga pristanka. Nadalje, trebaju naučiti kako razriješiti neuobičajene situacije. Treba naglasiti da za sustavan pristup, za evaluaciju kliničkih etičkih problema i raspravu o njima treba razmotriti četiri glavna čimbenika, a to su:

1. indikacija za medicinski postupak,
2. kvaliteta života prije planiranih medicinskih postupaka,
3. očekivana kvaliteta bolesnikova života nakon medicinskih postupaka i
4. želje bolesnika i paramedicinske čimbenike.

Liječnik ne smije poslati sestru da ona traži bolesnikov pristanak, autorizaciju, jer je to neprofesionalan i neetičan postupak (u praksi se događa). Pri dobivanju obavijesnoga pristanka sestra ima svoju ulogu, ali ona ne treba raditi posao liječnika. Na obrascu suglasnosti ili odbijanja suglasnosti mora biti napisana dijagnoza i planirani postupak (dijagnostička pretraga, operacija).

3.2.6. Surogat-konsenzus

Djeca ne mogu dati odobrenje za medicinske postupke. Za djecu pristanak daju roditelji ili staratelji koje je odredio sud (ili prema zakonu). Treba naglasiti da je neku djecu sud

proglasio emancipiranima i da mogu donositi odluke o nekim pitanjima (spolna reprodukcija, brak maloljetnika), ali inače oni nisu kompetentni da donose druge odluke. Stariji maloljetnici mogu biti uključeni u odlučivanje, ali odluku potpisuje roditelj, staratelj. Liječnik će uvijek braniti interes djeteta, odnosno malodobne osobe. Zakon se razlikuje od države do države i liječnik treba biti upoznat sa zakonom države u kojoj radi.

3.2.7. Obavijesni pristanak – pitanja i odgovori

Što se zbiva kada bolesnik ne može dati pristanak?

Kada treba primijeniti medicinske postupke, a bolesnik nije sposoban da odluči o postupcima treba naći osobu koja će u interesu bolesnika odlučiti o predloženim postupcima. Za odrasle osobe odluku donose: pravno određeni zastupnik, članovi najuže obitelji, odvjetnik, osoba koju je odredio sud ili liječnici u bolnici kada nema vremena da se čeka na odluku. Odluka treba biti u interesu bolesnika, a, ako liječnik procijeni da odluka nije u bolesnikovu interesu, može zatražiti preispitivanje takve odluke. Treba postaviti pitanje kako bi odlučio bolesnik da je u mogućnosti da odlučuje. Koja je korist, a koja šteta od primijenjenih postupaka? Koliki je rizik od tih postupaka?

Uvijek poštovati bolesnikovu autonomiju kada je to moguće. Ako se može čekati s odlukom, tada treba pričekati da bolesnik ponovno zadobije kapacitet za odlučivanje i da on odluči o medicinskim postupcima. Ako je bolesnik mentalno nekompetentan, sud određuje zastupnika koji donosi odluku i potpisuje izjavu.

Opunomoćenik katkada može loše zastupati interese bolesnika jer je nezainteresiran, ne razumije problem, jer je emocionalno nezreo, nije dorastao novonastaloj situaciji, zbog sukoba interesa ili je riječ o nekompetentnom zastupniku. O svemu ovome treba voditi brigu i braniti interes bolesnika.

U nekim situacijama bolesnik ne razumije jezik i nije kadar shvatiti izloženo te nije u mogućnosti donijeti adekvatnu odluku. Uvijek kada je moguće, treba jezik komunikacije prilagoditi bolesniku, a kada je riječ o stranom jeziku, pronaći osobu koja razumije bolesnikov jezik.

Pristanak se može dati u pisanoj formi, najčešće, a može biti i verbalni pristanak. Kakva će forma pristanka biti, ovisi o zakonskim propisima i o uobičajenim postupcima u nekoj državi ili bolnici. Pristanak može biti izričit ili takav da se podrazumijeva. Potpisani je pristanak negdje pravilo, međutim, nema stalnih pravila kada se traži potpisani pristanak.

Zašto je pristanak važan?

Etičko načelo: bolesnik je osoba koja autonomno odlučuje. Autonoman bolesnik ima pravo slobodno odlučiti o postupcima glede svoga zdravlja. Na ovaj se način izbjegavaju nedopušteni postupci s bolesnikom i bolesnik ima kontrolu nad medicinskim postupcima.

Pristanak je negdje zakonski obvezan. Obično zakon postupke na bolesniku bez pristanka smatra nebrigom. U nekim se zdravstvenim ustanovama opisuje kako se određuje kapacitet i kako se dobiva pristanak. U smjernicama rada liječničkih udruženja ili bolničkih ustanova traži se da se prije medicinskih dijagnostičkih ili terapijskih postupaka bolesnika informira i dobije suglasnost za planirane postupke. To je elementarna, osnovna dužnost liječnika.

Postupak dobivanja pristanka važan je element u komunikaciji između liječnika i bolesnika, bolesnikovo psihičko stanje može se poboljšati jer on shvaća i vidi brigu svog liječnika o njegovu zdravlja (određivanje fizioloških funkcija, mjerenja, otklanjanje bola).

Kako provesti etički i zakonski koncept obavijesnog pristanka u svakodnevnoj praksi?

Na ovo pitanje nema usuglašenog odgovora, već postoje preporuke i edukacija sudionika kako se to radi i o čemu treba voditi brigu.

Dokument, obavijesni pristanak, mijenja se kako se mijenjaju znanstvene, stručne spoznaje i pravni propisi tako da je dužnost zdravstvene ustanove i liječnika da dokument prilagode novim znanstvenim i stručnim spoznajama, kao i zakonskim propisima.

Pri pisanju dokumenta treba se koristiti razumljivim jezikom izbjegavajući znanstvene i stručne izraze te rabiti prvo lice, na primjer: „Ja... (ime bolesnika) ... informiran sam o...”

Kada se izrađuje dokument i kada se dobiva bolesnikov pristanak, postupa se edukacijski, a ne ispunjava se puka zakonska obveza.

Obavijesni pristanak u operacijskoj dvorani

Glede kirurškog liječenja (planirani kirurški zahvati), obavijesni se pristanak počinje stvarati od samog početka dijagnostičkih postupaka i događa se izvan operacijske dvorane, osim u iznimnim situacijama, kada okolnosti nameću drukčije ponašanje.

Koje će informacije biti dane kirurškom bolesniku u postupku dobivanja pristanka?

Opće je pravilo je da bolesnici koji se podvrgavaju anesteziji i kirurškom zahvatu budu informirani o uobičajenim rizicima čak kada oni nisu ozbiljni, zatim o ozbiljnim rizicima od anestezije i operacije, čak i o mogućnostima smrtnog ishoda i u onim situacijama kada on nije uobičajen. Upoznajući bolesnika s mogućim komplikacijama i rizicima katkada je moguće otkriti specifičnu situaciju koju bolesnik nije smatrao važnom. Bolesniku treba iznijeti rizik

od anestezije, kirurškog zahvata, ali isto tako podatak usporediti s drugim situacijama iz života (da se bolesnika ne uplaši).

Što se tiče anestezije, obavijesni pristanak može biti dan prije ulaska u operacijsku dvoranu, u anesteziološkoj ambulanti, u bolesničkoj sobi, pred operacijskom dvoranom ili u samoj dvorani na operacijskome stolu. Kada će biti dobiven pristanak za anesteziju, prije svega ovisi o vrsti kirurškog zahvata i postojećoj organizaciji službe. Ako je riječ o ambulatnoj, dnevnoj kirurgiji koja zahtijeva regionalnu ili opću anesteziju koju izvodi anesteziolog, moguće je da se prvi kontakt bolesnika i anesteziologa događa u operacijskoj dvorani, što nije uvijek prihvatljivo. Treba razlikovati mogućnosti od želja. Tako se organizacija posla pravi prema vrsti medicinskih postupaka, organizacijskim mogućnostima ustanove, bolesnikovim financijskim mogućnostima, uobičajenim postupanjem i drugo. Ako nije potrebno da bolesnik dolazi k anesteziologu prije ulaska u bolnicu, tada se to ne radi jer to opterećuje bolesnika financijski, ali i vremenski, a isto tako zahtijeva raspoloživost anesteziologa. Uobičajeni način postupanja provodi se u nekoj zemlji, medicinskoj ustanovi, a drukčije se postupa samo u situacijama kada je to potrebno. Naravno da medicinski postupci nose određeni rizik za bolesnikovo zdravlje, ali preširoka dijagnostička obrada i velik broj posjeta specijalistima ne će otkloniti rizik u cijelosti, a financijski će opteretiti bolesnika ili zdravstveno osiguranje.

Je li kirurški pristanak dovoljan kao pristanak za anesteziološku skrb?

Princip je da bolesnik dobije najbolje informacije o postupcima i mogućim rizicima koje oni nose. Kirurg će informirati bolesnika o kirurškim postupcima i mogućim rizicima, a anesteziolog će ga informirati o anesteziološkim postupcima i rizicima. Tako se preporučuje da imamo dva odvojena dokumenta, jedan za kirurške, a drugi za anesteziološke postupke. Na taj način ne dolazi do sukoba interesa, što je osobito važno kada liječenje ne teče planiranim tijekom, kada nastupe komplikacije.

Teškoća je u tome što nije jasno naznačeno koliko bolesnik treba znati o anesteziji, komplikacijama i rizicima. Načelno bi trebalo kazati koliki je postotak komplikacija kod nekih postupaka, ali se postavlja pitanje koliko će to uznemiriti bolesnika. Anestezija sama po sebi znači stres za bolesnika, koji razgovorom i medikamentima snizujemo na najmanju moguću mjeru. Ako bolesniku izložimo sve moguće komplikacije i njihovu učestalost, to će, sigurno, utjecati na njihovu odluku. Kao primjer možemo navesti učestalost glavobolja nakon subarahnoidalne anestezije. Ako bolesnik čuje da je riječ o teškim glavoboljama, on će odbiti subarahnoidalnu anesteziju.

Štetimo li bolesniku (izazivamo li stres i zabrinutost) kada mu govorimo o rizicima od anestezije i kirurškog liječenja?

Terapijska povlastica, ili ideja da informacije mogu štetiti pacijentu, često je citirana kao razlog za smanjivanje rasprave, razgovora, o riziku s bolesnikom u vrijeme podvrgavanja anesteziji i kirurškom liječenju. Mnoge studije pokazuju različite pristupe. Bolesnik u što većem broju slučajeva treba dobiti pravu informaciju. Prema sudskim odlukama, jasno je da sud traži potpunu i točnu informaciju bolesniku o svim rizicima i komplikacijama liječenja. Liječnik može odlučiti da ne će dati potpunu informaciju, ali treba imati čvrst razlog za to.

Moguća je promjena kirurškoga plana i na to treba upozoriti bolesnika. Već je prije naznačeno u kojim je stanjima dobiveni pristanak pravno upitan.

Obavijesni pristanak pri hitnim stanjima

Što će liječnik učiniti u hitnosti, kada bolesnik nije sposoban donijeti odluku, a odgađanje liječenja može uzrokovati oštećenje zdravlja ili bolesnikovu smrt?

Ako bolesnik nije kadar dati izjavu, a nema rodbine, tada dva liječnika mogu umjesto bolesnika potpisati izjavu kada je to u bolesnikovu interesu. Preporuke, profesionalni standardi i zakonski propisi razlikuju se od zemlje do zemlje.

Svjestan, kompetentan bolesnik ima pravo izbora u vezi sa svojim zdravljem u hitnim stanjima, upravo kao i kod rutinske skrbi. Ako se može čekati da se vrati sposobnost bolesnikova odlučivanja, čeka se, a, ako to nije u bolesnikovu interesu, postupa se tako da to bude u njegovu najboljem interesu.

Obavijesni pristanak u jedinicama intenzivnog liječenja

U jedinicama intenzivnog liječenja liječe se najteži bolesnici, bolesnici koji nisu u terminalnoj fazi bolesti, koji su često u besvjesnome stanju i bez odgovarajućeg kapaciteta odlučivanja. Za takve je bolesnike potrebno dobiti pristanak rodbine ili pravnog zastupnika da bi se legalno liječilo bolesnika. Bolesnici u jedinicama intenzivnog liječenja često su izloženi bolničkim infekcijama (ventilator pneumonije, bolnički sojevi bakterija), tako da one mogu pogoršati zdravstveno stanje bolesnika i uzrokovati smrt. O ovome treba obavijestiti rodbinu, pravnog zastupnika itd. te dobiti suglasnost za dijagnostičke postupke i liječenje u takvim uvjetima. Rodbina mora biti obaviještena o rizicima i komplikacijama liječenja te ima pravo zatražiti premještanje u drugu ustanovu. Zahtjev rodbine bit će razmotren s medicinskog, pravnog, etičkog i financijskog stajališta, ali uvijek u bolesnikovu interesu.

Obavijesni pristanak pri medicinskim istraživanjima

Kada se obavlja kliničko ispitivanje primjene novih lijekova, potrebno je da se ispitivanje obavi na dobrovoljcima, bilo zdravima bilo bolesnima. Ispitanici dobrovoljno pristaju na ispitivanje, moraju biti dobro informirani o svrsi ispitivanja, očekivanim učincima lijeka, mogućim komplikacijama, rizicima od uzimanja lijeka, kao i mogućim nepoznatim učincima.

Punovaljan obavijesni pristanak zahtijeva:

- potpunu informaciju o ispitivanju
- da je ispitanik shvatio informaciju
- dobrovoljni pristanak bez pritisaka i drugih utjecaja.

Mora biti razjašnjeno koja je ispitanikova uloga, koliko dugo će trajati ispitivanje, koje su koristi za njega, a koje za druge, koje su moguće štete za njega, kolika će biti novčana nagrada za sudjelovanje u ispitivanju, ispitanik mora biti upoznat s mogućnošću da odustane od sudjelovanja u ispitivanju, mora biti upoznat s mogućnošću promjene plana ispitivanja ili njegova obustavljanja.

Etički je princip poštovanje ispitanikove osobe koja je informirana i koja dobrovoljno sudjeluje u ispitivanju te koja pristaje na ispitivanje samovoljno bez ikakvih pritisaka. Dokument o pristanku treba biti napisan jasno, jednostavnim jezikom, bez uporabe znanstvenih i stručnih izraza tako da prosječno obrazovan čovjek može nedvojbeno shvatiti o čemu je riječ.

Istraživač se pri istraživanju treba pridržavati zaključaka Helsinške deklaracije, preporuka Vijeća za Međunarodne organizacije za medicinsku znanost, genetičari će se upoznati s preporukama Organizacije ljudskog genoma i poštovati ih.

Moguće su zloporabe obavijesnog pristanka tako da se ispitanike ucjenjuje, na neki način prisiljava da sudjeluju u istraživanju, da im se ne da dovoljno informacija ili da ih se o bitnom uopće ne informira. Primjeri zloporabe obavijesnog pristanka jesu izlaganje djece infekciji hepatitisa i neliječenje oboljelih od sifilisa. I u jednom i u drugom slučaju postojao je obavijesni pristanak, ali je napravljen na neetičan način, što upućuje na to da u praksi, i unatoč svim medicinskim protokolima, pravnim propisima, postoji neetično ponašanje. Zato je potrebna neovisna, stručna kontrola rada da bi se zlopotrebe smanjile na najmanju moguću mjeru jer ih nije moguće potpuno otkloniti.

Placebo

Upotreba je placeba, etički gledano, vrlo upitna jer, ako je netko bolestan, nije etično da on, kada zatraži liječničku pomoć, dobiva bezvrijedno sredstvo umjesto lijeka (bio lijek više ili

manje uspješan). O problemu placebo mnogo se govori i u nekim sredinama primjena placebo nije dopuštena.

U Republici Hrvatskoj imamo zakonom propisan obavijesni pristanak (Zakon o zaštiti prava pacijenata), ali se u praksi ne provodi u cijelosti ili se provodi samo formalno, a ne i stvarno, što znači da bolesnik potpisuje dokument a da nije dobio potpunu informaciju o svojem zdravlju i postupcima liječenja koji će biti primijenjeni. Nadalje treba naglasiti da svaka ustanova ima svoj formular (dokument) na kojemu se manje ili više navodi zakonska odredba ili se samo spominje. To znači da ne postoji nacionalni konsenzus o tom pitanju. Ne postoji dogovor koliko informacija dati bolesniku te ne postoje neke preporuke koje bi olakšale posao liječniku i bolesniku omogućile bolje shvaćanje.

4. Pravo na život

4.1. Pravo na život temeljno je ljudsko pravo

4.1.1. Međunarodni dan života

4.2. Pravo na pobačaj

4.2.1. Pobačaj (abortus), zakonske odredbe

4.2.2. Ozakonjenje pobačaja u SAD-u

4.2.3. Neuspio pobačaj (slučaj Gianna Jessen)

4.3. Status ljudskog embrija

4.4. Medicinski potpomognuta oplodnja

4.4.1. Zamrzavanje jajnih stanica

4.4.2. Krioprezervacija

4.4.3. Stajališta monoteističkih religija prema medicinski potpomognutoj oplodnji

4.4.4. Mišljenja liječnika praktičara

4.4.5. Dijete iz epruvete

4.5. Surogat-majčinstvo

4.6. Priziv savjesti

4.7. Reprodukcijska prava

4. Pravo na život

Pravo na život temeljno je ljudsko pravo. Svetost života temelj je na kojemu se razvila liječnička struka i na tom je temelju izgradila svoj identitet razvijajući potom svoj profesijski etički kodeks. Princip očuvanja života doveden je u pitanje jer su ozakonjeni eutanazija i pravo na abortus. Danas je princip očuvanja života podređen odluci pojedinca koji odlučuje o životu ili smrti. Organizirane su udruge koje promiču prava žene na abortus, pravo pojedinca na smrt. Udruge za pravo žene na pobačaj i pravo bolesnika na eutanaziju ne promiču život, nego smrt. Pojedinac koji želi dokončati svoj život traži da liječnik obavi eutanaziju i na taj je način princip očuvanja života pogažen. U nekim je zemljama eutanazija ozakonjena prema propisanim uvjetima (npr. Nizozemska, Belgija...). Danas postoje suprotstavljena gledišta kulture života nasuprot kulturi smrti. U današnjem se svijetu promiče ponašanje s pomoću golog nagona, prepuštanja seksualnim užiticima, iskazivanje grubog čina volje, kontrola rađanja, kontracepcija, scijentizam, eugenika (papa Ivan Pavao II.).

Kultura smrti odbacuje čovjeka kao osobu, provodi čovjekovu depersonalizaciju. Pravo na eutanaziju pokazuje da mnogi vjeruju kako između čovjekova postupanja prema drugim ljudskim bićima i postupanjima prema životinjama ne postoji nikakva razlika, pa dokončati život nekom starcu ili starici koja pati postaje čin milosti istovjetan onomu što ga pokazujemo kada na isti način i zbog istog razloga dokončavamo život ostarjelom kućnom ljubimcu koji boluje od teške bolesti. Pobornici kulture smrti svode hendikepirano ljudsko biće na status obične životinje. Oni smatraju da su ljudi jedini izvor reda, da su ljudi najbogatija bića u svemiru bez Boga. Čovjek definira dobro i zlo, definira rođenje, život i smrt. Čovjek stvara sam sebe po slici koja mu se dopada.

Pitanje je je li čovjek biće koje samo teži za užitkom i biće koje je, kad su mu užitci zbog starosti, bolesti ili dosade uskraćeni, spremno jedino za samouništenje, bilo da digne ruku na sebe bilo tako da mu u tome pomažu drugi.

Zamjena prirodnog razmnožavanja neprirodnim mehaničkim metodama začeca posljedica je tehnološkog napretka pa spolnost tako biva svedena na potragu za golim užitkom.

Personalizam se žestoko protivi svođenju čovjeka na neko niže biće (kao što je zvijer, pa čak i niže od zvijeri, na složene kemijske spojeve), kao što se protivi i čovjekovu uzdizanju na položaj samostvoritelja.

Hemlock Society jest organizacija koja je promicala eutanaziju (1980.). Glavni arhitekt Dereck Humphry (napisao je priručnik pod naslovom *Final exit – Konačan izlaz*, 1991. godine, priručnik kako se najlakše ubiti).

Peter Singer piše: „Nakon što je gotovo dvije tisuće godina vladala našim mišljenjem i našim odlukama o životu i smrti, tradicionalna etika Zapada se urušila.“ On izjavljuje da neki ljudi nisu osobe i da su neke neljudske životinje osobe. Kriterij razlikovanja jest postojanje svijesti. On se ruga duševno zaostalim, koje naziva „povrćem“. Peter Singer tvrdi da bi roditelji u slučajevima kad dojenče boluje od Downova sindroma, kao i inače u slučajevima kada je „život započeo loše“, trebali dati pravo da ubiju takvo dijete najkasnije dvadeset osam dana nakon rođenja. Zbog navedenih stajališta i zalaganja za eutanaziju nazvan je „profesorom smrti“.

Michael Tooley misli da „netom rođena ljudska bića nisu ni osobe ni kvaziosobe, pa ubiti ih nije ni na koji način samo po sebi zlo“. On smatra da ubojstvo tek rođena djeteta postaje zlo tek nakon što ona stekne „moralno značajna svojstva“, što se, prema njegovu mišljenju, događa tri mjeseca nakon rođenja.

Darvinizam je izbrisao sve razlike između ljudskih bića i ostalih životinja, smatrajući ih dijelovima jednog te istog evolucijskog postupka. Je li to tako?

Descartes („Mislim, dakle postojim“) poistovjećuje biće i mišljenje. On je čovjeka isključivo s obzirom na njegovu svijest definirao kao misleću stvar (*res cogitans*), a ne kao osobu koja posjeduje svijest.

Etika bi se trebala usredotočiti na osobu, a ne na količinu sreće koju neka osoba može i ne mora uživati. Živa je osoba ta koja ima pravo na život i nitko, ni Singer, ni bilo tko drugi tko se služi „kalkulatorom za izračunavanje relativne sreće“, ne može joj to pravo ukinuti.

Filozofi i etičari se zalažu i ističu „kvalitetu života“ pojedinca i smatraju da treba prekinuti život loše kvalitete. Pitanje je kako definirati „život loše kvalitete“. Za neke je „život loše kvalitete“ dobar život jer je život!

Katolički se moral ne sukobljava ni u čemu s medicinskom etikom, on je samo produbljuje i naglašava. Hipokrat nije bio katolik, a svaki se katolik može potpuno složiti sa svim postavkama u njegovoj prisezi. Opravdan je oprez pri interpretaciji pojedinih etičkih kodeksa i zaključaka tzv. etičkih povjerenstava jer se i pojam „etika“ može zlouporabiti za ostvarenje pojedinačnih interesa.

To što netko ne može tražiti svoja prava ne znači da ih ne treba imati (embrij ne može tražiti svoja prava, ali ih treba imati). Zaštita nemoćnih, slabih, bolesnih i obespravljenih čovjekova je dužnost, humani čin i pokazatelj zrelosti pojedinca i društva kao cjeline pa je davanje prava jednoj strani u postupku, a uskraćivanje prava druge strane u istom postupku, nepravedno i neetično.

4.1. Pravo na život temeljno je ljudsko pravo

Pravo na život temeljno je i najvažnije ljudsko pravo za koje se zauzimaju pravni akti zemalja širom svijeta. Samim činom rođenja, bez obzira na spol, porijeklo ili državljanstvo stječe se pravo na život. Pravo na život izraz je koji opisuje uvjerenje da ljudsko biće ima bitno pravo na život, a osobito da ljudsko biće ima pravo ne biti ubijeno od drugoga ljudskog bića.

U vrijeme Američke revolucije donesena je 1776. godine Virdžinijska deklaracija prava kojoj se spominje da svi ljudi imaju „pravo na život, slobodu i potragu za srećom“, a nakon nje slijedi Francuska revolucija i Deklaracija o pravima čovjeka i građanina iz 1789. godine. Te dvije deklaracije prvi put sustavno donose popis prava koja se u njihovo vrijeme smatraju urođenima i neotuđivima.

Opća deklaracija Ujedinjenih naroda (UN) o pravima čovjeka iz 1948. godine, Opća deklaracija o ljudskim pravima, koju je usvojila Opća skupština Ujedinjenih naroda, proglasila je u tri članka: „Svatko ima pravo na život, slobodu i sigurnost.“

Sva ljudska bića rađaju se slobodna i jednaka u dostojanstvu i pravima. Ona su obdarena razumom i svijješću i trebaju jedni prema drugome postupati u duhu bratstva (članak 1.).

Svakomu su dostupna sva prava i slobode navedene u ovoj deklaraciji bez obzira na vrstu, kao što su rasa, boja, spol, jezik, vjera, političko ili drugo mišljenje, narodnosno ili društveno porijeklo, imovina, rođenje ili drugi pravni položaj (članak 2.).

Svatko ima pravo na život, slobodu i osobnu sigurnost (članak 3.).

Nitko ne smije biti držan u ropstvu ili ropskom odnosu; ropstvo i trgovina robljem zabranjuje se u svim njihovim oblicima (članak 4.).

Nitko ne smije biti podvrgnut mučenju ili okrutnom, nečovječnom ili ponižavajućem postupku ili kažnjavanju (članak 5.).

Svi su pred zakonom jednaki i imaju pravo, bez ikakve diskriminacije, na jednaku zaštitu zakona. Svi imaju pravo na jednaku zaštitu protiv bilo kakve diskriminacije (članak 7.).

Također, ovim su aktom detaljno definirane i ostale slobode i prava čovjeka, koji time određuju pravo na kvalitetan život i time se još više modelira vizija o pravu na život.

Godine 1950. Europska konvencija o ljudskim pravima, koju je usvojilo Vijeće Europe, proglašava zaštićenim ljudsko pravo na život.

Koncept prava na život u središtu je rasprava vezanih za pitanja pobačaja, smrtne kazne, eutanazija, samoobrane i rata.

Pro-life zagovornici za život tvrde da su „prenatalni ljudi“ prave osobe i imaju ista temeljna prava na život kao i svi ljudi nakon rođenja i smatraju da je pobačaj kao takav nedopustiv.

OPĆA DEKLARACIJA O PRAVIMA ČOVJEKA, KOJU JE USVOJILA OPĆA SKUPŠTINA UN-a

- Svi smo rođeni slobodni i jednaki.
- Ne diskriminiraj druge.
- Pravo na život – svatko ima pravo na slobodu i osobnu sigurnost.
- Zabranjeni su robovanje i trgovina robljem
- Zabranjeno je mučenje.
- Vi imate prava bez obzira na to gdje se nalazite ili kamo idete.
- Svi smo jednaki pred zakonom.
- Vaša su ljudska prava zaštićena zakonom.
- Zabranjeno je samovoljno uhićivanje i zatvaranje.
- Svatko ima pravo na suđenje.
- Svatko je nedužan dok se ne dokaže suprotno.

- Svatko ima pravo na privatnost.
- Svatko ima pravo na slobodu kretanja.
- Svatko ima pravo da traži sigurno mjesto za život.
- Svatko ima pravo na državljanstvo.
- Brak i obitelj su zaštićeni.
- Svatko ima pravo na posjedovanje imovine.
- Svatko ima pravo na slobodu misli, savjesti i vjere.
- Svatko ima pravo na slobodu mišljenja i izražavanja.
- Svatko ima pravo na udruživanje i okupljanje.
- Svatko ima pravo na demokraciju.
- Svatko ima pravo na društvenu i državnu pomoć.
- Svatko ima pravo na rad i slobodan izbor zaposlenja.
- Svatko ima pravo na odmor i igranje.
- Svatko ima pravo na životni standard.
- Svatko ima pravo na obrazovanje.
- Svatko ima pravo na zaštitu autorskih prava.
- Svatko ima pravo na pravedan i slobodan svijet.
- Svatko ima obaveze prema društvu.
- Nitko vam ne može oduzeti vaša ljudska prava.

Nažalost, prava koja su propisana ne poštuju se u svakodnevnom životu!

4.1.1. Međunarodni dan života

Međunarodni dan života obilježava se svake godine **prve nedjelje u veljači**. Dan života podsjeća nas na dar života i na dragocjenosti koje suvremeno društvo zaboravlja. Postoje različite vrste kršenja toga prava – različite vrste ubojstava, kaznena djela kojima se povrjeđuje ili ugrožava čovjekov život, genocid, ratni zločin, teška djela protiv zdravlja ljudi, protiv opće sigurnosti, djela koja kao tešku posljedicu mogu imati lišavanje života jedne ili više osoba.

U Hipokratovoj prisezi, koja je stoljetni temelj medicinske etike, liječnici prisežu da ne će ženi dati sredstvo za pometnuće ploda. U Ženevskoj povelji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 1948. godine piše: „Apsolutno ću poštovati ljudski život, već od

njegova začeca.“ Svjetska zdravstvena organizacija u Londonu je 1949. prihvatila temeljna načela medicinske etike. U njima jasno piše: „Liječnik mora uvijek imati pred očima dužnost čuvanja ljudskog života od trenutka njegova začeca do smrti.“

Nemedicinski pobačaj negira temeljno ljudsko pravo: pravo na život. Zigota je začetak ljudskog bića te je upitno pravo majke da odlučuje o životu drugog bića.

Poseban je problem selektivni fetocid, koji je nastao kao posljedica metoda liječenja neplodnosti i pobačaja.

Službeno stajalište Katoličke Crkve prema životu, odnosno pitanjima umjetne oplodnje i abortusa

Rani crkveni oci poput sv. Jeronima, sv. Ivana Zlatoustog, sv. Klementa Aleksandrijskog i drugih protivili su se pobačaju. Papa Pio IX. donosi 1869. godine odluku o zabrani svih pobačaja.

Papa Ivan Pavao II. u enciklici *Evangelium Vitae* pobačaj naziva posebno teškim i žalosnim zločinom nad životom, jer se uništava ljudsko biće koje je toliko nevino da ne može biti nevinije. Papa se zauzima za stajalište da ljudski život počinje od začeca te da taj život nije ni očevo ni majčino, nego život novoga ljudskog bića. Smatra se da nikada ne bi postao čovjekom ako to nije od prvoga trenutka začeca. Zabranjuje se svaki čin koji dovodi do uništavanja ljudskog embrija. U enciklici se priznaje da se majke pokatkad nalaze u objektivnim teškoćama, zbog kojih se odlučuju na pobačaj. Premda se čini da su uvjeti za život djeteta koje se ima roditi takvi da se čini da bi za njega bilo bolje da se ne rodi, takvi razlozi ipak ne mogu opravdati slobodno uništenje nedužnoga ljudskog bića. Crkva priznaje da su mnoge žene koje su pobacile pri tome imale mučne i dramatične odluke te da im rane na duši još vjerojatno nisu zarasle. Poziva ih se na nadu i otvorenost pokajanju te traženju oprosta i od djeteta koje sada živi u Gospodinu. Crkva ne osuđuje žene, nego čin pobačaja. Papa je izjavio: „Prema tome, autoritetom koji je Krist predao Petru i njegovim nasljednicima, u zajedništvu s biskupima Katoličke Crkve potvrđujem da je izravno i namjerno ubojstvo nevinoga ljudskog bića uvijek teško nemoralno djelo.“ Budući da Krist nikada nije osuđivao osobe, nego zla djela, tako ni papa ne osuđuje jadne žene, muževe i liječničko osoblje, već osuđuje čin pobačaja. U enciklici navodi da katolike ne obvezuju zakoni kojima se ozakonjuju pobačaj, eutanazija i bilo koje drugo ubojstvo nedužnih, već katolici imaju pravo protiviti se takvim zakonima zbog prigovora savjesti.

Tko svojevoljno i svjesno sudjeluje u pobačaju, automatski je izopćen iz Katoličke Crkve i ako želi ponovno postati član Crkve, mora tražiti ponovno primanje.

Majka Terezija u govoru pri dodjeli Nobelove nagrade za mir 1979. godine izjavila je da „najveći uništavač mira danas je krik nevinog, nerođenog djeteta. Kad jedna majka može u svom krilu ubiti svoje vlastito dijete, koji onda gori zločin još postoji od onoga da mi počnemo sami jedni druge ubijati?“.

Muslimani ga također zabranjuju u većini slučajeva, no, ako je ženin život ugrožen, dopuštaju ga kao manje zlo od dvaju zala. Smatraju da fetus nakon 4. mjeseca dobiva živu dušu i nakon toga pobačaj više nije prihvatljiv, osim u slučaju opasnosti za ženin život i u slučaju silovanja.

Neki se **Židovi** protive, a drugi opet podržavaju pobačaj. **Hinduizam** koji kao religija propovijeda nenasilje osuđuje pobačaj, osim kad je majčin život u opasnosti, a **budizam** nema službenoga stajališta.

Unatoč zauzimanju za pravo na život nemoćna nerođena djeca postala su najbrojnije žrtve ljudske slabosti, sebičnosti i manjka savjesti. Moralo ih se djelotvornije zaštititi. S tom svrhom osnovan je Međunarodni komitet za zaštitu nerođene djece. Na zasjedanju u Beču 1986. god. taj je komitet je prihvatio **Povelju o pravima nerođene djece**. U njoj su u sedam točaka formulirana prava nerođenih, a prvo i temeljno pravo glasi: „Nerođeno dijete ima pravo na život!“

Tko štiti prava nerođene djece? Zar nije logično da ih štite majke i očevi? Žena ima pravo slobodno se koristiti svojim tijelom, kao i svi, ali je odgovorna za biće koje je u njoj začeto. Muškarac s kojim je žena začela ima posebnu odgovornost za ženu i dijete. Mnogi bi pobačaji bili izbjegnuti kad bi muškarci preuzimali odgovornost za djecu.

4.2. Pravo na pobačaj

Pobačaj ili abortus (lat. *abruptio graviditatis*) spontani je ili namjerno izazvani prekid trudnoće odstranjenjem ili izbačajem embrija ili fetusa iz maternice prije sposobnosti ljudskog ploda za samostalni život. Može biti: spontani, nehotičan, namjerni (izravan, neizravan). Odluku donosi žena, ali su mogući utjecaji stajalište oca začetoga djeteta, mišljenje roditelja, mišljenje prijatelja, sud o pobačaju u životnoj sredini, kulturološke navike, stav medija. Etički je upitan namjerno izazvani pobačaj koji nema medicinsku indikaciju.

Udruge i pojedinci zalažu se za pravo na pobačaj. Ne postoji usuglašeno stajalište o prihvatljivosti prava na pobačaj, njegovim pravnim osnovama, granicama pravne zaštite i ograničenju toga prava. Etički gledano, postavlja se pitanje zašto pravo. Pravo da se ubije nova jedinka, novi život!?

4.2.1. Pobačaj (abortus), zakonske odredbe

Pobačaj je poznat još od antičkog doba, kada su se za izazivanje pobačaja upotrebljavale razne biljke, oštri predmeti i druge metode. I u grčko i u rimsko doba pobačaj je bio općeprihvaćen zahvat. Pojavom kršćanstva dolazi do promjena u stajalištima glede pobačaja. Tako u 13. st. papa Inocent III. određuje da plod postaje živo biće u trenutku kad se počinje micati u truhu pa pobačaj nakon toga vremena postaje ubojstvo, a prije toga je manji grijeh. Pape nakon njega uvodile su male promjene u vezi s takvim gledištem sve do pape Pija IX., koji 1869. godine donosi odluku o zabrani svih pobačaja. Car Svetoga Rimskog Carstva, Karlo V. donio je 1532. godine Zakonik *Constitutio criminalis Carolina* kojim propisuje smrtnu kaznu za namjerni pobačaj. Tu kaznu Austrija ukida 1787. godine, Francuska 1791. godine, a umjesto toga uvode dugotrajne kazne zatvora. U Engleskoj je čak do 1948. god. kazna za pobačaj bio doživotni zatvor. No, unatoč zabranama, i u SAD-u i u Ujedinjenom Kraljevstvu tijekom 19. stoljeća pobačaji su se nastavili obavljati. Sovjetski Savez, Island i Švedska među prvim su zemljama koje su u 20. stoljeću legalizirale neke ili sve oblike pobačaja.

Do legalizacije pobačaja prvi put je došlo 1920. u Sovjetskom Savezu. Godine 1935. Island je ozakonio abortus, a Švedska 1938. godine. Staljin ga je bio zabranio (1936.) kako bi se povećao broj stanovnika. Godine 1967. pobačaj je ozakonjen u Velikoj Britaniji i u američkim saveznom državama Kaliforniji i Koloradu. U SAD-u je pobačaj zakonski dopušten nakon dvaju sudskih procesa (Roe protiv Wade i Doe protiv Boltona) 1973. godine. Poslije toga rastao je broj pobačaja u SAD-u.

U enciklici *Evangelium Vitae* papa se usprotivio pobačaju, a 1997. izjavio je da je pobačaj holokaust. Papa Ivan Pavao II. bio je protivnik pobačaja pa je tako svetom proglasio Ivanu Berettu Mollu 2004. godine, koja je na svoj zahtjev rodila, makar je bila u životnoj opasnosti. Dijete je preživjelo, a ona je preminula nedugo nakon porođaja.

Kultura života

Gianna Beretta Molla bila je liječnica, a u 39. godini života ostala je trudna i bilo je to njezino četvrto dijete. Rodila je 21. travnja 1962. kći Giannu Emanuelu i sedam dana nakon porođaja umrla. Liječnici su joj u vrijeme trudnoće dijagnosticirali cistu na jajniku i predlagali joj da pobaci kako bi je mogli operirati. Izjavila je: „Ako morate birati između moga i djetetova života, ne oklijevajte, izaberite dijete, inzistiram. Spasite ga.“

Proglašena je blaženom 24. travnja 1994. tijekom Međunarodne godine obitelji. Papa Ivan Pavao II. je 16. svibnja 2004. proglašava svetom. Sv. Gianna (Ivanka) Beretta Molla prva je liječnica koja je proglašena svetom i zaštitnica je trudnica, djece i promicateljica kulture života. Spomendan joj je 28. travnja.

Dana 18. travnja 2008. Parlamentarna skupština Vijeća Europe, skupina sastavljena od članova iz 47 europskih zemalja, usvojila je rezoluciju kojom se poziva na dekriminalizaciju pobačaja u razumnim granicama i gestacijski zajamčeni pristup sigurnom postupku pobačaja, a *Nonbinding* rezolucija donesena je 16. travnja izglasavanjem sa 102 glasa za i 69 protiv.

U bivšoj Jugoslaviji, u čijem je sastavu prije osamostaljenja bila i Hrvatska, pobačaj je legaliziran 1952. godine. Tada je usvojena Uredba o postupku za dopušteni prekid trudnoće. U Republici Hrvatskoj pobačaj ili izazvani prekid trudnoće jasno je definiran zakonom o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (NN, 18/78), čl. 15, st. 2.

U Republici Hrvatskoj žena može legalno obaviti prekid trudnoće bez dozvole posebnog povjerenstva ako je riječ o trudnoći koja traje do 10 tjedana. Prekid trudnoće medicinski je zahvat koji se može obaviti u za to ovlaštenim stacionarnim zdravstvenim ustanovama (tj. bolnicama koje imaju organiziranu jedinicu za ginekologiju i porodiljstvo). Nakon isteka roka od 10 tjedana od začeća pobačaj se može obaviti samo uz odobrenje komisije pod uvjetima i postupkom koji predviđa Zakon. Ako samo jedan od uvjeta izostane, radnja izvršitelja pobačaja ulazi u inkriminiranu zonu kaznenoga djela. Svaki prekid trudnoće prijavljuje se na odgovarajućem obrascu Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo.

Komisije za odobravanje prekida trudnoće nakon 10 tjedana

Sukladno članku 22. Zakona o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, komisija može odobriti prekid trudnoće nakon 10. tjedna od začeća kada se na temelju:

- medicinskih indikacija utvrdi da se na drugi način ne može spasiti život ili otkloniti narušenje ženina zdravlja
- medicinskih indikacija može očekivati da će se dijete roditi s teškim prirođenim tjelesnim ili duševnim malformacijama ili
- kada je do začeća došlo počinjenjem teškoga kaznenog djela silovanja, spolnog odnosa s nemoćnom osobom, spolnog odnošaja zlouporabom položaja, spolnog odnošaja s djetetom ili rodoskvrnućem.

Ako žena nije zadovoljna odlukom komisije prvoga stupnja, ima pravo prigovora komisiji drugog stupnja, i to u roku od 3 dana. Odluka komisije drugog stupnja je konačna.

Prekid trudnoće maloljetnica

Ako zahtjev za prekid trudnoće podnosi maloljetnica koja nije navršila 16 godina života, za pokretanje postupka potreban je pristanak roditelja ili skrbnika uz suglasnost organa starateljstva (centar za socijalnu skrb).

Kada je riječ o maloljetnici starijoj od 16 godina, takva suglasnost nije potrebna. Ako se pobačajem može teže narušiti zdravlje maloljetnice, starije od 16 godina ili se zahtijeva prekid trudnoće starije od 10 tjedana od začeća, maloljetnica se (kao i punoljetna žena) upućuje komisiji. O tome se naknadno obavještava roditelj ili skrbnik (dakle, bez traženja pristanka), osim ako je udana. Naknadnim se obavještavanjem ograničava pravo na privatnost, ali ne i pravo na pobačaj. Priznajući osobi starijoj od 16 godina pravo na pobačaj, Zakon o zdravstvenim mjerama posredno joj priznaje poslovnu sposobnost. Prema članku 120. Obiteljskog zakona, poslovna sposobnost osobi starijoj od 16, a mlađoj od 18 godina, priznaje se ako je sklopila brak ili postala roditelj. Ovakva je stajališta nužno preispitati jer je, pravno gledano, riječ o djeci prema kojoj treba postupati u skladu s temeljnim načelom obiteljskog prava – načelom djetetova najboljeg interesa.

U većini europskih i svjetskih zemalja abortus je kao čin regulacije poroda zakonski legalan čin do propisanog, u praksi najduže 12. tjedna trudnoće.

Smatra se da se godišnje diljem svijeta obavi 46 milijuna pobačaja, od toga 26 milijuna u zemljama gdje je on legalan, a ostalih 20 milijuna u zemljama u kojima je postupak ilegalan. U Britaniji se izvede 6 milijuna pobačaja godišnje, a bilježi se velik porast broja abortusa u maloljetnica, tako da su političari pokrenuli program seksualne edukacije usmjeren prema većoj uporabi kontracepcije (umjesto prema odgovornom ponašanju prema seksualnosti).

Napredak prenatalne ultrazvučne dijagnostike i amniocenteze omogućio je roditeljima da rano saznaju i spol djeteta i malformacije fetusa ako su prisutne. To može voditi pobačaju, s jedne strane zbog malformacija koje se otkriju, a s druge zbog spola. Najviše pobačaja zbog preferencije određenoga spola zabilježeno je u nekim dijelovima Azije.

Protivnici pobačaja zalažu se za veće zakonske restrikcije, a neki za potpunu zabranu pobačaja. Oni smatraju da je fetus ljudsko biće koje ima potpuno pravo na život koje je iznad svih ostalih prava, npr. pravo majke da bira želi li dijete ili ne. Zagovornici prava na život

(*pro-life*) pobačaj smatraju ubojstvom. Ovakvo stajalište zastupa i većina tradicionalnih religija.

Protivnici bilo kakvih zakonskih zabrana pozivaju se na pravo žene na izbor (*pro-choice*) hoće li imati dijete ili ne. Oni smatraju da ljudsko biće prava dobiva rođenjem. No oni nisu nužno zagovaratelji pobačaja i često ga smatraju negativnom pojavom koju treba suzbijati prevencijom, ali ne i zabranama.

Raspravlja se i o tome treba li trudna žena koja želi pobaciti o tome nekoga obavijestiti, koga obavijestiti, treba li još neko dopuštenje. Primjerice treba li, kad su posrijedi maloljetnice, obavijestiti roditelja, biološkog oca, kod udanih žena njezina muža? Imaju li oni pravo znati, pogotovo otac, ako se to radi bez njegova znanja.

Etika se temelji na načelima, a ne na dogovoru ili na tome što netko misli. Znanstvene činjenice omogućuju donošenje ispravnih odgovora na pitanja o pobačaju. Ljudski život započinje začećem. Ako nema začeća, nema ni novog života. Budući da se čovječanstvo zalaže za **pravo na život, dužno je zaštititi život od njegova početka (začeća).**

Liječnici imaju pravo na prigovor savjesti, što čini oko 70 % liječnika prema podacima iz 2006. godine. Bilo je više pokušaja promjene zakona pa je tako stručno povjerenstvo, što ga je imenovalo Ministarstvo zdravstva, pripremilo još 1996. godine prijedlog novoga zakona, no postojeći je zakon još uvijek na snazi. **Treba se podsjetiti na činjenicu da ljudski život počinje začećem i da smo dužni štiti novi život.**

4.2.2. Ozakonjenje pobačaja u SAD-u

Slučaj Roe protiv Wade i Doe protiv Boltona

Pod nazivom „Slučaj Roe protiv Wade i Doe protiv Boltona“ razumijevaju se sudske odluke iz 1973. godine pred američkim Vrhovnim sudom koje su rezultirale legalizacijom pobačaja u SAD-u. Odluke Vrhovnog suda u slučajevima Roe protiv Wadea i Doe protiv Boltona oblikovale su novi nacionalni zakon, prema kojemu je pobačaj na zahtjev postao dostupan ženama u svim stupnjevima trudnoće. Tako su pojedine države (unutar SAD-a) lišene vlastita prava da donesu zakon protiv pobačaja.

U slučaju Roe protiv Wadea sudski je proces započeo 1970. kada je Jane Roe (pseudonim za Normu McCorvey) pod vodstvom organizacije „Planirano roditeljstvo“, koja je kao svrhu imala ozakonjenje pobačaja, optužila Henryja Wadea, okružnog tužitelja pokrajine Dallas (država Teksas), tvrdeći kako je ona, kao neudana i trudna osoba u državi svog prebivališta, spriječena da napravi pobačaj. Zahtijevala je objavu pravorijeka o tome da je teksaski zakon o pobačaju, kojim se zabranjuje pobačaj, osim u slučaju spašavanja ženina života, neustavan te

da se okružni tužitelj spriječi u provođenju toga zakona. Pozvala se na 14. amandman Ustava SAD – a u kojem stoji da nijedna država neće nijednu osobu lišiti života, slobode ili imovine bez primjerena pravnog postupka. Sud je smatrao da Ustav sadržava pravo na privatnost dovoljno široko da obuhvati ženinu odluku da učini pobačaj. Tako je Sud zapravo proglasio pobačaj ustavnim pravom. Donesena je odluka:

- Tijekom prvoga tromjesečja trudnoće država se ne može ni na koji način upletati u ženinu odluku da prekine trudnoću, osim zahtjevom da pobačaj mora obaviti ovlašteni liječnik.
- Za vrijeme drugoga tromjesečja država je ovlaštena regulirati pobačaje samo radi očuvanja i zaštite ženina zdravlja.
- Tijekom trećega tromjesečja, kad se postigne sposobnost ploda za život i samostalno preživljenje izvan ženina tijela, država može regulirati pobačaj ili ga, čak, zabraniti da bi zaštitila život ploda. Međutim, i u trećem tromjesečju nijedna država ne može zabraniti pobačaj s nakanom zaštite ženina života ili zdravlja.

Istina o navedenom slučaju

Norma McCorvey nije bila silovana kada je došlo do tužbe. Nikada nije obavila abortus. Kada se slučaj događao, ona je imala 21 godinu i bila je grubo izigrana, prevarena.

Vrhovni je sud istodobno razmatrao slučaj **Doe protiv Boltona**.

Sandra Cano (pseudonim Mary Doe), kao majka troje djece, zatrudnjela je četvrti put. U to vrijeme bila je procesu rastave od mužem, koji je bio u zatvoru zbog zlostavljanja djece. Socijalni su im radnici oduzeli djecu. Sandra Cano angažirala je odvjetnicu Margie Pitts Hames da joj sudskim putem pomogne vratiti djecu i da pokrene brakorazvodnu parnicu. Odvjetnica joj je predložila da učini pobačaj jer bi na taj način lakše dobili slučaj. U to vrijeme u njihovoj saveznoj državi Georgiji bio je dopušten pobačaj samo u slučajevima silovanja, deformacije ploda i životne ugroženosti majke. Stoga je odvjetnica podnijela sudsku tužbu protiv toga zakona sa svrhom da se on ukine. Zakon je branio Arthur K. Bolton. Presudom se dopustio pobačaj na svakom stupnju trudnoće kad bi njezin nastavak ugrozio ženin život ili zdravlje. Navedeno izuzimanje u slučaju zdravlja toliko je neodređeno da se njime može obuhvatiti gotovo svaki razlog za pobačaj.

Presuda je imala liberalizirajući učinak na odluku u slučaju Roe protiv Wadea, što je uzrokovalo da je pobačaj postao dostupan na ženin zahtjev u svim stupnjevima trudnoće.

Stajalište Vrhovnog suda o pitanju početka ljudskog života i pojma slobode imalo je važnu ulogu u ishodu slučaja Roe protiv Wadea. Presuđeno je da 14. amandman Ustava SAD-a ne

pruža nerođenima zakonsku zaštitu. Rečeno je kako se pravni status osobnosti ne može dodijeliti nerođenima, jer je nemoguće odrediti kada započinje život.

4.2.3. Neuspjio pobačaj (slučaj Gianna Jessen)

Gianna Jessen rođena je 6. travnja 1977. u Los Angelesu s cerebralnom paralizom, neprogresivnom i nezaraznom bolešću koja utječe na različite dijelove pokreta i položaja tijela. Uzrok tomu jest neuspjeli pokušaj pobačaja koncentriranom otopinom NaCl.

Njezina biološka majka imala je 17 godina kad ju je začela i u osmom mjesecu trudnoće otišla je u kliniku za pobačaje. U toj klinici preporučili su joj obavljanje pobačaja fiziološkom otopinom (koncentriranom), koja se inače upotrebljava u slučajevima kasnijih stadija trudnoće. Fiziološka se otopina uštrcava u majčinu utrobu, spaljuje dijete u utrobi i to se dijete u roku od 24 h rodi mrtvo. No, u njezinu se slučaju dogodilo nešto nevjerovatno. Ona je uspjela preživjeti te se rodila živa! Tada su je prebacili u bolnicu i njezin izvršitelj pobačaja nije uspio dovršiti posao jer ga u to vrijeme nije bilo u klinici.

Sve do 2002. godine praksa u takvim klinikama za pobačaje bila je onomu tko preživi pobačaj oduzeti život postupkom gušenja, davljenja ili bacanja djeteta. U ovom slučaju ipak nisu uspjeli. Predsjednik Bush je 2002. godine ozakonio „Akt o zaštiti živorođenih beba“, kako bi spriječio taj običaj. Gianna na sve ovo kaže: „Tihi holokaust nije me pobijedio!“

Nakon što je preživjela pobačaj njezini su je roditelji smjestili u Dom za nezbrinutu djecu i time pokazali kako je Gianna i dalje nepoželjna. U međuvremenu postavljena joj je dijagnoza cerebralne paralize koja je nastala kao posljedica pomanjkanja kisika u mozgu dok se borila za preživljavanje u majčinoj utrobi. Liječnici su joj predviđali kako nikad neće moći ustati, sama držati svoju glavu. No, Gianna ih je sve iznenadila. Svakim danom sve je više napredovala, a kasnije u životu ustala je na svoje noge i prohodala.

Gianna ističe: **Ako je zaista abortus pitanje prava žene, dame i gospodo, gdje su tu prava djeteta? Tog dana, dok su mene pokušavali ubiti, nije ustala nijedna feministica kako bi me obranila. Zapravo, moj se život gasio u ime prava žene-majke.**

4.3. Status ljudskog embrija

Ljudski život počinje spajanjem ženske i muške spolne stanice, tj. oplodnjom. Oplodnja je ključni trenutak za početak novoga života. Ako nema jajašca (ženske spolne stanice), nema oplodnje, ako nema spermatozoida (muške spolne stanice), također nema oplodnje. Ako nema oplodnje, onda nema ni nove jedinke, novog života. Razvojem oplođene stanice (morula, blastula, gastula, embrij, fetus), njezinim sazrijevanjem i rađanjem na svjetlo dana dolazi nova

jedinka. Ako u bilo kojem trenutku razvoja oplođene stanice dođe do prekida daljnjeg razvoja, ne će se roditi nova jedinka. Postoji dakle kontinuitet u razvoju, postupni put razvoja koji je čovjek podijelio u pojedine faze radi lakšeg tumačenja i praćenja razvoja.

Ključno je pitanje kakav status, biološki i ontološki, ima ljudski embrij. Postavljaju se pitanja je li ljudski embrij ljudsko biće, osoba. Također se postavlja i pitanje pravnoga statusa embrija: ima li ljudski embrij, fetus, pravo na pravnu zaštitu tijekom intrauterinog razvoja?

Može se odgovoriti na postavljena pitanja: ljudski embrij još nije osoba, ali ima sve preduvjete da postane osoba. Ako prekinemo razvojni ciklus razvoja embrija, fetusa, ne će nastati ništa pa je nužno zaštititi embrij, fetus, od nasilja, ubojstva, smrti. Znači da nasilno, nepotrebno, prekidanje kontinuiteta razvoja izaziva smrt embrija, fetusa, potencijalne osobe. Ako humanizam teži zaštititi slabih i nemoćnih, onih koji se ne mogu braniti, onda je društvo koje sebe naziva humanim dužno zaštititi novu jedinku, novo ljudsko biće. Negiranje ovoga znak je nehumanosti, neljudskosti, neetičnosti. Ako društvo proklamira zaštitu života, govori o pravu na život, onda je licemjerno davati pravo da se nova jedinka ubije, davati pravo onoj koja nosi plod da ga ubije do 10. – 12. tjedna gestacije. To je dokaz da je društvo jako nehumano, nepravedno, zločinačko jer jednima daje pravo na ubojstvo, a drugima priječi pravo na život.

Živo biće, neki organizam, dinamički je sustav koji prirodno započinje začecem i završava prirodnom smrću ako mu to životne okolnosti dopuste. U razvoju jedinke, organizma, postoje progresivni razvojni procesi i regresivni procesi, o čemu nam govori embriologija. Nema jednoznačnih kriterija za međusobno razgraničenje pojedinih faza životnog ciklusa organizma jer istodobno se zbivaju progresivni i regresivni procesi u organizmu.

Spolno razmnožavanje normalan je put nastanka novoga ljudskog bića. Novi organizam nastao spolnim putem (oplođnjom) u pravilu je jedinstven primjerak u prirodi. Rezultat spolnog razmnožavanja jest prokreacija, nastanak nove jedinstvene jedinke. S druge strane, kada bi nastala ista jedinka, morali bismo govoriti o reprodukciji. Nasljedne osnove jedinke određene su prije oplodnje, tijekom sazrijevanja spolnih stanica (gametogeneze). Oplodnjom dolazi do dodatne rekombinacije gena pa, prema tome, i nasljednih osobina jedinke.

Iz embriologije znamo da žena i muškarac tijekom svoga spolno plodnog razdoblja ne mogu začeti dva genetski istovjetna potomka. To nam kazuje da je svako novo ljudsko biće jedinstveno i neponovljivo, da nema reprodukcije, već je riječ o prokreaciji.

Republika Hrvatska je potpisnica Opće deklaracije o pravima čovjeka (1948.) i Deklaracije o pravima djeteta (1959.), kojima su zajamčena ljudska prava nerođene djece, uključujući i pravo na život i zdravlje. Republika Hrvatska je također ratificirala Konvenciju o pravima

djeteta iz 1989. godine. U svim tim dokumentima izričito piše da se sva prava opisana u tim dokumentima odnose na dijete i prije i nakon rođenja.

Osnovno etičko načelo jest: obrana života od začeća do naravnog završetka.

4.4. Medicinski potpomognuta oplodnja

Najčešći postupci medicinski potpomognute oplodnje jesu inseminacija (IUI), izvantjelesna odnosno *in vitro* oplodnja (IVF), intracitoplazmična injekcija spermija (ICSI) te prijenos odmrznutih zametaka (FET, engl. *Frozen Embryo Transfer*). Ostale metode kao ITI (inseminacija u jajovodu umjesto u maternici), GIFT (prijenos jajne stanice i spermija u jajovod da se oplodnja dogodi tamo), ZIFT (prijenos zigote, odnosno oplođene jajne stanice u jajovod, gdje se u prirodi događa oplodnja) uglavnom su napuštene te se više i ne bilježe u registrima medicinski potpomognute oplodnje. Novija i još nerasprostranjena metoda jest *in vitro* sazrijevanje jajnih stanica (IVM, engl. *in vitro maturation*).

Uvriježen je naziv „umjetna oplodnja“ za postupke medicinski potpomognute oplodnje. Međutim, i materijal (jajna stanica i spermij), i sam proces oplodnje, posve su isti kao i kod spontanih začeća. Pri inseminaciji oplodnja se događa u tijelu, tj. to je unutartjelesna oplodnja. Metode IVF-a i ICSI-ja metode su izvantjelesne oplodnje jer do oplodnje dolazi izvan tijela. Kod IVF-a jajne se stanice kroz vaginalnu stijenku dugačkom iglom izvade iz jajnika žene i pomiješaju u Petrijevoj zdjelici sa spermijima muškarca u omjeru 1 : 75 000 te se ostave da se oplodnja dogodi prirodno. Kod ICSI metode, kad nema dovoljno dostupnih kvalitetnih spermija, zaobilazi se prodiranje spermija kroz omotač jajne stanice izravnim ubacivanjem spermija u jajnu stanicu, međutim, sama rekombinacija DNK molekula iz muške i ženske stanične jezgre i ostali stanični procesi isti su kao i pri spontanom začeću. Budući da su i ženska i muška spolna stanica i sam proces oplodnje jednaki kao i u prirodi, upotrebljuje se termin medicinski potpomognuta, a ne umjetna oplodnja, jer medicina samo omogućuje da do oplodnje dođe, ali ne zamjenjuje sam proces oplodnje umjetnim postupkom.

Inseminacija se u čovjeka provodi već dva stoljeća. Riječ je o tehnički nezahtjevnoj metodi gdje se pripremljeno sjeme muškarca kroz dugu tanku cjevčicu ubacuje u ženinu maternicu i na taj način zaobilazi grljak maternice koji je prirodna barijera za strana tijela, pa tako i spermije te čini najveću prepreku prolasku spermija do maternice i jajovoda. Prvo dijete začeto inseminacijom jednoj grofici rođeno je 1839. godine.

Od prve uspješne oplodnje jajne stanice izvan ljudskog tijela 1963. do rođenja prve „bebe iz epruvete“, Louise Brown, 1978. prošlo je 15 godina.

Medicinski potpomognuta oplodnja u Republici Hrvatskoj je propisana Zakonom o medicinski potpomognutoj oplodnji (NN, 86/12.). Zakon je usklađen s aktima Europske unije. Zakonom se propisuju zdravstveni standardi i štiti dostojanstvo i privatnost osoba.

4.4.1. Zamrzavanje jajnih stanica

Zamrzavanje neoplođenih jajnih stanica uglavnom se provodi u žena koje mogu izgubiti funkciju jajnika, primjerice zbog kemoterapije. Od 2009. u Hrvatskoj se prakticira zamrzavanje jajnih stanica kao standardna metoda liječenja svih parova u onim klinikama koje imaju uvjete za to. U ostalim se zemljama još uvijek smatra eksperimentalnom metodom.

4.4.2. Krioprezervacija

Prvo dijete iz zamrznutoga ljudskog zametka rođeno je 1984. Od tada do 2008. procjenjuje se da je između 350 000 i pola milijuna djece rođeno iz zametaka zamrznutih kontroliranim zamrzavanjem u tekućem dušiku. K tomu, nekoliko je stotina djece rođeno iz zamrznutih jajnih stanica, ali je teško doći do točnih podataka.

4.4.3. Stajališta monoteističkih religija prema medicinski potpomognutoj oplodnji

Katolička Crkva protivi se svakom obliku medicinski potpomognute oplodnje. Prvi je razlog isti kao i protivljenje svakoj kontracepciji, jer se bračni odnos odvaja od prokreacije. Drugi je razlog protivljenje zamrzavanju zametaka, za koji smatraju da oštećuje zametke te ih dovodi u opasnost da se par ne vrati po njih, kao i selekcija zametaka koja se navodno provodi pri zamrzavanju zametaka.

Iako **islam** nema centralni autoritet koji bi dopustio ili zabranio medicinski potpomognutu oplodnju, već se za religijsko učenje oslanja na *fatve* imama, liječenje neplodnosti smatra se dužnošću, a drži se da fetus stječe dušu 40 do 120 dana nakon oplodnje. Metode medicinski potpomognute oplodnje dopuštene su dok se upotrebljavaju spolne stanice bračnih partnera, kao i zamrzavanje i čak i uništenje zametaka.

Stav **judaizma** prema medicinski potpomognutoj oplodnji potječe iz Božje zapovijedi „idite i množite se“. Izrael kao religiozna država financira postupke medicinski potpomognute oplodnje do rođenja dvaju djeteta, bez obzira na broj potrebnih postupaka. IVF i zamrzavanje zametaka dopušteni su.

4.4.4. Mišljenja liječnika praktičara

Posebno je zanimljivo što kaže jedan od najgorljivijih pristaša umjetne oplodnje, ginekolog Carlo Flamigni. On u svojoj knjizi *La procreazione assistita* kaže kako sve tehnike

potpomognute oplodnje karakterizira činjenica da nisu izdašne glede rezultata te da hiperstimulacija jajnika može u ženi dovesti do sindroma opasnog i za život. Što se tiče djece rođene s pomoću ovih tehnika, Flamigni kaže kako ostaje sumnja što se tiče pojavljivanja anomalija u naknadnoj fazi razvoja, osobito degenerativnih anomalija koje se odnose na mišićni i živčani sustav. Kao najčešće komplikacije pri potpomognutoj (umjetnoj) oplodnji ističe izvanmaternične trudnoće, vaskularne ozljede, perinatalnu smrtnost, ponavljane pobačaje, prijevremene porođaje, rađanje premale dojenčadi, fetalne malformacije itd., a sve to s dramatičnim posljedicama na psihološku uravnoteženost majke.

O značajnim pak psihološkim rizicima i posljedicama za djecu rođenu potpomognutom oplodnjom progovorio je glasoviti francuski psihijatar Benoit Bayle u svojoj knjizi *L'Embryon sur le Divan. Psychopathologie de la Conception Humane (Embrij na kauču. Psihopatologija ljudskog začeca)*. U toj knjizi Bayle govori o „sindromu preživjelog“ koji imaju mnoga djeca rođena umjetnom oplodnjom. Kad dijete sazna kako su, da bi se ono rodilo po svaku cijenu, žrtvovani mnogi drugi embriji, mnoga njegova braća, u njemu se pojavljuje jaki osjećaj krivnje – „drugi su morali umrijeti da bih ja živio“ – ili osjećaj svemoći – „ja sam preživio jer sam neuništiv“. Dijete misli kako su ga njegovi roditelji toliko željeli da su zbog njega žrtvovali svu ostalu djecu. Ako je on preživio, ako je on izabran, nije li to znak da je on vrjedniji od drugih, vrjedniji od onih koji nisu preživjeli?

Također znatne psihološke posljedice imaju djeca začeta sjemenom anonimnog donatora. Sve je više takve djece koja žele znati tko im je otac. Potresna su njihova svjedočanstva. Prije nekoliko godina „Washington Post“ objavio je jedno takvo svjedočanstvo. Vrijedi navesti jedan dio. Studentica Katarina Clark piše: „Ljutila me pomisao da, kad je riječ o začecima s pomoću donorskih spolnih stanica, svi su fokusirani na 'roditelje', odrasle koji odlučuju o svojim životima. Svi suosjećaju s 'primateljem' koji želi imati dijete. Donorima je zajamčena anonimnost i oslobođeni su od svake odgovornosti prema 'tvorevini' svoje donacije. Sve dok su odrasli sretni, začecje donorskim putem je uspješno, zar ne? Pa ne baš. Djeca rođena tim transakcijama također su ljudi... Kad sam pročitala razmišljanja nekih majki zašto su se odlučile na takvo začecje, osjetila sam se poniženom i degradiranom na razinu bočice zamrznute sperme. Činilo mi se da većinu majki i anonimnih donora nije uopće briga o osjećajima koji bi se mogli pojaviti u djece rođene kao rezultat njihovih akcija. Ne može se reći da su oni bešćutni, nego jednostavno ne razmišljaju o tome što bi djeca, jednom kad odrastu, mogla misliti. Mi koji smo rođeni doniranom spermom nećemo zauvijek ostati mala djeca. Mi odrastamo i oblikujemo svoja mišljenja o odlukama i načinu na koji smo došli na

svijet, načinu koji nas lišava temeljnoga prava da znamo odakle dolazimo, koja je naša povijest i tko su oba naša roditelja.“

Orazio Piccinni koji je bio jedan od začetnika *in vitro* oplodnje u Italiji, objašnjavajući zašto je prestao prakticirati umjetnu oplodnju, kazao je da je ta metoda „zločin s predumišljajem mnogih ljudskih života, zapravo 90 embrija od proizvedenih 100 u laboratoriju žrtvovano je da se po svaku cijenu postigne jedan sin. Cilj je dobar, ali, naravno, metoda je pogrešna.“ Na pitanje što bi savjetovao onomu tko u *in vitro* oplodnji vidi zakonitu metodu da dobije sina Piccinni odgovara: „Savjetujem mu da se ne utječe *in vitro* oplodnji jer nije zakonita metoda, da se dobro informira o stvarnim rizicima i rezultatima, da se ne pouzda u slogane. Parovi podvrgnuti umjetnoj oplodnji često nisu neplodni, bolje reći, manje su plodni, zapravo, oko 50 % žena ostaje spontano noseće. Treba se sjetiti da je sin dar, a ne pravo. Steći sina pošto-poto različito je od zadovoljiti potrebu majčinstva koja može biti zadovoljena na tolike načine u obiteljskom i društvenom životu. Djelatnike koji manipuliraju genetskim ljudskim nasljeđem rijetko susrećemo osjetljive i pažljive. Ekonomska zarada i delirij svemoći priječe im da vide i razmišljaju. Pa ako se hoće zadovoljiti želju za sinom, bračni par može razmisliti o posvajanju i/ili dopuštenim metodama prokreacije koje pomažu, a ne nadomještaju narav.“

4.4.5. Dijete iz epruvete

Louise Brown ušla je u povijest 25. srpnja 1978. kao prvo dijete do čijeg je začeca došlo umjetnom oplodnjom. Zbog toga je mala Louise stekla nadimak *beba iz epruvete*. Njezinim je rođenjem stvorena nada za milijune parova koji do tada nisu mogli dobiti dijete.

Postupak oplodnje bio je rezultat 12 godina istraživanja skupine znanstvenika s dr. **Robertom Edwardsom** i dr. **Patrickom Steptom** na čelu. Ono što je 1978. godine bilo revolucionarno danas je sasvim normalna pojava te postoji velik broj žena koje se podvrgavaju postupku umjetne oplodnje ne bi li imale djecu. I Louiseini roditelji još su se jednom podvrgnuli istom postupku, što je rezultiralo rađanjem Louisine mlađe sestre **Natalie**.

Natalie Brown je 1999. napisala novu stranicu medicinske znanosti rađanjem vlastite kćeri. Time su, barem djelomično, oboreni argumenti protivnika umjetne oplodnje koji su tvrdili da će djeca začeta na tako *neprirodan* način biti izložena nepoznatim genetskim i drugim poremećajima.

Robert Veriga prvo je hrvatsko „dijete iz epruvete“ rođeno u listopadu 1983. godine. Začeto je primjenom izvantjelesne oplodnje (IVF). Hrvatska je te, 1983. godine bila sedma zemlja u svijetu u kojoj je uspješno izveden postupak umjetne oplodnje, tada potpuno nove metode u

liječenju bračne neplodnosti, koja se smatra jednim od velikim medicinskih i znanstvenih događaja 20. stoljeća. Postupak su obavili liječnici Klinike za ženske bolesti i porode iz Petrove predvođeni pročelnikom Zavoda za humanu reprodukciju Velimirom Šimunićem.

4.5. Surogat-majčinstvo

Godine 1986. rođeno je prvo dijete uz pomoć zamjenskog majčinstva. Zamjensko je majčinstvo čin/dogovor po kojemu žena nosi i donosi na svijet dijete za drugu osobu ili par. Može biti „tradicionalno“, kada je surogat-majka ujedno i biološka majka i „gestacijsko“ kada surogat majka nije genetički povezana s djetetom koje donosi na svijet. Sama umjetna oplodnja, pa tako i surogat-majčinstvo nosi sa sobom niz pravnih i etičkih problema pa je zbog toga često u fokusu javnosti. Prvi takav slučaj u kojem se otvoreno raspravljalo o zamjenskom majčinstvu jest **Slučaj bebe M.**

„Slučaj bebe M“ naziv je bitke za skrbništvo između obitelji Stern i Mary Beth Gould (tada Mary Beth Whitehead). Bila je to prva parnica u povijesti američkog pravosuđa u kojoj se raspravljalo o zamjenskom majčinstvu. Parnica je podigla veliku medijsku prašinu i velikom ju je pozornošću pratila ne samo američka nego i svjetska javnost. Presuda Vrhovnog suda u New Jerseyu iz 1988. ima reperkusije na mnoge sudske procese u kojima se dodjeljuje skrbništvo u slučajevima surogat-majčinstva, što joj još više daje na važnosti. Koliki je utjecaj na javnost imao ovaj slučaj, govori i činjenica da je *ABC network* o slučaju snimio miniseriju koja je dobila 7 nominacija za prestižnu nagradu *Emmy*, a nedugo nakon toga objavljena je i knjiga *A Mother's Story: The Truth About the Baby M Case (Majčina priča: Istina o slučaju bebe M)* koju je napisala jedna od protagonistica suđenja, Melissina biološka majka, Mary Beth.

Sve je počelo kada je centar za neplodnost „Noel Keane“ iz New Yorka objavio reklamu u novinama „Asbury park press“ u kojoj je tražio žene koje su spremne pomoći neplodnim parovima koji žele imati djecu. Klijenti centra za neplodnost bili i Elisabeth i William Stern. Tehnički nijedno od njih dvoje nije bilo neplodno, ali Elisabeth je imala multiplu sklerozu i nije htjela riskirati pogoršanje bolesti do kojeg je mogla dovesti eventualna trudnoća. Pogoršanje bolesti se, među ostalim, može prezentirati paralizom, sljepoćom itd. Osim toga, nije htjela djetetu prenijeti gen za multiplu sklerozu. Na oglas se javila Mary Beth Whitehead koja je bila udana za Richarda Whiteheada s kojim je imala dvoje djece. Vjenčali su se kada je ona imala 16 godina, te je ona većinom bila kućanica i brinula se o djeci, osim povremenih kratkotrajnih poslova.

Petog veljače 1985. u klinici za neplodnost „Noel Keane“ ugovor o začeću Melisse Stern potpisale su tri osobe: Richard Whitehead, Mary Beth Whitehead i William Stern. Svatko od njih potpisom je ovjerio svoja prava i obveze propisane ugovorom. Prema ugovoru, Richard Whitehead je odobrio da mu žena bude oplodjena spermom Williama Sterna te je pristao na odricanje roditeljskih prava na to dijete čim ono dođe na svijet. Mary Beth je pristala biti umjetno oplodjena, te se obvezala da će odmah nakon djetetova rođenja svoja roditeljska prava prebaciti na Williama Sterna. Osim toga, ugovorom se odrekla prava na odluku o abortusu, osim u slučaju abnormalnosti djeteta ili ako bi njeno zdravlje bilo narušeno. Nadalje, morala je obaviti amniocentezu ako to od nje bude zahtijevao William Stern te, ako se pokaže da dijete ima fizičkih abnormalnosti, morala bi izvršiti abortus ako William to od nje bude zahtijevao. Kada bi dijete imalo abnormalnosti, a Mary Beth ne bi obavila abortus unatoč Williamovoj odluci za abortusom, sve njegove obveze propisane ugovorom bile bi prekinute. Također je pristala na sve rizike oplodnje, trudnoće i porođaja. Što se tiče Williama Sterna on je pristao platiti Richardu i Mary Beth 10.000 dolara nakon rođenja i predaje djeteta. Ugovor navodi da je to kompenzacija za usluge i troškove, nikako naknada za odricanje od roditeljskih prava i njihovo prebacivanje na Williama. Williamova žena Elisabeth nije bila dio ugovora niti se njeno ime spominje u ugovoru. Jedini dio u kojem je spomenuta jest dio ugovora u kojemu piše da skrbništvo nad djetetom u slučaju Williamove smrti dobiva njegova supruga.

Dana 27. ožujka 1986. rođena je zdrava djevojčica Melissa Stern, međutim, unaprijed dogovoreni scenarij iz ugovora nije se odigrao. Mary Beth ipak je odlučila djevojčicu zadržati za sebe, odbila je Sternovih 10.000 dolara i djevojčici je dala ime Sara Elisabeth Whitehead.

Slučaj je završio na sudu.

Konačna odluka Vrhovnog suda, bez obzira na to što je proglasila ugovor nelegalnim, išla je u korist Williama i Elisabeth Stern. Njima je dodijeljeno puno skrbništvo nad Melissom dok je Mary Beth dobila pravo na nenadzirane i nesmetane posjete. Sud je svoju odluku opravdavao u nekoliko točaka. Na prvom mjestu bio je interes djeteta. U obzir je uzeto da su razni stručnjaci svjedočili kako je za Melissu ipak bolje odrastati u domu Sternovih koji su joj mogli pružiti sigurnost i zaštitu kakve dom Whiteheadovih ipak nije mogao pružiti. Osim toga, na konačnu su odluku utjecali ponašanje i postupci Mary Beth u vrijeme cijelog postupka, od samog Melissina rođenja pa do konačne odluke, počevši od bijega na Floridu i prijetnja ubojstvom tek rođene Melisse do lažnih optužbi da je William seksualno uznemirivao njezinu drugu kćer.

4.6.. Priziv savjesti

Priziv savjesti oblik je građanske neposlušnosti u određenim situacijama koje zakonodavac priznaje. Naime, građanin (osoba) ima pravo nepoštovanja zakona pod određenim uvjetima i u određenim situacijama. Obično se priziv savjesti svrstava u kategoriju prava na slobodu. Svake se godine obilježava Međunarodni dan prigovora savjesti, 15. svibnja.

Sloboda mišljenja, savjesti i vjeroispovijesti ubraja se među u ljudska prava i temeljne slobode zajamčene međunarodnim dokumentima, prije svega redu Općom deklaracijom o ljudskim pravima (članak 18.) Ujedinjenih naroda i Konvencijom za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda (članak 9.). Važnost ove ljudske slobode ogleda se i u tome što većina demokratskih zemalja daje pojedincu legitimno pravo na priziv savjesti, odnosno dopušta mu da ne postupi po zakonu ili pojedinoj njegovoj odredbi koja propisuje ponašanje protivno njegovoj savjesti. Pri tome je nužno da sloboda savjesti jedne osobe ne ugrožava ili isključuje prava drugih.

Parlamentarna skupština Vijeća Europe utvrdila je pravo na priziv savjesti u medicini Rezolucijom 1763 iz 2010. godine. U točki 1. te rezolucije, među ostalim, stoji da nijedna pravna ili fizička osoba ne će biti podvrgnuta prisili, ne će se držati odgovornom niti će se na bilo koji način diskriminirati ako odbije izvršiti pobačaj ili eutanaziju. Uz pobačaj i eutanaziju, pravo na priziv savjesti često se iskorištava u postupcima potpomognutog suicida, medicinske oplodnje i sterilizacije. Osim zdravstvenih radnika, pravom na priziv savjesti koriste se građani pri služenju vojnog roka te nošenju i uporabi oružja.

U Republici Hrvatskoj sloboda savjesti i vjeroispovijesti te sloboda javnog očitovanja vjere ili drugog uvjerenja zajamčena je člankom 40. Ustava Republike Hrvatske. Pravo na priziv savjesti utvrđen je nizom zakona iz područja zdravstva. Članak 20. Zakona o liječništvu (NN – 121/03 i 117/08) kaže:

Članak 20.

„Radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nadzora, odnosno uvjerenja liječnik se ima pravo pozvati na priziv savjesti te odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenta, ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno izvijestiti pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke.

Ako je liječnik zaposlen u zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu, odnosno drugoj pravnoj osobi koja obavlja zdravstvenu djelatnost ili kod drugog liječnika koji obavlja privatnu praksu, mora o odluci izvijestiti svog nadređenog, odnosno poslodavca.“

Kodeks Hrvatske liječničke komore (2006.)

2. Obveze prema pacijentu/bolesniku (članak 2. točka 15.)

„Liječnik ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke.“

Na temelju navedenog jasno je da se liječnici mogu pozvati na priziv savjesti u skladu sa zakonskim propisima. Također je jasno da liječnici imaju stručnu autonomiju da donose kliničke odluke o skrbi pacijenta (Deklaracija o liječničkoj autonomiji, Deklaracija o pravima liječnika).

Dakle, pozivajući se na priziv savjesti liječnik može odbiti pacijentu pružiti medicinsku uslugu, samo ako time ne ugrožava prava pacijenta. Kako ne bi ugrozio pravo pacijenta na zdravstvenu zaštitu, liječnik je dužan pravodobno ga obavijestiti o svojoj odluci o prizivu savjesti i uputiti drugom liječniku iste struke. Liječnik ne može odbiti pacijentu pružiti medicinsku uslugu pozivajući se na priziv savjesti ako se to kosi s pravilima struke, ako time uzrokuje trajne posljedice za zdravlje pacijenta te ako time ugrozi pacijentov život.

Slične odredbe sadržavaju Zakon o dentalnoj medicini (članak 26.), Zakon o medicinskoj oplodnji (članak 38.), Zakon o sestринstvu (članak 3.) i Kodeks medicinske etike i deontologije (članak 2.).

Zakon o medicinskoj oplodnji (NN, 88/09., 137/09. i 124/11.) u članku 38. propisuje da se zdravstveni i nezdravstveni radnici koji bi trebali provesti postupak medicinske oplodnje ili sudjelovati u njegovu provođenju imaju pravo pozvati na priziv savjesti zbog svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja te odbiti provođenje postupka medicinske oplodnje ili sudjelovanje u tom postupku. Pravo na priziv savjesti priznato je i primaljama, no samo Etičkim kodeksom primalja, te je stoga od velike važnosti i njegovo zakonsko reguliranje.

I ljekarnici imaju pravo na priziv savjesti, a on se spominje u Kodeksu ljekarničke etike i deontologije, gdje stoji da ljekarnici imaju pravo na priziv savjesti ako time ne dovode u opasnost život bolesnika.

Institucija priziva savjesti u zdravstvu uglavnom se primjenjuje u ginekologiji, ali i u onkologiji i anesteziologiji. Liječnici koji se pozivaju na to, zakonom propisano pravo, odbijaju izvoditi pobačaje, sudjelovati u procesu umjetne oplodnje, a etički dvojbeni postupci vezani su i za slučajeve moždane smrti, isključivanja aparata koji pacijenta održavaju na životu i slično.

Slučaj kninske primalje

Slučaj kninske primalje J. S., koja je zbog priziva savjesti i odbijanja asistiranja pri izvođenju pobačaja dobila otkaz pa je naknadno ipak vraćena na posao, otvorio je pitanje tko sve ima pravo pozvati se na savjest u obavljanju svog posla. Ustav, kako tumači odvjetnik Veljko Miljević, štiti sve, odnosno svim djelatnostima daje mogućnost da zbog priziva savjesti odbiju određeni posao koji nije u skladu s njihovim stajalištima, uvjerenjima ili svjetonazorom. I zbog toga ne smiju dobiti otkaz. Tako novinar može odbiti napisati tekst koji nije u skladu s njegovim uvjerenjima, vojnik može odbiti odlazak u određenu vojnu misiju. U slučaju kninske primalje isprva je pogrešno protumačeno da primalje nemaju to pravo, no imaju ga sve djelatnosti, a napose vojnici, svećenici, liječnici, a među njima ginekolozi, pa primalje, medicinske sestre. Doduše, u Zakonu o liječništvu eksplicitno je navedeno da liječnik ima to pravo i da ga može primijeniti u svim postupcima koji se kose s njegovim uvjerenjima (ne odnosi se samo na abortus), ali pritom ne smije ugroziti pacijentov život. U zakonima o sestriinstvu i primaljstvu priziv savjesti ne spominje se kao pravo medicinskih sestara i primalja. No, odvjetnik Miljević podsjeća kako je Ustav iznad zakona i kako on svima jamči prava i slobode.

Zakon o primaljstvu (NN, 120/08., 145/10.)

Prema navedenu zakonu, Hrvatska komora primalja donijela je Etički kodeks primalja. Kodeks sadržava i utvrđuje načela i pravila ponašanja i dužnosti kojih su se, radi očuvanja dostojanstva i ugleda primaljstva, primalje uvijek dužne pridržavati pri obavljanju svoje službe.

Prema zakonu i prema Kodeksu, primalja ima sljedeći izbor.

Primalja ima pravo na priziv savjesti ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta/pacijentice. O svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenticu te je uputiti drugoj primalji. Primalja koja radi kao član zdravstvenog tima (u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili u bolničkoj zdravstvenoj skrbi) mora u što kraćem roku izvijestiti odgovornu osobu ako postoji bilo kakav prigovor savjesti bitan za obavljanje njezine profesionalne djelatnosti. U tom slučaju ne smije prestati pružati primaljsku skrb ako bi time uzrokovala trajne posljedice za zdravlje ili ugrozila život pacijentice.

4.7. Reprodukcijska prava

Reprodukcijska prava kao pravni dokument počela su se pojavljivati u sklopu podskupine ljudskih prava iz 1968. godine na Trećoj konferenciji o ljudskim pravima u

Teheranu. U Teheranskoj izjavi stoji: „Roditelji imaju osnovno pravo slobodno i odgovorno odlučivati o broju i vremenskom razmaku između svoje djece i pravo na odgovarajuće obrazovanje i informiranje o tome.“ To je pravo potvrdila i Opća skupština Ujedinjenih naroda iz 1974. godine u „Deklaraciji o društvenom napretku i razvoju“ u kojoj se navodi: „Obitelj kao osnovna jedinica društva i prirodne sredine za razvoj i dobrobit svih njezinih članova, osobito djece i mladeži, treba pomagati i štititi tako da se može u potpunosti preuzeti odgovornost unutar zajednice. Roditelji imaju isključivo pravo da slobodno i odgovorno odluče o broju i planiranju članova unutar obitelji.“

Daljnji razvoj reproduksijskih prava dogodio se na Međunarodnoj konferenciji o populaciji i razvoju u Egiptu, (Kairo 1994. g.). U neobvezujućim se zaključcima navodi da bi svako društvo trebalo osigurati svojim građanima pristup zdravstvenim uslugama iz područja reproduktivne medicine, ginekologije i porodništva. Konferencija spominje metode liječenja i prevencije neplodnosti te se također prvi put u sklopu planiranja obitelji spominje abortus kao metoda planiranja.

Cilj je Akcijskog programa bio da vlade potpisnice, povedu više brige o samim reproduktivnim potrebama svojih građana, a ne da se samo drže ciljeva demografske politike. Također je preporučeno da planiranje obitelji bude smješteno unutar postojećeg sustava zdravstvene skrbi, koji uključuje službe za sigurno vođenje trudnoće, skrb za one sa spolno prenosivim bolestima te skrb za majke koje su pobacile. Na toj se konferenciji nekoliko zemalja ogradilo od samog koncepta reproduktivnih prava ili pak nekog njihova dijela. Tako se Ekvador, citirajući svoj Ustav u kojemu stoji: „nepovredivost života, zaštita djeteta od trenutka začeća, sloboda savjesti i vjeroispovijesti, zaštita obitelji kao osnovne jedinice društva, odgovorno roditeljstvo, pravo roditelja da odgajaju svoju djecu, te vladina politika oblikovanja stanovništva i razvojnih planova u skladu s načelima poštivanja suvereniteta“, ogradio od pojmova kao što su „regulacija fertiliteta“, „prekid trudnoće“, „reproduktivno zdravlje“, „reproduktivna prava“, „neželjena djeca“, smatrajući da ona po sebi mogu uključivati pobačaj. Takvo je stajalište zastupala većina zemalja iz Latinske Amerike, Sveta Stolica, pa i islamističke zemlje koje su se usprotivile svim onim točkama programa koje nisu bile u skladu sa šerijatskim zakonom.

Možemo reći da je uspjeh Akcijskog programa iz Kaira djelomičan. Naime, većina je država, osim zaštite osnovnih ljudskih prava, počela provoditi zdravstvene programe na području reproduktivnoga zdravlja radi integriranja zdravlja djeteta i majke s planiranjem obitelji. Dosta je pozornosti posvećeno zdravlju adolescenata i nesigurnom pobačaju. No nisu

ga, kako je već prije bilo navedeno, sve zemlje usvojile, među kojima je bio i SAD. Kao jedna od najkontroverznijih točaka programa bila je ona o sigurnom pobačaju. Naravno da je to izazvalo velike polemike, i protivljenja *pro-life* aktivista, ali i religija koje se oštro protive takvom činu. Međutim, uvidjevši da je riječ o veoma prijepornom pitanju, delegati prisutni na konferenciji u Kairu su se od bilo kakvih preporuka vezanih za legalizaciju pobačaja, te su se zadržali na savjetovanju vlada da osiguraju pravilnu skrb nakon pobačaja i ulažu u programe smanjenja broja neželjenih trudnoća. Nije se odustajalo od jedinstvene zdravstvene politike vezane za reproduktivna prava, pa je tako SZO (WHO) dao svoje mišljenje i svrstao se uz zagovornike pobačaja svojom izjavom da je „siguran, legalan pobačaj osnovno pravo žene bez obzira na to gdje ona živi“; „nesiguran pobačaj je tiha pandemija“. Tomu valja pridodati i „Rezoluciju o dekriminalizaciji pobačaja“ koja se izvodi u prihvatljivu gestacijskom razdoblju, te osiguran pristup sigurnom pobačaju, koja je donesena na Parlamentarnoj skupštini Vijeća Europe 2008. godine. Treba naglasiti da su pobornici prava na pobačaj provodili jako agresivnu politiku pritisaka na međunarodne institucije, koristeći se pritom i manipulacijama samim terminom „reproduktivna prava“. Najbolji odgovor na to bila je izjava američkog dužnosnika Ala Gorea nekoliko dana prije konferencije u Kairu: „Trebamo skinuti lažne probleme s dnevnog reda: SAD ne kani poduprijeti pokušaje ozakonjivanja prava na pobačaj, te smatra da se pobačaj, kao takav, ne bi smio poticati kao metoda u planiranju obitelji.“ Tomu u prilog ide i izjava Europskog suda za ljudska prava u kojoj stoji da Europska konvencija o ljudskim pravima ne sadržava pravo na pobačaj.

U protekla dva desetljeća bilo je mnogo rasprava o reproduktivnim pravima. Tako su, među ostalima, UN i SZO povelili široku javnu raspravu, čiji je naglasak bio na ženskim aspektima prava kao što su: planiranje obitelji, seksualna edukacija, menopauza, smanjenje učestalosti vaginalne fistule, povezanost između reproduktivnog zdravlja i ekonomskog statusa. Činjenica da se ta ženina prava odjeljuju, opravdavaju se činjenicom da su ona logičan izvod iz osnovnih ljudskih prava – slobode od diskriminacije na socijalnom i ekonomskom planu. Slijedom toga nastao je i pokret „reproduktivna pravda“ koji promovira sve ovo netom već rečeno. Usporedo s tim pojavljuju se razne organizacije koje se bore za reproduktivna prava muškaraca, a ona najčešće uključuju borbu protiv spolno prenosivih bolesti, raka, izloženosti toksinima.

Jedno od gorućih etičkih pitanja na tom području jest i ono o donaciji spermija. Mnoge su zemlje donijele i zakone vezane za tu problematiku, kojima su regulirani status i prava donora sperme; od toga treba li biti anonimna ili poznata primatelju do toga da se ograniči broj

donacija. No, ni te zakonske regulative nisu donijele ploda jer uz današnje nove tehnologije, a pogotovo DNA tehnologiju, takve forme nije moguće zadovoljiti.

Za naše prilike treba istaknuti da je još na snazi Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece iz 1978., po kojemu je prekid trudnoće moguć do isteka desetoga tjedna od trenutka začeća, a, ako je riječ dužem nošenju trudnoće, potrebno je odobrenje komisije. Također je i regulirano pitanje umjetne oplodnje te je prva takva obavljena 1983. godine u Petrovoj bolnici. Taj kontroverzni zakon doživio je poneku dopunu od stjecanja neovisnosti RH, te je predmet raznih kritika, ponajviše od Katoličke Crkve u Hrvata. Naime, Crkva se protivi umjetnoj oplodnji zbog nekoliko razloga i smatra je teškim grijehom. U postupku umjetne oplodnje nastanak novoga ljudskoga života, odvaja se od bračnoga spolnog odnosa, što se protivi dostojanstvu i ulozi braka. Postupak heterologne umjetne oplodnje, pri kojoj se jajna stanica majke oplodi spermijima donatora, obično dovodi do toga da dijete ne poznaje oca. Treba spomenuti i pitanje „surogat-majki“, koje je rašireno u Sjevernoj Americi i zapadnoj Europi. Stajalište je Crkve da ne postoji pravo na dijete po svaku cijenu, nego da postoji pravo djeteta da se rodi kao plod bračnog čina svojih roditelja te pravo da ga se prizna kao osobu od trenutka njegova začeća. U enciklici *Donum Vitae* papa Ivan Pavao II. ističe da ljudski embrij nastao umjetnom oplodnjom ima dostojanstvo kao i odrasla osoba, jer je Božje stvorenje. Stoga zaslužuje brigu i pažnju kao i bilo koje drugo ljudsko stvorenje. Crkva se protivi zamrzavanju embrija, eksperimentiranju nad njima ili njihovoj uporabi u kozmetičke svrhe. Crkva nije protiv djece rođene umjetnom oplodnjom. Zalaže se, da svako dijete koje dođe na svijet tim putem bude prihvaćeno s ljubavlju. Osim toga, treba spomenuti i pitanja antenatalne dijagnostike i genetskog savjetovanja. Svaki je liječnik dužan pružiti punu informaciju roditeljima o plodu, ali odluku donose prije svega roditelji. Ako se ta odluka kosi s liječnikovim stajalištem, on ima pravo pozvati se na svoju savjest te odbiti daljnje liječenje. Dakle, zaključak je da je antenatalna dijagnostika opravdana ako štiti integritet i život ljudskog embrija i fetusa i ako joj je svrha liječenje ili sprječavanje malformacija i genetskih bolesti. No, ona nema nikakve svrhe i opasna je ako je njezin cilj prepoznavanje genetskih poremećaja i anomalija radi pobačaja ploda.

Naposljetku se među reproduktivna prava ubrajaju i spolne bolesti. No najviše etičkih dvojbi i prijepora od svih spolnih bolesti izaziva infekcija HIV-om. One proizlaze iz potrebe za ravnotežom između pojedinačnih i općih prava i dužnosti u borbi protiv infekcije za koju trenutačno nema djelotvornog cjepiva ni zadovoljavajućeg liječenja. Povjerljivost i privatnost;

obveza liječenja osoba s infekcijom HIV-om ili AIDS-om; testiranje, savjetovanje i obavijesni pristanak; savjetovanje žena zaraženih HIV-om koje su trudne ili planiraju trudnoću; smrt i umiranje, prestanak i odbijanje liječenja; zdravstveni djelatnici zaraženi HIV-om; etički aspekti antiretrovirusnog liječenja samo su neka od pitanja na koja treba dati odgovor.

5. Medicinskoetički problemi vezani uz završetak ljudskog života

5.1. Palijativna medicina

5.1.1. Palijativna skrb

5.1.2. Palijativna medicina u svijetu

5.1.3. Zdravstvena skrb za teško bolesne i umiruće.

5.1.4. Preporuke za budućnost (napredne preporuke)

5.2. Beskorisno liječenje

5.3. Produživanje života i njegova kvaliteta

5.4. Načelo čina s dvostrukim učinkom

5.5. Eutanazija

5.5.1. Pravo na smrt

5.5.2. Proeutanazijski pokreti

5.5.3. Slučajevi

Umiranje je krajnji dio života koji završava smrću. Bitna je kvaliteta života, a ne njegova dužina. Za smrt se treba pripremiti i o tome treba razgovarati, a ne izbjegavati razgovor jer će okolina na taj način znati što dotična osoba želi. Bilo bi dobro da osoba koja umire bude okružena najbližim članovima svoje obitelji, a ne da se osoba ostavi u bolnici i prepusti samom sebi. Kada se smrt ne može izbjeći, osoba se treba pripremiti za taj događaj. Dolazak smrti treba shvatiti kao nešto prirodno, a ne tragično (smrt koja nije nasilna, iznenadna, nego očekivana).

5.1. Palijativna medicina

Palijativna je medicina nova grana medicine koja proučava postupak s bolesnicima oboljelima od aktivne, progresivne ili uznapredovale bolesti s nepovoljnom prognozom. Težište je na kvaliteti života do smrti, i bolesnika i njegove obitelji. Mišljenje je da se stajališta palijativne medicine moraju primijeniti u većini medicinskih struka, a posebno u onkologiji, pedijatriji, gerijatriji i neurologiji.

Palijativna skrb je naziv koji se rabi kada se govori o skrbi koju pruža grupa liječnika, medicinskih sestara, fizikalnih terapeuta, socijalnih radnika, svećenika i dobrovoljaca. SZO (Svjetska zdravstvena organizacija, WHO) proširuje definiciju: palijativna skrb naglašava život i gleda na umiranje kao na normalan proces, oslobađanje od mučnih simptoma, daje

psihološku, duhovnu i socijalnu pomoć bolesniku i njegovoj obitelji, a pomaže obitelj i u vrijeme žalovanja.

Osnovne ideje Cicely Saunders jesu: naglašavanje digniteta svake umiruće osobe bez obzira na naciju, vjeru, rasu ili imovinsko stanje. „Vi ste nam važni jer ste to vi i bit ćete nam važni do krajnjeg časa vašeg života.“

U hospiciju treba imati multidisciplinarni pristup, a tim koji radi u hospiciju može posjećivati bolesnike i kod njihove kuće. Ovo prije svega vrijedi za bolesnike kojima je još preostalo manje od 6 mjeseci života. Potrebno je stalno ponovno vrednovanje svega što činimo.

Ako se netko brine o umirućima, treba znati:

- pacijentovu povijest bolesti, uključujući i to kako osoba gleda na život, osobe važne za nju, kako doživljava kraj svoga života
- kako razumije i kako se odnosi prema bolesti
- medicinsku skrb primjenjivanu za ovakve bolesnike – kako urediti sustav brige za bolesnika da bude u skladu s etikom i zakonom
- konačno, kako liječnik razumije sebe, liječnik možete biti instrument izlječenja ili instrument koji šteti.

5.1.1. Palijativna skrb

Palijativna je skrb ublaživanje fizičke i psihičke boli s kojima se suočavaju oni bolesnici i obitelji bolesnika kojima je, u najvećem broju slučajeva, preostalo samo nekoliko tjedana ili mjeseci života. Suprotno uvriježenu mišljenju, skrb ne uključuje samo brigu o starijim ljudima, već prema svim bolesničkim i dobnim skupinama.

Svrha je palijativne skrbi podizanje kvalitete života i umirućih i njihovih obitelji/njegovatelja. Ipak, ovo se ne odnosi samo na medicinsku njegu nego i na brigu o bolesničkim pravima i ljudskom dostojanstvu. Kao takvo, pravo na palijativnu skrb jedno je od osnovnih ljudskih prava na zdravstvenu zaštitu, a potvrdila ga je Svjetska zdravstvena organizacija.

Palijativna je skrb sveobuhvatna (zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna) skrb sa svrhom pružanja potrebne njege bolesnicima s neizlječivom bolešću koja znatno skraćuje životni vijek. Nastoji se ublažiti bol i podići kvaliteta života oboljelih od neizlječivih ili složenih bolesti. Hospicij je jedna od ustanova u kojoj se provodi palijativna skrb. Osnivač pokreta palijativne skrbi jest Engleskinja **Cicely Saunders** 1967. godine. Ona je neizlječivim bolesnicima nastojala omogućiti da umru u što udobnijim uvjetima.

Svrha je palijativne skrbi smanjiti bol i neugodne simptome bolesti kako bi bolesnik koji je u posljednjim stadijima neizlječivih bolesti ili ima kroničnu tešku bolest što kvalitetnije živio.

Zajedno surađuju liječnici, farmaceuti, socijalni radnici, medicinske sestre i volonteri u suradnji s obiteljima pacijenata. Palijativna se skrb provodi u nekim bolnicama, u posebnim ustanovama hospicijima i u bolesnikovoj kući. Palijativnom se medicinom nastoji pomoći bolesniku na tjelesnom, duševnom i duhovnom planu. Najčešće je riječ o oboljelima od karcinoma i side. Palijativna medicina u suprotnosti je s eutanazijom i asistiranim samoubojstvom. Nastoji se pomoći bolesniku da živi što kvalitetnije i sa što manje bola do njegove prirodne smrti. Cicely Saunders jednom je prigodom izjavila: „Ako bolesnik traži da ga se ubije, podbacili smo u pružanju njege.“

Cilj je palijativne skrbi umirućem omogućiti da preostalo vrijeme života iskoristi na najbolji mogući način, to više što je njezina organizacija danas u znatnoj mjeri definirana. Treba izgraditi stajalište da je umiranje završni dio života, da život završava smrću i da preostali dio života treba proživjeti na najbolji mogući način. Bitna je njegova kvaliteta, a ne njegova dužina.

Bolesnik je svakako osoba čije se želje prije svega redu poštuju, ali treba uzeti u obzir i potrebe, želje i prava drugih sve do cijene pojedinih usluga. Uz dobrobit bolesnika treba misliti i na egzistenciju obitelji. Važno je obilježje hospicijske skrbi da ona, uz bolesnika, obuhvaća i onoga tko se za njega skrbi.

Moderna, sofisticirana medicinska tehnologija u jedinicama intenzivne njege izdvaja pacijenta iz društvenog života, pretvarajući ga u objekt mjerenja bioloških parametara i titriranja terapije. On društveno umire prije nego je biološki život završio. Palijativna skrb i posebno izobraženi dobrovoljci imaju ulogu resocijalizacije.

Bolesniku treba omogućiti da donosi odluke, a ne da se o njemu odlučuje. Posljednji dani/tjedni života važan su dio života, vrijeme kad se izgrađuje konačna slika sjećanja na umrlog, a ona može biti odlučna za nastavak života obitelji.

Pravednu podjelu društvenih izvora financiranja, definiciju prioriteta treba riješiti društvo kao cjelina, a ne prepuštati liječnicima odgovornost za potrebnu racionalizaciju i upadanje u stalne etičke dvojbe. Prvi korak svakako je ozakonjenje i konsenzus pri obustavi beskorisnog liječenja, a drugi, još važniji, jest upućivanje bolesnika u jedinice palijativne skrbi, bilo u kući bilo u ustanovi.

Hospicij sv. Kristofora u Londonu postao je ustanova koja si je prije svega stavila u zadatak spajanje iskrenoga ljudskog suosjećanja s najnovijim dostignućima u medicini kada je riječ o njezi umirućih. Konačni je cilj ublaženje patnje – fizičke, emocionalne i duhovne. Život se ne produžuje, niti skraćuje, nego se do zadnjega trenutka podiže njegova kvaliteta.

Postupa se prema željama i nazorima bolesnika i njihovih najbližih. Obitelj/njegovatelj uključeni su u skrb, a hospicijski se djelatnici skrbe i za njih i prije i nakon smrti umirućeg. Moderna se hospicijska skrb razvija i kao protuteža bezličnoj, neljudskoj smrti među aparatima jedinica intenzivnih njega, daleko od obitelji i prijatelja od kojih se treba oprostiti.

Prema Preporukama Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi iz 2003. godine, pravo na dostojanstvenu smrt osnovno je građansko pravo za čiju je realizaciju odgovorna vlada. Palijativna skrb nije ni karitativna ni profitabilna aktivnost.

Palijativna skrb obuhvaća tri osnovna područja:

- diferencijalnu dijagnostiku i liječenje simptoma
- psihosocijalnu potporu bolesniku i obitelji. Ovdje su osnovni problemi komunikacije na relaciji bolesnik – njegovatelj, bolesnik – članovi obitelji i komunikacija unutar tima.
- rješavanje etičkih dvojbi vezanih uz završetak života (pristanak obaviještenog bolesnika, kazivanje istine o dijagnozi i prognozi, donošenje odluke unaprijed o budućim zahvatima – oživljavanju, transplantaciji organa, obustavi ili neuvođenju liječenja, asistiranom samoubojstvu itd.).

Posebno poglavlje palijativne skrbi čini duhovna orijentacija. Duhovnost je snaga suprotstavljanja utjecajima sa strane, to je snaga preuzimanja odgovornosti za aktualan izbor. **Duhovnost** je moć opraštanja sebi i drugima. U duhovnosti treba prevladati jedinstvo, tu nema pobjednika i pobijeđenog, pozitivnog i negativnog, nema polariteta u kojemu, dok jedan gubi, drugi dobiva.

Osnovne jedinice palijativne skrbi jesu:

- autonomni hospicij s posteljama i atmosferom ugodnog privatnog doma gdje se slave imendani i rođendani, kamo posjetitelji vraćaju uvijek iznova.
- palijativni odjeli najčešće vezani za onkološke zavode
- hospicijski kućni timovi koji su osnova skrbi u kući, koji povezuju bolesnika s primarnom zdravstvenom zaštitom, sa specijaliziranom bolnicom ili s hospicijem i hospicijskim dnevnim boravkom, već prema bolesnikovu stanju
- hospicijski dnevni boravci u kojima se izolirani kronični bolesnik resocijalizira, u kojima se sastaje sa sebi sličnim ili njemu interesantnima, u kojima se može baviti

umjetnošću, čitati, igrati šah i sl. Poželjna je i mogućnost obavljanja ambulantne kontrole ili raznih usluga (pedikerskih, frizerskih i slično).

- ambulantni pogoni: jedinice za žalovanje, za bol, fizikalnu terapiju itd.

Svjetski dan hospicija i palijativne skrbi, druga subota u listopadu

Tri su osnovna cilja obilježavanja Svjetskog dana hospicija i palijativne skrbi:

1. povećati svijest o potrebama ljudi koji žive s terminalnom bolesti i njihovih obitelji;
2. povećati u svijetu dostupnost hospiciju i palijativnoj skrbi kako bi se zadovoljile ove potrebe;
3. nabaviti sredstva za razvoj ovakvih službi diljem svijeta.

5.1.2. Palijativna medicina u svijetu

Organizacija palijativne medicine potrebna je na svim razinama zdravstvene zaštite (kućni posjeti palijativnog tima, bolnički palijativni timovi, ustanove za palijativnu medicinu, klinike, odjeli, hospiciji i dr.). Više od 120 zemalja u svijetu ima različite modele organizirane palijativne medicine, nastale s počecima modernoga hospicijskog pokreta iz 70-ih godina prošloga stoljeća. Svjetska zdravstvena organizacija (*World Health Organization*) definirala je 1990. godine palijativnu medicinu kao sveobuhvatnu skrb o bolesnicima i članovima njihovih obitelji, s ciljem poboljšanja kvalitete života, a sukladno pacijentovim potrebama i željama.

Ujedinjeno Kraljevstvo ima 156 hospicija, 64 palijativna odjela, 362 bolnička suportivna tima, 376 timova kućne skrbi. Organizira se specijalizacija iz palijativne skrbi za liječnike u trajanju od 3 do 4 godine. Ima više od 7 katedara palijativne skrbi s odgovarajućim profesurama. Tranzicijska zemlja Poljska ima više od 300 hospicijskih jedinica različitog tipa kojima opskrbljuju više od 100 000 umirućih godišnje. Hospicijski pokret u Poljskoj počeo je u Krakowu davne, 1981. godine. Financira se od države i putem donacija. Imaju katedre/profesure (4) te specijalizacije iz palijativne medicine: od 3 godine za liječnike i od 2 godine za medicinske sestre.

Snažan je razvoj palijativne skrbi u SAD-u, Kanadi i Australiji. U SAD-u se posebno razvija dodiplomska nastava na medicinskim fakultetima i u nizu država dokaz o položenom ispitu iz algologije i palijativne skrbi postao je uvjet za dobivanje licence za opću praksu.

U New Yorku je sjedište Svjetskog udruženja za hospicij i palijativnu skrb. U Milanu je sjedište Europskog udruženja za palijativnu skrb. Palijativna i hospicijska skrb razvija se i u Aziji i Africi (posebno za oboljele od AIDS-a).

I u susjedstvu Hrvatske razvija se hospicijski pokret. Mađarska ima 10 palijativnih odjela, 1 hospicij, 4 bolnička tima za potporu i 28 timova kućne skrbi. U BiH, u Tuzli, Univerzitetski klinički centar obuhvaća i palijativni odjel i dnevni hospicijski boravak, a gradi se i dječji palijativni odjel. Osoblje se sustavno educira putem tečajeva (*long-distance*) u Cardiffu i u Hospiciju St. Gemma, oboje u Engleskoj. Na palijativne odjele u Tuzli prima putem uputnice za bolničko liječenje koju izdaje primarna zdravstvena zaštita.

Pojam palijativne skrbi ušao je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske još 2003. godine. Njime se predviđa osnivanje Ustanove za palijativnu skrb do prosinca 2008. Međutim, ovaj plan do danas nije realiziran, niti se krenulo s razvijanjem sustava edukacija iz područja palijativne skrbi.

Prema nekim procjenama, godišnje u Hrvatskoj palijativnu skrb treba oko 30 tisuća ljudi, no dobije ju tek njih 200-tinjak. Da bi problem bio još složeniji, medicinski fakulteti u Hrvatskoj ne drže kolegije o palijativnoj medicini, iako se u inozemstvu iz ovog područja nude specijalizacije i supspecijalizacije. Izravna je posljedica da velik broj hrvatskih studenata medicine ne zna što je to palijativna medicina ili je smatraju marginalnom i nekonkretnom.

Slučaj iz prakse

„Moja majka ima 76 godina. U listopadu prošle godine doživjela je moždani udar i preko noći iz pune snage postala je stopostotni invalid. Budući da se sve dogodilo rano ujutro na otoku Hvaru, prošlo je više sati dok je bila pronađena, obrađena na Hitnoj i transportirana u Split. Primljena je na neurološki hitni prijam, gdje su nam priopćili dijagnozu, kao i činjenicu da je došla prekasno, pa su posljedice udara trajne.

Dakle, moja je majka je doslovno preko noći od vitalne, razborite, samostalne osobe postala 'beba u tijelu žene', postala je nepokretna osoba, inkontinentna, u pelenama, s gubitkom osjeta i bez mogućnosti da komunicira s nama. Jednom riječju, postala je bolesnik koji zahtijeva 24-satni angažman i skrb.

Otpuštena je iz bolnice nakon 15 dana u vrlo teškom stanju, s bolovima i jakom urinarnom infekcijom. Obitelj se našla u užasnim problemima. Svi smo bili šokirani i potreseni uopće vidjeti je u takvom jezivu stanju, potpuno lišenu dostojanstva, u pelenama, bez mogućnosti komunikacije i raspoznavanja. Ali, nije bilo vremena za psihološku prilagodbu. Ona je otpuštena u petak a da nam nitko nije objasnio kakvo je to stanje, kako da postupamo s njom, na što trebamo paziti, što možemo očekivati. Jedina uputa koju smo dobili bila je da se javimo njezinu obiteljskom liječniku koji će se pobrinuti o svemu. Njezin je liječnik na Hvaru, dakle trebalo je čekati ponedjeljak i pred nama je bio vikend u kojem smo se morali organizirati sami. Platili smo njegovateljicu da nam dođe pokazati kako se brinuti o nepokretnoj osobi,

kako je okrenuti, nahraniti, podići. U ponedjeljak smo doznali da je njezin liječnik ne može voditi, već da trebamo pronaći nekoga iz Splita tko je voljan preuzeti njezin karton. Moljali smo po ordinacijama i, kad smo pronašli liječnicu, doznali smo da je potrebno napisati posebnu zamolbu u kojoj ćemo objasniti razloge prebacivanja kartona, koji treba opet osobno odnijeti na Socijalni, inače se neće uskoro riješiti. Dakle, pred milijunom birokratskih zavrzlama koje smo rješavali u hodu trebali smo funkcionirati na svojim radnim mjestima i skrbiti se o vrlo teškom bolesniku. Moj je brat je u to vrijeme zamalo skrivio prometnu nesreću zbog iscrpljenosti. Plaćali smo dvije njegovateljice, koje su nam po potrebi uskakale, a nas troje smo se izmjenjivali, a opet često ne bismo mogli 'pokriti' 24 sata.“

5.1.3. Zdravstvena skrb za teško bolesne i umiruće

Postavlja se pitanje: Kako pomoći teško bolesnima u terminalnoj fazi života? i Koji je cilj medicinske brige za ljude koji umiru?

Bolesniku se uklanja ili ublažuje bol te provodi ublaživanje fizičkih simptoma (opstipacija, mučnina, povraćanje). Bolesnik umire u svom domu ili u nekoj jedinici palijativne skrbi ili pak u bolnici. Međutim, studije su pokazale da je bolnička smrt loša smrt. Pojedini bolesnici koji su zbog svoje kronične bolesti (npr. KOPB-a) više puta bili na bolničkom liječenju izjavili su da ne žele intenzivno liječenje na kraju svoga života. Cilj je dostojanstveni završetak života bez produživanja životne agonije kada to više nema smisla. Bolesnik mora imati osnovnu skrb (hranjenje, njegu, ublaživanje bolova), ali ne treba dobiti dodatnu medicinsku skrb i ne treba poduzimati postupke oživljavanja ako nastupi srčani zastoj ili prestanak disanja.

Također se rabi pojam „Dobra smrt“ kojim se označuje nepoduzimanje dodatnih mjera liječenja kada se više ne može pomoći te se izbjegava produljenje agonije.

Smrt nije samo individualno iskustvo, ona se zbiva unutar obitelji, prijatelja i drugih pa je potrebno uključiti sve one koji su važni za bolesnika.

Važno je medicinsko razumijevanje bolesnikove bolesti. Mnogi bolesnici, obitelji i drugi odlaze k liječniku i pitaju što se događa i zašto. Važno je prepoznati njihovu potrebu za informacijom i dati im istinitu informaciju o zdravstvenome stanju.

Hospicij je u prošlosti označivao mjesto gdje su bili smješteni iscrpljeni i bolesni. Organizirale su ih redovničke udruge. Riječ hospicij ima različito značenje u različitim zemljama.

Prvi moderni hospicij otvorila je **Cicely Saunders** u Londonu 1967. godine, hospicij svetog Kristofora koji ujedinjuje ljudsko suosjećanje s najvišim medicinskim dostignućima u ovom području.

Cicely Saunders smatra se pokretačicom modernoga hospicijskog pokreta u svijetu.

Hospicijski se pokret proširio širom svijeta. Razina je hospicija najviša u Engleskoj, Kanadi, Australiji i na Novom Zelandu.

Hospicijski pokret u Hrvatskoj počinje 1994. godine, s prvi simpozij o hospiciju i palijativnoj skrbi organizirala je profesorica Anica Jušić. Osnovano je Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu skrb te više udruga prijatelja hospicija. Također je osnovano i Hrvatsko društvo za liječenje boli pri HLZ-u.

Nastupila je promjena svijesti glede shvaćanja smrti pa se smrt shvaća kao normalan događaj, kraj života. Potrebno je razvijanje navika solidarnosti, pomaganja slabima i nemoćnima te pomaganja onima koji trebaju našu pomoć.

Hospicij može pomoći bolesnicima da imaju dostojanstveni kraj života. Tu je prisutna određena razina liječenja, ali se prije svega skrbi o njezi bolesnika. Svrha je da bolesnik nema bolove, da se ublaže fizički simptomi (uključujući dispneju, mučninu, konfuziju, delirij, kožne promjene i rane u usnoj šupljini) i da se provodi dobra njega bolesnika.

5.1.4. Preporuke za budućnost (*napredne preporuke*)

Napredne su *preporuke* pisane želje pojedinca, potencijalnog pacijenta, na koje medicinske postupke i liječenja u zdravstvenoj skrbi ne pristaje u slučaju nemogućnosti komunikacije s okolinom i sposobnosti odlučivanja pri postojanju terminalne bolesti. Studije su pokazale da bi 70 do 95 % ljudi odbilo agresivno liječenje i produživanje „života“ ako takvo stanje ima lošu i nepovratnu prognozu.

„Ako budem patio od neke neizlječive, nepovratne bolesti ili stanja te ako sam zbog nesposobnosti ne budem mogao dati informirani pristanak ili odbijanje, a moj liječnik utvrdi da je stanje terminalno, želim da se sve mjere koje se primjenjuju za produženje života i odgodu umiranja povuku i prekinu.“

Napredak tehnologije, razvoj nove medicinske opreme, poznavanje patofizioloških mehanizama omogućili su produživanje života koji bi u prirodnim uvjetima bez intervencije izvana umro. Tako se pojavio jedan širok krug bolesnika koji žive i godinama zahvaljujući tehničkoj potpori bez mogućnosti oporavka. Poseban su problem bolesnici koji su u stanju kome, bez komunikacije s okolinom.

Klasična je oporuka bila pravna osnova za stvaranje *naprednih preporuka*. Preko nje pojedinac, iako ne može komunicirati (jer je mrtav) izražava svoju želju oko imovinskopravnih pitanja. Prema toj logici i pacijent u terminalnoj bolesti, bez mogućnosti komunikacije, može izraziti svoju želju o brizi za njegov život i zdravlje preko tzv. oporuke o životu. Njome bi se zabranila uporaba određenih postupaka, poput nadoknade hrane i vode putem sonde i katetera, izrazila pacijentova želja oko analgezije, primjene kardiopulmonalne restitucije i slično.

„Akt naprednih preporuka“

Teksaški *Advance Directives Act* ili u slobodnom prijevodu „Akt naprednih preporuka“ donesen 1999. sadržava odredbe kojima se bolesniku omogućuje da izrazi svoje želje za budućnost. Naime, bolesnici koji su svjesni, u dobrome stanju izražavaju svoju želju da se ne poduzimaju mjere oživljavanja ako dođu u takvu situaciju. Tim se preporukama dopušta zdravstvenim ustanovama (liječnicima) prekid održavanja života ako liječnički tim liječenje ocijeni uzaludnim. Pri tome:

- obitelj treba biti pismeno obaviještena o načinu etičke konzultacije u toj ustanovi.
- obitelj treba biti obaviještena 48 sati prije i pozvana na etički konzultacijski proces
- obitelj treba biti redovito obavještavana o odlukama etičkoga konzultacijskog procesa u kojemu mogu i sami sudjelovati
- ako se etičkim procesom ne uspije riješiti slučaj, ustanova u suradnji s obitelji mora pokušati naći drugu ustanovu i liječnički tim koji bi preuzeo bolesnika
- ako se nakon 10 dana takva ustanova ne nađe, sadašnji liječnički tim ili ustanova može jednostrano donijeti odluku o prekidu liječenja
- ako jedna strana nije zadovoljna ovakvom odlukom, može se žaliti sudu koji potom može donijeti odluku o odgađanju prekida liječenja, ali samo ako postoji razumna mogućnost nalaženja nekog drugog liječničkog tima i ustanove koja bi bila voljna pružiti pomoć
- ako obitelj ne zatraži produženje roka ili sud ne donese odluku o produženju liječenja, ustanova ili liječnički tim može prekinuti liječenje.

Prije spomenutog akta bolnica je mogla od suda zatražiti dopuštenje o prekidu liječenja i bez roka od 10 dana unutar kojega bi obitelj trebala naći drugu bolnicu. Za razliku od drugih dotadašnjih odluka, taj akt ne uzima u obzir novac tako da se siromašna osoba može liječiti kao i bogata.

5.2. Beskorisno liječenje

Riječ **distanazija** stari je portugalski izraz, a riječ je o neologizmu grčkog porijekla u kojem prefiks *dys* znači čin s grješkom, a *Thantos* smrt. Etimološki distanazija znači pretjerano produživanje bolesnikove agonije, patnje i smrti. Pod tim se pojmom u Europi govori o **terapijskoj ustrajnosti**, u angloameričkoj literaturi o **medicinskoj beskorisnosti**, odnosno o liječenju koje ne daje nikakve pozitivne rezultate.

Premda je beskorisno liječenje tek u današnje doba postalo predmetom određene pozornosti i kritike, već u staroj Grčkoj liječnik je bio dužan ne koristiti se nekim postupkom ako je primjena medicinske vještine bila uzaludna u liječenju neke kronične bolesti, ponovnog uspostavljanja određenih funkcija, poboljšanja kvalitete života ili sprječavanja smrti.

Početak pedesetih godina 20. st. izraz *l'acharnement thérapeutique* uveden je u francuski medicinski jezik kao „medicinsko ponašanje koje se sastoji u primjeni terapijskih postupaka čiji je učinak škodljiviji od učinka bolesti koju treba liječiti, ili je beskoristan jer je liječenje nemoguće i očekivana je pogodnost manja od predvidivih teškoća“.

U današnje doba to „odupiranje“ smrti događa se u mnogim bolnicama gdje se posredovanjem tehničkih postignuća omogućuje održavanje vitalnih funkcija umirućeg bolesnika a da se ne postavlja pitanje kolike su njegove patnje ni koliko pati cijela obitelj. S jedne strane imamo **eutanaziju** (skraćenje života), a s druge strane **distanaziju** (produženje agonije, patnje i odgađanje smrti). Prema mišljenju mnogih bioetičara, između tih je dviju krajnosti je **ortotanazija** (postupak po mjeri bolesnika). Grčkim prefiksom *orto* – korektan, govori se o dostojanstvenoj smrti „u pravo vrijeme“, bez skraćenja života, ali i bez dodatnih patnji.

Tako distanazija postaje sve veći bioetički problem i potiče rasprave, osobito u razvijenim zemljama, jer se postavlja pitanje ulaganja velikih financijskih sredstava u zdravstvo za održavanje terminalne faze života, a istodobno se dostatno ne ulaže u preventivne programe. Pojavljuju se brojne bioetičke dvojbe i sljedeća pitanja: moraju li se iskoristiti sva raspoloživa terapijska sredstva da bi se malo produžio život terminalnog bolesnika? Je li liječnikova dužnost neograničeno održavanje života osobe s nepovratno oštećenim mozgom? Treba li primijeniti aktivan tretman u novorođenčeta s kongenitalnim malformacijama inkompatibilnima sa životom?. Odgovor na sva ta pitanja može biti u palijativnoj skrbi. Tako i Svjetska zdravstvena organizacija u svojim izvještajima ističe potrebu za ublaživanjem bolova, smanjivanjem patnje i dostojanstven završetak života, kada nema izgleda za izlječenje.

Na pitanje što se smatra beskorisnim u medicinskom postupku, odgovor se može naći ispitivanjem ciljeva tog postupka. Tako se smatra da su tretmani beskorisni kada ne postižu ciljeve odgađanja smrti, produženja života, poboljšanja, održavanja ili obnove kvalitete življenja; poboljšanja prognoze; smanjenja nelagode; poboljšanja dobrobiti i općega zdravstvenog stanja; povratka svijesti; prestanka potrebe intenzivne skrbi; ublaživanja simptoma itd.

Svjetska udruga za perinatalnu medicinu (WAMP) u prigodi 5. svjetskog kongresa perinatalne medicine održanog u Barceloni 2001. godine objavila je deklaraciju koja je nazvana „Barcelonskom deklaracijom o pravima majke i novorođenčeta“. Svrha je tog dokumenta da se u 21. stoljeću, bilo gdje u svijetu, osigura odigravanje humane reprodukcije u povoljnim tjelesnim, psihičkim i društvenim uvjetima, kako za majku, tako i za dijete. Drugi dio deklaracije kroz četrnaest točaka govori o pravima novorođenčeta, uz naglasak na tome da je novorođenče osoba s posebnim pravima, koja zbog tjelesne i psihičke nezrelosti nije sposobna tražiti svoja prava. Ta prava društvu nameću niz obveza i odgovornosti, koje moraju promicati sve zakonodavne i izvršne ustanove svih država. Prema članku 2., novorođenčad mora biti zaštićena u skladu s Konvencijom o pravima djeteta. U članku 9. stoji da se – ako se rodi plod s anomalijama koje su nespojive sa životom – „na novorođenče ne trebaju primijeniti uzaludni postupci liječenja“. U članku 10. stoji da „ne treba pokušati održati na životu svako novorođenče čija je nezrelost izrazitija od najniže granice preživljavanja. U takvim slučajevima pri prosudbi uzet će se u obzir zemljopisne, društvene i ekonomske okolnosti u mjestu rođenja. U krajnjim slučajevima bit će obaviješteni roditelji te će oni, kad god je to moguće, sudjelovati u donošenju odluka prije samog rođenja“.

U preporukama FIGO-ova (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) povjerenstva za etičke aspekte humane reprodukcije i zdravlje žena dane su smjernice za postupke s novorođenčadi s teškim malformacijama i s nedonoščadi koja su zbog nezrelosti na granici preživljenja. Djeca s teškim malformacijama imaju pravo na dostojanstvenu smrt, bez neprikladne medicinske intervencije, kad roditelji i njihovi liječnici smatraju da je to u njihovu najboljem interesu. Aktivna se eutanazija smatra etički neprihvatljivom čak kada se čini da je na dobrobit djeteta. Uskraćivanje ili oduzimanje medicinske skrbi npr. strojna ventilacija, antibiotici, nazogastrična prehrana, davanje kisika opravdano je u takvim situacijama, uz osiguranu najnužniju skrb (*comfort care*), koja uključuje oralnu prehranu, toplinu, ljubav, poštovanje. Uporaba analgetika i sedativa za olakšanje stresa i patnje smatra se odgovarajućom ako njezin primarni cilj nije izazivanje smrti.

Rasprave o besmislenom liječenju započinju negdje oko 1987. i vodile su se u početku s mnogo strasti. Objavljen je i velik broj članaka, s vrhuncem u 1995. godini. Od tada učestalost jenjava zbog pomanjkanja konsenzusa. Besmislenim se smatra liječenje „kojim se održava stanje bez svijesti ili koje ne dovodi do prestanka bolesnikove ovisnosti o mjerama intenzivne skrbi“ ili, opet kvantitativna definicija, „kad liječnici zaključe da je u posljednjih 100 slučajeva iste vrste, liječenje bilo beskorisno“. Kao kriterij pokušale su se razraditi i fiziološke kvantitativne mjere (APACHE sustav – *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation System*). Takvi sustavi imaju veliku prognostičku snagu za skupine kao cjeline, ali ne i za pojedince. Konsenzus nije postignut ni u pokušaju definicije tko ima pravo odrediti što je to besmisleno liječenje – da li liječnik ili bolesnik? Konačno se prišlo tomu da se u raspravu obvezno uključuju sami bolesnici i njihove obitelji, odnosno opunomoćenici. Pritom se rasprava može početi i unaprijed i onda kad nastupe konkretne okolnosti.

Slučaj „Baby K“

Stephanie Keene, poznatija pod pseudonimom Baby K, rođena je u bolnici Fairfax u Virginiji u SAD-u 1992. godine. Nedostajao joj je veći dio mozga i korteks, osim produljene moždine, čime je očuvana autonomna regulacija krvotoka i disanja.

Majka je tijekom trudnoće obaviještena o djetetovu stanju nakon što je dijagnosticirana anencefalija. Savjet ginekologa opstetričara i neonatologa da prekine trudnoću nije prihvatila zbog svojih kršćanskih svjetonazora kako život nerođena djeteta treba biti sačuvan. Odmah nakon rođenja djeteta je doživjelo krizu, zbog čega je majka zahtijevala strojnu potporu disanju. Stajalište bolnice bilo je da je liječenje takva djeteta beskorisno. Bolnički su liječnici također preporučili majci da potpiše nalog da se dijete ne oživljava, na što ona nije pristala. I nakon što je dijete 6 tjedana od rođenja boravilo u bolnici zbog niza zdravstvenih komplikacija, Fairfax je zatražila premještaj u neku drugu zdravstvenu ustanovu, međutim, nijedna druga je nije pristala primiti. I tako je Stephanie nakon što je stabilizirana puštena na kućnu njegu, međutim, zbog opetovanih problema s disanjem često je završavala u bolnici na ventilacijskoj potpori.

Zbog učestalih i ozbiljnih respiracijskih kriza, koje su završavale hospitalizacijom bolnica je zbog ovog slučaja pokrenula pravni postupak pozivajući se na činjenicu da se u ovakvim slučajevima pruža samo palijativna njega i ništa više osim toga. Nasuprot tomu djetetova se majka pozivala na to da se njezin slučaj temelji na vjerskoj slobodi i svetosti života.

Sud je odlučio da se dijete stavi na ventilacijsku potporu ako bude imalo problema s disanjem. Odluka je temeljena na tadašnjem zakonu o medicinskoj skrbi.

Kao rezultat te odluke, Stephanie je održana na životu mnogo dulje nego većina anencefalične dojenčadi. Stephanie Keene umrla je od srčanog udara u bolnici Fairfax 1995.godine s 2 godine i 174 dana u vrijeme šestog prijma na hitnu pomoć.

5.3. Produživanje i kvaliteta života

Napredne smjernice (preporuke bolesnika za budućnost)

Napredne su smjernice dokument koji liječniku govori što će raditi u određenim slučajevima. Bolesnikovo je pravo da odbije medicinske postupke i mi moramo poštovati njegovo pravo da odlučuje i da je autonoman u odlučivanju. Bolesnik u stanju svijesti i s potpunim kapacitetom odlučivanja daje pisanu suglasnost što dopušta, a što ne dopušta da se radi u određenim slučajevima, odnosno kada on ne bude u mogućnosti odlučivati ili da kazati što želi. Taj se dokument sve više upotrebljuje u praksi i tako olakšava razrješavanje nekih etički dvojbi tijekom liječenja. Napredne smjernice temelje se na etičkom načelu poštovanja autonomije bolesnika koji ima pravo odlučiti o svojem životu. Ako bolesnik nešto ne želi, to se ne smije učiniti. Dokument nastaje u vrijeme kada građanin, bolesnik, ima odgovarajući kapacitet odlučivanja te svjesno i dobrovoljno odlučuje o postupcima koje želi i postupcima koje ne želi u vez sa svojim životom. Građanin, bolesnik, prihvaća sve posljedice svoje odluke. Izjava nastaje u skladu sa zakonom i pravno je valjani dokument (ako je napravljen u skladu sa zakonom).

Preporuke NE OŽIVLJAVATI (Ne reanimirati – *Do-Not-Resuscitate*)

Preporuke za uporabu pravila NE OŽIVLJAVATI (*Do-Not-Resuscitate*) razvijene su u nekim zemljama i razgllašene profesionalnim društvima i etičarima u tim zemljama. Društva i pojedinci pomažu svakodnevno u donošenju teških odluka pri određivanju moždane smrti i podržavanju ili uskraćivanju terapije za potporu života.

Preporuke *ne oživljavati*, što treba znati?

Preporuke usmjeruju liječnika, pomažu mu da zna što bolesnik želi, a što ne želi ako bolesnik ne bude u stanju da odlučuje o sebi (terminalni stadij bolesti, stalna nesvjesnost, teška stanja kada ne postoji kapacitet odlučivanja).

U kroničnih bolesnika koji više puta budu dovezeni u bolnicu u teškom stanju, bolničko osoblje treba prikladno upoznati bolesnike s načinom nastanka preporuka i čemu one služe. Preporuke mogu imati različite forme, i to stoga što različite zemlje imaju različite propise. U

nekim zemljama ne postoje takve preporuke. Liječnik treba poznavati te zakone i tehniku primjene naprednih preporuka. U zemljama u kojima nema zakonskih preporuka posao je liječnika otežan u etičkom i pravnom smislu. Preporuke se temelje na etičkom principu poštovanja autonomije bolesnika, da bolesnik svjesno i samovoljno donosi odluku i da se bolesnika poštuje kao osobu.

Dođe li do srčanog zastoja ili prestanka disanja, pristupa se postupku oživljavanja (reanimacije). Ako se bolesnik ranije očitovao (kada je imao dobar kapacitet odlučivanja) da ne želi da se primijeni kardiopulmonalna reanimacija, ne će se primijeniti. Odredba da se ne reanimira mora biti uzeta na zakoniti način, naznačena u zdravstvenom kartonu, a opunomoćene osobe imaju kopiju izjave. Sve više bolesnika koji umiru u bolnici u razvijenim zemljama ima preporuku *Ne oživljavati!* Riječ je o bolesnicima koji se nalaze u terminalnoj fazi bolesti i koji su više puta bili u bolnici te su ti bolesnici upoznati sa svim postupcima liječenja i njihovim učincima. Bolesnici ne žele ponovno proći agresivne metode liječenja, doživjeti nepoštovanje svoje osobe i žele zadržati svoje samopoštovanje. Odluka *Ne oživljavati!* Donosi se prije nego što bolesnik postane nesposoban za odlučivanje. Takvi bolesnici postaju mirni jer znaju da se ne će primijeniti agresivne metode liječenja koje bi mogle produžiti njihovu patnju.

Odrednice *Ne oživljavati!* trebaju biti u pisanoj formi, a to je formular na koji se upišu važni podatci, zakonske odrednice već su tiskane, prostor za potpis bolesnika ili rodbine, vrijeme kada je formular napisan. Napiše se izjava i potpiše pred svjedocima ili službenom osobom na sudu. Ove upute i oporuke nisu komplicirane, one su obična izjava o željama bolesnika. Tekst ovjerene izjave upiše se u zdravstveni karton (kopija izjave se sačuva), na sudu se sačuva izjava, a kopija izjave pohrani se kod opunomoćenika.

Kompetentan bolesnik ima pravo prihvatiti, kao i odbiti medicinske postupke nakon što je informiran, obaviješten o postupcima, rizicima i prognozi liječenja. Danas medicinska tehnologija produžava život, ali je upitna kvaliteta života (npr. bolesnik se ne može odvojiti od aparata za ventilaciju pluća). Neki ljudi koji ne žele takav tretman imaju zakonski uzetu izjavu gdje su se izjasnili protiv oživljavanja u slučaju srčanog zastoja ili zastoja disanja ili životno ugrožavajućih srčanih aritmija. Dužnost je liječnika da poštuju njihovu želju. Bolesnika, kada je pri svijesti, treba pitati ostaje li pri izjavili ili je promijenio mišljenje glede odredbe *Ne oživljavati!* Ako bolesnikovo srce prestane raditi ili se pojave životno ugrožavajuće aritmije i/ili prestane disanje, treba odmah poduzeti postupak kardiopulmonalne reanimacije ne postoji li odrednica *Ne oživljavati*. Kardiopulmonalna reanimacija (KPR) uključuje niz specifičnih postupaka kojima je svrha uspostaviti vitalne funkcije: uspostava

srčane akcije, uspostava cirkulacije, povrat spontanog disanja i povrat svijesti. Rezultat uspješnog KPR-a jest uspostava rada srca, cirkulacije, spontanog disanja i povrat svijesti. Ako se ne povrate spontano disanje i svijest, tada je reanimacija neuspješna, beskorisna.

U SAD-u, u državi Washington još od 1994. godine bolesnici (koji imaju odredbe o neoživljavanju) moraju nositi narukvicu koja upozorava nemedicinske djelatnike na odredbu *Ne oživljavati*. Načelno sve bolnice bi trebale imati odredbe u pogledu postupaka ne poduzimanja reanimacije. Riječ je o dvjema situacijama:

- kada je postupak reanimacije medicinski beskoristan, uzaludan, jer ne donosi nikakvu korist bolesniku (medicinski gledano)
- kada svjestan bolesnik s potpunim kapacitetom odlučivanja ne dopušta reanimaciju, odbija postupak reanimacije u slučaju zastoja srca i/ili disanja.

Kada nema izgleda da će reanimacija biti uspješna, govorimo o uzaludnom, beznadnom postupku reanimacije (npr. opsežno krvarenje u moždanim komorama koje ne će biti neurokirurški liječeno) i, gledano etički, liječnik ima pravo odustati od postupka reanimacije. Kardiopulmonalna reanimacija pokazala se neuspješnom u nekih bolesnika koji su doživjeli srčani zastoj, a imali su sljedeću dijagnozu: septični šok, akutni udar (kap), metastatski karcinom i ozbiljnu pneumoniju.

U drugim kliničkim situacijama (hipotenzija, zatajenje bubrega, AIDS, dob više od 70 godina) preživljenje nakon KPR-a ekstremno je ograničeno, nisko.

Kako odrediti kvalitetu bolesnikova života?

Bolesnik će sam definirati kvalitetu svog života. Ako bolesnik smatra da je kvaliteta njegova života loša, on prihvaća preporuke *Ne oživljavati*. Ako je bolesnik u stanju trajne kome, stanju vegetacije, može se govoriti o lošoj kvaliteti života i, ako u takvih bolesnika dođe do srčanog zastoja ili prestanka disanja, nije opravdano provoditi reanimaciju jer je taj postupak uzaludan, nepotreban.

Ako je postupak oživljavanja, medicinski gledano, beskoristan, beznadan, to znači da liječnik nije obavezan izvoditi postupke oživljavanja. Bolesnik ima pravo odlučivati o odrednicama o neoživljavanju, a ako bolesnik nije sposoban donijeti odluku, odluku može donijeti najuža rodbina ako to želi. Treba poštovati autonomnu odluku osobe, iskazati poštovanje prema osobi i poštovati odluku rodbine kada bolesnik nije kadar donijeti odluku. Katkada rodbina ne razumije situaciju i potrebno je sjesti i objasniti kakvo je bolesnikovo stanje, što se očekuje i koji će postupci biti a koji ne će biti provedeni i zašto.

Ako postupak oživljavanja, medicinski gledano, nije beskoristan, beznadan, a bolesnik ne želi biti reanimiran, tada treba procijeniti je li bolesnik sposoban donijeti odluku, ima li dostatan

kapacitet odlučivanja i, ako je sposoban i ima dostatan kapacitet odlučivanja, tada treba poštovati njegovu odluku i ne izvoditi postupak oživljavanja kada prestane srčana aktivnost ili disanje.

Zamjenska osoba za odlučivanje

U odsutnosti pisanog dokumenta može se rodbina upitati što je bolesnik želio. Zakon poznaje, prepoznaje redosljed kojim se unutar obitelji pita o željama, izvještava o postupcima i traži suglasnost, a treba naglasiti da ostali članovi rodbine trebaju također biti suglasni tako da poslije ne izbije konflikt, spor. Hijerarhija može biti sljedeća:

- pravni zastupnik (punomoć, ovlaštena osoba), bračni drug, odrasla djeca bolesnika (svi podupiru odluku), roditelji bolesnika i pravobranitelj ili pravnik koji je određen da može donositi odluke vezane za zdravlje.

Ako nema dokumenta o neoživljavanju, jer su ga zaboravili ponijeti, treba učiniti KPR, a poslije se može odustati od daljnjeg liječenja ako to situacija nalaže.

Postupci u beznadnim slučajevima (*medical futile*)

Medicinske beznadni slučajevi takvi su slučajevi pri kojima medicinska intervencija ne će donijeti nikakvu korist bolesniku. Liječnici praktičari koji svakodnevno rade s bolesnicima s velikom preciznošću mogu procijentati stanje i dati mišljenje o beskorisnosti medicinske intervencije (npr. obilno intrakranijalno krvarenje s krvlju u moždanim komorama, teška trauma glave s konkvacijom mozga, klinički mrtvi bolesnici u kojih je nastupilo ireverzibilno oštećenje mozga, teški plućni emfizem, fibroza pluća, maligna bolest u terminalnoj fazi bolesti itd.).

Ako dođe do prestanka srčanog rada i/ili prestanka disanja, u takvim situacijama liječnik nije dužan poduzimati postupke oživljavanja jer oni ne će donijeti nikakvu korist bolesniku. Svrha je liječenja pomoći bolesniku, a ne održavati stanje koje nije spojivo sa životom. Liječenje bolesnika kada je prognoza beznadna ne pomaže bolesniku, već povećava bol i nelagodu u terminalnoj fazi bolesti, a, s druge strane, nepotrebno se troše ograničena financijska sredstva. Važno je poštovati bolesnikovu autonomiju i njegovu osobu kao takvu. Liječnik treba pružiti standardnu skrb bolesniku, ali nije dužan primjenjivati sofisticirane postupke liječenja (elektrostimulaciju srca, strojnu ventilaciju pluća itd.).

Tko odlučuje da je medicinski postupak beznadan? Odluku o beznadnosti postupka donosi iskusni liječnik ili više liječnika, ali na temelju preporuka liječničke struke. Bolesnik ima pravo izraziti svoje mišljenje i svoje želje glede medicinskih postupaka (u budućnosti) u takvim situacijama.

Ako bolesnik ili rodbina traže medicinske postupke unatoč odluci liječničkog tima o beznadnosti, tada će se pokušati objasniti situacija u kojoj se bolesnik nalazi, otvoreno će se razgovarati o mogućem liječenju, prognozi i svrsishodnosti. Često rodbina ne shvaća ili ne želi shvatiti situaciju i treba nešto vremena da prihvati stvarnost. U nastupu liječnik treba biti obziran, biranim riječima objasniti situaciju, ali ne smije davati nadu jer realno, medicinski gledano, nade nema. U nekim će se situacijama primijeniti liječenje do određene razine da bi se dobilo na vremenu da rodbina shvati situaciju, da može doputovati i slično. Ne može se dati recept za sve slučajeve, može se preporučiti određeni protokol, a o njegovoj primjeni odlučuje liječnik. Treba naglasiti da se ne postavlja pitanje troškova liječenja, nego njegove svrsishodnosti, korisnosti za bolesnika. Na primjer, ako se rodi dijete koje nema mozak, postavlja se pitanje uporabe sofisticirane tehnike u liječenju takvog djeteta jer je takav postupak bezrazložan, beskoristan i ne pruža nikakvu nadu za oporavak. Laici katkada ne mogu shvatiti situaciju, ne žele prihvatiti realnost, ali medicinski stručnjaci nisu laici i oni moraju problem postaviti na stručno-medicinskoj razini uz poštovanje profesionalne etike. Liječnici nisu dužni provoditi želje nerealne rodbine.

Beznadnost slučajeva utvrđena je na prethodnom, dokumentiranom iskustvu. Ako ne postoji prethodno iskustvo, može se uz suglasnost svih zainteresiranih pristupiti eksperimentalnom liječenju uz svu pažnju koju takvo liječenje nalaže (uvođenje nove tehnologije, liječenje novim lijekovima itd.).

U praksi se događa da laici i drugo zdravstveno osoblje započnu kardiopulmonalnu reanimaciju (kod kuće, u bolesničkoj sobi) a da se ne zna ništa o bolesniku, liječnik je treba nastaviti. Kada se dobije bolesnikova zdravstvena dokumentacija i ako se utvrdi da je bolesnik u terminalnoj fazi teške bolesti, tada se može odustati od daljnjih postupaka reanimacije ili se ona izvodi do razine koja je prihvatljiva za takvo stanje. Uvijek treba postupati u najboljem interesu bolesnika.

Prestanak izvođenja životno podupiruće terapije

Sve veći broj teških i neizlječivih bolesnika zahvaljujući upravo razvoju medicine živi sve duže i često čeka svršetak svoga života, ovisno o tuđoj brizi i njezi, što dovodi do brojnih problema i etičkih dvojbi. Potrebno je ne samo osigurati potrebna sredstva i organizirati ustanove za smještaj takvih bolesnika nego prije svega odgajati one koji će na odgovarajući način voditi brigu o njima. Tim se problemom bavi palijativna medicina.

Na bolničkim odjelima ima bolesnika koji su u terminalnoj fazi života, a dobivaju terapiju ili se provode postupci koji ih održavaju u „životu“ i treba odlučiti o razini liječenja.

Kada je opravdano prekinuti terapiju održavanja?

Ako je bolesnik sposoban donijeti odluku o prekidu daljnjeg liječenja, treba procijeniti njegovu sposobnost da donese odluku. Procjenjuje se shvaća li bolesnik svoje zdravstveno stanje i posljedice koje donose odluke izaziva. Ako je bolesnik s punim kapacitetom odlučivanja, opravdano je prekinuti daljnje postupke liječenja.

Opoziv tretmana također je opravdan ako daljnje liječenje nije koristan za bolesnika.

Kako ćemo znati da daljnji tretman nije koristan za bolesnika?

U nekim slučajevima tretman može biti beznađan i ne ispunjava nijedan od medicinskih ciljeva. Ciljevi su liječenje i izlječenje bolesnika ako je to moguće, ili ublažavanje simptoma, sprječavanje bolesti ili komplikacija bolesti, ili poboljšanje funkcija organizma. Kao primjer: pacijenti s ozbiljnom ozljedom glave koji, stručno gledano, nemaju nikakvu šansu, a priključeni su na stroj za umjetnu ventilaciju otvaraju pitanje svrsishodnosti biološkog održavanja na stroju za ventilaciju. U takvim slučajevima bit će opravdano opozvati strojnu ventilaciju pluća.

Treba li terapiju uopće započinjati ili je naknadno opozvati?

Mnogi kliničari misle da je lakše ne započeti terapiju (npr. strojnu ventilaciju) nego takvu poslije ukinuti. Prirodno gledajući, nema bitne razlike između nepoduzimanja terapije i ukidanja već započete terapije u takvih bolesnika. U brojnim pravnim slučajevima sud je nalazio da je jednako opravdano ne poduzimati terapiju, kao i ukinuti je. Slično mišljenje ima većina bioetičara kao i Predsjednička komisija u SAD-u.

Bolesnici u terminalnoj fazi bolesti mogu odbiti ponuđenu terapiju. U mnogim državama (SAD), uključujući i državu Washington, imaju zakone koji jamče pravo bolesniku, u terminalnoj fazi bolesti, da odbije liječenje. Terminalnu fazu bolesti definiramo kao stanje bolesnika kojemu je ostalo manje od 6 mjeseci života. Sudske odluke u vezi s tim potvrđuju pravo kompetentnog bolesnika da odbije medicinski postupak.

Ako bolesnik nije kompetentan, nema dostatan kapacitet odlučivanja i ne može donijeti odluku glede svog liječenja, pa takvu odluku mogu donijeti pravni zastupnik, rodbina itd. Ako postoji dokument koji nam jasno kazuje što bolesnik ne želi, tada možemo tako i postupiti. Ovdje se može postaviti pitanje je li bolesnik u međuvremenu promijenio odluku i, ako je pri svijesti, treba ga pitati ostaje li pri izjavi. Ako nije pri svijesti, treba razgovarati s njegovom rodbinom, prijateljima o mogućoj promjeni odluke o neoživljavanju. Ako se rodbina ne slaže, može nastati konflikt i tada je potrebno obaviti dodatne etičke konzultacije

koje bi mogle pomoći. Načelno, u takvih će bolesnika postupak oživljavanja biti proveden, iako je beskoristan.

Umjesto bolesnika u određenim slučajevima (kada bolesnik ne može sam kazati svoje mišljenje, odluku, kao npr. u stanju kome) može odlučiti druga osoba: opunomoćena osoba, pravobranitelj, koji ima moć odlučivanja u vezi sa zdravstvenom skrbi, bračni drug, bolesnikova punoljetna djeca (da se svi slažu) i roditelji bolesnika.

Katkada bolesnik ne daje dojam da je kompetentan, da ima kapacitet odlučivanja i tada treba zatražiti pomoć drugih stručnjaka (psihijatra, psihologa itd.) i rodbine koja ga bolje poznaje.

Bolesnici kadšto nemaju kapacitet za donošenje nekih odluka, ali su sposobni odlučiti o svom liječenju. Kapacitet za donošenje odluke o liječenju uključuje nepoduzimanje ili odustajanje (uskraćivanje) od terapije. Smatra se da bolesnik ima kapacitet odlučivanja ako:

- razumije medicinsku informaciju
- ako je sposoban obrazložiti svoj izbor (želi o tome razgovarati)
- ako je svjestan posljedica svoga izbora
- ako liječnik procijeni da bolesnik/bolesnica ima kapacitet odlučivanja.

Bolesnik treba shvatiti svoju situaciju, a, ako je ne shvaća a odbija tretman, tada je njegovo odbijanje upitno. Pokatkad je potrebno zatražiti mišljenje psihijatra da bi se donijela dobra procjena o sposobnosti odlučivanja. Psihijatri su u komunikaciji sposobniji, trenirani su u intervjuiranju, nadalje, ako postoji psihijatrijska bolest, psihijatri mogu postaviti dijagnozu i pomoći pri mogućem liječenju. Ako bolesnik boluje od akutne depresije, treba pažljivo procijeniti njegovu mogućnost donošenja odluke i tu psihijatar može pomoći.

Je li opravdano ne dati hranu ili prekinuti hranjenje i davanje tekućine bolesniku?

Bolesnici mora biti posvećena humana briga pa nije u redu da im se na daju hrana i tekućina bez obzira što je kvaliteta njihovog života upitna. Oni trebaju imati udoban krevet, prijateljski kontakt, trebaju biti utopljeni, da nisu gladni ni žedni i da nemaju bolova. Hrana, voda i oslobađanje od bolova minimum su humane skrbi. U nekim slučajevima sud je utvrdio da je bilo opravdano uskraćivanje hrane i vode.

Je li opravdano nepoduzimanje ili uskraćivanje brige zbog troškova liječenja?

Nepoduzimanje liječenja ili njegovo prekidanje samo zbog cijene malokad je razlog prekida životne potpore. Iako liječnik rijetko postavlja pitanje cijene, on ima obvezu voditi brigu o svrsishodnosti postupaka liječenja i o troškovima liječenja. Liječnik će uvijek biti na bolesnikovoj strani, nastojat će raditi na njegovu korist, ali ako su svi ti postupci beskorisni,

tada se mora postaviti pitanje troškova liječenja i tko plaća takvo liječenje. Sredstva za zdravstvenu zaštitu u svim su državama svijeta ograničena i pitanje je koliko je etično zauzeti bolnički krevet dugotrajno, koliko je etično potrošiti financijska sredstva na beznadne slučajeve, dok, s druge strane, drugim bolesnicima uskrađujemo dio prijeko potrebne skrbi jer nema novca? Liječnik je medicinski stručnjak i neopravdano je da se ponaša kao laik. Laici ne znaju, nemaju iskustva o liječenju pojedinih stanja, a liječnici imaju znanje i iskustvo pa nije etično da se ponašaju kao laici. Etički gledano, nije poštovano načelo pravednosti ako liječimo beznadne slučajeve u jedinici intenzivnog liječenja i pri tome primjenjujemo sofisticiranu tehniku. Nije etično da bolesnik u terminalnoj fazi metastatskog tumora zauzme zadnji krevet u jedinici intenzivnog liječenja, a, s druge strane, mlad bolesnik koji je do tada bio zdrav zbog teške akutne bolesti (upala gušterače, zapletaj crijeva, politraume) ne može dobiti mjesto u jedinici intenzivnog liječenja!

Daljnje pitanje koje se može postaviti glasi: Koliko tko pridonosi za zdravstvenu zaštitu i koliko može dobiti za to? Načelo pravednosti!

Ako tko daje novac za zdravstveno osiguranje tijekom niza godina i to znatna sredstva, kada tom istom građaninu zatreba zdravstvena skrb, je li pošteno, je li etično da nema novčanih sredstava za njegovo liječenje? U organizaciji zdravstvenog sustava mora postojati načelo pravedne raspodjele sredstava za liječenje i nitko nema pravo potrošiti novčana sredstva za liječenje svih građana na medicinski beznadne slučajeve ili pojedine rizične skupine građana. Za medicinski beznadne, upitne, postupke mogu se izdvojiti određena sredstva, ali nitko nema pravo da na to liječenje potroši znatna sredstva koja su namijenjena svim građanima (ovo vrijedi za zemlje u kojima postoje zdravstveni sustavi osiguranja cjelokupnoga stanovništva, gdje ne postoje police zdravstvenog osiguranja). Tamo gdje postoje police zdravstvenog osiguranja, građanin zna što može dobiti.

Slučajevi iz prakse

Slučaj 1.

Sun Hudson, šestomjesečno dijete rođeno s teškim kongenitalnim darfizmom, isključeno je 2004. s respiratora usprkos majčinim željama.

Slučaj 2.

U travnju 2006. Andrea Clark, iako terminalno bolesna, bila je pri svijesti i više puta potpisala je dokument prema kojem odbija odluku bolnice da se prekine liječenje. Nakon što su se u slučaj uključili mediji i politika, bolnica je odlučila ponovno razmotriti slučaj pritom ponovno odlučila jednako.

Ostali slučajevi

Dr. Robert Fine prikupio je rezultate iz 11 velikih bolnica u Teksasu tijekom 5 godina i došao do broja od 2922 sastajanja etičkog povjerenstva. Od ta 2922 slučaja 974 je proglašeno medicinski uzaludnim slučajevima, od kojih se pak za 65 slučajeva medicinsko osoblje složilo da bi se liječenje trebalo obustaviti. Dr. Fine tvrdi da je u samo 27 slučajeva bolnica odustala od liječenja, dok su u 22 slučaja pacijenti umrli čekajući premještaj u drugu bolnicu.

Slučaj bebe Doe – preporuke

Beba Jane Doe dijete je rođeno 1983. godine u SAD-u sa spinom bifidom, hidrocefalusom i mikrocefalijom. Liječnici su savjetovali kiruršku operaciju, u ovom slučaju to bi bilo zatvaranje defekta kralježnice i osigurati drenažu viška likvorske tekućine. Ta bi operacija produžila djetetov život. Roditeljima je rečeno da će dijete preživjeti 2 godine bez operacije, ali s operacijom bi moglo preživjeti i do 20 godina, ali beba Doe bila bi prikovana za postelju, paralizirana, s mogućom pojavom epilepsije, te s teškim oštećenjem mozga. Također su objasnili kako smatraju da taj zahvat ne bi utjecao na kvalitetu djetetova života. Roditelji su upozoreni da zbog izrazite mentalne zaostalosti dijete ne će moći govoriti, učiti niti prepoznati roditelje. Dječji neurokirurg dr. Koop savjetovao je roditeljima operaciju, bez obzira na ograničene rezultate same operacije.

Roditelji, mladi bračni par, katolici, nakon savjetovanja s liječnicima, svećenicima i socijalnim radnicima nisu dopustili operaciju. Za slučaj je doznao Lawrence Washburn, odvjetnik i aktivist pokreta za pravo na život. Podigao je tužbu protiv roditelja i bolnice, tražeći da se djetetu, kojem je dan pseudonim Jane Doe, omogući neovisan skrbnik i da se izvede kirurški zahvat. Također je pokrenuta istraga na federalnoj razini. Parnice su potrajale četiri mjeseca. Naposljetku, Prizivni je sud odlučio u korist roditelja. Zaključeno je da su roditelji donijeli razumnu odluku, temeljenu na dostupnoj medicinskoj skrbi i iskrenoj brizi za dobrobit djeteta.

Kod bebe Jane Doe otvor na kralježnici spontano se zatvorio te su roditelji pristali na zahvat ugradnje pretoka (šanta) za odvod likvorske tekućine. Novinari su kontaktirali obitelj više puta u sljedećim godinama i izvještavali o napretku djevojčice Kerri-Lynn. Opisivali su vedru djevojčicu koja doživljava okolinu, komunicira s roditeljima, rado se smije. Djevojčica je razvila intelektualnu sposobnost osmogodišnjega djeteta. Pohađala je školu za djecu s poteškoćama u razvoju i sudjelovala u svakodnevnome životu svoje obitelji. Kretala se s

pomoću invalidskih kolica, povremeno je imala blaže konvulzivne napadaje, ali kvaliteta njezina života bila je mnogo bolja od prvih pretpostavki.

Gledajući iz današnje perspektive, sigurno je da je predviđena kvaliteta života Jane Doe bila daleko podcijenjena. Da je operacija ranije izvedena, moguće je i da bi razina oštećenja od kojih pati bila manja. Bitka oko skrbi za ovu djevojčicu i medijski interes bili su bitan čimbenik u promjeni načina na koji medicinsko osoblje i društvo u cjelini tretiraju djecu sa spinom bifidom i drugim kongenitalnim anomalijama. Mala je vjerojatnost da bi danas specijalist neonatolog dao savjet roditeljima kakav je dan roditeljima Jane Doe 1983. Ipak, iz članaka i knjiga koji opisuju ovaj slučaj zaključujem da roditelji Jane Doe, donoseći svoju odluku, nisu kanili oduzeti prava svojem djetetu. Pružali su skrb kakvu su u tome trenutku smatrali najboljim izborom za svoje dijete.

Slučaj bebe Doe uslijedio je samo godinu dana nakon slučaja uskraćivanja liječničke skrbi djetetu rođenom s Downovim sindromom i atrezijom jednjaka u Indiani. Kao i taj slučaj, bio je pomno praćen u medijima. Spomenuti su slučajevi potaknuli Kongres SAD-a na izglasavanje „Baby Doe zakona“ 1984. godine. Riječ se o amandmanu na Zakon o zlostavljanju djece. „Baby Doe zakon“ propisuje smjernice za skrb o hendikepiranoj novorođenčadi neovisno o željama roditelja. Od tada odbijanje potrebnih medicinskih tretmana i nedavanje hrane i vode hendikepiranoj djeci, od roditelja ili zakonskih skrbnika, spada u domenu „Baby Doe zakona“ koji nalaže da države koje dobivaju federalni novac za provođenje programa suzbijanja zlostavljanja djece moraju razviti postupke za prijave medicinskih oblika zlostavljanja (uskraćivanja skrbi hendikepiranoj djeci). Prema tom zakonu, stajališta o kvaliteti života djeteta nakon zahvata nisu valjani razlog uskraćivanja medicinske skrbi, koja smije biti uskraćena samo ako ne može omogućiti djetetovo preživljenje.

Predsjednikova komisija tada je preporučila stvaranje etičkih komiteta radi odlučivanja u dvojbеним situacijama. Za ovu je odluku bilo mnogo razloga poput složnosti problema, gospodarskih čimbenika, utjecaja javnosti, uvjerenja nekih vjerskih skupina, ali i kao pomoć sucima u sličnim slučajevima.

Pacijent ima pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili uzrokovalo trajna oštećenja njegova zdravlja. Prihvatanje pojedinoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka pacijent izražava potpisivanjem suglasnosti. Obrazac

suglasnosti te obrazac izjave o odbijanju pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo (članak zakona).

Slučaj iz prakse

Gospodin u dobi od 70 godina u završnome stadiju kronične opstruktivne plućne bolesti prošli mjesec imao je upalu pluća te je liječen u bolnici s pomoću stroja za plućnu ventilaciju (uz ostalu terapije). Bolesnikovo je opće stanje bolje: bolesnik je svjestan, priključen je na stroj za umjetnu ventilaciju, ali diše sam i ima dovoljno snage da može komunicirati putem pisanih bilješki. Bolesnik želi da ga se odvoji od stroja za ventilaciju pluća.

Napomena: bolesnik je tijekom 2 godine više puta (11) bio priključivan na stroj za umjetnu ventilaciju pluća i više puta kazao da ne želi takav život.

Prekid liječenja

Tirhas Habtegeris umirala je od abdominalnog angiosarkoma, tada već metastaziranog tumora, koji se proširio i na pluća. Dvadesetsedmogodišnja pacijentica, legalna imigrantkinja, bila je održavana na životu umjetnom respiracijom u Baylor Regionalnom Medicinskom centru u gradu Planu u državi Teksas (SAD). Očajnički se držala na životu u nadi da će njena majka stići iz istočne Afrike i da će umrijeti u njezinu naručju, no, taj radosni ponovni sastanak i tužni oproštaj nisu se nikada dogodili.

Prvog prosinca 2005. nadležne osobe u bolnici obavijestile su njenoga brata da je bolnica Baylor prisiljena za deset dana prekinuti brigu i pružanje umjetne respiracije Tirhas. Njezini brat i sestra samo su željeli produžiti njeno liječenje dovoljno da njena majka stigne u SAD i oprost se posljednji put od svoje kćeri. No, 12. prosinca bolnica je uskratila pružanje umjetne respiracije, uklonivši respirator i nakon 16 min, koje je, prema navodima njezina brata, provela svjesna i u mukama, Tirhas je izdahнула. Odluka bolnice temeljila se na rijetko primjenjivanom zakonskom okviru *Texas Advanced Directive Act*.

Slučaj Sun Hudson

Šestomjesečno dijete Sun Hudson bilo je odvojeno od respiratora usprkos majčinim željama. Sun Hudson rođen je 25. rujna 2004. u Hustonu u Teksasu sa smrtonosnim oblikom kongenitalnog darfizma. Dana 26. rujna Sun je priključen na respirator u neonatalnoj klinici za intenzivnu njegu u Dječjoj bolnici u Teksasu. U studenome 2004. godine liječnički je tim odlučio da je Sunovo stanje uzaludno i da nastavak procesa liječenja novorođenčetu samo produljuje bol i očaj te da je etički najprihvatljivije omogućiti mu da umre prirodnom smrću.

Odlučeno je da se novorođenče isključi s respiratora, pozivajući se na Poglavlje 166. u *Texas Health and Safety Code*, Aktu naprednih preporuka. Po uzoru na ovaj akt, preporuka liječničkog tima za ukidanje medicinskog tretmana može se provesti ako ju je odobrio bolnički etički odbor i ako je prošlo 10 dana nakon što je obavijest priopćena pacijentu ili pacijentovu skrbniku. Bolnica je, 18. studenoga, službeno obavijestila majku novorođenčeta, Wandu, o prestanku terapijskih postupaka u roku od deset dana ako ona ne bude u mogućnosti pronaći drugu liječničku ustanovu koja će nastaviti proces liječenja. Wanda je odmah podigla tužbu protiv Dječje bolnice u Teksasu, tražeći od suda da zakonski prisili bolnicu na daljnje pružanje liječničke pomoći. Nakon pet mjeseci sudskog procesa sud je presudio u korist bolnice, držeći da nema opravdanog očekivanja da će neka druga medicinska ustanova nastaviti proces liječenja. Dana 15. ožujka, dan nakon što je sud donio presudu, bolnica je isključila Suna s respiratora. Sun je umro u majčinu zagrljaju nakon nekoliko udisaja. Sunova majka Wanda tvrdi da je bolnica učinila veliku grješku kada je slučaj njenog sina u pitanju i da je liječnički tim jednostavno odustao nakon šest mjeseci borbe. Prema bioetičkim stručnjacima, slučaj Sun Hudson prvi je slučaj u kojemu je američki sud dopustio da medicinska ustanova prekine liječenje novorođenčeta usprkos željama roditelja. Ujedno je to postao slučaj koji je trebao osloboditi tjeskobe sam liječnički tim i bolničku administraciju u vezi s pozivanja na zakon o uzaludnom održavanju života u budućnosti.

Slučaj Ramona Sampreda

U ožujku 1968. Ramon Sampredo bio je 25-godišnjak kojemu je nesretan pad u more uzrokovao ozljedu kralježnice te potpunu paralizu od vrata nadalje. Odlučio je da želi umrijeti 1993. unatoč aktivnom duhu. Čak je pisao i španjolskom parlamentu u nadi da će mu odobriti pomoć pri eutanaziji koju nije mogao sam obaviti rekavši da ima „živu glavu na mrtvom tijelu“, a pisao je držeći olovku u ustima. U svom je naumu uspio tek u siječnju 1998., kada je na slamku uz pomoć nepoznatog počinitelja popio cijanid otopljen u vodi te je umro u dobi od 55 godina.

Slučaj Andree Clark

Godine 2006. Andrea Clark vodila je također bitku s teksaškom bolnicom. Već 5 godina prije rečeno joj je da je bolest u terminalnoj fazi, no ona se nije predala. Nakon otvorene operacije na srcu, bila je slaba te joj je bio potreban respirator. Liječnici su smatrali da je daljnje liječenje nepotrebno i da bi je trebali isključiti, što je dovelo do sukoba s pacijenticom i njezinom obitelji. Sve to vrijeme Andrea je bila pri svijesti, trpjela je nenasnosne bolove i znala

je što se događa. Više puta potpisala je dokument u kojemu odbija odluku bolnice o prekidu liječenja. S vremenom je priča dospjela u javnost. Mediji i političari stali su na Andreinu stranu pa je bolnica odlučila još jednom razmotriti sve opcije. Ni nakon tolikih žestokih napada medija, bolnica nije popustila. Liječnici su izjavili da je trenutni postupak kojim se Andrea održava na životu neadekvatan i da bi se trebao ukinuti.

Terminalna faza života (prikazi slučajeva iz prakse)

G. R. bio je 70-godišnji muškarac, slijep od pigmentoznog retinitisa, kojemu je u siječnju 2002. dijagnosticiran rak gušterače. Podvrgnut je Whippleovu postupku u jednom medicinskom centru, a zatim je primio radioterapiju i kemoterapiju fluorouracilom i gemcitabinom. Da bi se ublažile povremene crijevne opstrukcije, imao je cijev u obliku gastrostome postavljenu za dekompresiju želudca. Tijekom sljedećih 9 mjeseci, pacijent je bio primljen u bolnicu nekoliko puta zbog infekcija na mjestu gastrostome, proljeva, povraćanja i dehidracije. Živio je kod kuće sa svojom suprugom, gospođom R., koja je također bila njegov partner u marketinškoj tvrtki koju je osnovao. Imali su jednu kćer, gospođu L., psihologinju koja je živjela u mjestu, i sina, profesora povijesti, koji je živio u udaljenom mjestu, ali bi ih posjetio svakih nekoliko tjedana. I djeca su bili aktivni skrbnici tijekom očeve bolesti. Unatoč vlastitu teškom reumatoidnom artritisu i drugim zdravstvenim problemima, gđa R. je određena da se brine za svog supruga kod kuće uz pomoć medicinske sestre, gospođe P., i domaćice za pomoć u svakodnevnim zadacima. Kad se zdravlje gospodina R. bitno pogoršalo, bliska prijateljica gospođe L. savjetovala joj je da premjesti oca u lokalnu bolnicu na odjel za palijativnu njegu. U studenome 2002., kada su bolovi i mučnine postali toliko teški da više nije bilo moguće za pacijenta skrbiti se kod kuće, bio je primljen u jedinicu palijativne skrbi. Na prijmu je g. R. bio pri svijesti i orijentiran, ali vezan za krevet zbog slabosti. On i njegova obitelj nadali su se da će se njegovi simptomi brzo popraviti tako da se može vratiti kući. Dobio je intravenski hidromorfin i deksametazon protiv bola, intravenski haloperidol i često mu je ispirana gastrostoma zbog mučnine koju je osjećao. Njegovi simptomi u početku su se poboljšali i uslijedila je rasprava o mogućnosti prelaska na kućnu njegu. Iako je trebao otići kući s hospicijske skrbi, njegovo je stanje onda naglo palo do točke u kojoj je njegova obitelj postala svjesna da je nemoguće skrbiti se za njega kod kuće, čak i uz povećanu pomoć. Pacijentova se obitelj pokušavala odlučiti i pronaći ravnotežu između razine zdravstvene njege koju je mogao primiti u jedinici palijativne skrbi i njegove prvotne želje da bude kod kuće. Nakon 7 dana u jedinici palijativne skrbi pacijent je umro, a obitelj je bila uz njega. U prosincu 2002. g., nedugo nakon smrti gospodina R., urednik časopisa „Perspective“

odvojeno intervjuirao suprugu gospodina R. (gđu R.), kćer (gđu L.) i medicinsku sestru koja je dolazila svakodnevno u kuću (gospođicu P.). Kroz intervju su se pokušali raščlaniti i konkretizirati neki osnovni probleme s kojima su se suočavali pacijent i njegova obitelj i na osnovi toga postaviti pet ključnih problema, odnosno ideja s kojima bi se liječnici trebali više uhvatiti ukoštac. Uviđeno je da u sklopu interdisciplinarnog tima postoje velike mogućnosti za liječnike koji se skrbe za terminalnog pacijenta da pruže potporu i obiteljima. Empirijska istraživanja i klinička iskustva stručnjaka pokazuju da postoji najmanje pet područja u kojima liječnici mogu ponuditi obiteljima utjehu i lakše suočavanje s realnošću situacije. To su: komunikacija s obitelji, empatija, planiranje njege unaprijed i donošenje odluka vezanih za buduće liječenje, strukturiranje kućnog liječenja i pridavanje veće pozornosti emocionalnom zdravlju obitelji.

5.4. Načelo čina s dvostrukim učinkom

Načelo čina s dvostrukim učinkom. Neki namjerni čin može, osim izravnog željenog učinka, imati i neizravni, neželjeni učinak, koji je neizbježno vezan za željeni učinak. Čin mora sam po sebi biti dobar ili neutralan. Loš učinak ne može biti ni uzrok ni sredstvo za postizanje dobrog učinka. Dobar učinak mora biti razmjerno veći od lošeg učinka i da ne postoji druga mogućnost. Državni zakoni imaju prirodni cilj zaštite ljudi (njihovih dobara) te zaštite najslabijih i nevinih od nepravedne agresije.

Postoji rizik da se mjerama ublaživanja i otklanjanja boli izazove smrt (npr. davanjem opijata za ublaživanje jakog bola). To se može dogoditi, ali nije riječ o namjernom postupku, jer cilj je uklanjanje jakih bolova (ublaživanje patnje), a ne izazivanje smrti. Terapeut ili medicinska sestra nisu moralno odgovorni ako nastupi smrti a da nije namjerno izazvana (zna se koji se opioid smije dati i u kojoj dozi pa se to može provjeriti). Pri liječenju neizlječivih i umirućih bolesnika nije uvijek lako razlikovati ublaživanje bola od ubrzavanja bolesnikove smrti.

Princip dvostrukog učinka – uporaba opioida

Gospodinu K. je prije 6 mjeseci dijagnosticiran karcinom glave gušterače. Nekoliko dana nakon postavljanja dijagnoze bio je operiran (Whipplovom tehnikom). Ubrzo je uslijedio ciklus kemoterapije gemcitabinom. Međutim, nije došlo do zadovoljavajućeg rezultata. Tumorski su se markeri vrlo brzo vratili na vrijednosti prije operacije. Usto, zabilježena su i brojna metastatska žarišta, prije svega u području kralježnice, što je dokazano i na scintigramu. Pacijent je počeo patiti od nesnošljivih bolova te mu je liječnik odlučio uvesti u

terapiju opioide. Propisao mu je morfin u dozi od 5 do 10 mg svaka 4 sata, uz mogućnost davanja dodatnih 5 mg u slučaju razdirućeg bola. Dakle, pacijent je primao oko 80 mg Kapanola (morfin sulfata) na dan, čime se uspjela eliminirati bol, međutim došlo je do novih problema. Naime, pojavile su se prve nuspojave uzrokovane opioidnim analgetikom – jaki umor, pospanost, mučnina, depresija disanja, konstrikcija zjenice, smanjen motilitet gastrointestinalnoga trakta, bronhokonstrikcija, supresija kašlja, povraćanje i hipotenzija. Usto, vrlo često su se pojavljivali i simptomi predoziranja morfinom. Također, pacijent je postajao sve zbunjeniji i mršaviji, a s vremenom potpuno kahektičan. Vrlo brzo, pacijent je, nažalost, preminuo. Pet mjeseci trajala je njegova borba s tom okrutnom zloćudnom bolešću.

Pismo katoličkim liječnicima diljem svijeta

Dr. José María Simón, predsjednik Svjetske federacije katoličkih liječničkih društava (FIAMC)

Dvostruki učinak

„Teorija dvostrukog učinka ima lošu reputaciju u Europi zbog tzv. omalovažavanja 'usputne štete' u prošlim ratovima. Neprijatelja ste bombardirali i, nenamjerno, vaš je čin uzrokovao smrt nedužnih civila. To je strašno.

Ipak, medicina postoji jer prihvaćamo tu teoriju. Kemoterapija je namijenjena ubijanju karcinoznih stanica, no ubija i zdrave stanice. Odstranjujemo bolestan uterus unatoč činjenici da će žena biti zauvijek neplodna. Cijepimo tisuće djece unatoč činjenici da će neka umrijeti od nuspojava.

Očito je da moramo učiniti sve što je moguće više da se smanje nuspojave, baš kao što moramo učiniti sve da bismo spriječili izbijanje rata. Kod dvostrukog učinka nije pitanje treba li činiti zlo kako bi se postiglo dobro. Zlo nije željeno. Javlja se kao neželjeni i dosadni gost.

Glede tzv. terapijskog ili eugeničkog pobačaja, kako bi razjasnio da ne postoji dvostruki učinak i da se prije svega bori za embrio, sv. papa Ivan Pavao II. Utvrdio je da se smrt nedužnoga nikada ne može ozakoniti.

Pri indirektnom pobačaju, iako je korektno liječiti majku čak i ako očekujemo nuspojave poput smrti fetusa ili embrija, neki su nam ljudi dali viziju rješenja toga problema. Navodim slučaj liječnice Gianne Beretta koja je odbila liječenje kako ne bi naškodila tijekom trudnoće. Ona je umrla, a njezino dijete živi.“

Slučaj **Gianne Berette Mola**

Na svečanoj večeri poznatih osoba koje se bave zaštitom života nerođene djece u SAD-u, održala je govor gđa Laura Molla, kćeri sv. Gianne Berette Mola. Laura je objasnila da su kod njene majke – liječnice u trudnoći, dok je nosila njenu sestru, ustanovili razvoj velikog tumora maternice. Majka nije dopustila intervenciju kojom bi se spašavao njen život, a pri kojoj bi stradalo njeno nerođeno dijete. Izričito je rekla mužu: „Ako budeš trebao odlučivati između mene i našega djeteta, nemoj biti neodlučan. Zahtijevam da izabereš dijete! Spasi ga!“ I zaista, rodila je kćerčicu Giannu 21. travnja 1962., a nakon tjedan dana je preminula. Njezine posljednje riječi bile su: „Isuse, volim te!“

5.5. Eutanazija

Riječ eutanazija složenica je grčkog porijekla, a najčešće se u nas prevodi kao blaga smrt. Eutanazija je (termin potječe od grč. riječi *eu* – dobro i *thanatos* – smrt) čin bezbolnog samilosnog usmrćivanja.

Aktivna eutanazija označuje dokončanje života s pomoću smrtonosne injekcije ili smrtonosne doze lijeka. Rjeđe je prihvaćena, ali je ozakonjena u nekim državama svijeta, Australiji, Nizozemskoj, Belgiji, Oregonu, Švicarskoj i drugdje.

Pasivna je eutanazija kada se bolesniku uskraćuje terapija ili prekida već započeto liječenje. Prihvaćena je u većini zapadnih zemalja (Fry, 1994). Medicinsko se osoblje suzdržava od medicinskih postupaka koji održavaju bolesnika na životu ili otklanja već započete mjere liječenja jer je riječ o beskorisnom liječenju. Neki postupci uskraćivanja liječenja ili odustajanja od liječenja nikako se ne mogu nazvati eutanazijom (pasivnom eutanazijom, vidjeti dalje).

Hipokratova prisega: „Nikome neću, makar me za to i molio, dati smrtonosni otrov, niti ću mu za nj dati savjet.“

Deklaracija Svjetske udruge liječnika (WMA) (Generalna skupština u Madridu 1987. godine) kaže: **Eutanazija, to je voljno prekidanje bolesnikova života, bilo na njegov zahtjev bilo na zahtjev njegovih bliskih srodnika, neetična je. To ne sprječava liječnika da, poštujući želju bolesnika, ne dopusti prirodni tijek smrti u terminalnoj fazi bolesti.**

5.4.1. Pravo na smrt

Pojam umiranja označuje dinamično stanje, stanje bioloških zbivanja usmjerenih na konačan slom organa koji su prijeko potrebni za život. „Čovjek umire dok živi i živi dok god

umire.“ Svaki čovjek koji se rodio i umrijet će pa nije potrebno posebno tražiti pravo na smrt. Pravo na smrt označuje nasilni prekid ljudskoga života u završnoj fazi života na bolesnikov (čovjekov) zahtjev ili zahtjev njegove obitelji. Kao jedan od najjačih motiva u prilog eutanaziji redovito se navodi vrednota ljudskog dostojanstva. Kako bi se sačuvalo ljudsko dostojanstvo, razni aktivisti i udruge bore se za legalizaciju eutanazije kako bi omogućili ljudima brzu smrt koja bi, po njima, očuvala ljudsko dostojanstvo. Najjači argument organizacija koje se bore za legalizaciju eutanazije jesu rezultati istraživanja koji pokazuju da većina pacijenata umire u bolovima. Ljudsko dostojanstvo izvire iz cjelokupne kvalitete čovjeka kao osobe, kao duhovnog bića obdarena razumom i slobodom. Društvo (tzv. PEP) koje je promicalo ideju eutanazije osnovano je davne, 1935. godine pod nazivom *Voluntary Euthanasia Society* u Velikoj Britaniji. Kroz povijest se utjecaj same ideje mijenjao te raspadao u brojne neovisne organizacije koje su ostale povezane snažnom *World Federation of Right to Die Societies* (Svjetskom federacijom društva za pravo na smrt – WFRDS) osnovanom u Oxfordu 1980. dok je snažan utjecaj u Americi ostavio *Hemlock Society USA* koje je osnovao Derek Humprey koji je postao slavan svojom knjigom *Final exit* (Konačan izlaz), udžbenikom za praksu samoubojstva. Utjecaj Hemlocka bio je znatan u legalizaciji prvog američkog **prava na smrt**, odnosno usvajanja tzv. oregonske mjere 16, prvog zakona u SAD-u koji legalizira pomoć liječnika pri smrti terminalnih bolesnika. Zadnja dva desetljeća broj se društava PEP-a povećava, iako je njihova rasprostranjenost vrlo neujednačena. Iz takve rasprostranjenosti možemo zaključiti o kulturološkim i sociološkim afinitetima mentaliteta za eutanaziju. Danas je eutanazija zakonski dopuštena u Nizozemskoj, Kolumbiji, Belgiji, nekim australskim regijama, u nekim američkim državama, u pojedinim regijama Njemačke, Norveške, Španjolske, Švedske, Švicarske. U Americi se vodi žestoka borba, između pobornika i protivnika eutanazije. Jedan od glavnih zagovornika eutanazije bio je američki liječnik Jack Kevorkian, poznat pod nadimkom „Doktor Smrt“, jer je ilegalno izveo 40 eutanazija i za to je bio osuđen, ali na malu kaznu. U Njemačkoj je godine 1980. osnovana *Deutsche Gesellschaft für Sterben*, a liječnik Julius Hacketal izašao je u javnost sa svojim jasnim pomaganjem u provođenju autoeutanazije. Njegovim priručnikom služila se barem jedna od četiriju austrijskih medicinskih sestara, koje su slale na onaj svijet dosadne i teške bolesnike; dakako, bez njihove želje i znanja. Nove razloge u prilog eutanazije iznio je (svojedobno) i prvi predsjednik Europske banke za izgradnju i razvoj Jacques Attali: „Nakon 60. – 65. godine čovjek gubi sposobnost proizvodnje i na teret je društvu, zato treba tu 'mašinu' naglo zaustaviti; socijalistička logika je sloboda, a temeljna je sloboda samoubojstvo.“ Eutanaziju najviše promiču oni koji žele smanjiti izdvajanja za zdravstvo i za

mirovine, pa radije žele eutanazirati stare i bolesne osobe, nego da se daje novac za njih. U analizi zahtjeva bolesnika za eutanazijom treba poći od motivacije. Osnovni je motiv opći ljudski strah od mogućih patnji u procesu umiranja, a i same svijesti da se umire. Možda je najjednostavniji i najbolji izraz ovih ljudskih strahovanja aforizam R. L. Stevensona „Ne bojim se smrti nego umiranja!“ Smisao i poruka zahtjeva za eutanazijom mogli bi se pojednostavniti i ovako: „Bolujem od neizlječive bolesti, a bojim se patnji u njezinoj završnoj fazi. Neman hrabrosti počinuti samoubojstvo niti bih to znao izvesti. Htio bih usto poštedjeti obitelji ukućane kasnijega psihološkog opterećenja svojim samoubojstvom. Stoga se obraćam liječniku da mi sredstvima kojima raspolaže suvremena medicina pravodobno omogući brzu i bezbolnu smrt bez patnji.“ U nizozemskoj izvedbi postupak za eutanaziju započinje bolesnikovim zahtjevom pa je to sa stajališta bolesnika posredno samoubojstvo, a sa stajališta izvršitelja toga čina naručeno ubojstvo. Stoga je besmisleno govoriti o dostojanstvenoj smrti. Nagovaranje na ubojstvo, kao i poticanje i pomaganje u samoubojstvu u svim su pravnim kodeksima svijeta kriminalne radnje. Neki će reći da svatko, ako želi, ima slobodu umrijeti prije prirodne smrti i ubiti se. Da, ali samoubojstvo i ubojstvo u cijelome razvijenom svijetu nisu prihvatljivi ni poželjni. Sloboda prava na smrt ugrožava slobodu prava na život, koje je osnovno ljudsko pravo. Živimo u vremenu snažne medikalizacije smrti, fenomena koji je sve prisutniji u zemljama zapadne civilizacije. Legalizacija i dekriminalizacija eutanazije samo je logički vrhunac procesa medikalizacije smrti. Salas na jednome mjestu, govoreći o potrebi detabuizacije smrti, navodi da, glede prihvaćanja smrti kao prirodne pojave, zapravo zemlje Trećega svijeta daju zapadnoj civilizaciji lekciju iz humanosti. Žalosna je činjenica da se usporedo s trendom ukidanja smrtne kazne u mnogim zemljama ide i trend širenja eutanazije i njezinih inačica. Ako se to nastavi, valja očekivati da će u dalekoj budućnosti liječnici biti jedini legitimni krvnici. Eutanazija i njezine inačice kaznena su djela, osim u zemljama u kojima su propisani protokoli (npr. Nizozemske, Belgije i još nekih zemalja ili njihovih pokrajina). Sa stajališta kodeksa liječničke etike eutanazija je neetičan čin. Svjetska je udruga liječnika na primjeru Nizozemske bila obvezna isključiti RMDA iz svojega članstva, a još prije toga svojim aktima demedikalizirati eutanaziju i prepustiti je, kao i svako drugo ubojstvo, pravosuđu.

Sažimljući katolički nauk, Ivan Pavao II. u enciklici *Evandjelje života* potvrđuje da je: *Eutanazija teška povreda Božjega zakona, ako je namjerno ubojstvo ljudske osobe moralno neprihvatljivo.*

5.4.2. Proeutanazijski pokreti

Godine 1935. u Londonu je osnovano prvo društvo za dobrovoljnu eutanaziju (*The Voluntary Euthanasia Society*). Njihova je inicijativa u parlamentu 1936. godine odbačena. U pokret se uključio velik broj avangardnih intelektualaca i umjetnika (npr. Julian Huxley, Herbert G. Wells, Georga B. Shaw) pa i neki istaknuti klerici.

Euthanasia Society of America osnovano je 1938. godine, 1976. godine mijenja ime u *Society for the Right to Die* (Društvo za pravo na smrt), a 1991. godine postaje *Choice in Dying* (Izbor umiranja).

U Oxfordu je 1980. godine osnovana Svjetska federacija društava za pravo na smrt – WFRDS (*World Federation of Right to Die Societies*). Derek Humprey osnovao je društvo za eutanaziju i objavio knjigu *Konačni izlaz* (*Final exit*), praktični udžbenik za samoubojstvo.

Legislacija prvog američkog prava na smrt, odnosno usvajanje tzv. Oregonske mjere 16., prvog zakona u SAD-u koji legalizira pomoć liječnika pri smrti terminalnih bolesnika.

Društva za eutanaziju organizirana su u mnogim zemljama svijeta: SAD-u, Engleskoj, Škotskoj, Kanadi, Australiji, Novom Zelandu, Belgiji, Finskoj, Francuskoj, Njemačkoj, Luksemburgu, Nizozemskoj, Norveškoj, Španjolskoj, Švedskoj, Švicarskoj, Južnoj Africi, Zimbabveu, Izraelu, Indiji, Singapuru, Japanu, Kolumbiji.

Eutanazija je ozakonjena u Australiji 1995. godine i Nizozemskoj 2000. godine, u Oregonu (SAD) i u nekim dijelovima Švicarske.

Prva legalna aktivna eutanazija u povijesti medicinske etike provedena je u Australiji, 1995. godine. Organizirane su udruge koje propagiraju „pravo na dostojnu smrt“ kao osnovno ljudsko pravo. U SAD-u postoji nacionalno vijeće za pravo na smrt (*The national council for the right to die*) koja svoje članstvo informira o životnoj volji, a liječnicima, sestrama i terapeutima daje direktive kako da se definirana volja osobe u danome trenutku poštuje. Članovi udruge žele da oni sami donose odluke glede života ili smrti, a ne da odluke umjesto njih donose doktori, pravnici, bolnička administracija itd. Svoje mišljenje temelje na ljudskim pravima. Sve je više rasprava o asistiranom samoubojstvu i o aktivnoj eutanaziji u svijetu, posebno zapadnome svijetu.

Pobornici legalizacije eutanazije smatraju da bi se legalizacijom uveo red i da bi liječnici i sestre mogli otvoreno etički raspravljati o postupku i problemima. Nadalje, mišljenja su da bi se time izbjegle zlouporabe. Na taj bi način eutanazija bila dostupna svima i bile bi jasne etičke norme. Odluka treba biti donesena svjesno i racionalno a ne emotivno, to je prvi uvjet.

Proeutanazijski pokreti forsiraju etičku dimenziju eutanazije da bi se polemika proširila na laičke krugove i smanjila kompetencija liječnika u ovom pitanju. Sinonimi za eutanaziju:

ubojstvo iz samilosti, dostojanstvena smrt (uz pristanak ili bez pristanka), potpomognuti suicid, prekid liječenja i sl., a rabi se i eufemizam „dostojanstvena smrt“.

U tradiciji judeo-kršćanskog svjetonazora, eutanazija bez bolesnikova pristanka jest ubojstvo, a uz bolesnikov je pristanak i samoubojstvo i ubojstvo.

Uspjesi društava za eutanaziju mogu se objasniti psihosociološkom konstelacijom potrošačkog društva s razvijenim kultom profita i relativizacije nekvantifikabilnih društvenih vrijednosti te razrađenom taktikom djelovanja. Osnovni modusi taktike djelovanja (prema Herranzu) jesu:

- manipulacija jezikom
- dramatizacija slučajeva
- patetično samooptuživanje
- indukcija disidentskog ponašanja u pravnim, medicinskim i religijskim krugovima,
- „dostojanstvo smrti“ kao znak kulturnog elitizma.

Proces dekriminalizacije eutanazije u Nizozemskoj počeo je 1971. Godine, kada je liječnica Geertruida Postma injekcijama morfina i kurarea dokrajčila život svoje majke koja je preboljela intracerebralno krvarenje sa zaostalim teškim neurološkim ispadima. U sudskom procesu liječnica je proglašena krivom te suspendirana na tjedan dana, uvjetno na godinu dana!?

Početak osamdesetih godina ispitivanja javnoga mnijenja u Nizozemskoj pokazala su da je oko 75 % građana spremno prihvatiti zakon koji bi dopuštao liječnicima da iz samilosti dokrajče život kompetentnim, terminalnim bolesnicima na njihov zahtjev. Dekriminalizacija eutanazije u Nizozemskoj provedena je 2000. godine.

U povijesti medicinske etike dogodio se dramatičan trenutak kada je legalizirana eutanazija. Tim je činom je pokopano načelo Hipokratove prisege i medicina se našla na raskrižju koje može voditi u potpunu dehumanizaciju medicine. Tehnologizirana medicina uistinu je dehumanizirana u određenom smislu, ali legalizacija eutanazije može biti konačan udarac humanoj medicini.

Prije ozakonjenja eutanazije bilo je slučajeva pomaganja pri samoubojstvu i aktivnom ubojstvu iz samilosti. Budući da je bila riječ radilo o nezakonitim postupcima, podignute su tužbe i sudionici su bili izvedeni na sud. Presude su bile oslobađajuće ili minimalne kazne jer se smatralo da su te aktivnosti poduzete u svrhu terapije ili samilosti prema teško bolesnom bolesniku koji je jako patio. U nekim je zemljama pasivna eutanazija prestala biti kazneno djelo.

Sudjelovanje zdravstvenih djelatnika u činu eutanazije (aktivne ili pasivne) uglavnom je čin samilosti prema osobama koje jako pate, želi se otkloniti bol, umanjiti bol ili prekinuti patnja koja je katkada neizdrživa. Liječnik praktičar može razumjeti razloge onih koji su pomagali svojim bolesnicima, ali se postavlja pitanje treba li zbog maloga broja takvih bolesnika, gledajući sveobuhvatno, ozakoniti eutanaziju. Zašto se liječnik treba baviti tim poslom? Liječnik je pozvan da se bori za život, a ne za njegovo dokončanje. Poznajući ljudsku prirodu tijekom povijesti ljudskog roda, postoji realna opasnost od zlouporabe ozakonjene eutanazije i zato je ona neprihvatljiva. Teško bolesnom čovjeku treba pomoći, ublažiti i otkloniti bol, ali se ne smije svjesno dokončati čovjekov život. Tko nam daje pravo da donosimo odluke i činimo radnje koje su rezervirane za svaku osobu kao takvu? Svijet je toliko tehnološki napredan da se čovjek može ubiti i bez pomoći liječnika ili medicinske sestre. Zašto jedno humano zvanje svesti na zanimanje krvnika? Nadajmo se da će problem teških i neizlječivih bolesnika koji pate biti riješen na humaniji način nego da liječnik daje smrtonosan lijek, injekciju.

Problem postoji, postoji čovjekovo pravo na dostojanstvenu smrt, postoji njegovo pravo da se otkloni patnja, ali to nije razlog da zakon od liječnika stvara Boga ili krvnika ili pak svemogućeg stručnjaka.

Čovjek ima pravo na život ali isto tako i pravo na dostojanstvenu smrt. Pacijent ima pravo da prihvati, odbije ili izabere terapiju ili dio terapije. Pitanje je: Je li pacijent u danom trenutku sposoban donositi odluke, je li očuvan njegov kapacitet odlučivanja? Je li pacijent sposoban donijeti odluku, a, ako nije, tko donosi odluku umjesto njega i na koji način?

Etičko je pitanje: Je li ubrzavanje nečije smrti etički ispravno, bez obzira na to je riječ o pacijentovu zahtjevu ili nije?

Liječnici trebaju odbaciti sve oblike eutanazije. Primjenom postupaka eutanazije gubi se povjerenje u liječnika i liječničko zvanje. Liječnici su uvijek štitili interese bolesnika i bolesnik je vjerovao svom liječniku. Gubitak povjerenje u liječnika imat će dalekosežne posljedice za bolesnike i liječnike. Za sada je u najvećem broju zemalja eutanazija kazneno djelo, iako u Nizozemskoj, Belgiji, Švicarskoj, Oregonu i u još nekim državama postoji zakon koji omogućuje liječniku da pomogne umirućem bolesniku. U većini zemalja eutanazija se tretira kao ubojstvo ili pomoć pri samoubojstvu te se zabranjuje i zakonski kažnjava.

Također treba spomenuti da postoje teškoće (u praksi) pri tumačenju postupaka pa se eutanazijom proglašava ono što eutanazija nije. Ako donesu mrtvog čovjek u bolnicu i liječnik ga ne reanimira, nego ga proglasite mrtvim, to nije eutanazija. Nepoduzimanje

reanimacijskih postupaka u bezizglednim slučajevima također nije eutanazija (pasivna), već je stručno opravdano stajalište da reanimacijski postupak nema smisla na osnovi kliničke slike, povijesti bolesti i prognoze reanimacijskog postupka. Kod klinički umrlog bolesnika može se reanimacijskim postupcima (masažom srca, ventilacijom pluća i lijekovima) uspostaviti srčana aktivnost i povratiti bolesnika, ali u nekim slučajevima nastaju ireverzibilna oštećenja mozga i reanimacija tada nije ni stručno ni etički opravdana. Odluku o svrsishodnosti reanimacije donosi liječnik i on snosi posljedice svoje odluke. Odluka se donosi na osnovi kliničke slike, podataka iz povijesti bolesti, vremena kada je nastupio srčani arest (respiracijski zastoj), na temelju postupaka koji su do tada poduzeti, mogućeg ishoda reanimacije itd. Nije etično bolesnike koji su u stadiju vegetiranja staviti na aparate za potporu disanja. Treba razjasniti da uskraćivanje nekih metoda liječenja ne znači eutanaziju. Ako se primjerice nekim umirućim bolesnicima (terminalni stadij bolesti) uskrate najsvremenije metode liječenja, to nije eutanazija jer bi primjena tih metoda značila samo produživanje agonije, održavanje leša, zauzimanje kreveta, podržavanje bolničkih infekcija, uzaludno trošenje lijekova itd. Svaki će čovjek umrijeti bilo prirodnom smrću bilo shrvan bolešću i nije zadatak medicine kao ni liječnika u jedinicama intenzivnog liječenja da spriječe smrt koja je rezultat prirodnog, biološkog tijeka ili opake bolesti, teške ozljede koja je nespojiva sa životom. Bolesnik će do kraja imati njegu, hranu, vodu i nužnu terapiju. Ako bolesnik ima bolove, oni će biti ublaženi ili uklonjeni.

Da bi liječnik preispitao svoje stručno stajalište, može zatražiti osnivanje konzilija više specijalista i iznijeti postojeći slučaj, da kolege pregledaju bolesnika i da se konzilijarno odluči je li taj bolesnik došao do kraja svog puta. Taj konzilij ima ulogu da liječnik provjeri svoje stručno stajalište da nije nešto propustio učiniti. To nije način umirivanja savjesti i skrivanja iza konzilija, što je u praksi moguće. Ako su članovi konzilija stručni i moralni liječnici, ne će biti teškoća. Nakon odluke konzilija može se zatražiti i dodatno mišljenje ako netko ima argumente da to mišljenje nije u skladu sa strukom i s humanim načelima, a, ako nema čvrstih argumenata, ne će se tražiti drugo mišljenje.

Kada se govori o pomoći pri umiranju, treba naglasiti da bolesnik ima pravo tražiti ono što smatra da je za njega najbolje. Bolesnik može postavljati pitanja i treba dobiti odgovor ako je to moguće. Inicijativa za pomoć pri umiranju ne smije ići od liječnika, nego samo od bolesnika. Samoubojstvo nije kazneno djelo, ali su poticanje na samoubojstvo i pomaganje pri njemu kazneno djelo. Liječnik ne smije u tome sudjelovati, ali treba bolesniku pružiti adekvatnu terapiju. Bolesnici u terminalnom stadiju bolesti koji imaju jake bolove trebaju dobiti adekvatnu terapiju. Prema rezultatima ispitivanja, pomoć pri umiranju traži manji broj

takvih bolesnika. Ako bolesnik u svojoj patnji i boli nalazi nekakav smisao, to je stvar njegova svjetonazora i liječnik ne će bez bolesnikova odobrenja davati terapiju. U većini zemalja, nažalost, ne postoje ustanove u koje bi bili smješteni i njegovani bolesnici u terminalnoj fazi bolesti (hospicij). Takve bolesnike nije opravdano liječiti u jedinicama za intenzivno liječenje.

Neke skupine građana teoretiziraju, kritiziraju, prozivaju, ali ne rade ništa drugo. Bilo bi etično da svoje slobodno vrijeme i nešto novca utroše za njegu bolesnika o kojima govore.

RMDA (*Royal Medical Dutch Association*) izdao je 1984. godine priopćenje sljedećeg sadržaja: „Uzimajući u obzir činjenicu da se u pluralističkim društvima nikada ne će postići konsenzus o abortusu i eutanaziji, uključujući i liječnike, liječničke udruge zaključuju da se eutanazija može prihvatiti u iznimnim okolnostima.“ RMDA je postavio kriterije za praksu eutanazije.

- Zahtjev za eutanaziju ili asistirani suicid mora postaviti sam bolesnik slobodnom voljom.
- Bolesnikove patnje moraju biti nepodnošljive i bez nade u moguće poboljšanje.
- Aktivni završetak života mora biti posljednje rješenje i stoga se za njim poseže samo kada nema alternative rješavanju bolesnikove situacije.
- Čin aktivnog završetka života mora obaviti liječnik.
- Liječnik se mora konzultirati s drugim, neovisnim kolegom koji mora potvrditi mišljenje o beznadnosti i nepodnošljivom karakteru patnji te o nepostojanju druge mogućnosti.
- Mora postojati pisano izvješće. U njemu treba navesti dijagnozu, prognozu, terapiju, perspektivu liječenja, ime i mišljenje konzultiranog kolege, bolesnikov zahtjev (ako postoji) te način kojim je dokončan bolesnikov život.

I aktivna i pasivna eutanazija bile su primjenjivane tijekom povijesti. U antičko doba na Tajgetskim stijenama ostavljali su malformiranu djecu, a spartanskim i Likurgovim zakonima osiguravalo se zdravo potomstvo. Poznat je Senekin zahtjev da se u Rimu nakazna djeca utope u Tiberu. U tu svrhu služile su i guste germanske šume gdje su ostavljali nakaznu djecu. Na tom su tragu predhitlerovsko stajalište „samilost prema nevrijednim životima“, konterganska tragedija, kada je namjerno ubijeno mnogo tjelesno nenormalne djece te ubijanje ženske djece samo zbog spola.

Prva legalna aktivna eutanazija u povijesti medicinske etike izvedena je 1995. godine u Australiji. U SAD-u u prvih 13 sudskih presuda za eutanaziju bilo je devet oslobađajućih presuda, a u četiri slučaja sudski su postupci završili kaznama za okrivljene.

Američki patolog Jack Kevorkian pomagao je bolesnicima da počine samoubojstvo s pomoću ugljikova monoksida u posebno uređenom kombiju (stroju za samoubojstva). Poslije je bio osuđen na 25 godina zatvora zbog pomaganja pri izvođenju samoubojstva.

Poznat je bečki slučaj medicinskih sestara koje su bile osumnjičene za smrt bolesnika jer su bolesnicima davale rohipnol i valium. Izjavile su da su htjele samo ublažiti bolove svojih bolesnika, a ne izazvati smrt.

Najpoznatija objavljena studija o uporabi eutanazije jest Rimmelinkov izvještaj iz 1991. godine. Podatci se odnose na 1990. godinu.

Eutanazija u užemu smislu riječi prakticirana je u 2300 bolesnika, asistirani suicid u 400 bolesnika, eutanazija bez bolesnikova pristanka u 1000, namjerna prekomjerna doza lijeka u 8100, prekid liječenja bez bolesnikova pristanka u 7875 slučajeva, što ukupno čini 19 675 smrti. To je činilo 15,4 % od ukupnog broja umrlih u Nizozemskoj. Treba naglasiti da je broj zahtjeva za eutanazijom i asistiranim suicidom triput veći od realiziranih slučajeva.

Razlozi su (Izvješće van der Masa i suradnika):

- osjećaj gubitka dostojanstva
- ovisnost o drugima
- zamorenost životom
- bol se kao isključivi razlog susreće se u samo 6 % slučajeva
- eutanazija je češće prakticirana u općoj praksi nego u bolnicama (oko triput češće).

Etički liječnički kodeks Svjetske udruge liječnika i deklaracija *Amnesty Internationala* izričito zabranjuju liječnicima i drugim zdravstvenim djelatnicima bilo kakvo aktivno sudjelovanje u izvršenju smrtne kazne, čak ni savjetovanjem ili „edukacijom“ nemedicinaru. Usto treba navesti da se nad bolesnim osuđenikom ne smije izvesti smrtna kazna. Tehnika izvođenja smrtne kazne u nekim državama SAD-a ista je kao i tehnika izvođenja eutanazije u Nizozemskoj. Osuđeniku, odnosno bolesniku intravenski se aplicira snažan hipnotik, a nakon toga smrtonosna doza kalijeva klorida. Kako zdravstveni djelatnici ne smiju davati smrtonosne injekcije, za to su osposobljeni nemedicinari koji daju takve injekcije.

Postavlja se problem demedikalizacije eutanazije. Naime, zašto eutanaziju trebaju provoditi liječnici ili zdravstveni djelatnici, a zašto je ne bi provodili nemedicinari? Na ovaj način bila bi spriječena dekriminalizacija.

Svjetska liječnička udruga (WMA) je trebala demedikalizirati eutanaziju i njezine inačice te taj problem prepustiti pravosuđu. Na taj način liječnici više ne bi bili pod pritiskom laičke javnosti.

Situacija u Hrvatskoj

Kodeks Hrvatskoga liječničkog zbora i Hrvatske liječničke komore u članku 4. naglašavaju: „da je namjerno skraćivanje života u suprotnosti s medicinskom etikom. Želju dobro informiranog bolesnika koji boluje od neizlječive bolesti, jasno izraženu, pri punoj svijesti u pogledu umjetnog produžavanja njegova života, treba poštovati. Ako bolesnik nije pri svijesti, liječnik će postupiti po svom najboljem znanju i savjesti, a u skladu s načelima izrečenim u ovom članku.” Ako uvjeti informiranosti i svijesti nisu prisutni, liječnik mora učiniti sve da produži bolesnikov život koliko god on bio malo vrijedan i značio samo produžavanje patnji. Vrhovac (1999. g.) naglašava da materijalni uvjeti ne smiju odlučivati o odustajanju od daljnjeg liječenja bolesnika. To je, sigurno, etički, ali znamo da to sve češće ne će biti moguće, jer netko ipak liječenje mora platiti. Primjerice, ako imamo na raspolaganju dva respiratora, a tri su kandidata, jedan od njih mora biti lošije zbrinut. Ili u slučajevima bolesnika bez zdravstvenog osiguranja kojih ima sve više, nameće se pitanje je li etički da zbog „besmislenog“ liječenja, preostala obitelj bude svedena na prosjački štap.

Hrvatski je zakon, glede eutanazije, jasan: „Tko drugog usmrti na njegov izričit i ozbiljan zahtjev, kaznit će se kaznom zatvora od jedne do osam godina.“

Eutanazija je neetičan, kriminalan čin i kazneno djelo koje treba tretirati kao ubojstvo. Liječnici trebaju zahtijevati od društva da demedikalizira eutanaziju.

Hipokratova prisega glasi: **Apsolutno ću poštovati ljudski život od samog početka. I ni pod prijetnjom neću dopustiti da se iskoriste moja medicinska znanja suprotno zakonima humanosti.**

5.4.3. Slučajevi

Dr. Smrt (Jack Kevorkian)

Jack Kevorkian rođen je 26. svibnja 1928. u Pontiacu u američkoj saveznoj državi Michigan. Medicinu je diplomirao na Sveučilištu u Michiganu 1952. godine te je ubrzo započeo specijalizaciju iz patologije.

Dok je radio na Sveučilištu u Michiganu, Jack Kevorkian je postao fasciniran smrću i činom umiranja. Posjećivao je terminalno bolesne pacijente te im fotografirao oči u pokušaju da odredi točan trenutak smrti. Vjerovao je da to može pomoći liječnicima da razlikuju smrt od nesvjestice ili kome te da mogu znati kada oživljavanje postane beskorisno. Zbog tih neortodoksnih ideja i kontroverznih stajališta koja je zagovarao privukao je pozornost medija koji su mu dali nadimak **Dr. Smrt**. Zbog toga dobiva otkaz na Sveučilištu u Michiganu te počinje raditi u Općoj bolnici u Pontiacu, gdje nastavlja svoje kontroverzne eksperimente.

Nakon što je položio specijalistički ispit 1960. godine, nije mogao naći stalno zaposlenje te je išao od bolnice do bolnice koje ga nisu htjele primiti. U tom je razdoblju napisao i objavio više od 30 stručnih članaka i knjiga o svojem pogledu na smrt. Kako se nigdje nije mogao stalno zaposliti neprestano dobivajući otkaze, tvrdio je da su mu karijeru uništili liječnici koji su se bojali njegovih radikalnih ideja. Sve do 1980-ih godina je proveo bez posla u struci, živio je sam i na rubu egzistencije.

Godine 1986. otkriva da liječnici u Nizozemskoj pomažu u umiranju terminalnih bolesnika tako da im daju smrtonosne injekcije. To ga je toliko zaokupiralo te tada započinju njegova borba i aktivizam za eutanaziju, pišući članke kojima želi upozoriti na njene prednosti. Ubrzo je napravio i „stroj za samoubojstvo“, kojega je složio za samo pedeset dolara. Nazvao ga je *Thanatron* – što bi na grčkom jeziku značilo instrument smrti. Sastojao se od triju boca u kojima su bile tri različite otopine: otopina soli u prvoj, u drugoj je bio lijek protiv bolova i, konačno, u trećoj, smrtonosna doza kalijeva klorida. Koristeći se Kevorkianovim izumom, pacijenti koji su bili u terminalnoj fazi bolesti sami su sebi mogli uštrcati letalnu otopinu. Nakon godina odbijanja od uredništava medicinskih časopisa i medija, Kevorkian je konačno došao u središte pozornosti upravo zbog stroja i prijedloga da se osnuje „obitorijum“, gdje bi liječnici pomagali terminalnim bolesnicima da dokončaju život.

Međutim, nakon što je pomogao u samoubojstvu Janet Adkins, četrdesetpetogodišnje pacijentice s Alzheimerovom bolesti iz Michiganu, Jack Kevorkian dolazi na loš glas. Adkinsova je bila članica Društva Hemlock, organizacije koja zagovara dobrovoljnu

eutanaziju za terminalne bolesnike. Nakon što joj je dijagnosticirana Alzheimerova bolest, tražila je nekoga tko će joj pomoći u eutanaziji prije nego što se bolest potpuno razvije. Putem medija čula je o Kevorkianu i njegovu izumu te mu se obratila da ga iskoristi na njoj.

Kevorkian je pristao da joj pomogne te su to napravili u javnom parku, unutar njegova kombija. On je osigurao intravenski put, dok je Adkinsova sama aplicirala lijek protiv bolova, a zatim i otrov. Umrla je unutar pet minuta od srčanog zatajenja. Nakon što su mediji doznali za ovaj postupak, Kevorkian je postao javna osoba u državi. Međutim, država Michigan odmah ga je optužila za ubojstvo Janet Adkins. Slučaj je poslije odbačen zbog toga što zakon o potpomognutom samoubojstvu nije bio reguliran.

Godine 1991. sud u Michiganu naredio je zabranu uporabe Kevorkianova izuma. Kasnije iste godine sud mu je također suspendirao liječničku licencu, međutim, to ga nije spriječilo da nastavi s potpomognutim samoubojstvima. Kako, izgubivši licencu, nije više mogao prikupiti potrebne lijekove za otopine *Thanatrona*, Kevorkian je napravio novi stroj koji je nazvao *Mercitron*. *Mercitron* se sastojao od plinske maske preko koje je bolesnik dobivao plin, ugljikov monoksid. Sljedeće godine zakonodavna tijela u Michiganu donijela su zakon u kojem potpomognuto samoubojstvo postaje ilegalno. Zakon je donesen upravo zato da Jack Kevorkian prekine svoje djelovanje. Kao rezultat toga, Kevorkian je dvaput te godine završio u zatvoru. Oba puta ga je izvukao prijatelj i odvjetnik, Geoffrey Fieger. Ukupno je pritvaran četiri puta zbog potpomognutih samoubojstava, triput je oslobođen optužbi, dok je četvrti put proglašena pogrešno vođena istraga.

Godine 1998. godine zakonodavna tijela ponovno mijenjaju i dopunjuju zakone te se od tada potpomognuto samoubojstvo smatralo zločinom kažnjivim do pet godina zatvora. Također su promijenili nedostatke u zakonu koje su dopuštale Kevorkianu oslobađajuće presude u prethodnim suđenjima.

Te iste godine Kevorkian dopušta nacionalnoj televiziji da emitira snimku na kojoj je prikazano kako uštrcava smrtonosnu injekciju Thomasu Youku. Thomas Youk je bolovao od Lou-Gehrigove bolesti te je zatražio Kevorkianovu pomoć. Nakon što je snimka prikazana, Kevorkian je razgovarao s novinarima te je javno izazvao sud da ga tuže. Tužitelji su ga ovaj put optužili za ubojstvo drugoga stupnja. Kevorkian nije želio odvjetnika te je odlučio zastupati sam sebe.

Dana 26. ožujka 1999. sud u državi Oakland osudio je Jacka Kevorkiana za ubojstvo drugog stupnja i nezakonitu nabavu lijekova. Osuđen je na 25 godina zatvora s mogućnošću pomilovanja. Tijekom sljedećih triju godine Kevorkian je pokušao opovrgnuti odluku, međutim, njegovi su pokušaji odbijeni.

Nakon što je odslužio osam godina, Kevorkian je 2007. godine pušten iz zatvora na temelju dobrog ponašanja. Usto, morao je obećati da više ne će pomagati u samoubojstvima. Bolovao je od hepatitisa C koji je uzrokovao cirozu jetre. Jack Kevorkian umire u lipnju 2011. u dobi od 83. godine zbog problema s jetrom i srcem.

Slučaj 1.

Žena jednog liječnika boluje od multiple skleroze. Život joj se čini beskorisnim i ona osjeća da je samo na teret svome mužu. Kad bi brzo umrla, dok je njezin muž još mlad, on bi mogao započeti novi život. Ona ga moli da je izbavi iz njezina bijednog stanja. Muž joj ispunjava želju i daje joj smrtonosnu injekciju s otrovom. Nakon toga biva optužen za ubojstvo, no porota sastavljena od njegovih kolega oslobađa ga krivnje.

Slučaj 2.

Jedna udana žena boluje od multiple skleroze i živi kao invalid. Njezin je suprug doživljava kao teret i nagovara je da poćini samoubojstvo. Kad ona napokon pristane, on joj pripremi otrov koji ona ispija. Otrovan je, međutim, samo uspava. Nato joj on natakne plastićnu vrećicu na glavu i uguši je. Optužen je za umorstvo, no u zatvoru ostaje samo 4 mjeseca jer je u međuvremenu došlo do nagodbe o krivnji. Vrijeme provedeno u zatvoru iskorištava tako što napiše knjigu u kojoj brani eutanaziju i uskoro se proslavi svojim javnim istupima u prilog ubojstva iz milosrđa.

Slučaj Diana Pritty

Diana Pritty, majka dvoje djece, umrla je u svibnju 2002. u 45. godini života. Umrla je onako kako je najmanje željela i na način kojeg se najviše bojala – u užasnim bolovima, potpuno paralizirana od vrata nadalje, bez mogućnosti da govori ili kontrolira pokrete glavom. Umrla je u komi, od gušenja, iako su joj pluća bila potpuno zdrava. Preminula je samo dva tjedna nakon što joj je Europski sud za ljudska prava uništio svaku nadu da će njezinu suprugu biti dopušteno da joj asistira pri samoubojstvu, koje je toliko željela, a za koje nije bila sposobna. Nekoliko dana prije nego što će dobiti konaćnu odbijenicu, nakon duge borbe s britanskim pravosućem (prema ćijem je zakonu iz 1961. samoubojstvo legalizirano (?!)), ali se za pomoć pri samoubojstvu može dobiti i 14 godina zatvora), dala je svoj posljednji intervju. Na novinarevo pitanje je li i takav život kakav živi, s bolešću koja joj uništava živćane stanice, u invalidskim kolicima i bez istinske mogućnosti komunikacije s obitelji, ipak bolji od smrti, na posebnom je računalu otipkala: **Ja sam već mrtva.**

Slučaj Terri Schiavo

Godine 1990. Terri Schiavo pretrpjela je teško anoksično oštećenje mozga nakon srčanog aresta. Bila je u trajno vegetirajućem stanju. Suprug kao zakonski skrbnik, 1998. godine zatražio je od suda da se njegova supruga prestane hraniti putem sonde. Obratio se i njezinim roditeljima, jer na osnovi postojećeg zakonodavstva imali su zakonske mogućnosti da o tome mogu odlučivati. Roditelji, kao pobožni katolici, odbili su dati suglasnost da se njihova kćerka prestane hraniti. Tako su tijekom sljedećih godina suprug i roditelji Terri Schiavo bili sudionici u više od 25 sudskih presuda, te se sonda za hranjenje dvaput vadila i ponovno stavljala, ovisno o sudskim odlukama. Uz supruga su stajali liječnici i bolničko osoblje, a, uz roditelje, katoličke organizacije, uključujući i Vatikan. Nakon glasanja u Kongresu 21. ožujka 2005. da se prekine s umjetnim hranjenjem savezni okrug više nije prihvatio ponovne zahtjeve roditelja za umjetno hranjenje. Terri Schiavo umrla je 31. ožujka 2005. Obdukcijom su utvrđeni sljepoća i nedostatak moždane kore, što je potvrdilo dijagnozu i apsolutno opravdalo stajališta kliničara.

6. Etički aspekti transplantacijske medicine

6.1. Transplantacijska medicina

6.2. Doniranje organa

6.3. Utvrđivanje moždane smrti, eksplantacija organa i transplantacija organa

6.4. Trgovina organima

6.5. Ksenotransplantacija – slučaj „Beba Fae“

6.6. Slučajevi

6.1. Transplantacijska medicina

Transplantacijska je medicina postavila niz etičkih pitanja koje razmatra transplantacijska etika (*ethics of organ transplantation*).

- Je li moralno uzeti jedan vitalni organ jednoj osobi i presaditi ga drugoj? (Da, prema propisima.)
- Je li moralno odreći se jednog važnog dijela svoga tijela? (Da ako osoba to želi, npr. davanje parnog organa drugoj osobi, uz uvjet da se ne ugrozi zdravlje darivatelja.)
- Je li moralno uzimanje organa od mrtve osobe? (Da ako se radi prema zakonski propisanom protokolu.)
- Ima li osoba koja treba neki organ moralno pravo da dobije taj organ od druge osobe ili od mrtvaca? (Da, ako za to postoje uvjeti.)
- Je li moralna i dopustiva trgovina ljudskim organima? (Nije dopustiva i nije moralna.)
- Je li moralno uzimati organe od životinje i presađivati ih čovjeku? (Da, ako je učinak koristi veći od štete.)
- Na koji način birati primatelje organa? (Prema jasnim stručnim protokolima.)
- Kako napraviti liste čekanja? (Prema jasnim stručnim protokolima.)
- Je li pristanak uže rodbine prijeko potreban gledano s moralnoga stajališta? (Ne, ali se poštuju želje obitelji).

Svaka je osoba je autonomna i raspolaže svojim organima, ima slobodu slobodnog raspolaganja tim organima pa se organi mogu uzimati samo nakon dobrovoljnog pristanka dobro informiranih osoba. Preporuka je da pacijenti daju izjavu u vezi s doniranjem organa, a oni koji podupiru doniranje organa dobivaju donorsku karticu. Ako se pacijent protivi doniranju, organa to treba evidentirati u pacijentovoj medicinskoj dokumentaciji i treba obavijestiti službu u Ministarstvu zdravstva.

Model davanja organa iz želje da se nekome pomogne je prihvatljiv kada ne ugrožava tu osobu, kada je dobrovoljan i kada nije izvršen zbog nekog novčanog ili materijalnog interesa.

Model uzimanja. Organ se uzima od osobe koja se nije za života protivila uzimanju njegovih dijelova tijela. **Temeljno etičko načelo jest pravednost.**

Treći je model australski koji je kombinacija prvih dvaju modela.

6.2. Doniranje organa

Danas se mogu presaditi organi (bubrezi, jetra, gušterača, srce, pluća), a i tkiva (koža, dijelovi kosti, srčani zalistci, krvne žile, rožnice i dr.). Svaka je osoba potencijalni davatelj organa ako se za života nije izričito i pisano tomu protivio (Zakon o presađivanu u RH, NN, 144/12.). Donorska kartica može se u Republici Hrvatskoj dobiti u bolnicama, ambulancama i udrugama koje se bave pravima pacijenata (Društva Hrvatskog crvenog križa u Hrvatskoj, Liječnici obiteljske medicine u Hrvatskoj, Hrvatska donorska mreža).

Presadba organa danas je širom svijeta prihvaćena i uspješna metoda liječenja u bolesnika u kojih je nastupilo nepovratno zatajenja funkcije organa, a za neke organe kao što su jetra, srce i pluća presađivanje je ujedno i jedina metoda liječenja. Uspješno presađivanje, i kad nije od vitalne važnosti, iznimno pridonosi poboljšanju kvalitete primateljeva života. Potreba za presadbom organa i tkiva naglo raste te je sve više bolesnika kojima je zahvaljujući presađivanju omogućena najveća terapijska dobit. Zakonski, potvrda o smrti odražava trenutak kada su u bolesnika zadovoljeni kriterije moždane smrti, a ne trenutak kada je došlo do prekida funkcije pluća ili kucanja srca. U tom se razdoblju plućna funkcija može održavati umjetno, tehnološkom potporom, tj. strojnom ventilacijom ili „umjetnim disanjem“, te podržavati rad srca i krvne cirkulacije. U tom trenutku dakle nema više održavanja života, nego samo održavanja organa u funkciji. Najčešći uzroci moždane smrti jesu **traumatska ozljeda glave** (npr. u teškim prometnim nesrećama) i **teška spontana moždana krvarenja** (moždani udar). Dijagnostika je moždane smrti kompleksna. Potrebno je dokazati smrt cijelog mozga, uključujući i moždano deblo i potpunu ireverzibilnost takvoga stanja. Nedostatno razumijevanje moždane smrti ima dokazano negativni utjecaj na odluku obitelji o doniranju organa.

Broj je davatelja u posljednjih 15 godina rastao stopom od samo 2 % godišnje, dok broj bolesnika na listama čekanja raste za oko 15 – 20 % godišnje. Podatci govore da oko 35 % bolesnika s lista čekanja u Europi umire čekajući organ, 35 % ostaje na listi čekanja, a

samo njih 30 % dobije presadak. Hrvatska donorska mreža svake godine bilježi sve veće uspjehe, tako da se u 2010. godini s ukupnim brojem od 127 donora u toj godini, našla na trećemu mjestu u svijetu, iza Španjolske i Portugala. Godine 2010. zabilježeno je rekordno povećanje broja donora od čak 64 % i broja transplantacija (54 %). Hrvatska donorska kartica koju izdaje Hrvatska donorska mreža, pod geslom „Život na Dar“, u optjecaju je od 1996. godine. Zaštićena je i deponirana kod Hrvatske autorske agencije i podržalo ju je Ministarstvo zdravstva RH kao službeno sredstvo za javno promicanje poklanjanja organa u svrhu liječenja. Hrvatska je u svibnju 2007. postala punopravna članica Eurotransplanta, međunarodne neprofitne organizacije čija je zadaća raspodjela organa za presađivanje primateljima iz zemalja članica. Belgija, Njemačka, Hrvatska, Luksemburg, Nizozemska, Austrija i Slovenija pridružene su u Eurotransplant. Na središnjoj listi čekanja nalazi se otprilike 16 tisuća oboljelih. Veličina grupe pacijenata omogućuje da se za gotovo svaki donorski organ pronađe odgovarajući primatelj. Godišnje Eurotransplant ostvari raspodjelu otprilike sedam tisuća donorskih organa. Zahvaljujući suradnji između zemalja povećavaju se šanse krajnje hitnim pacijentima. Osim toga, međusobna solidarnost omogućuje pomaganje posebnih grupa, kao što su djeca i pacijenti s rijetkom krvnom grupom ili rijetkom vrstom tkiva. Hrvatska se, prema stopi donora (30 realiziranih donora na milijun stanovnika, 28 stvarnih donora na milijun stanovnika), nalazi na prvome mjestu u Eurotransplantu te na trećem mjestu u Europi i svijetu.

Doniranje organa i transplantacija regulirani su zakonom (NN, 144/12, prosinac 2012.), a zakon je usklađen sa zakonskim aktima, preporukama Europske unije. Republika Hrvatska je članica Eurotransplanta (Eurotransplant International Foundation, www.eurotransplant.org).

Zakon o transplantaciji definira pojmove i propisuje načela darivanja, načine uzimanja organa od živog i mrtvog darivatelja, uvjete pristanka na presađivanje, način vođenja dokumentacije, zaštitu osobnih podataka, postupak utvrđivanja moždane smrti i kaznene odredbe

Hrvatska donorska mreža podupire doniranje organa te osvještava građanstvo glede doniranja organa (Hrvatska donorska mreža, www.hdm.hr).

6.3. Utvrđivanje moždane smrti, eksplantacija organa i transplantacija organa

Glede moždane smrti situacija je dobra (u Hrvatskoj), imamo dobar pravilnik i potrebno je da se on striktno primjenjuje. Etički je, a i stručni zadatak da se prati daljnji napredak medicine i da se postojeći zakon usklađuje s novim primijenjenim otkrićima. Pojedine slučajeve treba

prezentirati na stručnim sastancima i organizirati raspravu u vez s medicinskom etikom. Liječnik treba znati prepoznati i dijagnosticirati moždanu smrt u ranoj fazi dok je moguće uzimanje organa za transplantaciju. Treba naglasiti da osoba koja dokazuje moždanu smrt ne smije sudjelovati u eksplantaciji ni u transplantaciji organa, kao što to pravilnik propisuje.

6.4. Trgovina organima

Prema procjenama akademskoga projekta *Organs Watch* na Sveučilištu u Kaliforniji, svake godine prošverca se najmanje 15 000 bubrega. *Organs Watch* je program koji prati i dokumentira ilegalne transplantacije organa diljem svijeta. Istočna Europa, Izrael, Egipat, Južnoafrička Republika, Irak, Indija, Indonezija i Brazil imaju najveću ulogu, iako je prodaja organa ilegalna u svim tim zemljama. Prodavači uglavnom zarade samo od 2.000 do 6.000 dolara za jedan svoj prodani bubreg. Naime, živjeti se može s jednim bubregom, a budući da ljudi imaju dva, jedan se može donirati. No, siromašni ljudi koji tako prodaju bubreg, najčešće ne razmišljaju o novcu koji će im trebati za njegu nakon operacije i mogućim komplikacijama koje ih mogu stajati mnogo više nego što su zaradili prodajom bubrega. Iran je jedina zemlja u kojoj je prodaja organa zakonita. Dvije udruge – *The Charity Association for the Support of Kidney Patients (CASKP)* i *The Charity Foundation for Special Diseases (CFSD)* – kontroliraju prodaju organa zajedno s državnim tijelima i kao rezultat u Iranu nema liste čekanja za transplantaciju bubrega.

Dok u Egiptu brokeri po kafićima pronalaze siromašne ljude koji su voljni prodati bubreg, u Brazilu zaposlenici „doniraju“ organe šefovima kako bi ostali zaposleni. U tim se zemljama često bez ičijeg odobrenja krađu i organi preminulih, i to oči, žlijezde i srčani zalistci. U Jordanu je zakonom zabranjena trgovina organa, ali se zna da je velik broj donorskih organa u Iranu, za potrebe transplantacije, upravo iz Jordana. U Indiji zakon zahtijeva da donor organa mora biti rođak, supružnik ili da darivanje može biti zbog „ljubavi“. Zakon im ne dopušta novčane transakcije, ali ne govori ništa vezano za supružnike. Zbog tog razloga brojni su se donori organa vjenčali za primatelja organa kako bi izbjegli zakonske sankcije.

Cijene su ilegalnih organa dosta visoke i nestabilne. Cijenu koju će donor dobiti ovisi o mjestu, kao i o dostupnosti i zalihama organa. Prosječna cijena u svijetu koju donor organa, točnije, bubrega, dobiva jest 5.000 dolara. Na ilegalnom tržištu ta cijena ide i do 150.000 dolara.

U veljači 2007. „Observer“ je istražio da su se ljudi obogatili na ljudima koji su stradali u cunamiju jer su njihove organe prodavali upravo na crnom tržištu kako bi nešto zaradili. Iste

je godine muškarac iz Velike Britanije postao prva osoba osuđena pod zakonom iz 2004. koja je pokušala prodati svoj bubreg za 24.000 funti zbog kockarskih dugova. Dana 27. lipnja 2008. u Indoneziji je Sulaiman Damanik priznao krivnju u Singapuru na sudu za prodaju svog bubrega Tang Wee Sungu za 22.000 dolara. No to mora odobriti etička komisija, a u Singapuru je trgovina organima zabranjena kako bi se spriječilo iskorištavanje siromašnih ljudi koji nisu kadri donositi odluke i pate od određenih medicinskih problema. Drugi optuženi čovjek, Toni (27), donirao je organ indonezijskom pacijentu u ožujku tvrdeći da je njegov posvojeni sin i plaćen je 20.000 dolara. Nakon osude, obojica su kažnjena ili zatvorskom kaznom od 12 mjeseci ili novčanom kaznom od 7.000 dolara. U travnju 2010. šestero je Izraelaca okrivljeno da vode međunarodnu trgovinu organima i da plaćaju donatorima za njihov organ.

Indijska bolnica Gurgaon donedavno je bila jedno od glavnih odredišta za ilegalne transplantacije bubrega. Siromašni indijski radnici prodavali bi bubrege za oko 300 dolara nakon što bi ih brokeri prevarili ili prisilili na to. Čovjek iza cijele priče, kojega je uhitio indijski Središnji biro za istrage (CBI), jest Amit Kumar. On je dvadesetak godina provodio operacije bez ikakve medicinske kvalifikacije, osnovavši tako jedan od najvećih lanaca za šverc organa na svijetu. Organi su dolazili iz siromašnih sela diljem Indije, zemlje s gotovo šestinom svjetske populacije, gdje živi većina siromašnih ljudi. Prodavali su ih dalje u Grčku, Tursku, Kanadu, SAD i na Bliski istok.

Kumar je proveo stotine nezakonitih operacija i zaradio toliko novca da je čak ulagao u produkciju holivudskih filmova. Diljem svijeta predstavljao se kao jedan od vodećih indijskih kirurga, iako nije imao ni osnovno medicinsko obrazovanje. Korupcija i inkompetentnost službenih osoba u Indiji pridonijeli su Kumarovu sporijem uhićenju.

Nema dvojbe da su ljudi u nekim zemljama Latinske Amerike, Afrike, Azije i istočne Europe spremni prodati bubreg pa crno tržište ponegdje opskrbljuje bogate primatelje i eksploatira siromašne i bespomoćne davatelje. Ljudi iz raznih azijskih zemalja ranih 1990-ih putovali su na Tajvan kako bi došli do organa od pogubljenih osuđenika. Kada je to postalo zabranjeno, krenuli su prema Kini. U Indiju se putuje iz zemalja Zaljeva, Malezije i Singapura, a u Kinu s Tajvana, iz Hong Konga i Singapura. Ima podataka da se organi prikupljaju u Turskoj, Albaniji, Gruziji, Moldaviji, Rusiji, Bjelorusiji, Ukrajini i Rumunjskoj. Pacijenti iz Izraela, pošli su za organima prema istočnoj Europi i Južnoj Africi. Dr. M. Friedländer pisao je u „Lancetu“ 2002. god. o odlasku njegovih pacijenata u inozemstvo te o visokim cijenama organa.

Svjedočanstvo kineskog liječnika

Kineski liječnik Wang Guoqi svjedočio je 2001. godine pred američkim Kongresom, gdje je potvrdio da je osobno sudjelovao u najmanje stotinu takvih operacija, uzimajući kožu i rožnice od ubijenih zatvorenika. Također je priznao da je operirao i jednog zatvorenika koji je nakon loše izvedene egzekucije još bio živ, te je disao za vrijeme operacije. Dr. Wang je ustvrdio da prodaja organa donosi goleme profite kineskim vlastima. On je pred Kongresom izjavio kako se zatvorenici prije egzekucije testiraju da se vidi jesu li prikladni kao davatelji te da ih se zatim ubija metkom u stražnji dio glave kako im se ne bi oštetilo srce, jetra, bubrezi ili koža. „Morali smo raditi brzo u krematoriju, a 10 ili 20 minuta uglavnom je bilo dovoljno da se s mrtvog tijela skine koža“, izjavio je on. „Budući da je takav sustav omogućivao da liječimo mnoge žrtve opekline, naš je odjel postao ugledan i unosan“, rekao je dr. Wang. No dodao je i sljedeće: „Ma koliko da sam pomogao žrtvama opekline i osobama kojima je trebalo presađivanje nekog organa, to ne opravdava neetičan i nemoralni način uzimanja tih organa.“

Ministar zdravlja Republike Kine Jief Huang održao je novinarsku konferenciju (20. svibnja 2013.) u kojoj priznaje da je i do 90 % organa za transplantaciju dolazilo od ubijenih zatvorenika, no ističe da je uvjet za to bio pristanak zatvorenika, te smatra to svojevrsnim otkupljenjem grijeha i vraćanjem dijela duga društvu. Australski kolege smatraju to krajnje neetičnim jer je cijeli taj proces već desetljećima prisutan u Kini te obavijen velom misterija i tajne. Dr. Huang, naime, naglašava da se Kina počela udaljavati od tog programa te moli za razumijevanje iduće dvije godine u kojima bi se Kina trebala prestati baviti navedenom aktivnosti.

Slučaj londonskog liječnika

Predstavljajući se kao sin čovjeka kojemu je tobože potrebna transplantacija bubrega, novinar „Sunday Timesa“ kontaktirao je jednoga londonskog liječnika. Od njega je doznao da ima ljudi koji su spremni prodati vlastiti bubreg, naravno, uz odgovarajuću cijenu. Liječnik, dr. Bhagat Singh Makkar, porijeklom Indijac, spominjao je veze i načine na koji bolestan čovjek može nabaviti novi bubreg. Darovatelj bi se mogao naći i u Britaniji, tvrdio je liječnik, no mnogo je jednostavnije i jeftinije potražiti ga u slamovima Bombaya, gdje ima mnogo sirotinje. Sadržaj njihova povjerljivog razgovora, kradom snimljen na magnetofonsku vrpcu, bio je objavljen u britanskom tisku, nakon čega je liječniku oduzeta dozvola da smije dalje prakticirati medicinu. To, naravno, ne znači kraj trgovini vitalnim organima, koja teče mimo zakona. Indija, gdje će ljudi prodati bubreg da kupe hranu, osiguraju miraz kćeri ili da sagrađe

kuće, nije jedini izvor jeftinih organa. Novinari britanskog lista „Daily Mail“ pronašli su mnogo prodavača vlastitih bubrega i u siromašnoj istočnoeuropskoj državi Moldaviji. Interpolu je poznato da u istočnoj Europi djeluje već i prava mafija koja trguje organima. Potražnja je u svijetu golema, a nestašica, na jednoj, te ljudska potreba, na drugoj strani, rađaju neviđenim primjerima krađe organa. Tijelo 24-godišnjeg Britanca Chrisa Rochestera, koji je u Grčkoj poginuo u prometnoj nesreći, vraćeno je njegovim roditeljima u Britaniju bez lijevog bubrega. U općoj bolnici u Ukrajini izbio je skandal kada je otkriveno da tamošnji ugledni kirurzi prodaju organe žrtava prometnih nesreća. Za svoj su trud dobivali naknadu od po 4.000 USD, što je ekvivalent nekoliko ukrajinskih godišnjih plaća. Neke od žrtava nisu bile još ni klinički mrtve kada su kirurzi zarinuli u njih svoje skalpele. Zabilježeni su primjeri da mladi muškarci i žene budu iz te zemlje namamljeni u Tursku, lažnim obećanjima o zaposlenju. No, kada tamo stignu, mafija ih batinama i prijetnjama ucijeni da moraju prodati bubreg ako živi žele natrag kući. U domovinu se vraćaju s nekoliko stotina dolara u džepu i bez jednog vitalnog organa. I u samoj Britaniji zabilježeni su već primjeri operacija nad davateljima koji svoje bubrege prodaju za novac. Još 1990. godine otkriveno je tako da je u privatnoj bolnici Wellington Humana u Londonu jedan liječnik uzeo organe petorice davalaca iz Turske te ih presadio svojim privatnim pacijentima.

Zakon u Republici Hrvatskoj (NN, 144/12.) propisuje sankcije za trgovanje dijelovima ljudskoga tijela i ljudskim zametcima.

6.5. Ksenotransplantacija – slučaj „Beba Fae“

Stephanie Fae Beauclair (14. listopada 1984. – 15. studenoga 1984.), poznatija kao „Beba Fae“ bila je američko novorođenče rođeno s sindromom hipoplastičnoga lijevog srca (HLHS). To je urođena srčana mana kada lijeva srčana klijetka nije fizički dovoljno razvijena u cijelosti i srce slabo kuca. Lijevi atrij, mitralna valvula, lijeva klijetka te aortna valvula premali su da bi adekvatno pumpali krv u mozak, organe i u ostale dijelove tijela. Osim toga što je tijelo lišeno kisika i hranjivih tvari, dolazi i do kongestije pluća i desnog srca te do posljedičnog zatajenja. Do ranih 1980-ih ova je dijagnoza bila, u to vrijeme, stopostotno fatalna.

Majci novorođenčeta dali su izbor:

- 1) da pusti da joj dijete umre u Loma Linda bolnici,
- 2) da umre u bolnici u Barstowu ili
- 3) da umre kod kuće.

Majka je izabrala zadnju opciju. Kako nije htjela da je išta podsjeća na smrt vlastite kćeri u kući gdje živi, odsjela je s njom u jednom motelu u Barstowu. Ipak, nakon nekoliko dana, povezavši se s kćeri, zaključila je da zaslužuje dostojno umrijeti u kući. Nekoliko dana poslije nazvala je Loma Linda Centar i prijavila da joj je dijete požutjela. Dr. Douglas Deming, neonatolog koji je upravo dijagnosticirao dojenče s HLHS-om, iznenadio se što je djevojčica još uvijek živa. Razgovarao je s majkom i rekao joj o neočekivano ranom povratku dr. Leonarda Baileya koji je imao s tim iskustva u Bolnici za bolesnu Djecu u Torontu. Tamo je sedam godina bio uključen u studije koje su uključivale liječenje djece s HLHS-om, kao i u velik broj eksperimentalnih operacija.

U bolnici u Torontu radilo se na studijama koje su uključivale transplantaciju srca od životinjskih donora. Na primjer, novorođenim su kozama presađivali srca drugih podvrsta koza te im davali ciklosporin kao prevenciju odbacivanja presatka, a očekivano trajanje života bilo je neodređeno. „Nije bilo lako pronaći donora za ljudsko novorođenče, jer nitko nije dobrovoljno donirao srca novorođenčadi za transplantaciju pa smo odlučili uvrstiti u studije mogućnost ksenotransplantacije s dojenčadi majmuna, tj. pavijana. Obično bi dojenčad umrla nakon postavljanja dijagnoze. No, zbog tko zna kojih razloga, pojavila se „Beba Fae“. Dr. Bailey je tražio da razgovara izravno s njezinom majkom na konferenciji u Loma Linda Centru. Raspravljali su satima o njegovim studijama u Kanadi. Alternativa transplantaciji srca bila je relativno nova u to vrijeme, a razvio ju je dr. William Norwood iz Philadelphie. Ova je metoda obuhvaćala preusmjerenje sistemne deoksigenirane krvi izravno u pluća kako bi desna strana srca mogla preuzeti fiziološku funkciju lijevoga srca, a to je izbacivanje oksigenirane krvi u sustavni optjecaj. U to vrijeme stopa uspješnosti prve faze eksperimenta dr. Norwooda bila je 40 %, a dijete koje je najduže živjelo imalo je čak 4 godine. Četvero od ukupnog broja djece koja su preživjela prvu fazu te metode došla su do druge faze. Drugu je fazu preživjelo dvoje djece, no do treće faze, i ujedno posljednje, nisu došli.

Majka bebe Fae potpisala je dokument u kojem dopušta da se njena kći podvrgne testiranju na odabir najpodudarnijeg donora među 12 raspoloživih pavijana. Ustanova za provjeru (Institutional Review Bord – IRB) Loma Linde istraživala je plan dr. Baileya 14 mjeseci te predložila njegovo odobrenje u prosincu 1983. Konačno je odobrenje dobila 2 dana prije operacije.

Dr. Sandra Nehlsen Cannrella, imunologinja i savjetnica u Centru Loma Linda bila je zadužena za utvrđivanje koji će pavijan biti najprikladniji donor za bebę Fae. Beba Fae pokazala je najmanju imunosnu reakciju prema tzv. Goobersu, devetomjesečnoj ženki pavijana. Datum operacije bio je dogovoren za 26. listopada. Dan prije operacije Fae je

gotovo umrla jer su joj se pluća počela puniti tekućinom zbog zatajivanja srca. Postupak operacije čuvao se u tajnosti zbog reakcije javnosti, medija i zagovornika prava životinja. Majka djeteta zatražila je da se sve zadrži u tajnosti dok se operacija ne završi te da im se ne otkriva identitet. Jedini ustupak koji je učinila bio je taj da Loma Lindi dopusti uporabu djetetova srednjeg imena, Fae.

Operaciju je obavio Leonard L. Bailey u Loma Linda Sveučilišnom medicinskom centru. Operacija je uspješno protekla. Pavijanovo je srce u bebi Fae kucalo spontano. Za oporavak joj je trebalo otprilike 10 sati.

Bebi Fae je davan ciklosporin A da bi prevenirao odbacivanje presatka. Sve je proteklo dobro prvih nekoliko dana. Petog studenoga zabilježeno je da je „beba normalno jela, primjećivala objekte oko sebe i imala zdrav plač“. Osmoga studenog u javnost su puštene slike bebe Fae koja je slušala glas svoje majke preko telefona. Majka je bila bolesna pa je nije mogla posjećivati, no u bolnici su joj omogućili da je gleda iz susjedne sobe.

Dan 11. studenoga dijete je počelo klonuti, ali je pozitivno reagiralo na tretman. Sljedećeg se dana njeno stanje počelo pogoršavati te je vraćena na umjetnu ventilaciju i intravensku prehranu kako bi joj organizam bio manje pod stresom. Smatrali su da je riječ ili o reakciji presatka protiv primaoca (GvHD) ili o imunosupresivu, ciklosporinu A. Budući da je FDA tek nedavno odobrio ciklosporin A, terapijska razina za dijete nije bila poznata, a poznata je njegova glavna nuspojava – nefrotoksičnost. Djetetovo stanje sve se više pogoršavalo sve dok nije u potpunosti izgubila borbu za opstanak te je umrla 15. studenoga (beba Fae je umrla nakon 21 dana). Dr. Bailey je javnosti rekao da je izgubljen jedan život i da ne zna što se zapravo to urotilo protiv djeteta da mu oduzme život, ali da su oni učinili sve da je spase te da njeni roditelji mogu biti ponosni što su to učinili za svoju dijete i za buduću djecu poput njihova.

Godinu dana poslije metoda je ksenotransplantacije u bolnici Loma Linda napuštena.

6.6. Slučajevi

Transplantacija srca

Prvi čovjek s presađenim srcem bio je Louis Washkansky, pedesetpetogodišnjak čije je srce već bilo toliko oslabljeno da su mu liječnici davali vrlo malo vremena za život. Uz dijagnozu da je riječ o posljednjem stadiju srčane insuficijencije, patio je i od dijabetesa i bolesti koronarne arterije. Pri prvom susretu sa dr. Barnarom pristao je na transplantaciju srca

bez oklijevanja. Po svojoj je prirodi bio hedonist, volio je život (prema iskazima medicinskog osoblja s kojim je bio u kontaktu), te, iako nije znao što ga čega nakon operacije, znao je da nema što izgubiti. Novo srce dobio je od dvadesetpetogodišnjakinje Denise Darwall koja je poginula u prometnoj nesreći 2. prosinca 1967. Nakon što je proglašena moždana smrt i dobiveno dopuštenje Denisina oca, dr. Barnard mogao je obaviti operaciju. U Denisino srce uštrcan je kalij kako bi ga paralizirali jer nisu željeli čekati da srce samo prestane kucati. U prsima Louisa Washkanskyja novo je srce kucalo osamnaest dana. Cijeli je postoperativni tijek, osim nekoliko dana kada mu je stanje bilo stabilno i tijekom kojih je primao posjete, smijao se i tražio da ide kući, bio vrlo mučan. Pojavile su se infekcije, a psihičko mu je stanje bivalo sve gore. Četrnaesti dan nakon operacije, nije mogao jesti, jaka bol u prsima sasvim ga je prikovala za krevet, izgubio je kontrolu nad stolicom i bio potpuno nepokretan. To ga je psihički dotuklo. Izgubio je dostojanstvo i njegova se želja za životom ugasila. Osamnaestog dana je umro.

Svih tih osamnaest dana dr. Barnard držao je konferencije za tisak i puštao novinare u prostorije gdje je ležao pacijent. To je bilo vrlo rizično jer je pacijent, zbog uzimanja imunosupresivnih lijekova, bio oslabljena imunostnog sustava i time sklon infekcijama.

Umjetno mehaničko srce

Umjetno mehaničko srce uređaj je koji zamjenjuje srce. Umjetno se srce upotrebljava kako bi se premostilo vrijeme do transplantacije srca ili ga trajno zamjenjuje ako transplantacija nije moguća. Razvoj mehaničkoga srca počinje u 1960-im i 1970-im godinama, ali je u tom razdoblju još uvijek velika nepoznanica i za znanstvenu zajednicu i za cjelokupnu javnost. Christian Barnard 1967. godine izvodi prvu transplantaciju srca, što izaziva veliki svjetski interes. Denton Cooley 1969. godine izvodi prvu implantaciju privremenoga umjetnog srca, a primitivni uređaj održava pacijenta gotovo tri dana. Nakon petnaest godina srce *Jarvik 7* postaje prvo umjetno srce implantirano kao trajna zamjena za nepovratno bolesno prirodno srce. Dr. sc. William De Vries 1981. godine podnosi zahtjev FDA-u da se *Jarvik 7* implantira u čovjeka. Na Sveučilištu u Utahu 2. prosinca 1982. srce se ugrađuje Barneyu Clarku, stomatologu iz Seattlea koji dobrovoljno pristaje na postupak jer je želio dati doprinos medicinskoj znanosti. Dr. Jarvik naglašava da je dr. Clark prije operacije rekao liječnicima da ne očekuje da će živjeti više od nekoliko dana s eksperimentalno ugrađenim srcem, ali se nada kako će liječnici, usavršavanjem ovog postupka, jednog dana pomoći mnogim ljudima. Liječnici su bili zaprepašteni činjenicom da je postupak nad dr. Clarkom posao naslovna vijest diljem svijeta. Dr. Jarvik navodi kako su novinari pokazali

veliko zanimanje došavši u Salt Lake City, a sveučilište je počelo davati necenzurirane dnevne izvještaje. Tu je nastao prvi problem. Mediji su senzacionalističkim pristupom radili izvještaje o događajima iskrivljujući sliku stvarnosti. Pitanje je čija je to pogreška i zašto je Sveučilište pogazilo etička načela. Izvještavali su ih o svim postoperativnim događajima, i o uspješnima tako i o onima manje uspješnima, uključujući informacije o održanju normalnog protoka krvi i održavanja života, iako je prije toga dogovoreno kako će mediji dobivati informacije iz Ureda za odnose s javnošću da bi se zadovoljila etička načela. Iznošenje brojnih pojedinosti u javnost privukla je kritičare koji su dr. Clarka prozvali ljudskim zamorcem, premda nisu znali ništa o njegovim velikodušnim nakanama. Iako je njegova supruga pokušala ispraviti prikazanu nepravdu, nikada nije dobila adekvatan medijski prostor kao što su ga dobili kritičari. Moguće je da je tadašnje vodstvo Sveučilišta popustilo pritiscima medija koji su u ovom slučaju nanijeli veliku štetu i pacijentu i cijelom projektu *Jarvik 7* srca. Clark je živio 112 dana priključen na vanjski pneumatski uređaj. Tijekom tog vremena doživljava produžena razdoblja konfuzija te napadaje krvarenja te je zamolio da mu se omogući da umre. Sljedeća implantacija srca *Jarvik 7* izvedena je u Humana bolnici 1985. godine u pacijenta Billa Schroedera. Unatoč optimističnim izjavama za medije pacijent je nakon dva tjedna doživio udar te mu je bio onemogućen govor. Poslije se se sa suprugom preselio u obližnji stan koji je bio opremljen posebnom opremom, uključujući zračni kompresor i generator za nuždu. Kada je putovao, koristio se posebnim prijenosnim elektroenergetskim sustavom komprimiranog zraka. Unatoč brojnim zdravstvenim problemima, preživio je 620 dana. Još su tri pacijenta dobila srce *Jarvik 7* na trajnu uporabu u iduću godinu-dvije u Lousvilleu i jedan u Švedskoj. Jedna je bolesnica umrla od krvarenja u tjednu nakon operacije, drugi je živio 10 mjeseci, a treći 14 mjeseci. Nakon prvih 5 slučajeva srce *Jarvik 7* počelo se upotrebljavati kao privremeno umjetno srce, kao „most“ do transplantacije. Šesti je pacijent živio pet godina nakon što je pronađen donor srca, a sedmi je pacijent živio jedanaest godina s doniranim srcem. Sljedećem pacijentu srce *Jarvik 7* bilo je „most“ do ljudskoga srca pa mu je dalo 14 godina normalnog života. Kako je vrijeme prolazilo, mediji su pogrešno izvještavali da je uporaba srca *Jarvik 7* zaustavljena nakon prvih pet pacijenata. Od 1982. više od 350 pacijenata koristilo se takvim srcem.

7. Etička povjerenstva

- 7.1. Etička povjerenstva**
 - 7.1.1. Edukacija**
 - 7.1.2. Politika i smjernice odlučivanja**
 - 7.1.3. Savjetodavna uloga komisije**
 - 7.1.4. Ocjenjivanje nekih odluka ili postupaka**
 - 7.1.5. Tko osniva etičke komisije?**
 - 7.1.6. Zašto se osnivaju etičke komisije?**
 - 7.1.7. Članovi etičke komisije**
 - 7.1.8. Kako se donosi odluka?**
- 7.2. Etičke komisije, povjerenstva u Hrvatskoj**
- 7.3. Slučajevi iz prakse**

7.1. Etička povjerenstva

Sve šire mogućnosti liječenja zbog uporabe sofisticirane medicinske tehnologije pokazale su da tradicionalna medicinska etika ne pruža adekvatne odgovore na etička pitanja sadašnjega vremena. Razvoj moderne tehnologije, ograničena materijalna sredstva, otežavajuće socijalne i gospodarske prilike utječu na donošenje odluke o pružanju zdravstvene skrbi. Etika nastoji razviti razložne postupke ili metode odlučivanja o tome što treba učiniti kada postoji više oprečnih mogućnosti. Raspon je opcija širok i nije uvijek lako odlučiti što je najbolje za bolesnika. Pitanje izbora je bit etike.

Da bi se postavljeni zadatak obavio, formirane su etičke komisije, povjerenstva, komiteti itd. koje su dobile zadatak da odobre ili ospore pojedine postupke u istraživačkim laboratorijima ili u medicinskoj praksi. Uvođenje novih metoda liječenja za poboljšanje zdravlja i kvalitete života preispituje se s etičkoga stajališta. Nije etično sve što je tehnološki moguće izvesti te se ne dopušta izvođenje nekih postupaka ili se traži poštovanje nekih uvjeta. Posebno se procjenjuju postupci na početku i na kraju života. Za liječnika praktičara važno je etičko pitanje: Jesu li uvođenje novih tehničkih pomagala, uvođenje nove tehnologije rada, ispitivanje novih lijekova itd. korisni za bolesnika ili mu štete? Kada rabiti sofisticiranu tehniku pri liječenju bolesnika, a kada je ne primijeniti? Trebaju postojati jasni kriteriji i preporuke da bi se izbjegle konfliktne situacije i nesvršishodna uporaba tehnike pri liječenju bolesnika. Etičko povjerenstvo u bolnici treba sudjelovati u izradi takvih preporuka i poticati

njihovu izradu. Etička povjerenstva trebaju poticati pojedince i bolničke uprave na izradu bolničkih standarda koji će biti stručno-medicinski i etički. Etička komisija može poduprijeti neku odluku, braniti donesenu odluku ili umanjiti kritiku na nju. Preporučuje se interdisciplinarni pristup tako da kliničke odluke ne ovise samo o medicinskoj ekspertizi nego i o filozofskim, pravnim, religijskim, sociološkim i društvenim stajalištima u situacijama kada je riječ o teškim etičkim dvojabama.

Liječnici trebaju biti svjesni da katkada trebaju javno obrazložiti donesenu odluku javnosti ili predstavnicima pojedinih skupina (vjerskim, bolesničkim, interesnim).

Odnos je između liječnika i bolesnika je izmijenjen i bolesnik ima svoja prava, ima pravo da slobodno odluči nakon iscrpne informacije o metodama liječenja. U nekim je situacijama potrebno etički razmotriti odnos liječnika i bolesnika.

Smanjivanje sredstava za liječenje zahtijeva racionalno, svrsishodno trošenje tih sredstava i pravednu raspodjelu sredstava svim korisnicima.

Prvo su stvarane komisije za pitanja pobačaja i sterilizacije zbog složenosti tih pitanja. Praktična uporaba aparata za dijalizu 1962. godine (pronalazač dr. Belding Scribner, 1961. godine) nametnula je teške odluke: koga priključiti, a koga ne priključiti na dijalizator (mnogo više bolesnika nego aparata za dijalizu). Nametnulo se nekoliko pitanja: Tko će biti priključen na aparat?, Tko ne će biti priključen na aparat?, Tko će odlučiti o tome tko će biti priključen na aparat? i Na osnovi kojih će kriterija biti donesena odluka?

Kao rezultat prije spomenutoga osnovan je Prvi američki etički komitet (komisija) 1962. Godine, koji je odlučivao o životu ili smrti. Priključivanje bolesnika na aparat značilo je dobiti šansu za život, a nepriključivanje na dijalizator značilo je smrt. Ta je komisija nazvana „Božjom komisijom“ jer je praktično odlučivala o s tome tko će živjeti, a tko će umrijeti. O komisiji je Shane Alexander 9. studenoga 1962. objavila članak u listu „Life“. Komisija je imala devet članova, a samo su dva člana bila liječnici, dok ostali nisu bili medicinske struke. Rad je komisije bio kritiziran jer se u odlučivanju prvotno rukovodio i sljedećim pitanjima: „vodi li bolesnik produktivan život?“ i „je li se riječ o uglednom poštenom građaninu?“.

Slučaj Karen Ann Quinlan iz godine 1976. rezultirao je stvaranjem bolničkih etičkih komisija. Karen se otrovala konzumiranjem alkohola i barbiturata te je zapala u duboku komu iz koje se nikada nije probudila. Procjena je liječnika bila da je nastalo trajno oštećenje mozga i da oporavak nije moguć, nego da je postojeće stanje konačno. Roditelji su tražili da se djevojka

odvoji od aparata za umjetnu ventilaciju jer su smatrali besmislenim da to stanje održava i dalje. Liječnici nisu htjeli isključiti aparat za umjetnu ventilaciju jer to nije bilo u skladu s tradicionalnom medicinskom etikom, a, s druge strane, moglo se dogoditi da budu tuženi i osuđeni za ubojstvo. Roditelji su zatražili pomoć odvjetnika koji je predmet dao na razmatranje sudu. Zatražena je pomoć pravnika, etičara, teologa i drugih te je konačno Vrhovni sud New Jerseyja dopustio da se djevojka odvoji od aparata za umjetnu ventilaciju (1976. godine).

Odluka je suda bila presedan u sudskoj (pravnoj) i medicinskoj praksi i kao rezultat te odluke u budućnosti su „etičke komisije“ mogle dati preporuku bez odluke suda. Naime, etičke su komisije trebale osloboditi sud (sudski troškovi, dužina sudskog postupka) takvih slučajeva, ali su svoju odluku morali temeljiti na mišljenju medicinskih eksperata, suglasnosti obitelji, zdravstvenih ustanova i drugih zainteresiranih.

Na osnovi preporuka Predsjedničke komisije iz 1983. godine da se osnuju „etičke komisije“ u svim bolnicama, u najvećem broju bolnica one su i osnovane.

Intervencijom Predsjedničke komisije u SAD-u donesena je uredba o liječenju „djece Doe“ (*Infant Doe* uredba 1984. – 1985.). Beba Doe rođena je 9. travnja 1982. u Indianni s više anomalija. Dijete je imalo Downov sindrom i traheozofagealnu fistulu te je trebalo biti operirano da bi se moglo hraniti. Roditelji su odbili dati pristanak za operaciju jer su smatrali da njihovo dijete ni nakon operacije nema šanse za normalan život. Dijete je umrlo od gladi nakon 6 dana. Slučaj je dospio u javnost i postavilo se pitanje o pravu roditelja da odlučuju o sudbini svoje djece te o ljudskim i građanskim pravima malformirane djece. Intervencijom predsjednika SAD-a (Regan) takvi su slučajevi regulirani federalnim propisima i nazvani „propisima djece Doe“. Uredbom se nalaže liječenje teško hendikepirane djece bez obzira na krajnji rezultat liječenja.

Mišljenje: institucijske etičke komisije najprihvatljivije su sredstvo za rješavanje etičkih dvojbi. Mogu barem privremeno odgovoriti na etičke izazove. Komisije najčešće imaju savjetodavnu ulogu pri rješavanju složenih etičkih slučajeva. Bitna odrednica komisija jest multidisciplinarnost. Funkcije etičke komisije jesu: edukacija, jasna politika djelovanja, savjetodavna uloga i ocjenjivanje nekih odluka ili postupaka.

7.1.1. Edukacija

Svi članovi etičke komisije trebaju biti educirani o teorijskim i praktičnim postavkama vezanima za biomedicinsku etiku. Komisija treba imati odgovarajuću literaturu: medicinsku, pravnu, religijsku, filozofsku, sociološku. Etička komisija treba stvoriti prepoznatljiv etički okvir i upoznati zainteresirane s etičkim načelima. Zajedničke rasprave i edukacija mogu pomoći da se na problem gleda s višeg aspekta. Edukacija se provodi unutar etičke komisije i izvan nje (edukacija pučanstva, liječnika, medicinskih sestara, istraživačkih timova itd. o medicinskoj etici).

Članovi komisije trebaju pratiti rad drugih etičkih komisija. Etička komisija treba održavati vezu s vjerskim zajednicama, udrugama, predstavnicima skupina koje mogu pomoći u rješavanju nekih slučajeva. Sastav etičke komisije: liječnik, medicinska sestra, teolog, odvjetnik, filozof, novinar, građanin laik, predstavnici nekih društvenih ili bolesničkih skupina. Raznoliki sastav etičke komisije omogućuje različit pristup problemu, pri čemu svaki član treba iznijeti svoje mišljenje i predložiti rješenje. Sagledavanje svih mišljenja i rasprava o njima omogućuje donošenje odluke koja će biti najbolja u određenoj situaciji. Ovo znači da članovi etičke komisije moraju biti upoznati s okolnostima i mogućnostima primjene odluke. Ako je potrebno više sastanaka, a vrijeme to dopušta, tada ih treba organizirati, a ne donositi odluku naprečac. Osobe koje su u nekoj vezi sa slučajem treba isključiti iz rasprave i donošenja odluke jer postoji sukob interesa.

Pitanje tzv. socijalne pravde također treba biti predmet etičkih komisija. Socijalni i materijalni položaj pojedinca ne smiju biti odlučujući čimbenik pri odlučivanju o razini zdravstvene skrbi. Svima treba osigurati jednake uvjete, zaštititi njihova prava i dati im sigurnost. Slabi i ranjivi trebaju biti zaštićeni od diskriminacije.

7.1.2. Politika i smjernice odlučivanja

Odrednice pri donošenju odluke u ime bolesnika koji je lišen sposobnosti samostalnog odlučivanja (hendikepirani, mala djeca, komatozni itd.) moraju biti jasne. Etičke bi komisije trebale ocijeniti neko ponašanje, predložiti smjernice i savjetovati bolnici politiku ponašanja u pojedinim slučajevima kao što su odlučivanje o postupcima neoživljavanja, o uskraćivanju održavanja života na aparatima za umjetnu ventilaciju, o određivanju moždane smrti i transplantaciji organa, o liječenju hendikepirane novorođenčadi, o primjeni novih tehnologija u ljudskoj reprodukciji, o ispitivanju novih lijekova, o istraživanju na životinjama, o

ispitivanju novih medicinskih aparata i metoda liječenja itd. Komisija može dati ocjenu politike djelovanja i smjernice u vezi s najnovijim znanstvenim i stručnim informacijama.

Multidisciplinarno etička komisija utvrđuje i ocjenjuje opću politiku djelovanja institucije, zdravstvene ustanove te procjenjuje kako se provode usvojene preporuke.

7.1.3. Savjetodavna uloga komisije

U etički složenim slučajevima komisija može imati savjetodavnu ulogu. Uloga je etičke komisije da pomogne bolesniku i njegovoj rodbini te zdravstvenom osoblju i ostalima kako bi bolje razumjeli situaciju i donijeli najbolju odluku za pojedinca i za društvo u cjelini. Odluka ne smije biti diskriminirajuća (jednima nanosi štetu da bi drugima donijela korist). Komisija treba imati određeno znanje, iskustvo i treba imati sposobnost prepoznavanja i razumijevanja određene situacije. Komisija može dati mišljenje o nekom slučaju, odluci, ali konačnu odluku treba prepustiti liječniku ili medicinskoj sestri koja rješava taj slučaj. Ovo zbog toga što bi suprotno značilo gubitak autonomije liječnika i sestre i moglo bi doći do gubitka autoriteta, ali i do teških situacija u praksi. Treba očekivati da će liječnik i medicinska sestra voditi brigu o mišljenju etičke komisije jer im je to i obveza, ali konačna odluka treba biti njihova. Ako je potrebno, liječnik ili medicinska sestra na sastanku komisije obrazložiti će svoju odluku bez bojazni da će biti osuđeni kada je teško donijeti najbolju odluku. Na taj način svi će nešto naučiti, i liječnik i medicinska sestra, kao i članovi etičke komisije tako da će slična situacija u budućnosti biti lakše i bolje riješena (postoji ogledni primjer).

Ima među liječnicima otpora prema tome da netko propituje njihova etička stajališta jer misle da na taj način gube samostalnost, autonomiju pri odlučivanju te da se ugrožava njihov integritet i smanjuje autoritet u ustanovi i društvu. Mišljenje da propitivanje etičke komisije ugrožava profesionalnu autonomiju i autoritet liječnika ili zdravstvenoga djelatnika može biti točno, ali se isto tako može pitati s kojim se pravom netko smatra nepogrešivim i ne dopušta ocjenjivanje njegovih odluka. Zdravstveni se djelatnici moraju zapitati koliko znaju o medicinskoj etici. Ovdje je važno znati je li etička komisija stručno medicinski i etički kompetentna da ocjenjuje nečiji rad i daje mišljenje. Poteškoća je u stvarnoj mogućnosti da su članovi komisije nekompetentni ali i da je njihova etičnost upitna kao što se u praksi može dogoditi, a i događa se.

7.1.4. Ocjenjivanje nekih odluka ili postupaka

Retrospektivno preispitivanje nekih odluka može biti kontraproduktivno, ali i veoma edukativno, jer je cilj retrospektivnog propitivanja je donijeti načelno stajalište i pomoći liječniku ili medicinskoj sestri u donošenju odluke (u sličnim situacijama), a ne njihova osuda. Jasno je da ovo ne vrijedi ako je riječ o evidentnom etičkom propustu ili ponavljanju pogreške. Prije nego etička komisija počne retrospektivno razmatrati neki slučaj treba jasno definirati cilj tog ispitivanja jer, u suprotnom, počinjena šteta može biti neprocjenjiva.

Postojanje i rad etičke komisije mogu biti izvor problema

Pitanje je jesu li su svi članovi etičke komisije neupitni. Ako član etičke komisije u životu ima jedan etički princip, jedno načelo, a kao član komisije drugo načelo, onda je njegov glas upitan, a time i sama odluka. Naravno da nema idealnih ljudi, ali je nedopustivo da moralno upitni ljudi (koji lažu, primaju mito, ucjenjuju, nekolegijalno se odnose prema kolegama, koji su arogantni prema bolesnicima i drugim zdravstvenim radnicima) dijele savjete i daju ocjene liječnicima koji su bar jednu razinu iznad njih u etičkom i drugom pogledu.

Liječnici imaju otpor prema etičkoj komisiji prije svega kada se ta komisija pokaže nekompetentnom, kada ta komisija nepravodobno reagira, kada komisija daje dvosmisleno mišljenje ili daje mišljenje nakon događaja, a mogla ga je i trebala dati prije (kada sve završi, javljaju se „pametni“ sa svojim mišljenjima).

Daljnje pitanje koje se postavlja jest: budući da postoji liječnička tajna i da ono što je bolesnik povjerio liječniku ne može biti za širu raspravu bez bolesnikova dopuštenja, tko ima pravo kopati po povijesti bolesti, nečijoj prošlosti i kada to može učiniti? Bolesnik je povjerio svoju tajnu liječniku i ovaj je obvezan sačuvati je i nakon smrti. Bolesnik ne želi da se povjereno obznani, a ono je bitno za donošenje etičke prosudbe pa se postavlja pitanje što tada učiniti.

Slučajevi koji se iznose na sastanku komisije moraju biti izmijenjeni da se ne bi znalo o kome je riječ (anonimnost), ali tako da se može donijeti odluka.

Daljnje je pitanje zaštita interesa institucije, zdravstvene ustanove kada se postavlja pitanje objektivnosti bolničke etičke komisije? Ustanova štiti svoje interese (npr. odšteta, materijalni troškovi) i ugled pa izbjegava raspravu o nekom slučaju ili daje podatke koji joj idu u prilog. Pitanje je može li bolnički pravnik biti stalni član etičke komisije (zbog sukoba interesa). Ovakve se situacije mogu uspješno razriješiti tako da o slučaju raspravlja „neovisna“ etička

komisija, a da bolnička etička komisija bude upoznata sa slučajem i zaključcima pa, ako ima primjedbi, da zatraži dodatno mišljenje ili izmjenu odluke. Ovo je hipotetski, ali, nažalost, i stvarno moguće, kako nas praksa uči.

Pojedinci se pri etičkom prosuđivanju pozivaju na zakon, što nije ispravno, a pokatkad je kontraproduktivno jer zakon ne mora biti u skladu s etičkim načelima.

Kada se formira etička komisija, treba odgovoriti na nekoliko pitanja: Tko osniva etičku komisiju? Kako se osniva etička komisija? Zašto se osniva (koji su zadatci, ciljevi i ovlasti komisije)?, Tko su članovi etičke komisije? i Kako se donose odluke i jesu li odluke savjetodavne ili obvezujuće?

Ukratko će biti objašnjeno kako funkcionira etička komisija, praktički aspekti nastajanja i rada etičkih komisija u zdravstvenim ustanovama.

7.1.5. Tko osniva etičke komisije?

Etičke je komisije moguće osnovati na više razina: nacionalnoj, regionalnoj, bolničkoj, fakultetskoj, privatnoj itd. Etičku komisiju (povjerenstvo) osniva ministarstvo zdravstva, fakultetska ustanova, istraživački institut, bolnica, nevladina udruga itd. Etičku komisiju osnivaju oni koji u svojem radu moraju donositi odluke koje moraju biti u duhu općeprihvaćenih etičkih načela, oni koji moraju donijeti odluku u teškim situacijama. Komisije (povjerenstva) mogu imati potkomisije koji će se baviti posebnim slučajevima.

7.1.6. Zašto se osnivaju etičke komisije?

Etičke se komisije osnivaju zbog: zakonske obveze, stvarnih razloga, formalnih razloga, etičnosti istraživača, suvremenih kretanja u društvu. U SAD-u su etičke komisije (komiteti) osnovani u bolnicama nakon preporuke Predsjednikove komisije, u drugim zemljama nakon usvajanja deklaracija o ljudskim pravima i usvajanja deklaracija o medicinskim istraživanjima.

Kada se pojedini slučaj daje na razmatranje etičkoj komisiji, treba unaprijed biti jasan cilj u pogledu odluke etičke komisije (pitanje na koje se traži odgovor). Zašto liječnici ne mogu sami razmotriti slučaj, odnosno zbog čega se traži interdisciplinarni pristup i što se očekuje od takve odluke? Hoće li odluka biti svrsishodna ili kontraproduktivna?

Ciljevi etičke komisije jesu: promicanje prava bolesnika, promicanje boljih odnosa između liječnika i bolesnika, poticanje bolje skrbi za bolesnika, poticanje pravednoga zdravstvenog osiguranja i zdravstvene politike, unaprjeđenje etičke edukacije u zdravstvenoj djelatnosti i društvu u cjelini.

Funkcije etičke komisije jesu: osigurava konzultacije u vezi s medicinskom etikom, donosi preporuke kod etički dvojbenih situacija (npr. preporuke o neoživljavanju, obaviještenom pristanku, uskraćivanju sofisticiranih metoda liječenja itd.) i edukacija zdravstvenih djelatnika i drugih skupina i pojedinaca u društvu (pravnika, sudaca itd.) o medicinskoj etici.

7.1.7. Članovi etičke komisije

Članstvo ovisi o slučajevima koje će komisija razmatrati. Prognostički medicinski slučajevi, kada liječnici trebaju dati stručno-medicinsko mišljenje o tome kakva je prognoza kod neke bolesti ili stanja, nalažu da većina članova budu liječnici i da im pomognu teolog i pravnik. Ako problem nije prije svega stručno-medicinske naravi, tada članstvo treba biti raznoliko, ali kompetentno da donosi etičke preporuke i mišljenja. U drugom su slučaju liječnici zastupljeni jednim ili dvama članovima.

Članovi mogu biti: liječnici, medicinska sestra, teolog, odvjetnik, socijalni radnik, novinar, predstavnik bolesnika, etičar-filozof, građanin laik, administrativni radnik itd. Etička će komisija imati stalne članove i članove koji će biti suradnici, koji dolaze na poziv kada je riječ o slučaju u kojemu su oni kompetentni. Voditelji odjela ne smiju biti članovi etičkih komisija jer postoji sukob interesa, no mogu biti pozvani da iznesu svoje mišljenje o slučaju ili da opišu tehnologiju rada na odjelu i u ustanovi. U nas su poteškoće u tome što se ne pazi na sukob interesa pri imenovanju članstva različitih komisija pa tako i etičkog povjerenstva. Naime, slučajevi su takvi da pojedini liječnici biraju sami sebe ili između sebe na nekom sastanku biraju članove, što je etički upitno.

Pitanje predstavnika vjere lako je rješivo u nekim sredinama gdje su građani uglavnom jedne vjeroispovijesti, ali tamo gdje ima više konfesija treba u pojedinim slučajevima, kada je to potrebno, pozvati predstavnika druge konfesije.

Odvjetnik treba biti neutralan. Bolnički pravnik ili odvjetnik koji zastupa bolnicu član je etičke komisije, ali katkada to nije dopustivo jer postoji interes ustanove da zaštiti svoj ugled i materijalni interes i tada odvjetnik mora biti izvan bolnice i da bolnica nema utjecaja na njega.

Odvjetnik treba pravno savjetovati članove komisije i upozoriti ih na zakonske aspekte pri odlučivanju i davanju mišljenja. Odluka, mišljenje etičke komisije može inicirati pokretanje disciplinskog ili kaznenog postupka, ali najčešće to nije slučaj jer u evidentnim slučajevima tužilaštvo je već započelo postupak. Odluka etičke komisije može biti otežavajuća za obranu optuženog liječnika ili mu može ići u prilog.

Osobe koje nemaju određenu kvalifikaciju u komisiji imaju ulogu da izražavaju stajalište širega pučanstva koje nije upoznato s medicinskom etikom kao takvom i koje rezonira na svoj način na osnovi tradicije, vjerskog uvjerenja i svoje naobrazbe.

Uključivanje vanjskih članova u etičke komisije može biti upitno, ali ako su pozvani članovi komisije kompetentni i moralni ljudi, tada teškoća ne će biti.

Kada se donosi odluka o posebnim društvenim skupinama (npr. hendikepiranima, oboljelima od AIDS-a, alkoholičarima), tada treba pozvati predstavnika skupine kojoj pripada osoba o kojoj se donosi odluka da se čuje mišljenje njihova predstavnika. U svim ovakvim situacijama nestalni su članovi prije izabrani i educirani tako da u danome trenutku mogu biti od koristi.

Osim navedenog, etička komisija može dopustiti da pojedine osobe budu gosti komisije. Gosti komisije mogu biti: studenti medicinski fakulteta (završna godina studija), studenti filozofije, studenti teologije, studenti prava, predstavnici udruga koje se skrbe o pravu pacijenata itd. Gosti moraju biti upozoreni na pravila ponašanja i obvezu čuvanja tajne.

7.1.8. Kako se donosi odluka?

Etička komisija mora jasno definirati svoju ulogu, politiku djelovanja, način postupanja i donošenja odluke kao i stajalište što odluka znači (savjetodavna uloga ili mišljenje za sud)

Strukturni model etičke komisije može biti obvezujući ili neobvezujući.

Obvezujući: liječnik treba iznijeti slučaj pred etičkom komisijom i odluka je obvezujuća.

Neobvezujući: liječnik se može konzultirati, ali ga odluka komisije ne obvezuje. Komisija je savjetodavno tijelo.

Ovdje se postavljaju različita pitanja, a bitno je mora li odluka komisije biti obvezujuća. Preporučuje se da odluka bude savjetodavna, a ne obvezujuća.

Daljnje je pitanje kakav je status etičke komisije u zdravstvenoj ustanovi, ima li svoj status i je li poštovana ili nije.

Sastanke treba redovito održavati (najbolje jednom mjesečno), ako nitko nije zatražio mišljenje i ako članovi nisu zapazili nešto što bi trebao biti predmet rasprave tada se na sastanku provodi edukacija, pojedine teme treba obnavljati i informirati o novim medicinskim dostignućima i o mogućim etičkim dilemama. Potrebno je voditi zapisnik sastanka, naznačiti važne diskusije, odluke, preporuke i planove za budućnost. Upoznavanje članova komisije u neformalnim razgovorima i druženjima bitno je radi stjecanja povjerenja među članovima. Treba voditi također evidenciju dolazaka na sastanke, izostanaka, promjene članstva itd.

Pitanja koja se mogu razmatrati i bez posebnog traženja: suglasnost za liječenje, doznačena sredstva, uskraćeno uzdržavanje, upute o neoživljavanju i ostalo.

Etičke komisije na nižoj razini razmatraju problem i, ako ga ne može riješiti, obraćaju se višoj razini ili nacionalnoj komisiji da im pomogne pri rješavanju slučaja.

Pri ispitivanju na ljudima mora se dobiti valjana suglasnost bolesnika i mora biti izvedena procjena rizika za ispitanika. Pri eksperimentima na životinjama također treba voditi brigu o svrsishodnosti eksperimenta i da se životinja poštedi postupaka koji nisu nužni.

7.2. Etičke komisije, povjerenstva u Hrvatskoj

„Prve sustavne aktivnosti iz područja etike u Hrvatskoj započele su krajem 1970-ih godina na jednom važnom aspektu znanstvenih istraživanja, a to su klinički terapijski pokusi.“ Uglavnom se raspravljalo o metodici i etici kliničkih terapijskih postupaka (kliničko ispitivanje lijekova).

Uvjet za adekvatno ocjenjivanje etičnosti jest kompetentnost, dobro poznavanje područja o kojemu je riječ u dijagnostičkom i/ili terapijskom smislu. Bolničke su komisije pokrivalo samo područje lijekova.

Hrvatski liječnički zbor postaje aktivniji glede medicinske etike početkom devedesetih godina dvadesetog stoljeća. Formirana je Komisija za medicinsku etiku i deontologiju koja je donijela Kodeks medicinske etike i deontologije.

Hrvatska liječnička komora razmatra etički dvojbene slučajeve. Tako razmatra odnose među liječnicima i odnose liječnika prema pacijentima.

Na području medicinske etike profesor Božidar Vrhovac svrstao je probleme u 6 skupina:

1. liječnici protiv liječnika (krađa kartona, međusobni napadi preko medija, itd.),
2. liječnici protiv pretpostavljenih (pritužbe zbog maltretiranja, sprječavanja napredovanja, specijalizacije itd.),
3. liječnici protiv bolesnika (osjećaj ugroženosti pred bolesnicima koji zahtijevaju više nego što imaju pravo ili što je moguće),
4. bolesnici protiv liječnika (zbog neodgovarajućeg liječenja, posljedica liječenja, pitanje mita itd.),
5. samoreklamiranje liječnika,
6. odnos liječničkih udruga prema sredstvima javnoga priopćivanja.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN, 1/97.) naređuje da svaka zdravstvena ustanova mora imati etičko povjerenstvo od 5 članova od kojih su 2 nemedicinari.

Članak 52. propisuje da etičko povjerenstvo zdravstvene ustanove:

- prati primjenu etičkih načela zdravstvene struke u obavljanju djelatnosti zdravstvene ustanove;
- nazire ispitivanje lijekova i medicinskih proizvoda;
- odobrava znanstvena istraživanja u zdravstvenoj ustanovi;
- nadzire uzimanje dijelova organa umrle osobe nakon provedene obdukcije u znanstveno nastavne svrhe i
- rješava i druga etička pitanja u obavljanju djelatnosti zdravstvene ustanove.

Zakon je postavio visoke kriterije koje u praksi nije moguće provesti. Propisano je da svaka zdravstvena ustanova mora imati etičko povjerenstvo od 5 članova. Zašto svaka zdravstvena ustanova? Hoće li sva ta povjerenstva biti kompetentna da razmatraju etička pitanja u zdravstvu? Bolje je ne imati povjerenstvo nego imati povjerenstvo koje nije kompetentno. Stvoriti etičko povjerenstvo samo iz formalnih razloga, bez jasnog cilja, bez jasnog zadatka besmisleno je i štetno. Zadatak i cilj svakog povjerenstva jest dobrobit bolesnika, ali i zdravstvenih djelatnika, odnosno nedopustivo je jednima nanositi štetu zbog dobrobiti drugih.

U Republici Hrvatskoj postoje komisije za etiku i deontologiju pri Hrvatskom liječničkom zboru, pri Hrvatskoj liječničkoj komori, Medicinskim fakultetima, etička povjerenstva zdravstvenih ustanova, povjerenstva za lijekove, povjerenstva za transfuzijsku medicinu itd.

Teme za raspravu: odnos liječnik – bolesnik (uključujući i umrlog), kliničko ispitivanje lijekova i postupaka dijagnostike i terapije.

U nekim dijelovima zemlje nema nikakvih etičkih tijela, a na drugim se mjestima aktivnosti komisija preklapaju, što loše utječe na ažurnost. Pitanje je kako osigurati kompetenciju i neovisnost etičkih tijela? Komu se žaliti u slučaju nezadovoljavajuće odluke (nepostojanje više etičke komisije)?

Možda bi bilo dobro da imamo:

1. četiri regionalna povjerenstva za etiku i deontologiju u Republici Hrvatskoj (Zagreb, Rijeka, Osijek i Split),
2. nacionalnu komisiju za etiku i deontologiju,
3. propisan način biranja članova i njihov broj u povjerenstvima,
4. određen način osiguranja sredstava za rad komisija.

Može se preporučiti osnivanje Nacionalne etičke komisije za područje medicine, medicinskih istraživanja i zdravstvene djelatnosti u cjelini. Komisija bi provodila i nadzirala edukaciju na području medicinske etike. Nacionalna bi komisija davala smjernice i koordinirala aktivnosti pri stvaranju regionalnih etičkih povjerenstava (komisija), bolničkih povjerenstava, te obavljala trajnu edukaciju na polju medicinske etike. Nacionalna bi komisija kontrolirala rad nižih komisija i pazila da komisije ne postoje samo zbog formalnih razloga. U praksi je izbor članova etičke komisije tajan, samo mali broj ljudi zna da se formira etička komisija, način predlaganja i izbor članova upitni su jer ne postoje kriteriji, nema javnosti rada i nema obrazlaganja zašto je netko izabran u komisiju. Administrativno odlučivanje tko će biti član komisije nije dobro za našu sredinu jer praksa pokazuje prevelik utjecaj politike, poznanstva i osobnih simpatija pri izboru članova. Iskustva iz razvijenih zemalja nije moguće preslikati u našu sredinu jer se ravnatelji bolnica, voditelji odjela biraju na drukčiji način. Odgovornost stručna i/ili moralna procjenjuje se na osnovi kriterija koji još nisu prihvaćeni u našoj sredini (rezultati rada, ekonomski učinci, razvojni pomaci itd.). Za sada etička povjerenstva nisu

ispunila svoje zadatke jer nisu reagirala u pojedinim situacijama kada su to trebala učiniti, nisu imala inicijativu u rješavanju pojedinih slučajeva, a trebali su reagirati. Konkretno: ako se u bolnici dogodio incident i nitko nije svrsishodno reagirao, tada etičko povjerenstvo mora upitati stručna tijela bolnice zašto nisu ispitali slučaj, provjerili tehnologiju rada. Etički je preispitati postupke da se to ponovno ne dogodi. Nije uloga povjerenstva da zataškava bolnički nered, već da traži temeljitu analizu prijepornih slučajeva, i to sa svrhom da se loša tehnologija rada izmijeni i tako izbjegne ponavljanje iste grješke i na taj način izbjegne nanošenje štete bolesniku. Nadalje, etičko povjerenstvo često razmatra slučaj bez dovoljno podataka, pa je to neetično. Ostaje dvojbeno tko će procijeniti rad etičke komisije!

Povjerenstva trebaju imati 8 do 15 članova, uz uvjet da 15 – 20 % članova biti laici, a obvezno je uključiti teologa i pravnika. Procedura predlaganja, izbora, potvrđivanja izbora i procedura opoziva člana ili članova mora biti javna i jasno propisana tako da ne izaziva dvojbe.

7.3. Slučajevi iz prakse

Slučaj Karen Ann Quinlan

Karen Ann Quinlan rođena je 29. ožujka 1954. u američkoj saveznoj državi Pennsylvaniji. Karen je majka napustila nedugo nakon rođenja. Majka joj je bila mlada djevojka irskog podrijetla koja nije imala obiteljsku ni materijalnu potporu te je bila primorana dati dijete na posvajanje. Posvojena je u rimokatoličku obitelj koja je živjela u New Jerseyju. Posvojitelji su, kao i ona, bili katolici te je dijete odrastalo u sličnom kulturološkom okruženju. Joseph i Julia Quinlan odgajali su je kao svoje pravo dijete, unatoč činjenici da su ubrzo dobili dvoje svoje biološke djece. U 21. godini (1975.), Karen se odselila iz roditeljske kuće i otišla je živjeti s prijateljima (nekoliko kilometara dalje od obiteljske kuće). Otprilike u to vrijeme, prema navodima bližnjih, krenula je s radikalnom dijetom i ubrzo su nastali problemi s prehranom pa je djevojka nekoliko puta hospitalizirana. Nedugo nakon izlaska iz bolnice Karen Ann je otišla na prijateljevu rođendansku zabavu. Te je večeri konzumirala Valium, dextropropoxyphene, alkohol, a navodno danima nije ništa jela. Nedugo nakon toga je osjetila slabost, zbog čega su je brzo odveli doma i ostavili u krevetu. Kad su je prijatelji došli provjeriti nakon 15 – 20 minuta, otkrili su da ne diše. Pozvana je hitna pomoć, pri pregledu je bila nekontaktibilna, apnoična, bez pulsa, cijanotična i proširenih zjenica. Provedene su mjere oživljavanja, u hitnoj službi u bolnici imala je puls, ali, osim toga, sve je ostalo nepromijenjeno i stavljena je na strojnu ventilaciju. Unutar prvog sata od aresta

uspostavljeno je spontano disanje i normalni vitalni znakovi, ali nije odgovarala na podražaje i ostala je areflektična. Tijekom idućih 12 sati nastupila su blaga poboljšanja: zjenice su se jako suzile (poput igle), blaga reakcija na svjetlo, fleksija gornjih udova, odgovor na bol, refleks povraćanja i kašlja, spontano pomicanje svih udova i otvaranje očiju na zvučni podražaj. Idući je dan zbog aspiracijske pneumonije učinjena traheostomija. Uspostavljena je cirkulacija, ali ne i stanje svijesti. Smještena je u lokalnu bolnicu (The Morris View Nursing Home) gdje je hranjena preko sonde i ventilirana strojno. Takvo teško stanje trajalo je mjesecima, bez ikakvih naznaka poboljšanja. Karen Ann Quinlan održavali su na životu s pomoću stroja i bila je u trajno besvjesnome stanju. Neizvjesno je bilo koliko će to još dugo trajati. To je potaknulo njezine roditelje da nakon što su Karen gledali u ovakvome stanju nekoliko mjeseci da zatraže od liječnika da isključe stroj za umjetnu ventilaciju i tako joj dopuste da dostojanstveno umre. Bolnica je pristala na to, međutim, tužitelj Morris okruga u New Jerseyju zaprijetio je da će protiv njih podignuti optužnicu za ubojstvo. Bolnica Newton Memorial Hospital u New Jerseyju stala je na stranu obitelji i zajedno s njima zatražila od suda zaštitu prije nego Karen odvoje od stroja za umjetnu ventilaciju. Sud je odbio njihov zahtjev pa je obitelj angažirala poznatoga newyorškog odvjetnika Armstronga koji je preuzeo taj slučaj i pokrenuo spor pred Vrhovnim sudom New Jerseyja. Sudac Richard Hughes donio je vrlo zanimljivu presudu o problemu koji do tada uopće nije bio poznat, a to je treba li isključiti respirator trajno besvjesnom pacijentu i omogućiti mu dostojanstvenu smrt, suprotstavljajući tako pravu na život pravo na dostojanstvenu smrt. Sudac je u konačnici presudio: u slučaju Karen Ann Quinlan isključiti aparat za disanje. Presudom suda prvi se put u medicini promoviraju, za sve buduće slične slučajeve, etički odbori (komiteti, povjerenstva), koji bi onda umjesto suda, na temelju liječničke ekspertize, odlučivali o tome kada se kod pacijenata koji se ne mogu vratiti u svjesno stanje može dopustiti isključenje aparata koji održavaju rad pojedinih organa

Doping u sportu

„Najglasovitiji“ slučaj dopinga, uopće u povijesti sporta, jest slučaj kanadskog sprintera Bena Johnsona na finalnoj utrci na Olimpijskim igrama u Seoulu 1988. godine, gdje je kulminirao njegov rivalitet s američkim sprinterom Carlom Lewisom. On je pobijedio u finalu utrke na 100 m, koristeći se, dakako nedozvoljenom, supstancijom stanazolol, koja, među ostalim, razara jetru. Ali njegova želja da bude Olimpijski pobjednik bila je jača od svih

mogućih opasnosti. Naravno, pobjeda i zlatna medalja su mu oduzete, a svjetski mu je rekord iz te utrke (9,79 s) poništen. Iako su mnogi zbog dosljedne propagande mnogo godina idealizirali Lewisa, a Johnsona nazivali „čudovištem iz kemijskog laboratorija“, činjenica je da Johnson u svojim srednjim četrdesetima uživa u izvrsnom zdravlju dok Lewis, potvrđeno je, pati od mnogobrojnih zdravstvenih problema uzrokovanih dugogodišnjom neprekidnom zluporabom dopinških sredstava poput hormona rasta, anaboličkih steroida.

Lance Armstrong, najpoznatiji biciklist svih vremena, sedmerostruki osvajač *Tour de Francea*, nažalost, neće biti upamćen po brojnim sportskim i vlastitim životnim pobjedama, nego kao najveći i najsposobniji prevarant u povijesti biciklizma. Nakon što je uspješno svladao tešku bolest, vratio se u natjecanja jači no ikad. Dugi niz godina uvijek je bio pri samom vrhu među biciklistima, pobjeđujući u mnogim utrkama. Isto tako bio je podvrgnut nenajavljenim dopinškim kontrolama ni manje ni više nego 600 puta u vrijeme svoga profesionalnog biciklističkog puta. Sve to vrijeme Armstrong je negirao bilo kakvu povezanost s dopingom do siječnja 2013. Godine, kada je javno priznao da je uzimao doping tijekom svih sedam utrka *Tour de Francea* koje je osvojio. Armstrong je priznao uzimanje testosterona i ljudskih hormon rasta, kao i EPO-a, hormona koji prirodno proizvode bubrezi kako bi stimulirali proizvodnju crvenih krvnih stanica. On povećava količinu kisika koja se može „slati“ u mišiće, što poboljšava oporavak i izdržljivost. Kazao je i da je primao transfuzije krvi kako bi bio najbolji u skandalima pogođenom i vrlo kompetitivnom svijetu profesionalnog biciklizma. Do početka afere i šokantnog priznanja Armstrong je bio uzor mnogim ljudima diljem svijeta jer je prije najvećih biciklističkih uspjeha pobijedio rak testisa. Nije bilo osobe koja mu se nije divila, a sada je sve odjednom postalo laž. Armstrongu su oduzete sve pobjede na *Tour de Franceu* kada se doznalo da je uzimao doping. Sportaš koji je cijelu karijeru tvrdio da je prošao „stotine i stotine testova“ kazao je da ne bi pobjeđivao bez toga što je radio. Dok Armstrong nije „izmislio“ kulturu dopinga u biciklizmu, priznao je da nije sudjelovao ni u njezinu sprječavanju, i smatra da je to njegova najveća pogreška.

Nogometaš Ivica Olić dobio je uoči puta u Portugal 2004. godine blokadu protiv bolova koja je sadržavala metilprednizolon, a administrativnom pogreškom Hrvatskog nogometnog saveza (HNS) lijek nije upisan u formular za prijavu Medicinskoj komisiji UEFA-e. Olić je bio pozitivan na antidopinškom testu nakon utakmice s Francuskom, u kojoj je igrao od 78. minute, a nakon nje je izvučen za dopinšku kontrolu na kojoj je bio pozitivan na metilprednizolon. Na sastanku Disciplinske komisije UEFA-e utvrđeno je da je to nedopušteno sredstvo sadržano u lijeku protiv bolova koje je Olić uzimao zbog ozljede rebra

zadobivene na pripremnoj utakmici s Dancima 5. lipnja 2004. te da igrač ne snosi posljedice za propust Saveza, pa stoga može nastaviti natjecanje. UEFA je tako utvrdila da igrač nije kriv, ali je Hrvatski nogometni savez kažnjen sa 6.600 eura zbog nepoštovanja dopinške procedure, jer je odgovorna služba zaboravila UEFA-i prijaviti lijek.

Sandra Perković, europska prvakinja u bacanju diska, bila je pozitivna na dopinškim kontrolama u Šangaju i Rimu, na mitinzima Dijamantne lige. U uzorku Sandre Perković pronađen je metilheksanamin, psihostimulans koji je na listi zabranjenih sredstava od 2010. godine i zbog kojega je u hrvatskom sportu bilo već više pozitivnih nalaza. Najpoznatiji je onaj plivača Ante Križana kojemu je izrečena zabrana nastupa u trajanju od osam mjeseci. Sandra Perković je zabranjenu supstanciju unijela konzumirajući energetska napitak te je dobila zabranu sudjelovanja na natjecanjima od 6 mjeseci.

Najnovija priča koja je tresla hrvatsku javnost bio je pozitivan dopinški test Marina Čilića. Uzrok pada na dopinškom testiranju jest prekomjerno konzumiranje glukoze. Zbog nedostatka glukoze u vrijeme turnira u Münchenu netko od poznanika u ljekarni mu je kupio pakiranje, no Marin nije pročitao uputu za sportaše. Nakon 4 mjeseca ispostavilo se da Marin Čilić uopće i nije bio pozitivan na dopinškom testu. Naime, prema onome što je i sam Čilić izjavio na turniru u Parizu, suspenzije su ga stajali „loša znanost i (tuđe) greške“, te da se nakraju ispostavilo da uopće nije bio pozitivan na niketamid, već na njegov marker, koji nije zabranjena supstancija. Čilić je kazao da je tek u rujnu doznao da nije bio pozitivan na zabranjenu supstanciju niketamid, nego na njegov marker (metabolit) N-etilnikotinamid. Iako je sprao ljagu sa svog imena, ostaje 4 mjeseca žaljenja provedenih izvan teniskih terena.

Iz navedenih je primjera vidljivo kolika je odgovornost etičkih komisije, povjerenstava, pa je nužno da članovi takvih komisija budu educirani o pitanjima koja razmatraju.

8. Liječničke pogreške

8.1. Pitanje odgovornosti?

8.2. Nasavjesno liječenje – slučajevi

8.3. Izvještavanje o liječničkim pogreškama

8.4. Skandinavski modeli osiguranja pacijenata od štetnih događaja

8.5. Liječničke pogreške u Hrvatskoj

8.6. Nesavjesno liječenje – zakonski članci

Medicinska je pogreška nesavjesno postupanje liječnika, medicinske sestre, ljekarnika, zdravstvenog terapeuta, „bolnice“ ili drugih koji se provode zdravstvenu skrb. Zdravstveni radnik ili radnici mogu tijekom svoga rada pogriješiti i izazvati pogoršanje zdravstvenog stanja osobe i/ili smrt osobe o kojoj se skrbe i tada govorimo o nesavjesnom liječenju. Ako zdravstveni radnik ne poduzme neku radnju koju je trebao poduzeti u određenom trenutku, a zbog toga dođe do pogoršanja zdravstvenog stanja osobe ili nastupi smrt, smatra se da je napravljen propust nepoduzimanja prijeko potrebne radnje, i to nesavjesnim postupanjem. Medicinski nesavjestan postupak jest nemar ili nebriga zdravstvenog radnika bilo kojeg usmjerenja ili bilo koje stručne sprema koja rezultira oštećenjem zdravlja bolesnika.

Zakon traži da zdravstveni radnici u svojem radu pruže određeni standard znanja, pažnje i umijeća pri pružanju zdravstvene skrbi. Traži se profesionalan, razborit i human pristup pri liječenju. Suprotno tomu, dakle neprofesionalan, nerazborit i nehuman pristup smatraju se nemarom, nebrigom, nesavjesnošću zdravstvenog radnika.

Ljudska je pogreška među najčešćim uzročnicima medicinskih pogrešaka u zdravstvenoj industriji. U SAD-u se smatra da su medicinske pogreške vodeći uzrok smrti i u tijeku je realizacija planova za redukciju medicinskih pogrešaka u više saveznih američkih država. Prema jednom istraživanju u SAD-u, godišnje umire od 48 000 do 100 000 osoba zbog medicinske pogreške. Smatra se da je 2/3 medicinskih propusta u bolnicama uzrokovano neprimjerenom uporabom lijekova. Riječ je o davanju pogrešnog lijeka ili o davanju ispravnog lijeka, ali u pogrešnoj dozi. Analize pokazuju da se više od 70 % incidenata moglo izbjeći, a također pokazuju da je oko 30 % incidenata uzrokovano očitom nebrigom. Računa se da se može spriječiti 44 % tehničkih pogrešaka, 17 % dijagnostičkih pogrešaka, 12 % ozljeda i 10 % pogrešaka pri uporabi lijekova.

Analizom anestezioloških incidenata utvrđeno je da je u 82 % spriječenih incidenata posrijedi bila ljudska pogreška. Anestezija je, s obzirom na učestalost komplikacija, 6. uzročnik smrti u trudnoći u SAD-u. U SAD-u postoji Centar za medicinsku sigurnost koji prati stanje i daje preporuke.

Kako nastaje pogreška?

Pogreške nastaju zbog neznanja, nedovoljnog iskustva, olakog shvaćanja bolesnika, neočekivanih nesretnih okolnosti, očitim nemarom. Pogreške najčešće nastaju zbog loše organizacije rada (nepostojanja protokola rada), loše medicinsko-tehničke opremljenosti, loše edukacije i slabe radne discipline. Najčešće nastaju u jedinicama hitnog prijma, jedinicama intenzivne skrbi, operacijskim dvoranama i drugdje.

U praksi se češće događaju propusti kod postavljanja dijagnoze i primjene terapije kod: torzije testisa, karcinoma dojke, dehidracija novorođenčeta zbog povraćanja i/ili proljeva, porođajne traume, abrupcija placente itd.

Pogreške možemo podijeliti na: dijagnostičke, terapijske, preventivne i druge.

Dijagnostičke

Postavljanje pogrešne dijagnoze, odgoda postavljanja dijagnoze, propust u traženju potrebnih pretraga – testova, uporaba napuštenih metoda dijagnostike, propust zanemarivanja nalaza i aparata za praćenje stanja.

Terapijske

Pogreške u izvođenju kirurškog zahvata ili drugih postupaka liječenja, pogreške u davanju

lijekova (davanje pogrešnog lijeka, davanje odgovarajućeg lijeka, ali u pogrešnoj dozi), odgađanje primjene potrebne terapije, neprikladna brigatijekom liječenja.

Preventivne

Propust poduzimanja preventivnih postupaka, neodgovarajuće praćenje (monitoring) tijekom liječenja ili promatranja bolesnika.

Ostale pogreške

Neispravna oprema. Loša komunikacija s bolesnikom, loša komunikacija unutar zdravstvenog tima ili unutar bolnice. Nejasan rukopis kao uzrok pogreške.

Pogreške mogu izazvati prolazne zdravstvene teškoće, trajne posljedice (neurološke posljedice, invalidnost itd.) ili pak mogu dovesti do smrti (bilo da pogoršaju teško zdravstveno stanje i uzrokuju smrt ili da pogreška izravno uzrokuje smrti). Sitne pogreške mogu napraviti veliku štetu ili pak izazvati bolesnikovu smrt.

Tko procjenjuje, utvrđuje da je došlo do pogreške?

Procjenu rade liječnici, policijski istražitelji, sudci istražitelji, javni tužitelj (zamjenik), sudskomedicinski vještak, oštećeni i/ili njegova rodbina, odvjetnici, novinari. Svi obavljaju procjenu, ali je jedino važna procjena kompetentnih sudskomedicinskih vještaka. Kompetentni je vještak stručnjak koji razumije predmet o kojem se treba očitovati, zna i ima iskustvo da bi se mogao očitovati.

Što se procjenjuje pri utvrđivanju medicinske pogreške?

- Je li zdravstveni radnik svojim postupkom ili nepoduzimanjem dužne radnje prouzročio štetu za bolesnikovo zdravlje?
- Je li izvedeni postupak doveo do pogoršanja ionako teškog bolesnikova stanja? Koliko je to utjecalo na pogoršanje stanja?
- Je li određeni postupak ili nepoduzimanje postupka uzrokovalo bolesnikovu smrt? Koliko je određeni postupak utjecao na zdravstveno stanje bolesnika i je li taj postupak uzrok smrti ili je smrt mogla nastupiti bez obzira na taj postupak?

Ovo su teška pitanja i treba mnogo medicinskog znanja, iskustva i razumijevanja svih čimbenika koji su utjecali na propust tijekom liječenja. Moraju postojati čvrsti dokazi o prouzročenoj šteti.

Kako se pravi procjena medicinske pogreške?

Ispitivanjem svih sudionika događaja, pregledom medicinske dokumentacije, obdukcijom gdje je to potrebno, ispitivanjem protokola rada u ustanovi gdje se incident dogodio, pregledom mjesta rada gdje se incident dogodio s obzirom na uvjete rada, pregledom

dokumenata o radnim obvezama zdravstvenih radnika i nadležnostima unutar ustanove i korištenjem odgovarajućom literaturom.

Što vještak treba znati da bi dao kvalificiranu procjenu medicinskog slučaja?

Vještak mora posjedovati medicinsko znanje iz određenog područja, iskustvo u tom području, mora poznavati protokol rada ustanove (postojeću organizaciju rada) u kojoj se dogodio incident, mora poznavati radne uvjete i mogućnosti liječenja bolesnika u konkretnoj ustanovi, mora znati koji je uobičajeni standard brige za takve bolesnike, koja su radna zaduženja, i tko je komu nadređen itd. Mora utvrditi koji je standard pažnje u bolnici u kojoj je došlo do incidenta, a ne standard pažnje u visokorazvijenim zemljama svijeta, jer se to često ne može uspoređivati. Vještak bi trebao vidjeti mjesto rada kada je to potrebno i razgovarati s osobom/osobama koje su sudionici incidenta.

Ni od koga se ne može tražiti iznimna sposobnost, a procjena se daje na osnovi mišljenja kako bi postupio prosječni liječnik (specijalist) u takvoj situaciji. Ne traži se veća sposobnost od standardne u procjeni. Utvrđuje se standard pažnje zdravstvenog radnika i na temelju njega daje procjena. Može se postaviti pitanje: Što bi vještak učinio u takvim okolnostima?

Kao primjer može se navesti sljedeće: kirurg ne broji instrumente ni gaze na početku ni na kraju operacije, već pita instrumentarku jesu li svi instrumenti na broju, jesu li gaze na broju. Kada instrumentarka kaže da je sve u redu, on joj vjeruje jer bi inače bilo nemoguće raditi. Dakle, riječ je o timskom radu i individualnoj odgovornosti. Svatko odgovara za svoje postupke, za postupke iz svoga djelokruga rada.

Usporedba medicinskih propusta

Uspoređivanje sa zrakoplovstvom je najprikladnije jer u zrakoplovstvu, kao i u medicini, odluku treba donijeti brzo. Liječnik specijalist i pilot su visokoškolorani stručnjaci svaki na svom području koji moraju znati, imati iskustvo i poštovati profesionalne standarde.

U slučaju zrakoplovnog incidenta analiza „crnih kutija“ pomaže da se analizira tijek događaja i da se otkrije što se doista dogodilo. Analiza služi tomu da se otkriju pogreške i poboljšaju protokoli rada sa svrhom da se izbjegne novi incident zbog loših protokola rada.

U medicini se mogu izbjeći mnoge pogreške ako se naprave dobri protokoli rada i ako se oni primjenjuju. Pogreška se ne smije zataškati jer to znači da postoji mogućnost njezina ponavljanja u nekim drugim okolnostima. Mišljenje o tome što je pogreška mogu dati samo stručnjaci, a ne laici i nekvalificirani tužitelji.

8.1. Pitanje odgovornosti

Glede odgovornosti uvijek se postavlja pitanje odgovornosti jednog ili više sudionika, a malokad se postavlja pitanje odgovornosti ministarstva zdravstva, bolničke uprave i voditelja medicinske jedinice. Ako ne postoje radni uvjeti, a ministarstvo je dalo dopusnicu za rad, tada je to ministarstvo odgovorno. Ako medicinski aparati nisu ispravni, a na njima se radi, tada su odgovorni ministarstvo i bolnička uprava jer dopuštaju rad na neispravnim aparatima. Liječnici koji pristaju raditi pod takvim uvjetima odgovorni su jer su pristali raditi u neadekvatnim uvjetima i s neodgovarajućom opremom, ali je pitanje što su drugo mogli učiniti. Odgovornost je individualna, svatko odgovara za svoje postupke iz svoga djelokruga rada i ne može se odgovornost prebacivati na drugoga. Ako zdravstveni radnik više ili srednje stručne spreme nije odgovoran za svoj posao, tko je onda odgovoran? Zdravstveni radnik više ili srednje stručne spreme ima završenu školu, odrađen stručni staž i položen državni ispit i u skladu s tim on radi posao iz svoga djelokruga rada i odgovara za taj posao. Liječnik mora kontrolirati rad sebi podređenih, ali ne može odgovarati za njihove propuste ako nije sam doveo do njih.

Odgovornost liječnika

Moralna, disciplinska, kaznena odgovornost liječnika. Liječniku se može izreći samo etička osuda bez disciplinske i kaznene mjere. U drugim situacijama liječniku se izriče kazna (sud), disciplinska kazna, a potom etička osuda jer nije bilo moguće izreći etičku osudu dok se nije dokazala krivnja bilo sudskim postupkom ili disciplinskim postupkom. O etičkoj odgovornosti raspravlja etičko povjerenstvo ili etička komisija u bolnici, udruženju liječnika ili u liječničkoj komori. Pitanje je tko procjenjuje rad liječnika. Je li moguće slučaj sagledati u cijelosti jer imamo situacije kada relevantni svjedoci uopće ne svjedoče i time je netko grubo oštećen. Pokatkad se izriče etičko mišljenje bez poznavanja činjenica o događaju pa treba naglasiti da se svi trebaju suzdržati od davanja bilo kakvog mišljenja dok se slučaj ne rasvijetli, dok se ne sagledaju svi važni čimbenici. Nužno je da stručna komisija istraži slučaj, incidentnu situaciju koja je nastala u bolnici ne da nekoga osudi, nego da razmotri tehnologiju rada i postoje li u tehnologiji rada nedostaci. Ako u tehnologiji rada postoje nedostaci (pogreške), moguće je da će ponovno doći do sličnog incidenta, a to je ono što treba izbjeći. Neetično je da stručna komisija ne ispita postojeću tehnologiju rada. Neetično je da etičko povjerenstvo ne upozori na propust stručne komisije.

Odgovornost bolesnika

Bolesnik je odgovoran za svoje zdravlje i on ga treba čuvati. Neetično je da bolesnik uništava svoje zdravlje (pušenje, alkohol, pretilost, droga itd.), a potom traži od zdravstvene službe nemoguće.

Bolesnik se ne ponaša etično kada materijalnim ili novčanim priložima pokušava ostvariti neke ciljeve kod liječnika (bolovanje, mirovina, povećani stupanj invalidnosti, preskakanje liste čekanja). Takvo je ponašanje protupravno i neetično.

Odnos medija prema medicinskim pogreškama

Odnos medija obično je senzacionalistički s velikim naslovima i podnaslovima s poluistinama, a katkada i podmetanjima. U nekim slučajevima mediji samo kratko spomenu incident i više se ne oglašavaju, a u nekim slučajevima, koji uopće ne zaslužuju pozornost javnosti, mediji prave veliku galamu. Pitanje je što je svrha medijskih hajki na pojedince ili na struku u cjelini. Mediji često uznemiravaju javnost, prave paniku, ali ništa više od toga.

Novinari trebaju biti profesionalni i etični pri istraživanju medicinskih pogrešaka. Osnovni cilj pisanja o nekom incidentu trebalo bi biti sagledavanje propusta organizacije, tehničke opremljenosti, loše organiziranosti i nedostataka u školovanju.

Vještaci

Treba imenovati neovisne vještake za različita područja medicine koji bi pomogli istraži i sudu da razumije o čemu je riječ. Vještaci bi trebali dati mišljenje o slučaju prije nego se postavi takozvana osnovana sumnja. Vještak treba razgovarati sa zdravstvenim radnicima o slučaju, pregledati dokumentaciju, upoznati se sa sistematizacijom (opisom poslova i zadataka), mogućnostima liječenja i dati svoju procjenu. Nakon što neovisni vještak da svoj sud o slučaju ako postoji razlog provesti istragu i pokrenuti postupak (ili da neovisni vještak sudjeluje u istrazi od početka). Istražitelji ne shvaćaju o čemu je riječ pa im treba potanko objašnjavati proces rada koji uopće nije bitan za incident itd.

Standardizacija postupaka i usvajanje protokola rada na nacionalnoj razini bili bi od pomoći svim zdravstvenim radnicima, a isto tako i onima koji procjenjuju liječnički rad.

Zaključak

Pogreške imaju vrijednost za učenje i ne smiju biti zanemarene jer to dovodi do ponavljanja pogreške. Analizom pogreške dolazimo do važnih informacija: o načinu rada (protokolu rada, standardima pažnje), uobičajenim postupcima zdravstvenih djelatnika, stanju medicinske opreme, educiranosti zdravstvenih djelatnika itd. Otklanjanjem nedostataka, poboljšanjem protokola rada i standarda pažnje smanjujemo učestalost pogrešaka i smanjujemo mogućnost ponavljanja istih pogrešaka.

Analizu načina rada i propusta u organizaciji mora provesti interna bolnička komisija i komisija ministarstva zdravstva te donijeti zaključke i mjere kako će se nedostaci otkloniti i u kojem roku. Neovisno o prije spomenutim komisijama neovisni stručnjak pravi analizu i podnosi izvještaj. Usporedbom jedne i druge analize moguće je sagledati realno stanje (ako je riječ o stručnim i etički neupitnim osobama).

8.2. Nasavjesno liječenje – slučajevi

Slučaj iz prakse (1)

Majka četvero malodobne djece te je noći trebala donijeti na svijet svoje peto dijete i oko jedan sat u noći nazvala je ginekologa te mu kazala da ima porođajne bolove, no on joj je rekao da se javi dežurnoj sestri u domu zdravlja. Medicinskoj je sestri telefonom davao upute za pripremu roditelje, a u bolnicu je fizički došao tek tri sata poslije. Oko 5 sati otkucaji srca nerođenog djeteta su se usporili pa se ginekolog odlučio transportirati roditelju vozilom Hitne pomoći u splitsku bolnicu, kamo su stigli oko 6.15 sati. U KBC-u Split trudnica je stigla u vrlo teškom stanju i preminula je na Jedinici intenzivnog liječenja oko 7 sati, a s njom i njeno nerođeno dijete. Utvrđeno je da je smrt nastupila zbog razdora maternice, iskrvarenja te razvoja hemoragijskog šoka i hipoksije, a dijete je umrlo zbog asfiksije (gušenja).

Pravomoćnom presudom užoj obitelji pokojne trudnice dosuđuje se iznos od po 220 tisuća kuna svakomu zbog nematerijalne štete za duševne boli zbog ženine, odnosno majčine smrti. Roditeljima trudnice, zbog istih razloga, dosuđuje se po 160 tisuća kuna odštete. Suprug i četvero djece dobivaju odštetu od 75 tisuća kuna svaki zbog smrti djeteta koje je umrlo od gušenja. Od 2003. godine četvero djece tom presudom moraju dobivati i po 300 kuna mjesečno na ime rente, pa tako sve do svoje punoljetnosti ili dok se budu školovala nakon toga. Uz iznos od oko tri milijuna kuna koji Dom zdravlja mora uplatiti obiteljima ubraja se i

oko petsto tisuća kuna parničnih troškova uzrokovanih dugotrajnošću postupka te brojnim i skupim vještačenjima koja su se morala provesti, a koje je tužitelj morao plaćati.

Slučaj iz prakse (2)

Kirurg koji je u srpnju 2006. u riječkom KBC-u operirao pacijenta M. M. od akutnog apendicitisa laparoskopskom metodom, i pri tome ošteti aortu. Proglašen je krivim na riječkom Općinskom sudu, za što je osuđen na uvjetnu kaznu od 8 mjeseci s rokom kušnje od 2 godine. Kirurg je iz nehaja tijekom operacije prekršio pravila struke pa je mladom M. M. nakon operacije morala biti amputirana noga. Odvjetnici M. M.-a tražili su odštetu od oko 14 milijuna kuna. Proces je još u tijeku.

8.3. Izvještavanje o liječničkim pogreškama

Broj je liječničkih pogrešaka u porastu: Pacijenti najčešće stradaju u operacijskim dvoranama. Objavljeno u tisku.

Kad je o Hrvatskoj riječ, vrlo je teško doći do koliko-toliko pouzdanih podataka o učestalosti liječničkih pogrešaka. Procjenjuje se da ih se u hrvatskim bolnicama dogodi tisuću godišnje, dok do Hrvatske liječničke komore, koja procjenjuje stručnu odgovornost liječnika i izriče eventualne kazne, stigne svega nekoliko desetaka prijave godišnje

Ostati bez zdravog organa jer je bolničko osoblje pobrkalo papire, kao što se to ovih dana dogodilo nesretnoj Dubrovčanki, nije jedinstven slučaj u svijetu: peruanski su kirurzi prošle godine 86-godišnjem pacijentu umjesto bolesne amputirali zdravu nogu, a kad su uvidjeli grješku odrezali su mu i drugu, koja je zapravo i morala biti amputirana zbog infekcije. U ožujku 2008. godine, u jednoj njemačkoj bolnici 78-godišnjakinja je završila na operaciji crijeva iako je u bolnicu stigla radi operacije noge. Liječnici su jednostavno zamijenili pacijentice i do kraja proveli pogrešnu operaciju.

Češki kirurzi iz bolnice u gradu Ivancice suspendirani su nakon što je otkriveno da su u tijelu pacijentice nakon operacije zaboravili 30 centimetara dugačku lopaticu. Kirurški instrument pronađen je tek pet mjeseci nakon što se nevjerojatna pogreška dogodila, a zbog užasnih bolova koje je zbog toga trpjela, 66-godišnja pacijentica pomišljala je i na samoubojstvo.

Broj liječničkih pogrešaka u stalnom je porastu, pokazala je analiza njemačke liječničke komore koja je prošle godine zabilježila 2184 pogrešne dijagnoze i pogrešaka za operacijskim

stolom. Najviše je pogrešaka počinjeno pri operativnom tretmanu pacijenata s problemima u kukovima i koljenima te u hitnim operacijama koje se provode u traumatološkim bolnicama.

Opasna je zona i intenzivna njega, gdje se pacijentima često daju pogrešni lijekovi, i to prije svega zbog nedostatka komunikacije između doktora i medicinskih sestara te zbog stresa i umora.

Kako bismo provjerili koliko naše bolnice vode sporova zbog sumnje na nesavjesno liječenje i liječničku pogrešku, kontaktirali smo svih 58. Odgovorila nam je 51 bolnica, a iz primljenih podataka proizlazi da su trenutačno u tijeku 632 postupka. Gotovo svi se vode na Građanskom sudu za naknadu štete, a najveću odštetu dosad, od 1.780.755 kuna, isplatio je riječki KBC.

Nikad im nije žao (kaže jedan odvjetnik)

Od tih 15 slučajeva, otprilike pet uspije dobiti tužitelj. Prema mom iskustvu, redoslijed grana medicine koje pacijenti najviše tuže jest: ginekologija i porodništvo, interna, kirurgija i trauma, oftalmologija i pedijatrija – kaže jedan odvjetnik.

Liječnici koji su krivi, kaže odvjetnik, uglavnom odbijaju priznati pogrešku i u svojoj karijeri nije doživio da se liječnik ispričao.

Bilo je eventualno izjava poput „uistinu mi je žao što se to dogodilo, ali ja nisam kriv“. Osim toga, jedan od velikih problema jest to što liječnici i bolnice nisu spremni na nagodbe pa većina završi na sudu. Na prste jedne ruke mogu nabrojiti nagodbe – kaže odvjetnik.

U Hrvatskoj liječničkoj komori, u koju su tijekom 2011. pristigla 34 zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka, kažu kako svatko tko misli da je na neki način oštećen ima pravo tužiti. Tužbi je sve više, a velika većina onoga što se pripisuje pogreškama zapravo su komplikacije zbog liječenja. Potrebno je zaštititi i liječnike i pacijente – kaže šef Hrvatske liječničke komore. Svima je jasno da se pogreške događaju i da će ih uvijek biti u svakoj struci, pa i liječničkoj. U mnogim se slučajevima mogu opravdati, ali u nekima, poput pogreškom izvađenog zdravog bubrega ili operiranog pogrešnog organa, smrti ili invaliditeta zbog nesavjesnog liječenja, ipak netko treba odgovarati. A u najmanju ruku trebao bi se ispričati i priznati svoju pogrešku.

8.4. Skandinavski modeli osiguranja pacijenata od štetnih događaja:

finski model

U Finskoj postoji tzv. *No fault insurance* model. On je najprije 1970-ih godina uspostavljen kao dobrovoljni sustav osiguranja, a potom je 1987. donesen Zakon o ozljedama pacijenata, prema kojemu pacijenti imaju pravo na odštetu ako su pretrpjeli ozljedu (štetu) tijekom zdravstvenog zbrinjavanja, pri primjeni lijekova, nakon doniranja organa i zbog znanstvenih ispitivanja.

Osiguranje u Finskoj pokriva sve djelatnike koji sudjeluju u zdravstvenom zbrinjavanju – sve zdravstvene djelatnike koji rade u privatnoj ili državnoj praksi, privatne zdravstvene kompanije, domove zdravlja te državne i županijske bolnice.

Šteta se pokriva iz osiguranja ako je mogla biti izbjegnuta da je radio iskusan liječnik, zbog manjkavosti medicinskog uređaja, neočekivane infekcije, ako je nastala za vrijeme liječenja ili transporta, zbog vatre, pogreške u aplikaciji lijeka te ako je posljedica trajno oštećenje, potpuna nesposobnost ili smrt u situaciji u kojoj to nije bilo očekivano. Odštetom se pokrивaju pretrpljena bol i patnja, trajno tjelesno ili duševno oštećenje, trajno kozmetičko oštećenje, posebni troškovi te gubitak zarade i troškovi pogreba.

Iznimke od plaćanja odštete posljedice su medicinski opravdanog postupka koji se nisu mogli izbjeći primjenom nekog drugog, jednako učinkovitog postupka te manje ozljede nastale tijekom medicinskog postupka.

Postupci za naknadu štete vode se u Udruzi za osiguranje pacijenata. Udruga ima pravo uvida u sve nalaze i cjelokupan tijek pacijentove bolesti. Proces pred Udrugom može početi na zahtjev liječnika, pacijenta ili ombudsmana, i to u tri godine od nastalog događaja. Vlada imenuje Odbor za ozljede pacijenata koji se sastoji od specijalista raznih struka i odgovoran je za davanje preporuka Udruzi kada ona donosi odluke o odštetnom zahtjevu.

Broj odštetnih zahtjeva u Finskoj kretao se između sedam i osam tisuća godišnje od 1999. do 2003. godine Troškovi odšteta isplaćenih pacijentima iznose oko četiri eura godišnje po stanovniku.

Švedski model

U Švedskoj je sustav dobrovoljnog kolektivnog osiguranja pacijenata, tzv. *No fault compensation scheme*, uveden 1975. Sustav je razvilo nekoliko velikih osiguravajućih tvrtki i pružatelja zdravstvenih usluga. Od 1997. g. ovaj je model zakonski reguliran i svi pružatelji zdravstvenih usluga moraju imati i osiguranje pacijenata.

Najveći su pružatelji zdravstvenih usluga regionalna tijela odgovorna za planiranje, financiranje i pružanje zdravstvenih usluga za određenu populaciju i oni plaćaju oko 4,9 eura po osiguraniku godišnje.

Liječnici sami plaćaju osiguranje od odgovornosti i veći se dio premije iskorištava u slučaju pokretanja kaznenog postupka protiv liječnika, dok se manji dio plaća za ovaj model osiguranja. U Švedskoj su kazneni postupci protiv liječnika rijetkost, a ako se pacijent odluči na tužbu, u pravilu se utužuje poslodavac. Zato su i premije osiguranja za liječnike male pa zaposleni licencirani liječnik plaća 59 eura, zaposleni licencirani liječnik koji radi i privatno 259 eura, a licencirani liječnik privatnik plaća 386 eura.

Odšteta se odobrava za fizičku i mentalnu ozljedu nastalu pružanjem zdravstvene usluge, no njome se ne pokrivaju nuspojave. Odšteta se isplaćuje ako je oštećenje moglo biti izbjegnuto drugim terapijskim postupkom ili primjenom istog postupka, ali na drugi način, za ozljede uzrokovane medicinskim aparatima, zbog pogrešne dijagnoze, nezgoda povezanih s dijagnostikom, liječenjem, transportom i slično, pogrešno propisanog lijeka ili zbog pogrešnog rukovanja lijekom te u slučaju štete od infekcija koje su posljedica medicinskog tretmana. S druge strane, odšteta se ne isplaćuje ako je oštećenje nastalo kao posljedica medicinskog postupka u hitnoj situaciji kada nije bilo moguće primijeniti rutinske postupke.

Visina je naknade u skladu sa zakonskim propisima koji se primjenjuju u slučaju kaznenog gonjenja i obuhvaća gubitak dohotka zbog bolovanja te pretrpljenu bol i patnju. Odštetni zahtjev mora se podnijeti u roku od tri godine od kada je pacijent informiran da se može žaliti ili u roku od 10 godina nakon što se oštećenje pojavilo. Odštetu može zahtijevati pacijent ili član obitelji ako pacijent to ne može zbog nastalog oštećenja. U Švedskoj djeluje Komisija za pritužbe pacijenata koja daje svoje mišljenje pacijentima, osiguravateljima, pružateljima zdravstvenih usluga te sudu. Njome predsjedava aktivni ili bivši sudac, a ona se sastoji od triju predstavnika pacijenata i od jednog medicinski kvalificiranog člana (najčešće liječnika), eksperta iz područja zdravstvenih propisa i člana s mnogo iskustva u sklapanju nagodbi za osobna oštećenja u području osiguranja.

Godišnje u Švedskoj ima oko devet tisuća odštetnih zahtjeva, od kojih oko 45 posto biva pozitivno riješeno. U najvećem broju slučajeva isplaćuje se odšteta od 2.160 eura, a maksimalna moguća odšteta iznosi 810.800 eura. U 2003. je prikupljeno ukupno 33 milijuna eura za osiguranje pacijenata, a troškovi isplaćenih naknada iznosili su 31 milijun eura. Najviše je zahtjeva za odštetom bilo, kao uostalom i širom svijeta, iz područja ginekologije, kirurgije i ortopedije, a potom slijede stomatološke usluge.

Norveški model

U Norveškoj se od 2002. primjenjuje Zakon o odšteti od ozljeda. Taj se Zakon odnosi na ozljede nastale u institucijama specijalističke i općinske zdravstvene službe, pri prijevozu vozilom hitne pomoći te na ozljede koje je uzrokovalo zdravstveno osoblje, osobe koje djeluju u njihovo ime ili druge osobe koje su određene Zakonom.

Na odštetu imaju pravo pacijenti i ostali koji su pretrpjeli gubitak zbog ozljede pacijenta ako je to uzrokovano pogreškom pri pružanju zdravstvene pomoći (čak i ako se nitko ne može okriviti), tehničkom greškom rabljene opreme, infekcijom koja nije uzrokovana pacijentovim stanjem ili bolešću te cijepljenjem i djelom koje za sobom povlači odgovornost zdravstvene službe ili osoblja.

Za plaćanje odštete odgovorna je Institucija za odštetu za ozljede pacijenta, a subvencije za pokrivanje naknada za ozljede koje su se dogodile u javnoj zdravstvenoj službi daju joj državne, pokrajinske i općinske vlasti.

Sukladno zakonu svatko tko pruža zdravstvenu pomoć mora biti osiguran u određenoj mjeri kod osiguravajućih društava, a osiguravatelje i uvjete osiguranja odobrava kralj.

Zahtjev za odštetu upućuje se Instituciji za odštetu ili osiguravajućim društvima. Institucija donosi odluku hoće li se isplatiti odšteta i u kojoj visini. Osiguravatelj također može obraditi predmet i odlučiti hoće li se odšteta dodijeliti i koliko će ona iznositi. Na odluke Institucije ili osiguravatelja podnositelji zahtjeva za odštetu mogu se žaliti Komisiji za ozljede pacijenata. Komisiju imenuje kralj i ona se sastoji od dvaju članova koji su medicinski obrazovani i jednog predstavnika korisnika. Na odluku Komisije mogu se žaliti pacijenti i osiguravajuće društvo.

Država je 2002., kada je donesen Zakon, dotirala 375 milijuna kruna kako bi se isplatile štete iz prethodnih godina. Godišnje se u Norveškoj ukupno isplati između 218 i 250 milijuna kruna za odštete, a visine odštete variraju od pet tisuća do 6,5 milijuna kruna.

8.5. Liječničke pogreške u Hrvatskoj

Na sudovima više od 640 tužbi zbog pogreški liječnika.

Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata godišnje zaprimi više od tisuću pritužbi ogorčenih pacijenata koji se žale na loše postupanje liječnika, na bahatost, prostačenje, pa čak i na konzumiranje alkohola u radnom vremenu. Žrtve liječničkih pogrešaka nerijetko tuže bolnice, no iscrpljujući sudski postupci često se pretvaraju u višegodišnju trakavicu u kojoj ponovno trpi zdravlje.

Potonje su zapravo izvansudske nagodbe (arbitraža) koje bi bez posljedica u velikom broju rješavale nastale sporove. To je u svijetu uobičajena praksa, kod nas zastupljena u obrtništvu i odvjetništvu, a mogla bi se uvesti i u zdravstvo u roku od godinu dana.

Prema zaključcima simpozija, profesionalno osiguranje trebalo bi biti obvezno za sve. Sada nema preciznih podataka o tome koliko je liječnika osigurano, na koji iznos (praksa je različita od ustanove do ustanove), a osiguravajuća društva ih čuvaju kao poslovnu tajnu.

Poznato je, međutim, da raste broj kaznenih postupaka protiv medicinskog osoblja (DORH nije dao podatak Komori koliko ih je), da je riječ o teškim, mučnim i skupim postupcima koji blokiraju liječnike u profesionalnom smislu, piše „Vjesnik”. Stoga treba mijenjati **Zakon o zaštiti prava pacijenata**, pravilnike o obrascu suglasnosti te izjave o odbijanju dijagnostičkog i terapijskog postupka.

Nužno je također postaviti sustav za prikupljanje podataka o tužbama i drugim postupcima protiv davatelja zdravstvenih usluga. Jasno je da se to najviše tiče liječnika zbog mogućih propusta, a uvid u broj i prirodu tužbi potreban je i radi poduzimanja mjera za poboljšanje sustava osiguranja od profesionalne odgovornosti.

Potrebno je također, kako je zaključeno, zaštititi liječnike od napada te su pozvani da prijave Komori svaki takav slučaj koji su doživjeli obavljajući svoju medicinsku dužnost.

Za pravnu zaštitu liječnika važno je i sudsko vještačenje te se predlaže kao obvezna trajna stručna edukacija vještaka (koji svjedoče u sudskim postupcima protiv liječnika), nadzor nad njihovim radom, a Komora, stručna društva Hrvatskog liječničkog zbora i medicinski fakulteti trebali bi kod svakog složenijeg slučaja davati mišljenje pri izboru sudskoga vještaka.

8.6. Nesavjesno liječenje – zakonski članci

Članak 181.

- (1) Doktor medicine, doktor dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnik koji obavljajući zdravstvenu djelatnost primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja ili na drugi način očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupi pa time prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine.
- (2) Ako je kaznenim djelom navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je postojeća bolest znatno pogoršana, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do tri godine.
- (3) Ako je kaznenim djelom navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena osobito teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je kod druge osobe došlo do prekida trudnoće, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.
- (4) Ako je kaznenim djelom navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena smrt jedne ili više osoba, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od tri do dvanaest godina.
- (5) Ako je kazneno djelo iz stavka 1. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do šest mjeseci.
- (6) Ako je kazneno djelo iz stavka 2. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do jedne godine.
- (7) Ako je kazneno djelo iz stavka 3. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do tri godine.
- (8) Ako je kazneno djelo iz stavka 4. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od jedne do osam godina.

Nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima

Članak 183.

Doktor medicine, doktor dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnik koji bez odgađanja ne pruži medicinsku pomoć osobi kojoj je takva pomoć potrebna zbog opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice po njezino zdravlje ili za njezin život, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine.

Teška kaznena djela protiv zdravlja ljudi

Članak 192.

(1) Ako je kaznenim djelom iz članka 180. stavka 1. i 2., članka 183., članka 185. stavka 1. i 2., članka 186. stavka 1., članka 187. stavka 1., članka 188. stavka 1., članka 189. stavka 1. ovoga Zakona prouzročena teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je postojeća bolest znatno pogoršana, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.

(2) Ako je kaznenim djelima navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena osobito teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je kod druge osobe došlo do prekida trudnoće, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od jedne do osam godina.

(3) Ako je kaznenim djelima navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena smrt jedne ili više osoba, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od tri do dvanaest godina.

(4) Ako je kaznenim djelom iz članka 180. stavka 3., članka 186. stavka 3., članka 187. stavka 2., članka 188. stavka 2. i članka 189. stavka 2. ovoga Zakona prouzročena teška tjelesna ozljeda druge osobe ili je postojeća bolest znatno pogoršana, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do tri godine.

(5) Ako je kaznenim djelima navedenim u stavku 4. ovoga članka prouzročena osobito teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je kod druge osobe došlo do prekida trudnoće, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.

(6) Ako je kaznenim djelima navedenim u stavku 4. ovoga članka prouzročena smrt jedne ili više osoba, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od jedne do osam godina.

9. Eugenika

9.1. Eugenika

9.1.1. Eugenički pokreti

9.1.2. Eugenički pokret u SAD-u

9.1.3. Eugenika u Njemačkoj

9.2. Medicinska eugenika

9.3. Prisilna sterilizacija

9.4. UN i kontrola rađanja

9.5. Akcija T 4

9.1. Eugenika

Eutanazija se provodila u Sparti prije 2500 godina, kada se ubijala čak i nejaka novorođenčad. Nakon Sparte spominje se i eugenički pokret koji se bavi unaprjeđivanjem nasljednih kvaliteta rase ili uzgoja. Riječ *eugenika* uporabio je potkraj 19. stoljeća Francis Galton, jedan od osnivača novije eugenike. Povijesni korijeni eugenike sežu daleko u prošlost pa se eugeničke ideje naziru i u djelima grčkog filozofa Platona. Spoznaja da se umjetnom selekcijom i križanjem povoljnih jedinki i vrsta mogu postići korisni rezultati za čovjeka, kao i prihvaćanje Darwinove teorije o evoluciji vrsta, omogućili su potkraj 19. stoljeća ostvarenje prastare Platonove ideje da bi se umjetnom selekcijom ljudi mogla postići korist za određene socijalne slojeve, nacije, cijelo čovječanstvo ili ljudsku vrstu. U doba novovjekovne obnove eugenike, točnije, u doba njezina utemeljitelja Francisa Galtona, načelo nasljeđivanja i populacijske genetike uglavnom nisu bila poznata ili prihvaćena. Svrha stare eugenike bila je poboljšati genetska svojstva rase i izbjeći propadanje onih boljih i sposobnijih.

Stara se eugenika se može podijeliti na pozitivnu i negativnu, ovisno o mjerama koje poduzima. U negativnu se eugeniku ubrajaju eutanazija, sterilizacija, prisilni abortus, selektivni infanticid i holokaust.

Premda je glavni ideolog i „utemeljitelj“ eugenike Francis Galton bio Englez, njegove su ideje, kao i ideje socijaldarvinista Herberta Spencera, imale mnogo jači odjek u SAD-u negoli u njihovoj domovini. Američki su znanstvenici, ideolozi raznih vrsta i pravnici, eugeničku ideologiju provodili u djelo. Godine 1899. nakon razmjerno neuspješnih pokušaja kirurga A. J. Ochsnera iz Chicaga, Harry Clay Sharp, iz Jeffersonvillea u Indiani, počeo je izvoditi prve uspješne sterilizacije na zatvorenicima. Pozitivni rezultati prisilnih sterilizacija u

medicinskom smislu izravno su omogućili donošenje prvog eugeničkog zakona o prisilnoj sterilizaciji „degeneriranih“ u Indiani godine 1907., kojim su vlastima omogućene odluke o sterilizaciji „kriminalaca, idiota, imbecila i silovatelja“. Slijedile su Kalifornija i Connecticut 1909.; Nevada, Iowa (zabrana braka i sterilizacija za epileptičare, narkomane i silovatelje), te New Jersey 1911.; New York 1912.; Kansas, Michigan, Sjeverna Dakota, Oregon 1913. Do 1914. godine trideset je država donijelo slične zakone. No eugenički se pokret nije ograničio samo na sterilizacijske zakone. Mnogo jači i dalekosežniji oblik zakonske regulative bio je tipičan za američke zakone o miješanju rasa. Unatoč činjenici da su Sjedinjene Američke Države ukinule ropstvo, zakoni protiv miješanja rasa bili su na snazi sve do 1967. godine, kada su na saveznoj razini ukinuti svi zakoni protiv miješanih brakova. Jedan od takvih eugeničkih zakona o zabrani međurasnih brakova bio je *Integrity Act Virginije* iz 1924. godine, kojim se zabranjivao brak bijelaca s bilo kojom osobom „s naznakom neke drukčije krvi“.

Julian Huxley bio je istaknuti član Britanskoga eugeničkog društva i vodeći član eugeničkog pokreta. Bio je potpredsjednik i predsjednik (1959. – 1962.) društva. Smatrao je da je eugenika važna za uklanjanje nepoželjnih gena iz ljudske zalihe gena, da je rasa beznačajan koncept u biologiji te da su najniže društvene klase genetički inferiorne.

Neka od njegovih stajališta jesu: socijalna ovisnost o državi indikator je genetske defektnosti; sterilizacija je uvjet za dobivanje socijalne pomoći; potrebno je izjednačivanje socijalnih uvjeta; potrebno je smanjenje dostupnosti liječenju; sposobniji su sirovina za pozitivnu eugeniku; potrebno je ukidanje individualizma i kršćanske etike.

Ideje rasne higijene bile su rasprostranjene u svim zapadnim zemljama početkom 20. stoljeća, i nastali su eugenički pokreti. U SAD-u je bio jak eugenički pokret.

9.1.1. Eugenički pokreti

Pokret je poduprlo ponovno otkriće Mendelovih zakona (godine 1900.) te pogrešno uvjerenje da su sva ili bar većina ljudskih obilježja genetski određena te da se prenose s roditelja na dijete. Isto se tako smatralo da je gen jedinica koja se ne mijenja, te da je prosudbom genetskih osobina roditelja moguće predvidjeti genetsku vrijednost njihove djece.

Povećana zaokupljenost socijalnim problemima i mišljenje da su izopačenost, nezaposlenost, kriminal, prostitucija i kronični alkoholizam povezani s nasljeđem te da se mnoge bolesti u čovjeka poput maloumnosti, prirođenih anomalija, epilepsije itd. izravno nasljeđuju, doveli su do zaključka da se mogu kontrolirati eugeničkim mjerama.

Na toj znanstvenoj i društvenoj osnovi pojavio se određen broj biologa i drugih znanstvenika koji su zajedno s političarima i ostalim ljudima strahovali da se američko društvo udaljuje od anglosaksonske superiornosti na nižu razinu. Takvo je ozračje bilo plodno tlo za eugeničke ideje.

9.1.2. Eugenički pokret u SAD-u

Zakoni o eugeničkoj sterilizaciji

Tijekom devedesetih godina 19. st. započinju akcije za donošenje zakona o sterilizaciji nepodobnih osoba. Indijana je bila prva savezna država koja je 1907. izglasala zakon o sterilizaciji na eugeničkim načelima. Usprkos jakom suprotstavljanju Rimokatoličke Crkve i mnogih građana, trideset saveznih američkih država prihvatilo je nedobrovoljne mjere sterilizacije. Neki se od tih zakona odnose na vrlo široko područje „oštećenih“ ljudi, uključujući seksualno nastrane osobe, epileptičare, pijance, narkomane i druge ljude izopačene bolestima. Sterilizacija duševno zaostalih osoba u državnim zavodima praktički je potpuno prestala tijekom šezdesetih godina 20. stoljeća, ali su zakoni ostali do danas. Daljnje rasprave oko sterilizacije duševno zaostalih osoba nisu više bile povezane s genetikom. Osnovni razlog za taj zahvat danas je zaštita nesposobnih osoba i njihovo pravo na sterilizaciju. Povijest eugeničke sterilizacije u SAD-u pokazuje da su tisuće ljudi bile sterilizirane silom, premda nisu bili duševno zaostali. Mnogi, poput Crnaca, neželjeno su sterilizirani samo zbog rase ili siromaštva, koje im nije dopuštalo plaćanje za uzdržavanje njih samih ili njihove djece.

9.1.3. Eugenika u Njemačkoj

Korijeni eugeničkog programa u Njemačkoj pojavili su se mnogo prije dolaska nacista na vlast. Rano zanimanje za pokretom rasne higijene potaknuli su, u Njemačkoj, socijalni problemi prouzročeni brзом i progresivnom industrijalizacijom u drugoj polovici 19. stoljeća. U početku je pokret rasne higijene bio usmjeren na budućnost njemačke rase i naroda i nije imao prave rasističke ili političke prizvuke. Prvi prodor njemačkih eugeničkih ideja u privatni život počinje 1908. godine kada su u njemačkoj koloniji u jugozapadnoj Africi poništeni svi mješoviti brakovi te zabranjeni budući, a supružnici Nijemci lišeni građanskih prava.

Činjenice, dalje, pokazuju da nacističku eugeničku politiku nisu širili samo nacisti SS-ovci nego i liječnici, osobito mlađi, koji su odmah na početku nacističkog pokreta u Njemačkoj pristupili partiji. Kako je nacistička stranka širila ideje rasne higijene, liječnici njezini članovi

prihvatili su povjereni im zadatak mijenjajući svoju ulogu „liječnika za pojedinca“ u „liječnika nacije“.

Njemački pokret s kraja tridesetih godina 20. stoljeća usmjeren na teško zaostalu i oštećenu djecu u zavodima za duševno zaostale, proširio se najprije na stariju djecu s razvojnim nepravilnostima, zatim na zdravu židovsku djecu te na odrasle ljude čije su se bolesti smatrale neizlječivima ili čiji životi „nisu bili vrijedni življenja“. Nakon napada na Poljsku, a posebice nakon napada na Rusiju mnogi timovi koji su sudjelovali u programima neželjene eutanazije u Njemačkoj bili su poslani u osvojene zemlje, u kojima su podizali kampove smrti za političke zatvorenike, Židove, Rome i druge „nepodobne“ osobe.

Vrlo je važno znati da su upravo liječnici i drugi zdravstveni radnici izabirali zatvorenike koje je trebalo ubiti. Postoje mnogi dokumenti iz kojih se vidi da su sami liječnici vjerovali da je to ispravno.

9.2. Medicinska eugenika

Klasična je eugenika, kako smo vidjeli, negativna. Nije bila samo agresivna i brutalna nego i nedjelotvorna. Nametanje negativne eugenike u suprotnosti je sa slobodom i dostojanstvom čovjeka i zato je neprihvatljivo u većini demokratskih društava. Međutim, nagli razvoj biotehnologije, kojemu smo svjedoci, mogao bi dovesti do ponovne pojave eugenike kao socijalnoga projekta.

Osvrnut ćemo se na novu medicinsku eugeniku koju predložuje izbor genoma, a ne manipulacija njime (Testart, 1995). Usporedba metoda klasične i nove medicinske eugenike pokazuje znatne razlike. Tako sterilizaciju nositelja patološkog dominantnog ili recesivnog X-vezanog gena ili kasni prekid trudnoće zbog prenatalno otkrivenog bolesnog ili oštećenog ploda, parovi i društvo općenito teško prihvaćaju. Isto tako uklanjanje malformiranog novorođenčeta te izbor spola djeteta, što se još uvijek čini u nekim azijskim zemljama, većina današnjeg civiliziranog svijeta više ne dopušta. Naprotiv, parovi i društvo dobro prihvaćaju genetsko savjetovanje, odnosno prijenos samo nekih zametaka u maternicu nakon oplodnje u epruveti i genetskog testiranja.

Područje reproduktivnih prava, možemo to slobodno reći, jedno je od najkontroverznijih područja današnje medicine.

9.3. Prisilna sterilizacija

U nacističkoj Njemačkoj sterilizirao je više od 400 000 ljudi, bez njihova pristanka, često na najnehumaniji način i u najnehumanijim uvjetima, dok je najmanje 70 000 eutanazirano – i to samo do rata. Prvi su glavu izgubili ljudi koji su bili mentalno hendikepirani ili koji su imali tjelesne mane.

U svijetu su se ideje iz nacističke Njemačke eksploatirale pod nazivom socijalni darvinizam. Zbog te nejasne fraze, u periodu od 1935. do 1975. godine 63 000 ljudi je sterilizirano u Švedskoj, bez njihova odobrenja. Iako su Rimskim dekretom ovakav eugenički zakon i praksa proglašeni zločinom protiv čovječnosti (potpisan 13. listopada 1998.) zemlje koje takvo što rade li su radile nikad nisu došle na metu Međunarodnog suda za kriminal u Haagu.

Švedska, za koju mnogi smatraju da je jedna od najdemokratskijih država u svijetu, primjenjivala je iste zakone nečovječnosti na mentalno zakinutim ljudima kao i nacistička Njemačka, i to sve do 1975. godine.

Sjedinjene Američke Države bile su prva država koja je započela s prisilnom sterilizacijom na osnovi zakona donesenog 1897. u Michiganu (dakle prije nacističke Njemačke!).

Primarne su žrtve bile žene afroameričkog podrijetla, starosjedioci Indijanci, mentalno zakinute osobe i mentalno bolesne osobe, epileptičari, no taj se zakon proširio i na fizički deformirane osobe, kriminalce, gluhe i slijepce. Za sada je poznato da je u 33 države SAD-a sterilizirano više od 65 tisuća osoba bez njihova pristanka, ali je broj kudikamo veći.

Kalifornija je još 1909. godine provela zakon o sterilizaciji, koji je ovlastio državne institucije za provođenje reproduktivnih operacija kod *malodušnih* i *ludih pacijenata/pacijentica* za koje se smatralo da pate od *mentalnih bolesti koje su vjerojatno naslijeđene i mogle bi se prenijeti na potomke*. U skladu s eugeničkom logikom, 20 000 pacijenata bilo je sterilizirano u Kaliforniji u više od deset institucija od 1909. do 1979. godine. Brinući se zbog podnošenja tužbi poradi ove „okrutne i neobične kazne“, zakonodavci su dodali neke odredbe pri steriliziranju u državnim zatvorima, no unatoč tim restrikcijama, zbog zanemarivanja zakona 600 muškaraca bilo je podvrgnuto vazektomiji u San Quentinu 1930-ih godina. Kalifornija je bila najrevniji sterilizator, izvodeći trećinu od približno 60 000 operacija koje su bile provedene u 32 države od 1907. do 1937. godine. Zakon je ukinut 1979. godine, nakon što je

oko 140 žena, uglavnom meksičkog podrijetla, sterilizirano bez pristanka u Los Angeles County bolnici.

Još jedan primjer prisilne sterilizacije u novije vrijeme svakako je sterilizacija u ženskim kalifornijskim zatvorima. Nedavno otkriće da je između 2006. i 2010. godine 148 žena sterilizirano u dvjema kalifornijskim zatvorskim institucijama primjer je duge povijesti reproduktivne nepravde i nasljeđa eugenike. Takvo zlostavljanje krši zakone, zanemaruje autonomiju pacijenta i utemeljene protokole informiranog pristanka. Doktor **James Heinrich**, koji je podvezivao jajovode zatvorenica, izjavio je kako je njegova praksa uštedjela novac državi jer su njegovi nehotični pacijenti skloni imati „neželjenu djecu jer se više razmnožavaju“. Dotični je ginekolog držao i govore svom osoblju o tome „koliko se može smanjiti stopa nataliteta crnačke i meksičke populacije u okrugu Los Angeles“.

Neovlaštena sterilizacija žena u zatvorima bila je olakšana kombinacijom nehumanih praksi, prenapučenosti, birokratskim nedosljednostima i medicinskim zanemarivanjem. Kalifornija predvodi u kaznenoj okrutnosti, od grozних uvjeta u državnim zatvorskim jedinicama do izloženosti zatvorenika bolestima opasnim za život i gaženjem reproduktivnih prava zatvorenica.

Portoriko

Portoriko je tijekom 1920-ih i 1930-ih godina bio pod potpunom kontrolom SAD-a. Istih godina eugenički je pokret u SAD-u bio na vrhuncu. U 1930. godini čak je trideset američkih država imalo zakone koji su poticali sterilizaciju kriminalaca, psihički bolesnih i mentalno zaostalih osoba. Istodobno su privatne organizacije počele provoditi kampanju za kontrolu populacije u Portoriku. Nakon početnog neuspjeha, do 1943. godine na otoku je otvoreno 68 klinika za sterilizaciju. Dana 13. svibnja 1937. guverner Portorika Menendez Ramos uvodi Zakon o kontracepciji i eugeničkoj sterilizaciji, kojim je legalizirana kontracepcija. Kao razlog za provođenje ovog zakona, guverner ističe problem rastuće populacije siromašnih i nezaposlenih. Legalizacijom sterilizacije uslijedio je stalni rast popularnosti postupka. Godine 1941., prema rezultatima ankete provedene među portorikanskim ženama, utvrđeno je da je 21% anketiranih žena bilo sterilizirano te da se sterilizacija provodila nakon bolničkih porođaja u državnim bolnicama kao rutinski postpartalni postupak. Sterilizacija je provođena i u privatnim klinikama, gdje je sterilizirano više od 11 000 muškaraca i žena. U jednom trenutku broj steriliziranih osoba u Portoriku bio je toliko velik da je alarmirao Zajednički odbor za akreditaciju bolnica, koji je potom tražio od bolnica da ograniče sterilizaciju na 10 % od svih bolničkih porođaja. Visoka popularnost sterilizacije nastavila se tijekom 1960-ih i

1970-ih godina. Učinci sterilizacije provedene tijekom 20. stoljeća i danas se osjećaju u portorikanskoj kulturi.

Ni u **Istočnome bloku** nije nedostajalo slučajeva prisilne sterilizacije, napose na polju državne kontrole razmnožavanja, gdje su se žene u zatvoreničkim logorima prisiljavale na sterilizaciju. Nažalost, nikada se nisu otkrile broj nesretnih ljudi koje je vrhuška SSSR-a uskratila potomstva na osnovi političke i klasne nepodobnosti.

Australija je sve do 2003. godine masovno prakticirala sterilizaciju mentalno zakinutih, no tu je praksu i te kako primjenjivala na autohtono stanovništvo, napose početkom 20. stoljeća, čak su i otimali djecu od domorodaca i predavali ih na skrb bijelcima kako bi ztrli njihovu kulturu i običaje. Danas Australija primjenjuje tu praksu na slučajeve krajnje mentalno oštećenih.

U **Kanadi** dvije pokrajine, Alberta i British Columbia, obavljaju zakonski određenu obveznu sterilizaciju na eugeničkim osnovama. Doduše, kanadski sustav jedino ne obuhvaća prisilnu sterilizaciju na kriminalcima koji nisu ljudi, to jest na onima koje sudovi proglašavaju mentalno zdravima, bez obzira na zločin koji su počinili.

Bivša **Čehoslovačka** počela je sterilizaciju romskih žena 1973. godine. Na takvu su sterilizaciju žene mamili socijalnom pomoći i drugim nagradama države. Takvi su se slučajevi nastavili sve do 2001., kada je Otakar Motej objavio na desetke slučajeva državne sterilizacije na socijalno slabijima, nakon čega su osuđeni mnogi socijalni i zdravstveni radnici i administratori koji su upravljali državnom sterilizacijom i koji su takvu sterilizaciju provodili.

Japan je od 1907. do 1953. godine dopuštao segregaciju pacijenata u umobolnicama i provodio je prisilnu sterilizaciju i abortuse nad ljudima koji su klasificirani kao „oni koji ometaju mir“. Najgori su slučajevi u doba kolonizacije Koreje u kojoj je uspostavljen zakon za prevenciju kuge s kojim se na isti način sterilizirala populacija u Koreji i s kojim su se obavljali prisilni pobačaji. Godine 1940. Japan je napravio Nacionalni zakon o eugenici, prema kojemu su u Japanu prisilno sterilizirane 454 000 ljudi u periodu od 1940. do 1945. godine. No tu nije kraj jer je 1948. donesen zakon o Zaštiti eugenike, prema kojemu se svi kriminalci s „genetičkim predispozicijama da počine kriminal“ i pacijenti s genskim bolestima kao što su primjerice potpuni daltonizam (sljepilo na boje), hemofilijom, albinizmom,

ihitiozom i mentalnim poremećajima kao što su shizofrenija, manična depresija i epilepsija trebaju sterilizirati. Tom su zakonu 1952. dodane mentalne bolesti.

Programi u Kini i Indiji

Napravljeni su i provedeni programi sterilizacija muškaraca i žena radi smanjenja populacije, o čemu ima dosta svjedočanstava. U Kini se godinama provodila politika jednoga djeteta. Naime, 1978. godine kinesku je vlast zabrinuo rastući natalitet s kojim se država nije mogla nositi te su odlučili uvesti tzv. politiku jednog djeteta. Kako bi se zemlja učinkovito nosila s tim složenim problemom, vlada najveći naglasak stavlja na planiranje obitelji.

Sterilizacija u Peruu

Najpoznatiji primjer prisilne sterilizacije u novije vrijeme svakako je slučaj iz Perua u vrijeme predsjednika Alberta Fujimorija. Alberto Fujimori (predsjednik od 1990. do 2000. godine) optužen je za genocid i zločin protiv čovječnosti zbog programa sterilizacije koji je donesen u vrijeme njegovog predsjednikovanja. Naime, Fujimori je provodio program prisilne sterilizacije usmjeren protiv urođenika, a sve u ime „javnozdravstvenog plana“. Program je predstavljen 28. srpnja 1995., a bio je financiran uglavnom sredstvima USAID-a (Američka međunarodna agencija za pomoć USAID donirala je 35 milijuna USD) i zaklade Nippon te poslije Populacijskog fonda Ujedinjenih naroda. Programom je uvedena sterilizacija te je legalizirano nekoliko kontracepcijskih metoda, što je naišlo na snažno protivljenje Rimokatoličke Crkve te katoličke organizacije *Opus Dei*. U veljači 1996. god. Svjetska zdravstvena organizacija je i sama je čestitala Fujimoriju na njegovu uspjehu u kontroli demografskog rasta. U rujnu 2001. godine ministar zdravstva Luis Solari formirao je poseban komitet sa zadatkom da istraži nepravilnosti vezane za program. U završnom izvješću komiteta iz srpnja 2002. god. otkriveno je da je između 1995. i 2000. godine sterilizirano 331 600 žena, dok je 25 590 muškaraca podvrgnuto vazektomiji. Plan, kojemu je svrha bila smanjenje nataliteta u siromašnim područjima Perua, u biti je bio usmjeren protiv autohtonoga stanovništva koje je živjelo u ruralnim nerazvijenim područjima. Procjenjuje se da je 400 000 domorodaca, muškaraca i žena, sterilizirano tijekom 1990-ih godina. Godine 2009. Američka komisija za ljudska prava osudila je program sterilizacije predsjednika Fujimorija navodeći da uključuje zločine protiv čovječnosti.

Kenija

Osim psihičkih bolesnika i etničkih manjina, važna skupina osoba koje su tijekom povijesti bile podvrgnute prisilnoj i neovlaštenoj sterilizaciji jesu HIV pozitivne žene. Neinformiranost stanovništva o prevenciji vertikalnog prijenosa HIV-a u slabije razvijenim zemljama dovodi to stigmatizacije, diskriminacije i u konačnici prisilne sterilizacije osoba koje boluju od te bolesti. Poznato je da kombinacija sigurnijih prehrambenih metoda novorođenčeta te antiretrovirusnih tretmana uzetih prenatalno, tijekom porođaja i u vrijeme dojenja, može znatno smanjiti šanse za prijenos HIV-a na dijete. Unatoč tomu, i u novije vrijeme nailazimo na primjere neovlaštene sterilizacije. Jedan od takvih jest prisilna sterilizacija 20-ak HIV pozitivnih žena u Keniji iz 2012. godine. Grupa žena iz Kenije tvrdi da su prisilno sterilizirane, bez vlastita znanja. Te žene imaju nešto zajedničko: sve su HIV pozitivne i tvrde da su sterilizirane bez pristanka u državnim bolnicama. Posrijedi je bila obmana ili je sterilizacija, u nekim slučajevima, bila uvjet da dobiju besplatne ili jeftine lijekove i hranu za dojenčad. Pitanje sterilizacije nosi dvostruku stigm.

„Ovo je Afrika. Ako ne možete rađati, i još ako ste HIV pozitivni, više vas ne gledaju kao ženu“, kaže Theresa Njoki koja vodi istraživanje.

Slučaj iz prakse

„Mlada djevojka, nezavršeni student, boluje od shizofrenije, a majka joj je dodijeljena kao skrbnik; djevojka često 'odluta', pa se s jednog lutanja vratila gravidna i rodila dijete nepoznata čovjeka, a sad, ni godinu dana nakon prvoga porođaja, opet je trudna s nepoznatom osobom. Majka ne zna kako spriječiti kćerine neodgovorne postupke, koji će se, sigurno, ponavljati kroz još dugi niz godina njezine fiziološke sposobnosti za prokreaciju. Majka dolazi da me zamoli za preporuku da ginekologu predložim sterilizaciju kćeri iz eugeničkih razloga...“

9.4. Ujedinjeni narodi i kontrola rađanja

Počevši od kraja 60-ih godina 20. Stoljeća, pod pritiskom Švedske, Indije, Pakistana i zagovornika Malthusove teorije, UN je preko UNICEF-a počeo financirati kontrolu rađanja novčani podupirući i promovirajući kontracepciju, pobačaje i sterilizacije širom svijeta. UNICEF i Svjetska zdravstvena organizacija postigli su 1972. postigle dogovor o suradnji u promicanju kontrole rađanja i planiranja obitelji. Od 1987. godine UNICEF podržava pobačaj kao metodu planiranja obitelji. Na Filipinima je UNICEF proveo cijepljenje 3,4 milijuna

žena, što je u većine njih uzrokovalo potpunu ili privremenu neplodnost. Slični slučajevi zabilježeni su i u Meksiku, Nikaragvi i drugdje.

UNICEF je 1997. donio kontroverznu odluku, kojom je Kinu proglasio najprijeteljskijom zemljom na svijetu što se tiče djece, usprkos kineskoj politici da parovi mogu imati samo jedno dijete. Usto, zabilježeni su brojni slučajevi rada na crno kineske djece u nehumanim uvjetima, velik broj pobačaja i čedomorstva, pogotovo djevojčica, jer kineske obitelji smiju imati samo jedno dijete. U pojedinim kineskim pokrajinama vlasti su organizirale prisilne sterilizacije i pobačaje. UNICEF i UNFPA financiraju Kinu s 5 milijuna dolara godišnje u potpori kineske politike jednoga djeteta.

Institut za istraživanje populacije (PRI) 1999. godine objavio je priopćenje kako u Afriku stižu brodovi puni kontracepcijskih i abortivnih sredstava umjesto hrane i lijekova, koje traže afričke države.

9.5. Akcija T 4

Akcija T4 (njem. *Aktion T4*) bio je program eutanazije tijekom kojega su liječnici u nacističkoj Njemačkoj ubili 70 273 osobe. Taj je program je bio na snazi od rujna 1939. do kolovoza 1941. g. Žrtve toga programa opisane su u Hitlerovu tajnom memorandumu od 1. studenoga 1939. opisane su kao neizlječivo bolesni i pacijenti čije je stanje utvrđeno nakon medicinskog pregleda. Na suđenjima u Nürnbergu iznesen je dokaz da su njemački liječnici nastavili s ubijanjem pacijenata i nakon listopada 1941. te dokaz da je oko 275 000 ljudi ubijeno u okviru akcije T4. Kodni naziv T4 bio je kratica od *Tirgartenstrasse 4*, zapravo adrese vile u berlinskoj općini Tirgarten, gdje je bilo sjedište dobrotvorne zaklade za Kurativnu i institucionalnu skrb (*Gemeinnützige Stiftung für Heil- und Anstaltspflege*). Ovo je tijelo djelovalo pod vodstvom Filipa Boulera, šefa Hitlerove kancelarije, i doktora Karla Branta, Hitlerova osobnog liječnika. Vila više ne postoji, ali je ploča na pločniku ulice Tirgarten označivala njenu lokaciju. Neki autori tvrde da je program T4 razvijen iz politike rasne higijene Nacističke partije, iz vjerovanja da njemački narod treba biti očišćen od rasno nečistih elemenata, koji su uključivali ljude s posebnim potrebama.

Nacistički je režim počeo provoditi politiku rasne higijene čim je došao na vlast u srpnju 1933. godine. Zakon za sprečavanje nasljedno oboljelog potomstva propisao je obveznu sterilizaciju za ljude koji su imali neko stanje koje su smatrali nasljednim, kao što su shizofrenija, epilepsija, Huntingtonova bolest i imbecilnost. Sterilizacija je također propisana

u slučajevima kroničnog alkoholizma i drugih oblika društvene devijantnosti. Procjenjuje se da je po tom zakonu 360 000 ljudi sterilizirano 1933. i 1939. godine.

Sudilo se dvadeset trojici liječnika i upravitelja zbog njihovih uloga u ratnim zločinima i zločinima protiv čovječnosti. Šesnaest optuženika je proglašeno krivim. Sedam je osuđeno na smrt, a kazne nad njima provedene su 2. lipnja 1948.

10. Etika i medicinska genetika

10.1. Etika i medicinska genetika

10.2. Genetička savjetovanje i testiranje

10.2.1. Genetičko testiranje

10.2.2. Genetičko testiranje za rak dojke i jajnika – geni BRC 1 i BRC 2

10.1. Etika i medicinska genetika

Medicinska genetika omogućuje ne samo prevenciju nego i dijagnostiku, prognostiku, a katkada i liječenje nasljednih bolesti. Osnovni *credo* stručnjaka i znanstvenika s raznih područja rada, a sa svrhom održanja i poboljšanja čovjekova fizičkog, psihičkog i socijalnog zdravlja, trebao bi biti vrhunsko dobro za čovjeka. Je li to uistinu tako?

Moramo se upitati hoćemo li postati robovi geneticizacije, eugenetikacije ili genomanije, koje već dobro vladaju suvremenom medicinskom genetikom, a time i medicinom naprednoga svijeta? (Opitz, 1996).

Opravdana je bojazan da je tehnologija nadvladala čovjekove savjest, etiku i moral. „Tehnologija nema savjesti, a čovjek – tehnolog i znanstvenik bi je morao imati“ (Pozaić, 1995).

Je li opravdano, humano i etično da se sve što je znanost otkriveno i primijeni u životu?

Biokemijske i citogenetičke sofisticirane metodologije, direktne i indirektne, pomoć ultrazvuka u otkrivanju genotipskih i fenotipskih promjena, mogućnost prenatalne dijagnostike malformacija te molekulska biokemijska i kariotipska dijagnostika većine bolesti (kako monogenetskih, tako i multifaktorskih i kromosomskih), programi probira i presimptomatsko otkrivanje nasljednih bolesti, pa i nekih malignoma, razvoj genetičkog inženjerstva, liječenje ploda konzervativnim i kirurškim putem, terapija gena – sve te i još mnoge navedene tehnologije omogućuju da već u razdoblju prije implantacije zametka u maternicu, a i malo poslije, tijekom embrijskog i fetusnog razvoja, možemo otkriti promjene na budućem čovjeku koje su nam donedavno bile tehnički nedostupne. Ta svemoguća tehnologija, koja je danas dovela i do kloniranja primata – majmuna (možda i čovjeka), zadire u najdublje razumsko i osjećajno područje *homo sapiensa*.

Bolja dijagnostika do submolekulske razine, otkriće novih lijekova (antibiotici, hormoni, citostatici) i multivalentnih cjepiva dobivenih genetičkim inženjerstvom, usavršena imunološko-kirurška rješenja transplantacije organa i tkiva, radioterapija čak i genska terapija, doveli su gotovo do nestanka nekih bolesti (variola, dječja paraliza, tetanus, difterija) i do smanjenja posljedica teških kroničnih bolesti (hipotireoza, dijabetesa, reumatske vrućice, neke vrste malignoma).

Međutim, nestankom jednih i olakšanjem tegoba uz druge, pojavile su se nove bolesti, ne manje opasne, teško rješive, među kojima su najteže one izravno ili posredno vezane za nasljeđe.

Poznato je da se svakih 30 sekundi negdje u svijetu rodi dijete koje je umjesto normalnoga intrauterinog razvoja prošlo kroz nenormalni razvoj (tzv. teratogeneza) s posljedničnom konatalnom anomalijom (anomalijom prisutnom pri rođenju, bez veze s etiologijom). Konatalne su anomalije najčešće vezane za promjene u nasljednoj masi (genomu) na genskoj ili kromosomskoj razini, dobivenoj od oca ili majke; one su dakle kongenitalne, za razliku od nenasljednih, stečenih ili akviriranih promjena, koje su također konatalne, ali su posljedica patoloških zbivanja samo tijekom aktualne trudnoće (npr. uzimanje teratogenih lijekova, visoka temperatura ili teratogene virusne bolesti majke tijekom embriogeneze, uz veću ili manju malformaciju ploda).

U medicini je poznato da 5 do 7 % novorođenih nosi malu ili veliku promjenu vezanu najčešće za hereditarnost, a da je rana smrtnost djece deset puta češća zbog kongenitalnih malformacija negoli zbog infekcija. Oko 43 % mentalno retardiranih opterećeno je nasljeđem; 50 % hospitalizirane djece i 25 % svih bolesničkih kreveta odraslih zauzimaju oni s nasljednim bolestima; 10 % starijih svakodnevno pregledavanih u ambulanzama nose tegobe vezane uz nasljeđe. Od više od 30 000 bolesti u patologiji čovjeka oko 60 % njih ima posrednu ili neposrednu vezu s nasljeđem (navodi prof. Zörgollern, 1994).

Prava pojedinca da krajnju odluku donosi sam – traži odgovor prihvatljiv većini ljudi, bez obzira na etničke, socijalne, ekonomske, religiozne i ine razlike u njihovu svjetonazoru.

Rješenje, odnosno odluku o eventualnom postupku vezanom za određeni problem, treba prepustiti prije svega osobi koja traži genetičku informaciju.

U medicinskoj genetici najprikladnija osnova za oblikovanje i usvajanje etičkog načina mišljenja jesu primjeri iz svakodnevnog rada. Pravno postavljene preporuke, katkada i zakoni,

stvoreni dogovorno na iskustvu stručnjaka i znanstvenika različitih profila, a zasnovani na etici, pomoći će i genetičaru i rizičnoj osobi donijeti pravu odluku.

Medicinski genetičar s posebnom edukacijom i iskustvom nema pravo savjetovati, nego mu je dužnost obavijestiti i protumačiti kako se određeni genetički problemi mogu riješiti. Uz znanje, osobno iskustvo i dobro poznavanje suvremene literature, medicinski genetičar treba biti i moralna osoba.

Nema zakona kojim bi se pravo na prokreaciju smjelo oduzeti bolesnoj osobi, koja prihvaća 50 % rizika za svoje potomstvo.

Uz patološki nalaz kariotipa nerođena djeteta, genetičar je dužan iscrpno i objektivno objasniti važnost nalaza za zdravlje nerođena djeteta, mogućnosti liječenja i rehabilitacije, kvaliteta života takva djeteta, a na roditeljima je da odluče hoće li, u slučaju nekvalitetnog života, željeti takvo dijete ili ne će. Većina zemalja u svijetu i zakonima prihvaća pravo na medicinsku indikaciju za prekid trudnoće uz teško malformirano dijete (ali uz različita gledišta o terminu dopuštenog prekida).

Želju za roditeljstvom mentalno retardiranoj osobi nitko nema pravo oduzeti. Pravo se na sterilizaciju ne prihvaća (problem omražene hitlerovske eugenetike, Šeparović, 1982). Potreba da se problemu sterilizacije priđe sustavnije i da se primijene suvremenija stajališta. Ima mnogo pitanja i postupaka koji su s etičkoga gledišta upitni:

- pitanje homoinseminacije i heteroinseminacije
- asistirana trudnoća (IVF)
- Što s prekobrojnim zametcima?
- višestruka trudnoća kao rezultat hormonske terapije
- surogatno materinstvo
- Kakvo stajalište zauzeti prema prenatalnoj dijagnozi?
- Treba li prihvatiti ili zabraniti intrauterinu terapiju ploda, konzervativnu i kiruršku?
- Treba li, zbog etičkih razloga, prihvatiti ili zabraniti program probira?
- Kako se odnositi prema presimptomskoj dijagnostici nasljednih bolesti?
- Treba li prihvatiti pokus na čovjeku, uključujući i gensku terapiju koja je još uvijek u pokusnoj fazi?
- Problem kloniranja?
- Transplantacija organa sa životinje na čovjeka?

- Kada nerođenu biću, u kojemu trenutku razvoja od začeca do rođenja, priznati pravo osobe?
- Što reći o pravu na život nerođene jedinke?
- Što je život i kada on počinje?

Prema pravničkoj definiciji, osoba je društveno i pravno priznati nositelj (subjekt) prava i dužnosti. Prema toj definiciji, plod ni u jednoj fazi razvoja nije osoba, ali od oplodnje do nastanka zigote, to je već potencijalni čovjek. Čovjek tek činom rođenja postaje pravno zaštićeno biće. Pravo na život osnovno je čovjekovo pravo. Život je nepovrediv i ističe se svetost života i nitko je nema pravo uzeti. Drugo je stajalište kvaliteta, osmišljenost života. Da li prihvatiti kategoriju kvalitete života? Tko će odlučiti čiji je život kvalitetan, a čiji nije kvalitetan?

Što je život uopće? Neki smatraju da je to apstraktan pojam i da se ne da definirati.

Medicinari ga obično definiraju kao sposobnost posebno organizirane materije da bude autonomna, autoregulativna i autoreproduktivna. Kada počinje život? Oplodnja, početak rada mozga, srca, rađanje, život je kontinuitet bez početka i kraja??

Odgovori na probleme i dvojbe u znanosti temelje se na činjenicama, prije negoli na mišljenju, na promatranju prije negoli na pretpostavci, na razumu prije negoli na osjećaju. Stoga pokušajmo, a u interesu vrhunskog dobra za čovjeka, upoznati i zbližiti različita gledišta u bioetici.

Nihil nocere bazična je doktrina etike koja vodi znanstvenike i stručnjake u njihovu radu s čovjekom

10.2. Genetičko savjetovanje i testiranje

Preduvjet da bi se uopće pristupilo testiranju jest genetičko savjetovanje tijekom kojeg liječnik internist ili onkolog na temelju razgovora i anamneze utvrđuje ima li smisla raditi testiranje u određene osobe i objašnjava što bi za nju značio pozitivan rezultat. Liječnik također procjenjuje je li za tu osobu uopće dobro da zna kako pripada visokorizičnoj skupini, jer na neke ljude to može djelovati umirujuće i motivirati ih da se zaštite redovitim kontrolama, a u drugih izaziva stres i paniku te im može nanijeti više štete nego koristi. Uz to se popunjava upitnik iz kojeg je vidljivo postoje li čimbenici koji upućuju na to da je netko kandidat za testiranje. Na kraju osoba mora dati i pisani pristanak.

10.2.1. Genetičko testiranje

Genetičko je testiranje među najnovijim i najsloženijim tehnikama u dokazivanju genetičkih poremećaja (proučava se DNA molekula). Genetičko testiranje obuhvaća i biokemijske testove za produkte gena, kao što su enzimi i drugi proteini. Korisno je u sljedećim slučajevima:

- pri otkrivanju prenositelja bolesnog gena
- pri predimplantacijskom genetičkom testiranju
- pri prenatalnom dijagnostičkom testiranju
- pri *screeningu* novorođenčeta
- pri obradi slijeda nukleotida u molekuli DNA
- pri predsimptomatskom testiranju zbog pretpostavke razvoja poremećaja u odrasloj dobi (Huntingtonova bolest)
- pri predsimptomatskom testiranju zbog pretpostavke razvoja tumora i Alzheimerove bolesti u odrasloj dobi
- pri forenzici.

Genetičko testiranje omogućuje predvidjeti nasljeđivanje pojedinih bolesti, a također se primjenjuje i pri određivanju genetičkog materijala oca djeteta, ili pri određivanju podrijetla osobe. Svaka osoba ima dvije kopije pojedinog gena (osim X-vezanih gena koje nasljeđuju muška djeca preko majke), jedan dobivamo od majke, a drugi od oca. Ljudski genom sadržava oko 20 000 do 25 000 gena. Genetičko testiranje proučava kromosome pojedinca, a biokemijskim testovima omogućuje otkrivanje prisutnosti eventualnih genetičkih bolesti, mutacija gena povezanih s povećanim rizikom od obolijevanja od genetičkih poremećaja. Testiranje otkriva promjene kromosoma, gena ili proteina. U većini slučajeva testiranje se primjenjuje pri pronalasku promjena koje su povezane s nasljednim poremećajima. Rezultat genetičkog testa može potvrditi ili negirati pretpostavljeno genetičko nasljeđe, a također pomoći odrediti pacijentove izgleda da se u njega razvije ili da dalje prenese genetički poremećaj. Trenutačno je u uporabi nekoliko stotina testova, a sve ih se više i više razvija.

Medicinski postupak

Genetičko se testiranje provodi na uzorku krvi, kose, kože, amnijske tekućine ili drugih tkiva. Uzorak se šalje u laboratorij gdje tehničari traže specifične promjene u kromosomima, DNA, ili proteinima, ovisno o tome na što se sumnja. Laboratorij potom predočuje rezultate testa napismeno liječniku testirane osobe ili genetičkom savjetniku.

Rutinski probirni (*screening*) testovi novorođenčeta izvode se na malim uzorcima krvi koji se dobivaju iz djetetove pete.

Rizici

Rizici su vezani za genetičko testiranje mali, posebno za ona testiranja koja se kao uzorkom koriste krvlju ili dijelom bukalne sluznice. Postupak kod prenatalne dijagnostike nosi mali, ali realan rizik od abortusa jer se kao uzorak upotrebljuje amnijska tekućina ili tkivo oko fetusa.

10.2.2. Genetičko testiranje za rak dojki i jajnika – geni BRC 1 i BRC 2

Etika testiranja BRC-a 1 (Erik Parens, Hastings Centar, New York)

„BRC-a 1 je velik gen s mnoštvom varijanata, pa su mogući lažno pozitivni i lažno negativni rezultati, te ovakva testiranja moraju biti popraćena genetičkim savjetovanjem. Osim toga, u svim testiranjima moraju biti poštovana određena etička načela kao što su povjerljivost, pravednost, autonomnost i druga. Povjerljivošću bi se osiguralo neotkrivanje rezultata testiranja trećim osobama, dok bi na temelju pravednosti testiranje bilo dostupno svim društvenim slojevima. Pojedinci trebaju sami za sebe odlučiti žele li se podvrgnuti testiranju, bez prisile, ali je teško govoriti o načelu autonomije u testiranju djece, malodobnika. Ako se testiranje obavlja iz dobrih nakana i ako je popraćeno neusmjerenim savjetovanjem koje poštuje etička načela, može nas s pravom učiniti zadovoljnim. Razlozi za zabrinutost, pa i strah, jest diskriminacija pri zapošljavanju i u zdravstvenom osiguranju. Moguće je i nepoštovanje načela autonomije radi štednje novca za medicinsko liječenje. Sigurno je da će na tržištu biti sve više testova te je moguća posljedica i testiranje radi zarade. BRC-a 1 test najvjerojatnije je biti ispitan na tržištu, a ne u dobro kontroliranim uvjetima istraživačkog centra s genetičkim savjetovalištem.

Među opasnostima povezanim s negativnim rezultatima jest i ta da neke pacijentice pogrešno shvate negativan rezultat kao nepostojanje rizika za bilo koju vrstu karcinoma dojke i stoga napuste preventivne i ostale postupke ranog otkrivanja. Pojedinci s negativnim rezultatima također su u većoj opasnosti da ih obuzme osjećaj krivnje zbog toga što su baš oni, a ne neka druga njima draga osoba, pošteđeni te obiteljske kuge, kako im se čini, i takvi su pojedinci, naravno, u opasnosti da razviju napete odnose s članovima obitelji koji su ili nositelji mutacije ili se ne mogu odlučiti na testiranje. Postoje, naravno, opasnosti povezane i s pozitivnim rezultatom. Osim očito dramatično povećanog rizika od manifestacije bolesti, pacijenti s pozitivnim testovima mogli bi izbjegavati buduće pretrage zbog straha; zatim postoji opasnost

od povećanog osjećaja strepnje, depresije i beznađa, kao i smanjenoga stupnja obrambenih mehanizama uzrokovana navedenim stanjima; razvijanja napetih odnosa s članovima obitelji koji se nalaze u podjednako teškoj situaciji jer trebaju odlučiti hoće li ili ne će za sebe potražiti tu informaciju. Konačno, danas još uvijek postoji i opasnost od toga da izgube radno mjesto i budu u diskriminirajućem položaju glede zdravstvenog osiguranja.

Razlozi „za“: ako ne za stravu, onda za duboku zabrinutost

Diskriminacija pri zapošljavanju i u osiguravanju. Kao što je navedeno, gotovo je suprotno etici iskoristiti genetičku informaciju o pojedincu kao razlog za uskraćivanje zaposlenja ili osiguranja. Pozitivan korak u tome smislu jest nedavna izjava Komisije za jednaku mogućnost zaposlenja (*Equal Employment Opportunity Commission, EEOC*) u kojoj se navodi da se, prema američkom Zakonu o Amerikancima invalidima (*Americans with Disabilities Act*) iz 1990. godine, korištenje rezultatima genetičkih testova u uskraćivanju zapošljavanja može smatrati kršenjem zakona. Testiranje zbog štednje novca. Što novčani izvori budu više presušivali, to će biti jači pritisci da se smanje troškovi možda čak i onda kad ono znači onemogućivanje nekim osobama donošenje odluke o reprodukciji. „Čula su se mišljenja, kao što je primijetio spomenuti odbor Medicinskog instituta (IOM), da bi se model javnoga zdravstva trebao primijeniti na genetiku s obveznim genetičkim testiranjem i čak obveznim prekidom trudnoće oboljelih fetusa.“

Vjerojatno se mnogo žena pita može li dobiti rak dojke, kao najčešći rak među ženskom populacijom ili rak jajnika koji nije toliko čest, ali je vrlo često smrtonosan, jer se najčešće otkriva u podmakloj fazi bolesti. Nitko im ne može dati siguran odgovor. Ipak danas postoji testiranje na ova dva gena BRC 1 (*BReast CAncer Gene 1*) i BRC 2 koji mogu biti odgovorni za nasljedne zloćudne bolesti dojke i jajnika. Međutim, žene koje ga imaju ne znači da će i oboljeti od navedenih bolesti.

Ako imate pozitivan jedan od navedenih gena vaš rizik za pojavu raka dojke ili jajnika znatno se povećava u usporedbi sa ženama u kojih nije pozitivan. Istraživanja su pokazala kako u dobi nakon 70. godine učestalost pojave raka dojki u žena koje nemaju mutirane gene iznosi 13 %, kod iste skupine bez pozitivnih gena učestalost raka jajnika u istoj je dobi oko 1,5 %. Naprotiv, u istoj dobi, nakon 70. godine života, ako imate BRC 1 mutaciju, tada učestalost raka dojke raste na 60 – 80 %, a učestalost raka jajnika raste na 20 – 45 %. Ako imate pozitivan gen BRC 2, tada učestalost raka dojke također iznosi 60 – 80 %, dok učestalost raka jajnika iznosi 15 – 27%.

Ipak „samo“ 5 do 10 % žena nosi te gene, dakle naslijedile su ih od svojih predaka. Naime, obavljeno je veliko istraživanje u SAD-u u kojemu je testirano 212 920 žena koje su oboljele od raka dojke. U toj, ispitivanoj skupini bile su se sve žene koje su oboljele, bez obzira na pojavu bolesti u obitelji ili posjedovanje navedenih onkogeni.

Pozitivan rezultat ne znači da osoba ima rak niti da će ga sa sigurnošću dobiti, nego je samo upozorenje. Genetičko testiranje na rak dojke i jajnika namijenjeno je samo osobama koje pripadaju rizičnoj skupini.

Prenatalno testiranje. Prenatalno se testiranje primjenjuje u otkrivanju promjena fetusovih gena ili kromosoma prije rođenja. Ovakva se vrsta testiranja nudi parovima s povećanim rizikom da dobiju dijete s genetičkim ili kromosomskim poremećajem. U nekim slučajevima prenatalno testiranje može odagnati sumnje para ili mu pomoći u odluci hoće li napraviti abortus. Ipak, ne može otkriti sve moguće nasljedne poremećaje i defekte. Prenatalno testiranje dobiva na sve većoj važnosti, a pogotovo u trudnica u 30-im godinama, u kojih postoji izniman rizik da rode djecu s anomalijama. Tipičan je primjer trisomija 21 ili Downov sindrom koji je u porastu, pa se stoga danas svim „starijim“ trudnicama preporučuje napraviti sljedeću prenatalnu dijagnostiku: Double/Trippl test, ultrazvučni probir, *color dopler*, biopsiju korionskih resica i amniocentezu. Pošto pacijentica dozna nosi li dijete s Downovim sindromom ili ne, može se navrijeme odlučiti želi li roditi dijete ili ne.

Slučaj 1.

„U Genetički informacijski centar dolazi uredno odjeven, pristojan mladi bračni par s malim djetetom – ona čistačica, a on gradski smetlar. Nekoliko izmijenjenih rečenica bilo je dovoljno da me upozori na mentalnu retardaciju obaju bračnih partnera (muž je nositelj kromosomopatije, žena je s idiopatskom oligofrenijom). Njihovo trogodišnje dijete, s jakom mentalnom retardacijom, poslala sam, uz želju roditelja, na rehabilitaciju u odgovarajući centar. Kako se nakon toga nisu godinama javljali, a kao pedijatricu me zanimala djetetova sudbina, pozvala sam roditelje, no umjesto njih došao je djed s nepokretnim petogodišnjim djetetom u naručju. Rekao mi je da je prvo dijete azilirano, a da je ovo drugo dijete njegove kćeri i zeta pa me moli da ga smjestim u neki dom jer kći baš te dane očekuje treći porođaj, a njegova supruga i on, stari i nemoćni, ne mogu se dalje brinuti o djeci njegove kćeri, koja je 'sirota dobra, lako rađa, ali nije se kadra, ni ona, ni njezin muž, iako rade, brinuti o odgoju djece' koja su, kako se iz prvih dvaju primjera vidi, još jače mentalno zahvaćena negoli njihovi roditelji.“

Slučaj 2.

Žena (36. g.), majka triju zdravih sinova, dolazi u kliniku za ginekologiju i objašnjava da je tijekom spolnog odnosa pukao prezervativ te da pretpostavlja da je sada već oko 10 tjedana trudna. Htjela bi utvrditi spol djeteta i, ako se uspostavi da je dijete muškoga spola, pobaciti.

Slučaj 3.

Mladi bračni par ima teškoća u ostvarivanju trudnoće i odlučili su se na umjetnu oplodnju. Pri uzimanju povijesti bolesti od bračnog para, liječnik saznaje da je ženin otac umro od Huntingtonove bolesti (koreje). Ona sada ima 29 godina i nije testirana za gen koreje jer ne želi znati hoće li oboljeti od iste bolesti. Njezin suprug postavlja pitanje može li se utvrditi gen samo u djeteta i implantirati onaj embrij koji ga ne nosi, s uvjet da se preskoči testiranje majke i obavještanje roditelja ako taj gen postoji u djeteta, a time i u majke.

Huntingtonova je koreja autosomno dominantno nasljedna bolest. Mutirani je gen smješten na kromosmu 4, što omogućuje i prenatalnu dijagnozu te bolesti. Bolest se pojavljuje podjednako u muškaraca i žena u 4. ili 5. desetljeću. Oboljeli obično umire 15-ak godina od početka simptoma. Simptomi su razdražljivost, depresija, nekontrolirani pokreti i trzajevi tijela, do potpune paralize. Također nastupa i do poremećaj govora pa sve do potpunog propadanja spoznajnih funkcija.

Testiranje na cističnu fibrozu

Prvo dijete, tj. prva IVF (*in vitro fertilisation*) beba, kojoj je predimplantacijski učinjen test za genetički poremećaj, cističnu fibrozu, rođena je 1992. godine u Londonu. Naime, cistična je fibroza autosomno recesivna letalna bolest koja zahvaća djecu, a karakterizirana je zatajenjem gušterače, ponavljajućim i kroničnim plućnim infekcijama, crijevnom opstrukcijom te muškom infertilnošću. Liječnici bolnice Hammersmith izdvojili su iz jajnika gospođe Michelle O'Brian nekoliko jajašaca i oplodili ih spermom njezina supruga. Nakon nekoliko faza razdvajanja gameta, liječnici su na svakom od embrija proveli testiranje i u konačnici odabrali dva embrija bez mutiranog gena za cističnu fibrozu. Preostali su embriji odbačeni. Nakon što se jedan od zdravih embrija razvio, implantiran je u pacijentičinu maternicu. Inače, oba roditelja su nositelji gena za cističnu fibrozu, a već su imali sina s istom bolešću. Budući da su željeli biti sigurni da njihovo sljedeće dijete ne će također oboljeti od cistične fibroze, odlučili su se zahtijevati od liječnika provođenje PID-a (preimplantacijske dijagnostike).

11. Kiborgizacija i čipiranje

11.1. Kiborgizacija

11.2. Čipiranje

11.3. Kloniranje

11.3.1. Ovca Dolly

11.3.2. Katolički pogled na kloniranje ljudi

11.3.3. Zakonski članci o kloniranju i promjeni ljudskog genoma

13.1. Kiborgizacija

Riječ *kiborg* akronim je od „(kib)ernetički (org)anizam“ kojim se označuje sinteza biološkog organizma i mehaničkoga stroja. Pojam kiborga nastao je 1960. godine zahvaljujući znanstvenicima Manfredu E. Clynesu i Nathanu S. Klineu koji su se bavili načinima prilagođivanja ljudi za opstanak u svemiru. Prema njihovim nastojanjima svrha je kiborga bila dati „organizacijski sustav koji se o robotskim problemima (kao što je autonomno homeostatsko upravljanje tijelom) brine automatski i nesvjesno, ostavljajući čovjeka da istražuje, stvara, misli i osjeća“ . Kiborgizacija se temelji na sve učestalijoj povezanosti između čovjeka i umjetne tehnike, odnosno na implementaciji umjetnih dodataka u čovjekovo tijelo. Možemo je podijeliti na: postupak nadomještanja, koji podrazumijeva bioničke proteze, umjetni kuk ili elektrostimulator srca, zatim na postupak normalizacije, kao što je ugradnja čipa za vraćanje vida ili električno stimuliranje mozga; nadalje, na postupak poboljšanja, npr. memorijski čip; postupak preoblikovanja, u smislu dodavanja umjetnih organa ili ultrazvučnog signala. Znanstvenici i javnost podijeljeni su glede razvoja kiborgizacije. Transhumanisti podržavaju tehnološko poboljšanje čovjeka jer ono optimizira šanse za kvalitetniji život pojedinaca i društva kao cjeline. Uvjeti za kvalitetniji život jesu nužno i opravdano liječenje i sprječavanje nastanka bolesti, ali i poboljšanje mentalnih i fizičkih sposobnosti čovjeka koje vode „zdravijemu“ društvu u cjelini. Nasuprot njima, biokonzervativci smatraju da čovjek ne može u sebi utemeljiti pravo na produženje života znanstveno-tehničkom intervencijom jer bi to čovjeku dalo neizmjernu moć bez etičkih ograničenja, ali i izazvalo velike promjene u unutrašnjoj strukturi društva te dovelo do formiranja novih društvenih hijerarhija. Rat između generacija pridružio bi se klasnom i etničkom konfliktu i postao najvažnija linija podjele u društvu. Osim toga, promijenio bi se i odnos ljudi prema smrti. Kako je Fukuyama objasnio u svojem djelu *Naša poslijeljudska budućnost*, na smrt će se gledati „ne kao na prirodan i neizbježan aspekt života, već kao na

glup izbor, kao na zlo koje se može spriječiti, kao što je dječja paraliza ili boginje“. Gledajući s etičkoga stajališta, postoje brojni etičko opravdani primjeri rekonstruktivne kiborgizacije koji se odnose na zamjenu i obnovu izgubljenih ili oštećenih bioloških funkcija i organa koji su ugradnjom umjetne tehnike u biološki organizam omogućili unesrećenim ljudima povratak u zdravo stanje organizma (npr. *pacemaker*, umjetni kuk, bionički udovi, umjetna pužnica, itd.). Etički je upitna poboljšavajuća kiborgizacija čovjeka, kojoj je svrha proširenje postojećih te dodavanje novih funkcija koje čovjek izvorno ne posjeduje (npr. ugradnja čipova u ljudsko tijelo), čime se nužno mijenja čovjekova prirodna struktura sa svrhom stvaranja nadljudskih sposobnosti. Očiti primjer nužnosti etičkog propitivanja poboljšavajuće kiborgizacije jest projekt prof. Kevina Warwicka sa Sveučilišta u Readingu. Godine 1998. Warwick je tražio da mu se implantira RFID silikonski čip s pomoću kojeg je komunicirao s računalom te na taj način upravljao vratima, svjetlom, grijalicom i drugim računalima bez podizanja prsta. Takav implantant sadržava sve vrste informacija o osobi – od podataka o kreditnoj kartici, zdravstvenom osiguranju te krvnoj grupi. U kasnijem eksperimentu Warwick je putem interneta spojio svoj živčani sustav sa živčanim sustavom svoje supruge. Cilj je eksperimenta bio stvaranje oblika telepatije i empatije putem interneta, to jest prijenos emocija – boli, fizičke emocije i seksualnog uzbuđenja – koje je naposljetku rezultiralo prvom elektroničkom komunikacijom između živčanih sustava dvoje ljudi. Predočeno spajanje tehnologije s ljudskim živčanim sustavom i njezino izravno implementiranje u ljudski mozak potiče niz pitanja o promjeni značenja „ja“ te ima izravan utjecaj na samu čovjekovu autonomiju. Velika je razlika koristimo li se poboljšanjem eksterno ili interno. Warwick to slikovito prikazuje: „Pojedinač koji nosi naočale, bilo da one sadržavaju računalo ili ne, ostaje autonomno biće. No, ako je čovjekov živčani sustav spojen s računalom, ne samo da je njegova individualnost dovedena u pitanje nego računalo koje je dio mreže ili spojeno na mrežu, omogućuje ugrožavanje čovjekove autonomije“. S pravom se Warwick pita što će se dogoditi ako čovjekova svijest bude temeljena dijelom na ljudskom, a dijelom na umjetnom živčanom sustavu, i znači li to da će čovjek prihvatiti vrijednosti, etiku i moral kiborga. Upravo zato je nužna izrada sveobuhvatnoga pregleda ponajprije etičkih implikacija ugradnje umjetne tehnike u ljudsko tijelo, posebno kada je riječ o nastojanjima za poboljšanje ili preoblikovanje tijela. Potrebno je prije svega utvrditi ciljeve i definirati norme kojih će se držati svi oni koji su uključeni u kreiranje novih tehnologija i njihovo implementiranje u ljudski organizam. To se odnosi na: etičnost implementacije – odrediti razliku između postupaka nadomještanja i normalizacije te postupaka poboljšanja i preoblikovanja; uporabu implementacije – utvrditi utjecaj implementacije na zdravlje i sigurnost pojedinca; ciljevi

implementacije – odnosi se na utvrđivanje cilja koji implementacija želi postići – je li cilj implementacije određenih proteza liječenje ljudskog organizma ili pak poboljšanje njegovih fizičkih i mentalnih sposobnosti; sredstva implementacije – odnosi se na upitnost sredstva koje se upotrebljava za implementiranje te posljedice na ljudsku prirodnost, identitet i status ljudskog roda; granice implementacije – zabraniti poboljšanja i primjenu umjetne tehnike na zdravim ljudima, a kod etički opravdano kiborgiziranih osoba osigurati zaštitu osobnih podataka; budući razvoj implementacije – potrebno je staviti pod kontrolu javnosti te definirati pitanja distributivne pravde – hoće li implantacija biti svima dostupna na jednak način ili će postojati klasifikacija između onih koji će primiti proteze niže kvalitete i onih koji će primiti najkvalitetnije proteze; centar odlučivanja o implementaciji – tko odlučuje o implementaciji umjetne tehnike?

Trenutačno postoji niz svjetskih projekata koji su izazvali polemike i potrebu za stvaranjem etičkih načela kiborgizacije. Jedan od najzanimljivijih jest „Projekt umjetnog mozga“ , odnosno *Human Brain Project* – HBP. Voditelj je projekta profesor Henry Markram koji radi u laboratoriju u Švicarskoj i koji najavljuje da će do 2018. godine uspješno napraviti prvi umjetni mozak koji ima potpune funkcije kao pravi mozak. Cijeli će se tim sastojati od više od dvjesto individualnih istraživača iz osamdeset različitih institucija diljem svijeta. Projekt „Plavi mozak” stajat će desetke milijuna eura, a mozak će napraviti od silicija, zlata i bakra. Prema Markramovim najavama, bit će u svemu istovjetan, ako čak ne i bolji po svojim sposobnostima od ljudskog! Prema znanstvenicima koji rade na projektu HBP-a, stvorit će nove platforme, njih ukupno šest, neurobaziranog programiranja te neurorobotike dopuštajući istraživačima razvoj novih programskih sustava i robota baziranih na arhitekturi te moždanim sklopovima. Istraživači će dobiti priliku rekonstruirati ljudski mozak dio po dio te postupno ugraditi kognitivne komponente u sveobuhvatno superračunalo. Za liječnike i farmaceutske kuće, HBP će omogućiti testiranje lijekova bez potrebe za skupim i opasnim testiranjima na ljudima ili životinjama, pružit će novi uvid u bolesti mozga te moguće razumijevanje poremećaja poput Parkinsonove ili Alzheimerove bolesti, a posebno duševnih bolesti, koje su najveća nepoznanica. Projekt je poduprla i financira ga Europska unija i mogao bi prometnuti Europu kao vodeću „silu“ u rješavanju jednog od najvećih izazova postavljenih pred ljudski rod – razumijevanje ljudskog mozga. Ono što budi sumnju i etička pitanja jest hoće li taj napredak u znanosti poslužiti kao uzorak za poboljšavanje mentalnoga sklopa zdravih, inteligentnih, sposobnih ljudi, pretvarajući ih u „nadjude“?

U novije vrijeme velika istraživanja i očekivanja uprta su u otkrivanje svojstava lista ugljika – grafena, zbog čijeg su otkrića 2004. dvojica znanstvenika sa sveučilišta u Manchesteru

osvojila Nobelovu nagradu za fiziku 2010. godine. Grafen pokazuje jedinstvenu dvodimenzionalnu strukturu i posebna fizička i kemijska svojstva koja vode brojnim potencijalnim primjenama. Praktički znači revoluciju u elektronici, nanotehnologiji, a, među ostalim, i u medicini. Biomedicinske primjene grafena privukle su brojne interese u protekle tri godine. Neke od tih primjena jesu transport lijeka, liječenje raka te biološke slikovne metode. Istraživanje na grafenskim/GO potpornim materijalima za razvoj staničnih kultura relativno je nov smjer koji zaslužuje posebnu pozornost. Studije u ovom području dosad su pokazale da su grafen i GO (grafenov oksid) sposobni ubrzati rast, diferencijaciju i proliferaciju matičnih stanica te su stoga obećavajuće u tkivnom inženjerstvu, regenerativnoj medicini i u drugim biomedicinskim granama. Trenutačno je grafen daleko od primjene i postoji nekoliko velikih prepreka koje treba prevladati prije pojave u komercijalnim uređajima. Na prvom mjestu stoji neriješeni problem pouzdane proizvodnje grafena. Poznati postupci, poput mehaničke eksfolijacije iz grafita, daju uzorke čiju veličinu i kvalitetu nije moguće predvidjeti pa je stoga potreban veliki oprez.

Čovjek današnjega doba posve se prilagodio diskursu vremena u kojem se njegovo tijelo doživljava kao zastarjeli koncept čiju evoluciju treba ubrzati znanstveno-tehničkim sredstvima radi unapređenja tijela mijenjajući mu pri tome izgled, sadržaj i namjenu. Strah od smrti kojoj je podložno tijelo sastavljeno od krvi i mesa, ali i potreba prilagodbe tog tijela novom znanstveno-tehničkom okružju, glavni su motivi kiborgizacije ljudskog tijela. Poboljšani će čovjek biti mentalno i fizički nadmoćan sadašnjem, a u perspektivi i besmrtnan. Tehnike kiborgizacije obećavaju „pomoć“ ljudskom tijelu, kreirajući ga s proširenim sposobnostima i poboljšanim mentalnim i fizičkim kapacitetima. Njihovi nas zastupnici uvjeravaju da ćemo postati, odnosno ostati „kontrolori“ vlastite evolucije. Bijeg od smrtnog tijela sastavljenog samo od krvi i mesa i situiranje u besmrtnom tijelu krajnja je implikacija poboljšanja i preoblikovanja ljudskog tijela tehničkim sredstvima. Daskorašnji čovjekovi produžetci u liku znanosti, tehnike i medicine danas sudjeluju u stvaranju tehnološkog nadčovjeka – postčovjeka koji je već po svojem ustroju sredstvo neograničenih znanstveno-tehničkih mogućnosti. Takav smjer razvoja bez kiborgoetičkih pitanja i na njima zasnovanih zakonskih rješenja i pritiska javnosti dovest će do „samorazvoja“ posthumanoga društva u kojemu će ostateci prirodno ljudskog biti tretirani kao tumor na „zdravom“ znanstveno-tehničkom tkivu. Znanstveno-tehnički modificirani tijelo i psiha producirat će umjetnog nadčovjeka koji više ne će biti kadar postaviti kiborgoetička pitanja, a još manje promišljati smisao svojeg postojanja jer će pretpostavke ljudskog biti izbrisane tijekom znanstveno-tehničke evolucije.

11.2. Čipiranje

Projekt koji je također izazvao brojne polemike i istupe javnih udruga jesu RFID – radiofrekvencijskoidentifikacijski čipovi. Tehnologija biočipa razvijena je 1983. godine u svrhu praćenja i promatranja životinja. Danas se upotrebljuje u dvadesetak zemalja svijeta u više od tristo zooloških vrtova, u mnogim biološkim laboratorijima i pri promatranju životinja u divljini, a i mnogi ljudi svoje kućne ljubimce označuju biočipovima. Primjena biočipova na ljudima ostala je u domeni znanstvene fantastike sve do 2001., kada je kompanija „Verichip“ razvila prvi komercijalni biočip namijenjen uporabi na ljudima. Čip se implementira ispod kože i nakon što se aktivira emitira ID koji korisniku omogućuje pristup raznim informacijama. U početku su se upotrebljavali u zatvorima radi označivanja zatvorenika kako bi se izbjegli bjegovi, bolnice su eksperimentirale s ID narukvicama s pomoću kojih su medicinski djelatnici dobivali informacije o pacijentu iz baze podataka, pratili pacijente koji su se oporavljali od bolesti i slično. No, na pritisak javnosti i mnogih udruga za ljudska prava, njegova proizvodnja i marketing prekinuti su 2010. godine. Ono što je najviše uzбудilo javnost jest podatak da su čipovi povezani s razvojem zloćudnih tumora u ljudi. U ovom slučaju najviše su svoje zdravlje doveli u opasnost ljudi koji su u sebe ubacili „Verichip“ da bi im se tobože promatralo zdravstveno stanje i automatski dijagnosticirale bolesti (iako takvi čipovi nemaju senzore koji bi mogli takvo što učiniti, već služe isključivo za identifikaciju). U korisnika „Verichipa“ razvijali su se sarkomi i drugi poražavajući popratni efekti uzrokovane ne samo stranim tijelom već radiozračenjem elektroničkog čipa. Ljudi koji su imali implantirane takve čipove vrlo često dobivali su simptome slične azbestozu, iako je proizvođač tvrdio da u čipu ili oмотnici čipa nema azbesta. Danas se pojavljuju ideje za korištenje RFID sustavima kao zamjenom za crtične (bar) kodove u trgovinama i skladištima, koji bi omogućili jednostavnije i brže očitavanje proizvoda. Za razliku od crtičnih kodova koji se vrlo lako mogu oštetiti i time izgubiti informaciju, RFID tagovi vrlo su otporni na fizička oštećenja. U RFID tagove odgovarajuće vrste mogu se naknadno zapisivati informacije (npr. da je određeni komad proizvoda rezerviran ili već plaćen, informacije o uvjetima jamstva i sl.). Iako tehnologija radiofrekvencijske identifikacije ima potencijalno jako veliku širinu primjene, sve posljedice njezine primjene još uvijek se ne mogu u potpunosti sagledati niti procijeniti. Povećanjem uporabe u etički prihvatljive svrhe moći će se bolje sagledati prednosti i nedostaci te se iskristalizirati one primjene koje će u najvećoj mjeri iskoristiti sve njezine prednosti.

Tehnologija čipiranja

Radiofrekvencijska identifikacija (RFID) tehnologija je automatskog prikupljanja podataka s pomoću čipa fiksiranog za proizvod ili korisnika. Rabi se za praćenje na daljinu. Radiofrekvencijski uređaji, odnosno mikročipovi mogu biti s antenom ili bez nje. Uređaji mogu biti aktivni, polupasivni i pasivni. Aktivni imaju vanjski izvor napajanja kao što je baterija. Omogućuju primanje, odašiljanje i pohranjivanje podataka na veću udaljenost od pasivnih. Baterije kakve rabe takvi čipovi navodno mogu trajati stotinjak godina jer su samoobnovljive.

RFID čipovi, osim kao novac, mogu se iskoristiti za medicinski nadzor, kao vozačka dozvola, putovnica, kao antiterorističko rješenje, ali mnogi upozoravaju da ta tehnologija može sadržavati mehanizme za kontrolu uma, motorike, govora i sjećanja, što bi omogućilo totalni nadzor čovječanstva na cijelom planetu, kompromitirajući našu slobodnu volju.

Čipiranje se primjenjuje za istraživačke, vojne i druge svrhe. Čipiranje domaće stoke i ljubimaca te divljih zvijeri pomoglo je pri praćenju kretanja stoke i zvijeri. S druge strane, čipiranjem ljudi praćeni su pojedinci u svrhu borbe protiv terorizma, ali i neistomišljenici, politički protivnici koji se ne bave terorizmom. Osobna iskaznica može sadržavati čip i sve podatke o pojedincu: porijeklu, obrazovanju, zaposlenju, zdravstvenom stanju, etničkoj i vjerskoj pripadnosti, financijskom stanju, prekršajima i ostalom.

Nakana je da se svakom čovjeku ugradi identifikacijski čip tako da ga se može pratiti. Američki potpredsjednik Joe Biden govorio je o tome da bi se jednog dana mogao donijeti zakon o čipiranju stanovništva. Također, Tommy Thompson, bivši guverner Wisconsina, podupirao je ugradnju čipova u ljude“, možda zato što je imao dionice tvrtke „VeriChip“ koja se bavila upravo takvim stvarima. Navodi se da bi čipiranje služilo za poboljšanje kvalitete života? Čipiranje djece da se spriječe otmice, starijih da ih se čuva, dijabetičara da ih se pravodobno upozori, čipiranje ljudi koji su alergični na nešto, čipiranje zatvorenika itd. Sve to zvuči dobro, primjenjuje se tehnologija da se poboljša život. No, skeptici upozoravaju da takva tehnologija u pogrešnim rukama može omogućiti totalnu kontrolu čovječanstva. Moć, kontrola i potpuna vlast nad čovjekom već su neko vrijeme vrlo vidljivi u društvu, a čipiranje budućih generacija potpuno je ostvarenje toga zlog plana usmjerenog protiv čovjeka.

Navodi se da,0 jednom kada čip bude ugrađen u tijelo, nitko ne može biti siguran da netko ne upravlja vašim pokretima mislima i djelima. Čip je vrhunac oduzimanja slobode čovjeku i to je ono najužasnije od svega

Za sada su, u široj primjeni, samo „životinjski čipovi“. Donesena je zakonska obveza da svi kućni ljubimci moraju biti čipirani pa se to i provodi u praksi.

Rusija je prva u svijetu uvela obveznu RFID karticu koja će zamijeniti doslovno sve dokumente, od zdravstvene i kreditne kartice do osobne iskaznice i putovnice.

Gledano etički, neprihvatljivo je obvezno čipiranje ljudi jer se time krši čovjekova sloboda, jer se gube čovjekova povjerljivost i njegova privatnost. Moguće su zlouporabe vrlo velike pa bi se trebalo oduprijeti obveznom čipiranju jer ima i drugih načina da se vodi briga o zdravlju ljudi, ugroženih skupina pa time otpada argument da je to korisno i nužno.

Projek Cyborg

Prvi projekt kiborgizacije čovjeka RFID čipom bio je 1998. godine, kada je prof. Kevin Warwick u sebe ugradio čip koji mu je omogućavao otvaranje vrata i paljenje svjetala. Cilj je testa bio utvrditi koliko tijelo može izdržati nošenje čipa i kakve će signale čip odašiljati. Čip je uklonio nakon 9 dana.

U kasnijem pokusu 2002. godine na Warwickov n. medianus spojili su mehaničku ruku (koju je konstruirao Mark Gasson) koja se micala kao i Warwickova prava ruka. Pokus je također obavljen preko interneta tako da je Warwick postao prvi čovjek koji je sa svojim živčanim sustavom spojen na internet. Nakon toga izveden je još jedan pokus u kojemu je još jedna takva ruka spojena na medianus Warwickove žene. To je bio prvi put da živčani sustavi dvoje ljudi komuniciraju elektroničkim putem.

Britanski znanstvenik Mark Gasson implantirao je 2009. godine RFID čip u svoju lijevu ruku, 2010. godine demonstrirao je kako računalni virus može inficirati njegov RFID čip i s pomoću njega inficirati druge sustave. Nakon toga je službeno proglašen prvim čovjekom koji je inficiran računalnim virusom.

Prvu komercijalnu primjenu RFID čipova ugrađenih u ljudsko tijelo počela je kompanija VeriChip (sada se naziva PositiveID) koja je u 2004. godine od FDA (*Food and Drug Administration*) u SAD-u dobila dozvolu za proizvodnju svojega čipa (čip se zvao isto kao i kompanija). Čip je bio veličine 2 zrna riže i imao je 16-znamenkasti kod. Najčešće su ugrađivani u desne nadlaktice. Čip je uzrokovao mnogo kontroverzi i prije primjene jer je dovodio u pitanja ljudska prava, a i sigurnost mu je bila manjkava (čip se lako mogao klonirati i tako ukrasti identitet osobe koja ga nosi). Također su se pojavile studije prema kojima čestice staklene kapsule u kojoj se čip nalazio uzrokuju sarkome u 10 % testiranih miševa. Nakon toga vrijednost dionica kompanije VeriChip pala je za 40 % i prestalo se s proizvodnjom čipova.

Poslije je kompanija promijenila ime u *PositiveID* i nastavila s poslovanjem (uglavnom s *Homeland Securityjem*)

11.3. Kloniranje

Kloniranje (grč. κλών – grana, mladica) pojam je koji u širem smislu označuje prirodni ili umjetni razvoj dviju ili više genetički identičnih stanica ili organizama.

U definiranju pojma kloniranja, s jedne strane, u zoologiji i botanici, a, s druge, u reprodukcijskoj medicini i staničnoj biologiji, polazi se s različitih polazišta.

Kloniranje je oblik nespornog razmnožavanja različitih jednostaničnih i višestaničnih organizama pri kojemu nastaju potomci koji su jednaki roditeljskom organizmu i međusobno, no, za znanost je, ipak, zanimljivije proučavati kloniranje sisavaca. Kloniranje je pojam koji potječe iz 1963. godine te, naizgled, nije osobito složen zahvat i već 1962. britanski znanstvenik John Gurdon uspio je stvoriti jednu žabu. Uspješno je prenio jezgru iz jedne tjelesne stanice žabe u neoplođenu jajnu stanicu žabe u kojoj je prije toga uništio jezgru UV zračenjem. Iako se tako dobivena jajna stanica uspjela razviti samo do punoglavca, ova tehnika prijenosa jezgre pokazala je put za nova uspješna kloniranja.

U posljednjih nekoliko godina znanstvenici su uspjeli klonirati više vrsta životinja. Godine 2001. američki su znanstvenici čak pokušali klonirati čovjeka, no u tome nisu uspjeli. Jedna tehnika koju znanstvenici primjenjuju za dobivanje klonova naziva se nuklearnim transferom. Znanstvenici najprije iz ženke uzmu neoplođenu jajnu stanicu i iz nje odstrane jezgru, koja sadrži DNK. Iz tijela životinje koju će klonirati uzmu odgovarajuću stanicu, primjerice stanicu kože, čija jezgra sadržava sve genetske informacije o svom vlasniku. Tu stanicu (ili samo njezinu jezgru) znanstvenici tada unesu u jajnu stanicu iz koje su odstranili jezgru i kroz nju puste struju. Tim se postupkom postiže sjedinjenje stanice i citoplazme jajne stanice. Nakon što dobije novu jezgru, jajna stanica počinje se dijeliti kao da je oplođena, čime počinje razvoj klona životinje iz koje je uzeta tjelesna stanica.

Embrij se tada može implantirati u maternicu zamjenske (surogat) majke, gdje će se, u rijetkim slučajevima kada sve teče po planu, nastaviti razvijati dok ne dođe vrijeme da mlado dođe na svijet. Postoji i druga mogućnost, a to je da se embrij zadrži u maternici samo dotle dok se iz embrioblasta ne uspiju izdvojiti embrionalne matične stanice koje se dalje mogu držati u kulturi. Znanstvenici vjeruju da bi ovaj, temeljni princip kloniranja trebao biti djelotvoran i u slučaju ljudi. Zapravo, pokušaj kloniranja čovjeka izveden je s nakanom da se dobiju embrionalne matične stanice. Kloniranje u tu svrhu naziva se terapijskim kloniranjem.

11.3.1. Ovca Dolly

Najpoznatija ovca u povijesti, ovca Dolly, došla je na svijet 5. srpnja 1996. kao prva životinja klonirana od stanice odrasle jedinke. Ovca je nazvana Dolly i ubrzo je postala najpoznatija ovca na svijetu, a danas je gotovo sinonim za kloniranu životinju opće. Kloniranje su obavili znanstvenici iz škotskog instituta Roslin pokraj Edinburgha. Uzeli su jednu stanicu odrasle ovce i njenu jezgru ubacili u jajnu stanicu druge. Takav su zametak usadili u maternicu treće ovce, koja je „rodila“ Dolly. Time je Dolly genetski potpuno jednaka prvoj ovci, tj. Dolly je njezin klon. Zanimljivo je da je ime Dolly ovca dobila po slavnoj glazbenici Dolly Parton, poznatoj po svojem poprsju, i to zato što je stanica uzeta iz mliječne žlijezde odrasle ovce.

Ovca Dolly doživjela je šest godina života, no tada je dobila tešku bolest pluća, pa su je morali eutanazirati. Dvojbeno je li je kloniranje uzrok relativno rane smrti ovce Dolly, jer je plućna bolest bila uzrokovana jednom vrstom virusa, a i jedna druga ovca iz istog stada uginula je od nje. Neki, međutim, nagađaju da je uzrok rane smrti možda bio u činjenici da je Dolly klonirana od odrasle ovce stare šest godina, pa su joj telomeri diktirali starost od 6 godina već pri rođenju. Naime, inače ovce pasmine Finn Dorset, kakva je bila Dolly, imaju očekivanu starost od upravo 11 do 12 godina. Zanimljivo je da je za života Dolly okotila čak 6 janjaca, koji su nazvani Bonnie, Sally, Rosie, Lucy, Darcy i Cotton.

Kada je Dolly klonirana godine 1996. iz stanice šestogodišnje ovce, postala je predmetom kontraverzi koje traju do današnjih dana. Njeni punjeni ostatci izloženi su u edinburškom Kraljevskom muzeju, dijelu Nacionalnih muzeja Škotske.

11.3.2. Katolički pogled na kloniranje ljudi

Službeni se katolički pogled na kloniranje ljudi protivi takvom postupku. Kloniranje ljudi Katolička Crkva smatra nemoralnim i teškim grijehom jer smatra da svaki čovjek ima pravo biti začet prirodnim spolnim činom ljubavi oca i majke, ima pravo na ljudska prava i dostojanstvo čovjeka.

Kloniranjem ljudi nastaje novo ljudsko biće bez spolnog odnosa, slično kao i pri umjetnoj oplodnji. Time se narušava djetetovo pravo da bude začeto spolnim odnosom u braku. Crkva smatra da se kloniranjem negira da je svako ljudsko biće Božji dar i da nitko nema pravo na dijete po svaku cijenu. Kloniranjem se na ljude gleda kao na objekte koji se, s obzirom na kvalitetama i osobinama koje imaju ili nemaju, mogu i uništiti. Odluka o životu ili smrti klonirane osobe ovisi o onome tko je klonirao. Kloniranjem su moguće mnoge neprirodne pojave poput toga da dijete nema oca, da dijete bude blizanka svoje majke ili bakina kći.

Stajalište je Crkve da klonirana osoba također ima dušu i, premda je osoba klon, svejedno je individualna ljudska osoba s jedinstvenom dušom i ima pravo na ljudska prava kao i svi drugi. Crkva vjeruje da ljudska duša ne može nastati kloniranjem, već kloniranjem nastaje samo tijelo, nastaje kloniranjem, a dušu udahnuje Bog (duša ne može nastati ni spolnim putem preko roditelja ni umjetnom oplodnjom, nego samo neposredno stvaranjem od Boga). Premda je kloniranje nemoralno, ako tko nastane kao rezultat kloniranja, ima pravo na dostojanstvo, poštovanje i ljudska prava. Crkva se protivi proizvodnji klonova za eksperimentiranje u medicini i tzv. terapijsko kloniranje, jer većina takvih klonova bude uništena nakon pokusa. Protivi se i usmrćivanju klonova koji imaju genske poremećaje.

11.3.3. Zakonski članci o kloniranju i promjeni ljudskog genoma

Članak 108.

(1) Tko postupi s ciljem stvaranja ljudskog bića koje s drugim živim ili mrtvim ljudskim bićem dijeli isti set gena stanične jezgre, kaznit će se kaznom zatvora od jedne do deset godina.

(2) Tko poduzme zahvat usmjeren na promjenu ljudskoga genoma koja nije za preventivne, dijagnostičke ili terapijske svrhe, ili koji je za preventivne, dijagnostičke ili terapijske svrhe, ali je cilj promjene uvođenje preinaka u genomu potomka pacijenta, kaznit će se kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.

Zabrana miješanja ljudskih spolnih stanica sa životinjskim

Članak 109.

Tko oplodi žensku jajnu stanicu sa sjemenom stanicom bilo koje druge vrste osim sjemenne stanice čovjeka ili životinjsku jajnu stanicu sa sjemenom stanicom čovjeka, izmijeni ljudski zametak presađivanjem životinjskih zametaka ili ljudske spolne stanice ili ljudski zametak unese u životinju ili životinjske spolne stanice ili životinjski zametak unese u ženu, kaznit će se kaznom zatvora od jedne do deset godina.

Zabrana kloniranja ljudskog bića

Članak 32.

Zabranjen je svaki postupak namijenjen ili koji bi mogao dovesti do stvaranja ljudskog bića ili dijela ljudskog bića genetski istovjetnog drugom ljudskom biću, bilo živog bilo mrtvog.

12. Etičnost na razini zdravstvenog sustava

12.1. Odgovornost bolničkih uprava

12.2. Zdravstveno osiguranje

12.3. Odgovornost liječnika

12.4. Odnos medija prema zdravstvenim radnicima

12. Etičnost na razini zdravstvenog sustava

Zdravstveni sustav (Ministarstvo zdravstva) u državi ima zadatak da se skrbi o zdravlju naroda. Taj zadatak zdravstveni sustav obavlja: edukacijom stanovništva, prevencijom bolesti (npr. cijepljenje, propisivanjem radnih i životnih standarda), liječenjem bolesnih i ozlijeđenih te postupcima njihove rehabilitacije. Na čelu je sustava Ministarstvo zdravstva koje predlaže i donosi propise za ostvarivanje zdravstvene skrbi. Budući da su potrebe za zdravstvenom skrbi mnogo veće nego što sustav može pružiti, jako je važno da postojeći zakoni budu realni u vremenu i prostoru te da Ministarstvo vodi brigu o pravednoj raspodjeli sredstava za ostvarivanje zdravstvene zaštite.

Ministarstvo zdravstva određuje razinu zdravstvene zaštite, pravi planove razvoja, planove tehničke i kadrovske razine u bolnicama, domovima zdravlja i drugdje. Nažalost, ne postoji profesionalni standard za neku djelatnost, za neko radno mjesto. Ministarstvo kontrolira kvalitetu medicinskih usluga i kontrolira organizaciju u stručnom, gospodarskom te etičkom pogledu. Nije etično da ministarstvo propisuje visoku razinu zdravstvene zaštite a da nije osiguralo prostorne, tehničke ni kadrovske preduvjete za takvo što. Kada dođe do incidenta, tada iz ministarstva obično stiže izjava: Zašto su radili u neprimjerenim uvjetima? Kao da je liječnik u državnoj bolnici sam stvarao takve uvjete?

Neetično je donošenje zakona, pravilnika i standarda koji se ne mogu ostvariti u praksi jer nema novca. Ako se propišu prostorni, kadrovski i tehnički uvjeti rada, tada oni moraju biti osigurani na svim radilištima bez iznimke jer je to standard ispod kojega se ne smije ići. Neetično je propisati visoke standarde koji se u praksi ne mogu provesti jer nema novca i nema zdravstvenog osoblja. Raspodjela sredstava mora biti pravedna, ne može svatko ono što treba dobiti na štetu drugoga pa je pravedna raspodjela postojećih sredstava stručno-medicinsko i etičko pitanje. Nije etično da netko tko mnogo daje u zdravstveni sustav ne može dobiti zdravstvenu uslugu kada mu zatreba jer nema novca, novac je potrošen. Korisnik

koji je mnogo dao u sustav mora imati odgovarajuću razinu zdravstvene skrbi i to je pitanje pravedne raspodjele sredstava. Zdravstveni sustav koji ne vodi brigu o pravednoj raspodjeli sredstava nije etičan.

12.1. Odgovornost bolničkih uprava

Je li etično da bolnica traži od zdravstvenih djelatnika da rade ispod minimuma prostornih, tehničkih i kadrovskih uvjeta? Nije etično, ali nitko ne postavlja pitanje odgovornosti bolničkih uprava. Bolničke uprave moraju voditi brigu o organizaciji posla, tehničkoj opremljenosti i kadrovskoj popunjenosti. One prave planove razvoja bolnice kao cjeline ili odjela kao jedinice, određuju prioritete djelovanja. Prioritet jedne bolnice mora biti hitni kirurški, internistički, pedijatrijski, neurološki, ginekološki prijam jer onamo dolaze osobe koje su životno ugrožene i kojima hitno treba postaviti dijagnozu, odrediti terapiju ili koje hitno treba reanimirati, a za takvo što ne postoje ni minimalni uvjeti. Treba naglasiti da je neetično kupovati skupu dijagnostičku aparaturu a ne imati obični EKG aparat na hitnom internom prijmu (tako je to bilo prije).

Valja spomenuti jedno važno pitanje (vodila se žustra rasprava): Može li medicinska sestra srednje stručne spreme dati intravensku injekciju?

Odgovor je: Može! To je pitanje unutrašnje organizacije zdravstvene ustanove i educiranosti medicinskih sestara.

Tumačenje ministarstva i nekih profesora, prije više godina, bilo je da ne može!?

Situacija u praksi: sestra srednje stručne spreme svakodnevno daje intravenske injekcije, intravensku terapiju koju je propisao liječnik. Nažalost, nije moguće organizirati posao u bolnici bez takvog rada. Naravno da su takve sestre osposobljene i da su provjerene prije nego što im se dopustilo da daju intravenske injekcije. Neetično je tvrditi da sestre ne smiju davati intravensku injekcije, da ih one stvarno daju, a da nitko ne poduzima ništa da takvu situaciju promijeni. Medicinske sestre na anesteziji i u jedinicama intenzivnog liječenja koje vode anesteziolozi daju intravensku terapiju. Ako to ne smiju raditi, treba na svim tim mjestima školovati sestre više stručne spreme. Ovo je stručno-medicinsko, pravno i etičko pitanje koje traži ozbiljno razmatranje i pravedan odgovor. Ne smiju davati, one daju i odgovorni ništa ne poduzimaju! Zar je to etično?

U Republici Hrvatskoj etička pitanja iz područja zdravstva razmatraju ove komisije i povjerenstva:

- a) komisije za etiku i deontologiju HLZ-a i HLK-a,
- b) komisije za etiku medicinskih fakulteta,
- c) etička povjerenstva zdravstvenih ustanova,
- d) povjerenstva za lijekove zdravstvenih ustanova,
- e) Središnje nacionalno povjerenstvo.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti propisuje da svaka zdravstvena ustanova treba imati etičko povjerenstvo od 5 članova od kojih su 2 nemedicinari. Nemoguće je bez dobrog poznavanja metodike ocijeniti etiku nekog dijagnostičkog, terapijskog ili preventivnog postupka ili istraživanja pa je upitno je li etičko povjerenstvo koje se formira *ad hoc* kompetentno da daje ocjenu. Glavne teškoće jesu: osigurati kompetenciju i neovisnost etičkih tijela te osigurati više tijelo koje bi rješavalo žalbe na nižoj instanciji.

12.2. Zdravstveno osiguranje

Sredstva su zdravstvenog osiguranja ograničena u svim zemljama svijeta i nisu dostatna za sve oblike zdravstvene zaštite. U pojedinim zemljama ta su sredstva jako ograničena pa je i ograničena razina zdravstvene zaštite. U tim okolnostima jako je važno da liječnici i drugo zdravstveno osoblje vode brigu o racionalnoj potrošnji tako ograničenih sredstava. Potrebno je praćenje potrošnje, obavljanje analiza potrošnje, poticati različite načine osiguranja i prikupljanja materijalnih i novčanih sredstava. Liječnik koji ne vodi brigu o sredstvima, koji se neracionalno koristi postojećim sredstvima nije etičan. Zato je potrebno da liječnici budu educirani u ekonomskom smislu bez obzira na to tko plaća račun zdravstvene skrbi.

12.3. Odgovornost liječnika

Liječnici imaju veliku odgovornost jer pisanjem recepata, određivanjem dijagnostičkih pretraga mogu potrošiti mnogo novca. Ako liječnici propisuju skupe lijekove umjesto jeftinijih iste djelotvornosti, oni postupaju neetično. Ako se rutinski rade dijagnostičke pretrage koje ne pomažu pri postavljanju dijagnoze i liječenju, također se postupa neetično. Propisivanje novih lijekova koji nemaju dokazanu učinkovitost i koji su štetni jer imaju ozbiljne nuspojave nedopustivo je u stručno-medicinskom pogledu i nije etično. Navodimo jedan primjer iz prakse.

Farmaceutska industrija i liječnici

John Virapen (67) osobno nije nikoga ubio, ali se posredno osjeća odgovornim za smrt stotina ljudi. Rođen u Britanskoj Gvajani, 35 godina je radio u farmaceutskoj industriji, od toga deset godina u tvrtki Eli Lilly, te koristio svu svoju pamet da tim ljudima, proda što više lijekova. Uvjeravao je, lagao, manipulirao, prikrivao, direktno podmićivao brojne liječnike, sve do umirovljenja, kako bi bolesnom, ili još gore, zdravom pacijentu prepisali upravo lijek njegove tvrtke. A onda se prije tri godine nešto u njemu prelomilo. Njegov mali sin, iz drugoga braka, trebao je otići na cijepljenje. John je rekao supruzi kako ne želi da liječnik njegovom sinu da bilo kakvo cjepivo prije nego on s njime osobno porazgovara.

“Imao je samo šest mjeseci i doktor mu je želio dati cjepivo. A meni se sve to vratilo... Sva ta sjećanja... i odbio sam“. Napisao je knjigu koja je postala apsolutni bestseler u Europi, a zove se „Nuspojava: smrt“. Nije ju objavila neka razvikana nakladnička kuća, iako je trebala. Dogovorio je bio već predujam od 10 tisuća eura i sklopio ugovor upravo s jednom takvom kućom, a onda su se iznenada povukli. Razloge povlačenja, bez sumnje, treba tražiti u činjenici da je njegova knjiga, koju je u Hrvatskoj objavila mala zagrebačka nakladnička kuća Omega lan, zapravo ispovijest farmaceutskog insajdera koji do u detalje priča kakvim se sve trikovima koristi Big Pharma da bi prodala što više lijekova. Big Pharma kolektivni je ironični naziv za skupinu najvećih svjetskih farmaceutskih kompanija, ujedno i sinonim za njihovu pohlepu i beskrupuloznost. U Virapenovoj knjizi nuspojave su opasne kao u trileru - obuhvaćaja samoubojstva, ubojstva i višestruka ubojstva na koja su, do jučer potpuno zdrave ljude, natjerali lijekovi koje su pili.

Što je to John otkrio svijetu? Pa, primjerice, da farmaceutske tvrtke troše po liječniku praktičaru između 35 i 40 tisuća dolara godišnje kako bi ga uvjerile da propisuje njegove proizvode. Otkrio je i da je više od 75 posto vodećih znanstvenika iz područja medicine „na plaći“ farmaceutske industrije. To ne znači samo da ih se podmićuje skupim putovanjima, darovima ili, vrlo direktno, novcem da bi propisivali određene lijekove, nego i da ih se istim metodama podmićuje kako bi pozitivno izvijestili o lijekovima nakon što je javnost već doznala da ti medikamenti imaju ozbiljne, pa čak i fatalne nuspojave. Virapen je u knjizi otkrio i da za mnoge novoodobrene lijekove postoje samo kratkoročna klinička istraživanja i da se zapravo uopće ne zna kakve stvarne učinke imaju na zdravlje pacijenata koji ih uzimaju dugo vremena ili čak do kraja života. Također, mnogi lijekovi koji su danas u prodaji, na tržište su dospjeli isključivo zato što je netko podmićen. I, ono najbolnije – farmaceutska

industrija počela je izmišljati bolesti kako bi povećala tržište i sve više se okreće djeci, u što ranijoj dobi, kako bi stvorila potrošače za cijeli život. Zašto to rade? Razlog je samo jedan, a to je novac. Sljedeći je korak bio monopolizacija tržišta. Eli Lilly imao je novi lijek, tzv. blockbuster, namijenjen liječenju artritisa. Aktivna supstanca zvala se **benoksaprofen**, a Virapen ga je planirao predstaviti kao čudesan lijek. Prvi korak je bio dobiti odobrenje za lijek u Švedskoj, od regulatornog tijela za lijekove. Trgovački naziv lijeka u Švedskoj je trebao biti **Opren**, u SAD-u se planirao prodavati kao **Oraflex**, a u Njemačkoj pod imenom **Coxigon**. John je krenuo u akciju. Organizirao je raskošan simpozij u hotelu s pet zvjezdica na jednom od švedskih otoka. Pozvani su naravno svi opinion makeri. Jelovnik je bio odličan, program je vodila poznata TV zvijezda, a u međuvremenu su održavane male prezentacije o novom lijeku koja su držali stručnjaci u čija se mišljenja vjerovalo 100 posto. Atmosfera je bila opojna, kao i piće koje se posluživalo, a opinion makeri su gorjeli od želje da svim ispričaju o novom čudotvornom lijeku. Masovno oglašavanje dovelo je do toga da je lijek, u svim zemljama u kojima je već bio odobren, ubrzo bio svugdje propisivan. U Velikoj Britaniji znalo ga se propisivati čak 55 tisuća recepata tjedno, što je značilo prihod od pola milijuna američkih dolara u samo sedam dana. Usred marketinških aktivnosti u Švedskoj, Virapen je prvi put čuo da s lijekom ima nekih problema, zbog čega je zapinjala registracija lijeka u Danskoj. Navodno je bilo štetnih nuspojava koje su se manifestirale na bubrezima i jetri. Na povratku s poslovnog puta iz Rima, John je u avionu dobio faks kojim su mu šefovi poručili da ni sa kim ne raspravlja o benoksaprofenu. Čudesni lijek, koji se u Engleskoj prodavao kao lud, upravo se počeo povlačiti s tržišta, što je značilo da se marketinška kampanja u Švedskoj morala odmah zaustaviti. Iako je bio glavni direktor Lillyja u Švedskoj, Virapen nije imao pojma da lijek može izazvati smrt. Šefovi nisu prikrivali informacije samo od pacijenata, nego i od svojih zaposlenika. U knjizi Virapen, upravo na primjeru benoksaprofena, navodi kako se to radi. Godine 1980. u SAD-u je podnesen zahtjev za registraciju lijeka. Već nakon godinu dana primjene počinju stizati prvi izvještaji o nuspojavama – problemima s jetrom koji u nekim slučajevima mogu dovesti i do smrti. Što rade čelni ljudi Eli Lillyja? Ne raspravljaju o tome koliko brzo mogu povući lijek s tržišta, nego treba li se promijeniti uputa za korištenje lijeka. Odlučuju da će dodati da je moguće zatajenje bubrega, ali ne i fatalno zatajenje. Do 1982. godine njemačke vlasti primile su 91 prijavu o nuspojavama, a britanske čak 35 tisuća, od čega 61 sa smrtnim posljedicama. Informacije se šalju u sjedište Eli Lillyja u Sjedinjene Države, no Lilly ih ne prosljeđuje američkoj Agenciji za hranu i lijekove (FDA) koja upravo priprema tržišno odobrenje za lijek. Dapače, FDA o smrtima nema pojma jer se za odobrenje lijeka koriste isključivo podaci iz kliničkih ispitivanja koje daje proizvođač. Na kraju, danske

vlasti su te koje FDA šalju podatke o smrtima pacijenata, a Eli Lilly započinje PR kampanju koja je koštala milijune i u kojoj šalje novinarima promotivne materijale za lijek. U međuvremenu, lijek je svejedno registriran u SAD-u. Tek u kolovozu 1982. lijek se povlači s američkog tržišta. Do pravog suđenja i priznanja krivice nikada nije došlo jer je Lilly priznao krivicu prije nego je suđenje počelo, kako bi prikrio prave razmjere štete koju je izazvao lijek. Kazna je bila smiješna: 25 tisuća dolara globe za Lilly i 15 tisuća dolara za glavnog medicinskog znanstvenika Iana Sheddenu. Ministarstvo pravosuđa SAD-a zaključilo je da je najmanje 27 ljudi umrlo zbog benoksaprofena, a 200 ih je još oboljelo od zatajenja bubrega ili jetre. Sud je zaključio da je Lillyjevo prikriivanje smrti „standardna praksa u industriji“, drugim riječima – nisu napravili ništa što ne rade i drugi. Možda to može objasniti zašto se Americi 22 godine poslije toga dogodio gotovo identičan skandal s Merckovim lijekom za artritis, **Vioxxom**, kod kojeg je također naknadno utvrđeno da su zaposlenici namjerno prikriivali podatke o štetnim nuspojavama. „Ako ubijete dovoljan broj ljudi, hoće li ubojstva postati novi moralni standard?“, pita Virapen u knjizi.

Usprkos fujasku s benoksaprofenom, Virapen nije stao. Lilly je imao novi blockbuster – zvao se **fluoksetin** prema djelatnoj tvari, ali je mnogo poznatiji kao **Prozac**. Čarolija Prozaca počiva na nečemu što se naziva serotonininska teorija. Serotonin je neurotransmitor u mozgu, a od 60-ih godina prošloga stoljeća proširila se ideja kako neravnoteža serotonina vodi u depresiju, hiperaktivnost i druge poremećaje, iako dva američka znanstvenika, Jeffrey R. Lacasse i Johnatan Leo, nisu našli nikakvu vezu između razine serotonina i psihičkih poremećaja te nikakav znanstveni dokaz idealne „kemijske ravnoteže“ serotonina (a kamoli patološke neravnoteže!). Dapače, dokazali su da razinu serotonina uopće nije moguće izmjeriti u mozgu živih ljudi. No ta su saznanja došla tek mnogo kasnije. Istražujući u svojem laboratoriju fluoksetin – koji navodno djeluje na razinu serotonina - Lilly je otkrio nešto vrlo zanimljivo. Dok su uzimali novi agens, neki su ispitanici gubili na težini. Debeli ljudi sveti su gral farmaceutske industrije, jer ih ima mnogo. Od njih su bolji samo oni koji misle da su debeli, jer ih je još više, te oni koje bi se moglo uvjeriti da su debeli. No, problem je bio kako dobiti odobrenje za supstancu koja bi poslužila za lijek za reduciranje tjelesne težine, jer je to zahtijevalo nove opsežne studije i ispitivanja. Lillyju se žurilo, pa je registrirao fluoksetin kao antidepresiv, računajući da će aktivnu supstancu, s vremenom, tako lakše registrirati i za neke druge poremećaje (što je uobičajeni trik farmaceutske industrije). „Da bi vidjeli kako bi fluoksetin mogao proći proces odobrenja u Švedskoj, podatke smo pokazali nekim švedskim

psihijatrima. Nasmijali su se i zbunjeno tresli glavama. Nismo to valjda mislili ozbiljno! Ne mogu se niti sjetiti medicinskih detalja zbog koji su se smijali. Bio je to veliki problem. Nije ugodno čuti da se psihijatri tako smiju jer znate da nemate nade“, prepričava Virapen u knjizi. Ubrzo mu je postalo jasno da švedsko regulatorno tijelo uopće ne planira odobriti lijek. Nisu bili uvjereni u njegovu korist. Pored toga, podaci iz kliničkih ispitivanja ukazivali su na to da je korištenje Prozaca povezano s povećanom stopom samoubojstava među oboljelima. Virapen je postao očajan jer su ga šefovi pritiskali da se fluoksetin odobri u Švedskoj. Uspio je otkriti identitet neovisnog stručnjaka koji je procjenjivao djelotvornost fluoksetina za švedsku regulatornu agenciju i podmitio ga. Platilo mu je 100 tisuća kruna, što je u to doba iznosilo oko 20 tisuća dolara. Pola je dobio odmah, zajedno s golemom hrpom spisa o lijeku koju je trebalo iznova urediti. Smrtni slučajevi su odmah nestali iz napomena. Ostalo je bilo stvar statistike i igre riječi. Na primjer, rečenica: „Od deset ljudi koji su uzimali djelatnu tvar, pet je imalo halucinacije i pokušalo izvršiti samoubojstvo, a četvero od tih ispitanika u tome je i uspjelo“ pretvorena je u sljedeću: „S jednim ispitanikom sve je prošlo prema planu, kod četvero ispitanika zabilježen je gubitak težine, a pet preostalih ispitanika imalo je raznovrsne učinke“. Odjednom se ta grozna riječ samoubojstvo više nigdje nije nalazila. Lijek na kraju nije odobren u Švedskoj, ali ne zato što nije prošao regulatorna tijela, nego zato što je Lilly inzistirao na previskoj cijeni lijeka u pregovorima sa švedskim ministarstvom zdravstva. No postao je hit u ostatku svijeta. „Marketing ga je učinio modernim lijekom. Tada nije bilo mnogo depresivnih ljudi. Fluoksetin je bio prodavan kao lijek za podizanje raspoloženja. Tobože je donosio pozitivan stav prema životu. A kome se to ne bi sviđalo? Uspjeh Prozaca katapultirao je cijelu obitelj lijekova povezanih sa serotoninom na vrh top liste najbolje prodavanih supstanci. Tužna stvar je da se Lillyjev originalni plan za distribuciju fluoksetina kao lijeka za smanjenje tjelesne težine nije čak niti trebao razmahati, jer se Prozac već bio razvio u blockbuster kao antidepresiv“, piše Virapen. Popis nuspojava koje izaziva uzimanje Prozaca bio bi impresivan da nije zastrašujući. One se protežu od banalnih poput bolova u trbuhu, suhih usta i manjka apetita, do impotencije, fatalnog zatajenja srca, problema s jetrom, agresivnog ponašanja, abnormalnih misli, misli o samoubojstvu i samoubojstva. U kliničkim istraživanjima 1986. godine, od 1000 pacijenata koji su uzimali Prozac, njih 12,5 posto je počinilo samoubojstvo! Jedno drugo, kasnije ispitivanje Prozaca, iz 1995., imalo je stopu samoubojstva koja je bila šest puta viša. No pravi skandal nije u tome što su u Eli Lillyju znali za ta istraživanja. Pravi je skandal u tome što su to znali i prije nego su zatražili prvo odobrenje da stave lijek u prodaju. Virapen u knjizi opisuje i kako je Lilly manipulirao s brojkama o pacijentima koji su sudjelovali u kliničkim

testiranjima Prozaca. U pismu američkim liječnicima od 31. kolovoza 1990. Lilly piše kako je „u kliničkim studijama sudjelovalo više od 11.000 osoba, od kojih je više od 6000 liječeno Prozacom“. Tu je prva zamka, jer lijek nije pilo 11.000, nego samo 6000 ljudi. Daljnja analiza pokazuje da ih nije bilo 6000, nego zapravo 5600. U pravim znanstvenim istraživanjima, dakle dvostruko slijepima, sudjelovalo ih je međutim samo 1730. Potom iz ispitivanja treba isključiti cijeli niz pacijenata, zbog koji su ispitni nizovi morali početi ispočetka – primjerice, one koji su previše dobro reagirali na placebo, jer njih nije zapravo izlječio Prozac, nego šećerna pilula, ili recimo pacijente s rizikom od samoubojstva (što zapravo direktno dokazuje da lijek, a ne bolest potiče na samoubojstvo). Uglavnom, prema Virapenovoj računici, ostalo je samo 286 ljudi koji su doista sudjelovali u kliničkim ispitivanjima lijeka od navedenih 11 tisuća. Testiranje na 286 ljudi omogućilo je prihod od 500 milijuna dolara. Zbog testiranja na 286 ljudi Prozac je propisivan i uziman bezbroj puta diljem svijeta. Ostali milijuni osoba koji su ga pili, izvan službenog testiranja, ne svojom voljom postali su Lillyjevi pokusni kunići. Inače, 286 ljudi nije dovoljno čak niti da neka beznačajna anketa bude proglašena reprezentativnom. Pored toga, tvrdi Virapen, nema niti jednog jedinog dokazanog slučaja da se netko u ispitivanju izliječio od teške depresije, jer to nikad zapravo i nije istraživano. „Činjenicu da se zapravo nitko ne osjeća bolje od Prozaca, Eli Lilly zna od 1984. godine. Dapače, predsjednik Eli Lillyja, Sidney Taurel, osjeća se tako nedodirljivo da je svojedobno javno izjavio da lijekovi nemaju aposlutno nikakvog učinka na 50 posto onih koji ih piju“, piše Virapen. Otkako je lansiran, Prozac je do 2007. godine, kada je Virapen objavio knjigu, bio propisan više od 54 milijuna puta.“

12.4. Odnos medija prema zdravstvenim radnicima

Postoji velik broj mogućih uloga medija u zdravstvu, one mogu biti promotivne, konstruktivne i destruktivne. Mediji mogu uvelike pridonijeti senzibiliziranju javnosti o načinima prevencije nekih raširenih bolesti (spolno prenosive bolesti), uklanjanju rizičnih čimbenika za nastanak bolesti, oglašavanju o epidemijama, skidanju stigmi s fizički i mentalno hendikepirane djece. Medicina se njima može koristiti u svrhu promoviranja zdravog stila života te za brojne akcije prikupljanja pomoći. Mediji su spoznali vrijednost informiranja o medicini te je uobičajena praksa da se školuju kadrovi novinara koji su specijalizirani za medicinsko novinarstvo. Unatoč velikim mogućnostima suradnje između novinara i medicinskog osoblja, često dolazi do sukoba. Liječnici se nalaze u poziciji da se o njihovu radu nestručno, nepotpuno i prilično neodgovorno izvještava u potrazi za

senzacionalizmom, zanemarujući time bit problema. Često se zaboravlja da se liječnici u svom radu susreću s najdubljom boli i najdelikatnijim situacijama. U takvim smo situacijama često svjedocima površnog načina postupanja nekih novinara koji u javnost iznose poluinformacije s nakanom stvaranja pomutnje.

Pravo na informiranje propisano je člankom 10. Europske konvencije o ljudskim pravima i osnovnim slobodama, a pravo na zaštitu privatnosti člankom 8.

Problem realizacije prava na informiranje, kada je u pitanju prezentiranje medicinskog sadržaja, posljedica je činjenice da ni medicina ni mediji nisu regulirani samo pravom nego i autonomnim pravilima profesionalne etike. Mediji pravo pristupa medicinskim informacijama temelje na „pravu javnosti da zna“. Treba li uvijek udovoljiti radoznalosti javnosti? Treba li javnost baš sve znati?

Novinari često postaju previše selektivni i biraju samo negativne aspekte zdravstva. O grješkama u medicini danas mnogo govori. O grješkama se govori u javnosti, u stručnim i akademskim krugovima, među pravnicima, predstavnicima tehnoloških struka, predstavnicima osiguravatelja. Danas u nas mnogi ne razlikuju neželjen ishod medicinskog postupaka od pogriješke, ali nije još raširena ni spoznaja da pogriješka, ako postoji, ne mora nužno biti pogriješka liječnika, već pogriješiti može i bilo koji drugi zdravstveni djelatnik. Osim toga, pogriješku može uzrokovati i neispravna oprema ili lijek, a novinari se ne trude prikazati situaciju točno onakvom kakva jest.

Pišući o slučajevima zdravstvenih radnika koji uzimaju mito te ponavljajući iste stvari, javnost stječe ideju da su svi zdravstveni radnici potkupljivi i da je jedini način da se dobije kvalitetna zdravstvena skrb putem mita. Pisanje o nekim stručnim stvarima na senzacionalistički način može uzrokovati konfuziju i paniku kod javnosti, što se može izbjeći pažljivim istraživanjem i traženjem pomoći od stručnjaka iz tog područja, a ne skupljanje informacija iz sumnjivih izvora informacija.

Ključno pitanje u medicinskom novinarstvu jest kako najbolje identificirati, obraditi i izvijestiti o određenoj novini ili slučaju u medicini. Jedna od uvriježenih definicija vijesti jest „sve što bi moglo pobuditi interes u velikog broja građana, a ranije nije bilo objavljeno“. Ova definicija zvuči smisleno i jednostavno dok se ne zapitamo tko bi trebao odlučivati o tome što zanima građane. U domaćim i svjetskim medijima svakim danom sve je više vijesti vezanih za medicinu. Usvajanjem novih tehnologija medicina dolazi na udar sve većega broja novih

načina oglašavanja i izvještavanja, razvojem novih internetskih servisa poput bloga, *Wikipedije* i specijaliziranih stranica o zdravlju dolazi do naglog povećanja broja informacija do kojih se može doći. U velikoga broja liječnika to dovodi do negativnih reakcija jer smatraju da se zdravstvene teme ne obrađuju dovoljno stručno i odgovorno.

Navod iz zakona o medijima

Članak 7.

(1) Svaka osoba ima pravo na zaštitu privatnosti, dostojanstva, ugleda i časti.

(3) Osoba koja svojim izjavama, ponašanjem i drugim djelima u vezi s njezinim osobnim ili obiteljskim životom sama privlači pozornost javnosti ne može zahtijevati istu razinu zaštite privatnosti kao drugi građani.

Članak 8.

Nema povrede prava na zaštitu privatnosti ako u pogledu informacije prevladava opravdani javni interes nad zaštitom privatnosti u odnosu na djelatnost novinara ili na informaciju.

Analizirajući ova dva članka, može se primijetiti da u samom zakonu o medijima postoji podvojenost s obzirom na pravo na privatnost građana, što omogućuje neetično ponašanje novinara.

Problemi u odnosu zdravstvene službe i medija izvire i iz činjenice da se u najvećem broju slučajeva može primijetiti da su vijesti većinom negativnog karaktera, dok brojni pozitivni i važni događaji ostaju nepopraćeni. Također, brojni se liječnici tuže na način iznošenja podataka, koji je u velikome broju slučajeva nestručan, polovičan, nepotpun. Takvo postupanje novinara dovodi do stvaranja pogrešne slike u javnosti, a to ima velike reperkusije na ugled liječnika i bolnice o kojoj se piše.

Navodi iz medija

PLAĆENICI U BIJELIM MANTILIMA

Objavljeno 10. 4. 2013. u 22.56

Tri tisuće liječnika od farmaceutskih tvrtki lani primilo 28 milijuna kuna

Prošle je godine 2961 liječnik u Hrvatskoj primio honorar od farmaceutske industrije, a ukupan iznos koji im je uplaćen u istoj godini iznosio je 28,083.396 kuna, službeni je podatak Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Uplate su se kretale od malih iznosa od tisuću kuna, sve do 400 tisuća kuna, koliko je isplaćeno jednom liječniku/liječnici.

Prema HZZO-ovoj evidenciji, tom broju u istoj godini treba dodati još i više od 6000 liječnika kojima su isplaćeni takozvani troškovi reprezentacije, no ni u Zavodu ne znaju što to točno znači, osim da se reprezentacijom načelno smatraju darovi.

To znači da je četvrtina hrvatskih liječnika zaposlenih u javnom sektoru (oko 12 tisuća) na neki način profesionalno surađivala s farmaceutskom industrijom, što je fascinantno velika brojka za ovako malo tržište.

Na primjer, u američkoj državi Alabami, koja broji 4,5 milijuna stanovnika, registrirane su isplate za više od pet tisuća fizičkih i pravnih osoba, ali od 2009. do 2012. godine, dok je u istom razdoblju u, na primjer, državi Kansas registrirano nešto više od 2500 adresa za isplatu. Ta će se brojka povećavati jer farmaceutske tvrtke u SAD-u, prema „The Affordable Care“ zakonu, do početka 2014. trebaju objaviti sve podatke o isplatama, ali je već sad jasno da je hrvatsko javno zdravstvo više nego dobro premreženo farmaceutskom industrijom.

Siromašna produkcija

Najveći je, međutim, problem što u Zavodu nemaju nikakvu evidenciju o tome za što su ti liječnici točno plaćeni, odnosno u kojoj je mjeri riječ o znanstvenoj suradnji, a u kojoj o sudjelovanju liječnika u marketinškim aktivnostima farmaceutskih tvrtki, ili čak čistoj korupciji.

Naime, znanstvena suradnja industrije i liječnika u Hrvatskoj očito je i objektivno urodila nesumjerljivo manjim brojkama. Prema podacima koji se mogu naći na ClinicalTrials.gov i PubMedu, u 2012. godini odobreno je 55 kliničkih ispitivanja, a trenutno je otvoreno 112 otvorenih studija.

Od tih istraživanja, 83 financira samo farmaceutska industrija (najviše Hoffman LaRoche – 16, Eli Lilly, Merck i Pfizer po 7, AstraZeneca 4 itd.), dok osam financiraju farmaceutska industrija i neke druge institucije.

U bazi PubMeda u istoj godini može se naći tek devet objavljenih studija, među kojima je čak četiri vodio isti liječnik.

Jasno je, dakle, da ovako siromašna produkcija nikako ne može opravdati brojku od gotovo 3000 suradnika, koji su, kako doznajemo, često angažirani preko ugovora o autorskom djelu, to više jer Zakon o lijekovima od 2003. godine izričito brani da farmaceuti sklapaju ugovore s liječnicima o kliničkim ispitivanjima.

O čemu je onda riječ? Za kakav je rad plaćeno gotovo 3000 ljudi?

U Danskoj

Prema prof. Peteru C. Gøtzscheu, suradniku Cochrane centra za nordijske zemlje, nema dileme da je riječ o korupciji i liječničkom sudjelovanju u marketingu. Gøtzschea je svojedobno zaprepastila situacija u Danskoj gdje je 2010. čak četiri tisuće liječnika (od 15 tisuća zaposlenih u zemlji) surađivalo s farmaceutskom industrijom, od kojih je samo 1649 imalo odobrenje za takvu suradnju. U toj je zemlji nemoguće dobiti odobrenje za rad s farmaceutskom industrijom ako nije riječ o znanstvenoj suradnji.

U lipnju 2010. Agencija za lijekove uputila je upozorenje za 650 liječnika kojima nije odobrena suradnja. U tom trenutku, 1640 liječnika je surađivalo s industrijom, uključujući ovih 650. Kad smo u studenome pogledali registar, na listi ih je bilo 4036, dakle, svaki peti liječnik u Danskoj. Broj je šokantan, to više što se Danska smatra jednom od najmanje korumpiranih zemalja na svijetu – tvrdi Gøtzsche.

Autorska djela

Cochrane se zauzima za potpunu transparentnost odnosa industrije s liječnicima, ali i za eliminaciju marketinške uloge liječnika.

Neki liječnici rade dragocjene stvari za industriju koje donose dobrobit pacijentima, kao što je rad na kliničkim studijama. Ali najveći broj liječnika u industriji ne radi na tome. Jednostavno je nemoguće da toliki broj ljudi radi smisleni posao – zaključuje Gøtzsche, dodajući da bi se velikodušnom procjenom došlo do broja od 50 liječnika koji bi u Danskoj mogli raditi na unaprjeđenju znanosti, dok svi ostali rade na marketingu.

Istražujući što se događa u Hrvatskoj, došli smo do podatka da veliki broj liječnika u Hrvatskoj surađuje s farmaceutskim kompanijama preko ugovora o autorskom djelu, a za čiji je dizajn zaslužan i odvjetnički ured „Hraste i partneri“, kao opunomoćeni odvjetnik privatnog društva koje se zove Hrvatska autorska agencija – Centar za intelektualno vlasništvo.

Na web-stranicama te agencije posebno je istaknuta suradnja s farmaceutskom industrijom, za koju Agencija sređuje, citiramo, „sigurnost u kvalifikaciji određenog djela kao autorskog djela, a što farmaceutsku tvrtku osnažuje pred revizorima i poreznim tijelima prilikom obavljanja nadzora te smanjuje rizike eventualnih prekršaja“ i „kako, u okvirima stručno izrađenog djela, navedeno djelo pravno uobličiti da se radi o autorskom djelu sukladno važećem zakonu koji regulira autorska prava“, uz naglasak da je „porezni tretman autorskog djela značajno povoljniji od poreznog tretmana bilo kojeg drugog ugovora“.

Nakon što smo im postavili pitanja o vrsti i načinu suradnje njihovih klijenata s farmaceutskom industrijom, iz ureda „Hraste i partneri“ stigao nam je općeniti odgovor o njihovu shvaćanju autorskog djela u znanosti.

Želimo istaknuti da se sva pisana i govorna stručna djela kako su gore navedena (Zakon o autorskim pravima i srodnim pravima, nap. a.) načelno smatraju autorskim djelima, pa tako i stručne pisane studije iz područja medicine – stoji u njihovom odgovoru.

No, „Slobodna“ je u posjedu potvrda u uplati na ime voditeljice jedne od Gradskih ljekarni Zagreb koje je, na temelju ugovora o autorskom djelu, isplaćivala Pliva, što još jednom otvara početno pitanje – što je voditeljica ljekarne originalno, autorski, mogla isporučiti Plivi, koja godinama nema nijedan novi lijek?

Suradnja na portalu

Obrativši se Plivi i ostalim farmaceutskim kompanijama za tumačenje autorske suradnje s liječnicima, dobili smo odgovor da s liječnicima i magistrima farmacije surađuju preko svog portala na kojemu liječnici pišu o bolestima i postupcima liječenja, te daju savjete pacijentima. Isto nam je odgovorio Belupo, dok su inovativni proizvođači (uglavnom velike međunarodne korporacije) odgovorili da smatraju da liječnici ne mogu biti plaćeni ni za kliničke studije.

Sukladno Zakonu o lijekovima, kliničko ispitivanje lijeka može se provoditi samo u zdravstvenoj ustanovi s kojom je podnositelj zahtjeva sklopio ugovor o kliničkom ispitivanju lijeka. Naručitelj ispitivanja (industrija ili ugovorna istraživačka organizacija) plaća zdravstvenoj ustanovi, temeljem ugovora, sveukupne troškove kliničkog ispitivanja. Liječnike koji sudjeluju u ispitivanjima plaća njihov poslodavac (zdravstvena ustanova), a ne naručitelj ispitivanja (industrija ili ugovorna istraživačka organizacija). Te odredbe zakona su na snazi od 2003. – stoji u odgovoru koji u ime Udruge inovativnih proizvođača lijekova potpisuje Sani Pogorilić.

Ako u krajnjoj dobronamjernosti zamislimo da za korporativne portale radi 400 liječnika, te eliminiramo plaćenu suradnju na kliničkim studijama, pitanje što četvrtina hrvatskih liječnika radi za korporativnu industriju postaje još jedno neugodno pitanje hrvatskog zdravstva, to neugodnije sjetimo li se strašnih korupcijskih afera, kao što su priče o Farmalu i Pfizeru.

Zašto HZZO nije reagirao? Nevjerojatna je već činjenica da je HZZO evidentirao neke uplate od 200 i 400 tisuća kuna na računima liječnika i da na to nije reagirao. Naime, teško je zamisliti zakonsku osnovu s koje bi jedan liječnik, stalno zaposlen u javnom sektoru, mogao mjesečno zarađivati dvostruko više od iznosa svoje bolničke plaće. Zakon o lijekovima zabranjuje izravnu isplatu liječnicima za provođenje skupih kliničkih studija, pa ostaje mogućnost da je liječnik zaradio 33 tisuće kuna mjesečno pišući po portalima i držeći predavanja po skupovima koje organizira farmaceutska industrija.

Gore navedeno preneseno je iz tiska, web-portala da se pokaže što se događa u praksi i kako se to prikazuje u sredstvima javnoga priopćavanja. Navedeno se može komentirati s pozicije pacijenata, liječnika, farmaceutske industrije te neutralnih (neovisnih) pojedinaca i skupina. Način komentiranja i zaključci bit će u skladu s interesima skupine ili pojedinca i ne će biti moguće donijeti jedinstvenu ocjenu glede odnosa liječnika i farmaceutske industrije.

Novinari su dužni profesionalno izvještavati o zdravstvu, poštovati profesionalne kodekse, štiti privatnost i povjerljivost pacijenata i liječnika. Neetično je na senzacionalistički način pisati o događajima i ljudima jer takav način pisanja pravi nepopravljivu štetu.

13. Profesionalna autonomija liječnika

13. Profesionalna autonomija liječnika

Profesionalna autonomija liječnika podrazumijeva odgovornost i dobro razrađen sustav pravila koja reguliraju postupanja liječnika: Zakon o liječništvu, Kodeksi medicinske etike (Međunarodni kodeks medicinske etike – WMA, 1968., 1983. Etički kodeks Hrvatske liječničke komore), Ženevska deklaracija, Madridska deklaracija i Lisabonska deklaracija. Madridska deklaracija govori o nužnosti profesionalne autonomije liječnika kao pojedinca, a Lisabonska deklaracija o pravima bolesnika (Lisabon, 1981). Sadržava osnovna prava bolesnika koje mu liječnik treba osigurati.

Stalni odbor europskih liječnika (CPME) traži jasno priznanje profesionalne autonomije, tj. neovisnosti liječnika u pružanju skrbi koja je u najboljem interesu pacijenata, što je ujedno i pravo svakog pacijenta. Bilo na organizacijskoj razini bilo na razini odnosa liječnika i pacijenta, to je vitalni alat za postizanje visokokvalitetne zdravstvene skrbi. CPME promiče kulturu sigurnosti pacijenta u svim sustavima zdravstvene skrbi.

13.1. Madridska deklaracija o profesionalnoj autonomiji i samoregulaciji

Deklaracija je usvojena na 39. Svjetskoj medicinskoj skupštini u Madridu (Španjolska), u listopadu 1987. godine. Navod iz deklaracije: *Pravo na profesionalnu autonomiju podrazumijeva da medicinska profesija ima kontinuiranu odgovornost putem samoregulacije. Uz sve druge izvore regulacije, koja može se odnositi na pojedinačne liječnike, sama medicinska profesija mora biti odgovorna za reguliranje profesionalnog ponašanja i aktivnosti pojedinačnih liječnika.*

U Deklaraciji se navodi važnost profesionalne autonomije za postizanje visoko kvalitetne medicinske zaštite zasnovane na medicinskoj etici. Nacionalna su medicinska udruženja pozvana da razrade sustav pravila o postupanju liječnika, da vode brigu o kvaliteti zdravstvene zaštite i kompetentnosti liječnika. Zbog tih razloga pozivaju se nacionalna medicinska udruženja da ovom pitanju posvete posebnu pozornost.

Ne postoji idealno društvo, ne postoji idealna profesija, ne postoji idealan liječnik pa ne treba tražiti nemoguće. Liječnik treba biti educiran o etičkim načelima, treba težiti tomu da postigne što viši etički standard, no ne treba zahtijevati nemoguće jer na razinu etičkog

ponašanja utječu: profesionalna načela, materijalna razina, općedruštveni odnosi i ljudi kao pojedinci.

Liječnik treba u skladu s etičkim načelom postupati što bolje, treba preispitivati svoje postupke sa stručnog, ali i etičkog stajališta. Svatko treba raditi prema svojoj savjesti, svom znanju, što bolje može. Oni koji procjenjuju postupke s etičkog stajališta trebaju razmotriti okolnosti koji utječu na odluku i ponašanje liječnika. Kodeksi, preporuke su samo smjernice za dobru praksu, a liječnik treba u određenom slučaju odlučiti što je dobro za bolesnika i odgovarati za svoj rad.

Temeljno načelo: liječnik, čovjek, treba izgraditi humani pristup poštujući pravne, zakonske, stručne, vjerske, etičke preporuke u svojem poslu. Temeljno je biti savjestan i raditi svoj posao na najbolji mogući način bez obzira na vrstu posla.

Važna napomena: zakon ne može zamijeniti savjest.

Literatura

Knjige

1. Aramini M. Uvod u bioetiku. Kršćanska sadašnjost, Zagreb 2009.
2. Đorđević, V., Braš, M. Komunikacija u medicini. Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
3. Fatović-Ferenčić S., Tucak A. Medicinska etika. Medicinska naklada, Zagreb 2011.
4. Gosić N. Bioetika in vivo, Pergamena, Zagreb, 2005.
5. Gonzalez – Crussi, F. Medicina – kratka povijest. Alfa d. d., Zagreb, 2010.
6. Gorjanski, D. Korupcija u hrvatskom zdravstvu. Zaklada Slagalica, Zagreb, 2010.
7. Gregurek, R. i suradnici. Suradna i konzultativna psihijatrija – psihijatrijski i psihološki problemi. Školska knjiga, Zagreb, 2006.
8. Ivan Pavao II. (1995) *Evangelium vitae*, Evanđelje života , enciklika o vrijednosti i nepovredivosti ljudskog života, Kršćanska sadašnjost, Dokumenti 103, Zagreb
9. Ivanišević, G. (ur.), Fatović-Ferenčić, S. (ur.). Bioetičke teme, Zagreb, 2012.
10. Kalauz, S. Etika u sestinstvu. Medicinska naklada, Zagreb, 2012.
11. Matulić, T. Bioetika, Centar za bioetiku, Zagreb, 2004.
12. Miličić V. Deontologija profesije liječnik (knjiga) Zagreb: Sveučilišna tiskara; 1996,
13. Pessini L. Distanzija. Do kada produžavati život?, Adamić, Rijeka 2004.
14. Šeparović Z. Granice rizika – etičkopravni pristup medicini. 2. izd. Zagreb – Beograd: Pravni fakultet u Zagrebu; 1987.
15. Šegota, I. Etika sestinstva. Zagreb: Pergamena Medicinski fakultet Rijeka. 1997.
16. Švajger, A. Medicinska etika: priručno štivo. II izdanje. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb 1995.
17. Znidarčić, Ž. Medicinska etika I. Centar za bioetiku FTIDI Zagreb, Zagreb 2004.
18. Zurak, N. Medicinska etika, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb 2007.
19. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi: 1. Dio Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb - http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42_E8A%3D&tabid=736

Članci

1. *Abortion, ethics guide*, <http://www.bbc.co.uk/ethics/abortion/>

2. *Advance Directives and Do – Not – Resuscitate Orders: What you need to know...* Virtual Hospital Iowa Health Book *Advance Directives and Do – Not – Resuscitate Order* 2001. 07. 18.
3. *Advance directives in the UK: legal, ethical, and practical considerations for doctors.* Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1410166/> [9. srpnja 2015.]
4. *American Academy of Hospice and Palliative Medicine, dostupno na web stranici: <http://www.aahpm.org/>* and Information Technology 5: 131-137. Preuzeto : 12. 6. 2013.
5. *Anencephalic babies http://bioethics.georgetown.edu/hsbioethics/unit_1_3-htm*
Booij L. H. D. J. *End-of-life decisions in The Netherlands, European Journal of Anaesthesiology* 2002; 19: 161-165.
6. Annas G J: *The Case of Baby Doe: Child Abuse or Unlawful Federal Intervention. Am J Public Health* 1984; 74: 727-729.
7. Annas G J: *The baby Doe regulations: governmental intervention in neonatal rescue medicine. Am J Public Health* 1984; 74: 618-620.
8. Borovečki, A. (ur.), Mustajbegović, J. (ur.). Priručnik medicinske etike, Zagreb, 2010.
9. Borovečki, A., Lang, S. Javno zdravstvo, etika i ljudska prava. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb. 2010.
10. Britton JR: „*Baby Doe“ Rulings – Rewiew and Comment. West J Med* 1984; 140: 303-307.
11. Bošković, Z. Prava pacijenata na primjerenu obaviještenost i odlučivanje“, Informator, br. 5343, 2005., str. 17.
12. Brkljačić, M., Etički aspekti komunikacije u zdravstvu, Medicina Fluminensis, Zagreb, Vol. 49, 2013.
13. Burnside A.b S. Posljedice ozakonjenja pobačaja u SAD-u. Dostupno na: <http://www.bioetika.ftidi.hr/clanak5.htm>
14. Canki-Klain, N. Etički problemi u medicinskoj genetici, Zagreb, (2007):
15. Čizmić, J. Pravo pacijenata na obaviještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, (2008) Vol.29 No.1.
16. Deklaracija o štrajkačima glađu Svjetskog Medicinskog Udruženja;
17. *Do Not Resuscitate orders, Ethics in Medicine, University of Washington School of Medicine, <http://eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/dnr.html>*

18. Dossetor, J. *The Appleton Consensus on Withholding or Withdrawing Life – Sustaining Treatment*, *Bioethics Bulletin* 5.1 file://A:\Bioethics Bulletin 5_1.htm
19. Doty, W. D., Walker Robert M. *Medical Futility*, *Clin. Cardiol.* 2000; Vol. 23. (Suppl. II), II-6—16
20. Downie, R. S. *Medical technology and medical futility* <http://www.abdn.ac.uk/philosophy/cpts/downie.hti>
21. Dulčić, K., Bodiřoga-Vukobrat, N. Zaštita osobnih podataka pacijenata u europskom i hrvatskom pravu. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta Rijeka, (2008) vol, 29, no. 1.
22. *End – of – Life Issues*, *Ethics in Medicine*, University of Washington School of Medicine, <http://eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/eol.html>
23. *Ethics in Medicine*, University of Washington School of Medicine, <http://eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/eol.html>
24. Frković, A. Bioetički ogledi o kvaliteti života. Pitanje distanzacije i eutanazije. *Soc. ekol.* Zagreb, (2007) 16 (2 -3), 215 - 229.
25. Funkymem. Štrajk gladu, dostupno na: <http://www.funkymem.com/?fm-zona/3/strajk-gladu/1706>
26. *Futility*, *Ethics in Medicine*, University of Washington School of Medicine, <http://eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/futil.html>
27. Gajski, L. Lijekovi ili priča o obmani? <http://www.portalsvijesti.com/knjige/dr-lidija-gajski-lijekovi-ili-prica-o-obmani/>
28. Gazdik, M., i ostali. Etički problemi u neonatologiji, *Pregled- Paediatr Croat* 2004; 48 (Supl 1): str. 117-120 <dostupno na <http://www1997.kbsplit.hr/hpps-2004/20.pdf>> (pristupljeno 07.06.2013.)
29. Gianna Jessen *Abortion Survivor in Australia Part 1*. Dostupno na: <https://www.youtube.com/watch?v=kPF1FhCMPuQ>
30. Gianna Jessen: *Saline Abortion Survivor*. Dostupno na: <http://www.mccl.org/gianna-jessen-abortion-survivor.html>
31. Gianna Jessen-žena koja je preživjela pobačaj 1.dio <https://www.youtube.com/watch?v=6nUhotnNpqY>
32. Gianna Jessen-žena koja je preživjela pobačaj-2.dio <https://www.youtube.com/watch?v=4UzmqVNiMEY>
33. Gosić, N. Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici. *Sestrinski edukacijski magazin.* (2005) Dostupno na: <http://www.sem.com.hr/content/view/15/2/>
34. Gregurić I. Era kiborga – stvaranje "djelimičnih ili potpuno umjetnih bića"; Objavljeno: 1. 6. 2012. Preuzeto: 12.6.2013.

35. Hrvatsko katoličko liječničko društvo: Statini – lijekovi koji spašavaju ili uništavaju živote? <http://hkld.hr/news.php?extend.772>
36. Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata. Pravo na povjerljivost medicinskih podataka uposlenika. Dostupno na: <http://www.pravapacijenata.hr/najcesca-pitanja-pacijenata/pravo-na-povjerljivost-medicinskih-podataka-uposlenika>
37. http://en.wikipedia.org/wiki/Jehovah%27s_Witnesses_and_blood_transfusions
38. *Human brain project* – HPB : Projekt ljudskog mozga; <http://www.humanbrainproject.eu/>
39. Jušić A. Bioetika umiranja (Bioethics of dying), *Liječ Vjesn* 1999; 121: 213-215
40. Kaić B. Nuspojave cijepljenja u Hrvatskoj u 2005. godini. Hrvatski zavod za javno zdravstvo Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti. 2006,
41. Kazneni zakon Republike Hrvatske Narodne novine 125/2011., 144/2012.
42. Kodeks medicinske etike i deontologije, NN 55/08
43. Laboratorij za fiziku površina i poduprtih nanostruktura: Grafen. <http://surface.ifs.hr/Page.aspx?id=7>
44. Lang S. Što treba svaki hrvatski građanin znati o štrajku glađu. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, ISSN 1845-3082 ,Vol 3, Broj 9, 7. Siječanj 2007.
45. Lučanin, D. (ur.), Despot-Lučanin, J. (ur.), *Komunikacijske vještine u zdravstvu, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2010.*
46. Malyon D. *Transfusion-free treatment of Jehovah's Witnesses: respecting the autonomous patient's motives.* *Journal of Medical Ethics* 1998;24:376-81.
47. Muramoto O. *Bioethics of the refusal of blood by Jehovah's Witnesses: part 1. Should bioethical deliberation consider dissidents' views?* *Journal of Medical Ethics* 1998; 24:223-301.
48. Narodne novine RH, 75/98., 188/03., 177/2004., 141/05., 152/05., 3/06., Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja, NN br. 144/12
49. *Patients' Rights in the European Union.* Dostupno na: http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients_Rights.pdf
50. *Physician – Assisted Suicide, Ethics in Medicine*, University of Washington School of Medicine, <http://eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/pas.html>
51. Plivamed.net. Komunikacijske vještine u medicini. Dostupno na <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/4840/Komunikacijske-vjestine-u-medicini.html> (8.6.2013.)
52. Povrzanović, I., Mladinov, O., Osnivanje etičkog povjerenstva u pulskoj bolnici (Pravi bioetički počeci u Hrvatskoj), *Glasnik pulske bolnice*, Vol.4 No.suppl.1 Prosinac 2007.

53. POZAIĆ V. Život dostojan života. Eutanazija u prosudbi medicinske etike, FTI, Zagreb, 1985.
54. Pravilnik o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka, N. N. br. 10/2008
55. Pravilnik o postupku dodjele alogenih nesrodnih krvotvornih matičnih stanica i radu registra mogućih darivatelja koštane moždine. N. N. RH, 151/05. 1/06.,
56. Priručnik medicinske etike. Svjetsko liječničko udruženje (WMA). Hrvatsko izdanje.
57. Robert L. Fine; *Medical futility and the Texas Advance Directives Act of 1999*; Proc (Bayl Univ Med Cent). Apr 2000; 13(2): 144–147
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1312296/>
58. Sudski proces Doe protiv Boltona. Dostupno na: http://hr.wikipedia.org/wiki/Sudski_proces_Doe_protiv_Boltona
59. Svjetska zdravstvena organizacija, Definicija palijativne skrbi, dostupno na web stranici: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
60. Svjetsko liječničko udruženje. Priručnik medicinske etike.
61. Talanga, J. „Odnos liječnika i pacijenta prema medicinskoj etici“, **BS**, br. 56(1), 2006., str. 47-59
62. *Termination of Life – Sustaining Treatment, Ethics in Medicine*, University of Washington School of Medicine, <http://eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/termilife.html>
63. *The Messiha and Schiavo cases: third-party ethical and legal interventions in futile care disputes*, Thomas A. Faunce and Cameron Stewart, Med J Aust 2005 Oct 3; 183 (5): 261-263: 392.
64. Thomas, A. F., Cameron, S. (2005) *The Messiha and Schiavo cases: third-party ethical and legal interventions in futile care disputes*. Med. J. Aust., 183(5), 261-263.
65. Tomljenovic, L., J. Wilyman, E. Vanamee, T. Bark, C. A Shaw., *HPV vaccines and cancer prevention, science versus activism., Infectious Agents and Cancer* (2013), 8:6
66. Tomljenovic, L., Shaw, C.A. „Do aluminum vaccine adjuvants contribute to the rising prevalence of autism?., *J. Inorg. Biochem.* (2011),
67. *Types of advance directives*. Dostupno na: <http://www.cancer.org/treatment/findingandpayingfortreatment/understandingfinancialandlegalmatters/advancedirectives/advance-directives-types-of-advance-health-care-directives> [8. srpnja 2015.]

68. Zakon o sestrinstvu, Pravilnik o sestrijskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, NN br. 79/11, 131/12
69. Zakon o zaštiti prava pacijenata, NN 169/2004.
70. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (»Narodne novine«, br. 150/08., 71/10. i 139/10., 22/11, 84/11, 12/12, 35/12 - USRH, 70/12, 82/13.
71. Zašto je grafen znanstvenicima donio Nobelovu nagradu. Objavljeno: 6.10.2010. preuzeto: 11.6.2013. <http://znanost.geek.hr/clanak/zasto-je-grafen-donio-znanstvenicima-nobelovu-nagradu/>
72. Znanost u rukama psihopatije: Čipiranje ljudi, prijeti li nam prisilno „žigosanje“ kao i stoci? Objavljeno: 9.11.2011. Preuzeto: 11.6.2013. <http://matrixworldhr.wordpress.com/2011/11/09/znanost-u-rukama-psihopatije-cipiranje-ljudi-prijeti-li-nam-prisilno-zigosanje>
73. Zurak, N. Eutanazija. Liječ Vjesn 2001; 123: 39-46
74. Warwick, K. 2003. "Cyborg morals, cyborg values, cyborg ethics". U Ethics and Information Technology 5: 131-137. Preuzeto : 12. 6. 2013. http://mysite.du.edu/~lavita/dmst_2901_w12/docs/warwick_cyborg_ethics.pdf
75. Wikipedia. Paternalism. Dostupno na <http://en.wikipedia.org/wiki/Paternalism> (6.6.2013.)
76. Wikipedia; slučaj Sun Hudson http://en.wikipedia.org/wiki/Sun_Hudson_case
77. Wikipedia; slučaj Terry Schiavo http://en.wikipedia.org/wiki/Terry_Schiavo_case#References
78. Willmott, L. (2007) *Advance directives to withhold life-sustaining medical treatment: eroding autonomy through statutory reform*. Flinders Journal of Law Reform, 10(2), 287-314.
79. *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
80. *World Medical Association. Declaration on hunger strikes (Declaration of Malta)*, 1991, revizija 1992.

Napomena: Skripta su napisana 2012. – 2013. godine za studente medicine.